

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК: 616-036.1-055.26+616-071.12

Аслонова Ибодат Жабборовна

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ
С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ**

14.00.05 - внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Ташкент – 2010

Работа выполнена в Бухарском государственном медицинском институте

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Каюмов Улугбек Каримович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
ФАЗЫЛОВ Абдукаххар Вахидович

доктор медицинских наук, профессор
БАБАДЖАНОВ Абдумурод Саттарович

Ведущая организация – Витебский Государственный медицинский университет

Защита состоится «__» _____ 2010 г. в ____ часов на заседании Специализированного Совета Д.087.01.01. в Ташкентской медицинской академии по адресу: 100048, город Ташкент, ул. Тараккиёт, 103.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской медицинской академии

Автореферат разослан «__» _____ 2010 г.

**Ученый секретарь
Специализированного Совета,
доктор медицинских наук, профессор**

М.Ш.Каримов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Хронический пиелонефрит (ХП) является широко распространённым заболеванием [Аляев Ю.Г. и др., 2003]. Частота ХП среди различных категорий людей имеет существенные отличия. Эти отличия во многом определяются возрастом, полом, наличием сопутствующих заболеваний. С возрастом частота ХП возрастает, однако и в молодом возрасте распространённость ХП достаточно высока. Частота пиелонефрита среди детей составляет 24-32 на 1000 детей [Вельтищев Ю.Е., 1996; Гордиенко Л.М., 1996]. Вместе с тем, отмечается увеличение распространённости ХП в молодом возрасте. Распространенность пиелонефрита увеличивается с возрастом и в возрастной группе 60–69 лет достигает 36,4% [Борисов И.А., Сура В.В., 1995; Bestani B., 2001]. ХП чаще встречается у женщин, среди которых его частота достигает 25% [Кадырова Г.Г., 2000].

Среди различных заболеваний одним из основных факторов риска ХП является сахарный диабет (СД). Среди больных сахарным диабетом частота ХП составляет до 35% и выше [Медведь В.И. и др., 2003]. При сахарном диабете ХП часто протекает латентно. Нередко малосимптомное и атипичное течение этого заболевания приводит к диагностическим ошибкам [Jones I., 2004]. Значимость сахарного диабета (СД) как фактора риска хронического пиелонефрита хорошо изучена [Silver D.K., 2008]. Однако, в литературе практически не обсуждается вопрос о роли нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) как фактора риска ХП. Между тем, НТГ, как скрытое проявление инсулинорезистентности, может явиться предстадией СД. Учитывая это можно предположить, что НТГ, может способствовать атипичному течению заболевания, что в свою очередь может приводить к более тяжёлым последствиям ХП. Поэтому, важное научное и практическое значение приобретает изучение особенностей клиники и терапии пиелонефрита при НТГ.

Учитывая характер течения, как ХП, так и НТГ представляется весьма актуальным осуществлять раннюю диагностику и профилактику этих состояний. Профилактическое направление в медицине является приоритетным и ему уделяется особое внимание [Указ Президента РУз. № УП-3923 от 19.09.2007г.]. Вместе с тем, учитывая то, что ХП в большей степени распространён среди женского населения, большое значение приобретает раннее выявление признаков ХП и лечение молодых женщин и женщин детородного возраста с целью вынашивания нормальной беременности и рождения здорового ребёнка, что является приоритетом нашего общества [Постановление КМ РУз. № 242 от 05.07.2002 г].

Степень изученности проблемы. В последние годы большое внимание уделяется синдрому инсулинорезистентности, играющему важную роль в развитии ряда заболеваний. Например, показана важная роль инсулинорезистентности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и

высокой смертности от них [Каюмов У.К.,2005; IDF.,2005]. В последние годы получены сведения о связи заболеваний гепатобилиарной системы с синдромом инсулинрезистентности [Bolder R.A. et al.,2008]. Вместе с тем, в литературе практически отсутствуют сведения о роли НТГ в формировании и исходах ХП. Согласно последнему консенсусу Международной Федерации Диабета [IDF,2005] НТГ является маркером инсулинрезистентности (имеются ввиду гипергликемия натощак и гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой).

В ряде случаев НТГ может рассматриваться как предстадия сахарного диабета. Поэтому, уточнение связи НТГ с распространённостью ХП и особенностях его клинического течения, а также разработка методов лечения ХП при НТГ может сыграть важную роль в первичной и вторичной профилактике ХП среди этой категории больных. Следует заметить, что в условиях повышенного содержания глюкозы в крови, связанного с инсулинрезистентностью, создаются условия для роста различных микроорганизмов. В связи с этим, при сахарном диабете чаще встречаются и более тяжело протекают различные инфекции, в том числе и пиелонефрит. Поэтому, можно предположить, что при НТГ, при которой также имеет место гипергликемия, могут иметь место благоприятные условия для инфекционного процесса.

Учитывая тот факт, что НТГ не является манифестирующей формой инсулинрезистентности, в ряде работ показано, что его коррекция может проводиться не гипогликемизирующими препаратами из группы сульфонилмочевины и инсулина, а препаратами способствующими улучшению чувствительности рецепторов инсулина. Принимая во внимание то, что к основным принципам лечения пиелонефрита при сахарном диабете относиться нормализация углеводного обмена предполагается, что среди пациентов, страдающих ХП и НТГ, применение препаратов снижающих инсулинрезистентность может способствовать улучшению клинического течения ХП.

Исходя из этого, определённый интерес представляет изучение связи между ХП и НТГ, а также возможности повышения эффективности лечения этого заболевания при включении в комплексную терапию препаратов снижающих инсулинрезистентность (метформин).

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР.

Тема диссертации выбрана в соответствии с приоритетными направлениями научных исследований в Республике Узбекистан касающихся ранней диагностики и профилактики заболеваний внутренних органов, совершенствования методов диагностики и лечения.

Цель исследования - Изучить роль гипергликемии в распространённости и особенностях клинического течения хронического пиелонефрита и возможности совершенствования терапии этого заболевания путём нормализации уровней гликемии.

Задачи исследования:

1. Изучить распространённость хронического пиелонефрита в зависимости от некоторых основных социально-демографических характеристик населения.

2. Изучить значение различных категорий гипергликемии в распространённости хронического пиелонефрита и роль гипергликемии в особенностях клинического течения хронического пиелонефрита.

3. Дать оценку значимости коррекции гипергликемии метформином в улучшении клинического течения хронического пиелонефрита.

Объект и предмет исследования. Популяционная часть исследования представлена материалами обследования репрезентативной выборки из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек. Объектом клинического исследования явились 77 пациентов страдающих хроническим пиелонефритом в сочетании с гипергликемией.

Изучена распространённость хронического пиелонефрита и его связь с гипергликемией. При оценке роли гипергликемии анализировались различные категории гипергликемии (гипергликемия натощак, постнагрузочная гипергликемия с учётом нарушения симпатoadренальной и вагоинсулярной фаз гликемической кривой, сахарный диабет 2 типа). Для изучения динамики клинико-лабораторных показателей заболевания в ходе коррекции гипергликемии больным ХП в сочетании с НТГ был назначен метформин.

Методы исследования: популяционные, клинические, инструментальные, биохимические, статистические.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. ХП является широко распространённым заболеванием, встречающимся среди женщин в 3 раза чаще, чем среди мужчин и имеющим тенденцию к росту частоты встречаемости по мере увеличения возраста. Недостаточная выявляемость ХП и недостатки в его терапии в значительной степени связаны с неадекватностью в оценке пациентами состояния своего здоровья, обращаемости к врачам и выполнения врачебных рекомендаций.

2. Наличие гипергликемии является фактором повышенного риска ХП. При этом, риск ХП ассоциируется, как с тощаковой, так и с постнагрузочной гипергликемией. Наряду с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой, нарушение симпатoadренальной фазы гликемической кривой, также может служить показателем риска ХП.

3. При ХП, протекающим в сочетании с НТГ и сахарным диабетом, имеет место значительное ухудшение клинического течения ХП, выражающееся в большей выраженности клинических симптомов и лабораторных показателей. Коррекция уровня гликемии с помощью метформина способствует улучшению клинико-лабораторных показателей и уменьшению частоты обострений у пациентов страдающих ХП в сочетании с НТГ.

Научная новизна. Показано, что, наряду с манифестирующим сахарным диабетом, НТГ также может служить показателем риска ХП. Впервые, в настоящем исследовании дана сравнительная оценка роли различных фаз гликемической кривой в распространенности ХП. При этом, показано, что постнагрузочная гипергликемия имеет большее значение, чем гипергликемия натощак. Вместе с тем, нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой имеет большую связь с распространенностью ХП, чем нарушение симпатoadреналовой фазы гликемической кривой. Вместе с тем, нарушение симпатoadреналовой фазы гликемической кривой, также может служить показателем риска ХП. Впервые показано, что в оценке риска гипергликемии на развитие ХП могут быть использованы коэффициенты гликемии. При этом, установлены пороговые уровни коэффициентов гликемии, указывающие на повышенный риск ХП. Установлено, что коррекция инсулинорезистентности метформином может способствовать улучшению клинического течения ХП и снижать частоту обострений этого заболевания среди пациентов с НТГ.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научные положения диссертации о роли НТГ как фактора риска ХП расширяют теоретические представления о патогенезе и клиническом течении хронического пиелонефрита. Данные об истинной распространенности ХП и его связи с некоторыми социально-демографическими характеристиками среди неорганизованного населения дают возможность органам здравоохранения научно-обоснованно планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия в отношении ХП. Результаты диссертации о неблагоприятной ситуации в отношении оценки пациентами состояния своего здоровья, обращаемости к врачам и выполнения врачебных рекомендаций, являются важным подспорьем в совершенствовании санитарно-просветительной работы среди этой категории больных.

Использование в практике результатов работы о связи гипергликемии с частотой ХП могут служить для оценки риска ХП среди лиц с НТГ. Использование коэффициентов гликемии может служить в формировании групп риска среди лиц с нормальной (по современной классификации) толерантностью к глюкозе. Внедрение результатов работы о благоприятном влиянии коррекции гипергликемии на клиническое течение ХП является важным подспорьем в адекватной профилактике и лечении ХП, а также в снижении частоты рецидивов этого заболевания.

Реализация результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практическую работу Центральной городской больницы и поликлиники №4 г.Бухары, Бухарского городского медицинского объединения, Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Выводы и научные положения диссертации используются в учебном процессе повышения квалификации практических врачей на кафедре ВОП БухГосМИ.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на V международной научно-практической конференции "V Ибн Сино халкаро укишлари" (Бухара, 2005); Республиканской научно-практической конференции "Молодые учёные – практическому здравоохранению" (Ташкент, 2008); Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы внутренних болезней и педиатрии» (Ташкент, 2009); на Проблемной комиссии по Внутренним болезням БухГосМИ с участием кафедр ВОП, факультетской терапии, пропедевтики внутренних болезней (Бухара, 2009); на межкафедральном семинаре с участием кафедр ВОП-1 и ВОП-2 АндГосМИ (Андижан, 2009); на межкафедральном семинаре с участием кафедр ВОП с клинической аллергологией, ВОП с эндокринологией, Клинической фармакологии, Факультетской и госпитальной терапии ТМА (2010); апробационном семинаре «Проблемы внутренних болезней» при Специализированном Совете Д.087.01.01 при ТМА (Ташкент, 2010).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 2 журнальные статьи, 6 тезисов и информационное письмо (1). За рубежом опубликована 1 работа.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 128 страницах машинописного текста и включает введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, 3 главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации. Библиографический указатель включает 214 источников (82 из стран СНГ и 132 из других стран). Диссертация иллюстрирована 25 таблицами и 6 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении раскрывается актуальность выбранной темы исследования. Освещены также имеющиеся проблемы в данном направлении. На основании этого обоснована целесообразность проведения данного исследования. В этом разделе изложены цель и задачи исследования, научная новизна и практическая значимость диссертации, Положения выносимые на защиту, сведения об апробации работы, публикациях, а также дана характеристика структуры и объёма диссертации.

Глава «Обзор литературы» написана с использованием современной литературы. Большая часть использованных литературных источников представлена работами за последние 10-15 лет. Обзор литературы охватывает вопросы распространённости ХП, его связь с различными факторами риска и, в том числе, с сахарным диабетом. В ходе знакомства с обзором литературы становится ясно, что существует определённая проблема, касающаяся раннего выявления и лечения ХП у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе. Литературный обзор логически обосновывает предпосылки к проведению настоящего исследования.

Глава «Материалы и методы исследования» содержит данные об обследованных группах больных, использованных методов работы и критериев оценки полученных результатов. Для решения задач исследования были обследованы 2 выборки пациентов. С целью изучения распространённости ХП и его связи с НТГ было проведено эпидемиологическое исследование среди репрезентативной выборки численностью 797 человек. Для изучения возможности оптимизации лечения ХП при НТГ было проведено клиническое исследование среди 77 пациентов.

Данное исследование включало современные стандартные методы - опросники, инструментальные методы (измерение АД, антропометрия), биохимические исследования (липиды), толерантность к глюкозе (ОТТГ, определение сахара крови натощак, после нагрузки глюкозой через 1 и 2 часа), исследование мочи, УЗИ почек, бактериурия.

Исследование углеводного обмена проводилось с помощью орального теста толерантности к глюкозе (ОТТГ) с определением глюкозы в капиллярной крови. Учитывались следующие показатели: гликемии натощак, гликемия через 1 и 2 часа после приема обследуемым 75 гр. глюкозы. Анализы глюкозы проводили на автоматическом глюкоанализатор «GlucoDr» (Южная Корея). При оценке показателей уровня глюкозы в крови использовали критерии ВОЗ (WHO, 1999). Выявляли следующие категории гипергликемии: гипергликемия натощак или тощачовая гипергликемия (уровень глюкозы натощак $>5,6$ ммоль/л и $<6,1$ ммоль/л при уровнях гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой $<7,8$ ммоль/л); постнагрузочная гипергликемия или гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой (уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки глюкозой $>7,8$ ммоль/л и $<11,1$ ммоль/л при нормальном уровне гликемии натощак). Сахарный диабет выявлялся при уровне гликемии натощак $>6,1$ ммоль/л и через 2 часа после нагрузки глюкозой $>11,1$ ммоль/л. Учитывая то, что в исследовании предусматривалась сравнительная оценка связи нарушений симпатoadреналовой и вагоинсулярной фаз гликемической кривой с ХП, определяли также уровень гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой, отражающего состояние симпатoadреналовой фазы гликемической кривой (уровень глюкозы через 1 час после нагрузки глюкозой $> 8,8$ ммоль/л при нормальных уровнях гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой).

Исследования мочи проводили по общепринятым методам:

Забор мочи для исследования проводился при естественном мочеиспускании из средней порции струи после предварительной обработки наружных половых органов по унифицированным методикам описанным A.W.Asscher. При исследовании суточной мочи сбор проводился в течении 24 часов.

Исследование общего анализа мочи включало определение относительной плотности, которая измерялась урометром с делением от

1000 до 1050. За нормальную относительную плотность мочи считались показатели урومتра с делением в среднем от 1019 до 1026. Из биохимических исследований мочи определяли содержание белка методом Брандерберга-Робертса-Стольникова (кольцевая проба), которая основана на появлении белкового кольца между 2-й и 3-й минутами при содержании в моче 0,033 г/л белка.

Проводились исследования осадка мочи на наличие лейкоцитов, эритроцитов, бактериурии, эпителиальных клеток.

Бактериурию определяли методом экспресс диагностики: тест восстановления трифенилтетразолия хлорид (ТТХ – тест), основанный на способности бактерий восстанавливать бесцветные соли тетразолия в окрашенные производные формазана (синего цвета). Изменение окраски происходит через 4 часа инкубации мочи с ТТХ. Критерием истинной бактериурии считалось нахождение 10000 и более микроорганизмов в 1мл мочи.

Исследования мочи по Нечипоренко, при этом определяли количество форменных элементов (лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров) в 1 мл мочи.

Статистическая обработка материалов проводилась на персональном компьютере Pentium IV с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft EXCEL' 2003. Анализировались интенсивные показатели, а также средние значения количественных показателей и их среднеквадратические отклонения ($M; \pm\delta$). Для оценки связи количественных показателей применяли корреляционный анализ (коэффициент корреляции - r). Достоверность отличий анализируемых показателей оценивали на основании критерия Стьюдента (t).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Согласно полученным данным, общая распространённость ХП в обследованной популяции составляет 16,19%, т.е. каждый шестой обследованный человек страдает ХП (табл.1).

Таблица 1.

Распространённость АГ среди обследованного контингента.

Мужчины						
Возрастная группа	Нет ХП		Пациенты с ХП		Всего	
	n	%	n	%	n	%
20-39 лет	110	95,56	5	4,44	115	100,00
40-49 лет	87	91,58	8	8,42	95	100,00
60-69 лет	29	90,63	3	9,38	32	100,00
Всего	226	93,39	16	6,61	242	100,00
Женщины						

Возрастная группа	Нет ХП		Пациенты с ХП		Всего	
	n	%	n	%	n	%
20-39 лет	261	86,14	42	13,86	303	100,00
40-49 лет	135	75,00	45	25,00 ** #	180	100,00
60-69 лет	46	63,89	26	36,11 *** #	72	100,00
Всего женщин	442	79,64	113	20,36	555	100,00
ИТОГО	668	83,81	129	16,19	797	100,00

Примечание: #) - означает достоверность различий относительно группы 20-39 лет.

*) - означает достоверность различий показателей у мужчин и женщин.

Латентно протекающий ХП имеет неблагоприятный прогноз и нередко манифестирует у женщин с наступлением беременности и родов. Поэтому, для своевременного выявления ХП, а так же для его ранней профилактики, необходимо проводить массовые профилактические обследования женщин. В связи с этим, была изучена распространённость ХП среди женского населения при НТГ. Как оказалось, в обследованной популяции выявлена достаточно большая распространённость ХП. Каждая пятая женщина (20,36%) страдает ХП. Вместе с тем, установлено, что женщины страдают ХП в 3 раза чаще мужчин (20,36% и 6,16% соответственно). Выявленные различия оказались высоко достоверны.

Далее анализировалась частота ХП в различных возрастных группах. Согласно полученным данным, в обследованной популяции имеет место достаточно широкая распространённость ХП в различных возрастных группах. Частота ХП в возрастных группах 40-59 лет и 60-69 лет была достоверно выше, чем в возрасте 20-39 лет (19,27%, 27,88% и 11,24% соответственно, $p < 0,01$). Таким образом, в обследованной популяции имеет место увеличение частоты ХП с возрастом. Среди лиц 40-59 ХП страдает каждый пятый человек, а среди лиц 60-69 лет более, чем каждый четвёртый человек. С целью оценки половозрастного фактора в распространённости ХП была изучена частота ХП в различных возрастных группах у мужчин и женщин.

Как показывают полученные данные, частота ХП у мужчин имеет тенденцию к росту. Однако, несмотря на 2х кратное превышение частоты ХП среди мужчин 60-69 лет (9,38%) относительно частоты ХП у мужчин 20-39 лет (4,44%), выявленные различия оказались статистически не значимы. Возможно, что отсутствие достоверности изучаемых показателей связано с небольшим количеством наблюдений в рассматриваемых группах.

Вместе с тем, выявлены достоверные различия частоты ХП в различных возрастных группах среди женщин. Так частота ХП среди женщин 40-59 лет (25,0%) оказалась в 1,8 раза, а среди женщин и 60-69 лет

(36,11%) – в 2,6 раза выше, чем среди женщин 20-39 лет (13,86%). Следует отметить, что выявленные различия были высоко достоверны.

Адекватная оценка состояния здоровья пациентами является важной предпосылкой своевременного выявления, профилактики и лечения различных заболеваний. В связи с этим, предпринята попытка выявить связь между наличием ХП и оценкой пациентами состояния своего здоровья. Согласно полученным данным, в целом между состоянием здоровья и его оценки со стороны пациентов имеется определённая связь. Так частота ХП среди лиц оценивающих состояние своего здоровья как «я здоров», «удовлетворительно», «я не совсем здоров» и «я серьёзно болен» составила соответственно 8,04%, 10,41%, 55,0% и 29,85%.

Эти данные свидетельствуют о том, что в обследуемой популяции имеет место недостаточно адекватная оценка пациентами своего состояния. На это указывают показатели частоты ХП среди лиц, считающих себя здоровыми. Среди этой категории обследованных частота ХП составляет 8,04%. Вместе с тем, следует обратить внимание и на то, что частота ХП среди лиц, оценивающих состояние своего здоровья как «я не совсем здоров» была наиболее высокой (55,0%). Частота ХП в этой группе была в 1,8 раз выше, чем среди лиц оценивающих состояние своего здоровья как «я серьёзно болен» (29,85%). Таким образом, более чем каждый второй человек, считающий что он «не совсем здоров» страдает ХП.

Обращаемость к врачам является одной из главных составляющих диагностического процесса. Поэтому, определённый интерес представлял вопрос о своевременности обращения пациентов с ХП к врачам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). С целью изучения этого вопроса всем обследованным задавались вопросы о том, обращаются ли они к врачам при ухудшении самочувствия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в обследованной популяции имеет место не совсем адекватное отношение к своевременной обращаемости пациентов к врачам при ухудшении их самочувствия. Следует обратить внимание на то, что среди лиц, не обращающихся к врачам, так как они считают себя здоровыми, 9,09% страдают ХП. Среди тех, кто «обращается всегда» при ухудшении самочувствия имеет место наибольшая распространённость ХП (20,1%). Несколько меньшая, но достаточно высокая частота ХП имеет место среди лиц, обращающихся к врачам только при существенном ухудшении самочувствия (17,81%). Заметим, что среди категории обследованных, которые не обращаются к врачам даже при ухудшении самочувствия частота ХП составляет 11,11%.

В целом, из числа 129 пациентов с ХП только 40 человек (31,01%) всегда обращаются к врачам при ухудшении самочувствия. Основная часть пациентов, страдающих ХП (68,99%) не обращаются к врачам или обращаются только при существенном ухудшении своего самочувствия. Полученные данные свидетельствуют о том, что в обследованной популяции

сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении обращаемости пациентов страдающих ХП к врачам.

Следующей важной составляющей лечебного процесса является выполнение пациентами врачебных назначений. Для изучения состояния отношения пациентов к выполнению врачебных рекомендаций обследованные лица были разделены на 3 группы. Изучена частота ХП среди лиц «всегда» выполняющих рекомендации врача, выполняющих рекомендации «не всегда» и среди тех кто «обычно не выполняет» врачебные рекомендации.

Как показали полученные данные, из числа тех пациентов, кто всегда выполняет рекомендации врачей, частота ХП составляет 17,6%. Несколько меньшая частота ХП (15,15%) отмечается среди лиц не всегда выполняющих врачебные рекомендации. Наибольшая частота ХП имеет место среди лиц игнорирующих врачебные назначения (25,0%).

Если посмотреть в целом, то из числа 129 пациентов, страдающих ХП, только 41 человек (31,78%) всегда выполняет врачебные рекомендации. Вместе с тем, более 2/3 пациентов страдающих ХП обычно не выполняет или не всегда выполняют врачебные рекомендации. Из представленных данных следует, что в обследованной популяции имеет место неадекватное отношение пациентов к врачебным рекомендациям.

Одной из задач исследования являлось изучение роли нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) в распространённости ХП. В соответствии с современной классификацией сахарного диабета, под НТГ понимают гипергликемию натощак и гипергликемию через 2 часа после нагрузки глюкозой. Последний показатель отражает активность вагоинсулярной фазы гликемической кривой и характеризует способность организма утилизировать поступившую в кровь глюкозу.

В связи с этим, была проанализирована частота ХП среди лиц с различными категориями гликемии (табл. 2). Согласно полученным данным, наименьшая частота ХП отмечается среди лиц с нормальным уровнем гликемии (12,88%). Частота ХП среди лиц с гликемией натощак оказалась в 1,5раз выше (18,99%). Еще большая частота ХП имела место при НТГ (26,74%), а наибольшая частота ХП выявлена среди больных сахарным диабетом (36,59%).

Таблица 2.

Распространённость хронического пиелонефрита при различных категориях гипергликемии

Категория гликемии	Без ХП		Пациенты с ХП		ВСЕГО	
	n	%	n	%	n	%
Нормальная гликемия	514	87,12	76	12,88	590	100,00
Гликемия натощак	64	81,01	15	18,99 *	79	100,00

НТГ	63	73,26	23	26,74 **	86	100,00
СД выявленный ранее	13	65,00	7	35,00 *	20	100,00
СД выявленный впервые	13	61,90	8	38,10 *	21	100,00
СД в целом	26	63,41	15	36,59 *	41	100,00

Примечание: в таблице указана достоверность различий относительно группы лиц с нормальным уровнем гликемии.

Следует отметить, что среди лиц, у которых сахарный диабет был выявлен впервые в ходе настоящего исследования, частота ХП была несколько выше (38,1%), чем среди пациентов, у которых сахарный диабет был выявлен ранее, т.е. пациентов состоящих на диспансерном учёте (35,0%). Однако, выявленные различия оказались статистически не значимы.

Заметим, что все показатели частоты ХП в группах с различными категориями гипергликемии были достоверно выше, чем показатель частоты ХП в группе лиц с нормальным уровнем гликемии.

Из приведенных данных можно сделать вывод о том, что не только сахарный диабет, но и НТГ может служить показателем риска ХП. При этом, НТГ имеет большее значение, чем гипергликемия натощак, а сахарный диабет – большее значение, чем НТГ.

Особое внимание следует уделить данным о том, что при сахарном диабете, выявленном впервые частота ХП была даже несколько выше, чем при пациентов сахарным диабетом состоящих на диспансерном наблюдении. По данным многочисленных исследований, частота различных внутренних болезней увеличивается по мере роста длительности заболевания. Однако это, не совсем согласуются с полученными в ходе настоящего исследования данными о большей частоте ХП среди больных с впервые выявленным сахарным диабетом. Такую ситуацию можно объяснить тем, что, возможно, патологический процесс начался уже на этапе скрытого сахарного диабета. Это предположение подтверждается данными о частоте ХП среди лиц с гипергликемией натощак и НТГ.

Вместе с тем, нормальная физиология углеводного обмена учитывает также и состояние симпатoadреналовой фазы гликемической кривой, отражающей способность организма насыщать кровь глюкозой. Оценка состоянию симпатoadреналовой фазы гликемической кривой может быть дана на основании показателей гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой.

Следует заметить, что нередко, нарушения симпатoadреналовой фазы гликемической кривой (гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой) переходят в нарушения вагоинсулярной фазы гликемической кривой (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой), а нарушения вагоинсулярной фазы гликемической кривой часто переходят в явный сахарный диабет. Поэтому, можно предположить, что нарушения

симптоадреналовой фазы гликемической кривой, нарушения вагоинсулярной фазы гликемической кривой и сахарный диабет являются звеньями одного процесса.

Исходя из вышеизложенного была изучена частота ХП при нарушениях, как симптоадреналовой фазы гликемической кривой, так и при нарушениях вагоинсулярной фазы гликемической кривой. Была проанализирована частота ХП в группах лиц с нарушениями симптоадреналовой фазы гликемической кривой и нарушениями вагоинсулярной фазы гликемической кривой. Для этого, наряду с рекомендованным ВОЗ изучением НТГ путём определения гликемии только через 2 часа после нагрузки глюкозой, было изучено также состояние гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой.

Согласно полученным данным, частота ХП среди лиц с нарушением симптоадреналовой фазы гликемической кривой (22,87%) была несколько меньше, чем частота ХП среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой (28,57%). Эти данные свидетельствуют о том, что нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой имеет большую связь с распространённостью ХП, чем нарушение симптоадреналовой фазы гликемической кривой. Вместе с тем, частота ХП при нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой была в 1,8 раз выше, чем при нормальном уровне гликемии.

Основываясь на этих данных можно заключить, что нарушение симптоадреналовой фазы гликемической кривой, также как и нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой, может служить показателем риска ХП. Следует обратить внимание также и на то, что частота ХП при нарушении симптоадреналовой фазы гликемической кривой в 1,2 раза выше, чем при гипергликемии натощак. Заметим, что гипергликемия натощак, относиться к основным компонентам метаболического синдрома.

Наряду с изучением частоты ХП при НТГ и сахарном диабете важное значение имеет также и оценка уровней гликемии среди пациентов. Поэтому, далее были изучены средние показатели гликемии среди лиц с ХП.

Согласно полученным данным, средние уровни гликемии среди пациентов с ХП были выше, чем среди лиц без этого заболевания. Уровни гликемии натощак, через 1 час и через 2 часа после нагрузки глюкозой составили для пациентов с ХП 5,78±0,19; 8,1±0,23; 5,57±0,18 ммоль/л, а для лиц без ХП 5,14±0,11; 7,84±0,19; 5,34±0,15 ммоль/л соответственно.

Симптоадреналовая фаза гликемической кривой и вагоинсулярная фаза гликемической кривой отражают две стороны обмена углеводов. Вместе с тем, в ряде работ было показано, что не только выявленные случаи НТГ или сахарного диабета, но и соотношение показателей гликемической кривой могут служить показателями риска. В связи с этим, была предпринята попытка изучить связь между ХП и уровнями коэффициентов гликемии. Изучались следующие коэффициенты гликемии - гипергликемический коэффициент: гликемия через 1 час после нагрузки

глюкозой/гликемия натощак; гликемический коэффициент: гликемия натощак/гликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой; постгликемический коэффициент: уровень гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой / уровень гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой.

Наибольшая частота ХП имеет место во втором квинтиле (17,09%). В 3 и 4 квинтилях частота ХП постепенно снижается (15,01% и 14,02%) до наименьшего показателя в 5 квинтиле (10,53%). Эти сведения позволяют предполагать, что значения гипергликемического коэффициента менее 1,24 и более 2,26 являются более благоприятными, а значения гипергликемического коэффициента от 1,24 до 2,26 являются менее благоприятными в отношении риска ХП.

Изучение частоты ХП в различных квинтилях распределения гипогликемического коэффициента показало, что наименьшая частота ХП имеет место в 1 квинтиле распределения гипогликемического коэффициента (9,09%). Во всех остальных квинтилях (2,3,4 и 5 квинтилях) частота ХП значительно выше (15,38%, 16,16%, 13,9% и 17,07% соответственно). Эти данные указывают на то, что наиболее неблагоприятным в отношении риска ХП является 5 квинтиль (показатели гипогликемического коэффициента 1,76-2,02), а наименее опасным является 1 квинтиль (показатели гипогликемического коэффициента 0,76-1,02). Вместе с тем, показатели гипогликемического коэффициента от 1,02 до 2,02 также свидетельствуют о повышенном риске ХП.

Выявлена также связь гликемического коэффициента, показывающего способность организма приводить уровень гликемии через 2 часа в соответствие к его базальному уровню. Наибольшая частота ХП имеет место в первом квинтиле распределения гликемического коэффициента (32,0%). В остальных квинтилях распределения гликемического коэффициента (2,3,4 и 5 квинтилях) частота ХП была достоверно ниже (14,62%, 14,96%, 13,21% и 16,67% соответственно). Согласно полученным данным, уровень гликемического коэффициента менее 0,66 является показателем высокого риска ХП, а более высокие показатели этого коэффициента свидетельствуют о меньшем риске ХП.

Учитывая связь НТГ с ХП, было сделано предположение о том, что коррекция инсулинрезистентности может способствовать улучшению клинического течения ХП. Для проверки этого предположения обследованные лица были разделены на 2 группы. Пациенты одной группы получали традиционное лечение ХП, а во второй группе к традиционному лечению был добавлен препарат из группы метформина (Сиофор).

Изучение показателей гликемической кривой показало, что в процессе применения Сиофора произошло снижение всех показателей гликемической кривой. Уровень гликемии натощак снизился с 5,54 до 5,69 ммоль, гликемии через 1 час после стандартной нагрузки глюкозой с 7,95 до 7,27 ммоль и гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой с 7,55 до 6,77 ммоль.

Согласно протоколу исследования, в группу наблюдения были включены лица с ХП протекающим с частыми рецидивами. На фоне традиционного лечения с последующим включением в него Сиофора частота рецидивов этих симптомов значительно уменьшилась (83,33%; 60%; 76,67%; 63,33% и 66,67% соответственно). В большей степени снизились обострения головных болей и симптома Тофило. Следует отметить, что снижение этих показателей было статистически значимо ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что коррекция гипергликемии, в определённой степени, может снижать риск рецидивов ХП у пациентов с НТГ.

Далее изучена динамика средних уровней ряда показателей крови и мочи в процессе лечения ХП в группах получающих Сиофор и не получающих этот препарат на фоне традиционной терапии. Согласно полученным данным, добавление сиофора в комплексную терапию позволяет в большей степени повысить уровень гемоглобина (с $8,72 \pm 0,17$ до $12,64 \pm 0,15$), эритроцитов (с $3,07 \pm 0,06$ до $4,5 \pm 0,06$), лейкоцитов (с $6,54 \pm 0,3$ до $7,3 \pm 0,09$), цветовой показатель (с $0,9 \pm 0,005$ до $0,98 \pm 0,005$), чем при традиционной терапии ХП, при которой удалось повысить уровень гемоглобина (с $8,2 \pm 0,19$ до $10,09 \pm 0,14$), эритроцитов (с $3,27 \pm 0,06$ до $3,97 \pm 0,06$), лейкоцитов (с $6,54 \pm 0,3$ до $7,3 \pm 0,09$), цветовой показатель (с $0,9 \pm 0,005$ до $0,98 \pm 0,005$). Вместе с тем, в группе лиц получавших в составе комбинированной терапии сиофор произошло снижение уровня СОЭ (с $25,78 \pm 0,68$ до $12,64 \pm 0,31$) и фибриногена (с $3,72 \pm 0,08$ до $2,42 \pm 0,04$). В группе лиц получавших традиционную терапию ХП без сиофора имело место снижение уровня СОЭ (с $26,67 \pm 0,11$ до $15,48 \pm 0,35$) и фибриногена (с $3,63 \pm 0,08$ до $2,98 \pm 0,07$).

Таким образом, включение сиофора в традиционную терапию ХП позволяет в большей степени улучшить лабораторные показатели периферической крови.

Далее была проведена сравнительная оценка показателей мочи в процессе лечения больных ХП на фоне традиционной терапии и при включении в традиционную терапию сиофора у лиц с НТГ. Согласно полученным данным, применение сиофора у лиц с НТГ позволяет в большей степени улучшить показатели мочи, чем при традиционной терапии. В группе лиц получавших сиофор содержание лейкоцитов и эритроцитов по пробе Нечипоренко составили до и после лечения $3658 \pm 48,03$ и $2012,73 \pm 29,17$ (лейкоциты), $1821,82 \pm 51,64$ и $1021,82 \pm 36,16$ (эритроциты) соответственно. При этом, следует отметить, что в группе пациентов ХП получавших традиционную терапию содержание лейкоцитов и эритроцитов также снизилось, однако среди них, это снижение было менее выражено. Количество лейкоцитов в группе получавших традиционную терапию снизилось с $3759,52 \pm 32,53$ до $2238,10 \pm 32,83$, а эритроцитов с $1695,24 \pm 48,53$ до $1195,24 \pm 26,33$.

Наряду с этим выявлено более значительное снижение степени бактериурии, а также более выраженное повышение суточного количества

мочи и его удельного веса при применении на фоне традиционной терапии сиофора, чем при проведении только традиционной терапии.

Согласно протоколу исследования, в группу наблюдения были включены лица с ХП протекающим с частыми рецидивами (рис. 1).

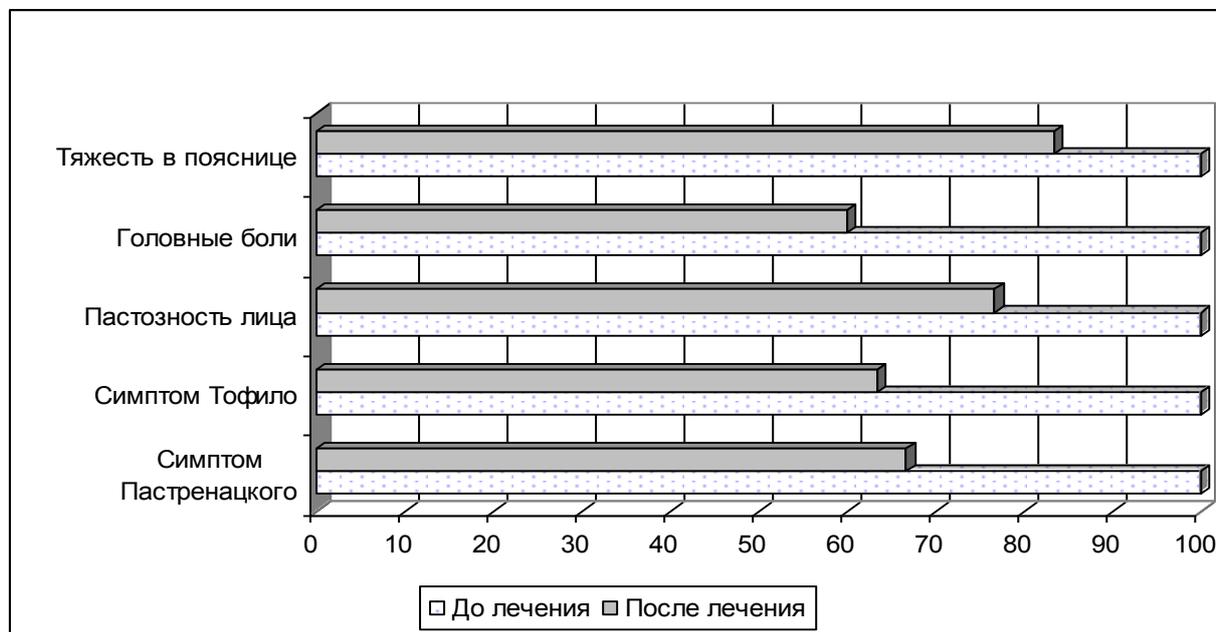


Рисунок 1. Частота рецидивов некоторых клинических симптомов у больных ХП в сочетании с НТГ до и после лечения сиофором (в %).

На фоне традиционного лечения с последующим включением в него Сиофора частота рецидивов этих симптомов значительно уменьшилась (83,33%; 60%; 76,67%; 63,33% и 66,67% соответственно). В большей степени снизились обострения головных болей и симптома Тофило. Следует отметить, что снижение этих показателей было статистически значимо ($p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что коррекция гипергликемии, в определённой степени, может снижать риск рецидивов ХП у пациентов с НТГ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение Сиофора у больных ХП в сочетании с НТГ может способствовать улучшению клинического течения ХП и снижать частоту рецидивов симптомов этого заболевания. Наряду с этим, применение Сиофора у больных ХП в сочетании с НТГ, наряду с нормализацией показателей гликемии, позволяет получить положительную динамику показателей крови и мочи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1. Среди неорганизованного населения имеет место высокая распространённость хронического пиелонефрита (16,19%). Частота ХП увеличивается с возрастом. При этом, женщины страдают ХП в 3 раза чаще мужчин (20,36% и 6,61% соответственно).

2. У пациентов страдающих ХП имеет место неблагоприятная ситуация в отношении оценки пациентами состояния своего здоровья, обращаемости к врачам и выполнения врачебных рекомендаций. Только каждый третий пациент с ХП всегда выполняет врачебные рекомендации.

3. Среди лиц с нормальным уровнем гликемии частота ХП в 1,5 раз ниже, чем при гликемией натошак, в 2 раза ниже, чем при НТГ и в 2,8 раз ниже, чем при сахарном диабете. В связи с этим, как явная гипергликемия (сахарный диабет 2 типа), так и скрытая гипергликемия (НТГ) могут считаться факторами риска ХП.

4. При нарушении вагоинсулярной фазы гликемической кривой частота ХП составляет 28,57%, а при нарушении симпатoadреналовой фазы гликемической кривой – 22,87%. Поэтому, нарушение симпатoadреналовой фазы гликемической кривой, также как и нарушение вагоинсулярной фазы может служить показателем риска ХП.

5. При НТГ имеет место большая частота и выраженность клинических и лабораторных показателей ХП. Применение метформина в составе комплексной терапии ХП способствует улучшению клинического течения этого заболевания. На фоне приёма сиофора наблюдается уменьшение частоты обострений ХП, а также улучшение клинических и лабораторных показателей.

Практические рекомендации.

1. С целью своевременной диагностики и адекватной терапии ХП, всех больных с этой патологией, следует обследовать на предмет выявления, как сахарного диабета, так и НТГ. Вместе с тем, среди лиц с НТГ и сахарным диабетом следует проводить обследование для своевременного выявления ХП.

2. При выявлении у пациентов с ХП нарушенной толерантности к глюкозе связанной с нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой, следует проводить коррекцию гипергликемии с помощью метформина.

3. С целью оптимизации диагностики, лечения и профилактики ХП необходимо совершенствовать санитарно-просветительную работу среди населения в отношении адекватной оценки имеющихся у пациентов симптомов заболевания, своевременного обращения к врачам и выполнения врачебных рекомендаций.

*Выражаю глубокую признательность доктору медицинских наук,
профессору Даминову Ботиру Тургунпулатовичу за ценные советы и
помощь при выполнении настоящей диссертации*

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ.

1. Нарзикулова С.П., Каюмов У.К., Кадырова Г.Г., Болтаев С.С., Бадриддинова М., Аслонова И.Ж., Хатамова Д.Т. Применение опросных методов исследования в качестве скрининг-тестов при профилактических обследованиях населения.// V Ибн Сино халкаро укишлари: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. сентябрь 2005, Бухара.- С. 64.

2. Рузиев О., Бадритдинова М.Н., Алимов С.С., Аслонова И.Ж. Эффективность опросных методов в диагностике некоторых заболеваний. // Молодые учёные - практическому здравоохранению: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 24 июня 2008, Ташкент.- С.200-201.

3. Рузиев О.А., Каюмов У.К., Бадритдинова М.Н., Аслонова И.Ж. Распространённость некоторых основных внутренних болезней среди женщин фертильного возраста. //Молодые учёные - практическому здравоохранению: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 24 июня 2008, Ташкент.-С.201-202.

4. Атаниязова Р.У., Аслонова И.Ж., Бадритдинова М.Н., Аслонова Ш.Ж. Эффективность метформина при лечении хронического пиелонефрита у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе. //Молодые учёные - практическому здравоохранению: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 24 июня 2008, Ташкент.- С.203.

5. Аслонова И.Ж., Алимов С.С., Бадритдинова М.Н., Каюмов У.К. Роль метформина в лечении хронического пиелонефрита при нарушенной толерантности к глюкозе. //Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология». – Ташкент, 2008.- №2.- С. 4-8.

6. Аслонова И.Ж., Таиров М.Ш., Каюмов У.К. Распространённость хронического пиелонефрита у женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе. //Журнал «Врач-аспирант». - Воронеж, 2008, N5(26), с. 404-408.

7. Каюмов У.К., Аслонова И.Ж., Алимов С.С. Распространённость хронического пиелонефрита при нарушенной толерантности к глюкозе и сахарном диабете.// Информационное письмо, утверждённое МЗ РУз. (12.02.2009 г., № 0167).

8. Аслонова И.Ж., Алимов С.С., Даминов Б.Т., Каюмов У.К., Рузиев О.А. Частота хронического пиелонефрита при нарушенной толерантности к глюкозе. //Актуальные проблемы внутренних болезней и педиатрии: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 21-22 декабря, Ташкент, 2009. – с.78

9. Аслонова И.Ж., Алимов С.С., Даминов Б.Т., Каюмов У.К., Таиров М.Ш. Особенности клинических симптомов хронического пиелонефрита при метаболическом синдроме. //Актуальные проблемы внутренних болезней и педиатрии: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. 21-22 декабря Ташкент, 2009– с.54

РЕЗЮМЕ

диссертации Аслоновой И.Ж. на тему «Особенности клинического течения и лечения хронического пиелонефрита у больных с нарушенной толерантностью к глюкозе» представленной на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.05 - внутренние болезни

Ключевые слова: почки, пиелонефрит, сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе, метаболический синдром, метформин, моксонидин.

Объект исследования: Популяционная часть исследования представлена материалами обследования репрезентативной выборки из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек. Объектом клинического исследования явились 77 пациентов страдающих хроническим пиелонефритом (ХП) в сочетании с гипергликемией.

Цель работы: Изучить роль гипергликемии в распространённости и особенностях клинического течения хронического пиелонефрита и возможности совершенствования терапии этого заболевания путём нормализации уровней гликемии

Методы исследования: популяционные, клинические, инструментальные, биохимические, бактериологические, статистические.

Полученные результаты и их новизна: Показано, что нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) может служить показателем риска ХП. В качестве фактора риска могут выступать, как гипергликемия натощак, так и постнагрузочная гипергликемия. В оценке риска гипергликемии на развитие ХП могут быть использованы коэффициенты гликемии. Коррекция инсулинорезистентности метформином у пациентов с НТГ способствует улучшению клинического течения ХП и способствует снижению частоты обострений этого заболевания.

Практическая значимость: Данные о распространённости ХП дают возможность научно-обоснованно планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия в отношении ХП. Результаты диссертации о неблагоприятной ситуации в отношении оценки пациентами состояния своего здоровья, обращаемости к врачам и выполнения врачебных рекомендаций, являются важным подспорьем в совершенствовании санитарно-просветительной работы среди этой категории больных. Внедрение в практику результатов работы могут служить для оценки риска ХП среди лиц с НТГ. Использование коэффициентов гликемии могут служить в формировании групп риска среди лиц в отношении ХП.

Степень внедрения и экономическая эффективность: полученные результаты внедрены в практику лечебно-профилактических учреждений Бухары, а также в учебный процесс БухМИ.

Область применения: терапия, нефрология, эндокринология.

Тиббиет фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Аслонова Ибодат Жабборовнанинг 14.00.05 - Ички касалликлар ихтисослиги бўйича «Глюкозага толерантлиги бузилган беморларда сурункали пиелонефритнинг кечишининг ва уни даволашнинг алоҳида хусусиятлари “ мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ.

Калит сўзлар: буйраклар, пиелонефрит, қандли диабет, глюкозага толерантликнинг бузилиши, метаболик синдром, метформин, моксонидин.

Илмий текширувлар объекти: текширувнинг популяцион қисми 20 дан 69 ёшгача бўлган 797 нафар уюшмаган аҳолидан репрезентатив танланган шахслар текшириш материалларидан иборат. Клиник текширувлар объекти эса 77 нафар гипергликемияли сурункали пиелонефрит (СП) билан касалланган беморлардан иборат.

Текширувлар мақсади: Сурункали пиелонефритнинг тарқалганлигини ва клиник кечиш хусусиятларида гипергликемиянинг ролини ва гликемия даражасини нормаллаштириш йўли билан ушбу касалликни даволаш усулларини такомиллаштириш имкониятлари ўрганиш.

Текширув усуллари: популяцион, клиник, инструментал, биохимик, бактериологик, статистик.

Олинган натижалар ва янгилик: Кўрсатилишича, глюкозага толерантликни бузилиши (ГТБ) сурункали пиелонефритнинг хавф омилidir. Нахорги гипергликемия ва глюкозали юкламадан кейинги гипергликемия ҳам хавф омил бўлиши мумкин. СП ривожланиш хавфида гипергликемия аҳамиятини баҳолаш учун гликемик коэффициентларидан фойдаланиш мумкин. ГТБ ли беморларда инсулинрезистентликни метформин билан коррекция қилинганда СП нинг клиник кечиши яхшиланади ва хуружлар сони камаяди.

Амалий аҳамияти: СП нинг тарқалиши ҳақидаги маълумотлар даволаш-профилактика тадбирларини илмий асосланган ҳолда режалаш ва амалга ошириш имконини беради. Диссертациянинг натижалари, беморлар ўз саломатлигини баҳолаши, врачларга мурожаат қилиши ва улар тавсияларини тўғри бажариши ҳақидаги номувофиқ ҳолатни кўрсатганлари, ушбу категориядаги беморлар ўртасида санитар-оқартув ишларини такомиллаштиришда муҳим омил бўлиб хизмат қилади. Ишнинг натижаларини амалиётга тадбиқ этиш ГТБ ли беморларда СП хавфини баҳолашга хизмат қилади. Гликемик коэффициентдан фойдаланиш СП хавф гуруҳларини шакллантириш учун қўлланилиши мумкин.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Олинган натижалар Бухоро шаҳри даволаш –профилактика муассасалари амалиётига ва Бухоро тиббиёт институти ўқув жараёнига тадбиқ этилди.

Қўлланилиш соҳаси: терапия, нефрология, эндокринология.

SUMMARY

Thesis of Aslanova Ibodat Jabborovna on scientific degree competition of the Doctor of Scientific in Medicine on speciality 14.00.05 – internal disease subject: “Features of clinical flow and treatments of a chronic pyelonephritis at the patients with the a glucose intolerance”

Keywords: nephroses, pyelonephritis, diabetes mellitus, glucose intolerance, metabolic syndrom, metforminum, moksonidin.

Object of research: the population part of research is submitted by stuffs of inspection of representative sample from the unorganized population in the age of from 20 till 69 years in amount 797 men. By object of clinical research were 77 patients suffering by a chronic pyelonephritis in a combination to a hyperglycemia.

Purpose of work: To study a role of a hyperglycemia in prevalence and features of clinical flow of a chronic pyelonephritis and opportunity of perfection of therapy of this disease by normalization of levels of a glycemia

Methods of research: population, clinical, tool, biochemical, bacteriological, statistical.

The received results and their novelty: Is shown, that glucose intolerance can to serve a parameter of risk chronic pyelonephritis. As a risk factor can act, as a fasting hyperglycemia and after load a hyperglycemia. In an assessment of risk of a hyperglycemia on development chronic pyelonephritis can be used the quotients of a glycemia. The correction insulinresistance by Metforminum at the patients with promotes enriching of clinical flow chronic pyelonephritis and promotes drop of frequency of exacerbations of this disease.

The practical significance: the data on prevalence chronic pyelonephritis give the opportunity is scientific - is proved to plan and to carry out treat-preventive measures in the attitude chronic pyelonephritis. The results of the dissertation about a unfavorable situation in the attitude of an assessment by the patients of a state of the health, delayed reference to the doctors and performance of the medical references, are the important help in perfection of sanitary educational work among this category of the patients. Use in practice of results of work can serve for an assessment of risk chronic pyelonephritis among the persons with glucose intolerance. Use of quotients of a glycemia can serve in formation of bunches of risk chronic pyelonephritis.

Degree of introduction and economic efficiency: the received results are introduced into practice of treatment-and-prophylactic establishments of Bukhara, and also in educational process Bukhara Medical Institute.

Range of application: therapy, nephrology, endocrinology.