

О.Б. Заболотских
**ФЕРМЕНТЫ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С
ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

*Кировская областная детская клиническая больница,
кафедра детских болезней КГМИ*

Гломерулонефрит представляет собой иммунное воспаление с преимущественным исходным поражением клубочков почки и последующим вовлечением в патологический процесс всех почечных структур. В то же время, особенности клинического течения и прогноз гломерулонефрита определяются не только изменениями почек, но и поражением других систем и органов. В этом плане заслуживает серьезного внимания вовлечение в процесс желудка и поджелудочной железы. Известно, что у подавляющего большинства взрослых лиц и детей, страдающих хроническим гламерулонефритом в стадии хронической почечной недостаточности, диагностируются поражение пищевода, уремический гастрит, энтероколит, холецистит, тяжёлое поражение печени и поджелудочной железы, усугубляющие течение основного заболевания (Гнатюк А.И. с соавт., 1980; Маждраков Г., Попов Н., 1980; Рысс Е.О. с соавт., 1988, 1989; Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е., 1989; Иллек Я.Ю., 1990), в возникновении которых ведущая роль отводится воздействию токсических веществ, образующихся вследствие глубокого расстройства обменных процессов у этих больных. Вместе с тем, у больных острым и хроническим гломерулонефритом с сохранной функцией почек тоже выявляются признаки нарушения деятельности желудка и поджелудочной железы (Тареев Е.М. с соавт., 1974; Самсонов М.А. с соавт., 1978; Пыриг Л.А., Мельман Н.Я., 1984; Фархутдинов Р.Г. с соавт., 1985; Сиражидинов А.С., 1991). Однако данные литературы о характере дисфункции главных пищеварительных желез у больных острым гломерулонефритом разноречивы, что не позволяет решить вопрос о коррекции этих нарушений.

Под нашим наблюдением находилось 79 детей в возрасте 5-14 лет, у которых диагностировался начальный период острого

диффузного гломерулонефрита. Для оценки функционального состояния желудка у больных при поступлении в стационар (до назначения комплексной терапии) определяли содержание пепсиногена в сыворотке крови и моче, суточную экскрецию его с суточной мочой по Хиршовитцу; функциональное состояние поджелудочной железы у больных оценивали по уровням амилазы в сыворотке крови и моче, выделению её с суточной мочой (по Рою-Смиту), уровням липазы в сыворотке крови и моче, выделению её с суточной мочой (по Курзанову Д.Н.), уровням трипсина в сыворотке крови и моче, выделению его с суточной мочой (по Галочкину В. А.), уровням ингибитора трипсина в сыворотке крови и моче, выделению его с суточной мочой (по Шатерникову В. А.). Результаты исследований у больных сравнивали с данными, полученными у 43 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Как следует из материала, приведенного в таблице, у больных острым гломерулонефритом отмечалось значительное снижение уровня пепсиногена в сыворотке ($P < 0,001$) и экскреции его с суточной мочой ($P < 0,001$) при отсутствии достоверных изменений содержания фермента в моче. Уровень амилазы в сыворотке крови больных оказался повышенным ($P < 0,001$), её содержание в моче существенно не изменялось, но выделение с суточной мочой уменьшалось ($P < 0,001$). Достоверных изменений концентрации липазы в сыворотке крови и моче больных не обнаружилось, однако экскреция фермента с суточной мочой уменьшалась ($P < 0,001$). Уровень трипсина в сыворотке крови больных существенно не изменялся, содержание его в моче оказалось повышенным ($P < 0,01$), а выделение с суточной мочой пониженным ($P < 0,001$). Вместе с тем, у больных острым

гломерулонефритом имело место значительное повышение концентрации ингибитора трипсина в сыворотке крови ($P < 0,001$)

и моче ($P < 0,001$) при отсутствии существенных изменений экскреции его с суточной мочой.

ТАБЛИЦА № 1
Показатели секреторной функции желудка и поджелудочной железы у больных острым диффузным гломерулонефритом
($M \pm m$).

ПОКАЗАТЕЛИ	ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ, n=43	БОЛЬНЫЕ ГЛОМЕРУЛО- НЕФРИТОМ n=79
Пепсиноген :		
в сыворотке , тир. Ед/мл	1,06 +/- 0,04	0,65 +/- 0,04
в моче , тир. Ед/мл	17,37 +/- 0,61	16,02 +/- 1,09
выделение с мочой, тир. Ед/мл/сут.	17439 +/- 43	8328 +/- 126
Амилаза :		
в сыворотке , ед/мл	0,053 +/- 0,005	0,077 +/- 0,004
в моче , ед/мл	0,310 +/- 0,024	0,266 +/- 0,021
выделение с мочой , ед/мл/сут	311,24 +/- 1,68	140,61 +/- 2,37
Липаза :		
в сыворотке , ед/мл	0,219 +/- 0,011	0,266 +/- 0,022
в моче , ед/мл	0,068 +/- 0,009	0,089 +/- 0,008
выделение с мочой , ед/мл/сут	68,27 +/- 0,63	46,87 +/- 0,96
Трипсин :		
в сыворотке , ед/мл	16,96 +/- 0,88	19,46 +/- 2,11
в моче , ед/мл	11,20 +/- 0,89	15,79 +/- 1,49
выделение с мочой , ед/мл/сут	11245 +/- 62	8230 +/- 175
Ингибитор трипсина :		
в сыворотке , ед/мл	106,31 +/- 3,22	160,42 +/- 6,51
в моче , ед/мл	59,45 +/- 2,97	121,63 +/- 7,65
выделение с мочой , ед/мл/сут	59688 +/- 208	63737 +/- 875

Представленные выше результаты исследований свидетельствуют о том, что у детей с острым диффузным гломерулонефритом уже в начальном периоде заболевания обнаруживались признаки нарушения секреторной функции желудка и поджелудочной железы. В соответствии с феноменом "уклонения ферментов" повышение уровней ферментов желудка и поджелудочной железы в сыворотке крови сопровождается снижением концентрации их в желудочном и дуоденальном содержимом, и наоборот. Следовательно, у наблюдаемых нами больных отмечалось повышение секреторной функции желудка и понижение

секреторной функции поджелудочной железы. Выявленные нарушения деятельности желудка и поджелудочной железы у детей с острым гломерулонефритом позволяют рекомендовать включение в комплексную терапию больных обволакивающих и антацидных средств (алмагель, викаир, викалин, Де-Нол, гастрофарм и др.), ферментных препаратов (панкреатин, фестал, мезим-форте, трифермент и др.) в соответствующих возрастных дозах. Целесообразность проведения лечения указанными препаратами обосновывается ещё и тем, что в процессе патогенетической терапии больных гломерулонефритом

используются противовоспалительные средства, кортикостероиды и цитостатики, усугубляющие дисфункцию главных пищеварительных желез.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гнатюк А.И., Чеканов В.А., Пушкарь Н.С. Практическая нефрология детского возраста. -Киев, "Здоровья", 1980. -74 с.
2. Иллек Я.Ю. Диагностика и лечение первичных нефритов у детей. -Ташкент "Медицина", 1990. -168 с.
3. Пыриг Л.А., Мельман Н.Я. Гломерулонефрит. -Киев, "Здоровья", 1984. -182 с.
4. Рысс Е.С., Рябов С.И., Лутошкин М.Е. Особенности экскреторной функции желудка при хроническом гломерулонефрите //Тер. архив. -1988, т. 60, 2. -с. 148-152.
5. Рысс Е.С., Рябов О.И., Лутошкин М.Б. Современная клиническая оценка показателей секреторной и экскреторной функции желудка у больных хроническим гломерулонефритом / Арология и нефрология. -1989, 2, -с. 45-49.
6. Самосонов М.А., Полянцева Л.Р. "Куликов Ю.Ф. и др. Изменения ферментовыведательной функции поджелудочной железы у больных с нефротическим синдромом //Клин. медицина. -1978, т. 56, 3. -с. 117-119.
7. Сираждинов А.С. Состояние секреторной функции желудка и поджелудочной железы при остром гломерулонефрите у детей (клинико-экспериментальное исследование): Дис. канд. мед. наук, Андижан, 1991. -109 с.
8. Тареев Е.М., Самсонов М.А., Полянцева Л.Р. и др. Активность некоторых ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и дуоденальном содержимом у больных с

нефротическим синдромом /Мат. I Всесоюзного съезда нефрологов. -Минск, 1974. -с. 131-132.

9. Фархутдинов Р. Г., Исанбаева Р. Х., Зиянгиров Т.М. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы у больных с поражением почек/ Мат.научно-практ.конф. "Оздоровление и реабилитация больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта". -Уфа, 1985. -с. 73-75.

Summary

The results of the investigation given above show that in children with acute diffuse glomerulonephritis even at the beginning of the disease there were manifestations of the disturbance (or disorder) in the secretion function of the stomach and pancreas. According to the "enzyme deflection" phenomenon the increase of stomach and pancreas enzyme level in the blood is accompanied by the reduction of their concentration in stomach and duodenum content and vice versa. Consequently the observed patients showed the increase of secretion stomach function and the reduction of the secretion pancreas function. The disturbances in stomach and pancreas functions, revealed in children with acute glomerulonephritis make it possible to recommend covering medicines and medicines against chlorine acid to be included (to be added) to the complex therapy (almagel, vicair, vicalin, D'nol, gastroform etc). Also some enzyme medicines may be added (pancreatin, phestal, mezym-forte, thruenzyme and other), in corresponding age dosage.