

Кучеров В.А.<sup>1</sup>, Матвеев С.В.<sup>2</sup>

## **Оценка длительности ремиссии после использования термопунктуры в комплексном лечении пиелонефритов, развившихся на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса и рефлюкс-нефропатии у детей с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани**

1 ООО «Санаторий-курорт Краинка», Тульская обл. Суворовский р-н, пос. Рождествено. 2 ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Matveev S.V., Kucherov V.A.

### **Evaluation of the duration of remission after the use of thermopuncture in the complex treatment of pyelonephritis, developed against a background of vesicoureteral reflux and reflux-nephropathy in children with an undifferentiated form of connective tissue dysplasia**

#### **Резюме**

Данная работа связана с определением целесообразности и эффективности использования термопунктуры в комплексном лечении пиелонефритов, развившихся на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и рефлюкс-нефропатии (РН) у детей с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани средней степени тяжести. В результате проведенных исследований выявлено, что пациенты с данной патологией, получившие дополнительно в лечении сеансы термопунктуры, имеют стабильную ремиссию в сравнении с группой контроля, где лечение проводилось только в соответствии с протоколом «Диагностика и лечение пиелонефрита у детей» (Коровина Н.А., 2007) с обязательным применением антибиотиков.

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, Дисплазия соединительной ткани (ДСТ), ремиссия, термопунктура

#### **Summary**

This work is related to the determination of the expediency and effectiveness of the use of thermopuncture in the complex treatment of pyelonephritis, which developed against vesicoureteral reflux (PMR) and reflux-nephropathy (PH) in children with an undifferentiated form of dysplasia of connective tissue of moderate severity. As a result of the conducted studies, it was revealed that patients with this pathology who received additionally in the treatment of thermopuncture sessions have stable remission in comparison with the control group, where treatment was carried out only in accordance with the protocol "Diagnosis and treatment of pyelonephritis in children" (Korovina NA, 2007) with the mandatory use of antibiotics.

**Key words:** congenital malformations, connective tissue dysplasia (DST), remission, thermopuncture

#### **Введение**

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) происходит в эмбриональном и постнатальном периодах. Это генетически детерминированное состояние, в основе которого лежат мутации генов, отвечающих за синтез волокон. Мутации могут быть самые разнообразные и в разных генах. В результате мутаций нарушается формирование цепи коллагена и эластина.

Врожденные пороки развития, рассматриваются в последнее время как внутренние фенотипические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани (Земцовский Э.В., 2007; Кадурина Т.И., 2009).

Наследственные заболевания соединительной ткани разделяют на дифференцированные и недифференцированные

Дифференцированные соединительнотканые дисплазии характеризуются определенным типом наследования, отчетливо очерченной клинической картиной, а в ряде случаев - установленными и достаточно хорошо изученными генными или биохимическими дефектами. Наиболее типичные представители этой группы - синдром Марфана, синдрома Элерса-Данло (10 типов), несовершенный остеогенез, синдром вялой кожи (Cutis laxa) и др. Эти заболевания относятся к группе наследственных заболеваний коллагена - коллагенопатиям.

Недифференцированные соединительнотканые дисплазии (НСТД) диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний.

Результаты оцениваются по шкале от 0 до 10. Для установления диагноза достаточно 3 признаков:

- Синдром неврологических нарушений:
- Астенический синдром,
- Клапанный синдром
- Торакодиафрагмальный синдром
- Сосудистый синдром
- Синдром внезапной смерти
- Бронхолегочный синдром
- Синдром иммунологических нарушений
- Синдром патологии органа зрения
- Косметический синдром при ДСТ
- Висцеральный синдром

Врожденные пороки развития (ВПР) органов мочевыделительной системы (ОМС) у всех больных сочетаются с наличием множественных фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Характер фенотипических признаков не позволяет расценить синдром дисплазии как элерсо- или марфаноподобные. Мы отнесли их к недифференцированному варианту ДСТ с неклассифицируемым фенотипом. По нашему мнению ДСТ является основой, на фоне которой формируются ВПР ОМС. Это согласуется с мнением М.С. Игнатовой, Ю.Е. Вельтищева (1989), П.В.Новикова, Ю.Е. Вельтищева (2006).

Степень тяжести синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) может определять скорость прогрессирования почечной патологии, влиять на прогноз. Чувствительность и специфичность отдельных фенотипических признаков ДСТ и их комбинаций для детей с ВПР ОМС, позволяет прогнозировать характер течения вторичных осложнений в виде пиелонефрита, нефросклероза, артериальной гипертензии и оптимизировать терапию.

Диагностика ДСТ основана на комплексном анализе клинических, генеалогических, лабораторно-инструментальных результатов.

Вопрос оценки степени тяжести НДСТ практически не разработан. По мнению Т.И. Кадуриной и В.Н. Горбуновой она должна носить комплексный характер и включать тщательное клиническое обследование больного и членов семьи с учетом «органа-мишени».

Характер течения пиелонефрита у детей с врожденными пороками также связан со степенью тяжести ДСТ.

При средней степени тяжести ДСТ пиелонефрит у 57,5% больных носит часто рецидивирующий характер течения независимо от вида порока.

**Цель работы** - определение целесообразности и эффективности использования термопунктуры в комплексном лечении пиелонефритов, развившихся на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса и рефлюкс-нефропатии у детей с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани.

## Материал и методы

На базе Ленинградской областной детской клинической больницы в течение 2011 – 2015 годов было проведено исследование с целью определения целесообразности и эффективности использования термопунктуры (ТП) в комплексном лечении пиелонефритов, развившихся на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и рефлюкс-нефропатии (РН) у детей с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани средней степени тяжести.

С учетом выше сказанного, оценка степени тяжести ДСТ производилась методом, предложенным Т.И. Кадуриной и Л.Н. Аббакумовой (2009). Лёгкая степень тяжести ДСТ при балльной оценке внешних фенотипических признаков соответствовала в сумме 12 баллам, средняя степень тяжести ДСТ не превышала 23 баллов, тяжёлая степень соответствовала 24 и более баллам.

У большинства детей с ВПР ОМС, независимо от вида порока, была определена средняя степень тяжести диспластического синдрома. Так как группа больных с ПМР не была однородной, в ней были выделены 3 подгруппы: больные без рефлюкс-нефропатии (РН), с РН без артериальной гипертензии (АГ) и с РН с АГ. Дети с гидронефрозом анализировались в зависимости от времени манифестации и коррекции порока.

В исследование включено 50 детей с пиелонефритом в острой форме которые развились на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 3-4 степени (24 ребёнка) или рефлюкс-нефропатии (26 детей).

Все исследуемые были разбиты на 2 группы.

В основной (1-ой) группе было 13 детей с врожденными пороками развития ОМС и 12 детей с приобретёнными заболеваниями – всего 25 человек (мальчиков - 40%, девочек - 60%).

Контрольную (2-ю) группу составили так же 25 детей (мальчиков – 45 %, девочек – 55 %). В контрольной группе было 12 детей с врожденными пороками развития (ВПР) и 13 с приобретёнными заболеваниями .

Фоновые исследования:

Для решения поставленных задач в обеих группах при поступлении в клинику проводилось полное клинико-лабораторное и нефро-урологическое обследование, включавшее: исследование клинического и биохимического анализов крови и мочи (клинический анализ крови, общий и количественный анализы мочи, определение уровней мочевины, креатинина, общего белка и С-реактивного белка, электролитов крови), бактериологическое исследование мочи.

При посевах, патологическая флора выявлялась у 85% больных 1-ой группы и у 87% больных 2-ой группы.

УЗИ органов мочевыделительной системы и брюшной полости, рентгенологическое исследование почек (обзорный снимок почек, экскреторная урография, ретроградная пиелография), электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Расчет величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ) производился по формуле Шварца и клиренсу эндогенного креатинина по пробе Реберга.

СМАД проводилось на аппарате BP Lab 2.0. a20W. Артериальное давление (АД) измерялось 1 раз в 30 минут в дневное время и 1 раз в 45 минут в ночное время. При анализе оценивали средние значения АД, индексы времени, суточный индекс АД. За артериальную гипертензию (АГ) приняты значения АД выше 95-го перцентиля для длины тела ребёнка.

В обеих группах проводилось комплексное, многоэтапное лечение в соответствии с протоколом «Диагностика и лечение пиелонефрита у детей» (Коровина Н.А., 2007). с обязательным применением антибиотиков. Схема зависела от характера воспаления, функционального состояния ОМС.

Кроме медикаментозной терапии придерживались строго диетического режима и профилактики повторных рецидивов.

Антигрибковые препараты (в тех случаях, когда была доказана грибковая природа воспаления почек).

Уроантисептики назначались параллельно или после курса антибиотиков для предупреждения хронического пиелонефрита. (Невиграм, Урограм, Гламурин, Нитроксалин). При отсутствии эффекта, назначались - Заноцин, Гаривид

Антигистаминные препараты назначались для снятия воспаления и отечности в качестве вспомогательного средства, купирования аллергии при пиелонефрите, реакции на антибиотики и другие лекарства.

В основной (1-ой) группе в составе комплексного лечения параллельно проводилась термопунктура аппаратом «ВЕНТУРА» с целью купирования острого пиелонефрита: (снижения боли, регулирования диуреза, противовоспалительного действия, в случаях осложненных анурией и уремией).

Использовались БАТ (биологические активные точки): - ШЭНЬ-ШУ, -МИН-МЭНЬ, -ЦИ-ХАЙ-ШУ, -ДА-ЧАН-ШУ, - СЯО-ЧАН-ШУ, -ЧЖИ-БЯНЬ, -ТЯНЬ-ШУ, -ФУ-ЦЗЕ, - ЦЗУ-САНЬ-ЛИ, -САНЬ-ИНЬ- ЦЗАО.

Воздействие проводилось вторым тормозным методом. Рецепты точек составлялись в соответствии с рекомендациями авторов:

Чжу Лянь, В.Г. Вогралик, М.В. Вогралик, А.Т. Качан, Д.М. Табеева, R.de la Fuye, G. Bachmann, König и Wancuga.

Аппарат для термопунктуры «Вентура» получил два патента на изобретения (устройство).

Автором и правообладателем обоих патентов является один из авторов статьи – КМН Кучеров В.А.

После купирования острого процесса, результаты проводимой терапии оценивали повторно, по аналогии с фоновыми значениями (полное клинико-лабораторное и нефро-урологическое обследование, включавшее: исследование клинического и биохимического анализов крови и мочи (клинический анализ крови, общий и количественный анализы мочи, определение уровней мочевины, креатинина, общего и С-реактивного белка, электролитов крови), бактериологическое исследование мочи, УЗИ органов мочевыделительной системы и брюшной полости, экскреторную урографию, электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и (СКФ)

Выборочно, у тяжелых больных, определяли показатели функционального состояния почек, концентрации ФНО-α и ИЛ-1β. (Фактор некроза опухоли –альфа и интерлейкин 1- бета (ген IL1B) — провоспалительный цитокин, член семейства интерлейкина 1).

Главным вопросом проводимой работы оставалось определение эффективности применения термопунктуры в основной группе больных. С этой целью было выбрано несколько критериев оценки показателей пациентов основной и контрольной групп: Прежде всего, сроки лечения детей до выписки из больницы и процент выздоровевших по основному заболеванию – пиелонефриту в этих группах.

Так как у всех отобранных для исследования больных пиелонефрит развился вследствие или на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса или рефлюкс- -- нефропатии у детей с недифференцированной формой дисплазии соединительной ткани, нам хотелось определить как повлияла термопунктура на динамику развития ПМР и РН, как минимум, до восемнадцатилетия пациентов.

У пациентов обеих групп в динамике оценивали изменения следующих показателей: температуры тела, ноющую боль в боку на стороне поражения или внизу спины, опоясывающего характера, частоту мочеиспускания;

Общий анализ крови: общевоспалительные изменения - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

Биохимический анализ крови: трансаминазы, наличие гипергаммаглобулинемии;

Анализ мочи: наличие белка обусловленного пиурией, наличие микро- и макрогематурии, особенно, в случаях присоединения цистита, наличие патологической флоры при посевах мочи

При дифференциальной диагностике острого пиелонефрита с малосимптомной латентной формой острого гломерулонефрита, протекающей без отеков и артериальной гипертензии и с мало выраженным мочевым синдромом, проводилось исследование мочи по Каковскому–Аддису (при пиелонефрите преобладали лейкоциты над эритроцитами), обнаружение бледных лейкоцитов в осадке мочи при окраске по Штернгеймеру–Мальбину.

## Результаты и обсуждение

В результате статистической обработки, которая выпол-

Таблица 1. Показатели крови.

	Общий белок, г/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, ммоль/л	Ионы Натрия, ммоль/л	Ионы Калия ммоль/л
1 день X+m, n=50	65,74±5,59	9,37±2,04	124,21±8,63	136,03±3,89	4,99±0,44
на 14 -ые сутки X+m :					
Контрольная группа, X+m, n=25	69,83±5,06	5,92±2,13	91,92±8,04	139,95±4,03	4,68±0,34
Опытная группа, X+m, n=25	74,12±5,63 *	4,8±2,09 *	84±7,73 *	141,72±4,67	4,43±0,33
Референсные значения	65,00–85,00	2,50–8,33	53,00–115,00	136,00–145,00	3,50–5,10

Таблица 2. Показатели мочи

	Белок, г/л	Лейкоциты в осадке	Гигантские цилиндры	Зернистые цилиндры	Бак.посев мочи (кандиды, кишечная палочка, стафилококки, энтерококки, стрепто и клебселлы)
2 день X+m, n=50	0,066 ±0,033	от 22 – 25 до 59 – 64	2–3	2–4	у 85% больных выявлена патологическая флора
на 14 -ые сутки X+m :					
Контрольная группа, X+m, n=25	0	5–8	1–2	0-1	16%
Опытная группа, X+m, n=25	0	4–7 *	0-1	0	6%
Референсные значения	0	0–7	0	0	0

Таблица 3. Обзорная урография

2 день X+m, n=50	У 72 % больных выявлена разница в объеме L и R почек: ( объем рассчитывался с учетом трех измерений L и R почек ( длина, ширина, толщина))
на 14 -ые сутки X+m :	
Контрольная группа, X+m, n=25	у 20 % больных
Опытная группа, X+m, n=25	у 12 % больных *
Референсные значения	Для пациентов 15- 17 лет с весом - 60 - 80 кг.: длина почки - 90-110 мм., ширина - 44-50 мм, толщина - 30-40 мм.

Таблица 4. Ноющая боль в боку на стороне поражения или опоясывающего характера в области поясницы

2 день X+m, n=50	92% больных
на 14 -ые сутки X+m :	
Контрольная группа, X+m, n=25	16% больных
Опытная группа, X+m, n=25	8% больных *
Референсные значения	0%

нена с использованием стандартного пакета программ Statistica for Windows v. 5.77. с использованием критерия Манна-Уитни, Фишера, Стьюдента. Количественные переменные представлены в виде среднего значения ± стандартная ошибка среднего значения. Анализ связи переменных проводили с вычислением коэффициента корреляции Спирмена.

Наиболее значимыми были приняты две характеристики сравнения пациентов двух групп, так как именно эти показатели при комплексном анализе лечащим врачом всех выше перечисленных критериев субъективного и объективного состояния пациентов позволяет принять решение о выздоровлении и выписки из стационара.

1. В опытной группе с диагнозом «Купирование острого процесса» (по основному заболеванию - пиелонефриту) было выписано 24 пациента, тогда как в контрольной группе – эта цифра была значительно ниже

Таблица 5. Температура тела

2 день X+m, n=50	38,6°С ±1,256
на 14 -ые сутки X+m :	
Контрольная группа, X+m, n=25	37,1°С ±1,241
Опытная группа, X+m, n=25	36,6°С ±1,162 *
Референсные значения	в подмышечной впадине: 35,4°С — 36,9°С;

Примечание: – знак \* означает, различия достоверны (при уровне значимости  $p \leq 0,05$ ) при сравнении показателей больных контрольной и опытной групп

- 19 пациентов.

2. Средний срок госпитализации пациентов опытной группы составил – 17 койко- дней, тогда как в контрольной группе пациенты находились в стационаре в среднем – 19 дней.

После того как удалось получить достоверное различие по указанным синдромам в группе, получавшей сеансы термопунктуры (в сравнении с контрольной группой), за всеми пациентами было установлено наблюдение.

В течение 17 месяцев у 25 пациентов опытной группы было зафиксировано состояние стабильной ремиссии, тогда как 4 пациента из контрольной группы оказались в стационаре с рецидивами пиелонефрита в острой форме. Трое – на фоне рефлюкс-нефропатии и одна – на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса.

## Заключение

Несмотря на то, что малая выборка не позволяет признать разницу результатов этого исследования достоверно значимой, однако позволяет делать целесообразным продолжать наблюдения за эффективностью использования термопунктуры в сфере касающейся данной патологии. ■

**В.А.Кучеров**, ООО «Санаторий-курорт Краинка» 301411 Тульская обл. Суворовский р-н, пос. Рождественно.  
**С.В.Матвеев**, ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

## Литература:

1. Верещагина Г. Н., Махмудян Д. а. Почка при системной дисплазии соединительной ткани // *Мед. вестн. Северного Кавказа*. - 2008. - № 2. - С. 87-89.
2. Вьюшкова Н. В. Хронический пиелонефрит у лиц молодого возраста с ДСТ: клинико-морфологические особенности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 2010.
3. Игнатова М. С. Детская нефрология. - М.: МИА, 2011.
4. Игнатова О. А., Макарова в. И., Меньшикова Л. И. Клинические проявления ДСТ у детей с оксалатными нефронатиями // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2010. - с. 263-266.
5. Кадурина Т. И., Горбунова в. н. Дисплазия соединительной ткани: Руководство для врачей. - СПб.: Элби-СПб, 2009.
6. Калдыбекова А. А. Особенности вторичного пиелонефрита у детей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2008.
7. Копылева О. Д., Блохин Б. М., Макрушин И. М. Варианты и течение дизэмбриогенеза почек и мочевых путей у детей с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2011. - с. 352-358.
8. Краснова Е.И., Дерюгина Л. А., нестерова Е. М. Клинико-биохимическая характеристика состояния соединительной ткани у детей с врожденным обструктивным мегауретером // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2011. - с. 358-363.
9. Леонова Л. В. Патологическая анатомия врожденных обструктивных уронатий у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2009.
10. Митрофанов К. в. Клинические особенности хронического цистита у детей с дисплазией соединительной ткани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005.
11. Сидорович О. В., Горемыкин В. И., Королева И. В. и др. ДСТ и заболевания почек у детей и подростков // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2011.
12. Тимофеева Е. П. Дисплазия соединительной ткани у детей с врожденными аномалиями развития органов мочевой системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Новосибирск, 1996.
13. Узунова А. Н., Глухова Л. В. Особенности клинического течения и гемодинамики почек у детей с хроническим пиелонефритом, развившимся на фоне ДСТ // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2010. - с. 288-294.
14. Хрущева Н. А., сафронова Л. Е., Андреева Д. М. и др. Особенности течения патологии органов мочевой системы на фоне ДСТ // *Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы*. - М. и др.: РГ «ПРЕ100», 2010. - с. 295-302.
15. Шальнова С. Н. Клинические сопоставления синдрома дисплазии соединительной ткани и формирования патологии почек у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - иваново, 2004.
16. Яцык С. П., Сенцова Т.Б., Фомин Д. К., Карков С. М. Патогенез хронического обструктивного пиелонефрита у детей и подростков. - М.: МИА, 2007.
17. Mallemud C. J. Matrix metalloproteinases in health and disease: an overview // *Front. Biosci.* - 2006. - Vol. 11. - P. 1696-1701.
18. Saltis J., AgrotisA., Bobil A. Regulation and interaction of transforming growth factor - beta 1 with cardiovascular cells: Implications of development and disease // *clin. Exp. Pharmacol. Physiol.* - 1996. - Vol. 23. - P. 193-200.
19. Taranta-Janusz K., Zoch-Zwierz W., WasilewskaA. et al. Serum and urinary concentration of selected metalloproteinases and their tissue inhibitors in children with vesicoureteral reflux // *Pol. Merkurizus Lek.* - 2020. - Vol. 29, N 170. - P. 88-92.
20. Инзель Т. Н., Гаглоева Л. М., Ковальский С. В. Диагностическое значение специфических генотипических маркеров аномалий развития почек, ассоциированных с синдромом дисплазии соединительной ткани // *Урология*. 2000. № 3. С. 8-9.
21. Нечаева Г. И., Яковлев В. М., Конев В. П. и др. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение // *Лечащий Врач*. 2008. № 2. С. 15-18.
22. Нечаева Г. И. и соавт. Выявление и тактика ведения пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Метод. рекомендации для

- врачей / Под ред. академика РАМН, д.м.н. А. И. Мартынова. М.: ООО «РГ ПРЕ100», 2011. 52 с.: ил.
- 23 Вьюшкова Н. В. Дисплазия соединительной ткани как фоновое состояние при пиелонефрите // Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 6 (111). С. 27–30.
- 24 Тодоров С. С. Кистозная дисплазия почек у детей раннего возраста // Клиническая практика. 2011. № 1. С. 8–10.
- 25 Куликов Ю. А. Кисты внутренних органов как проблема дисплазии соединительной ткани // Прикладные информационные аспекты медицины. 2008. № 2 (11). С. 15–18.
- 26 Меновицкова Л. Б. и др. Современные методы диагностики состояния паренхимы почек у детей с гидронефрозом // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. 2008. № 33. С. 25–31.
- 27 Гаврилова В. А. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца у детей с заболеваниями органов мочевой системы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 50 с.
- 28 Мамбетова А. М., Жетишев Р. А., Шабалова Н. Н. Выраженность недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и рефлюкс-нефропатией // Вопросы практической педиатрии. 2011. № 3 (6). С. 64–68.
- 29 Московко В. И., Базилевич Н. В., Лебедин Ю. С. О ранней диагностике системных поражений соединительной ткани на поликлиническом этапе // Воен.-мед. журн. 1995. № 6. С. 39–41.
- 30 Лялюкова Е. А., Орлова Н. И., Аксенов С. И. Структурно-функциональные особенности сосудов брюшной полости у пациентов с дисплазией соединительной ткани // Вестник рентгенологии и радиологии. 2012. № 4. С. 21–25.
- 31 Семенкин А. А., Дрокина О. В., Нечаева Г. И. и др. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани как независимый предиктор структурно-функциональных изменений артерий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013. № 14 (3). С. 30–35.
- 32 Нефрология: национальное руководство / Под ред. Н. А. Мухина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. 720 с.
- 33 Тареева И. Е., Кутырина И. М., Николаев А. Ю. Пути торможения развития хронической почечной недостаточности // Терапевт. арх. 2000. № 6. С. 9–14.
- 34 Смирнов А. В., Шилов Е. М., Добронравов В. А. и др. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Клиническая нефрология. 2012. № 4. С. 4–26.
- 35 Клинические рекомендации для врачей общей практики. Инфекции мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия, 2014. [Электронный ресурс]. URL: <http://familymedicine.ru/clinical-recommendations/clinrec-projects/> (дата обращения: 09.12.2015).
- 36 Перепанова Т. С. и др. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации. М.: ООО «Прима-принт». 2015. 72 с.
- 37 Grabe M., Bjerklund-Johansen T., Botto H. et al. EAU. Guidelines on urological infections/European Association of Urology Guidelines. Arnhem, The Netherlands. European Association of Urology. 2013. 106 p.
- 38 Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьева Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство. М.: ГЭОТАР Медиа. 2014. 142 с.
- 39 Цуканов Ю. Т., Цуканов А. Ю., Притыкина Т. В. Биохимические и иммунологические особенности соединительной ткани при варикозной болезни вен нижней половины туловища // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия II: Медицина. 2006. № 4. С. 88–94.
- 40 Цуканов Ю. Т., Цуканов А. Ю., Щеглов А. Ю., Мозговой С. И. Патоморфологические аспекты варикозного поражения вен нижней половины туловища // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия II: Медицина. 2006. № 3. С. 50–61.
- 41 Федоров А. В., Цуканов А. Ю. Диагностика и малоинвазивная хирургия варикоцеле // Эндоскопическая хирургия. 2006. Т. 12. № 6. С. 42–48.
- 42 Певзнер М. И. Основы лечебного питания. Гос. издательство медицинской литературы, 1958. 584 с.
- 43 Смирнов А. В., Кучер А. Г., Каюков И. Г., Есаян А. М. Руководство по лечебному питанию для больных хронической болезнью почек. СПб-Тверь: Триада, 2009. 240 с.
- 44 Нечаева Г. И., Дрокина О. В., Мартынов А. И., Логинова Е. Н. и др. Основы курации пациентов с дисплазией соединительной ткани в первичном звене здравоохранения // Терапия. 2015. № 1. С. 29–36.
- 45 Логинова Е. Н., Нечаева Г. И., Надей Е. В., Лялюкова Е. А. Пиелонефрит у пациентов с дисплазией соединительной ткани: особенности клиники, диагностики и лечения // Лечащий Врач. 2015. № 9. С. 7–10.
- 46 Лялюкова Е. А. и др. Недостаточность питания у пациентов с дисплазией соединительной ткани: роль постпрандиальных гемодинамических нарушений, подходы к терапии // Лечащий Врач. 2015. № 3. С. 67–70.
- 47 Онуцин Н. А. Восстановительные упражнения при заболеваниях почек. АСТ, 2008. 128 с.