

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Каримова У.Н.

Ташкентская медицинская академия

Среди многих заболеваний почек особое место принадлежит хроническому гломерулонефриту (ХГН), в связи с тяжестью его течения, сложностью лечения, неоднозначностью прогноза и неуклонным прогрессированием в сторону хронической почечной недостаточности (ХПН), приводящим к инвалидизации больных. Прогрессирования стероид-резистентной формы нефротического синдрома (НС) у детей также остаются одним из актуальных вопросов в мировой педиатрической нефрологии, с высокой частотой развития ХПН у пациентов в течение 5-10 лет. В этом плане уделяет внимание ХГН у детей, страдающих аллергическими заболеваниями [1,2,3,4,5,8,9,10]. Течение и прогноз ХГН у детей с атопическим дерматитом (АД) клинико-иммунологической точки зрения и изменения параметров иммунологической реактивности может иметь свои особенности, то есть в формировании стероидорезистентной (СРНС) и стероидозависимой (СЗНС) форм заболевания, а также переход в ХПН определенное место занимает именно аллергия [11,12,13,14,15]. Поэтому с клинических позиций чрезвычайно важным является поиск клинических и иммунологических предикторов неблагоприятного почечного исхода, позволяющих прогнозировать течение заболевания с индивидуальной оценкой риска развития ХПН.

Целью исследования явилось изучение особенности клинического течения нефротического синдрома у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы

Нами было обследовано 145 детей в возрасте от 7 до 11 лет, (контрольная группа-25; дети с АД-40) в периоде 2015-2018 гг. Из них: *1-группа*: 40 детей с нефротическим синдромом (НС). *2-группа*: 40 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 fur 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].

Результаты и их обсуждение

Из таблицы 1 видна, что частота клинических маркеров АД у детей с АД и НС+АД имели свои особенности. Было отмечено, что в обеих группах большой процент составили: высокий уровень в сыворотке крови IgE (100,0), хроническое рецидивирующее течение АД (100,0), типичная морфология кожных высыпаний (100,0), наличие зуда (100,0); маркеры начало заболевания в раннем возрасте (95,0), типичная локализация кожных высыпаний на лице, разгибательных поверхностях конечностей (67,5) были высокими у детей с АД, наличие аллергических заболеваний у родителей или родственников больного (92,5) было высоко у детей с НС+АД. Это подтверждает то, что выраженность проявлений маркеров АД зависит от присоединения и тяжести течения сопутствующий патологий, на примере НС.

Таблица 1.

Выявление клинических маркеров АД у детей при АД и НС+АД

МАРКЕРЫ	АД, n=40	НС+АД, n=40
Начало заболевания в раннем возрасте	<u>95,0</u> 38	<u>87,5</u> 35
Наличие аллергических заболеваний у родителей или родственников больного	<u>82,5</u> 33	<u>92,5</u> 37
Наличие зуда кожных покровов	<u>100</u> 40	<u>100</u> 40
Типичная морфология кожных высыпаний гиперемия, папула, везикула, экссудация, инфильтрация, сухость кожи, шелушения, лихенификации	<u>100</u> 40	<u>100</u> 40
Типичная локализация кожных высыпаний на лице, разгибательных поверхностях конечностей	<u>67,5</u> 27	<u>60,0</u> 24

Течение <i>хроническое</i> <i>рецидивирующее</i>	<u>100</u> 40	<u>100</u> 40
IgE <i>высокий уровень в</i> <i>сыворотке крови</i>	<u>100</u> 40	<u>100</u> 40

Примечание: в числителе количество; в знаменателе %.

Клинические симптомы обследованных детей представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Клинические симптомы нефротического синдрома у обследованных детей

Симптомы	НС, n=40	НС+АД, n=40
Постепенное нарастание симптомов	<u>30</u> 75	<u>22</u> 56
«меловая» бледность	<u>26</u> 65,2	<u>17</u> 42,1
вялость	<u>28</u> 71,0	<u>31</u> 77
утомляемость	<u>17</u> 43,5	<u>23</u> 57,0
снижение аппетита	<u>34</u> 85,0	<u>34</u> 85,0
отеки до асцита, анасарки	<u>26</u> 64,7	<u>31</u> 78,5
повышение А/Д	<u>18</u> 44,7	<u>26</u> 64,7
отек легкого	<u>2</u> 5,0	<u>3</u> 7,5
гидроторакс	<u>4</u> 10,0	<u>7</u> 17,5
приглушенность тонов	<u>38</u> 96,0	<u>40</u> 100,0
тахикардия (особенно при гипокалиемии)	<u>32</u> 79,3	<u>34</u> 85,5
брадикардия (при гиперкалиемии)	<u>6</u> 15,0	<u>6</u> 15,0
тошнота	<u>10</u>	<u>15</u>

	24,0	36,5
рвота	<u>4</u> 10,0	<u>6</u> 15,3
гепатомегалия	<u>5</u> 12,5	<u>9</u> 22,5
симптом поколачивания в проекции почек	<u>22</u> 55,0	<u>29</u> 72,5
олигурия	<u>40</u> 100,0	<u>40</u> 100,0
анурия	<u>3</u> 7,5	<u>8</u> 20,0
снижение суточного диуреза	<u>40</u> 100,0	<u>40</u> 100,0
недомогание	<u>25</u> 62,5	<u>30</u> 75,0
слабость	<u>34</u> 85,0	<u>33</u> 75,0
головная боль	<u>18</u> 44,7	<u>28</u> 70,7
протеинурия	<u>40</u> 100,0	<u>40</u> 100,0
гипопротеинемия	<u>35</u> 87,9	<u>38</u> 95,0
диспротеинемия	<u>37</u> 92,4	<u>39</u> 97,7
гиперкоагуляция	<u>31</u> 78,0	<u>34</u> 86,0
гиперхолестеринемия	<u>16</u> 40,0	<u>22</u> 55,0

Примечание: в числителе количество; в знаменателе %.

Как видно из данных таблицы 2. у больных с НС при сравнении с группой НС+АД большой процент составили: слабость (85,0%), постепенное нарастание симптомов (75,0%), «меловая» бледность (65,2%); у детей с НС+АД большой процент составили: приглушенность тонов (100,0%), диспротеинемия (97,7%), гипопротеинемия (95,0%), гиперкоагуляция (86,0%), тахикардия (85,5%), отеки (78,5%), вялость (77,0%), симптом поколачивания в проекции почек (72,5%), головная боль (70,7%), гиперхолестеринемия (55,0%), которые свидетельствует

о более тяжелом течении НС у детей на фоне АД. В обеих группах имели одинаковое значение такие показатели, как снижение аппетита (85,0%), брадикардия (15,0%), олигурия (100,0%) и протеинурия (100,0%).

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 Yachyaeva, 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.