

Концентрация Са в диализирующем растворе колебалась от 1,25 ммоль/л у 58 (3,3%) до 1,75 ммоль/л у 383 (22,1%) человек.

Основным фосфор-связывающим препаратом был кальций карбонат, его использовали 793 (45,2%) человека. В отсутствии зарегистрированных в РБ некальциевые фосфат-биндеров, вторым по частоте назначения был алюминия гидроксид, который принимал 141 (8%) пациент.

Коррекция ВГПТ осуществлялась с использованием кальцитриола у 279 (15,9%) человек, этикаль-

цида у 148 (8,4%) и цинакальцета – у 33 (1,9%), включенных в исследование. Паратериодэктомия выполнена 24 (1,9%) пациенту.

**Заключение.** Распространенность МКН в диализной когорте остается высокой, основным клинико-лабораторным нарушением является гиперфосфатемия, затем – гипокальцемия и ВГПТ. В настоящее время отмечается расширение терапевтической коррекции ВГПТ, при сохраняющемся дефиците лекарственных средств, нормализующих показатели минерального обмена.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-473-474

## Роль дисфункций нижних мочевых путей в формировании рефлюкс-нефропатии у детей

Кузнецова Г.В.<sup>1</sup> (shatz.galya@yandex.com), Киптилов А.В.<sup>1</sup>, Фролкова К.Р.<sup>1</sup>, Михеева Н.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> КГБУЗ «Алтайский Краевой Клинический Центр Охраны материнства и детства», Барнаул

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

## The role of lower urinary tract dysfunctions in the development of reflux nephropathy in children

Kuznetsova G.V.<sup>1</sup> (shatz.galya@yandex.com), Keptilov A.V.<sup>1</sup>, Frolovka K.R.<sup>1</sup>, Mikheeva N.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Altay Clinical Center of maternal and childhood health, Barnaul

<sup>2</sup> Altai State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Barnaul

**Актуальность:** рефлюкс-нефропатия – заболевание, возникающее на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), характеризующееся формированием фокального нефросклероза в результате отрицательной уродинамики и развития внутрипочечного рефлюкса. Прогрессирование рефлюкс-нефропатии ведет к появлению протеинурии, артериальной гипертензии, постепенному снижению функции почек, вплоть до развития терминальной хронической почечной недостаточности, в связи с чем в 15-25% случаев требуется проведение заместительной почечной терапии и трансплантации почки. Дисфункции мочеиспускания часто являются причиной рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей (ИМП), ПМР и рубцевания почек.

**Целью** данного исследования является оценка взаимосвязи дисфункций нижних мочевых путей, ПМР и развития рефлюкс-нефропатии.

**Материалы и методы:** ретроспективно в уроландрологическом отделении КГБУЗ АККЦОМД за 4 года (в период с 2020 по 2024 гг.) было проанализировано 211 историй болезни пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет (средний возраст  $8,6 \pm 2,24$  года) с ПМР 3-5 степени и с признаками сформировавшейся рефлюкс-нефропатии. Наличие рефлюкс-нефропатии оценивалось по следующим

критериям: 1. УЗИ признаки. 2. Доплерографические признаки 3. Данные лабораторно-клинических исследований. 4. Данные нефросцинтиграфии 5. Наличие вторичной артериальной гипертензии. Детям было проведено комплексное уродинамическое исследование и оценка вариантов дисфункциональных нарушений нижних мочевых путей.

**Результаты:** по критериям отбора рефлюкс-нефропатия была диагностирована у 96 из 211 детей с ПМР, что составило 45,5%. 20 детей с проявлениями рефлюкс-нефропатии были исключены из исследования ввиду отсутствия у них данных о работе нижних мочевых путей. Анализ результатов исследования 76 пациентов, включенных в исследование, показал, что 18 пациентов (23,6%) не имели нарушений функции нижних мочевых путей по данным урофлюметрии и уродинамического исследования. 58 пациентов (76,4%) имели различные варианты дисфункций нижних мочевых путей. Детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД) наружного типа была выявлена у 46 детей (60,5%), обструктивный тип мочеиспускания без признаков ДСД у 9 пациентов (11,8%), гиперактивность мочевого пузыря диагностирована у 3 человек (3,9%). Характерно, что ДСД регистрировалась преимущественно у девочек в возрасте от 8 до 18 лет

( $p<0,05$ ), а обструктивный тип мочеиспускания без признаков ДСД был характерен исключительно для мальчиков без привязанности к определенному возрасту.

**Заключение:** таким образом, «пузырно-зависимые» рефлюксы, приведшие к рефлюкс-нефропатии, составили 59% от всех рефлюкс-нефро-

патий. Это свидетельствует о значимом влиянии дисфункций нижних мочевых путей на развитие ПМР и проявлений рефлюкс-нефропатии у детей и диктует необходимость коррекции данных патологических состояний для предотвращения дальнейшего повреждения функциональной ткани почки.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-474-475

## Дебют иммуноглобулина А-нефропатии в прибайкалье: есть ли региональные особенности?

Лазученко А.О.<sup>1,2</sup> (vinokanya@yandex.ru), Орлова Г.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России, Иркутск

<sup>2</sup> ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница, Иркутск

## The debut of immunoglobulin A nephropathy in the baikal region: are there any regional characteristics?

Lazuchenko A.O.<sup>1,2</sup> (vinokanya@yandex.ru), Orlova G.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk

<sup>2</sup> Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk

**Актуальность.** Иммуноглобулин А – нефропатия (ИГА-Н) относится к наиболее распространенным гломерулопатиям. Клиническая симптоматика и морфологическая картина отличаются большим разнообразием. Исследования, проведенные в разных странах мира, позволили заключить, что распространность и клинико-морфологические проявления ИГА-Н имеют значительные географические и расовые различия. Определение особенностей факторов риска развития и прогрессирования заболевания, клинической симптоматики, патоморфологии имеет важное значение для клинической практики в разных регионах.

**Цель.** Изучить клинико-морфологические проявления ИГА-Н в дебюте заболевания в Прибайкалье и провести сравнительный анализ с общероссийскими данными.

**Материал и методы.** В исследование включено 70 пациентов с ИГА-Н, проживающих в Иркутской области. Мужчин 40 (57,1%). Средний возраст пациентов  $37,9 \pm 15,1$  л без различий по полу. Распределение по этнической принадлежности: азиаты (буряты) – 24 (34,3%), остальные – европеоиды (русские). Все пациенты подвергнуты комплексному обследованию с изучением анамнеза болезни; физического статуса, коморбидной патологии; показателей лабораторного исследования, определения почечной функции. Всем пациентам проведена нефробиопсия с светооптическим и иммунофлуоресцентным исследованием биоптата. Для оценки вы-

раженности морфологических изменений почечной ткани применена Оксфордская классификация, 2009 (MESTC). Проведен сравнительный анализ полученных данных с результатами крупного исследования (Добронравов В.А. и соавт., 2019), послужившего основой для заключения о российских особенностях заболевания в клинических рекомендациях «Гломерулярные болезни: иммуноглобулин А-нефропатия», 2024. Полученные результаты обработаны с помощью программы Statistica, версия 8.

**Результаты.** Анализ связи дебюта ИГА-Н с различными заболеваниями, характеризующимися активацией иммунных реакций слизистых оболочек, позволяет заключить, что у 42% пациентов обнаруживается связь с воспалительными заболеваниями дыхательной системы и ЛОР-органов. Определена существенно более низкая доля воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта по сравнению с общероссийскими данными, вероятно, это свидетельствует о недостаточном обследовании пациентов.

Сравнительный анализ клинических симптомов не обнаружил различий с общероссийскими данными. У 27,3% пациентов регистрируется изолированный мочевой синдром, у 21,3% – нефротический синдром, у 47,1% – нефритический синдром, у 4,3% – быстропрогрессирующий гломерулонафрит. В целом артериальная гипертония разной степени была обнаружена у 68,5%, почечная недостаточность с СКФ ниже 60 мл/мин – у 42,8% пациентов. Различий в клинической симптоматике