



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

4 (90) 2026

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (90)

2026
апрель

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2026, Accepted: 06.04.2026, Published: 10.04.2026

УДК 616.43;616-008.9;616.39

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА АКЦЕНТ НА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ

Агабабян Ирина Рубеновна <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>
Исмоилова Юлдуз Абдувохидовна <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>
Мамышева Наиля Олеговна <https://orcid.org/0009-0003-3072-0324>

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г.Самарканд,
ул.Амира Темура 18. Тел: +998(66)2337175, e-mail: samgmi@mail.ru

✓ Резюме

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является одной из наиболее распространённых хронических патологий печени в мире и тесно связана с метаболическим синдромом, ожирением, инсулинорезистентностью и сахарным диабетом 2 типа. В последние годы особое внимание уделяется немедикаментозным методам лечения НАЖБП, которые рассматриваются как основа терапии и профилактики прогрессирования заболевания. К современным возможностям немедикаментозной терапии НАЖБП относятся модификация образа жизни, снижение массы тела, лечебное питание, увеличение физической активности, а также коррекция сна и психоэмоционального состояния. Доказано, что снижение массы тела на 7–10% приводит к уменьшению стеатоза печени, воспаления и фиброза. Таким образом, немедикаментозная терапия является ключевым направлением в лечении НАЖБП и должна применяться у всех пациентов как базисная терапия, особенно на ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: неалкогольной жировой болезни печени, стеатоз, немедикаментозное лечение, инсулин, инсулинорезистентность.

NEW TREATMENT OPTIONS FOR ISCHEMIC HEART DISEASE EMPHASIS ON NON-DRUG THERAPY

Agababyan Irina Rubenovna <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>
Ismoilova Yulduz Abduvokhidovna <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>
Mamishova Nailya Olegovna <https://orcid.org/0009-0003-3072-0324>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most common chronic liver conditions worldwide and is closely associated with metabolic syndrome, obesity, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus. In recent years, particular attention has been given to non-pharmacological methods for treating NAFLD, which are considered the foundation of therapy and prevention of disease progression. Current non-pharmacological treatment options for NAFLD include lifestyle modification, weight loss, therapeutic diet, increased physical activity, and correction of sleep and psycho-emotional state. A 7-10% reduction in body weight has been proven to decrease liver steatosis, inflammation, and fibrosis. Therefore, non-pharmacological therapy is a key approach in the management of NAFLD and should be implemented for all patients as a foundational treatment, especially in the early stages of the disease.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, steatosis, non-drug treatment, insulin, insulin resistance.

YURAK KORONAR KASALLIKLARINI TERAPIYADAGI YANGI IMKONIYATLAR: DORI BO'LMAGAN TERAPIYAGA URINCH

Irina Rubenovna Agababyan <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>
Yulduz Abduvohidovna Ismoilova <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>
Nailya Olegovna Mamysheva <https://orcid.org/0009-0003-3072-0324>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Amir Temur ko'chasi, 18, Samarqand, O'zbekiston.
Tel.: +998(66)2337175, elektron pochta: samgmi@mail.ru

✓ *Rezyume*

Alkogolsiz yog'li jigar kasalligi *Alkogolsiz yog'li jigar kasalligi (NAFLD) butun dunyoda eng keng tarqalgan surunkali jigar kasalliklaridan biri bo'lib, metabolik sindrom, semizlik, insulin qarshiligi va 2-toifa diabet bilan chambarchas bog'liq. So'nggi yillarda NAFLDni davolashning dori-darmonsiz usullariga alohida e'tibor qaratilmoqda, ular terapiyaning asosi va kasallikning rivojlanishining oldini olish hisoblanadi. NAFLDni davolashning hozirgi dori-darmonsiz usullari turmush tarzini o'zgartirish, vazn yo'qotish, terapevtik ovqatlanish, jismoniy faollikni oshirish, uyqu va hissiy moslashuvlarni o'z ichiga oladi. 7-10% vazn yo'qotish jigar steatozi, yallig'lanish va fibrozni kamaytirishi ko'rsatilgan. Shunday qilib, dori-darmonsiz terapiya NAFLDni davolashda asosiy yondashuv hisoblanadi va barcha bemorlarda, ayniqsa kasallikning dastlabki bosqichlarida standart terapiya sifatida qo'llanilishi kerak.*

Kalit so'zlar: alkogolsiz yog'li jigar kasalligi, steatoz, dori-darmonsiz davolash, insulin, insulin qarshiligi.

Актуальность

В последние годы появилось множество методов лечения неалкогольной болезни печени, в том числе немедикаментозные, агППП-1, иНГКТ-2, бариатрическая хирургия для коррекции веса и все они направлены на профилактику и снижение фиброза печени, риска цирроза, гепатоцеллюлярной карциномы, а также на предупреждение развития сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых осложнений [1]. Следует отметить, что возможности растут, исследования продолжаются, но в каждом исследовании непременно присутствует препарат урсодезоксихолевая кислота [2,3].

В настоящее время имеются несколько способов немедикаментозной коррекции НЖБП: низкоуглеводная диета, гипокалорийная диета, интервальное голодание, средиземноморская диета. Каждая диета по-своему работает с положительным эффектом и в каждой есть некоторые проблемы [4]. В первую очередь речь идет о возможности и желании пациента изменить образ жизни. И предложенная конкретная программа питания, в рацион которой входят натуральные белки и овощи, питьевой режим, физические нагрузки, отличается тем, что для проникновения белков в клетки печени и вытеснение жировых включений используют способ и время приготовления белков с сохранением структуры белков, а также за счет использования питьевого режима, применения соли и сахара [5,6]. На данный момент нет лицензированных препаратов для лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) кроме урсодезоксихолевой кислоты, нет стандартов лечения и отсутствует консенсус относительно наилучших результатов контролируемых исследований. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является наиболее распространенным хроническим заболеванием печени с глобальной распространенностью 25,2% и более высокой распространенностью 55,5% у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2). НАЖБП подразделяется на два гистологических подтипа: (а) неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), характеризуется изолированным стеатозом печени, часто с легким неспецифическим воспалением, и (б) неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), характеризующийся наличием стеатоза печени с воспалением и гепатоцеллюлярным повреждением с фиброзом или без него [7,8]. НАСГ считается более тяжелой формой НАЖБП. Примерно у 20% людей с НАСГ может развиваться цирроз, печеночная недостаточность и гепатоцеллюлярная карцинома, в то время как у менее 4% людей с НАЖБП наблюдается её прогрессирование до цирроза [9,10]. Исходя из этого, приходим к выводу, что лечение НАЖБП

должно начинаться на стадии гепатоза, а не стеатогепатита. И в первую очередь необходимо начинать с изменения образа жизни, то есть разрабатывать определенные диеты, доступные для большинства больных, а также включать физические нагрузки [11].

Цель работы: разработать и внедрить усовершенствованный способ немедикаментозной коррекции НЖБП.

Материал и методы

Были обследованы 180 больных с НЖБП на стадии стеатоза печени. Из них мужчин 84 в возрасте от 25 до 60 лет и 96 женщин аналогичной возрастной группы. У всех больных были изучены биохимические анализы крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, ОХ, ХЛПНП, ХЛПВП, триглицериды, уровень глюкозы и инсулина, мочевой кислоты, а также С-реактивного белка и с-ядерных нейтрофилов. Всем больным была предложена разработанная программа питания (**Патент N 2023134900/14(076495) от 24.12.2023. Способ коррекции функции печени при НЖБП**) с употреблением натуральных белков в пищу в суточной порции 200,0 граммов белка и 350,0 граммов овощей для мужчин и 150,0 граммов белка и 300,0 граммов овощей для женщин. Питьевой режим, направленный на улучшение циркуляции в сосудистом русле и обеспечивающий транспортировку белков в клетки, отличается тем, что помимо объема жидкости (от 1,750 до 3.5 л в сутки), необходимо соблюдать интервалы питья жидкости до еды и после еды с применением определенных порций соли и сахара в свежем виде для поддержания водно-электролитного баланса, поступления жидкости и питательных веществ в клетку и выведение продуктов жизнедеятельности белкового обмена из клеток, генерации и передачи нервных импульсов нейронами, поддержания тонуса и силы мышц.

Результат и обсуждения

В результате разработанной программы питания отмечено снижение массы тела, уменьшение объемов тела, снижение ИМТ, а также уровня глюкозы, инсулина, СРБ (С-реактивного белка), мочевой кислоты и уровня сегментоядерных нейтрофилов.

Таблица 1. Сравнительный анализ основных показателей при поступлении
Table 1. Comparative analysis of the main indicators upon admission

№	Показатель	1 группа (n=84)		2 группа (n=96)		P
		М	m	М	m	
1	Возраст	43,87	1,81	45,35	1,97	>0,5
2	Рост, см	170,06	1,56	169,74	1,51	>0,5
3	Вес, кг	93,23	3,15	88,49	1,99	>0,2

Примечание: P – достоверность различий показателей I и II групп

Таблица 2. Сравнительный анализ показателей биоимпедансометрии при поступлении
Table 2. Comparative analysis of bioimpedancemetry parameters upon admission

№	Показатель	1 группа (n=84)		2 группа (n=96)		P
		М	m	М	m	
1	О.ж.,%	37,54	1,08	34,96	0,69	<0,05
2	Висц.ж.,%	14,94	0,75	14,81	0,68	>0,5
3	Вода,%	44,24	0,80	44,75	0,52	>0,5
4	ОТ, см	101,68	2,46	100,94	1,71	>0,5
5	ОБ, см	108,06	1,62	108,39	1,41	>0,5
6	ИМТ	32,07	0,68	30,70	0,55	>0,1

Примечание: P – достоверность различий показателей I и II групп

Таблица 3. Сравнительный анализ биохимических показателей при поступлении
Table 3. Comparative analysis of biochemical parameters upon admission

1	Глюкоза	5,55	0,07	5,92	0,13	<0,05
2	Инсулин	16,68	1,07	21,13	1,12	<0,01
3	СРБ	3,32	0,52	3,81	0,43	>0,2
4	О.белок	71,06	0,88	70,42	0,95	>0,5
5	Моч.к-та	310,48	22,05	336,74	19,02	>0,2
6	С.нейтр.	63,71	1,59	66,50	1,80	>0,2

Примечание: P – достоверность различий показателей I и II групп

Таблица 4. Сравнительный анализ показателей биоимпедансометрии через 6 месяцев после начала терапии.

№	Показатель	1 группа (n=84)		2 группа (n=96)		P
		М	m	М	m	
1	О.ж.,%	28,13	0,70	32,80	0,75	<0,001
2	Висц.ж.,%	9,19	0,42	13,48	0,77	<0,001
3	Вода,%	51,41	0,59	47,62	0,63	<0,001
4	ОТ, см	88,61	1,99	97,81	2,17	<0,01
5	ОБ, см	96,19	1,24	105,00	1,64	<0,001
6	ИМТ	27,05	0,58	30,30	0,76	<0,01

Примечание: P – достоверность различий показателей I и II групп

Как видно из таблицы 5, через 6 месяцев в первой группе происходит значительное достоверное снижение общего жира и висцерального жира, процент воды, объема талии, объема бедер и индекса массы тела.

Таблица 5. Сравнительный анализ биохимических показателей через 6 месяцев после начала терапии.

1	Глюкоза	4,97	0,05	5,59	0,09	<0,001
2	Инсулин	10,61	0,43	14,35	0,76	<0,001
3	СРБ	1,19	0,24	2,55	0,29	<0,001
4	О.белок	77,81	0,52	73,68	0,84	<0,001
5	Моч.к-та	224,55	15,76	303,06	21,09	<0,01
6	С.нейтр.	58,03	0,98	60,18	1,20	>0,1

Примечание: P – достоверность различий показателей I и II групп

Через 6 месяцев происходит значительное достоверное улучшение биохимических показателей, таких как глюкоза, инсулин, СРБ, уровень мочевой кислоты.

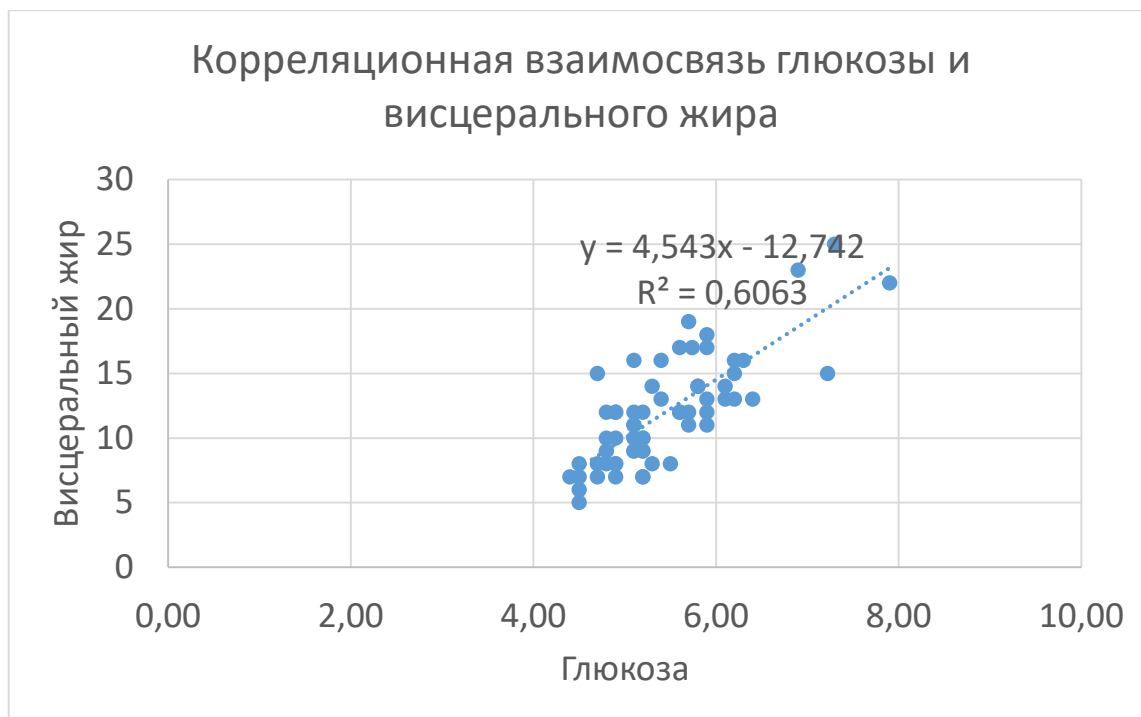


Рисунок 1 демонстрирует положительную корреляционную связь между уровнем глюкозы и объёмом висцерального жира у пациентов 1-й группы.

Линия тренда демонстрирует выраженный положительный наклон, указывающий на значительную зависимость между показателями. Плотное расположение точек вокруг линии тренда подтверждает надёжность корреляции, а при высоких значениях глюкозы (свыше 6,0 ммоль/л) наблюдается небольшой разброс данных. Эти данные подчёркивают значимость уровня глюкозы как маркера изменений объёма висцерального жира.

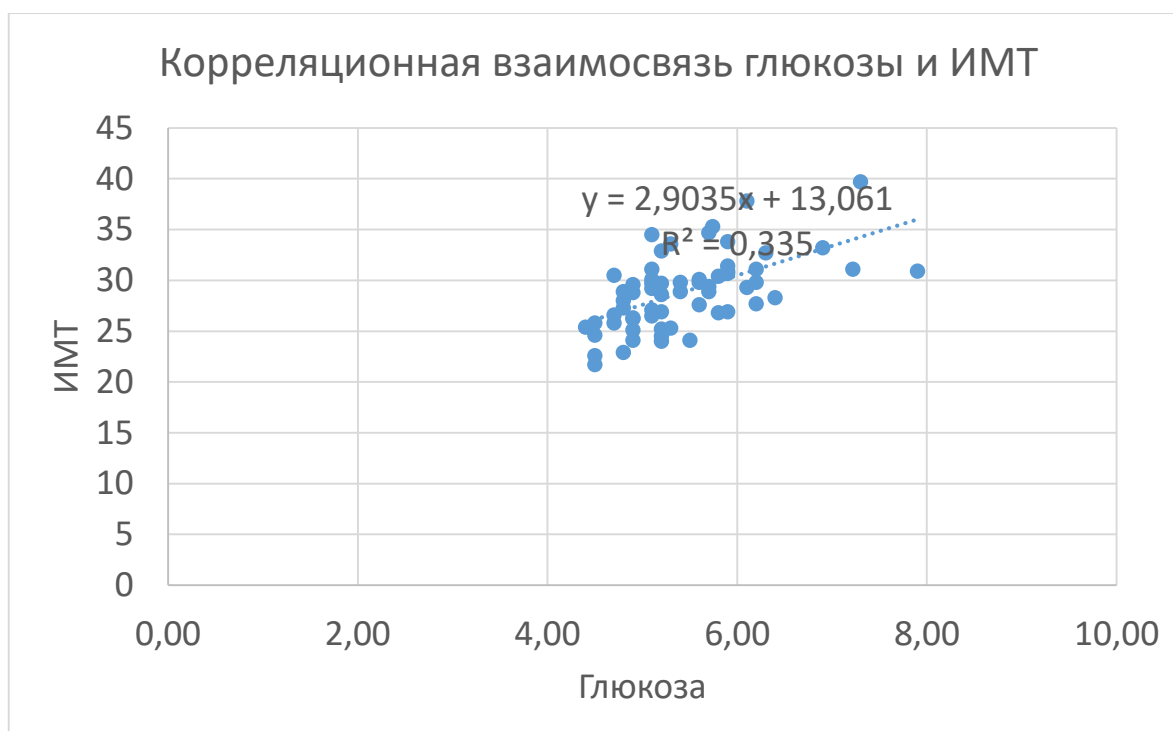


Рисунок 2. Корреляционные взаимодействия глюкозы и ИМТ.

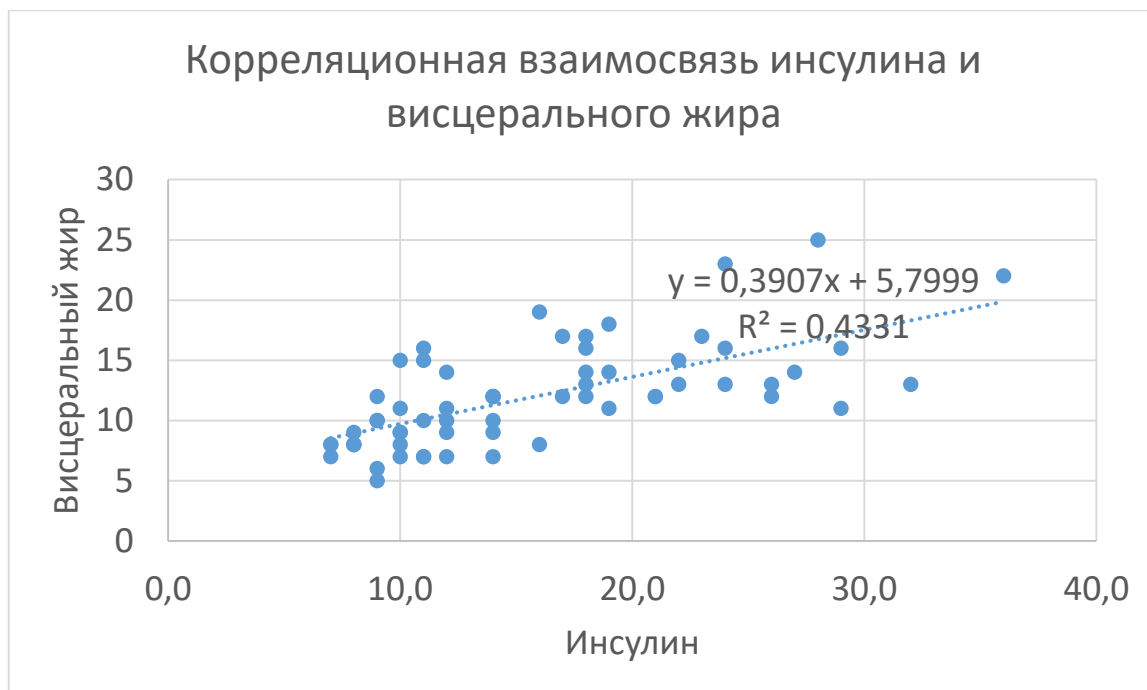


Рисунок 2 демонстрирует положительную корреляционную связь между уровнем инсулина и объёмом висцерального жира у пациентов 1-й группы.

Линия тренда демонстрирует положительный наклон, указывающий на прямую зависимость между показателями. Плотное распределение точек вокруг линии тренда подтверждает наличие значимой корреляции, хотя при более высоких значениях инсулина (свыше 25 мкЕд/мл) наблюдается увеличение разброса данных. Эти результаты подчёркивают важность уровня инсулина как потенциального маркера изменений висцерального жира.

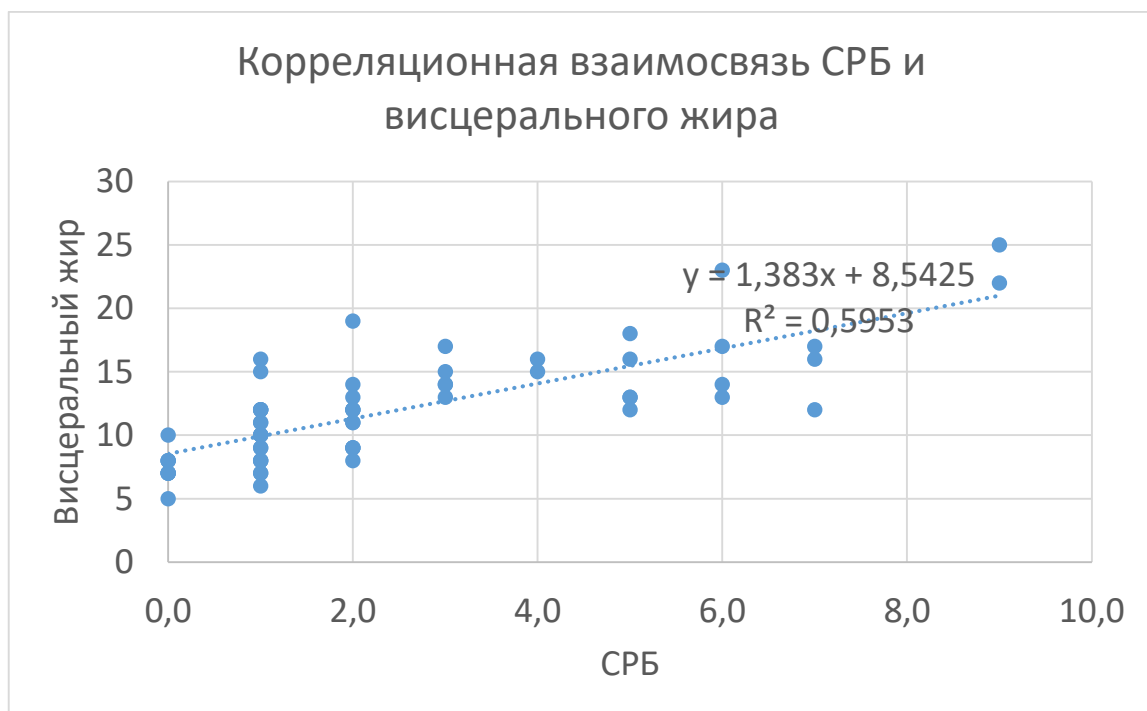


Рисунок 3 демонстрирует положительную корреляционную связь между уровнем С-реактивного белка (СРБ) и объёмом висцерального жира у пациентов 1-й группы.

Линия тренда демонстрирует выраженный положительный наклон, подчёркивая значимую зависимость между показателями. Плотное распределение точек вокруг линии тренда подтверждает надёжность корреляции, а при высоких значениях СРБ (свыше 6 мг/л) наблюдается незначительное увеличение разброса данных. Эти результаты подчёркивают важность уровня СРБ как маркера воспалительных изменений, связанных с увеличением объёма висцерального жира.

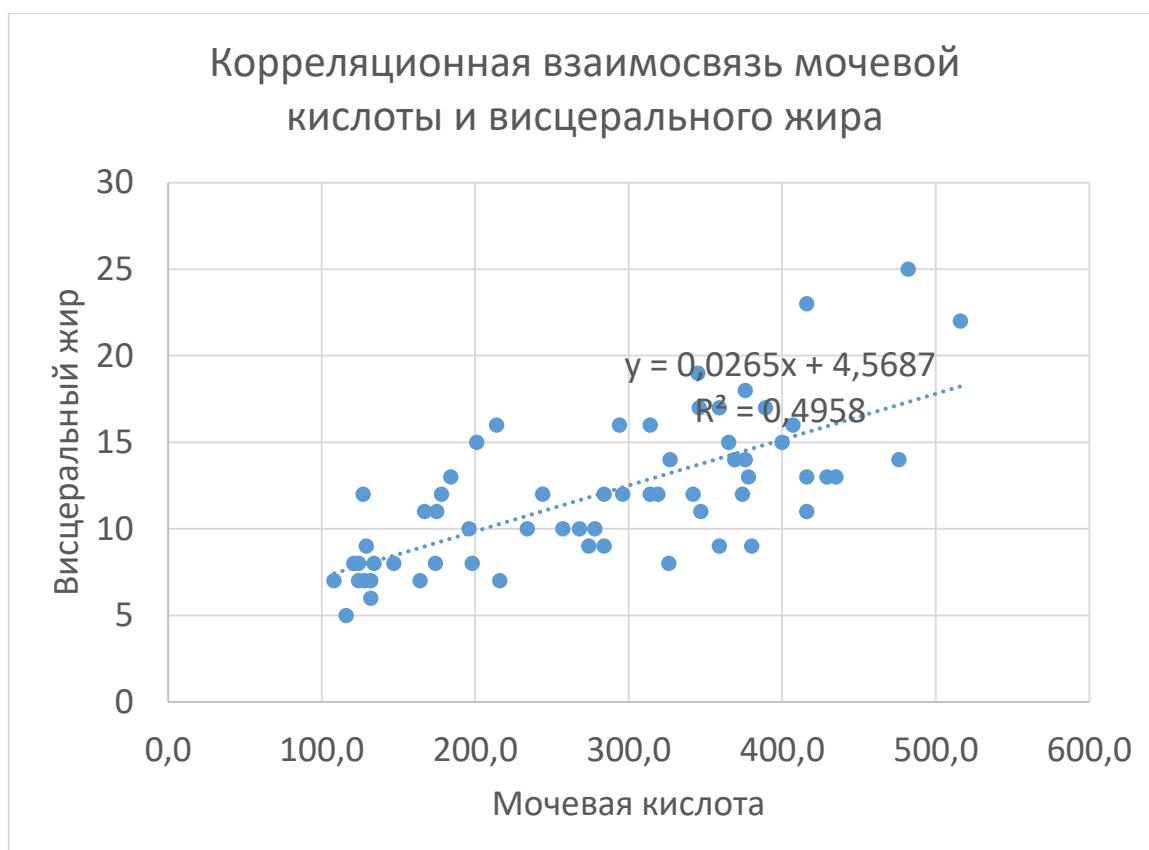


Рисунок 4 демонстрирует положительную корреляционную связь между уровнем мочевой кислоты и объёмом висцерального жира у пациентов 1-й группы.

Линия тренда демонстрирует положительный наклон, подчёркивая прямую зависимость между уровнями мочевой кислоты и объёмом висцерального жира. Плотное распределение точек вокруг линии тренда подтверждает надёжность выявленной корреляции, однако при высоких значениях мочевой кислоты (свыше 400 мкмоль/л) наблюдается увеличение разброса данных. Эти данные подчёркивают возможное влияние уровня мочевой кислоты на увеличение объёма висцерального жира.

Выводы

1. Предложенный способ немедикаментозного лечения НЖБП обеспечивает уменьшение степени ожирения, стеатоза, АЛТ, АСТ, ГГТП и ЩФ и является не затратным и легкодоступным для пациентов.
2. Применение немедикаментозного лечения на фоне физических нагрузок возвращает пациентов в полноценную жизнь, так как стеатоз печени при НЖБП является полностью обратимым процессом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Agababyan IR, Pulatova KS, Rofeev MS. Metabolic syndrome as one of the main factors of arterial hypertension development. *Achievement of Science and Education*. 2019;(10):51.
2. Agababyan I, Soliyeva S, Ismoilova Y. Condition of coronary arteries and change of lipid profile in coronary heart disease. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. 2021:207–213.
3. Agababyan IR, Jabbarova N. Opportunities for using sodium-glucose cotransporter inhibitor type 2 in comprehensive treatment of non-alcoholic fatty liver disease: a literature review. *Kardiologija v Belarusi*. 2024;16(4):392–400.
4. Agababyan IR, Kobilova NA. Colchicine effect on C-reactive protein levels in patients with coronary heart disease after myocardial revascularization. *Kardiologija v Belarusi*. 2023;15(3):355–361.
5. Aghababyan I, Ismoilova Y. Strategy for the treatment of chronic heart failure in a specialized hospital. *Kardiologija v Belarusi*. 2023;15(5):618–627.
6. Bence KK, Birnbaum MJ. Metabolic drivers of non-alcoholic fatty liver disease. *Molecular Metabolism*. 2021;50:101143. doi:10.1016/j.molmet.2021.101143
7. Rubenovna AI, et al. Analysis of the effect of food stereotypes on disease in liver circuit disease. *Asian Journal of Pharmaceutical and Biological Research*. 2022;11(2).
8. Agababyan I, Yarasheva Z. Effect of percutaneous coronary intervention on central hemodynamic parameters in elderly patients. *Kardiologija v Belarusi*. 2024;16(3):337–341.
9. Agababyan I, Yarasheva Z, Nasretdinova M. The importance of echocardiography in the detection of early chronic heart failure in elderly patients. *Kardiologija v Belarusi*. 2022;14(3):313–318.
10. Younossi ZM, et al. Clinical profiles and mortality rates are similar for metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease and non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology*. 2024;80(5):694–701. doi:10.1016/j.jhep.2023.12.003
11. Younossi ZM, et al. Economic and clinical burden of nonalcoholic steatohepatitis in patients with type 2 diabetes in the US. *Diabetes Care*. 2020;43(2):283–289. doi:10.2337/dc19-1590
12. Chalasani N, Younossi ZM, et al. Diagnostic modalities for nonalcoholic fatty liver disease, nonalcoholic steatohepatitis, and associated fibrosis. *Hepatology*. 2018;68(1):349–360. doi:10.1002/hep.29764
13. Агабабян И.Р., Пулатова К.С., Рофеев М.С. Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертензии. *Достижения науки и образования*. 2019;(10):51. URL: <https://cyberleninka.ru/article/>

Поступила 20.03.2026