



ДАВЛЕТБАЕВА Г.Р., ПОЛАДОВА Л.В., МРАСОВА В.К., АХМЕДГАРАЕВА Н.В., РАМАЗАНОВА А.Н.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань

УДК 616.61-002.3-053.2

Характеристика сопутствующей патологии у детей с хроническим пиелонефритом

В последние годы во всем мире отмечается увеличение числа почечных заболеваний как у взрослых, так и у детей. В структуре заболеваний органов мочевой системы пиелонефрит занимает первое место, составляя 47-68% нефрологической патологии [1]. Установлено, что у 50-65% детей воспаление приводит к необратимым повреждениям почечной паренхимы с замещением поврежденных областей соединительной тканью с последующим развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). При этом у 41% детей склерозирование развивается при отсутствии нарушений уродинамики [2, 3]. Поскольку основу пиелонефрита составляет острый или хронический микробно-воспалительный процесс, этиотропным лечением пиелонефрита считается антибактериальная терапия, включающая применение антибактериальных препаратов. Непрерывно-рецидивирующее течение хронического пиелонефрита (ХПн) приводит к длительной (месяцами и годами) антибактериальной терапии, которая впоследствии может быть причиной снижения иммунореактивности, не исключено токсическое воздействие на паренхиматозные органы, в том числе и на почки [3]. Современная антибактериальная терапия, по данным исследований, успешна лишь у 50-70% больных, тогда как у 30-50% пациентов она не приводит полной элиминации возбудителя и тем самым увеличивается риск развития нефросклероза и ХПН [4]. Как показывает практика, нередко хронический пиелонефрит возникает у детей с аллергическими заболеваниями, что в ряде случаев обуславливает необычное течение, увеличивает риск развития побочных лекарственных реакций [4].

Объект нашего исследования: 530 детей в возрасте от 1 до 16 лет, госпитализированные на обследование и лечение в отделение нефрологии ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ за период 2011 г. Госпитализация проводилась как в плановом порядке, так и по экстренным показаниям. Обследование и лечение детей проводилось согласно общепринятым стандартам.

Результаты: анализ структуры ХПн показал, что наиболее распространенной формой является обструктивный пиелонефрит — 67,55% (358 больных); дисметаболический пиелонефрит выявлен в 15,47% случаев (82 больных), обструктивно-дисметаболический — в 16,98% случаев (90

больных). У 318 детей с ХПн (60%) выявлена сопутствующая патология: хронический гастродуоденит, холецистит, железодефицитная анемия, в том числе — клинические проявления atopических заболеваний у 40 детей (12,68%), из которых atopический дерматит в 50% случаев, atopический риноконъюнктивит и бронхиальная астма — в 25%. Установлена сенсibilизация к пищевым, бытовым и пыльцевым аллергенам. При обследовании отобрана группа пациентов с непрерывно-рецидивирующим синдромом. Лабораторно отмечался сдвиг лейкоформулы влево, стойкая лейкоцитурия, бактериурия (*E. coli*, *Klebsiella*). По данным иммунологических исследований выявлена гипоиммуноглобулинемия по классу IgG (отклонение составило более 1 г/л от нижней границы возрастной нормы). Наряду с этим у детей отмечалось снижение фагоцитарной и окислительно-восстановительной активности нейтрофилов. Фагоцитарный индекс составил 20-35%, а фагоцитарное число — 3-4 ед.

Побочная лекарственная реакция (ПЛР) на антибактериальные препараты наблюдались у 30 детей (9,44%), в том числе и антибиотикоассоциированный дисбактериоз — 1,9% (6 больных). Фармакотерапевтический анамнез показал, что в 55% случаев ПЛР отмечались на фоне применения антибактериальных препаратов, преимущественно пенициллинового и цефалоспоринового ряда, что ограничивало выбор при проведении противовоспалительной терапии. Клинически ПЛР проявлялись в виде острой генерализованной крапивницы в 67% (12 больных) и ангиоотека в 11% случаев (2 больных), токсикодермии — 22% (4 больных). При этом среди детей с острой крапивницей 60% — дети с аллергическими заболеваниями, остальные не имели в анамнезе и на момент обследования симптомы аллергических заболеваний. Неотложная терапия, включавшая антигистаминные препараты и системные кортикостероиды, составляла от 3 до 7 дней.

Вывод: Таким образом, в структуре сопутствующей патологии детей с хроническим пиелонефритом немаловажное значение имеют аллергические заболевания, в основе которых в большинстве случаев имеет место сочетанная сенсibilизация к различным группам аллергенов, что требует дифференцированного подхода к терапии.