

**Х.Х Чартакова - Андижанский государственный
медицинский институт, старший преподаватель
кафедры госпитальной терапии и эндокринологии**

**Андижанский Медицинский Государственный
Институт**

**А.К Чартаков-ассистент кафедры
госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский Медицинский Государственный**

Институт

**Д.К Чартаков - к.м.н. доц. кафедры патологик
анатомия Андижанский Медицинский**

Государственный Институт

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ГО ТИПА

Аннотация: В связи с высокой распространенностью сахарного диабета наблюдается ежегодное увеличение количества больных с диабетическими нефропатиями. И осложнения прогрессирующее течение данного высокий процент развития терминальной почечной недостаточности требует четких подходов ранней диагностики, разработки методов профилактики и своевременного лечения позиции медицины. В данном обзоре приведены рекомендации доказательной по сахарснижающей терапии, контролю артериального и протеинурии, гиперлипидемии, гипергликемии в зависимости от уровня экскреции альбуминурии и тяжести сахароснижающих препаратов в зависимости от уровня скорости

клубочковой фильтрации. Давления определены индивидуальные цели коррекции больного. Указаны отдельных возможности применения. В статье подчеркивается, что гликемический контроль является ключевым фактором профилактики развития ДН и утяжеления уже имеющихся симптомов. Диабетическая нефропатия наиболее частая причина развития хронической почечной недостаточности при хронической болезни почек (ХБП), требующей гемодиализа, составляет более 50% всех новых случаев развития ХПН.

Ключевые слова: Диабетическая нефропатия, сахарный диабет типа 2, гликемический контроль, микроальбуминурия.

Anotation: Due to the high prevalence of diabetes mellitus, there is an annual increase in the number of patients with diabetic nephropathy. And the complications of the progressive course of this high percentage of development of end-stage renal failure require clear approaches to early diagnosis, development of methods of prevention and timely treatment of the medical position. This review provides evidence-based recommendations for glucose-lowering therapy, control of arterial and proteinuria, hyperlipidemia, hyperglycemia depending on the level of albuminuria excretion and the severity of glucose-lowering drugs depending on the level of glomerular filtration rate. Individual goals for patient correction are determined. Specific application possibilities are indicated. The article emphasizes that glycemic control is a key factor in preventing the development of DN and the worsening of existing symptoms. Diabetic nephropathy is the most common cause of chronic renal failure in chronic kidney disease (CKD), requiring hemodialysis, accounting for more than 50% of all new cases of CKD.

Key words: Diabetic nephropathy, type 2 diabetes mellitus, glycemic control, microalbuminuria.

Диабетическая нефропатия специфическое поражение почек при сахарном диабете, сопровождающееся развитием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Основные принципы профилактики ДН заключается в коррекции углеводного обмена, артериального давления (АД), липидного обмена. Первым клиническим проявлением диабетической нефропатии служит транзиторная протеинурия, возникающая, как правило, при физической нагрузке или ортостазе. Затем она становится постоянной при нормальной или слегка пониженной скорости клубочковой фильтрации. Профилактика ДН является комплексной задачей, включающей различные виды специфической терапии: сахарснижающую, антигипертензивную, гиполипидемическую, антитромботическую и др. Таким образом, в настоящее время имеются достаточно убедительные свидетельства, что базовые патофизиологические механизмы, ведущие к развитию и прогрессированию ДН одинаковы при обоих типах СД. Однако при СД 2-го типа выявлены дополнительные факторы повреждения, такие как ожирение, дислипидемия, гиперурикемия, способствующие формированию ДН, которая является ведущей причиной терминальной почечной недостаточности. Нормализация углеводного обмена обеспечивается при выборе интенсифицированного режима инсулинотерапии, что имитирует физиологическую секрецию инсулина у здоровых людей: введение короткого инсулина перед каждым приемом пищи и инсулина продленного действия один или два раза в день. Кроме медикаментозного лечения важную роль в предупреждении осложнений диабета играют диета, физический упражнения и контроль веса. Сахарный диабет - это заболевание на всю жизнь, но при соблюдении соответствующих правил люди, страдающие им, могут сохранять здоровые и жить долго и без осложнения. Диета является основным и обязательным компонентом профилактического комплекса

мероприятий при любых клинических и патогенетических формах сахарного диабета. Основные принципы диетотерапии заключаются в ограничении или устранении диеты легкоусвояемых углеводов, обеспечении организма больного физиологическими количествами белков, жиров, углеводов, и витаминов для поддержания идеальной массы тела, максимальной компенсации углеводных других видов Н обмена и сохранения трудоспособности больных. Большинство исследователей склоняются к целесообразности ограничения потребления белка до 1,0 г/кг/сутки при ДН на стадии микроальбуминурии, хронической болезни почек (ХБП) 1-3 стадии; до 0,8 г/кг/сутки при протеинурии, ХБП 1-4 стадии. Целесообразно частично заменять животные белки растительными. Приведенные в обзоре факты можно рассматривать в качестве отправной точки коррекции метаболических процессов в почке и организме при сахарном диабете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туракулова Ё.Х. Клинические рекомендации по лечению сахарного диабета 2 типа 2019г.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокр учебник 2020г.
3. Роль нарушений процессов апоптоза в прогрессировании хронической болезни почек у детей, нефрология и диализ. 2013; 15 (2): 135-9.