

CRR
JOURNAL
OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ISSN 2181-0974
DOI 10.26739/2181-0974



Journal of
**CARDIORESPIRATORY
RESEARCH**

Special Issue 1.1

2022



АССОЦИАЦИЯ
ТЕРАПЕВТОВ
УЗБЕКИСТАНА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции
(Самарканд, 22 апрель 2022 г.)

Под редакцией
Ж.А. РИЗАЕВА

ТОМ I

Самарканд-2022

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Жасур Алимджанович РИЗАЕВ
доктор медицинских наук, профессор
(отв. редактор)

Шухрат Худайбердиевич ЗИЯДУЛЛАЕВ
доктор медицинских наук
(зам. отв. редактора)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА
Наргиза Нурмаатовна АБДУЛЛАЕВА
Гуландом Зикриллаевна ШОДИКУЛОВА
Мухайё Бердикуловна ХОЛЖИГИТОВА
Заррина Бахтияровна БАБАМУРАДОВНА
Саодат Хабибовна ЯРМУХАММЕДОВА
Шоира Акбаровна ХУСИНОВА
Ирина Рубеновна АГАБАБЯН

Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 22 апрель 2022 г.) / отв. ред. РИЗАЕВ Ж.А. - Самарканд: СамГМУ, 2022. – 736 с.

В сборнике собраны материалы, которые содержат статьи и тезисы докладов, представленных на международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины», проведенной в СамГМУ 22 апрель 2022 г. Значительная часть материалов отражает современные проблемы внутренней медицины, посвященные поиску эффективных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.

Представленные материалы будут интересны специалистам всех направлений внутренней медицины и широкому кругу читателей, интересующихся вопросами возникновения и профилактики основных заболеваний терапевтического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Главный редактор: Э.Н.ТАШКЕНБАЕВА

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал



ISSN: 2181-0974
DOI: 10.26739/2181-0974



№SI-1.1
2022

Главный редактор:

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

доктор медицинских наук, проф. заведующая кафедрой внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского института, председатель Ассоциации терапевтов Самаркандской области. <https://orcid.org/0000-0001-5705-4972>

Заместитель главного редактора:

Хайбулина Зарина Руслановна

доктор медицинских наук, руководитель отдела биохимии с группой микробиологии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Аляви Анис Лютфуллаевич

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Ассоциации Терапевтов Узбекистана, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>

Бокерия Лео Антонович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Москва), <https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>

Курбанов Равшанбек Давлетович

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>

Michał Tendera

профессор кафедры кардиологии Верхнесилезского кардиологического центра, Силезский медицинский университет в Катовице, Польша (Польша) <https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>

Покушалов Евгений Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по науке и развитию сети клиник «Центр новых медицинских технологий» (ЦНМТ), (Новосибирск), <https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>

Акилов Хабибулла Атауллаевич

доктор медицинских наук, профессор, Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент)

Цурко Владимир Викторович

доктор медицинских наук, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва) <https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>

Абдиева Гулнора Алиевна

ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Медицинского Института <https://orcid.org/0000-0002-6980-6278> (ответственный секретарь)

Ризаев Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор, Ректор Самаркандского государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновациям Самаркандского Государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>

Зуфаров Миржамол Мирумарович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>

Ливерко Ирина Владимировна

доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Республики Узбекистан (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>

Камилова Умида Кабировна

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>

Тураев Феруз Фатхуллаевич

доктор медицинских наук, Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ю.Г. Туракулова

Саидов Максуд Арифович

к.м.н., директор Самаркандского областного отделения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (г. Самарканд)

Насирова Зарина Акбаровна

PhD, ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского Института (ответственный секретарь)



Гадоев Абдугаффар Гадоевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры подготовки врачей общей практики
Ташкентской медицинской академии
Ташкент, Узбекистан

Джураева Мохигуль Азимжановна

д.м.н., профессор РАЕН 1 доцент кафедры подготовки врачей общей практики
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Абдулазизходжиев Бобир Расулович

ассистент кафедры госпитальной терапии
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;

Ашуралиева Нилюфар Дилшод кизи

ассистент кафедры внутренних болезней Андижана
Государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЧКАХ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ, РАЗВИВАЕМОМ ПРИ ВИРУСНОМ И АЛКОГОЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, И ОЦЕНКА ЭФФЕКТА КОМПЛЕКСНЫХ ЛЕЧЕНИЙ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2022-SI-1-1>

АННОТАЦИЯ

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения цирроз печени характеризуется образованием фиброзной ткани с переходом и регенерацией узлов ее нормализованной структуры, что считается диффузным процессом. Это завершающая стадия ряда хронических заболеваний печени. Ежегодно 5-7% больных циррозом печени различной этиологии переходят в стадию декомпенсации заболевания. На этой стадии у больных наблюдается не только поражение печени, но и состояние полиорганного (системного) поражения. Перед стадией декомпенсации наблюдается стадия компенсации (асимптомность), в этот период в большинстве случаев клинических признаков заболевания не наблюдается. Стадия декомпенсации цирроза печени включает печеночную энцефалопатию, кровотечения из вен пищевода и желудка, асцит (инфицирование брюшной жидкости или без такового), гепаторенальный синдром, гипонатриемию и инфекционно-обусловленные осложнения.

Ключевые слова: цирроз печени, гепаторенальный синдром, клеточная недостаточность, портальная гипертензия.

Gadoev Abdugaffar Gadoevich

tibbiyot fanlar doktori, Umumiy amaliyot shifokorlar
tayyorlash kafedrası professori
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, Uzbekiston

Juraeva Moxigul Azimjanovna

tibbiyot fanlari doktori, Rossiya tabiiy fanlar akademiyasi professori
1-Umumiy amaliyot shifokorlar tayyorlash kafedrası dotsenti
Andijon davlat tibbiyot instituti,
Andijon, Uzbekiston

Abdulazizxojiev Bobir Rasulovich

Gospital terapiya kafedrası assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti
Andijon, Uzbekiston

Ashuralieva Nilyufar Dilshod kizi



Ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrası assistenti
Andijon davlat tibbiyot instituti
Andijon, Uzbekiston

VIRUSLI VA ALKOGOLLI JIGAR SIRROZIDA RIVOJLANGAN GEPATORENAL SINDROMIDA BUYRAKDAGI O'ZGARISHLARNI ERTA TASHXISLASH VA KOMPLEKS MUOLAJALAR TA'SIRINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyasiga ko'ra jigar sirrozi diffuz jarayon hisoblanib uning me'yoridagi tuzilmasini fibroz to'qimalarga transformatsiyasi va regeneratsiya tugunlari hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. U qator surunkali jigar kasalliklarining final bosqichi hisoblanadi. Har yili turli etiologiyali jigar sirroziga chalingan bemorlarning 5-7% kasallik dekompensatsiya bosqichiga o'tadi. Ushbu bosqichda nafaqat jigar, balki bemorlarda multiorgan (tizimli) zararlanish holati kuzatiladi. Dekompensatsiya bosqichidan oldin, kompensatsiya (asimptom) bosqich kuzatilib, ushbu davrda, aksariyat hollarda kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi. Jigar sirrozining dekompensatsiya bosqichi jigar ensefalopatiyasi, qizilo'ngach hamda oshqozon kengaygan venalaridan qon ketishi, assit (qorindagi suyuqlikni infeksiyalanishi yoki usiz), gepatorenal sindrom, giponatriemiya va infeksiyaga bog'liq asoratlar kiradi.

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, gepatorenal sindrom, hujayra yetishmovchiligi, portal gipretenziya

Gadoev Abdugaffar Gadoevich

doctor of medical sciences, professor of the
Department of training of general practitioners of the Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

Juraeva Moxigul Azimjanovna

doctor of medical sciences, professor of the Russian Academy of Natural Sciences 1 associate
professor of the Department of training of general practitioners
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

Abdulazizkhoev Bobir Rasulovich

assistant of the Department of hospital therapy
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan;

Ashuralieva Nilyufar Dilshod kizi

assistant of the Department of Internal Medicine of Andijan
State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

EARLY DIAGNOSIS OF CHANGES IN THE KIDNEYS IN HEPATORENAL SYNDROME, DEVELOPED IN VIRAL AND ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS, AND EVALUATION OF THE EFFECTS OF KOMPLEX TREATMENTS

ANNOTATION

According to the recommendation of the World Health Organization liver cirrhosis is characterized by the formation of fibrous tissue transfer and regeneration nodes of its normalized structure, which is considered a diffuse process. It is the final stage of a number of chronic liver diseases. Every year, 5-7% of patients with liver cirrhosis of different etiology go to the stage of disease decompensation. At this stage, not only the liver, but also the state of multiorgan (systemic) lesions is observed in patients. Before the stage of decompensation, the stage of compensation (asymptom) is observed, during this period, in most cases, clinical signs of the disease are not observed. The stage of decompensation of liver cirrhosis includes hepatic encephalopathy, bleeding from the esophagus and stomach veins, ascites (infection of the abdominal fluid or without it), hepatorenal syndrome, hyponatremia and infection-related complications.



Key words: cirrhosis of the liver, hepatorenal syndrome, cell failure, Portal hypertension

Jigar sirrozining klinik namoyon bo'lishi turli - tuman bo'lib uzoq yillar belgilarisiz yoki o'tkir gepatit va jigarning surunkali yallig'lanish kasalliklari ko'rinishida kechishi mumkin. Taxminan 20% bemorlarda jigar sirrozi tashhisi ular o'lgandan so'ng autopsiyada aniqlanadi. Bemorlarning shikoyatlari va kasallikning klinik namoyon bo'lishi jigar hujayra yetishmovchiligi, portal gipertenziya sindromi va uning oqibatida yuzaga keladigan asoratlar hamda etiologik omil ta'sirida kuzatiladigan tizimli, immun va metabolik zararlanishlar bilan bog'liq. Aksariyat hollarda kasallik yashirin va minimal o'zgarishlar yoki sirrozga xos bo'lmagan belgilar bilan kechadi. Yaqqol klinik namoyon bo'lgan ya'ni dekompensatsiya bosqichida esa uning belgilari turli – tuman bo'lib patologik jarayon barcha a'zo va tizimlarga tarqalganligini ko'rsatadi. Bemorlar ko'p hollarda holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, qorinda noxush sezgi va og'irgik hissi hamda dispeptik buzilishlarga shikoyat bildiradilar.

Keyinroq, teri qichishi, erkaklarda impotensiya, ayollarda hayz ko'rish siklining buzilishi kuzatiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda palmar eritema, ko'krak va yelkalarda tomir yulduzchalari, qo'ltiq osti, qorinning pastki qismini tuksizlanishi, erkaklarda ginekomastiya ko'zga tashlanadi. Bu o'zgarishlar jigar sirrozida jigar hujayra yetishmovchiligida kuzatiladigan giperestrogenemiya bilan bog'liq. Mushak massasini kamayishi hisobiga bemorlarning ariqlab ketishi ham ushbu kasallikka xos belgilardan biri hisoblanadi. Kasallikning kechki bosqichlarida periferik shishlar (ko'proq, oyoqlarda) assit, qorinning oldingi qismida venoz kollaterallar paydo bo'ladi. Bemorlarning 50% ga yaqinida gepatotsitlarda nekroz jarayonlari davom etishi oqibatida subfebril isitmalash kuzatiladi.

Skandinaviya kuzatuvlari natijalariga ko'ra 20 % dan kam ayollar va 40% ko'proq erkaklar ish faoliyatlarini saqlab qolganlar. Yuqorida qayd etilgan laklangan til, tomir yulduzchalari, palmar eritema, ginekomastiya ko'pi bilan $\frac{3}{4}$ qism bemorlarda jigar sirrozini manifest davrida uchraydi.

Bemorlarda ko'p uchraydigan belgilardan biri qizilo'ngach, oshqozon, ichak venalarining kengayishi hisoblanadi va ulardan qon ketishi aksariyat hollarda bemor o'limi bilan yakunlanadi. Qorin ichidagi bosim oshishi sababli yuzaga kelgan refleks ezofagit oqibatida bemorlarda havo bilan kekirish, ba'zan jig'ildon qaynashi kuzatiladi. Yuqoridagi belgilar bilan bir qatorda markaziy nerv tizimi intoksikatsiyasi va toksik ensefalopatiya oqibatida ruhiy buzilishlar ro'y beradi.

Jigar sirrozining boshlang'ich bosqichlarida uning bir tekisda har ikkala bo'lagining ham kattalashishi aniqlanadi. Keyinroq uning chap bo'lagi ko'proq kattalashadi. Bemorlarning uchdan bir qismida jigar yuzasi notekiz bo'lishi mumkin. So'nggi bosqichlarda jigar kichiklashadi, gepatalienal sindrom gipersplenizm bilan kechadi. Qonning biokimyoviy tahlilida taxminan 40% bemorlarda bilirubin miqdori me'yorida saqlanadi, transaminazalar biroz ko'tarilgan bo'ladi. Gammatransferazalar yuqori va gipoalbuminuriya mavjudligi jigar sirroziga xos belgi hisoblanadi. Qonning umumiy taxlilida trombositopeniya, ba'zan qon ketishdan keyingi kamqonlik, infeksiya qo'shilganda eritrotsitlar cho'kish tezligini oshishi va leykotsitoz aniqlanadi.

Shu o'rinda ba'zi hollarda bemorlarda bir vaqtning o'zida jigar sirroziga viruslar ta'siri sabab bo'lishi mumkin. Qator kuzatuvlar natijasida virusli etiologik omilni salbiy ta'siri hali sirroz shakllanmasdan oldinroq, ya'ni gepatit bosqichida kasallikni og'ir kechishi qayd etilgan. Ayrim mualliflar bu ikkala etiologik omil oqibatida rivojlangan surunkali gepatitni o'zaro solishtirib o'rganganlar. Virusli infeksiya bilan alkogolning (yoki narkotiklarning) zararlovchi ta'siri natijasida deyarli barcha holatlarda jigarni kattalashishi va ko'p sonli bemorlarda splenomegaliya hamda sariqlik qayd etilgan. Shuningdek, virus – alkogolli qo'shaloq omil ta'sirida (gepatit S virusi 32,4%, B virusi 53,8 %) aksariyat bemorlarda kasallik sitoliz sindromi bilan namoyon bo'lgan. Spirtli ichimliklarni uzoq muddat suiiste'mol qilish (bir kunda o'rtacha 70 g etanol 11 yil davomida) C va B virusli gepatitni kechishiga sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatgan. Ushbu guruh bemorlarda og'ir jigar fibrozi va sirrozi (faqat virusli gepatit B bo'lganlarga nisbatan 3 marta, virusli gepatit C ga nisbatan 2 marta ortiq) aniqlangan, 57 % holatlarda kasallikni tez kuchayib boruvchi shakli kuzatilgan, sirroz shakllanish muddati deyarli 2 marotabaga qisqargan.

380 virusli gepatit C bilan xasta bemorlarning jigar punksiyasini tekshirgan (ulardan 34 spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan) O.O.Znayko alkogol iste'mol qilganlarda Knodell mezoni bo'yicha jigar fibrozini 3-4 darajasi ishonchli ko'proq ekanligini ($38,2\pm 8,3\%$ va $12,5\pm 20\%$ mos ravishda) aniqlagan. Shunga yaqinroq natijalar boshqa ayrim mualliflarning kuzatuvlarida ham keltirilgan. A.L.Bondarenko va



S.V.Baramzinalarning kuzatuvlariga ko'ra virusli gepatit S negizida rivojlangan jigar sirrozida (n=30) bemorlarda asteniya, dispepsiya, portal gipertenziya, jigar→hujayra yetishmovchiligi va xolestaz ishonchli ko'p kuzatilgan. Ularda kasallik aksariyat hollarda yashirin kechib, birinchi belgisi qaytalanuvchi qon ketishlar va takror sariqlik bo'lishi mumkin. Mualliflar keltirishicha 75% hollarda bemorlarda jarayon sekin rivojlanib borgan va sirroz rivojlanganga qadar 10 va undan ko'proq vaqt o'tgan, 25% esa undan kam muddatlarda shakllangan. Boshqa kuzatuvchilarning ma'lumotlariga ko'ra gepatit C negizidagi bemorlarning deyarli to'rtidan birida kasallik aniqlanganda sirroz shakllangan bo'lgan.

M.Wiese 1978 yilda o'tkir virusli gepatit C o'tkazgan 420 bemor ayollarni kuzatuviga asoslangan fundamental tekshirishida quyidagilarni aniqlagan. 20 yildan so'ng ularning 70% anti HCV, deyarli 50 % RNK HCV va faqat 0,4% jigar sirrozi qayd etilgan. Ispan olimining virusli gepatit C negizida rivojlangan va asoratlangan jigar sirroziga chalingan 78 bemorlarda olib borgan kuzatuvda ulardan 57,7 % jigar yetishmovchiligi, 30,8% bakterial infeksiya, 7,7% gastrointestinal qon ketishlar va 3,8% gepatotsellyulyar karsinoma aniqlangan. Yaponiyada o'tkazilgan tadqiqotda esa ularni 38,6% gepatotsellyulyar rak, 34,1% gastrointerstitsial qon ketishlar va 6,8% bakterial infeksiya kuzatilgan.

Jigar sirrozining ko'p sonli asoratlari orasida eng kam o'rganilganlaridan biri gepatorenal sindrom hisoblanadi. Respublikamizda unga bag'ishlangan to'laqonli ilmiy kuzatuvlar o'tkazilmagan.

Gepatorenal sindromda buyrak yetishmovchiligining mezoni sifatida 30 yillar muqaddam kreatinin ko'rsatkichlarini 150 mmol/l hamda undan yuqori darajasi qabul qilingan. Bu KFT ning bir daqiqada 40 ml va undan past ko'rsatkichiga to'g'ri keladi.

Xalqaro assit klubining yangi konsepsiyasiga ko'ra (International Ascites Club) jigar sirrozi tashhisi qo'yilgan bemorlarda o'tkir buyrak zararlanishini aniqlashda ajratiladigan siydik miqdori inobatga olinmaydi. Bunga assitli sindrom bilan kechayotgan sirrozda ko'p hollarda natriyni ushlab qolinishi bilan kechayotganligi oligouriya hisoblanadi. Ularda KFT nisbatan me'yorida bo'lsa ham siydik haydovchi dorilar negizida diurez oshgan bo'lishi mumkin.

Jigar sirrozida o'tkir buyrak zararlanishini bosqichlarga ajratishni yangi tizimida kreatininni bazal (birlamchi) ko'rsatkichiga nisbatan o'sishi yoki shifoxonaga yotqizilgan davrdagi yuqori (pik/cho'qqi) ko'tarilishi asos qilib olingan.

KDIGO me'zonlariga ko'ra uning I bosqichi bazal/birlamchi ko'rsatkichga nisbatan 1,5-2,0 marta yoki 265 mmol/l va undan yuqori bo'lishi keltirilgan. O'tkir buyrak zararlanishini 2 bosqichida kreatinin me'yoridan 2 marta ko'p ammo 3 martadan kam oshgan hollar tushuniladi. 3 bosqichda kreatinin 3 martadan ko'proq oshgan bo'ladi.

Gepatorenal sindrom assit bilan kechganda uni oldini olish maqsadida ham albumin quyish kerak. Mabodo ularda bakterial peritonit belgilari kuzatilsa bemorni 1 kg tana vazniga 1 mg albumin quyiladi, uchinchi kundan ushbu doza 1 mg kamaytiriladi. Shuningdek, gepatorenal sindromda bakterial peritonitni oldini olishda kunda 400 mg norflokstsazin buyuriladi.

Qator ilmiy ishlarda jigar sirrozida kuzatiladigan buyrakdagi o'zgarishlarga funksional holat deb qaralgan lekin shu bilan bir qatorda nefropatiyani erta davrlarida aniqlashda qo'llaniladigan zamonaviy sinamalardan foydalanilmagan. Xususan gepatorenal sindromni tashxisiy mezonlaridan biri sifatida bir kecha-kunduz siydik bilan ajraladigan oqsil ko'rsatkichi 0,5 gr va undan kam deb belgilangan. Lekin so'nggi tavsiyaga muvofiq bir kecha-kunduzda 10 mg dan kam oqsil siydik bilan ajralsa optimal albuminuriya, 10-29 mg ajralsa me'yoridan ortiq albuminuriya (ilgarigi yuqori me'yorida), 30-299 mg ajralsa yuqori me'yorida (ilgarigi mikroalbuminuriya), 300-1999 mg ajralsa juda yuqori (ilgarigi makroalbuminuriya/proteinuriya), 2000 mg va undan ortiq ajralgan hollarda nefrotik albuminuriya deb qabul qilingan.

Yukoridagi ma'lumotlar asosida shuni aytish joizki gepatorenal sindromni erta aniqlash maqsadida kreatinin bilan parallel ravishda sistatin C yordamida KFT va yuklamalar yordamida buyrakni funksional zaxirasini baholash muhim ilmiy amaliy ahamiyatga egadir.



References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Поликарпова Т.С., Тарасова О.И., Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. Трудности и новые достижения в диагностике, профилактике и лечении гепаторенального синдрома // Клиническая медицина. – 2013 – № 11 – С.57-63.
2. Светова Э.В., Сапронова Н.Г., Кательницкий И.И. Возможности помощи больным с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией // Медицинский вестник Юга России. – 2018 – № 9(1). – С. 6-16.
3. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. Journal of Hepatology. – 2018 – Vol. 69 – №2. – P.406-460.
4. А.Гадаев Ички касалликлар. 2019 йил, 588-598 саҳифа. Муҳаррир нашриёти, Тошкент).