ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Наимова Ш.А.[1], Рузиева Ф.А.[2] Email: Naimova6102@scientifictext.ru

[1]Наимова Шохида Анваровна - ассистент;
[2]Рузиева Феруза Атамурадовна - ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной терапии,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: *ревматоидный артрит (РА) - хроническое воспалительное заболевание с преобладающими признаками воспаления и повреждения суставов. РА ассоциируется с прогрессирующей инвалидностью, системными осложнениями и социально-экономическими расходами. Повышенная распространенность сопутствующих заболеваний, как и самого РА, связана с экономическим бременем для пациентов, их семей и общества. Пациенты пожилого возраста с РА, у которых также появляются сопутствующие заболевания, представляют собой уникальную проблему для лечащих врачей. Хотя сопутствующие заболевания чаще встречаются при РА, чем при контрольной группе, сопутствующие заболевания часто недооценивают и не лечат. Данный литературный обзор предназначен для прояснения вышеуказанных вопросов и для использования ревматологами и нефрологами при лечении и мониторинге этих заболеваний.*

Ключевые слова: *ревматоидный полиартрит, хроническое заболевание почек, поражение почек, креатинин, мочевина сыворотки, системная красная волчанка.*

FEATURES RENAL COMORBIDITY IN RHEUMATOLOGICAL DISEASES

Naimova Sh.A.[1], Ruzieva F.A.[2]

[1]Naimova Shohida Anvarovna - Assistant;
[2]Ruzieva Feruza Atamuradovna – Assistant,
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL THERAPY,
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE,
BUKHARA, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: *rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease with predominant signs of inflammation and joint damage. RA is associated with progressive disability, systemic complications, and socioeconomic costs. The increased prevalence of comorbidities, like RA itself, is associated with an economic burden on patients, their families and society. Elderly patients with RA who also develop comorbidities present a unique challenge for the treating physician. Although comorbidities are more common in RA than in controls, comorbidities are often underestimated and not treated. This literature review is intended to clarify the above issues and to be used by rheumatologists and nephrologists in the treatment and monitoring of these diseases.*

Keywords: *rheumatoid arthritis, chronic kidney disease, kidney damage, creatinine, serum urea, systemic lupus erythematosus.*

УДК 616.72-002.772-616.61-009.7

Актуальность. При изучении значимости большинства хронических заболеваний (сердечно-сосудистых, аллергических, неврологических, онкологических, гематологических, хронических заболеваний легких, сахарного диабета) выявлено снижение трудоспособности, ухудшение общее состояние пациента, количество посещений терапевта увеличивается за 1 год. Ревматические заболевания возникают в любом возрасте, и в последние годы наблюдается рост числа случаев этого заболевания. Увеличение расходов на лечение ревматических заболеваний в сфере здравоохранения также оказывает негативное влияние на экономику государство [2, 10, 19].

В настоящее время в медицинском сообществе фактором риска хронических (коморбидных) хронических состояний является воспалительный заболевания, как ревматоидный артрит и системная красная волчанка. Наиболее частые сопутствующие заболевания РЗ включают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), остеопороз (ОП), хроническое заболевание почек (ХБП) и депрессию [1, 7, 18].

Поражение почек чаще встречается при системных заболеваниях. В отделении ревматологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (БЦМЦ) у 58 % госпитализированных пациентов отмечается различный уровень поражения почечной дисфункции. Среди этих заболеваний наиболее частыми причинами хронической коморбидности почек являются системная красная волчанка (СКВ), системный васкулит (СВ), подагра, системная склеродермия (ССК), ревматоидный артрит (РА) и анкилозирующий спондилит. При этом у пациента в коморбидных случаях возникают следующие

вопросы: Является ли заболевание почек осложнением ревматической болезни или следствием лечения, или оба состояния являются признаком аутоиммунного заболевания? Является ли ревматическое заболевание осложнением заболевания почек или патологическим состоянием, возникшим в результате лечения? Как РЗ и почечные поражения могут перейти в коморбидное состояние без связи друг с другом? Данная статья предназначена для прояснения вышеуказанных вопросов и для использования ревматологами и нефрологами при правильном лечении и мониторинге этих заболеваний [3, 11, 20].

Почечные изменения могут наблюдаться от бессимптомных изменений до состояния терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной почечной терапии. Поражение почек может возникать как прямой результат системного аутоиммунного заболевания или в результате побочных эффектов некоторых лекарств, с другой стороны, хронический болезни почек (ХБП) может привести к вторичному заболеванию почек [5, 9, 22]. Например, амилоидоз, который в стадии диализа, и вторичная подагра. При проведении диализ у больных с амилоидозом, проявляется клинические симптомы хронического полиартрита в результате накопления β2-микроглобулина в костях, суставах и околосуставных тканях [3, 18]. Стабильная гиперурикемия в результате повышенной экскреции мочевой кислоты у пациентов с ХБП, которая сопровождается хронической тофус-подагрой, проявляется в разных группах суставов. Терапевтический подход различается при первичных и вторичных ревматических заболеваниях. Кроме того, многие РЗ имеют сопутствующие заболевания: сахарный диабет, артериальную гипертензию, заболевания сердечно-сосудистой системы, и эта коморбидность приводит к развитию ХБП или обострению ХБП и повышению смертности [6, 10, 21].

Как можно диагностировать и контролировать коморбидность почек у больных с ревматическими заболеваниями (РЗ)?

РЗ может протекать без признаков и симптомов, всегда следует проверять функциональные параметры. Креатинин плазмы является наиболее распространенным параметром, определяющую выделительную функцию почек, и используется для определения скорости клубочковой фильтрации. Почечная клубочковая фильтрация (СКФ) в настоящее время является параметром, определяющим стадию ХБП. В общем анализе мочи протеинурия и гематурия, обнаруживаемые в анализе мочи, оцениваются как результат системной красной волчанки или васкулита, гломерулонефрита (ГН), массивной протеинурии, мембранного волчаночного нефрита, вторичного амилоидоза и воздействия некоторых лекарств. Положительный результат анализа мочи является показанием для дальнейших углубленных анализов мочи [12, 18].

Помимо механизма почечной экскреции и фильтрации, вода и соль участвуют в гомеостазе, поддержании кислотно-щелочного баланса и выработке гормонов у здорового человека. Повышенное артериальное давление и отеки указывают на задержку натрия почками без повышения или снижения креатинина в плазме крови. Например, если высокое кровяное давление и отек являются первыми симптомами у пациентов с волчаночным нефритом, эти симптомы также могут быть результатом приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Почки вырабатывают три важных регулятора гомеостаза: ренин, эритропоэтин и активированный витамин D. Снижение выработки последнего регулятора гомеостаза, снижение кальция в плазме и повышение фосфора являются ранними признаками ХБП (вторичного гиперпаратиреоза). Таким образом, всем пациентам с ревматологией и нефрологией целесообразно проводить такие анализы, как креатинин сыворотки, СКФ, общий анализ мочи, Проба Нечипоренко, потеря белка в суточной моче [10, 14].

Хотя при ревматическом заболевании поражаются суставы и кости верхних и нижних конечностей, воспалительный процесс затрагивает также жизненно важные органы. В основном лекарственные препараты, изменяющие течение болезни базисные противоревматические препараты (БПВП), обладают свойством быстро повредить почки. Поражение почек в результате системных изменений также часто встречается при ревматоидном полиартрите (РА), что является причиной высокой заболеваемости среди РЗ.

В перспективном исследовании 235 пациентов с ранним РА с почечной недостаточностью стабильная протеинурия в 7% и повышение сывороточного креатинина с протеинурией или без нее были отмечены в результате 42-месячного наблюдения [8, 11].

Доказано, что D-пенициллинамин и метотрексат, которые являются основными методами лечения, вызывают протеинурию в моче в результате повреждения почек. Сочетание лекарственной протеинурии с увеличением реактивного протеина С и увеличением скорости оседания эритроцитов у больных РА старше 50 лет приводит к усилению патологических процессов почечной функции [9, 18].

Исследование метотрексата и почечной недостаточности (MATRIX) показало повышение сывороточного креатинина у 19% пациентов с РА. Из них 20% относятся к фазе 2 и 15% - к фазе 3 ХБП. Протеинурия, гематурия и лейкоцитурия составляли 16%, 17% и 20% соответственно. Причина поражения почек в данном исследовании не исследовалась [7]. В 1995 году Гелин и его коллеги провели ретроспективный анализ биопсии почки у 110 пациентов с РА, дав результаты о противоревматической терапии или самом заболевании. Наивысшие гистологические результаты были зарегистрированы при

36% мезангиальных ГН, 30% амилоидозе и 17% мембранных ГН [8, 22]. У 35% пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) наблюдаются изменения уровня креатинина сыворотки или общего анализа мочи. По мнению ученых, при этих заболеваниях изменения в почках происходят в результате накопления амилоида А и Ig А в клубочках. Во всех случаях степень тяжести, длительность и стадия заболевания у пациентов определяет стадию ХБП [9, 20].

Волчаночный нефрит при системной красной волчанке (СКВ) является параметром, определяющим исход и летальность заболевания, и встречается в 50% случаев. Четко установленных маркеров повреждения почек при системной красной волчанке нет, но повышение уровня антител C1q, антител к ДНК ds, увеличивает вероятность нефрита у этих пациентов. Заболевания, связанные с диффузным пролиферативным ГН, могут быть обнаружены от умеренно выраженного ГН до волчаночного нефрита [10, 19].

Вывод. У всех пациентов с ревматическими и нефрологическими заболеваниями с ревматическими жалобами следует определять параметры ХБП в анализах крови и мочи, чтобы подтвердить, что почечные изменения являются первичными или вторичными, или для сравнительного определения того, что является побочным эффектом препарата, который применяется для лечения данного заболевания. Результаты всех анализов важны при диагностических и терапевтических вмешательствах. В частности, использование базальной терапии для предотвращения повреждения почек или необходимость снижения дозы базальной терапии в случае сопутствующих заболеваний с изменениями функции почек следует определять с совместным советом ревматолога и нефролога с использованием этих анализов.

Список литературы / References

1. *Ахмедова Н.Ш., Латипова Н.С., Болтаев К.Ж.* Хронические болезни почек: лечение аутоиммунной нефропатии в зависимости от морфологической формы нефрита // Сборник материалов I съезда ревматологов Узбекистана. Ташкент. 19-20 мая 2016 г. С. 211.
2. *Бадритдинова М.Н., Тиллоева Ш.Ш.* Диагностика и лечение ревматоидного артрита у пожилых. Монография // Бухара, 2016. 100 с.
3. *Бафаев Ж.Т., Хамидова З.Н.* Спектр дисфункции потенциала печени по ходу цитостатической терапии у больных ревматоидным артритом. Молодежный инновационный вестник, 2015. № 4 (1). С. 53-54.
4. *Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н.* Состояние физико-химических свойства ротовой жидкости у детей при ревматизме // Вестник врача. Самарканд, 2020. № 2. С. 32-35.
5. *Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н.* Современные состояния проблемы кариеса зубов у детей больных с ревматизмом // Евразийский вестник педиатрии. Санкт Петербург, 2020. № 1. С.149-154.
6. *Мусаева Д.М., Мансурова М.Х., Очилова Г.С.* Лекарственные средства в лечении ревматоидного артрита // Вопросы науки и образования, 2018. № 7 (19). С. 262-264.
7. *Наврузова Ш.И., Шамсутдинов А.С., Хусаинова В.К.* Эффективность применения Вобэнзима при ревматоидном артрите у детей // Сборник научных трудов республиканская научно-практическая конференции «Актуальные проблемы охраны материнства и детства. Бухара. 2015 (декабрь). С. 215-216.
8. *Наимова Ш.А., Латипова Н.С., Болтаев К.Ж.* Коагуляционный гемостаз и факторы риска ишемической болезни сердца у пациентов с ревматоидным артритом // Инфекция, иммунитет и фармакология, 2015. № 5. С. 235-237.
9. *Наимова Ш.А., Латипова Н.С., Болтаев К.Ж.* Коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз у пациентов с ревматоидным артритом в сочетании с сердечно–сосудистым заболеваением // Инфекция, иммунитет и фармакология, 2017. № 2. С. 150-152.
10. *Наимова Ш.А., Хамидова Н.К., Азамов Б.З.* Особенности коагуляционного и клеточного гемостаза при ревматоидном артрите у лиц с сердечно-сосудистой патологией // Журнал "Новый день в медицины", 2019. № 2 (26). С. 223–227.
11. *Наимова Ш.А., Умурова Н.М.* Ревматологик касалликларда ренал коморбидлик. Вестник врача, 2020. № 3.1 С. 96.
12. *Рахматова Д.Б., Бадридинова Б.К.* Клинико-иммунологическая эффективность диклофенака натрия в сочетании с нимесулидом при ревматоидном артрите. // Новый день в медицине, 2020. № 2 (30 / 2). С. 144-147.
13. *Саидова М.М.* Кардиоваскулярная комарбидность у больных ревматоидным артритом // II Межрегиональная конференция кардиологов и терапевтов. Ульяновск, 2016. 5-6 декабрь. С. 136-137.
14. *Саидова М.М., Камилова У.К.* Анализ встречаемости кардиоваскулярной коморбидности у больных ревматоидным артритом // XIII Всероссийский конгресс «Артериальная гипертония». Уфа, 2017. 22-24 марта. С. 41.

15. *Саидова М.М., Камилова У.К., Юсупалиев Б.К.* Оценка параметра толщины интима- медиа сонных артерий у больных ревматоидным артритом // IV межрегиональная конференция кардиологов и терапевтов. Рязань, 2018. 28-29 ноября. С. 75.
16. *Тоиров Э.С., Абдуллаева Н.Н.* Способы терапии невротических нарушений у больных при ревматоидном артрите // Вопросы науки и образования, 2019. № 28 (77). С. 24-33.
17. *Тоиров Э.С., Абдуллаева Н.Н., Ахмедов И.А*. Клинические особенности невротических нарушений при ревматоидном артрите // Рецензируемый научно-практический журнал "Журнал неврологии и нейрохирургических исследований", 2020. № 1. С. 19-22. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://dx.doi.org/10.26739/2181-0982-2020-1-4/ (дата обращения: 08.12.2020).
18. *Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж.* Морфофункциональная характеристика локального компартмента иммунной системы толстой кишки человека в возрастном аспекте // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 2. С. 163-167.
19. *Хамидова З.Х., Бафаев. Ж.Т.* Частота возникновения гепатоцеллюлярных нарушений по ходу цитостатической терапии больных ревматоидным артритом. V съезд терапевтов Забайкальского края. Чита, 2017. № 7. С. 453-455.
20. *Хамидова З.Н., Саидова М.Р., Нематов А.А.* Изучить частоту распространения гепатоцеллюлярных нарушений по ходу цитостатической терапии больных ревматоидным артритом // Журнал. Новый день в медицины, 2018. № 4. С. 54-61.
21. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia: o27 (l1-1) // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
22. *Khasanova D.A., Teshaev S.J.* Topografic-anatomical features of lymphoid structures of the small intestine of rats in norm and against the backround of chronic radiation diseases // European science review, 2018. № 9-10-2. С. 197-198.