



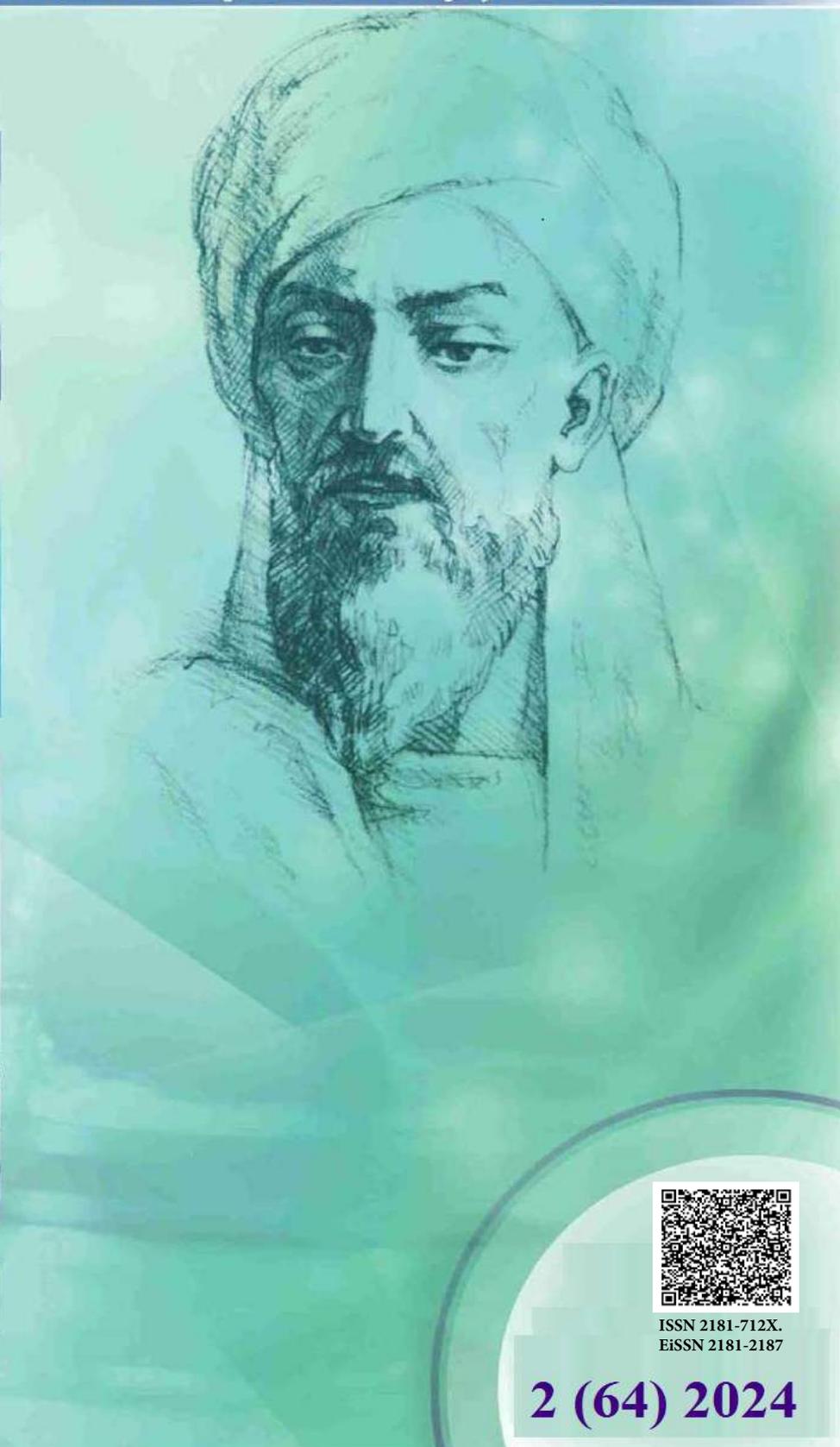
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.61 -036.12 - 07- 036.22

РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (литературный обзор)

Набиева Б.Ш. <https://orcid.org/0009-0005-9816-3020>

Ахмедова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сины, Узбекистан, Бухара Ш., улица Гиждувани. 23. Телефон: +998 (65) 223-00-50 электронная почта: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Почки являются классическим органом-мишенью при ревматологических заболеваниях. Важность выявления поражения почек при ревматических заболеваниях обусловлена неуклонным прогрессированием почечной патологии. В данной статье приведены результаты анализа научных источников зарубежных исследователей последних лет по изучению развития хронической болезни почек у ревматологических больных. Описаны распространенность, критерии диагностики, маркеры повреждения почек у данных больных.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, лекарственная нефропатия, ревматологические заболевание

THE DEVELOPMENT OF CHRONIC KIDNEY DAMAGE IN RHEUMATOLOGICAL DISEASES (literature review)

Nabieva B.Sh. <https://orcid.org/0009-0005-9816-3020>

Akhmedova N.Sh. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, A. Gijduvani st., 23 Tel: +998 (65) 223-00-50. e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

The kidney is a classic target organ for rheumatologic diseases. The importance of identifying kidney damage in rheumatic diseases is due to the steady progression of renal pathology. This article presents the results of an analysis of scientific sources by foreign researchers in recent years on the study of the development of chronic kidney disease in rheumatological patients. The prevalence, diagnostic criteria, and markers of kidney damage in these patients are described.

Keywords: chronic kidney disease, drug-induced nephropathy, rheumatological disease

РЕВМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИНИНГ РИВОЖЛАНИШИ (адабиёт шарҳи)

Набиева Б.Ш. <https://orcid.org/0009-0005-9816-3020>

Ахмедова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро, А. Гиждувоний кўчаси, 23 Тел: +998 (65) 223-00-50. электрон почта: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Буйрак ревматологик касалликлар учун классик мақсадли органдир. Ревматик касалликларда буйрак шикастланишини аниқлашнинг аҳамияти буйрак патологиясининг барқарор ривожланиши билан боғлиқ. Ушбу мақолада сўнги йилларда хорижий тадқиқотчилар томонидан ревматологик беморларда сурункали буйрак касаллигининг ривожланишини ўрганиш бўйича илмий манбалар таҳлили натижалари келтирилган. Ушбу беморларда буйрак шикастланишининг тарқалиши, диагностик мезонлари ва белгилари тасвирланган.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, дори-дармонли нефропатия, ревматологик касаллик

Актуальность

Поражение почек при системных заболеваниях встречается очень часто. Наиболее часто вторичные нефриты развиваются при системной красной волчанке, системных васкулитах, подагре, системной склеродермии, значительно реже при артритах.

Неблагоприятная прогностическая значимость поражения почек при ревматоидном артрите (РА) активно привлекает внимание исследователей в последние годы [1]. Те или иные клинические варианты вовлечения почек в патологический процесс при ревматоидном артрите отмечаются у большинства пациентов [2]. Описаны различные варианты поражения почек при ревматоидном артрите, в частности, гломерулонефрит, амилоидоз, васкулит, а также ятрогенные формы (анальгетические тубулопатии, мембранозная нефропатия и др.) [3-5,7]. Примечательно, что в реальных клинических условиях у таких больных длительно может не выполняться морфологическая верификация почечной патологии по ряду объективных причин. Ранние проявления функциональных почечных нарушений, особенно при их умеренной выраженности, не всегда обращают на себя внимание клиницистов, в то время как прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) при РА может быть быстрым, особенно при ассоциации с сердечно-сосудистой патологией [1, 6].

Поражение почек может являться клиническим проявлением и осложнением терапии ревматических заболеваний. Важность выявления поражения почек при ревматических заболеваниях обусловлена неуклонным прогрессированием почечной патологии при отсутствии адекватного лечения [1].

Четверть всех нефрологических больных с ревматологической патологией составляют при этом больные с СКВ, это наиболее частая патология. В то же время, геморрагический и другие васкулиты (11,2 и 1,5% соответственно) также составляют большую группу наблюдаемых. Реже встречаются амилоидоз (17%), подагра (9%), ревматоидный артрит, ревматизм с поражением почек и другие ревматические заболевания.

Обсуждая поражения почек при заболеваниях ревматологического профиля важно отметить, что на практике встречаются различные варианты поражения.

Первый, наиболее известный вариант, — поражение почек как компонент заболевания. Наиболее характерно развитие «почечного васкулита» при системной красной волчанке, системных васкулитах (особенно при узелковом полиартериите, гранулематозе Вегенера, геморрагическом васкулите), поэтому проявления нефрита являются основными критериями диагностики данных заболеваний. Чуть реже органом-мишенью почки становятся при ревматоидном артрите, системной склеродермии, подагре, смешанной криоглобулинемии.

Вторым, хорошо известным вариантом являются осложнения терапии и, прежде всего, лекарственные нефропатии. Среди лекарственных нефропатий у лиц с ревматологическими заболеваниями лидируют:

- «золотая почка» — хронический тубулоинтерстициальный нефрит, развивающийся на фоне лечения препаратами золота, ограничивающий применение данной группы медикаментов;
- острая почечная недостаточность, связанная с применением нестероидных противовоспалительных препаратов различных групп;
- хроническая почечная недостаточность, вызванная применением анальгетиков (анальгина, различных смесей анальгина, аспирина, амидопирина, фенацетина, кодеина и т.д.) и, редко, противовоспалительных препаратов;
- артериальная гипертензия и прогрессирование почечной недостаточности на фоне приема циклоспорина — препарата, широко используемого именно при лечении иммунных нефропатий;
- уратная нефропатия при вторичной, лекарственной подагре (циклоспорин, цитостатики, мочегонные и т.д.).

Значительно реже отмечают ОПН, связанную с применением ингибиторов АПФ, передозировкой мочегонных и гипотензивных, рентгеноконтрастных препаратов.

Учитывая разнообразие поражений почек при системных заболеваниях соединительной ткани, для оценки почечного поражения важно оценить мочевой синдром, функцию клубочкового и канальцевого аппарата, наличие «внепочечных признаков активности» (гипертензия, отеки, диурез, нормохромная анемия), определить наличие иммуновоспалительного синдрома.

ХБП может сопровождать и наиболее распространённые заболевания костно-суставного аппарата (остеоартрит, анкилозирующий спондилит, подагрический артрит, ревматоидный артрит и др.) [3, 4, 6, 15], поэтому скрининг ХБП необходим уже в дебюте ревматологического заболевания, до назначения лекарственной терапии, особенно у больных с комор-бидной патологией (хроническим тубулоинтерстициальным нефритом, мочекаменной болезнью, сахарным диабетом, обструктивными уропатиями, гломерулопатиями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом и др.) [14].

Снижение фильтрационной функции почек может наблюдаться у пациентов с остеоартритом (ОА), что также, чаще всего, обусловлено сопутствующим длительным приёмом НПВП, мочекаменной болезнью, поэтому важно применять в лечении менее нефроток-сичные препараты [2, 3, 4, 16]. Лечение ОА основано на использовании симптом-модифицирующих препаратов медленного действия на основе гликозамигликанов - SYSADOA, а также применения анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Почки являются классическим органом-мишенью при гиперурикемии. Поражение почек может протекать в четырех клинико-морфологических вариантах: хронического тубулоинтерстициального нефрита, уратного нефролитиаза и острой мочекислотной нефропатии (ренального острого почечного повреждения за счет внутриканальцевой обструкции кристаллами мочевой кислоты при стремительном и обильном образовании мочевой кислоты, наиболее часто наблюдаемом на фоне терапии злокачественных новообразований и повышении катаболизма белков) и иммунокомплексном гломерулонефрите [3, 6, 9]. По данным различных исследований поражение почек может иметь место в 25-75 % случаев подагры, в то время как значимое нарушение функции развивается в 40 % случаев [9].

При ревматоидном артрите поражение почек имеет различный генез. Имеет значение активность заболевания с высоким уровнем белков острой фазы воспаления и большой длительность заболевания. Развитие ХБП при РА встречается достоверно чаще по сравнению с общей популяцией. По данным различных исследований встречаемость ХБП колеблется от 20 до 45 % [12]. Среди вариантов поражения почек при РА выделяют наиболее часто встречающийся амилоидоз с постепенным развитием нефротического синдрома и неуклонно нарастающей почечной недостаточностью, различные типы гломерулонефритов (мембранозный или мембранозно-пролиферативный) и гломерулонефриты в рамках ревматоидного васкулита, НПВП-ассоциированный тубулоинтерстициальный нефрит, нефроангиосклероз и фиброз как исход артериальной гипертензии, сопутствующего сахарного диабета [11].

Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, системные васкулиты, тромботическая микроанги-опатия, антифосфолипидный синдром) имеет свои клинико-морфологические и патогенетические особенности поражения клубочков и интерстиция. Склеродермическая почка характеризуется развитием окклюзионной и тромботической васкулопатии. Прогрессирующие иммуновоспалительные изменения в почках при системных заболеваниях закономерно приводят к ухудшению функции почек и развитию терминальной почечной недостаточности (ТПН). Прогноз 10-летней почечной выживаемости при активной патогенетической терапии системных заболеваний, по данным разных авторов, составляет от 28 до 52 % [13]. Важность выявления поражения почек при ревматических заболеваниях обусловлена неуклонным прогрессированием почечной патологии при отсутствии адекватного лечения, в то же время нефропротективная терапия может профилактировать дальнейшее снижение почечной фильтрации.

Заключение

Применение НПВП неуклонно растет в разных областях медицины, в связи с этим важно повышать осведомленность врачей и фармацевтов относительно риска развития НПВП-ассоциированных ренальных побочных эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Panevin T.S. Kidney damage in rheumatic diseases: new prospects for nephroprotection / T.S. Panevin, N.V. Voronina // Far Eastern Medical Journal. 2022;3:129-136. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-3-20>.
2. Hickson LJ, Crowson CS, Gabriel SE. Development of Reduced Kidney Function in Rheumatoid Arthritis. // Am J Kidney Dis 2014;63(2):206-213.
3. Demidova NV, Guseva IA, Karateev DE. Clinical and immunological aspects of early rheumatoid arthritis. // Ter Arch 2010;5:71-77.
4. Zhigalov SA, Marasaev VV, Bazhina OV. Glomerular kidney lesions in rheumatoid arthritis. // Klin nephrol 2013;6:42-45.
5. Helin HJ, Korpela MM, Mustonen JT. Renal biopsy findings and clinicopathologic correlations in rheumatoid arthritis. // Arthritis Rheum 1995;38(2):242-247.
6. Gasanov MZ, Batyushin MM, Terentyev VP, Sadovnichaya NA. Features of the proteomic mirror of urine of patients with glomerulonephropathies of various origins. // Kuban Scientific Medical Bulletin 2012;4:37-42.
7. Jesky M, Lambert A, Burden A. The impact of chronic kidney disease and cardiovascular comorbidity on mortality in a multiethnic population: a retrospective cohort study. // BMJ Open 2013;3(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003458>
8. Toblli JE, Bevione P, Di Gennaro F. Understanding the mechanisms of proteinuria: therapeutic implications. // Int J Nephrol 2012;546039. <https://doi.org/10.1155/2012/546039>
9. Khramtsova NA, Dzizinsky AA. Kidney function and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. // Cardiovascular Therapy and Prevention 2010;9(5):47-52.
10. Batyushin MM, Exhibition EA. Clinical manifestations and risk factors for kidney damage in rheumatoid arthritis. // Basic Research 2012;2:249-252.
11. Anvarovna N. S. Features Of Kidney Damage at Patients with Ankylosing Spondiloarthritis // Texas Journal of Medical Science. 2021;3:18-22.
12. Naimova N. S. et al. Features of coagulation and cellular hemostasis in rheumatoid arthritis in patients with cardiovascular pathology // Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). 2019;8(2):157-164.
13. Akhmedova N.Sh. Sulaymonova G.T. Early diagnosis of Podocytic Dysfunction and Tubulointerstitial processes with hypertension and diabetes mellitus // Asian journal of Pharmaceutical and biological research. Sept-Dec 2021;10(3):177-183.
14. Akhmedova N.Sh., Sulaymonova G.T., Boltayev K.J. Prognostic significance of biomarkers in the early diagnosis of nephropathy in type II diabetes // Journal of Pharmaceutical Negative Results 2022;13(10):118-1191.
15. Giyosova N.O. Modern diagnostic markers of nephropathy in patients with arterial hypertension and diabetes mellitus // Web of scientist: international scientific research journal. Nov., 2022;3(11):142-150.
16. Giyosova N.O. Nurov B.B. Course and therapy of arterial hypertension in patients with covid-19 // Web of scientist: international scientific research journal. Dec., 2022;3(12):1142-1149.

Поступила 20.01.2024