

Правительство Санкт-Петербурга  
Санкт-Петербургское отделение РАН  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова

Российское научное медицинское общество терапевтов  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова

Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов  
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина

Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов

Ассоциация ревматологов России

ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс  
с международным участием

# БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией

академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

---

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

---

---

Санкт-Петербург  
2024



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

Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Хидоятова М.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 гломерулонефритах; 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 гломерулонефритов. 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.

**Результаты исследования и обсуждение.** Диагноз СКВ был установлен в соответствии с рабочей классификацией клинических вариантов течения СКВ. 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 клиникалабораторным 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-этанолламин\* ( $p < 0,05$ ). 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 внутривидеальной 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.

Результаты обследования больных ХГН. 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 стероид индуцированная 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 стандартизированной. Целесообразно использовать для определения ФПР допамин в дозе  $\text{мкг/кг/мин}$  вследствие лучшей переносимости при достаточном стимулирующем эффекте. Определение функционального почечного резерва с использованием допамина позволяет выявлять нарушения внутривидеальной гемодинамики у больных СКВ при отсутствии клинических признаков нефропатии.



## АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ОТ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Хидоятова М.Р., Носиров Ж.Ж., Султанова М.Х.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) – заболевание, приводящее к снижению качества жизни пациента из-за сильной боли и приводящее при несвоевременном лечении к инвалидности. Встречается у людей всех возрастов, но чаще в старшей возрастной группе, в результате влияния определенных факторов риска, такие как употребление стероидов, злоупотребление алкоголем или определенные заболевания. В настоящее время является актуальным изучение АНГБК у пациентов перенесших COVID-19.

АНГБК может привести к коллапсу кости, что может потребовать хирургического вмешательства, например полной замены тазобедренного сустава. Это может стать значительным финансовым грузом для пациентов и их семей, а также значительным физическим и эмоциональным грузом.

Ранняя диагностика и лечение имеют решающее значение для лечения АНГБК и предотвращения дальнейшего повреждения пораженной кости. Это подчеркивает важность регулярных медицинских осмотров и обращения за медицинской помощью при появлении таких симптомов, как боль в суставах, скованность или ограниченный диапазон движений.

**Цель исследования.** Проанализировать факторы приводящие к развитию асептического (аваскулярного) некроза головки бедренной кости.

**Материал и методы.** Мы провели ретроспективное исследование 76 пациентов, поступивших в отделения травматологии и ортопедии в период с 2021 по 2023 год по поводу асептического некроза головки бедренной кости. Все госпитализированные пациенты, включенные в исследование, были оценены клинически и параклинически (инструментальные методы) сразу после поступления. При общем клиническом обследовании выявляли специфические признаки и симптомы состояния, которые привели к госпитализации пациентов в клинику, признаки и симптомы любых сопутствующих состояний, которые могли представлять собой факторы риска для хирургического лечения. Анамнез каждого пациента который имел отношение к возникновению и развитию настоящего состояния, а также к проводимому лечению.

**Результаты.** Основными симптомами, которые наблюдались у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости в нашем исследовании, были боль в бедре и функциональная импотенция. Что касается функциональной импотенции, то она была напрямую взаимосвязана со степенью поражения головки бедренной кости, так, при раннем остеонекрозе сгибательно-разгибательные движения бедра были возможны лишь в относительно высоких пределах, а ротационные движения были более редуцированы; в запущенных случаях остеонекроза ограничение движений в тазобедренном суставе было весьма значительным, приводящим к частичному анкилозу. Помимо боли и функциональной импотенции, некоторые пациенты жаловались на нарушения ходьбы и ортостатического положения, многие из них предпочитали опираться на палку или металлические костыли. Кроме того, большое количество пациентов жаловались на двустороннюю боль в бедре в результате коксартроза на противоположной стороне. Из факторов риска 36% пациентов курили, алкогольная зависимость встречалась у 19%, курение – 36%, ожирение – 17%, коагулопатии в 8%. Анализ по стадиям показал у 41 пациента 4 стадию заболевания, 23 пациента 3 стадия, 10 – 2 стадия, 2 пациента с 1 стадией. Более половины – 48 (63%) пациентов переболели COVID-19, из неболевших 28 пациентов 19 (68%) были вакцинированы. У 33 пациентов (43,5%) возникла угроза применения высоких доз кортикостероидов.

**Выводы.** В целом, повышение осведомленности об АНГБК и его факторах риска может помочь людям принять профилактические меры для снижения риска развития этого заболевания. Это также может побудить людей обратиться за медицинской помощью на раннем этапе, если они испытывают симптомы, что приведет к лучшим результатам и улучшению качества жизни.