

*Касимова Гулнорахон Зулфикаровна  
Кафедра пропедевтики детской болезни и  
поликлинической педиатрии,  
Ахунова Муяссар Расуловна  
Кафедра языка, педагогики и психологии  
Андижанский государственный медицинский институт  
(Узбекистан)*

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ, ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗА ГЛОМЕРУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Резюме:** В группе заболеваний почек и мочевыводящих путей гломерулонефриты занимают 3-4 место, уступая в распространенности только пиелонефриту и мочекаменной болезни. В настоящее время, в связи с активной антибактериальной терапией стрептококковой инфекции, снизилась частота острого гломерулонефрита, который сейчас встречается в основном только в педиатрической практике. Указывается на связь роста нефрологической патологии с изменениями окружающей среды, в частности, с повышением радиационного фона. Лишь острые нефриты, сравнительно редкие в настоящее время, заканчиваются (и то не больше, чем в половине случаев) выздоровлением; хронический нефрит, особенно подострый, неуклонно прогрессирует по направлению к хронической почечной недостаточности, сопровождаясь нередко отеками (нефротический синдром) и тяжелой гипертонией, приводящими к инвалидизации еще до развития ХПН. Заболевают чаще (и болеют тяжелее) молодые, трудоспособные мужчины.

**Ключевые слова:** гломерулонефрит, детской возраст.

*Kasimova Gulnorakhon Zulfikarovna  
Department of propaedeutics of childhood illness and  
outpatient pediatrics,  
Akhunova Muyassar Rasulovna  
Department of Language, Pedagogy and Psychology  
Andijan State Medical Institute  
(Uzbekistan)*

## **FEATURES OF DEVELOPMENT, COURSE AND FORECAST OF GLOMERULAR DISEASES IN CHILDREN**

**Resume:** In the group of diseases of the kidneys and urinary tract, glomerulonephritis is 3-4th, second only to pyelonephritis and urolithiasis in prevalence. Currently, due to the active antibacterial therapy of streptococcal infection, the incidence of acute glomerulonephritis, which now occurs mainly only in pediatric practice, has decreased. The connection between the growth of nephrological pathology and environmental changes, in particular, with an increase in radiation background, is indicated. Only acute nephritis, relatively

rare at the present time, ends in recovery (and no more than half the time); chronic nephritis, especially subacute, is steadily progressing towards chronic renal failure, often accompanied by edema (nephrotic syndrome) and severe hypertension, leading to disability even before the development of chronic renal failure. Young, able-bodied men get sick more often (and get sick harder).

**Key words:** glomerulonephritis, childhood.

**Актуальность.** Гломерулопатии (ГП) - гетерогенная группа заболеваний, основным признаком которых является первичное страдание гломерулы (клубочка)[1,3,5]. Этим ГП отличаются от другой гетерогенной группы нефрологических заболеваний, где первичным является поражение тубулоинтестициальной ткани и называется эта патология - тубулопатиями. Существует и третья группа поражения почек, когда одновременно наблюдается включение в патологический процесс и гломерул, и тубул, что предполагает название «нефропатия»[4,6,7]. Однако последний термин употребляется очень редко, хотя сочетание поражения гломерулярного и тубулярного отделов нефрона встречается практически во всех случаях прогрессирования патологии почек вне зависимости от первичного страдания того или иного его отдела[2,4,8].

В настоящее время стало очевидным, что неблагоприятное развитие патологии почек как у взрослых, так и у детей связано с развитием тубулоинтерстициальных изменений, которые в сочетании с прогрессированием ГП приводят к неблагоприятному исходу - развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

**Цель исследования** Установить закономерности формирования, течения и прогрессирования первичных гломерулярных заболеваний детского возраста их дебюта для выбора оптимальной тактики ведения пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 139 детей с впервые обнаруженными проявлениями гломерулопатий в возрасте 7-16 лет (75 мальчиков и 64 девочки).

**Результаты исследования.** При анализе анамнестических данных было выявлено, что развитию гломерулопатий в анамнезе у детей с переходом в хроническое течение в роли хронического очага инфекции в 2,1 раза чаще выявлялся множественный кариес; в 2,9 раза чаще отмечалось сочетание нескольких хронических очагов инфекции по сравнению с пациентами без признаков хронизации ГН. У детей второй группы в 2,0 раза чаще выявлялась высокая отягощенность наследственного анамнеза по патологии почек (30,5 и 15,5% соответственно) и в 1,4 раза чаще по артериальной гипертензии (АГ) у родителей (69,4, и 50,5% соответственно).

Кроме того, в течение последнего месяца до начала заболевания у большинства детей (69,4%) с последующей хронизацией ГН наблюдались изменения в анализах мочи в виде оксалурии (28,8%), микрогематурии (19,4%), микропротеинурии (13,9%), уратурии (8,3%); 8 (22,2%) пациентов наблюдались по поводу «инфекции мочевыводящих путей».

Анализ клинических проявлений дебюта заболевания показал, что у 96,1% больных первой группы ГН протекал типично, с острым развитием нефритического синдрома (ОНС) (рис. 1). Критериями ОНС являлось острое начало заболевания с развитием отечного синдрома, наличие артериальной гипертензии и изменений в анализах мочи (в виде протеинурии, микро- или макрогематурии). В то же время у большинства пациентов второй группы (91,6%) клиническая картина была малосимптомной, в основном представлена изолированным мочевым синдромом.

Оценку результатов лечения проводили перед выпиской из клиники (к 4-6-й неделе от момента госпитализации), в последующем у 139 детей через 1 год, отдаленный исход заболевания у 36 детей был изучен через 5 лет от дебюта ГН путем определения функционального состояния почек, степени выраженности протеинурии и эритроцитурии. Непосредственная

эффективность лечения оценивалась как хорошая - отсутствие протеинурии при нормальной или минимальной эритроцитурии; удовлетворительная - отсутствие протеинурии при умеренной эритроцитурии или минимальная протеинурия при нормальной, минимальной, умеренной эритроцитурии; низкая - минимальная протеинурия при выраженной эритроцитурии или наличие умеренной протеинурии.

Верификация эффективности комплексной терапии спустя 12-14 месяцев после окончания лечебных мероприятий показала, что нормализация анализов мочи зарегистрирована у 103 (74,1%) пациентов. Из них у 81 (78,6%) ребенка удалось добиться полной клинико-лабораторной ремиссии через 4-5 недель от начала лечения, у 8 (7,8%) детей несколько позднее - через 10-12 недель, у 11 (10,6%) пациентов через 18 недель, у 3 (2,9%) детей - изолированные изменения в моче выявлялись до 1 года, что в целом является характерным для типичной формы острого гломерулонефрита. Через 5 лет наблюдения в этой группе констатировано клиническое выздоровление.

В то же время у 36 (25,9%) детей регресса симптомов получить не удалось, в результате чего, в последующем сформировался хронический гломерулонефрит. У 33,3% больных фиксировались рецидивы мочевого синдрома после нормализации состояния в первые 3 месяца. В 66,7% случаев изменения в моче в виде протеинурии и (или) гематурии персистировали более 12 месяцев. В дальнейшем мочевой синдром сохранялся к концу 2 года болезни у 20,9% детей, к концу 3-го года у 5,1% пациентов. Через 5 лет от начала заболевания никто из пациентов второй группы не выздоравливал.

**Вывод.** На основании результатов наших исследований, можно сделать вывод, что возраст младше 2-х лет у детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом и длительность терапии

циклоспорином А более 36 мес являются предрасполагающими факторами к повреждению канальцев.

Таким образом, в работе представлена современная структура гломерулярных заболеваний по данным нашей клиники, установлены их возрастные особенности. Мы дали клиничко-лабораторную характеристику каждой из морфологических форм первичных гломерулопатий, охарактеризовали течение, выделив факторы прогрессирования. Важную диагностическую и прогностическую информацию несут изученные нами биомаркеры.

На основании результатов собственных исследований нами предложена концепция, согласно которой развитие и течение гломерулярных заболеваний зависит от взаимодействия: 1) генетических факторов, предопределяющих или предрасполагающих к возникновению заболевания; 2) факторов окружающей среды, изменение которых приводит к изменению структуры гломерулярных заболеваний и 3) факторов прогрессирования, которые определяют скорость снижения функций почек у детей с гломерулярными заболеваниями.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Длин ВВ. Вирусассоциированный гломерулонефрит у детей. Лечащий врач 2004; (1): 38-40
2. Савенкова НД, Папаян АВ. Нефротический синдром в практике педиатра. Эскулап, СПб, 1999; 256
3. Горохова АВ, Мунхалова ЯА. Особенности течения гломерулонефритов, ассоциированных с вирусными инфекциями. Материалы III Российского Конгресса Педиатров-Нефрологов, СПб, 2003;102
4. Geary DF, Schaefer F. Comprehensive Pediatric Nephrology. MOSBY 2008; 1099

5. Aranda-Verastegui F et al. Effectiveness of preemptive therapy with ganciclovir in recipients of renal transplants at high risk(R-/D+) for development of cytomegalovirus disease. Rev Invest Clin 2002; 54(3): 198-203
6. Brennan DC, Garlock KA, Lippman BA et al. Control of cytomegalovirus-associated morbidity in renal transplants patients using intensive monitoring and preemptive or deferred therapy. J Am Soc Nephrol 1997; 8(1):118-125
7. Bohl DL, Brennan DC. BK Virus Nephropathy and Kidney Transplantation. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2:36-46
8. Acott PhD, Hirsch HH. BK virus infection, replication, and diseases in pediatric kidney transplantation. Pediatr Nephrol 2007; 22:1243-1250