

УДК 616.611-002-053.2.614.87

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

*И.А. Козьро, ассистент; А.В. Сукало, заведующий,
профессор, д.м.н.*

1-ая кафедра детских болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлена сравнительная характеристика первичных и вторичных форм гломерулонефрита у детей в современной экологической обстановке.

Ключевые слова: *гломерулонефрит, дети, экология.*

This paper presents clinical and morphological features of primary and secondary glomerulonephritis in children in the current ecological situation.

Key words: *glomerulonephritis, children, ecology.*

Введение

Особое место среди заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей занимают гломерулонефриты в связи с тяжестью течения, склонностью к рецидивированию, прогрессированию, неоднозначностью прогноза и нередким развитием хронической почечной недостаточности. Терминальная почечная недостаточность требует дорогостоящей заместительной диализотерапии с последующей трансплантацией почки. Несмотря на успехи, достигнутые в этой области, качество жизни больного ребенка, зависящего от аппарата «искусственная почка», перитонеального катетера или пожизненно принимающего иммуносупрессивные препараты после трансплантации, снижено. Поэтому остается весьма актуальной проблема эффективной и своевременной диагностики и лечения гломерулонефрита с целью предупреждения и максимального замедления наступления терминальной почечной недостаточности [1, 2, 3]. Принимая во внимание факт неблагоприятной экологической обстановки в нашей республике в результате крупнейшей техногенной катастрофы на Чернобыльской АЭС, загрязнения окружающей среды радиоактивными, химическими и токсическими веществами и их негативного воздействия на органы мочевой системы, проблема первичного и вторичного гломерулонефрита у детей приобретает еще большую значимость.

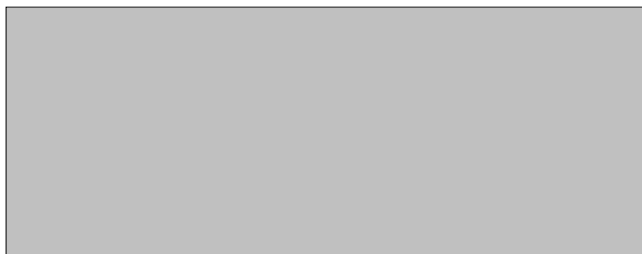
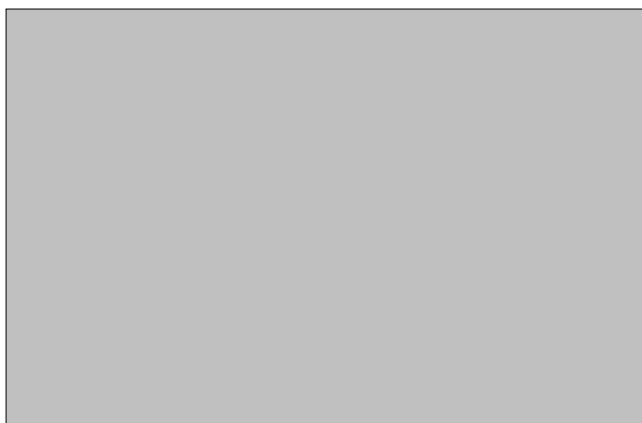
Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 112 больных с первичными и вторичными гломерулонефритами в возрасте от 2 до 17 лет, получавших лечение в отделениях нефрологии, интенсивной терапии и реанимации 2-ой ДГКБ в период с 2002 по 2004 годы. Возрастно-половой состав изучаемой группы больных представлен в табл. 1.

Контрольную группу составили 40 соматически здоровых детей в возрасте от 5 до 17 лет, находившихся на лечении в отделении пограничных состояний 2-ой ДГКБ в период с 2002 по 2004 годы. Обязательными условиями для детей контрольной группы перед нашими обследованиями были: отсутствие жалоб со стороны органов мочевой системы, любых воспалительных заболеваний в течение 3 и более недель, предшествующих обследованию, нормальные показатели анализов крови и мочи. У этих детей все исследования проводились до начала специфической психотропной терапии.

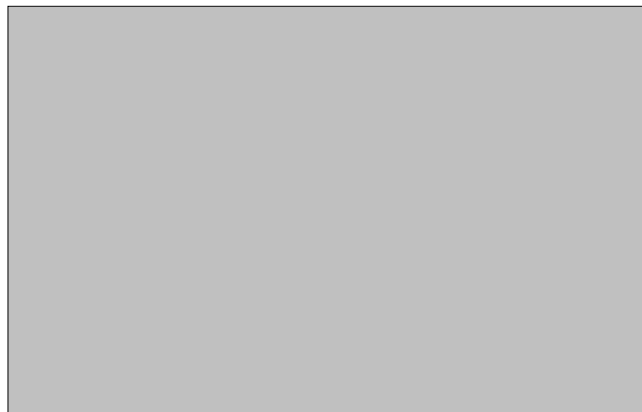
Диагностика гломерулонефрита основывалась на анализе этиологических факторов, особенностей патогенеза, клинико-функциональных проявлений (ренальные и экстраренальные признаки), морфологических изменений в почках. Клиническая форма заболевания диагностировалась в соответствии с Винницкой классификацией гломерулонефрита у детей.

Распределение наблюдаемых больных первичными и вторичными гломерулонефритами по клиническим вариантам представлено в табл. 2 и 3.

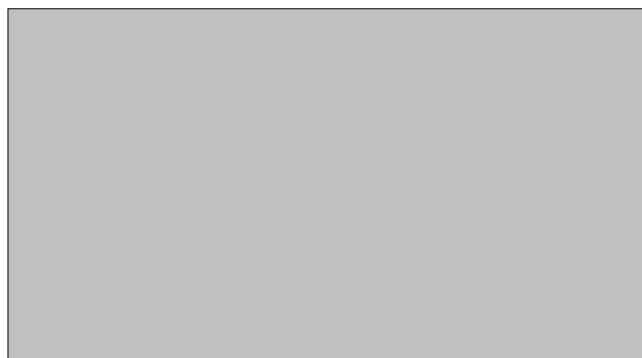


Помимо общеклинического ежедневного осмотра, консультаций специалистов, всем больным в динамике проводились необходимые лабораторные и инструментальные обследования: общие анализы крови и мочи, определение суточной экскреции белка с мочой, подсчет форменных элементов в моче по Нечипоренко, по Аддис-Каковскому, биохимический анализ крови, коагулограмма. Функциональное состояние почек оценивалось по величине суточного диуреза, концентрационной способности (проба Зимницкого), клиренсу эндогенного креатинина, результатам биохимических показателей крови. Основанием для суждения о нарушении функции почек служили снижение мочеобразования и концентрационной способности, повышение уровня мочевины в сыворотке крови

выше 8,3 ммоль/л и креатинина выше 88 мкмоль/л, снижением уровня клубочковой фильтрации менее 80 мл в мин. на 1,73 м² и канальцевой реабсорбции менее 97%. Функциональное состояние почек у обследованных нами детей отражено в табл. 4.



Морфологический диагноз был подтвержден у 63 пациентов: 61 больной имел хронический ГН, 2 пациента - острый эндокапиллярный пролиферативный ГН. Распределение первичных и вторичных ГН по морфологическим вариантам представлено в табл. 5.



Результаты и их обсуждение

Среди обследованных больных с первичным ГН в группе ОГН преобладает возрастная группа от 2 до 7 лет и от 8 до 13, среди пациентов с ХГН - от 14 до 17 лет. Среди больных с вторичными ГН преобладают пациенты с СКВ, люпус нефритом (возрастная группа от 14 до 17 лет), причем отмечено равное поражение и мальчиков, и девочек, по 6 пациентов.

Клинически пациенты с ОГН чаще всего имели нефритический синдром (в 72,1% случаев), который чаще был диагностирован у мальчиков (61,3%).

ОГН с нефритическим синдромом закончился выздоровлением в 87 % случаев, у 13% пациентов заболевание приняло хроническое течение, и им потребовалось назначение патогенетической терапии стероидами.

У всех пациентов с ОГН с нефротическим синдромом, ОГН с нефритическим синдромом, гематурией и гипертензией процесс перешел в хроническую форму. По показаниям таким больным была назначена однокомпонентная терапия стероидами или двухкомпонентная схема лечения (терапии) стероидами и цитостатиками.

Клинически пациенты с первичным ХГН в 46% случаев имели нефротическую форму, также чаще диагностируемую у мальчиков (65,2%).

У пациентов с вторичным ГН вследствие СКВ преобладающей была смешанная форма (75% случаев), причем 83,3% больных имели нарушенную функцию почек. Все пациенты с СКВ получали двухкомпонентную схему терапии, 75 % понадобилось проведение сеансов плазмафереза и пульс-терапии стероидами или цитостатиками.

Как видно из табл. 4, наибольшее число пациентов с нарушением функции почек отмечено в группе больных с быстро прогрессирующим гломерулонефритом (100%), смешанной формы хроническим ГН (70,6%), острым гломерулонефритом с нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией (66,7%).

У большинства биоптированных пациентов морфологически определена мезангиопролиферативная форма ГН. Клинически у таких больных чаще диагностирован гематурический вариант нефрита.

У всех пациентов с СКВ морфологически подтвержден люпус-нефрит класс 3 или 4.

Заключение

1. Самое тяжелое поражение почек отмечается в группе больных БПГН и вторичными ГН вследствие СКВ. Клинически у этих детей чаще всего наблюдается смешанная форма нефрита.

2. Среди пациентов с ОГН в 72,1% случаев встречается нефритический вариант ГН, который в 87% случаев заканчивался выздоровлением. У всех пациентов с нефротическим синдромом, нефротическим синдромом с гематурией и гипертензией заболевание приняло хроническое течение, и им потребовалось назначение патогенетической терапии.

3. В группе больных с ХГН преобладал мезангиопролиферативный вариант ГН, клинически в 69,2% случаев проявлявшийся гематурической формой.

Литература

1. Игнатова М.С., Вельтишев Ю.Е. "Детская нефрология". - Л.: Медицина, 1989.
2. Шулуто Б.И. "Нефрология 2002" Санкт-Петербург, Ренкор 2002.
3. Сукало А.В. Первичный гломерулонефрит у детей Беларуси в современных экологических условиях (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. доктора мед. наук:14.00.09.-Минск, 1995.