

## ИМЕЮТСЯ ЛИ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ IGA-НЕФРОПАТИИ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ?

**Ахметнабиев Р.Р.**

**Научный руководитель: проф. Л.С. Приходина**

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** *дети; IgA-нефропатия; манифестация; мочевого синдром; нефробиопсия; патогистологические параметры*

**Актуальность.** IgA-нефропатия представляет собой иммунокомплексное гломерулярное заболевание, характеризующееся наличием преобладающих депозитов IgA при нефробиопсии и прогрессирующим снижением функций почек. Ещё недостаточно изучены взаимосвязи между характером мочевого синдрома при манифестации IgA-нефропатии и наличием патогистологических параметров в соответствии с Оксфордской классификацией (MESTC) у детей. **Цель работы:** определить, имеются ли ассоциации между характером мочевого синдрома при манифестации IgA-нефропатии и выраженностью патологических изменений в почечной ткани у детей.

**Материалы и методы.** Обследован 31 ребёнок (19 мальчиков и 12 девочек) с IgA-нефропатией. Длительность заболевания от манифестации до нефробиопсии составляла 36,5 (9,0; 69,8) мес. Оценка характера мочевого синдрома выполнена в 3 группах больных: с изолированной микрогематурией ( $n = 9$ ); с микрогематурией и протеинурией ( $n = 7$ ); с макрогематурией и протеинурией ( $n = 15$ ). Выраженность гистопатологических изменений почечной ткани оценивали в соответствии с Оксфордской классификацией (MESTC).

**Результаты.** У детей с манифестацией IgA-нефропатии в виде изолированной микрогематурии, микрогематурии и протеинурии, макрогематурии и протеинурии отсутствуют значимые различия между характером мочевого синдрома и выраженностью патологических изменений в почечной ткани в виде мезангиальной гиперклеточности в  $< 50\%$  гломерул ( $M_0$ ): 22% против (далее пр.) 57% пр. 33%; мезангиальной гиперклеточности в  $> 50\%$  гломерул ( $M_1$ ): 20% пр. 9% пр. 29%; эндокапиллярной гиперклеточности ( $E1$ ): 14% пр. 9% пр. 23%; сегментарного гломерулосклероза ( $S1$ ): 20% пр. 14% пр. 31%; интерстициального фиброза/тубулярной атрофии  $< 25\%$  паренхимы ( $T_0$ ): 26% пр. 20% пр. 43%; клеточных/фиброзно-клеточных полулуний в  $< 25\%$  гломерул ( $C_1$ ): 6% пр. 9% пр. 14%.

**Заключение.** У детей с IgA-нефропатией отсутствуют ассоциации между характером мочевого синдрома при манифестации заболевания и наличием/выраженностью патологических изменений в почечной ткани, что указывает на невозможность прогнозирования характера гистопатологического повреждения почек на ранних стадиях.

\* \* \*