

также сокращение сроков купирования основных клинических симптомов. Анализ профиля безопасности молекулярного водорода позволяет предполагать, что метод будет характеризоваться хорошей переносимостью [2].

Выводы. Проведенный анализ подтверждает перспективность применения ингаляций атомарного водорода как патогенетического адъювантного метода, направленного на подавление ключевого звена обострения ХОБЛ – оксидативного стресса. Однако для оценки его реальной клинической эффективности и безопасности в настоящий момент недостаточно данных, поскольку отсутствуют результаты рандомизированных контролируемых исследований. Внедрение данного метода в клиническую практику требует его всесторонней научной верификации в ходе дальнейших экспериментальных и клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт применения медицинских газов в восстановлении пациентов с постковидным синдромом в условиях санатория / Г. Б. Мачула, Ю. М. Лоцманова, И. Е. Буланкина, М. С. Петрова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2023. – № 1. – С. 33–38. – DOI: 10.48612/cgma/dnv4-xkk3-7e2x. – EDN: XWXXKIZ.

2. Медведев, О. С. Молекулярный водород. Польза и биологические эффекты терапевтического газа H₂ / О. С. Медведев, А. Ю. Иванова, Т. А. Куропаткина // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2021. – Т. 98, № 3-2. – С. 126. – EDN: SMKJAW.

БОЛЕЗНЬ ПЛОТНОГО ОСАДКА

Чурюмов А. А., Галкина В. В., Еременко П. С.

Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д-р мед. наук., проф. Скворцов В. В.

Актуальность. «Болезнь плотного осадка» – это клинико-лабораторный синдром, визуально проявляющийся макроскопически обильным хлопьевидным или нитевидным осадком в свежевыпущенной моче, основным компонентом которого является высокомолекулярный мукопротеин – белок Тамма-Хорсфалла. Эпидемиология синдрома недостаточно изучена, но он встречается во всех возрастных группах, причем у детей чаще ассоциирован с острыми воспалениями, а у взрослых – с хроническими заболеваниями почек или обструктивными уropатиями [1].

Цель. Провести систематический анализ современной научной литературы для обобщения данных о клинико-диагностическом значении «болезни плотного осадка» в практике врача.

Методы исследования. Основной материал для исследования составили публикации отечественных и зарубежных авторов, доступные в специализированных базах данных (PubMed, Scopus, eLibrary).

Результаты и их обсуждение. Синдром является следствием сочетанного действия этиологических факторов, приводящих к макроскопической преципитации мочевых компонентов. Ключевым патофизиологическим звеном идентифицируется нарушение коллоидной стабильности мочи, главным образом, за счет избыточной экскреции и последующей агрегации высокомолекулярного гликопротеина Тамма-Хорсфалла (уромодулина) [1, 2]. Сам по себе синдром не является отдельной нозологической единицей, а выступает индикатором широкого спектра патологий. Систематизация данных позволила сформировать структурированный дифференциально-диагностический ряд: острые инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, цистит) [2]. Осадок представляет собой смесь уромодулина, лейкоцитов, бактерий и слущенного уротелия. А также иммуновоспалительные гломерулопатии (острый гломерулонефрит, IgA-нефропатия), обструктивные уропатии и тубулоинтерстициальные нефропатии (нефролитиаз, папиллярный некроз) – нарушение оттока мочи и повреждение интерстиция ведут к повышенной экскреции белка Тамма-Хорсфалла [2].

Выводы. Синдром «болезни плотного осадка» является следствием нарушения коллоидной стабильности мочи. Ключевой механизм – преципитация белка Тамма-Хорсфалла, индуцированная его гиперсекрецией, изменением ионного состава мочи или массивной протеинурией на фоне воспаления, обструкции или гломерулярного повреждения. Синдром служит важным неспецифическим маркером активного патологического процесса в мочевыделительной системе. Он требует обязательного проведения дифференциальной диагностики между острыми инфекциями, гломерулопатиями, обструктивными уропатиями и парапротеинемиями. Выявление синдрома диктует обязательный диагностический минимум: анализ свежесобранной мочи с микроскопией осадка, количественная оценка мочевого синдрома, определение суточной протеинурии и ультразвуковое исследование почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные подходы к классификации хронического гломерулонефрита / И. Н. Бобкова, Л. В. Лысенко (Козловская), Е. С. Камышова, С. В. Моисеев // Терапевтический архив. – 2025. – Т. 97, № 6. – С. 484–488.
2. Клинические практические рекомендации KDIGO 2021 по лечению гломерулярных болезней // Нефрология и диализ. – 2022. – Т. 24, № 4. – С. 577–874. – doi: 10.28996/2618-9801-2022-4-577-874. – edn: TSNIXO.