

Факторы риска и течение гломерулонефрита у детей

Марталог П.Н., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Романчук Л.В., Ротарь А.В.

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Департамент педиатрии, Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Острый гломерулонефрит (ОГН) остается актуальной проблемой педиатрии, его диагностика представляет определенные трудности, что обусловлено патоморфозом данного заболевания.

Цель исследования. Изучить роль и влияние факторов риска на развитие, особенности и характер течения, исход ОГН у детей в зависимости от возраста.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 52 больных ребенка в возрасте 5–17 лет (средний возраст — 9,15 лет) с ОГН, проявлявшимся нефритическим синдромом. Диагноз ОГН верифицировался на основании анамнеза, выявления ренальных симптомов (гематурия, протеинурия, олигурия) и экстраренальных (отеки и артериальная гипертензия), комплекса клинических, биохимических, иммунологических, инструментальных исследований, исследования функционального состояния почек.

Результаты. У большинства детей с ОГН имелись отягощающие факторы риска: отягощенная по почечной патологии наследственность, патологические изменения в анализах мочи до развития ОГН, хронические очаги инфекции, гельминтозы. Развитию ОГН предшествовала инфекции дыхательных путей (ангина, отит, пневмония) в 79% случаев, у 7 (13,5%) детей выявлена стрептодермия. Начало заболевания было острым, однако только у 1/3 больных в первые дни отмечались характерные для нефритического синдрома симптомы. Поводом для обращения к врачу чаще было появление отеков, нарушение диуреза, изменение цвета мочи. Мочевой синдром проявлялся протеинурией, эритроцитурией. Макрогематурия имела место у 25 (78%) детей, сохранялась 1–7 дней. Микрогематурия была доминирующим симптомом на протяжении болезни. Протеинурия

до 0,5–1,0 г/сут отмечалась у 2/3 больных, у остальных детей суточная потеря белка была больше 1,0 г/сут, чаще у детей дошкольного возраста. Отеки наблюдались у всех больных детей, однако выраженные отеки были только у 32% детей, длительность отеков — до 8–12 дней. Артериальная гипертензия (АГ) отмечалась у 31,5% больных, как правило, АГ проявляется с первых дней болезни, достигала в среднем $139,5 \pm 1,3$ мм рт. ст. систолическое и $95,5 \pm 0,91$ мм рт. ст. диастолическое, сохранялась 4–7 дней у 46%, более 8 дней — у 26% детей. Следует отметить, что тяжесть и продолжительность болезни зависели от выраженности протеинурии, отеков, наличия АГ и нарушения функций почек. Азотемия как признак нарушения функции почек отмечена у 15,5%. У детей с азотемией чаще отмечались и АГ, и выраженная олигурия, и признаки гиперкоагуляции (повышение фибриногена, протромбина). Бактериологические и серологические исследования позволили доказать стрептококковую этиологию ОГН у 34 из 52 (65%) наблюдаемых.

Заключение. Развитие ОГН у детей часто ассоциировано с влиянием факторов риска: отягощенная наследственность по патологии почек, хронические очаги инфекции, гельминтозы. Ведущим этиологическим фактором ОГН является стрептококковая инфекция, высокая роль острой респираторной инфекции (вирусных и бактериальных) как фактора, возможно, способствующего активации латентной стрептококковой инфекции. ОГН чаще развивается в младшем школьном возрасте, дети с АГ чаще имеют и азотемию, и признаки гиперкоагуляции, часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН. В динамике сначала ликвидируются отеки, затем АГ и в последнюю очередь — микрогематурия.