



**MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN**



**TASHKENT MEDICAL
ACADEMY**



ASSOCIATION OF DOCTORS OF UZBEKISTAN

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Toshkent - 2023

the challenges in treating it among patients with rheumatic diseases who are often already taking immunosuppressive therapies	23
Mirzaeva G.P., Kenjaev M.L., Maksudova M.X., Hodjanova Sh.I. / Refractory heart failure in patients with hyperuricemia	24
Мирхамидов М.В., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р., Махмудова М.А., Мамасиддикова С. Б. / К вопросам диагностики ревматоидного артрита.....	25
Мусаева Ш.З., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Зиямухамедова М.М. / Метаболический синдром при ревматоидном артрите как критерий кардиоваскулярного риска	26
Мусаева Ю. А., Мусаев С.М., Мамедов Э. / Радиксоба в лечении когнитивной дисфункции у больных с хронической ишемией мозга	27
Мусаева Ю.А., Мусаев С.М., Мамедов Э., Мажидов Л.Н. / Некоторые терапевтические подходы лечения острейшего периода полушарных ишемических инсультов	28
Муҳаммадиева С.М., Абдуазизова Н.Х., Ширанова Ш.А., Исроилов А.А. / Анкилозловчи спондилоартритда скелетдан ташқари ўзгаришларни учрашини баҳолаш	29
Муҳаммадиева С.М., Набиева Д.А., Матчанов С.Х., Нурмухамедова Н.С., Кенгесбаева М.С. / Аксиал спондилоартритли беморларда яллиғланиш жараёни, остеопороз ва синдесмофитлар шаклланишини боғлиқлиги	30
Надилова Ю.И., Жаббаров А.А., Мирзаева Г.П., Бобошарипов Ф.Г. / Особенности течения остеопороза у больных ИБС	31
Надилова Ю.И., Жаббаров А.А. / Остеопороз в постменопаузальном периоде с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца	32
Камилов Х.М., Хамраева Г.Х., Ризаева М.А. / Отторжение роговичного трансплантата у пациента после вакцинации COVID-19	33
Камилов Х.М., Хамраева Г.Х., Ризаева М.А. / COVID-19 касаллигидан кейинги даврда кўзнинг олдинги сегменти холатини ташхислаш ва оғирлигини баҳолаш учун сўровнома дастури.....	34
Рустамов Р.Ш., Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Сагатова Д.Р. / Состояние функционального почечного резерва и канальцевых функций почек у больных системной красной волчанкой	35
Султанова М.Х., Салимова Н.Д. / Поражения кардиоваскулярной системы у больных системной красной волчанкой	37
Сарыбаева Г.К., Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С. / Диагностические возможности анкетирования для выявления факторов риска развития подагры	38
Набиева Д.А., Ташпулатова М.М. / Оценка нарушения гепатобилиарной системы при подагре у больных женского пола.....	40
Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Исламов Р.И., Шожалилов Ш.Ш. / Оценка кардиоваскулярных нарушений при подагре	42

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА И КАНАЛЬЦЕВЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

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

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить особенности состояния функционального почечного резерва, парциальных функций почек и выявить их взаимосвязь при системной красной волчанке и хронических гломерулопатиях; изучить состояние функционального почечного резерва у больных системной красной волчанкой с отсутствием клинических признаков нефропатии.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 пациентов, из них 29 - больные системной красной волчанкой и 51 пациент с различными формами хронических гломерулопатий. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека. Программа исследования включала сбор анамнеза, физикальное обследование больного, изучение состояния почек и выраженности экстраренальных клинических проявлений. У больных СКВ оценивалась клиническая и иммунологическая активность болезни с использованием индексов SLEDAI и ECLAM, наличие признаков нефропатии.

Лабораторные методы включали общеклинические, биохимические, иммунологические тесты (уровень ЦИК, антител к ДНК, LE-клетки). Характер мочевого синдрома определяли по анализам мочи. Микроальбуминурия диагностировалась при суточной экскреции альбумина с мочой от 30 до 300 мг. Состояние мочевой системы оценивалось также по данным ультразвукового исследования, а также радиоизотопной реносцинтиграфии с использованием радиофармпрепарата Tc99mDMSA (по показаниям). Парциальные функции почек оценивались по уровню эндогенного креатинина сыворотки крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина, а также по формулам MDRD и Кокрофта-Голта. О состоянии канальцевой части нефрона судили по экскреции, клиренсу и экскретируемой фракции кальция, фосфора, уровню урикемии, суточной экскреции мочевой кислоты, аминокислот, аммиака. Оценка стабильности цитомембран проводилась по концентрации этаноламина в крови и моче.

Результаты исследования и обсуждение. Диагноз СКВ был установлен по критериям Американской Ревматологической ассоциации (1982г.) и в соответствии с рабочей классификацией клинических вариантов течения СКВ (В.А. Насонова, 1997). Длительность заболевания была от 3 месяцев до 22 лет, причем большинство пациентов (51,7%) имели давность СКВ до 5 лет. Преобладало хроническое течение заболевания (65,5%) и II (умеренная) степень активности процесса (44,8%). По клиниколабораторным данным, у 86,2% пациентов было диагностировано поражение почек. На момент обследования у 48,3% больных активность нефрита была высокой. При исследовании парциальных функций почек были выявлены явные признаки гломерулярного поражения: достоверное по сравнению с контрольной группой повышение креатинина крови, снижение СКФ ($p < 0,05$). Канальцевые изменения выражались в снижении канальцевой реабсорбции воды, суточной экскреции кальция, его клиренса, повышении концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, нарушении обмена маркера нестабильности цитомембран - этаноламина* ($p < 0,05$). При расчете скорректированного уровня кальция крови с учетом гипоальбуминемии была выявлена гиперкальциемия, которая составила 2,7(2,5;3,1) ммоль/л, что достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе. При исследовании состояния внутрипочечной гемодинамики с помощью пробы с допамином было выявлено значительное снижение

ФПР в целом у больных СКВ - 6,00(-25,9;49,5)% - по сравнению с контрольной группой (в среднем 30,9(16,6;46,8)%, $p < 0,001$), однако это снижение неоднозначно и не может характеризовать всю группу обследуемых. При индивидуальном подходе к оценке состояния ФПР было выявлено, что его колебание имело большой размах: от резко отрицательных (до -75,3%) у 28% больных, что характеризует запредельное функционирование всех сохранных нефронов, до положительных значений (до 78,2%) и сохранных компенсаторных возможностях. Выявлены существенные функциональные нарушения при ХГН по сравнению с контрольной группой. Достоверное снижение СКФ, повышение креатинина крови отражают постепенное выключение функционирующих нефронов. Значимое снижение канальцевой реабсорбции воды, суточной экскреции креатинина, а также снижение суточной экскреции кальция, его клиренса, повышение концентрации мочевой кислоты в крови при снижении ее количества в моче свидетельствует о поражении, наряду с почечными клубочками, системы канальцев. При расчете скорректированного уровня кальция была диагностирована гиперкальциемия (2,55(2,43 ;2,62) ммоль/л, $p < 0,01$). Вероятно, основным моментом в развитии гиперкальциемии является нарушение его почечного клиренса, у части больных возможна стероидиндуцированная гиперкальциемия. Обращает внимание тенденция к повышению выведения фосфора с мочой при нормальном почечном клиренсе фосфатов, что отражает нарушение реабсорбции фосфора в проксимальных канальцах.

Заключение. Допамин, являясь естественным метаболитом, позволяет определять функциональный почечный резерв с минимальным риском осложнений и побочных эффектов. Возможность точного дозирования препарата позволяет сделать пробу более стандартизованной. Целесообразно использовать для определения ФПР допамин в дозе мкг/кг/мин вследствие лучшей переносимости при достаточном стимулирующем эффекте. Определение функционального почечного резерва с использованием допамина позволяет выявлять нарушения внутривисцеральной гемодинамики у больных СКВ при отсутствии клинических признаков нефропатии.