

фосфора и кальция привело к достоверному увеличению фосфорно-кальциевого произведения. По сравнению с КГ у больных ГХБП во всех коронарных бассейнах отмечается значительное увеличение содержания коронарного кальция. Также в группе ГХБП отмечается более выраженный кальциноз аорты. Кроме того, у 93,33% больных ГХБП отмечаются другие очаги внекостной кальцификации (плевра, легкие), в то время как в КГ очаг внекостной и внесосудистой кальцификации обнаружен только у 1 больного (5%). Нативная МСКТ грудной клетки у больных ГХБП выявила гидроторакс и гидроперикард. В ответ на 5-ти минутную компрессию плечевой артерии в среднем в группе больных ГХБП отмечается уменьшение диаметра артерии, уменьшение диаметра плечевой артерии продолжается к 60-й секунде после снятия компрессии.

Заключение. Еще одним показателем сосудистого ремоделирования и сосудистой кальцификации у больных ГХБП, оцениваемой в настоящем исследовании, была коронарная кальцификация, выраженная у больных ГХБП во всех коронарных бассейнах. На фоне терапии бифосфатанатом и комплексом кальция и витамина Д, в течение 6-х месяцев коронарная кальцификация прогрессировала. Введение в схему терапии фосфатбиндеров по данным настоящего исследования значительно тормозило прогрессирование коронарной кальцификации. ГХБП ассоциируется с риском смерти (сердечно-сосудистой и от всех причин), значительную роль в патогенетических механизмах смертности играет гиперфосфатемия. В настоящем исследовании смертность за 6 месяца составила 6,67%.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Даминов Б.Т.^{1,2} Абдувахитова А.Н.¹ Расулев Ё.Э.¹

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан¹*

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан²*

Актуальность исследования: хронический гломерулонефрит относится к заболеваниям, требующим решения целого ряда не только нефрологических, но и терапевтических проблем. Поэтому оптимизация антикоагулянтной терапии представляется актуальной задачей.

Цель исследования: изучить терапевтическую эффективность антикоагулянтную терапию ривароксбаном, у больных с хроническим гломерулонефритом на примере мочевого синдрома.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни пациентов, в возрасте от 17 до 65 лет, госпитализированных в отделение нефрологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института в связи с обострением заболевания. Статистическая

обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019. Все больные, после подписания информированного согласия об участии в исследовании и включения в исследование, были госпитализированы и проводилась пульс-терапия ХГН: циклофосфан 1 грамм в/в капельно, преднизолон 2 мг/кг в/в капельно 1 раз в день 3 дня, нефракционированный гепарин 5000 ЕД подкожно 4 раза в день с последующей коррекцией дозы по результату активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), дипиридамол 150 мг/сут. После пульс-терапии больным назначалась стандартная четырехкомпонентная терапия ХГН: циклоsporин А 1 грамм в сутки, преднизолон 1 мг/кг в сутки, дипиридамол 150 мг/сут, нефракционированный гепарин 4 раза в день в виде подкожных инъекций под контролем АЧТВ.

Результаты исследования: средний возраст больных составил $39,08 \pm 0,84$ лет, средняя длительность заболевания - $3,50 \pm 0,13$. У больных ХГН в анализе мочи отмечались все признаки, характерные для этой патологии: значительная протеинурия ($3,23 \pm 0,12$ г/л против $0,01 \pm 0,004$ в КГ, $p < 0,001$), гематурия ($42,58 \pm 2,10$ эритроцитов в поле зрения, против $0,75 \pm 0,25$ клеток в поле зрения, $p < 0,001$), лейкоцитурия ($38,25 \pm 0,80$ лейкоцитов в поле зрения, против $1,70 \pm 0,24$ клеток в поле зрения в КГ, $p < 0,001$) и цилиндрурия ($38,11 \pm 1,04$ цилиндров в поле зрения, против $0,10 \pm 0,07$ цилиндров в поле зрения в КГ, $p < 0,001$). Альбуминурия способствовала увеличению удельного веса мочи ($1021,64 \pm 0,44$ г/л против $1017,45 \pm 0,65$ г/л в КГ, $p < 0,001$). К концу периода госпитализации отмечалось значительное улучшение мочевого синдрома: относительная динамика показателей мочевого синдрома была более 30% так, степень протеинурии снизилась до $1,98 \pm 0,10$ г/л ($p < 0,001$ достоверность различия с исходными данными), гематурии – до $26,38 \pm 1,43$ клеток в поле зрения ($p < 0,001$), лейкоцитурии – до $22,04 \pm 0,88$ клеток в поле зрения ($p < 0,001$), цилиндрурии – до $25,45 \pm 0,79$ цилиндров в поле зрения ($p < 0,001$). На фоне уменьшения протеинурии и диуретической терапии отмечалось снижение и удельной плотности мочи на 0,73% (до $1014,15 \pm 0,45$ г/л, достоверность с исходными данными - $p < 0,001$).

Анализ динамики мочевого синдрома в зависимости от применения антикоагулянта в составе базисной терапии обнаружил, что к концу 3-го месяца терапии в обеих группах (АК+ и АК-) отмечалось достоверное улучшение показателей мочевого синдрома – снижение протеинурии, гематурии, лейкоцитурии и цилиндрурии ($p < 0,001$ достоверность с исходными данными для всех показателей и обеих терапевтических групп). Однако относительная динамика степени гематурии и лейкоцитурии была достоверно большей в группе АК+ (достоверность межгруппового различия относительной динамики между группами АК+ и АК- для гематурии - $p < 0,001$, для лейкоцитурии - $p < 0,01$). В результате по этим показателям в группе АК+ достигнут значительно более благоприятный результат (более низкие значения) по сравнению с группой АК- (для гематурии - $p < 0,001$, для лейкоцитурии - $p < 0,01$). В отношении протеинурии и цилиндрурии к концу 3-го месяца терапии также достигнуты более низкие значения в группе АК+ по сравнению с АК- ($p < 0,001$), хотя величина относительной динамики были сопоставимы. Удельный вес мочи достоверно