

УДК 616.61-036-036.2 (471.12)

Н.В. Воронина¹, О.И. Маркина¹, Н.В. Грибовская^{1,4}, О.Д. Кондратьева^{1,2},
А.Н. Евсеев¹, Д.В. Езерский^{1,4}, О.Г. Гарбузова¹, Т.Б. Агиевич¹, Ю.В. Янковская¹,
В.Н. Исакова¹, Р.В. Романюха^{1,3}, О.В. Лемещенко¹, А.С. Шаров¹

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ВЗРОСЛЫХ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Клинико-диагностический центр, 680031, ул. Карла Маркса 109,
тел. 8-(4212)-75-86-60, e-mail: muzkdc@mail.ru;

³301 Военный клинический госпиталь МО РФ, 680000, ул. Серышева, 1;

⁴Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И. Сергеева, ул. Краснодарская 9,
тел. 8-(4212)-27-25-01, e-mail: info@kkb.1medkhv.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлены данные о распространенности оксалатной нефропатии (дисметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией) у взрослых в дальневосточных территориях (Хабаровский край, Еврейская автономная область, Магаданская область, Камчатский край). Проведено скрининговое нефрологическое обследование 4310 человек. Показана высокая частота интермиттирующей оксалатно-кальциевой кристаллурии (19,42 %). Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (ХТИН), как исход естественного течения болезни, был выявлен у 23,3 % лиц с оксалатно-кальциевой кристаллурией, из них у 17,68 % дополнительно отмечали мелкие единичные конкременты, преимущественно у пациентов мужского пола. Признаки хронической болезни почек (ХБП) 2-й и 3А стадии по уровню СКФ были установлены у 28,43 % больных. Различий в клинико-лабораторных проявлениях болезни у больных, проживающих в разных климато-географических зонах, выявлено не было. В северных приморских территориях Дальнего Востока (Камчатский край, Магаданская область) достоверно чаще выявляли мочекаменную болезнь, чем в южных регионах (Хабаровский край, Еврейская автономная область). Отмечено латентное течение болезни у всех пациентов и низкая приверженность к профилактическому лечению.

Ключевые слова: оксалатная нефропатия, взрослые, Дальний Восток.

N.V. Voronina¹, O.I. Markina¹, N.V. Gribovskaya^{1,4}, O.D. Kondratieva^{1,2},
A.N. Evseev¹, D.V. Yezerskiy^{1,4}, O.G. Garbuzova¹, T.B. Agievich¹, U.V. Yankovskaya¹,
V.N. Isakova¹, R.V. Romanyukha^{1,3}, O.V. Lemeshchenko¹, A.S. Sharov¹

PREVALENCE OF OXALATE NEPHROPATHY IN ADULTS IN CERTAIN REGIONS OF THE RUSSIAN FAR EAST

¹Far Eastern State Medical University;

²Clinical and Diagnostic Center;

³301 Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Russian Federation;

⁴Regional Clinical Hospital no. 1 named after Prof. Sergeeva S.I., Khabarovsk

Abstract

The article presents data on the prevalence of oxalate nephropathy (dysmetabolic nephropathy with oxalate-calcium crystalluria) adults in the far Eastern territories (Khabarovsk territory, Jewish Autonomous region, Magadan region, Kamchatka territory). A screening neurological examination of 4 310 people was performed. A high frequency of intermittent oxalate-calcium crystalluria (19,42 %) is shown.

Chronic tubulointerstitial nephritis (CTIN), as an outcome of the natural course of the disease, was detected in 23,3 % of individuals with oxalate-calcium crystalluria, of which 17,68 % additionally noted small single concretions, mainly in males. Signs of chronic kidney disease (CKD) of the 2nd and 3rd stages in terms of GFR were established in 28,43 % of patients. There were no differences in clinical and laboratory manifestations of the disease in patients living in different climatogeographic zones. In the North of the Far East, urolithiasis was detected significantly more often than in the South. There was a latent course of the disease in all patients and low adherence to preventive treatment.

Key words: oxalate nephropathy, adults, regions of the Far East.

В структуре хронической болезни почек (ХБП) выделяют группу больных с полигенно-наследуемой патологией – оксалатной нефропатией (дисметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кри-

сталлурией), которая рассматривается как стадия, предшествующая хроническому тубулоинтерстициальному нефриту (ХТИН) метаболического генеза [1, 2, 5, 8]. Дебют заболевания отмечается как в детском,

так и взрослом возрасте. Нефрологи-педиатры отмечают высокую распространенность больных детей с дисметаболической нефропатией, что вызывает тревогу, но регистр таких пациентов не ведется [9, 16]. В регистр Российского диализного общества вводятся только данные о больных, которые получают заместительную почечную терапию. Известно, что существенное влияние на развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек у взрослых могут оказать некоторые инфекции, прием лекарственных препаратов, алкоголь и курение, неблагоприятные климатические и экологические условия среды, традиции питания, генетические особенности популяции и др. [13, 14].

Урологи нередко не придают значение интермиттирующей кристаллурии при отсутствии мочекаменной болезни и рассматривают ее, как симптом, связанный с пищевой нагрузкой, который можно нивелировать диетическими ограничениями и повышенной водной нагрузкой. Однако, при уточнении анамнеза, у части больных отмечается стадийность в формировании латентно протекающей патологии почек – от кристаллурии [3], стадии скрытых изменений в тубулоинтерстиции, выявляемых при проведении нагрузочных проб [4, 6, 10], до стадии манифестирующих тубулоинтерстициальных нарушений с вовлечением в процесс клубочков, развитии фиброза [5, 8]. У части больных на фоне признаков уже имеющегося ХТИН выявляются мелкие конкременты в чашечно-лоханочной системе [5]. Следует отметить, что для первичной гипероксалурии, в отличие синдрома вторичной гипероксалурии, не характерно отсутствие периодов

ремиссии и имеет место высокий уровень экскреции оксалатов, поэтому дисметаболическую нефропатию с синдромом нестабильности цитомембран относят ко вторичной гипероксалурии [16].

Кристалл-индуцированные повреждения играют важную роль как в патогенезе воспаления на уровне канальцев и интерстиция, так и в развитии оксалатно – кальциевого нефролитиаза [5, 9], поэтому было важным у больных с кристаллурией провести комплексное нефрологическое обследование с целью предупреждения прогрессирования хронической болезни почек.

Пришлось население, длительно проживающее на территории Дальнего Востока России, находится в разных климато-географических условиях (длительный холодный период и жаркий летний с высокой влажностью), имеет особенности питания, связанные с многолетними традициями употребления повышенного количества животного белка, консервированных продуктов с избытком соли, поэтому представляет интерес изучение не только распространенности нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией у взрослого населения на ранних стадиях ХБП, но и уточнение особенностей клинической манифестации болезни.

Цель исследования – выявить распространенность дисметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией (ОКК) у взрослого трудоспособного населения, проживающего в отдельных регионах Дальневосточного федерального округа, выявить особенности заболевания в зависимости от климато-географических условий.

Материалы и методы

Исследование проведено в соответствии со стандартом GCP (ГОСТР 52379-2005). Проанализировано 4310 медицинских карт трудоспособных лиц в возрасте от 20 до 55 лет, из них – 35 % мужчин и 65 % женщин, проходивших ежегодно профилактические осмотры в медицинских учреждениях ДФО (Хабаровский край, Еврейская автономная область, Магаданская область и Камчатский край). Среди обследованных – 1 730 чел. жителей г. Хабаровска, 280 чел. – г. Биробиджана, 1 890 чел. – г. Магадана и 410 чел. – г. Петропавловска-Камчатского).

Оценку амбулаторных карт проводили по следующей методике: изучали анамнез по наличию повторяющихся изменений в анализах мочи, особое внимание обращали на наличие большого количества агрегированных кристаллов оксалата кальция, гематурии, протеинурии, семейного анамнеза, хронической почечной патологии, структурных ультразвуковых изменений почек, сопутствующей патологии, определяли индекс массы тела (ИМТ).

Наличие данных амбулаторных карт являлись основанием для проведения объективного осмотра больных и комплексного лабораторного, и инструментального нефрологического обследования, в котором принимали непосредственное участие авторы статьи, на основании договоров о совместной научно-практической деятельности между территориальными органами управления здравоохранения и Дальневосточным государственным медицинским

университетом в рамках реализации совместной Программы долгосрочного сотрудничества по повышению компетентности врачей и качества оказания медицинской помощи населению, при открытии в регионах учебно-консультативных центров факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

В исследование были включены пациенты, подписавшие информированное согласие на участие в клиническом исследовании. Контрольную группу составили 85 здоровых людей (мужчин – 37 %, женщин – 63 %) в возрасте от 20 до 55 лет, сопоставимых по полу и возрасту, индексу массы тела.

Для уточнения диагноза пациентам проводили лабораторно-инструментальную диагностику заболевания, которая включала, проведение общего анализа мочи, исследование креатинина сыворотки крови, используя реактивы фирмы «Вектор – Бест», с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по методу CKD-EPI с определением стадии, согласно рекомендациям, предложенных KDIGO, поддержанных национальными клиническими рекомендациями по ХБП. Критерием снижения функции почек считали уровень СКФ, находящийся ниже нормальных значений, т.е. ниже 90 мл/мин./1,73 м² и выявление маркеров повреждения почек [12, 17, 16].

Степень вовлеченности в патологический процесс тубулярного аппарата оценивали по наруше-

нию концентрационной функции почек (стойкое снижение максимальной относительной плотности мочи – менее 1,016 и никтурия). Суточную экскрецию оксалатов определяли реагентом Oxalat Kit фирмы «Abbot». Антикристаллообразующую способность мочи к оксалатам кальция, маркеры повреждения канальцевого эпителия почек (экскреция гидроперексидов липидов, кальцифилаксия) определяли по методу Юрьевой Э.А. [16].

Протеинурию, в концепции ХБП-К/DOQI, рассматривали как маркер ренальной дисфункции [12, 17, 18]. Всем пациентам с изменениями в анализах мочи проводили ультразвуковое исследование почек для выявления признаков включений в почках, мочекаменной болезни, нефрокальциноза, исключения аномалий развития почек и обструкции мочевыводящих путей. При недостаточной информативности ультразвуковых исследований почек проводили экскреторную урографию.

Следует отметить, что выявление кристаллов солей в общих анализах мочи не является основанием для постановки диагноза дисметаболической нефропатии. Оксалатно-кальцевая кристаллурия (ОКК) может появляться у больных с инфекцией мочевых путей в связи развитием воспаления и активацией фосфолипаз, отщепляющих этанол в наружном слое клеточной мембраны канальцев. Как известно, этанол путем ряда превращений трансформируется в оксалат, который соединяясь с ионами кальция, образует кристаллы оксалата кальция в просвете канальцев (эндогенный синтез оксалатов в почках) [16], поэтому больных с инфекцией мочевой системы, подтвержденной бактериурией при посеве мочи, в группу исследования мы не включали. Для исключения инфекции мочевыводящих путей мочу больных направляли в бактериологические лаборатории на посев. Нефрологическое обследование женщин проводили после консультации гинеколога и исключения воспалительных заболеваний.

Диагноз хронического тубулоинтерстициального нефрита (ХТИН) с синдромом рецидивирующей ОКК устанавливали на основании следующих критериев: сочетание кристаллурии с микроальбуминурией, микрогематурией и/или лимфоцитурией; снижение антикристаллообразующей способности мочи к окса-

латам кальция, гипероксалурия, нарушение функции канальцев, снижение СКФ, признаков нефрокальциноза [2, 16].

При обследовании выявлялась категория больных со стойкой протеинурией, гематурией в сочетании с оксалатно-кальцевой кристаллурией (38 чел.), которым необходимо было исключить хронический гломерулонефрит, что являлось основанием для проведения нефробиопсии на базе отделения нефрологии и хронического гемодиализа КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» Минздрава Хабаровского края.

К морфологическим признакам хронического тубулоинтерстициального нефрита (ХТИН) относили: наличие лимфогистиоцитарной инфильтрации интерстиция с отложением кристаллов оксалата кальция, канальцевую атрофию, деструкцию щеточной каемки проксимальных и дистальных канальцев нефрона, очаговый интерстициальный фиброз, участки которого чередовались с нормальной паренхимой, склероз клубочков внутри рубцовых зон [8].

Группы исключения: больные с хроническими соматическими заболеваниями, хроническими заболеваниями почек, хроническими и острыми инфекциями мочевыводящих путей, туберкулезом, аномалией развития почек с явлениями уродинамически значимой обструкцией мочевыводящих путей; пациенты с хроническими вирусными заболеваниями, тромбофилией, женщины с нарушенной менструальной функцией, больные, принимающие антикоагулянты, больные с системными заболеваниями соединительной ткани и васкулитами. При наличии микрогематурии уточняли, сочетается ли она с другими изменениями в моче, патологией мочевого пузыря, нарушением мочеиспускания, обращали внимание на возможный прием лекарственных препаратов, возможную связь гематурии с физической нагрузкой, инфекцией мочевыводящих путей.

Для статистической обработки данных использовали программное обеспечение Statistica 8. Для сравнения групп применяли Т-критерий Стьюдента при правильном распределении, критерий Вилкоксона – при неправильном распределении. При проверке статистических гипотез нулевую гипотезу отвергли при уровне значимости менее 0,05.

Результаты и обсуждение

Анализ 4 310 амбулаторных карт обследованного населения, проживающего в дальневосточном регионе, при проведении ежегодной диспансеризации, показал, что у 837 чел. (19,4 %) в анализах мочи выявлялась рецидивирующая оксалатно-кальцевая кристаллурия более 15 лет. Дебют болезни выявлялся как с детского (старше 3 лет), так и взрослого возраста. Изменения в анализах мочи пациенты отмечали после респираторных инфекций, пищевой нагрузки (избыточное употребление продуктов, содержащих большое количество щавелевой кислоты и пуриновых оснований), длительного нахождения в летнем жарком климате Приамурья (июль-август), при смене климатических условий в весенне-осенний периоды и очень холодного климата на севере.

Экскреция оксалатов кальция у больных с кристаллурией была повышена до $151,4 \pm 1,24$ по сравнению с показателями контрольной группы $49,6 \pm 0,43$ ($p < 0,001$); антикристаллообразующая способность мочи (АКОС) к оксалатам кальция была достоверно снижена и составила $0,35 \pm 0,09$ усл. ед., против $0,11 \pm 0,05$ усл. ед. в контроле ($p < 0,001$). Морфоструктура кристаллов оксалата кальция была представлена сочетанием мелких и крупных агрегированных кристаллов.

Сочетание кристаллурии с протеинурией, микрогематурией или лейкоцитурией (лимфоцитурией) имели важное диагностическое значение для установления диагноза ХТИН [2, 3, 15]. В общих анализах мочи у больных с кристаллурией отмечалась протеинурия, не превышающая $0,39 \pm 0,04$ г/сут. В периоды

усиления кристаллурии отмечалась микрогематурия, в пробе Нечипоренко она составляла $2\,400 \pm 0,32$ (клеток в 1 мл мочи). У здоровых лиц гематурия не наблюдалась.

При оценке генеалогического анамнеза у большинства родственников 1-го поколения родства (95,46 %) отмечалась многолетняя рецидивирующая кристаллурия, а в возрасте старше 50 лет у части больных (16,3 %) выявлялись мелкие конкременты, не вызывающие обструкцию мочевыводящих путей.

У всех пациентов с мочевым синдромом выявляли в моче маркеры повреждения эпителия канальцев: положительный тест на кальцифилаксию и повышение экскреции гидроперекисей липидов. Тест на перекиси липидов в моче, отражающий активность процессов перекисного окисления липидов цитомембран, у пациентов с мочевым синдромом был повышен в сравнении с контрольной группой и составлял $0,49 \pm 0,02$ против $0,11 \pm 0,01$ ($p < 0,001$). Тест на кальцифилаксию, позволяющий выявить нарушение клеточного гомеостаза кальция, приводящего к патологической кальцификации клеток, у больных был повышен и составлял $0,39 \pm 0,02$ против $0,04 \pm 0,01$ ($p < 0,001$). Гипостенурия (снижение концентрационной способности канальцев ниже 1,016) была выявлена у 23,3 % обследованных. У больных с мочевым синдромом расчетная СКФ (CKD-EPI) составила $71,12 \pm 6,18$ мл/мин против $121,87 \pm 1,35$ мл/мин. в контроле ($p < 0,001$). При распределении больных по стадиям ХБП 65,5 % больных были отнесены ко 2 стадии и 34,5 % к 3 стадии [7, 11]. При УЗИ почек у больных были выявлены линейные участки уплотнения в чашечно-лоханочной системе и пирамидах без ультразвуковой дорожки, без видимой морфологической перестройки границ коркового и мозгового слоев, а также поверхностной деформации почек.

С целью дифференциальной диагностики с другими нефропатиями 38 больным была проведена нефробиопсия. В биоптатах были выявлены признаки очагового интерстициального фиброза, канальцевой атрофии, в зонах лимфогистиоцитарной инфильтрации интерстиция отложение единичных кристаллов оксалата кальция, более детальное описание нефробиоптатов представлено в ранее опубликованных работах [5]. Подробные результаты этих исследований нами были ранее опубликованы [5, 8] и сопоставимы с данными педиатров [16].

У 17,68 % больных с признаками ХТИН старше 45 лет, с давностью болезни более 25 лет, были выявлены единичные мелкие конкременты, из них 73 % составляли мужчины. Следует подчеркнуть, что эти пациенты эпизодов почечной колики не отмечали. Мелкие конкременты выявили только при проведении УЗИ почек или урографии.

Большинство врачей первичного звена недооценивают роль интермиттирующей массивной кристаллурии в повреждении почек, прогрессировании тубулоинтерстициальных нарушений, присоединении инфекции мочевыводящих путей и риска развития мочекаменной болезни, поскольку у больных наблюдаются периоды ремиссии, когда отсутствует кристаллурия и минимально выражен осадок мочи (следы белка, единичные эритроциты, лейкоциты (лимфо-

циты). Отсутствие кристаллурии и гипероксалурии у пациента не позволяет исключить диагноз дисметаболической нефропатии с синдромом нестабильности цитомембран. Нормальные показатели в общем и биохимическом анализе мочи в дебюте заболевания могут быть обусловлены гипooksалатной диетой, повышенным употреблением воды, тогда как предпосылки к обменным нарушениям сохраняются. Склонность к повышенному кристаллообразованию солей, определяемому по скрининг-тестам (АКОС мочи к оксалатам) [16], обусловлена как повышенной концентрацией солей щавелевой кислоты в растворенном виде в моче, так и нарушением баланса ингибиторов и активаторов кристаллообразования.

Для оценки особенностей течения оксалатной нефропатии у больных, длительно проживающих в разных климатических зонах Дальнего Востока, были проведены сопоставления по основным показателям, представленным в таблице. Из таблицы следует, что ОКК, конкременты в почках чаще выявлялись у лиц, имеющих наследственную предрасположенность к обменным нарушениям, проживающих в северных приморских регионах Дальневосточного федерального округа. Достоверных различий в структуре ХБП по стадиям, частоте тубулоинтерстициальных нарушений выявлено не было. Возможно, это связано с условиями питания и проживания, отсутствием своевременного контроля мочевого синдрома по анализам мочи после вирусно-бактериальных инфекций, нарушений диеты, приема лекарственных препаратов.

Обращает на себя внимание факт небрежного отношения больных к своему здоровью. Около половины больных были информированы врачами о патологии почек, однако более 79,8 % больных не выполняли рекомендации врачей по профилактике прогрессирования ХБП. Полагаем, что это связано с малосимптомным течением болезни и недостаточно активной позицией врачей в профилактической работе с пациентами. Региональных различий по этим показателям выявлено не было.

Результаты исследования показали высокую распространенность оксалатной нефропатии у взрослого населения отдельных регионов Дальневосточного федерального округа. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (ХТИН), как исход естественного течения болезни, был выявлен у 23,3 % лиц с оксалатно-кальциевой кристаллурией, из них у 17,68 % больных были отмечены мелкие единичные конкременты, преимущественно у лиц мужского пола. Различий в клинико-лабораторных проявлениях ХТИН с кристаллурией у больных, проживающих в разных климато-географических зонах, не установлено. В северных регионах (Магаданская область, Камчатский край) достоверно чаще, чем в южных (Хабаровский край, Еврейская автономная область) у больных наблюдали мелкие единичные конкременты в почках (20,12 %), латентное течение болезни. Недооценка врачами минимально выраженных симптомов болезни определило низкую информированность пациентов о патологии почек. Отсутствие приверженности к выполнению рекомендаций по профилактике прогрессирования ХБП регистрировали у 79,8 %

больных, что может быть существенным фактором прогрессирования патологии. Полагаем, что проведенные исследования расширят представления врачей

о данном заболевании, позволят своевременно диагностировать эту патологию на начальных стадиях болезни.

Таблица

Клиническая характеристика обследуемого населения в возрасте от 20 до 55 лет из разных климато-географических регионов Дальнего Востока

Показатели	Всего обследовано, n=4310 чел.		Юг Дальнего Востока (Хабаровский край, ЕАО), n=2010 чел.		Север Дальнего Востока (Магаданская область, Камчатский край), n=2300 чел.		P
	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %	
Рецидивирующая оксалатно-кальцевая кристаллурия (ОКК) при отсутствии инфекции мочевыводящих путей	837	19,42±0,60	355	17,66±0,85	482	20,96±0,85	p<0,01
Генеалогический анамнез: кристаллурия или мочекаменная болезнь у родственников 1-го поколения родства	799	95,46±0,72	349	98,31±0,68	450	93,36±1,13	p<0,001
Признаки ХБП (по уровню СКФ в мл/мин/1,73 м²) у обследуемых больных с кристаллурией, из них:							
стадия – С2 (60-89)	238	28,43±1,56	95	26,76±2,35	143	29,67±2,08	p>0,05
стадия – С3a (45-59)	156	65,55±3,08	67	70,53±4,68	89	62,24±4,05	p>0,05
стадия – С3a (45-59)	82	34,45±3,08	28	29,47±4,68	54	37,76±4,05	p>0,05
Признаки ХТИН с ОКК (мочевой синдром: кристаллурия в сочетании с протеинурией, микрогематурией и/или лимфоцитурией; гипостенурия и никтурия; биохимические маркеры нестабильности цитомембран канальцевого эпителия почек)	195	23,30±1,46	82	23,10±2,24	113	23,44±1,93	p>0,05
Выявление конкрементов в почках по данным лучевых методов исследования у больных с ОКК	148	17,68±1,32	51	14,37±1,86	97	20,12±1,83	p<0,05
Информированность пациентов о патологии почек, ответили на вопрос							
Да -	346	41,34±1,70	133	37,46±2,56	213	44,19±2,26	p<0,05
Нет -	491	58,66±1,70	222	62,54±2,56	269	55,81±2,26	p<0,05
Выполнение больными врачебных рекомендаций по профилактике прогрессирования ХБП							
Да -	169	20,19±1,39	64	18,03±2,04	105	21,78±1,88	p>0,05
Нет -	668	79,81±1,39	291	81,97±2,04	377	78,22±1,88	p>0,05

Литература

1. Воронина Н.В. Оксалатно-кальцевая нефропатия у взрослых // Терапевтический архив. – 2007. – № 6. – С. 82-85.
2. Воронина Н.В. Оксалатная нефропатия у взрослых: итоги многолетних проспективных исследований / Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 18-22.
3. Воронина Н.В., Грибовская Н.В. Способ дифференциальной диагностики оксалатно-кальцевой кристаллурии // Патент на изобретение № 2359616 от 5 ноября 2009 г. по заявке № 2008101474/14(001615).
4. Воронина Н.В., Кондратьева О.Д. Оценка ауто-регуляции почечного кровотока у больных оксалатной нефропатией с разными вариантами мочевого синдрома // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 28-31.
5. Воронина Н.В., Грибовская Н.В., Евсеев А.Н. Оксалатная нефропатия: клинико-морфологические исследования: монография. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2014. – 136 с.
6. Воронина Н.В., Кондратьева О.Д. Исследование почечного кровотока и оценка функционального почечного резерва у взрослых больных оксалатной нефропатией с 1-2 стадией хронической болезни почек // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 6-10.
7. Воронина Н.В., Маркина О.И., Полярная И.В. Состояние функции почек при углубленной диспансеризации взрослого населения Магаданской области / Новые технологии в терапии и профилактической медицине: материалы Дальневосточной научно-практической конференции с международным участием / под ред. Ворониной Н.В., Дорофеева А.Л., Добрых В.А. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. – 2012. – С. 24-25.
8. Грибовская Н.В., Воронина Н.В., Евсеев А.Н., Езерский Д.В. Особенности мочевого синдрома у больных оксалатной нефропатией в сопоставлении с результатами нефробиопсии // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 15-20.
9. Длин В.В., Игнатова М.С., Османов И.М., Юрьева Э.А., Морозов С.Л. Дисметаболические нефропатии у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – № 5. – С. 36-44.
10. Кондратьева О.Д., Воронина Н.В. Способ ранней диагностики нарушений почечного кровотока у больных оксалатной нефропатией / Патент на изобретение № 2359615 от 5 ноября 2009 г. по заявке № 20081011473/14 (001614).
11. Маркина О.И., Воронина Н.В., Федорова М.А., Ган Е.И. Состояние функции почек при углубленной диспансеризации взрослого населения Хабаровского

края / Актуальные вопросы терапевтической практики: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / под ред. Ворониной Н.В., Войцеховского В.В. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2016. – С. 50-54.

12. Национальные рекомендации: Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. – СПб.: Левша, 2013. – С. 51.

13. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Добронравов В.А. Концепция факторов риска в нефрологии: вопросы профилактики и лечения хронической болезни почек // Нефрология. – 2008. – № 1, Т. 12. – С. 7-13.

14. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М., Добронравов В.А., Кучер А.Г., Тугушева Ф.А. Превентивный подход в современной нефрологии // Нефрология. – 2004. – № 3, Т. 8. – С. 7-14.

15. Смирнова Н.Н. Можно ли диагностировать дисметаболическую нефропатию (оксалурию) при

обнаружении кристаллов оксалата кальция в разовых порциях мочи // Нефрология. – 2004. – № 2, Т. 8. – С. 106-107.

16. Юрьева Э.А. Обменные нефропатии у детей: разд. 1 / Э.А. Юрьева, В.В. Длин // Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей: справ. нефролога / В.В. Длин, И.М. Османов, Э.А. Юрьева, П.В. Новиков; Моск. НИИ педиатрии и дет. хирургии. – М., 2005. – С. 9-72.

17. Levey A.S., de Jong P.E., Coresh J., et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a Controversies Conference report. Kidney Int 2010; <http://www.kidney-international.org>.

18. Locatelli F., Del Vecchio L., Pozzoni P. The importance of early detection of chronic kidney disease // Nephrol. Dial. Transplant, 2002. – № 17 (Suppl.11). – P. 2-7.

Literature

1. Voronina N.V. Oxalate-calcium nephropathy in adults // Therapeutic Archive. – 2007. – № 6. – P. 82-85.

2. Voronina N.V. Oxalate nephropathy in adults: results of long-term prospective studies // Far Eastern Medical Journal. – 2018. – № 1. – P. 18-22.

3. Voronina N.V., Gribovskaya N.V. Method of differential diagnosis of oxalate-calcium crystalluria // Patent for invention № 2359616 of November 5, 2009 under application №2008101474/14(001615).

4. Voronina N.V., Kondratyeva O.D. Evaluation of autoregulation of renal blood flow in patients with oxalate nephropathy with different variants of urinary syndrome // Far Eastern Medical Journal. – 2014. – № 1. – P. 28-31.

5. Voronina N.V., Gribovskaya N.V., Evseev A.N. Oxalate nephropathy: clinical and morphological studies: monograph. – Khabarovsk: Publishing House of FESMU, 2014. – 136 p.

6. Voronina N.V., Kondratyeva O.D. Investigation of renal blood flow and assessment of functional renal reserve in adult patients with oxalate nephropathy with stage 1-2 chronic kidney disease // Far Eastern Medical Journal. – 2015. – № 2. – P. 6-10.

7. Voronina N.V., Markina O.I., Polyarnaya I.V. The state of kidney function in the advanced medical examination of the adult population of the Magadan region / New technologies in therapy and preventive medicine: Materials of the Far Eastern Scientific and Practical Conference with International Participation / Ed. by Voronina N.V., Dorofeev A.L., Dobrykh V.A. – Khabarovsk: Publishing House of FESMU. – 2012. – P. 24-25.

8. Gribovskaya N.V., Voronina N.V., Evseev A.N., Ezersky D.V. Features of the urinary syndrome in patients with oxalate nephropathy in comparison with the results of nephrobiopsia // Far Eastern Medical Journal. – 2013. – № 3. – P. 15-20.

9. Dlin V.V., Ignatova M.S., Osmanov I.M., Yuryeva E.A., Morozov S.L. Dysmetabolic nephropathies in children // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2012. – № 5. – P. 36-44.

10. Kondratyeva O.D., Voronina N.V. Method for early diagnosis of renal blood flow disorders in patients with

oxalate nephropathy / Patent for invention № 2359615 of November 5, 2009 under application № 20081011473/14 (001614).

11. Markina O.I., Voronina N.V., Fedorova M.A., Gan E.I. The state of kidney function in the advanced medical examination of the adult population of the Khabarovsk Territory / Current issues of therapeutic practice: Materials of the Interregional Scientific and Practical Conference with International Participation / Ed. by Voronina N.V., Voitsekhovskiy V.V. – Khabarovsk: Publishing House of FESMU, 2016. – P. 50-54.

12. National Recommendations: Chronic kidney disease: basic principles of screening, diagnosis, prevention and treatment approaches. – SPb.: Levsha, 2013. – P. 51.

13. Smirnov A.V., Kayukov I.G., Dobronravov V.A. Concept of risk factors in Nephrology: issues of prevention and treatment of chronic kidney disease // Nephrology. – 2008. – № 1. – Vol. 12. – P. 7-13.

14. Smirnov A.V., Kayukov I.G., Esayan A.M., Dobronravov V.A., Kucher A.G., Tugusheva F.A. Preventive approach in modern nephrology // Nephrology. – 2004. – № 3. – Vol. 8. – P. 7-14.

15. Smirnova N.N. Is the diagnosis «dysmetabolic nephropathy» (oxaluria) competent if calcium oxalate crystals are found in solitary urine specimens? // Nephrology. – 2004. – № 2. – Vol. 8. – P. 106-107.

16. Yuryeva E.A. Metabolic nephropathies in children: section 1 / E.A. Yuryeva, V.V. Dlin // Dysmetabolic nephropathy, urolithiasis and nephrocalcinosis in children: reference book of nephrologist / V.V. Dlin, I.M. Osmanov, E.A. Yuryeva, P.V. Novikov. – M.: Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery, 2005. – P. 9-72.

17. Levey A.S., de Jong P.E., Coresh J., et al. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a Controversies Conference report. Kidney Int 2010; <http://www.kidney-international.org>.

18. Locatelli F., Del Vecchio L., Pozzoni P. The importance of early detection of chronic kidney disease // Nephrol. Dial. Transplant. – 2002. – № 17 (Suppl. 11). – P. 2-7.

Координаты для связи с авторами: Воронина Наталья Владимировна – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Маркина Ольга Игоревна – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Грибовская Наталья Владимировна – канд. мед. наук, врач нефролог отделения нефрологии и диализа ККБ № 1 им. С.И. Сергеева, доцент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Кондратьева Ольга Дмитриевна – зав. отделением функциональной диагностики Клинико-диагностического центра, ассистент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Евсеев Алексей Николаевич – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины, ; Езерский Дмитрий Валерьевич – зав. отделением нефрологии и диализа ККБ № 1 им. С.И. Сергеева, ассистент кафедры урологии и нефрологии ДВГМУ; Гарбузова Ольга Григорьевна – доцент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ, канд. мед. наук; Агиевич Татьяна Борисовна – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Янковская Юлия Валерьевна – ассистент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Исакова Валерия Николаевна – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Романюха Роман Владимирович – зав. отделением компьютерной томографии 301 военного клинического госпиталя, ассистент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ; Лемещенко Ольга Валентиновна – канд. мед. наук, доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ; Шаров Александр Сергеевич – ассистент кафедры внутренних болезней, гериатрии и инструментальной диагностики ИНПОА ДВГМУ.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2021-1-25-29>

УДК 616.12-008.331.1-085+615.252.349.7

О.С. Налётова¹, Е.Н. Налётова², М.М. Алесинский¹, С.В. Налётов¹, И.А. Сидоренко¹, А.В. Налётов¹

УРОВНИ СИТУАЦИОННОЙ ДЕПРЕССИИ И КОМПЛАЕНТНОСТИ КАК ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
83003, пр. Ильича 16, тел. +38-(071)-354-0-881, e-mail: naruto249945@mail.ru;

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака,
283045, пр. Ленинский, 47, тел. +38-(062)-3414400, г. Донецк, ДНР

Резюме

В статье изложены результаты исследования, посвященного оценке повышения уровня комплаентности при проведении различных вариантов лечения у больных гипертонической болезнью II стадии, сочетанной с расстройством адаптации.

Показано, что включение в стандартную антигипертензивную фармакотерапию аутотренинга или комплекса аутотренинг + функциональная музыка, а также проведение мероприятий по повышению комплаентности (ведение дневника пациента + сигналы напоминания в личных мобильных телефонах) у пациентов всех групп обеспечивало снижение уровня ситуационной депрессии, повышение приверженности терапии, что проявлялось повышением показателя по тесту Мориски-Грина на $76,2 \pm 4,1$ % – $80 \pm 4,3$ %, в сравнении с исходным ($p < 0,001$).

На фоне повышения комплаентности больных гипертонической болезнью II стадии, проведение антигипертензивной фармакотерапии, включение аутотренинга или комплекса аутотренинг + функциональная музыка, а также L-аргинина обеспечивало высокую эффективность лечения.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, расстройство адаптации, ситуационная депрессия, комплаентность, комплексное фармако- и психотерапевтическое лечение.