

О.Н. Слободянюк¹, С.Л. Жарский², А.Н. Евсеев²

ОСТРЫЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

301-й Окружной военный клинический госпиталь¹;
Дальневосточный государственный медицинский университет², г. Хабаровск

Резюме

Приведен анализ 110 случаев острого нефритического синдрома у мужчин молодого возраста Дальневосточного военного округа, проходивших стационарное лечение в 301-м ОБКГ ДВО. Изучены этиологические факторы, клиничко-лабораторные особенности, нозологическая структура при остром нефритическом синдроме у этого контингента.

Ключевые слова: остронефритический синдром, острый гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит.

O.N. Slobodyanuk, S.L. Zharsky, A.N. Evseev
ACUTE NEPHRITIC SYNDROME IN YOUNG
MEN OF THE ORGANIZED COMMUNITY

Far Eastern State Medical University,
301 Regional Military Hospital, Khabarovsk

Summary

The article contains the data of examination of 110 patients - the recruiting soldiers of Far Eastern Military District who suffered from acute nephritic syndrome (ANS) due to acute or chronic glomerulonephritis. The ethiological and trigger factors, clinical peculiarities and nosological structure of ANS in this special contingent were described.

Key words: acute nephritic syndrome, acute glomerulonephritis, chronic glomerulonephritis.

Материалы и методы

В период с 2003 по 2008 г. в нефрологическом стационаре 301-го Окружного военного клинического госпиталя (г. Хабаровск) обследовано 110 больных мужчин в возрасте от 18 до 23 лет с клиничко-лабораторными проявлениями ОНС. В ходе обследования принимали во внимание район проживания пациентов до призыва в Вооруженные Силы с распределением по группам, соответствующим федеральным округам Российской Федерации. Критериями ОНС являлось острое или относительно острое начало заболевания с развитием отеочного синдрома, артериальной гипертензии, проявлениями левожелудочковой недостаточности и изменениями в анализах мочи (протеинурия, микро- или макрогематурия, цилиндрурия). В программу обследования включали клиничский анализ крови, исследование суточной протеинурии, пробы мочи по Нечипоренко и Зимницкому, биохимические исследования крови, в том числе определение уровней мочевины, креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD [5], ультразвуковые исследования почек, сердца, электрокардиографию. По показаниям 14 пациентам с их согласия выполнили нефробиопсию. Оценку биоптата проводили методом световой микроскопии с использованием окрасок ге-

матоксилином-эозином, по Ван-Гизону и конго-рот. Морфологические исследования проводили на кафедре патологической анатомии Дальневосточного государственного медицинского университета. По результатам обследования все пациенты были распределены на три группы. В 1 группу вошли 27 военнослужащих (24,54%) с установленным диагнозом ОГН, разрешившимся выздоровлением, что подтверждено достаточно быстрым и полным регрессом ОНС, отсутствием клиничских и лабораторных признаков заболеваний почек как на момент выписки, так и при повторном стационарном обследовании после отпуска по болезни, т.е. через 4-5 мес. от начала госпитализации. Вторую группу составили 39 пациентов (35,46%), у которых был диагностирован ХГН на основании мочевого синдрома, артериальной гипертензии, сохраняющихся более 4 мес., а также данных нефробиопсии. К 3 группе отнесены оставшиеся 44 пациента (40%) с установленным диагнозом ОГН, у которых в результате лечения исчезли клиничские проявления ОНС и нормализовались лабораторные показатели. Однако, в отличие от 1 группы, по различным причинам этим лицам не уда-

Таблица 1

**Заболевания, непосредственно предшествовавшие
развитию ОНС у лиц молодого возраста ДВО**

Заболевание, предшествующее ОНС	Общая группа		1 группа		2 группа		3 группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стрептодермия	39	35,5	11	40,7	9	23,07	19	43,18
Инфицированная рана	16	14,5	6	22,2	7	17,95	3	6,82
Ангина и фарингит	26	23,7	6	22,2	8	20,52	12	27,27
Ветряная оспа	2	1,8	0	0	1	2,56	1	2,27
Пневмония	1	0,9	0	0	1	2,56	0	0
Причина не установлена	16	14,5	1	3,7	9	23,07	6	13,64
Сочетание факторов	10	9,1	3	11,1	4	10,26	3	6,82
Итого	110	100	27	100	39	100	44	100

Таблица 2

**Распределение лиц молодого возраста ДВО
с ОНС в зависимости от степени АГ**

Уровень АД, мм рт.ст. САД/ДАД	1 группа		2 группа		3 группа	
	%	абс.	%	абс.	%	абс.
130-139/85-89	3,71	1	2,56	1	9,1	4
140-159/90-99	29,63	8	17,95	7	29,54	13
160-179/100-109	55,55	15	43,59	17	31,81	14
≥180/110	11,11	3	35,90*	14	29,55	13

Примечание. * — достоверно в сравнении с 1 группой ($p < 0,05$).

лось провести повторного стационарного обследования и, следовательно, сделать окончательные выводы как о полном выздоровлении, так и о характере имевшего место гломерулонефрита (ОГН с выздоровлением или ХГН с исходом в ремиссию).

Результаты исследования

До призыва на воинскую службу большинство больных ОНС проживали на территории Дальневосточного (34 чел. — 30,1%) и Сибирского (32 чел. — 29,3%) федеральных округов РФ. Средний возраст на момент развития ОНС составил $19,45 \pm 0,07$ лет. В 1 группе пациентов ОНС развился в возрасте $18,93 \pm 0,19$ лет, т.е. достоверно ($p < 0,02$) раньше, чем во 2 ($19,56 \pm 0,16$ лет) и в 3 ($19,69 \pm 0,21$ лет) группах. ОНС развился в среднем через $7,6 \pm 0,51$ мес. после призыва на военную службу. При этом в 1 группе ОНС развился через $5,3 \pm 0,74$ мес., т.е. в достоверно более ранние сроки от времени призыва, чем во 2 и 3 ($7,4 \pm 0,73$ мес.; $p < 0,05$ и $9,2 \pm 0,97$ мес.; $p < 0,01$) соответственно. В течение года максимальное количество случаев ОНС отмечено в январе — 14 случаев (12,73%) и апреле — 13 (11,82%).

Заболевания, которые непосредственно предшествовали началу ОНС и поэтому рассматривались в качестве этиологического либо провоцирующего обострение (при ХГН) фактора, представлены в табл. 1. В этиологии ОГН доминировали стрептодермия (40,7%), инфицированные раны (22,2%), ангина и фарингит (соответственно 18,5 и 3,7%) и сочетание этих заболеваний (11,1%). В сумме вышеуказанные факторы составили 96,2%, что подчеркива-

ет ведущую роль стрептококковой инфекции в качестве причины ОГН. ОНС как проявление ХГН также чаще всего возникал после либо на фоне стрептококковых заболеваний (71,9%), однако в 23,1% случаев видимый предшествующий фактор не был установлен. Промежуточную позицию занимали пациенты 3 группы. Стрептококковые заболевания, предшествующие развитию ОНС, у них выявлены в 77,27%, отсутствие видимой причины зарегистрировано в 13,64%.

Отеки — один из основных клинических признаков ОНС. Их выраженность была различной: от пастозности лица и стоп до выраженных периферических и умеренных полостных отеков (гидроторакс и асцит). Периферические отеки сохранялись в течение $10,21 \pm 0,52$ сут, а полостные — $17,21 \pm 0,92$ сут и исчезали под действием терапии полностью у всех больных. По выраженности и длительности сохранения отеков различий между группами не выявлено.

Артериальная гипертензия — обязательный симптом ОНС. При поступлении военнослужащих с ОНС в стационар систолическое АД (САД) составило в среднем $156,96 \pm 1,95$ мм рт.ст., диастолическое (ДАД) — $98,15 \pm 1,20$ мм рт.ст. При сравнении между группами (табл. 2) оказалось, что лиц с уровнем АД, превышающим 180/110 мм рт.ст., во 2 группе (среди больных с установленным диагнозом ХГН) было достоверно больше, чем в 1 группе (больные с ОГН). Подобная тенденция выявлена и в 3 группе, где частота встречаемости столь же высокого уровня АГ имела промежуточное между двумя другими группами значение. Необходимо отметить, что у всех пациентов с ОНС, в том числе и тех, кому был установлен диагноз ХГН, повышение АД было зафиксировано впервые в жизни и нормализовалось по мере регрессии явлений ОНС на фоне лечения. Во всех группах мы не отметили выраженных проявлений левожелудочковой недостаточности. Тем не менее, большинство пациентов отмечали одышку даже при обычной для военнослужащего физической нагрузке, такой как утренний зарядка, подъем по лестнице или быстрая ходьба. Ни у кого из обследованных не отмечалось приступов сердечной астмы и тем более отека легких, что, вероятно, связано с отсутствием у людей молодого возраста исходной фоновой патологии сердца и с относительно небольшим повышением АД. Показатели внутрисердечной гемодинамики у наших пациентов также не имели отклонений от нормы.

Лабораторные показатели представлены в табл. 2. Гематурия отмечалась у всех пациентов с ОНС. Макрогематурию чаще наблюдали при ХГН (2 группа). Пациенты 3 группы снова, как и при оценке уровня АГ, занимали промежуточную между 1 и 2 группами позицию по частоте выявления макрогематурии. Максимальная концентрация белка в моче и суточная протеинурия были достоверно выше во 2 группе, достоверных же отличий между больными ОГН 1 и 3 групп не выявлено. В 1 и 3 группах максимальную концентрацию белка в моче, превышающую 1 г/л, наблюдали в 18,5 и 9,1% (3 и 4 пациента соответственно), в том числе превышающую 3 г/л — в 7,4 и 4,6% (по 2 больных). Во 2 группе частота обнаружения столь значительной протеинурии была выше — соответственно в 59% (23 больных; $p < 0,01$ в сравнении с обеими другими группами) и 23% (9 больных; $p > 0,05$). Протеинурия у наших паци-

Таблица 3

**Лабораторные показатели при ОНС
у лиц молодого возраста ДВО**

Лабораторные показатели	1 группа (n=27)	2 группа (n=39)	3 группа (n=44)
Гемоглобин (г/л)	121,77±2,63	127,41±2,46	123,16±2,42
Креатинин (мкмоль/л)	94,60±5,60	123,92±10,56 p ₂₋₁ <0,02	116,51±8,06 p ₃₋₁ <0,05
Скорость клубочковой фильтрации MDRD (мл/мин)	102,8±5,81	87,21±6,12	89,26±5,22
Общий белок (г/л)	63,30±1,52	64,57±1,41	65,32±1,04
Альбумин (г/л)	35,54±1,40	34,96±1,14	36,61±1,06
Протеинурия (г/л)	0,77±0,29	1,72±0,25 p ₂₋₁ <0,02	0,58±0,13 p ₃₋₂ <0,01
Суточная протеинурия (г/л)	0,82±0,45	2,17±0,48 p ₂₋₁ <0,05	0,48±0,18 p ₃₋₂ <0,01
Частота микрогематурии, % (абс.)	79,31 (21)	46,13 (18)	68,19 (30)
Частота макрогематурии, % (абс.)	22,22 (6)	53,87 (21)	31,81 (14)
Частота цилиндрурии, % (абс.)	44,82 (13)	87,19 (34)	65,9 (29)
Снижение относительной плотности мочи < 1,018% (абс.)	51, 72 (15)	51,28 (20)	63,63 (28)

Примечания. p₂₋₁ — достоверные отличия между 2 и 1 группами; p₃₋₁ — между 3 и 1 группами; p₃₋₂ — между 3 и 2 группами.

ентов не приводила к гипоальбуминемии и развитию нефритического синдрома. Тем не менее, кратковременное снижение общего белка в крови до <60 г/л при нормальном содержании альбумина выявлено у 36 (33,3%) пациентов с ОНС. У большинства больных ХГН мы не наблюдали характерного для этого заболевания снижения относительной плотности мочи, что можно объяснить небольшой длительностью заболевания и отсутствием в связи с этим выраженных канальцевых расстройств.

СКФ у больных 2 и 3 групп была на нижней границе нормы, тогда как у больных 1 группы с достоверным диагнозом ОГН средняя величина СКФ была нормальной, но эти отличия были статистически незначимы. СКФ менее 90 мл/мин зарегистрирована в 1 группе у 33,3% пациентов, во 2 группе — у 56,41%, в 3 группе — у 52,27%. При выписке у всех больных наступало восстановление СКФ до нормальных значений.

Нефробиопсия выполнена 14 пациентам с ОНС, имеющим длительно (в течение 1 мес.) сохраняющиеся микрогематурию, высокую протеинурию, медленный регресс отеков. При этом в 7 случаях (50%) выявлены морфологические признаки острого интракапиллярного продуктивного гломерулонефрита. У 6 военнослужащих (42,86%) имела место морфологическая картина хронического мезангиопролиферативного гломерулонефрита и у 1 пациента (7,14%) — мезангиокапиллярного ХГН.

Обсуждение

Наши данные, так же как и сведения литературы [6, 7], подтверждают преобладание ОГН (больные 1 и 3 групп) среди пациентов с ОНС. Отметим, что достаточно достоверный диагноз ОГН, основанный на результатах не только первичного, но и повторного стационарного

обследования, был установлен у 27 из 110 пациентов нефрологического отделения. Особый статус занимает 3 группа из 44 больных, у которых также были основания для диагностики ОГН, поскольку в ходе лечения у них наступал быстрый и полный регресс ОНС. В то же время в этой группе были пациенты, у которых при повторном обследовании, включавшем в ряде случаев и нефробиопсию, были обнаружены признаки ХГН.

Отметим, что у пациентов 3 группы многие показатели при сравнении имеют значения, промежуточные между аналогичными параметрами 1 (ОГН) и 2 (ХГН) групп. Это относится к степени АГ, частоте выявления микро- и макрогематурии, цилиндрурии, к уровням креатинина и СКФ. Данное свидетельствует о необходимости внимательной оценки течения ОНС и осторожного подхода к постановке диагноза ОГН у лиц молодого возраста в организованном коллективе. К особенностям ОНС у этого контингента следует отнести близкое сходство течения ОНС при ОГН и при манифестации либо обострении ХГН. Прежде всего, отметим общность этиологических (при ОГН) и провоцирующих (при ХГН) факторов в виде стрептококковой инфекции. Другой особенностью течения как ОГН, так и ХГН с ОНС является отсутствие в большинстве случаев выраженного снижения СКФ. Начало заболевания с развития яркой клиники ОНС, а также достаточно быстрая, практически не отличающаяся при ОГН и ХГН его регрессия — все это затрудняет дифференциальную диагностику между этими заболеваниями. В то же время, постановка точного диагноза (ОГН или ХГН) имеет для только что призванных военнослужащих особое значение в силу необходимости решения экспертных вопросов, касающихся возможности дальнейшего несения воинской службы. Основываясь на наших результатах, можно привести некоторые признаки, повышающие вероятность предположения хронического течения гломерулонефрита у данной категории пациентов. К ним относятся АГ более 180/110 мм рт.ст., снижение СКФ менее 90 мл/мин, сохранение периферических отеков более 10 сут, концентрация белка в моче более 1 г/л, особенно в сочетании с макрогематурией. Точной постановке диагноза должно способствовать проведение нефробиопсии. Однако этот, хотя и относительно безопасный, но все же инвазивный способ должен применяться по строгим показаниям и быть завершающим методом обследования.

Выводы

1. Нозологическая структура ОНС у мужчин молодого возраста в организованном коллективе характеризуется высоким процентом ОГН (около 50%), что подтверждается данными динамического наблюдения и нефробиопсии.

2. У призывного контингента стрептококковая инфекция является этиологическим фактором ОГН в 96,2% и фактором, провоцирующим ОНС при ХГН, в 71,9%, что диктует необходимость проведения первичной профилактики и своевременного выявления стрептококковых заболеваний.

3. Особенностью ОНС у лиц молодого возраста в организованном коллективе является трудность определения его нозологической принадлежности к ОГН или ХГН. Это обусловлено одинаково быстрой регрессией клинических и лабораторных проявлений ОНС, отсутствием гипостенурии при ХГН. В связи с этим для постановки

точного диагноза и правильного решения вопросов экспертизы возрастает роль ранней нефробиопсии и обязательного повторного обследования перенесших ОНС.

Л и т е р а т у р а

1. Багмет А.Д., Харламов А.И., Зайцева Н.С. К вопросу об остром нефритическом синдроме у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Военно-медицинский журнал. - 2005. - №12. - С. 42.

2. Багмет А.Д., Харламов А.И., Костюченко А.И. и др. Клинико-иммунологическая характеристика острого гломерулонефрита у военнослужащих, проходящих службу в зоне регионального вооруженного конфликта // Военно-медицинский журнал. - 2006. - №5. - С. 68-69.

3. Белянко К.О., Шуленин С.Н., Бойцов С.А. Острый нефритический синдром у лиц молодого возраста в экстремальных условиях. // TERRA MEDICA nova. - Февраль. 2004. - Режим доступа: http://www.terramedica.spb.ru/2_2004/beljanko.htm (дата обращения 15.06.2008).

4. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Кн. 4. [под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда, К.Иссельбахера]. - М.: Практика, 2005. - 1992 с.

5. Земченков А.Ю., Томилина Н.А. «К/ДОКИ» обращается к истокам хронической почечной недостаточности // Нефрология и диализ. - 2004. - Т.6, №3. - С. 204-220.

6. Лоскутова С.А., Чупрова А.В., Мовчан Е.А. и др. Заболеваемость и клиническая характеристика острого гломерулонефрита у детей в Новосибирской области // Нефрология и диализ. - 2003. - Т.5, №1. - С. 51-55.

7. Мовчан Е.А., Валентик М.Ф., Тов Н.Л. и др. Эволютивные тенденции в клинике острого гломерулонефрита взрослого населения Новосибирской области // Клин. медицина. - 2001. - №8. - С. 47-50.

8. Нефрология: Рук-во для врачей [под ред. И.Е. Таревой]. - М.: Медицина, 2000. - 688 с.

Координаты для связи с авторами: Жарский С.Л. e-mail: Sergey.Zharskiy@mail.ru



УДК 616.36 - 085 - 02 : 616.89 - 008.441.13

С.А. Алексеенко¹, А.Ю. Щупак², О.А. Лебедько³

ВЛИЯНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, РАЗВИВШИМСЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТСОДЕРЖАЩИХ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹;

МУЗ «Городская клиническая больница №10»²;

Институт охраны материнства и детства СО РАМН³, г. Хабаровск

В 2006 и 2007 гг. по федеральным и региональным средствам массовой информации прокатилась волна сообщений, посвященных массовым отравлениям суррогатами алкоголя с внезапным развитием выраженной желтухи [5]. В подавляющем большинстве случаев заболеванию были подвержены социально неблагополучные лица (без определенного места жительства, безработные), страдающие хронической алкогольной болезнью и склонные к употреблению различных спиртосодержащих жидкостей [3], в том числе дезинфицирующих средств «Троя», «Трояр», «Настойка боярышника» (косметическое средство), спирта аптечного антисептического для наружного применения. В составе всех названных спиртосодержащих жидкостей определялся полигекса-

метилenguанидин гидрохлорид, относящийся к дезинфицирующим средствам [5]. По имеющимся неполным данным, количество заболевших по различным территориям субъектов Российской Федерации составило к концу 2006 г. 10 400 чел. [3].

Затяжное течение токсических поражений печени с высоким уровнем их хронизации, длительной потерей трудоспособности больных, резистентностью к стандартной терапии [4] ставят данную патологию в ряд социально значимых заболеваний. В связи с этим поиск новых эффективных и недорогих способов лечения токсических гепатитов сегодня особенно актуален. Известно, что нарушение процессов свободнорадикального окисления (СРО) является одним из ведущих звеньев патогенеза за-