

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-2-223-224

## Гастродуоденальная патология у пациентов с хронической болезнью почек: эндоскопические и морфологические особенности

**В.С. Соснина<sup>1,2</sup>** ([sosnina@mail.ru](mailto:sosnina@mail.ru)), **Ж.Г. Симонова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Кафедра госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет Минздрава России», Кировская область, Киров, 610998, улица К. Маркса, 112, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Отделение гемодиализа КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» Кировская область, Киров, 610027, ул. Воровского, 42, Российская Федерация*

## Gastroduodenal pathology in patients with chronic kidney disease: endoscopic and morphological features

**V.S. Sosnina<sup>1,2</sup>** ([sosnina@mail.ru](mailto:sosnina@mail.ru)), **Zh.G. Simonova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Department of Hospital Therapy of the Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, 112, Karl Marx Street, Kirov, 610998, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Hemodialysis department "Kirov Regional Clinical Hospital" 42, Vorovskogo str., Kirov, 610027, Russian Federation*

**Актуальность проблемы.** У пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП), часто наблюдаются сердечно-сосудистые нарушения, минерально-костные расстройства, нутритивные дефициты, разнообразные метаболические заболевания, анемия, нервно-психические заболевания, а также заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Установлено, что поражения верхних отделов ЖКТ встречаются у больных с почечной недостаточностью чаще, чем среди населения в целом. С прогрессированием ХБП увеличивается вероятность поражения верхних отделов ЖКТ, которые характеризуются образованием эрозивных и неэрозивных патологических изменений. Высокая распространенность и сложность терапии, связанные в основном с достижением ремиссии при патологиях гастродуоденальной зоны, указывают на актуальность комплексного и углубленного исследования поражений верхних отделов ЖКТ у пациентов с хронической почечной патологией.

**Цель работы.** Изучить эндоскопические и морфологические особенности гастродуоденальной патологии у пациентов с ХБП.

**Материалы и методы исследования.** В открытом клиническом исследовании приняли участие 269 пациентов с ХБП и сопутствующей гастродуоденальной патологией, среди них женщины составили 44 %, мужчины – 56 %. Медиана возраста составила 64 (54,0-70,0) года. Критерии включения: возраст пациентов от 18 до 74 лет включительно, наличие ХБП С3-С5Д, гастродуоденальная патология. В зависимости от стадии ХБП общая когорта пациентов была разделена на 3 группы: I группа (n=90) – пациенты с ХБП С3 (СКФ – 30-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>); II группа (n=84) – пациенты с ХБП С4-С5 (СКФ менее 29 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>), III группа (n=95) – пациенты с ХБП С5Д (пациенты, получающие заместительную

почечную терапию на программном гемодиализе). Сформированные группы статистически значимых различий по полу и возрасту не имели. Для подтверждения заболеваний верхних отделов ЖКТ после информирования пациентов о целях и возможных осложнениях инвазивного исследования проводили эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с забором биопсийного материала. В качестве гистологической оценки применяли прогностическую систему OLGA с использованием визуально-аналоговой шкалы оценки морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Степень гастрита оценивали в биоптатах по совокупной интенсивности лимфоплазмоцитарной и лейкоцитарной инфильтрации. Статистический анализ был проведен с использованием программного обеспечения StatTech v. 4.8.1 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

**Полученные результаты.** У пациентов I группы при эндоскопическом исследовании поражение слизистой оболочки желудка в виде эрозий было установлено у 15 (23%) пациентов. При этом язва желудка и ДПК обнаружено не было. У 47 (55,9%) пациентов II группы были выявлены эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны. Постязвенные рубцы слизистой оболочки желудка и ДПК обнаружены у 12 (14,3%) пациентов. У пациентов III группы доля эрозивно-язвенных поражений составила 47,5%. Постязвенные рубцы ДПК были выявлены у 10,6% пациентов. Так, эрозивные поражения слизистой оболочки желудка с более значимой частотой были определены у пациентов II и III групп по сравнению с пациентами I группы (41,7% vs 16,7%, p=0,0003; 35,8% vs 16,7%, p=0,0029), а эрозии слизистой оболочки ДПК – у пациентов III группы в сравнении с пациентами I и II групп, соответственно, (9,5% vs 2,2%, p=0,0287; 9,5% vs 7,1%,

$p=0,5022$ ). Результаты морфологического исследования материалов биопсий слизистой оболочки желудка и ДПК показали, что у пациентов II и III групп преобладает выраженная лейкоцитарная инфильтрация во всех отделах желудка и ДПК. Атрофические изменения слизистой оболочки желудка выявлены лишь у 4 (1,5%) пациентов всех трех групп.

**Заключение.** С прогрессированием ХБП патология гастродуоденальной зоны приобретает свои

особенности. У пациентов с ХБП С4-5Д преобладают эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны. Ранняя диагностика и терапия гастродуоденальной патологии у пациентов с ХБП позволят своевременно предупредить развитие желудочно-кишечных осложнений, улучшить качество жизни и осуществить персонализированный подход в диагностической и лечебной тактике ведения этих пациентов.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-2-224

## Nephroprotective treatment with dapagliflozin in patients with diabetic kidney disease

O.N. Sharapov<sup>1,2</sup> ([olim.sharapov@mail.ru](mailto:olim.sharapov@mail.ru)), Sh.S. Abdullaev<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup> Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

**The relevance of the problem.** Albuminuria in patients with diabetes presents a higher risk for adverse renal and cardiovascular (CV) outcomes. Sodium glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors demonstrate improved albuminuria and reduces the risk of end-stage renal disease in patients with chronic kidney disease.

**The study aim** was the impact of the SGLT2 inhibitor dapagliflozin on urine albumin-to-creatinine ratio (UACR) and GFR decline.

**Materials and methods.** In the single center trial, total 132 participants with CKD and type 2 diabetes (T2D) were randomly assigned to dapagliflozin ( $n=78$ ) 10 mg once daily or placebo ( $n=54$ ). Kidney inclusion criteria were eGFR 30-60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> and any UACR. The primary end point was a composite of sustained decline in eGFR >50%, end-stage renal disease, or kidney or cardiovascular death. Percentage of treatment difference was estimated by geometric mean ratio for the overall cohort and by eGFR and UACR subgroups. Progression/regression of UACR

were assessed. Hazard ratios, 95% confidence intervals (CI), and p-values were estimated by Cox proportional hazards model.

**Results.** Median baseline eGFR was 42.3 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, with 5% at <30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. At baseline, median UACR was 103 mg/g, and 1/4 of patients had normoalbuminuria, 2/4 had micro, and 1/4 had macroalbuminuria. Median follow up was 18 months. The UACR difference for dapagliflozin vs placebo was -25.1% (95% CI -27.5, -23.2;  $p<0.001$ ). Reductions were similar across eGFRs. In UACR 30-299 mg/g and >300 mg/g, reductions were significant in dapagliflozin ( $p<0.001$ ). Progression risk was lower and regression risk higher in dapagliflozin vs placebo ( $p<0.001$ ).

**Conclusion.** Dapagliflozin significantly slowed long-term eGFR decline in patients with CKD with T2D compared with placebo, and significantly reduced UACR and had favorable effects on UACR progression and regression.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-2-224-225

## Гломерулярная микроангиопатия: этиологическая структура и клиничко-морфологическая характеристика

Д.В. Стариков ([dmitrij.starikov.6991@gmail.com](mailto:dmitrij.starikov.6991@gmail.com)), Е.С. Столяревич

ГБУЗ «Городская клиническая больница №52» ДЗМ, 123182, Москва, ул. Пехотная, д. 3, Российская Федерация

Glomerular microangiopathy: etiological structure and clinical and morphological characteristics

D.V. Starikov ([dmitrij.starikov.6991@gmail.com](mailto:dmitrij.starikov.6991@gmail.com)), E.S. Stolyarevich