

А. Ни, В.Н. Лучанинова

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ГОУ ВПО Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава, г. Владивосток, РФ

С целью выявления факторов прогрессирования заболеваний почек проведено катамнестическое наблюдение 89 детей с острым и хроническим гломерулонефритом (ГН). Выявлено, что в группе детей, перенесших острый ГН (ОГН), только 34% больных вышли в ремиссию. Определены факторы перехода ОГН в хроническое течение заболевания: наследственная отягощенность по патологии почек и гипертонической болезни, осложненное течение беременности и родов у матерей, наличие хронического тонзиллита, частые острые респираторные заболевания, артериальная гипертензия, осложнения в дебюте заболевания. Выявленные изменения при ультразвуковых исследованиях почек в катамнезе у детей с хроническим ГН, рецидивы заболевания через несколько лет требуют длительного наблюдения больных детей и подростков до передачи их терапевтам.

Long-term follow up of 89 children with acute and chronic glomerulonephritis (GN) was performed in order to detect factors of chronic renal disease progression. Examination showed that only 34% of children with acute GN (AGN) developed remission. Main factors of chronic GN development were: positive family history of renal diseases and arterial hypertension, history of complicated maternal pregnancy and labor, chronic tonsillitis, frequent acute infections of respiratory tract, arterial hypertension, complicated GN manifestation. Pathologic findings in US examination and GN relapses after some years of remission prove the necessity of long-term follow up of children and adolescents with GN up to their transmisson to therapeutics-nephrologists in the age of 18 years.

Одной из основных задач нефролога является предупреждение прогрессирования заболеваний почек, приводящее к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН) [1]. Сравнительно редко нефропатии у детей имеют циклическое течение и заболевание не склонно к прогрессированию. Даже острый постстрептококковый гломерулонефрит (ГН) далеко не всегда заканчивается полным выздоровлением. ГН как причина развития ХПН стоит на 2–3-м месте после врожденных и наследственных форм патологии почек у детей [2, 3]. В связи с этим в настоящее время изучение факто-

ров прогрессирования заболеваний почек является одной из актуальных проблем нефрологии [1, 4].

Цель настоящего исследования — изучить исходы острого и хронического ГН с учетом клинических вариантов и особенностей течения заболевания.

Для выполнения поставленной цели было проведено катамнестическое наблюдение 89 больных ГН, мальчиков — 53, девочек — 36. Из них 35 детей было с острым ГН (ОГН), 54 ребенка — с хроническим ГН (ХГН). Больных с ОГН наблюдали 5 лет, с ХГН — в динамике через 5, 10 и 15 лет.

Таблица 1

**Возрастной состав детей и их распределение
в зависимости от клинических вариантов ОГН**

Возраст, годы	Количество	Количество детей с клиническими вариантами ОГН		
		нефритиче- ский синд- ром	НС	смешан- ный синд- ром
до 3	4		3	1
3–6	15	3	10	2
7–10	7	2	3	2
11–14	9	4	2	3
Итого	35	9	18	8

Среди детей с ОГН с нефритическим синдромом было 9 (25,7%) человек, нефротическим (НС) — 18 (51,4%), смешанным — 8 (22,9%). Возрастной состав детей и клинические варианты ОГН представлены в табл. 1.

В катамнезе через 5 лет клинико-лабораторная ремиссия наблюдалась у 12 больных (1-я группа), переход в хроническое течение — у 23 (2-я группа), что составило соответственно 34,3% и 65,7%. Из детей, находящихся в ремиссии, 7 больных было с нефритическим, 4 — с НС, один — со смешанным. Дети жалоб не предъявляли, при объективном осмотре отеки и гипертензия отсутствовали. В анализах мочи у одного ребенка периодически отмечалась небольшая лейкоцитурия. Клубочковая фильтрация у всех детей была сохранена. В пробе Зимницкого у 2 детей с НС отмечалось снижение удельного веса мочи до 1012–1017. При ультразвуковом исследовании почек выявлены изменения у 6 детей в виде диффузных изменений почек, признаков солевого диатеза, нечетких контуров почек, сглаженности чашечки одной почки, одностороннего нефроптоза I степени. При экскреторной урографии у одного ребенка выявлен синдром Фрейли.

Среди больных ОГН с переходом в хроническое течение заболевания 2 ребенка с нефритическим синдромом перешли в гематурическую форму ХГН; 15 детей с НС: 12 — в нефротическую форму, 3 — в смешанную; 6 детей со смешанным синдромом: 5 — в смешанную форму, один — в нефротическую форму ХГН. У детей этой группы выявлена высокая отягощенность наследственного анамнеза по патологии почек и гипертонической болезни (ГБ) (80%), осложненное течение беременности и родов (90%). Искусственное вскармливание отмечено у 10 детей (50%), частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) — у 60% (12 детей). Кроме того, 30% детей имели хронический тонзиллит. У всех 5 детей, имевших в дебюте заболевания осложнения (острая почечная недостаточность, почечная эклампсия, отек легких), также сформировался ХГН. Повышенное артериальное давление (АД) выявлено у

8 (40%) больных, при этом у 5 детей артериальная гипертензия (АГ) была выраженной.

При сравнительном анализе в группе детей, вышедших в ремиссию ОГН (1-я группа), отягощенность по патологии почек и ГБ отмечена у 3 (25%), осложненное течение беременности у матерей — у 5 (41,7%), искусственное вскармливание — у 4 (33,3%), частые ОРЗ — у 3 (25%), повышенное АД отмечалось только у одного больного (8,3%), при этом АГ была умеренной.

С помощью метода анализа таблиц 2x2, являющегося средством доказательной медицины, вычислены значения χ^2 для каждого исследуемого фактора. В соответствии с полученными значениями выделены следующие группы факторов хронизации ГН (табл. 2). Из табл. 2 видно, что наибольшее значение статистики χ^2 при наименьшем уровне значимости (p) соответствует факторам наследственной отягощенности и осложненного течения беременности. Менее значимыми являются факторы наличия хронического тонзиллита, частых ОРЗ, АГ и осложнений в дебюте ГН. Тем не менее для последней группы факторов соотношения значения χ^2 и соответствующего уровня p таковы, что позволяют считать означенные факторы достаточно весомыми.

В исследуемой группе зарегистрировано два случая летального исхода детей со смешанным синдромом, связанных с развитием осложнения — ХПН и отсутствием адекватной терапии (отказ родителей). Один ребенок умер от острой надпочечниковой недостаточности на фоне ОРЗ после длительной гормональной терапии.

Среди больных ХГН мальчиков было 35 (64,8%), девочек — 19 (35,2%). Нефротическая форма ХГН диагностирована у 33 детей (23 мальчика и 10 девочек), что составило 61,1% всех наблюдений. У 5 (15,2%) больных НС рецидивировал преимущественно в первые 5 лет от начала заболевания с частотой рецидивов более 3 раз в год. У 16 (45,5%) пациентов рецидивы НС возникали не чаще 1–2 раз в год. Редкие рецидивы НС (1 раз в несколько лет) отмечены у 11 (33,3%), а в одном случае первый рецидив НС был зарегистрирован через 10 лет. Рецидивы НС были связаны с перенесенной инфекцией, снижением дозы глю-

Таблица 2

Факторы хронизации ОГН у детей

Факторы	χ^2	p
Наследственная отягощенность	9,41	0,0022
Осложнения беременности и родов	8,67	0,0032
Хронический тонзиллит	4,43	0,0353
Частые ОРЗ	3,69	0,0548
Артериальная гипертензия	3,72	0,0538
Осложнения в дебюте	3,56	0,0594
Искусственное вскармливание	0,85	0,3575

кортикостероидов или без видимой причины. Стероидчувствительный вариант наблюдался у 32 (97%) больных, стероидрезистентный — у одного (3%).

Гематурическая форма ХГН была у 13 детей (24,1%), мальчиков — 7, девочек — 6. Постоянная гематурия до макрогематурии наблюдалась у 3 (23,1%) детей, постоянная микрогематурия — у одного (7,7%). У 3 (23,1%) пациентов заболевание протекало с рецидивами до 1–2 раз в год, редкие рецидивы отмечены у 6 больных (46,2%). Рецидивы гематурии также были чаще связаны с перенесенной вирусной и бактериальной инфекциями.

Смешанная форма ХГН наблюдалась у 8 детей (мальчиков — 5, девочек — 3) (14,8%). Рецидивы заболевания зарегистрированы у 2 (25%) пациентов, частичная ремиссия (постоянная микропротеинурия) — у 4 (50%), выраженная АГ с умеренной протеинурией — у одного (12,5%), с гематурией — у одного (12,5%).

Физическое развитие детей с ХГН через 5 лет наблюдения было нормальным у 17 (31,5%), сниженная или низкая масса тела при нормальном или сниженном росте — у 7 (13%) с нефротической и смешанной формой, повышенная или высокая масса тела при нормальном, повышенном или сниженном росте — у 9 (16,7%), высокий рост — у 2 (3,7%) с гематурической формой. Через 10 лет наблюдения 6 детей имели среднее физическое развитие (35,3%), 4 пациентов (23,5%) — сниженную массу тела, а 3 (17,6%) — повышенную или высокую массу тела. Таким образом, у большинства больных ХГН физическое развитие не было нарушено. Отклонения физического развития отмечались преимущественно у детей с нефротической и смешанной формой ХГН, что безусловно связано с проведением (у некоторых детей неоднократно) иммуносупрессивной терапии.

АД у детей с нефротической формой ХГН через 5, 10, 15, 20 лет наблюдения было нормальным, с гематурической формой — через 5 лет было умеренно повышено у одного ребенка, а через 10 лет — у всех наблюдаемых детей АД было в пределах возрастной нормы. У пациентов со смешанной формой заболевания через 5 лет АГ регистрировалась у 6 детей: 5 больных с выраженной АГ, один — с умеренной АГ. Через 10 лет выраженная АГ отмечена у 2 больных.

Удельный вес мочи в пробе Зимницкого через 5 лет был снижен у 5 (9,3%), через 10 лет — у 8 (47,1%).

Клубочковая фильтрация была снижена через 5 лет у 5 (9,3%), через 10 лет — у 2 (11,8%), через 15 лет — у одного из 3 наблюдаемых детей. Повышение клубочковой фильтрации через 5 лет отмечалось у 11 (20,4%) больных, через 10 лет — у одного (5,9%), через 15 лет — у одного из 3 наблюдаемых детей. Канальцевая реабсорбция была снижена через 5 лет у 4 (7,4%), через 10 лет — у одного ребенка (5,9%). Таким образом, у больных ХГН со временем больше страдает концентрационная способность почек, что

совпадает с мнением нефрологов о том, что исход ГН во многом зависит от наличия и выраженности тубулоинтерстициального компонента заболевания.

При ультразвуковом исследовании через 5 лет заболевания в динамике сохранялись диффузные изменения, уплотнение, неоднородность паренхимы у 7 (13%), через 10 лет — у 2 (11,8%), через 15 лет — у одного ребенка. В то же время появились через 5 лет наблюдения признаки воспалительного процесса у 3 (5,6%), гиперэхогенные включения — у 8 (14,8%), киста — у одного (1,9%), множественные кисты — у одного, пиелозктазия — у одного пациента; через 10 лет выявлен нефроптоз у одного (5,9%) ребенка. Таким образом, ультразвуковые изменения не только сохранились у некоторых детей, но и отмечено появление новых различных патологических состояний почек.

На ЭКГ через 5 лет наблюдения сохранялись различные нарушения ритма, проводимости импульсов, реполяризации желудочков, метаболические нарушения, усиление электрической активности сердца у 30 (55,6%) детей, через 10 лет — у 5 (29,4%), через 15 лет — у 2 пациентов.

Из обследуемых детей умерло 2 больных с нефротической и смешанной формами от ХПН из асоциальных семей, лечение не получали.

Таким образом, в группе детей, перенесших ОГН, только 34% больных вышли в ремиссию, преимущественно за счет детей с нефритическим синдромом, которые составили 78% случаев от всех пациентов с этим синдромом. Необходимо отметить, что полученные нами результаты ниже данных, приводимых в литературе, — 95% [5, 6].

Обращают также на себя внимание данные ультразвуковых исследований, проведенные детям в стадии ремиссии ОГН, выявившие у некоторых детей различные отклонения от нормы (диффузные изменения паренхимы почек, признаки солевого диатеза, нечеткие контуры почек и др.), свидетельствующие о сохранении патологического процесса в почках, несмотря на отсутствие клинических симптомов и лабораторных изменений, характерных для заболевания.

Нами выявлены достоверные факторы перехода ОГН в хроническое течение заболевания: наследственная отягощенность по патологии почек и ГБ, осложненное течение беременности и родов, наличие хронического тонзиллита, частые ОРЗ, АГ, осложнения в дебюте заболевания. На прогностическое значение острой почечной недостаточности в дебюте заболевания, вносящей вклад в неблагоприятный исход заболевания, указывают и другие авторы [7].

При катамнестическом наблюдении детей с ХГН выявлено увеличение количества детей со сниженной массой тела через 10 лет наблюдения, сохранение нормального АД у больных НС через 5, 10, 15 и 20 лет течения болезни, снижение частоты АГ у пациентов со смешанной формой, снижение каналь-

цевых функций почек, появление ультразвуковых признаков воспалительного процесса, гиперэхогенных включений и других изменений в почках.

Таким образом, выявленные изменения при ультразвуковых исследованиях почек, снижение канальцевых функций в анамнезе у детей с ГН, рецидивы заболевания через несколько лет (через 10 лет, а в литературе описан случай первого реци-

дива через 17 лет) настораживают в плане снятия с диспансерного учета детей через 5 лет ремиссии. Полученные результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости более длительного наблюдения больных детей и подростков вплоть до передачи их терапевтам с обязательным проведением профилактических противорецидивных лечебно-диагностических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Игнатова М.С.* Проблема прогрессирования болезней почек у детей и современные возможности ренопротекции: научное издание. Нефрология и диализ. 2005; 7 (4): 428–434.

2. *Папаян А.В., Савенкова Н.Д.* Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей. СПб.: Сотис, 1997.

3. *Лоскутова С.А., Чупрова А.В., Мовчан Е.А. и др.* Заболеваемость и клиническая характеристика ОГН у детей в Новосибирской области. Нефрология и диализ. 2003; 5 (1): 152–156.

4. *Картамышева Н.Н., Чумакова О.В., Кучеренко А.Г. и др.* Прогрессирование хронического гломерулонефрита: клинико-морфологические взаимосвязи. Нефрология и диализ. 2003; 5 (4): 395–398.

5. *Лоскутова С.А., Чупрова А.В.* Эпидемиология, особенности течения, исходы и прогноз при остром постинфекционном гломерулонефрите у детей. Рос. пед. журнал. 2007; 4: 31–33.

6. *Брэндис М.* Острый гломерулонефрит (диагноз, лечение, прогноз). Материалы междунар. школы по детской нефрологии. М., 1997: 29–32.

7. *Котова Л.И., Савалкин В.И.* Прогностические факторы исходов острой почечной недостаточности. Нефрология и диализ. 2003; 5 (4): 387–390.