

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №5

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Вестник ТМА №5, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

<i>Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т., Мусашайхов Х.Т. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА</i>	<i>Musashaykhova Sh.M., Boboev K.T., Musashaykhov X.T. MOLECULAR GENETIC MECHANISMS OF THE DEVELOPMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA</i>	114
<i>Муҳаммадиева С.М., Умарова Г.Ш., Мирхамидов М.В., Уракова З.У. АКЦИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТЛИ БЕМОЛЛАРДА СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГИНИНГ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШ</i>	<i>Mukhammadieva S.M., Umarova G.S., Mirxamidov M.V., Urakova Z.U. ASSESSMENT OF CHANGES IN BONE MINERAL DENSITY IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS</i>	118
<i>Nabieva D.A., Shiranova Sh.A., Xidoyatova M.R., Raxmonov D.N. PODAGRA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA ICHAK MIKROBIOTALARINING XUSUSIYATLARI</i>	<i>Nabieva D.A., Shiranova Sh.A., Xidoyatova M.R., Raxmonov D.N. FEATURES OF INTESTINAL MICROBIOTA IN PATIENTS WITH GOUT</i>	123
<i>Набиева Д.А., Муҳаммадиева С.М., Хидоятова М.Р., Ширанова Ш.А., Усмонова С.С. АКЦИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТЛИ БЕМОЛЛАРДА ИЛ-17А ИНГИБИТОРИ САМАРАДОРЛИГИ ВА ХАВФСИЗЛИГИ</i>	<i>Nabieva D.A., Mukhammadieva S.M., Khidoyatova M.R., Shiranova Sh.A., Usmonova S.S. EFFICACY AND SAFETY OF IL-17A INHIBITORS IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS</i>	126
<i>Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А., Мирзажонова Г.С. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТИНГ ТУРЛИ ХИЛ ШАКЛЛАРИДА ЮРАК ЗАРАРЛАНИШИНИ БАҲОЛАШ</i>	<i>Pulatova Sh.B., Nabieva D.A., Mirzadzhonova G.S. ASSESSMENT OF HEART DAMAGE IN DIFFERENT COURSES OF ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS</i>	131
<i>Сагатова Д.Р., Набиева Д.А. МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i>	<i>Sagatova D.R. Nabieva D.A. INFLAMMATORY MARKERS IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND ARTERIAL HYPERTENSION</i>	136
<i>Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Рустамов Р.Ш. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЕЕ СТРУКТУРА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ</i>	<i>Sultanova M.Kh., Ziyaeva F.K., Khidoyatova M.R., Rustamov R.Sh. CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS STRUKTYRE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</i>	140
<i>Хамраев А.А., Касимова М.В., Ахмедова Н.А., Жамолов А.Ш. РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОЛЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА АДЕМЕТИОНИН ПРЕПАРАТИНИНГ ГЕПАТОПРОТЕКТИВ ВА КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ</i>	<i>Khamraev A.A., Kasimova M.B., Axmedova N.A., Jamolov A.Sh. HEPATOPROTECTIVE AND CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE DRUG ADEMETIONINE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	144
<i>Xidoyatova M.R., Inoyatova F.X., Xamrayeva G.I. TASHVISH - DEPRESSIV BUZILISHLARI BO'LGAN BEMORLARDA KO MORBID KASALLIKLARNING KECHISHI</i>	<i>Khidoyatova M.R., Inoyatova F.Kh., Khamraeva G.I. COURSE OF COMORBID DISEASES IN PATIENTS WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS</i>	149
<i>Xudoynazarov A.A., Muhammadiyeva S. M. O'ZBEKISTONDA TIZIMLI SKLERODERMIYALI BEMORLARDA SUYAK MINERAL ZICHLIGI, SINISH XAVFI, D VITAMINI HOLATI VA SUYAK METABOLIZMINI KOMPLEKS BAHOLASH</i>	<i>Khudoynazarov A.A., Muhammadieva S.M. COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF BONE MINERAL DENSITY, FRACTURE RISK, VITAMIN D STATUS, AND BONE METABOLISM IN SYSTEMIC SCLERODERMA PATIENTS IN UZBEKISTAN</i>	152
<i>Shodikulova G.Z., Babamurodova Z.B. РЕВМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА СИТОКИНЛАР ТИЗИМИ ВАЗИФАСИНИНГ МОЛЕКУЛЯР-ГЕНЕТИК АСОСЛАРИ ВА АНТИСИТОКИНЛИ ДАВОЛАШ МЕХАНИЗМИ</i>	<i>Shodikulova G.Z., Babamurodova Z.B. MOLECULAR BASIS OF THE FUNCTIONING OF THE CYTOKINE SYSTEM AND THE MECHANISM OF ANTICYTOKINE THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	157
<i>Шодикулова Г.З., Искандарова Ф.И. НАРУШЕНИЯ БАЛАНСА ЦИТОКИНОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО АРТРИТА</i>	<i>Shodikulova G.Z., Iskandarova F.I. FEATURES OF CYTOKINE IMBALANCE IN THE STUDY OF THE MECHANISM OF DEVELOPMENT OF UNDIFFERENTIATED ARTHRITIS</i>	161
<i>Юсупова Г.Ш., Ризамухаммедова М.З., Исакова Э.И., Шаджалилов Ш.Ш., Камалова Д.К. ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</i>	<i>Yusupova G.Sh., Rizamuhamedova M.Z., Isakova E.I., Shadzhililov Sh.Sh., Kamalova D.K. EFFECTS OF COVID-19 INFECTION AND POSTCOVID SYNDROM ON CONDITION OF PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES</i>	165

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЕЕ СТРУКТУРА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Рустамов Р.Ш.

TIZIMLI QIZIL BO'RICHA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINING STRUKTURAVIY HOLATI

Sultonova M.X., Ziyaeva F.K., Xidoyatova M.R., Rustamov R.Sh.

CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS STRUKTYRE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Sultanova M.Kh., Ziyaeva F.K., Khidoyatova M.R., Rustamov R.Sh.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: tizimli qizil yuguruk bilan og'rigan bemorlarda surunkali buyrak kasalligi (K/DOQI tasnifi asosida, 2007 yil) bilan kasallanish va tuzilishini o'rganish. **Material va usullar:** tadqiqotda revmatologiya bo'limida davolangan tizimli qizil yuguruk bilan kasallangan 58 nafar bemor ishtirok etdi. Tizimli qizil yuguruk tashxisi Amerika Revmatologiya Assotsiatsiyasi (1982) diagnostika mezonlari asosida o'rnatildi. Buyraklarning funktsional holatini baholash uchun barcha bemorlarda sarum kreatinin miqdori aniqlandi, umumiy siydik tahlili o'tkazildi, ayrim bemorlarda kunlik proteinuriya o'rganildi, Nechiporenko testi va buyraklarning ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. **Natijalar:** bemorlarning 83% surunkali buyrak kasalligi aniqlangan, ularning 50% II bosqich bo'lgan. Glomerulyar filtratsiya tezligi va an'anaviy yurak-qon tomir xavf omillari (yosh, umumiy qon xolesterin darajasi, arterial gipertenziya davomiyligi, tana massasi indeksi) o'rtasida bog'liqlik o'rnatildi. **Xulosa:** tizimli qizil yuguruk bilan og'rigan bemorlarning 83% klassik yurak-qon tomir xavf omillari bilan bog'liq surunkali buyrak kasalligi mavjud bo'lib, bu bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari xavfini aniqlashda klinik amaliyotda hisobga olinishi kerak.

Kalit so'zlar: tizimli qizil yuguruk, surunkali buyrak kasalligi, xavf omillari.

Objective: To study the incidence and structure of chronic kidney disease (based on the K/DOQI classification, 2007) in patients with systemic lupus erythematosus. **Material and methods:** The study included 58 patients with systemic lupus erythematosus who were treated in the rheumatology department. The diagnosis of SLE was established based on the diagnostic criteria of the American Rheumatological Association (1982). To assess the functional state of the kidneys, serum creatinine was determined in all patients, a general urinalysis was performed, in some patients daily proteinuria was studied, the Nechiporenko test, and ultrasound of the kidneys were performed. **Results:** Chronic kidney disease was diagnosed in 83% of patients, 50% of them had stage II. A relationship has been established between glomerular filtration rate and traditional cardiovascular risk factors (age, total blood cholesterol level, duration of arterial hypertension, body mass index). **Conclusions:** 83% of patients with systemic lupus erythematosus have chronic kidney disease associated with classical cardiovascular risk factors, which should be taken into account in clinical practice when determining the risk of cardiovascular events in these patients.

Key words: systemic lupus erythematosus; chronic kidney disease.

В последние годы активно обсуждается вопрос о причине более раннего и частого развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний при ревматических болезнях, в частности при системной красной волчанке (СКВ). По данным литературы, у 6-20% умерших пациентов с СКВ смерть наступила вследствие сердечно-сосудистой патологии. В 1989 г. Jonsson и соавт. установили, что риск сердечно-сосудистых заболеваний (стенокардия, инфаркт миокарда) у больных СКВ в 9 раз выше, чем у здоровых лиц сопоставимого пола и возраста.

Причина более высокого риска атеросклероза при СКВ по сравнению с общей популяцией в настоящее время достоверно не выяснена. Исследования последних лет сосредоточились на воспалительном компоненте атеросклероза, поддерживая гипотезу, что атеросклероз подобен таким аутоиммунным болезням, как СКВ [1,5]. Клинические проявления атеросклероза, по данным литературы, при СКВ составляет 6-10%, субклинический же атеросклероз встречается у больных СКВ с частотой 30-40% [9]. в развитии атероскле-

роза играют роль многие факторы риска тромбоза, присутствующие у больных СКВ [8]. К ним относятся длительный прием системных глюкокортикоидов, артериальная гипертензия [2,10], диабет, ожирение, дислипидемия [1,6,10], курение, высокая активность СКВ; а также нефрит, инсулинорезистентность. По данным трех проведенных эпидемиологических исследований, в которых изучался риск сердечно-сосудистых заболеваний при СКВ, поздний возраст установления диагноза СКВ является существенным потенциальным фактором риска атеросклероза при СКВ [3,7]. В связи с этим поиск новых предикторов сердечно-сосудистых осложнений у пациентов СКВ остается актуальной проблемой [4].

Поражение почек при СКВ является одним из наиболее серьезных висцеритов, зачастую определяющим тяжесть заболевания и приводящим к ранней инвалидизации больных (Насонова В.А., Насонов Е.Л., 2007). Даже при использовании современных иммуносупрессивных препаратов 20-летняя выживаемость не превышает 20% (Захарова Е.В. и др.,

2003; Соловьев С.К., 2008). Клинические проявления волчаночной нефропатии встречаются в 50-70% всех случаев СКВ, тогда как морфологические признаки нефропатии обнаруживаются у 100% больных (Захарова Е.В. и др., 2003; Cameron J.S., 1999). В настоящее время существуют убедительные доказательства того, что СКВ – классическое проявление V типа кардиоренального синдрома, когда поражение сердца и почек развивается одновременно.

В связи с этим выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений при системной красной волчанке с целью своевременной их коррекции является важной задачей.

Цель исследования

Изучение встречаемости и структуры хронической болезни почек (ХБП) (на основании классификации K/DOQI, 2007) в когорте пациентов с СКВ.

Материал и методы

В исследование включены 58 пациентов с системной красной волчанкой, находившихся на лечении в ревматологическом отделении. Диагноз СКВ устанавливался на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (1982).

Для оценки функционального состояния почек у всех пациентов определялся креатинин сыворотки крови по методу Яффе на биохимическом анализаторе Hitachi 912 с использованием реагентов фирмы DiaSys, исследовался общий анализ мочи, у части больных изучалась суточная протеинурия, выполнялись проба Нечипоренко, УЗИ почек.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле MDRD (Modification of Renal Disease Study).

Оценивались особенности патологии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Статистическая обработка полученных данных проводилась с исполь-

зованием пакета программ Statistica 6.0. Для описания признаков, распределение которых отличается от нормального, указывали медиану, нижний и верхний квартили. Для сравнения двух групп при отклонении от нормального применяли метод сравнения Манна – Уитни. Корреляцию изучали с помощью метода Спирмена. Для анализа ассоциаций качественных признаков осуществлялось построение таблиц сопряженности и подсчет критерия χ^2 . Сравнение относительных частот в двух группах проводилось при анализе различий между двумя пропорциями, а также при построении таблицы 2x2 (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

Различия и корреляционные взаимосвязи считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Среди наблюдаемых больных было 55 (94,8%) женщин и 3 (5,2%) мужчин. Средний возраст женщин составил $31,32 \pm 13,38$ года, мужчин – $24,7 \pm 2,64$ года. Для определения активности заболевания использовалась шкала активности SLEDAI 2K, средний балл которой составил 19 ± 10 . Возраст дебюта заболевания – 31 [23;45] год, длительность заболевания – в среднем $7,47 \pm 7,6$ года. 39 (67,2%) пациентов, т.е. большинство, имели хроническое течение, подострое отмечалось у 9 (15,5%) больных, острое – у 10 (17,2%).

Кожные изменения в виде эритемы по типу «бабочки», другие виды эритемы, дискоидные высыпания зафиксированы у 44 (75,8%) пациентов; серозиты (плевриты, перикардиты) выявлены у 20 (34,4%); поражение почек в виде нефрита зафиксировано у 30 (51,7%) больного, 9 пациентам проведена нефробиопсия, по результатам которой у 2 из них обнаружены мембранозный, у 7 – мембранозно-пролиферативный варианты гломерулонефрита. Характеристика пациентов с СКВ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных системной красной волчанкой

Показатель	Характеристика
Возраст, лет	$27,9 \pm 3,26$
Пол, абс. (%):	
- женщины	55 (94,8)
- мужчины	3 (5,2)
Активность заболевания с использованием шкалы активности SLEDAI 2K	19 ± 10 баллов
Возраст дебюта заболевания, лет	26 [21; 45]
Длительность заболевания, лет	$7,47 \pm 7,6$
Течение заболевания, абс. (%):	
- хроническое	39 (67,2)
- подострое	9 (15,5)
- острое	10 (17,2)
Кожные изменения, абс. (%)	44 (75,8)
Серозиты (плевриты, перикардиты), абс. (%)	20 (34,4)
Поражения почек в виде нефрита, абс. (%)	30 (51,7)
Нефробиопсия:	
- мембранозный -	2
- мембранознопролиферативный	7

СКФ, мл/мин/1,73 м ²	68,9±20,97
Креатинин, мкмоль/л	98,8±92,6
Гемоглобин, г/л	118,7±24,9
СОЭ, мм/ч	16,3±11,9
Общий холестерин, ммоль/л	7,29±11,73
Удельный вес мочи, абс. (%)	
- снижен	43 (36,4)
- нормальный	75 (63,5)
Протеинурия, абс. (%)	26 (22,03)
Наличие любых изменений в анализах мочи, абс. (%)	45 (77,5)
Сопутствующая патология, абс. (%)	39 (67,2)
Заболевания почек, абс. (%)	47 (81)
Заболевания сердечно-сосудистой системы, абс. (%)	28 (48,3)

При проведении скрининга только у 11 (8%) пациентов установлена нормальная СКФ >90 мл/мин/1,73 м², СКФ в диапазоне от 60 до 89 мл/мин/1,73 м² – у 59 (50%) больных, а СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² – у 24 (20,3%). Средний возраст пациентов 1-й группы составил 31±8,65 года; 2-й – 41±12,59 года,

3-й – 48,33±13,97 года. Средний возраст пациентов в трех группах существенно различался (p<0,001). У пациентов старше 40 лет существенно чаще регистрировалось снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м², чем у больных более молодого возраста: соответственно у 8,2 и 38,5% (p<0,005) (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости различной СКФ у больных СКВ, абс. (%)

Стадия ХБП	Всего больных, n=118	Пациенты от 20 до 40 лет, n=61	Пациенты от 40 до 60 лет, n=39
I >90 мл/мин/1,73 м ²	11 (8)	10 (16,4)	12,6*
II 60-89 мл/мин/1,73 м ²	59 (50)	31 (50,8)	22 (56,4)
III 30-59 мл/мин/1,73 м ²	24 (20,3)	5 (8,2)	15 (38,5)*

Примечание. * – p<0,005 по сравнению с больными моложе 40 лет (критерий χ^2 с поправкой Йетса).

При изучении анамнеза больных у 25 (43,2%) из них выявлена артериальная гипертензия, у 3 (5,08%) – ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения, перенесенный инфаркт миокарда), 3 (5%) страдали сахарным диабетом. При анализе частоты встречаемости снижения СКФ в зависимости от наличия сердечно-сосудистой патологии у пациентов СКВ установлено существенное изменение этого показателя при наличии ишемической болезни сердца (37,8 [36,3; 44] и 51,1 [57,5; 32,8] соответственно, p=0,013); артериальной гипертензии (57,5 [42,65; 36,39] и 43,45 [29,3; 43,8] соответственно, p=0,002). Существенного снижения СКФ в зависимости от наличия либо отсутствия сахарного диабета не выявлено, что, возможно, обусловлено тем, что данная патология была диагностирована лишь у 5 из 58 пациентов с СКВ.

При проведении корреляционного анализа установлены взаимосвязи между СКФ и такими факторами, как возраст (r=-0,499; p=0,0001), титр АТ к ДНК (r=-0,309; p=0,002), наличие артрита (r=-0,272; p=0,006), пероральная доза глюкокортикостероидов (r=-0,312; p=0,001), проведение пульс-терапии глюкокортикостероидами (r=-0,235; p=0,019), уровень общего холестерина крови (r=-0,299; p=0,004), наличие сопутствующей сердечно-сосудистой пато-

логии (r=-0,212; p=0,03), длительность артериальной гипертензии (r=-0,365; p=0,0002); ожирение (r=-0,308; p=0,002).

При анализе структуры ХБП у пациентов с СКВ выявлены следующие особенности: патология почек установлена у 29 (50%) пациента, мочевого синдрома и снижение удельной плотности мочи – у 8 (13,7%) пациентов без заболеваний почек и со СКФ более 60 мл/мин/1,73 м², а снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² без указания на заболевания почек у данной когорты пациентов не встречалось. Таким образом, наличие ХБП на основании классификации K/DOQI (2007) установлено у 83% больных СКВ. В зависимости от стадии ХБП пациенты распределились следующим образом: I стадия выявлена у 7 (12,4%) больных, II – у 29 (50%), III – у 12 (20,6%).

Обсуждение

При обследовании всех пациентов с СКВ, поступивших в специализированное ревматологическое отделение в течение одного года, ХБП установлена у 83%. ХБП диагностирована на основании расчета СКФ по формуле MDRD, исследования мочи (общий анализ мочи, у части больных – суточная протеинурия, проба Нечипоренко), данных анамнеза. В настоящее время существуют более ранние маркеры определения поражения почек, к которым отно-

сится микроальбумин мочи, являющийся не только маркером клубочковой и канальцевой дисфункций, но и ранним предиктором сердечно-сосудистой патологии. К сожалению, в современной рутинной практике использование данного маркера поражения почек в настоящее время ограничено.

У 1/4 больных были выявлены различные заболевания почек и мочевыводящей системы, не связанные с наличием СКВ. Наиболее часто (50%) у больных СКВ, имеющих ХБП, выявлялась II стадия почечного заболевания. Выявлена взаимосвязь между СКФ и традиционными факторами сердечно-сосудистого риска, такими как возраст, уровень общего холестерина в крови, длительность артериальной гипертензии, ожирение. В ряде работ доказано, что СКФ является независимым предиктором атеросклероза и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с нормальной или сниженной СКФ.

Таким образом, ХБП встречается у подавляющего большинства пациентов с СКВ, что необходимо учитывать при их лечении.

Литература

1. Попкова Т.В., Алекберова З.С., Насонов Е.Л. и др. Липид-белковые показатели системы транспорта холестерина в крови у больных системной красной волчанкой в зависимости от антифосфолипидного синдрома // Науч.-практ. ревматол. – 2001. – №5. – С. 12-18.
2. Попкова Т.В., Алекберова З.С., Насонов Е.Л. и др. Факторы риска сердечно-сосудистых нарушений и атеросклероза при системной красной волчанке // Науч.-практ. ревматол. – 2004. – №4. – С. 10-15.
3. Середавкина Н.В. и др. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий и цереброваскулярные повреждения у больных системной красной волчанкой с антифосфолипидным синдромом // Науч.-практ. ревматол. – 2008. – №3. – С. 95-101.
4. Стенина О.А. и др. Распространенность и факторы риска атеросклероза у больных системной красной волчанкой // Кардиология. – 2005. – №11. – С. 105-108.
5. Bruse N. Not only... but also': factors that contribute to accelerated atherosclerosis and premature coronary heart disease in systemic lupus erythematosus // Rheumatology. – 2005. – Vol. 44. – P. 1492-1502.
6. Jaime C., Sergio M., Toloza M. et al. Systemic Lupus Erythematosus in Multiethnic US Cohort (LUMINA) XXV. Smoking, older age, disease activity, lupus anticoagulant, and glucocorticoid dose as risk factors for the occurrence of venous thrombosis in lupus patients // Art. Rheum. – 2005. – Vol. 52, №7. – P. 2060-2068.

7. Jonsson H., Nived O., Sturfelt G. Outcome in systemic lupus erythematosus: a prospective study of patients from a defined population // Medicine. – 1989. – Vol. 68. – P. 141-150.

8. Lockin M.D., Salmon J.E., Roman M.J. Atherosclerosis and lupus: A work in progress // Art. Rheum. – 2001. – Vol. 44, №10. – P. 2215-2217.

9. Urowitz M.B., Gladman D.D. How to improve morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus // Rheumatology. – 2000. – Vol. 39. – P. 238-244.

10. Urowitz M.B., Gladman D.D., Ibanez D. et al. Modification of hypertension and hypercholesterolemia in patients with systemic lupus erythematosus: a quality improvement study // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65. – P. 115-121.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЕЕ СТРУКТУРА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Рустамов Р.Ш.

Цель: изучение встречаемости и структуры хронической болезни почек (на основании классификации K/DOQI, 2007) у пациентов с системной красной волчанкой. **Материал и методы:** в исследование включены 58 пациентов с системной красной волчанкой, находившихся на лечении в ревматологическом отделении. Диагноз СКВ устанавливался на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации (1982). Для оценки функционального состояния почек у всех пациентов определялся креатинин сыворотки крови, проводился общий анализ мочи, у части больных изучалась суточная протеинурия, выполнялись проба Нечипоренко, УЗИ почек. **Результаты:** хроническая болезнь почек диагностирована у 83% пациентов, у 50% из них была II стадия. Установлена взаимосвязь скорости клубочковой фильтрации с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска (возраст, уровень общего холестерина в крови, длительность артериальной гипертензии, индекс массы тела). **Выводы:** у 83% пациентов с системной красной волчанкой имеется хроническая болезнь почек, ассоциирующаяся с классическими факторами сердечно-сосудистого риска, что должно учитываться в клинической практике при определении риска сердечно-сосудистых событий у этих больных.

Ключевые слова: системная красная волчанка, хроническая болезнь почек.