

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Каримова У.Н.

Ташкентская медицинская академия

За последние десятилетия отмечается неуклонный рост нефропатий среди детского населения. Среди многих заболеваний почек особое место принадлежит нефротическому синдрому (НС), в связи с тяжестью его течения, сложностью лечения, неоднозначностью прогноза и неуклонным прогрессированием в сторону хронической почечной недостаточности (ХПН), приводящим к инвалидизации больных. [1,2,3,4,5,8,9,10]. ХПН у детей как причина инвалидности встречается с частотой 5:100000 детского населения. По данным зарубежных исследований, риск развития терминальной ХПН к 20 годам у детей с нефротическим синдромом (НС) составляет 68,0% [11,12,13,14].

В этом плане уделяют серьезное внимание НС у детей, страдающие аллергическими заболеваниями, такие как атопический дерматит, бронхиальная астма, поллинозы и др.

В настоящее время известно, что существует группа больных, у которых развитие нефротического синдрома происходит в связи с наличием атопических реакций на антигены, причина которых зависит от мутации генов, определяющих состояние белков щелевой мембраны. А в ряде случаев именно особенности аллелей этих генов могут определять предрасположенность к развитию нефротического синдрома.

Целью исследования явилось изучение особенности клинико-лабораторных показателей при нефротическом синдроме у детей с атопическим дерматитом

Материалы и методы:

Нами было обследовано 110 детей в возрасте от 7 до 11 лет, (контрольная группа-20; дети с АД-30) в периоде 2015-2018 гг. Из них: *1-группа:* 30 детей с нефротическим синдромом (НС). *2-группа:* 30 детей с нефротический синдром (НС)+атопический дерматит (АД). Диагноз НС и АД устанавливали по совокупности клинико-anamnestических данных, лабораторных и данных инструментальных исследований, на основании результатов иммунологических и функциональных методов исследования, а также индекса SCORAD и маркеров АД. Диагностика НС проводилась по международным стандартам (протеинурия 1г/м²/сут, гипоальбуминемия менее 25г/л, диспротеинемия, гиперлипидемия II а,

б типов, периферические, полостные и степени анасарки, отеки) [ISKDC, APN (1974-2002)]. Согласно рекомендациям APN (Arbeitsgemeinschaft für Pediatric Nephrology), ISKDC (International Study of Kidney Disease in Children) (1974-2000) и большинства отечественных школ педиатров-нефрологов, диагноз НС у детей 1-14 лет ставился на основании чистого нефротического синдрома, сохранной функции почек, гормон чувствительности, не прибегая к биопсии почек [12, 15].

Результаты и их обсуждение. В результате исследований регистрировались следующие лабораторные и биохимические изменения в крови, которые представлены в (таблице 1., рис. 1.)

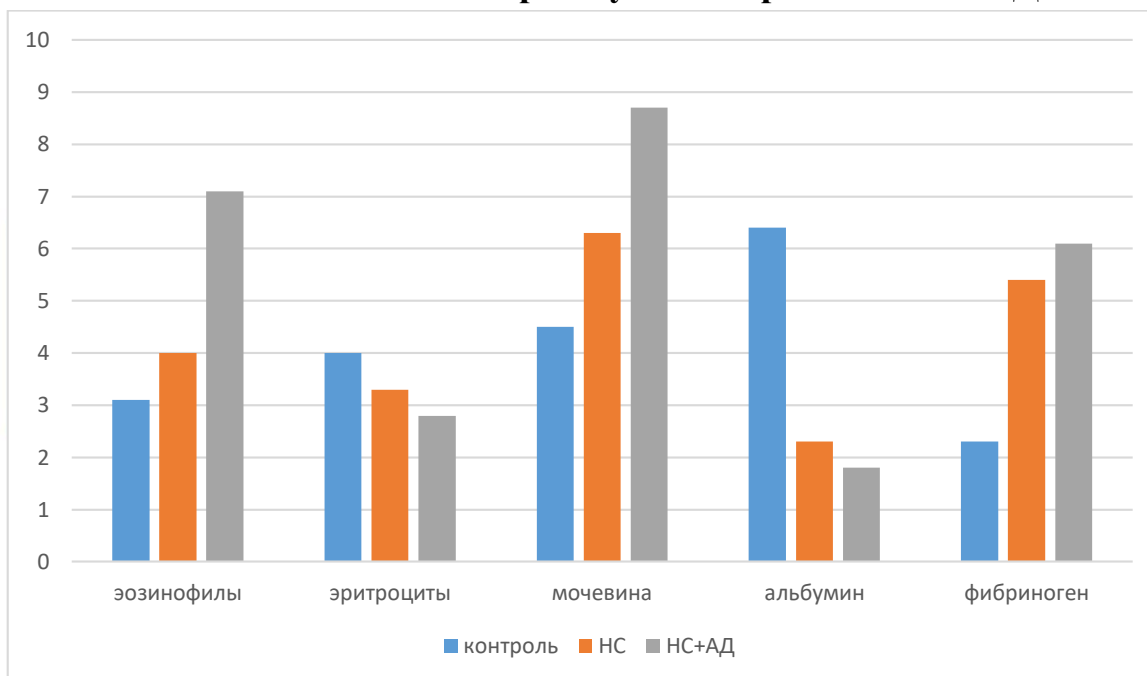
Таблица 1.

Показатели крови обследованных детей М±m

| Показатели | Всего n=80, возраст 7-11 лет | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | Контроль, n=20 | НС, n=30, I-группа | НС+АД, n=30, II-группа |
| Гемоглобин, г/л | 120,33±5,06 | 96,1±1,00* | 94,3±1,27* |
| Эритроциты, 10 x10 ¹² /л | 4,06±0,17 | 3,3±0,03* | 2,8±0,04*# |
| Лейкоциты, 10 ⁹ /л | 5,93±0,26 | 7,9±0,25* | 8,4±0,22* |
| Лимфоциты, % | 37,16±1,69 | 43,4±0,73* | 44,9±0,94* |
| Эозинофилы, % | 3,1±0,99 | 4,0±0,22** | 7,1±0,24* # |
| СОЭ, мм/час | 4,56±0,49 | 12,7±0,79* | 16,1±1,35*. |
| Общий белок, г/л | 79,5±0,54 | 53,5±1,30* | 46,8±0,76*# |
| Мочевина в крови, ммоль/л | 4,5±0,66 | 6,3±0,41* | 8,7±0,91* # |
| Креатинин в крови, ммоль/л | 0,05±0,003 | 0,09±0,025* | 0,12±0,029* |
| Общий холестерин, ммоль/л | 4,6±0,22 | 6,0±0,39* | 7,3±0,39* |
| Альбумин, % | 64,4±0,65 | 23,3±0,86* | 18,1±0,84*# |
| Глобулин, % | 35,6±0,75 | 76,7±0,85* | 81,9±0,75* |
| α ₁ , % | 5,2±0,15 | 4,7±0,07** | 4,9±0,06*** # |
| α ₂ , % | 10,5±0,36 | 8,5±0,12* | 8,8±0,14* |
| β, % | 8,6±0,16 | 9,6±0,09* | 10,1±0,12* |
| γ, % | 15,8±0,45 | 22,2±0,44* | 24,5±0,68*# |
| Кальций, ммоль/л | 2,4±0,03 | 1,8±0,01* | 1,7±0,01* |
| Фибриноген, г/л | 231,2±10,73 | 543±25,9* | 614±27,4*# |

Примечание: *-отражает разность достоверности по сравнению с контрольной группой. *-P<0,001; **-P<0,01; ***-P<0,05; # -отражает разность достоверности между I и II группами. #- (P<0,001; P<0,01; P<0,05).

Рис.1. Показатели крови у детей при НС и НС+АД



Анализ результатов лабораторных данных показал, что при НС и НС+АД достоверны были ниже нормы показатели гемоглобина, эритроцитов, общего белка, альбумина и кальция ($P < 0,001$), причем лейкоциты, лимфоциты, эозинофилы, СОЭ, мочевины, креатинин, общий холестерин, глобулин и фибриноген, гамма-глобулин были выше нормы ($P < 0,001$; $P < 0,01$). При сравнении I и II –группы достоверно были ниже нормы эритроциты, общий белок и альбумин ($P < 0,001$), достоверны были выше нормы эозинофилы, алфа₁, гамма глобулины и фибриноген ($P < 0,001$; $P < 0,01$; $P < 0,05$).

В результате исследований регистрировались следующие лабораторные изменения в моче, которые представлены в (таблице 2., рис. 2.).

Таблица 2.

Показатели мочи обследованных детей $M \pm m$

| Показатели | Всего n=80, возраст 7-11 лет | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|
| | Контроль, n=20 | НС, n=30, I-группа | НС+АД, n=30, II-группа |
| Относительная плотность мочи | 1016,00±0,16 | 1022,00±0,5* | 1028,0±0,3* |
| Протеинурия, % | 0,033±0,05 | 2,66±0,16* | 2,94±0,12*# |
| Эритроцитурия, /1 | 2,9±0,26 | 4,8±0,33* | 8,4±0,48*# |
| Лейкоцитурия, /1 | 5,2±1,69 | 9,9±1,47*** | 12,3±1,87** |
| Проба Нечипоренко: | | | |
| Лейкоциты, шт. | 2,5±0,54 | 5,3±0,25* | 5,9±0,33*# |
| Эритроциты, шт. | 0,5±0,52 | 0,8±0,86** | 1,8±0,1***# |

Примечание: *-отражает разность достоверности по сравнению с контрольной группой. *-P<0,001; **-P<0,01; ***-P<0,05; # -отражает разность достоверности между I и II группами. #- (P<0,001; P<0,01; P<0,05).

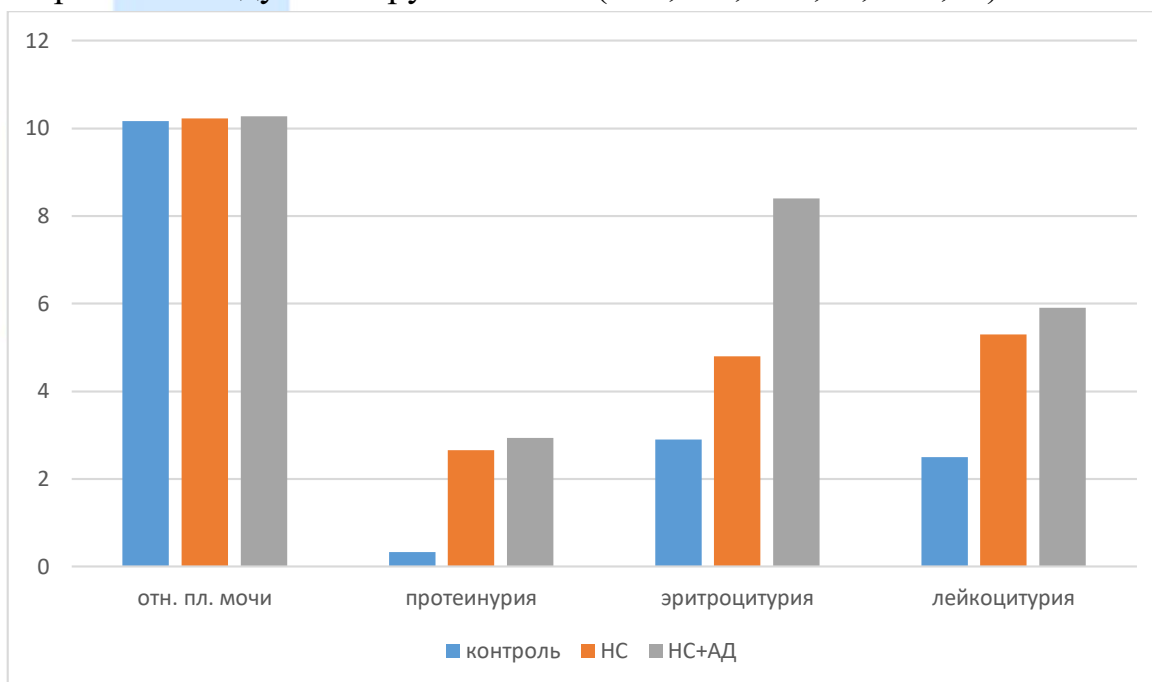


Рис.2. Показатели мочи у детей при НС и НС+АД

Анализ результатов лабораторных исследований мочи показал, что при НС и НС+АД достоверны были выше нормы показатели относительной плотности мочи, протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, а также показатели пробы Нечипоренко (P<0,001; P<0,01; P<0,05). При сравнении I и II –группы достоверны были выше нормы протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, (P<0,001; P<0,01).

В результате ультразвуковой исследовании почек у больных было выявлено, что по картине повышенной эхогенности паренхимы почек у детей с НС- I-II степень составила 50,0%, а при НС+АД- II степень составила 75,0%, которое свидетельствует о глубоком иммунопатологическом поражении паренхимы почек при НС+АД чем НС.

При изучении ЭКГ больных было выявлено, что у детей с НС как признак анемии нарушение метаболизма миокарда составила 62,5%, при НС+АД-75,0%, которое диктует о тяжелой степени анемии у детей при НС+АД чем НС.

Выводы

1.У детей сочетанное течение нефротической формы хронического гломерулонефрита с атопическим дерматитом способствует усилению клинической симптоматики нефротического синдрома более глубокому дисбалансу лабораторных показателей.

2. Формированию часто рецидивирующих, гормон зависимых, гормон резистентных форм НС и усилению перехода в ХПН.

Литература

1. Автономова О.И. Цитокин-опосредованные механизмы патогенеза клинических вариантов гломерулонефрита //Дисс.канд.мед.наук. Чебоксары. 2016.С.183.
- 2.Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: Программа Союза педиатров России. М., 2000.-С. 75.
- 3.Балаболкин И.И. Современные аспекты патогенеза и терапии атопического дерматита у детей // Педиатрия. 2015.Том 94. №4.-С.177-183.
- 4.Вялкова А.А. Современные представления тубулоинтерстициальных нефропатиях и концепция хронической болезни почек в педиатрической нефрологии. Педиатрия 2008;87(3): С.129-131.
5. Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Убайдуллаева С.Ф. Болалардаги турли хил гломерулонефритларнинг кечииш хусусиятлари ва замонавий даволашга ёндошиш. Тер. вестник Узбекистана 2015; 3: С. 134-136.
6. ИА Каримджанов, ЛК Рахманова, УН Каримова [Высокоэффективный алгоритм прогнозирования хронической болезни почек у детей на фоне атопии.](#) Международный журнал передовых наук и технологий 29 (7),-2021. 3389-3394
- 7.Игнатъев Н.А. Интеллектуальный анализ данных на базе непараметрических методов классификации и разделения выборок объектов поверхностями.- Ташкент, 2008.С.- 108.
- 8.Иллек Я.Ю., Рахманова Л.К., Алимжанов И.И. Функция почек и иммунопатологические сдвиги при ревматоидном артрите у детей. Тер. вестник Узбекистана 2015; 3: С.185-188.
9. Каримжанов И.А., Рахманова Л.К. Некоторые аспекты течения и лечения хронической болезни почек у детей// Сбор. матер. Конгресса с международным участием «Здоровые дети-будущее страны». Санкт-Петербург. 2018.С. 144-145.
10. Рахманова Л.К., Даминов Б.Т., Каримова У.Н. Хронический гломерулонефрит у детей //Научно-методическое пособие. Ташкент. 2017. С.50.
11. Савенкова Н.Д, Папаян АВ, Батракова ИВ. Нефротический синдром с минимальными изменениями у детей. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Левша. Санкт-Петербург, СПб., 2008; С.279-302.
12. Anders H.J. Toll-like receptors and danger signaling in kidney injury **HJ. Anders.** D A. Munive // J. Am. Soc. Nephrol. - 2010. - Vol. 21. - P. 1270-1274.
13. KZ Chutbaevna, KU Nirmatovna, TD Salokhiddinovna. [Clinical laboratory diagnostics forms of chronic glomerulonephritis.](#) MEDICINE AND HEALTH SCIENCES VENICE 2021, 31
14. LK Raxmanova, UN Karimova, NA Israilova, KZ Yaxyaeva, SH Latipova.[Peculiarities of immunity in nephrotic syndrome in children with covid-19 against the atopic background.](#) Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 32 (2),-2021. 4391-4394
15. Rakhmanova L.K. Suleymanov A.S., Karimova U.N., Yachyaeva K.Z. The features of interleukin-2 production in children with chronic glomerulonephritis. East-West Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, Vienna, Austria, Vienna 2015; P.85-89.