

СКФ к концу 4-неделе лечения повысилась с 38 ± 5 мм. рт. ст. до 42 ± 4 мм рт. ст.

У наблюдаемых пациентов на фоне терапии Леркаменом были обнаружены лишь единичные побочные эффекты: у одного больного отмечали пастозность обеих лодыжек, у двух – ощущение жара и покраснение лица. Данные побочные эффекты были выражены незначительно, поэтому не требовали отмены препарата.

Выводы.

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

ХАМРАЕВА Н.А., ТОИРОВ Э.С.

Самаркандский Государственный медицинский институт, г. Самарканд. Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты и характера суставных проявлений при СКВ в зависимости от варианта ее течения и степени активности заболевания.

Материал и методы исследования. Обследованы 80 больных с СКВ (75 женщин, 5 мужчин). Исследование суставного синдрома включало определение выраженности боли по ВАШ, состояние метаболизма костной ткани по концентрации кальция (Са, в ммоль/л), фосфора (Р, в ммоль/л) и по активности щелочной и кислой фосфатазы (ЩФ и КФ, в Ед/л). Всем больным проведено рентгенологическое, ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты исследования. У больных СКВ основные формы суставного синдрома были выявлены у 86,3% пациентов. Воспалительные явления чаще выявлялись у больных со средней и высокой активностью заболевания, при остром и подостром течении СКВ. Припухлость при артритах мелких суставов была нестойкая, сопровождалась болью средней интенсивности (по ВАШ $4,5 \pm 0,5$ см) и небольшим ограничением движений. Количественные показатели: интенсивность боли по ВАШ составила $3,5 \pm 0,8$ см, количество припухших суставов – $4,6 \pm 1,2$, число болезненных

1. Антигипертензивная терапия Леркаменом хорошо переносится больными, безопасна и крайне редко сопровождается побочными эффектами.

2. Применение Леркамена у больных ХБП III стадии позволило значительно улучшить как контроль АД, так и фильтрационную функцию почек.

3. Использование Леркамена может быть рекомендовано в комплексной терапии больным ХБП III стадии.

суставов – $6,4 \pm 1,4$, показатель манипуляционной способности кистей – $85,5 \pm 7,8\%$, утренняя скованность – $40,5 \pm 5,4$ мин. При УЗИ у больных с артралгиями наблюдалось равномерное и незначительное утолщение суставной капсулы (37,1%) и умеренное повышение количества суставной жидкости (у 14,3%). При артритах – неравномерность контуров сустава, наличие свободной жидкости, значительное утолщение суставной капсулы и неравномерность (у 34,3%). Компьютерная томографическая рентгеноденситометрия (исследованы 30 больных) – выявление признаков, характеризующих I степень остеопороза у 40,0%, II степень – у 26,7%, III степень – у 33,3% пациентов.

Выводы. Таким образом, по нашим данным, у 86,3% больных с СКВ имел место суставной синдром, причем в патологический процесс вовлекались все суставы, особенно мелкие. Обследование больного СКВ, помимо общей описательной характеристики опорно-двигательного аппарата и других систем, должно включать и количественные объективные критерии суставного синдрома, рентгенологические, ультразвуковые и денситометрические исследования, позволяющие оценить характер поражения и функциональные возможности суставов.

ПОКАЗАТЕЛИ АЛЬБУМИНУРИИ И АЛЬБУМИН-КРЕАТИНИНОВОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РАСУЛЕВ Ё.Э., РУЗМЕТОВА И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить альбуминурию и альбумин-креатининовый индекс (АКИ), с последующей оценкой степени прогрессирования ХБП и риска по шкале KDIGO у пациентов с ХБП.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 80 больных с ХБП III-IV стадией, находившихся в отделении нефрологии

3-й клиники Ташкентской медицинской академии и в отделении кардиологии ГУ «РСНПМЦТ и МР». Всем больным проводились общеклинические анализы, расчет СКФ по формуле СКD-EPI с модификацией от 2011 года, определяли креатинин и мочевины плазмы крови, альбуминурию и альбумин-креатининовый индекс. Все больные полу-

чали стандартную терапию основного заболевания (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диабетическая нефропатия). В первую группу вошли 37 пациентов с ХБП 3–4 стадии + сахарный диабет 2 типа (СД), с СКФ > 59–15 мл/мин/м². Во вторую группу вошли 43 пациента с ХБП недиабетической этиологии 3–4 стадии, с СКФ 59–15 мл/мин/м². Всего пациентов с ХБП 3 стадии с СКФ > 59–30 мл/мин/м² было 56 человек (68,75%) и пациентов с ХБП 4 стадии с СКФ > 30–15 мл/мин/м² было 24 (31,25%) человека. Оценка альбуминурии и альбумин-креатининового индекса позволяет сделать раннюю диагностику и оценить прогрессирование хронической болезни почек.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 62,7±13,22 года. Показатели альбумина в моче у пациентов I группы (ХБП+СД 2 типа) составили 139,72±109,09 мг/л у мужчин и женщин – 147,77±109,46 и 132,10±111,18 мг/л соответственно; у пациентов II группы (ХБП без СД) показатели альбумина в моче составили 115,58±117,21 мг/л у мужчин и женщин – 89,09±98,26 и 143,33±130,89 мг/л соответственно. Однако при сравнении этих показателей достоверных различий между группами получено не было ($t=0,36$ $p>0,05$). Таким образом, явно наблюдалась тенденция увеличения числа пациентов с АУ по мере нарастания стадийности

ХБП. Необходимо отметить так же, что альбумин-креатининовый индекс (АКИ) в I группе составил менее чем <3,4 ммоль/л – 7 мужчин и 6 женщин; 3,4–33,9 ммоль/л – 11 мужчин и 11 женщин; более чем > 33,9 ммоль/л – у мужчин не было отмечено и выявлено у двух женщин. Во II группе составил менее чем <3,4 ммоль/л – 14 мужчин и 12 женщин; 3,4–33,9 ммоль/л – 3 мужчин и 8 женщин; более чем > 33,9 ммоль/л – у 4 мужчин и одной женщины.

Выводы. Исходя из вышеприведенных результатов альбумин-креатининового индекса, необходимо отметить, что больные, имеющие АКИ в пределах 3,4–33,9 ммоль/л относятся к группе высокого риска и по шкале KDIGO (оценка комбинированного риска терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных ХБП) больные с СКФ ниже 30 мл/мин/1,73 м² к группе очень высокого риска по ТПН и ССО; а больные с АКИ выше чем > 33,9 ммоль/л к категории очень высокого риска ХБП и группе очень высокого риска по шкале KDIGO по развитию ТПН и ССО, целевые цифры артериального давления для больных с альбуминурией и с АКИ выше 3,4 ммоль/л равно <130/80 мм рт. ст (2D) и также данный контингент больных в обязательном порядке должен наблюдаться и консультироваться с врачом-нефрологом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО МОДЕЛИ KFRE

ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РУЗМЕТОВА И.А., РАСУЛЕВ Ё.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Применить модель KFRE для оценки риска прогрессирования почечной недостаточности у пациентов с ХБП.

Материал и методы исследования. Для прогнозирования течения ХБП по модели KFRE (3 переменными) необходимо включить следующие параметры: возраст, пол, расчетная СКФ (рСКФ) по формуле СКD-EPI с модификацией от 2011 года. Модель позволяет прогнозировать у больных с ХБП III-IV стадией риск прогрессирования в терминальную ХБП, в течение последующих 5 лет.

В исследование включены 80 больных с ХБП III-IV стадией, находившихся в отделении нефрологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии и отделении кардиологии ГУ «РСНПМЦТ и МР». Всем больным проводились общеклинические анализы, расчет СКФ по формуле СКD-EPI с модификацией от 2011 года, определяли уровень креатинин и мочевины сыворотки, альбуминурию. Все больные получали стандартную терапию основного заболевания (хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита, диабетической нефропатии). В первую группу вошли 37

пациентов (46,25%) с ХБП 3-4 стадии + СД 2 типа СКФ > 59–15 мл/мин/м². Во вторую группу вошли 43 пациента (53,75%) с ХБП различной этиологии 3-4 стадии без СД, с СКФ 59–15 мл/мин/м². Всего пациентов с ХБП 3 стадии с СКФ > 59–30 мл/мин/м² было 56 человек (68,75%) и пациентов с ХБП 4 стадии с СКФ > 30–15 мл/мин/м² 24 (31,25%) человека.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 62,7±13,22 года. В целом в общей группе уровень креатинина крови и мочевины составил 177,24±63,53 мкмоль/л и 11,02±3,17 мкмоль/л; в I группе креатинин крови – 175,39±58,13 мкмоль/л и мочевина крови – 11,66±2,72 мкмоль/л; во II группе креатинин крови составил – 178,83±68,55 мкмоль/л и мочевина крови 10,47±3,45 мкмоль/л соответственно, достоверных различий между группами по уровню креатинина крови не оказалось, однако по уровню мочевины крови отмечались различия, так показатели I группы – 11,66±2,72 были выше по сравнению с показателями II группы – 10,47±3,45 мкмоль/л.