

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПОСТИНФЕКЦИОННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В АРМЕНИИ

А.А.Саркисян, М.М.Папазян, Г.Г.Азатян, Н.А.Ариканц,
А.С.Баблоян, Э.Лойман

*/Кафедра детской хирургии и оперативной нефрологии НИЗ,
Детский лечебный центр "Арабкир",
Университетская детская клиника, Цюрих, Швейцария/
375014, Ереван, ул. Фурманова, 30*

Ключевые слова: острый гломерулонефрит, дети, Армения

Со времен первого описания Брайтом в 1836г. острого постинфекционного (постстрептококкового) гломерулонефрита (ОПГН) отмечены многочисленные эпидемии заболевания в различных регионах мира. Распространенность ОПГН находится в непосредственной зависимости от социально-экономического уровня развития общества [15]. Последние десятилетия характеризуются непрерывным падением кривой заболеваемости ОПГН в мире [8,12,15]. На фоне подобной тенденции начиная с 1992 г. в Армении отмечается значительный рост числа детей с этой патологией.

Настоящая работа предпринята с целью выявления особенностей этиологии, клинических проявлений, течения и прогноза ОПГН в период пика заболеваемости в республике.

Материал и методы

Обследовано 157 детей в возрасте от 1 до 16 лет, поступивших в нефрологическое отделение с 1992 по 1996 г. Большинство пациентов были дошкольного и младшего школьного возраста, и только один ребенок был младше двух лет. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,5:1, что соответствует данным литературы [1,8,15]. Диагноз ОПГН устанавливали при наличии по меньшей мере трех из нижеперечисленных четырех критериев: 1) развитие заболевания через 7–12 дней после предшествующей инфекции; 2) проявление в виде нефритического (отеки + гипертензия + макрогематурия) синдрома; 3) низкий уровень СЗ компонента комплемента сыворотки крови; 4) высокий (>200 ИЕ/мл) титр антистрептолизина-О (АСЛО).

С3 компонент комплемента исследовали методом радиальной иммунодиффузии по Манчини с использованием чашек NOR-Partigen (Behring, США). Уровень АСЛ-О определяли в реакции латекс-агглютинации со стрептолизин-О (RapiTex, Behring, США). Катамнестические исследования результатов анализов мочи, почечных функций и С3 компонента комплемента проводили в сроки 3 и 6–12 месяцев от начала заболевания.

Нефробиопсия проведена у 4 больных. Показаниями были отеки и/или гипертензия, сохраняющиеся более 3–4 недель, прогрессирующее снижение почечных функций, персистирующая гипокомплементемия и упорная продолжительная макрогематурия.

Всем детям назначали 14-дневный курс антибактериальной терапии пенициллином или его аналогами. При наличии отеков и гипертензии применяли симптоматические средства (диуретики, гипотензивные препараты). Один ребенок нуждался в проведении гемодиализа (8 сеансов). Трое больных с отеком легкого находились на искусственной вентиляции. Иммуносупрессивную терапию преднизолоном и циклофосфамидом получили трое пациентов с быстро прогрессирующим гломерулонефритом (БПГН). Реконвалесценцию констатировали при ликвидации отеков, гипертензии и стабильно нормальных анализах мочи.

Результаты и обсуждение

На заре изучения этиологии ОПГН в качестве предшествующей стрептококковой инфекции (СИ) нередко выступала скарлатина. В последующем до 85% случаев ОПГН ассоциировались с ангиной [1,14]. В тропических странах частой причиной ОПГН является кожная СИ [4]. Анализ этиологической структуры ОПГН у наших детей выявил, что наряду с респираторной инфекцией значительную роль в возникновении заболевания продолжает играть скарлатина. Нередкой причиной ОПГН была также кожная инфекция (импетиго). Любопытно отметить, что у большинства больных гнойнички на коже были вторичными по отношению к чесотке (рис.1).

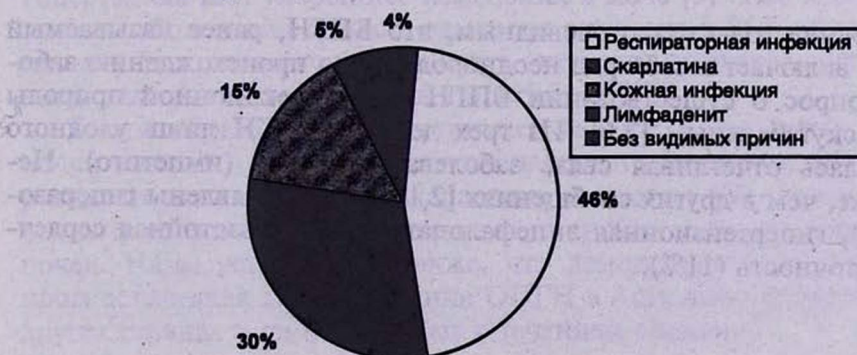


Рис. 1. Заболевания, предшествующие ОПГН (n=157)

Классический ОПГН протекает по типу нефритического синдрома. Однако в большинстве случаев (50–80%) отмечается субклиническое течение (изолированный мочево́й синдром), которое затрудняет диагностику [12,13]. У подавляющего большинства наших пациентов ОПГН проявился нефритическим синдромом. Лишь у 1/5 больных имелся изолированный мочево́й синдром. Причиной обращаемости в лечебные учреждения у них была макрогематурия. Мы уверены, что многие случаи ОПГН, единственными проявлениями которого были небольшие изменения в анализах мочи, оставались недиагностированными. Отдельные авторы сообщают о том, что у 20% детей ОПГН является результатом контакта с СИ в семье [7]. В связи с этим вполне обоснована рекомендация исследования мочи у всех детей в случае наличия в семье больного ОПГН. Семейные случаи заболевания нами отмечены в 4 случаях (9 пациентов). Нефротический синдром с гематурией и/или гипертензией в дебюте ОПГН встречается крайне редко и требует дифференциальной диагностики с другими вариантами гломерулонефрита [11]. Он отмечен у троих наших пациентов, у которых последующая нефробиопсия выявила полуну́рный БПГН (рис. 2).

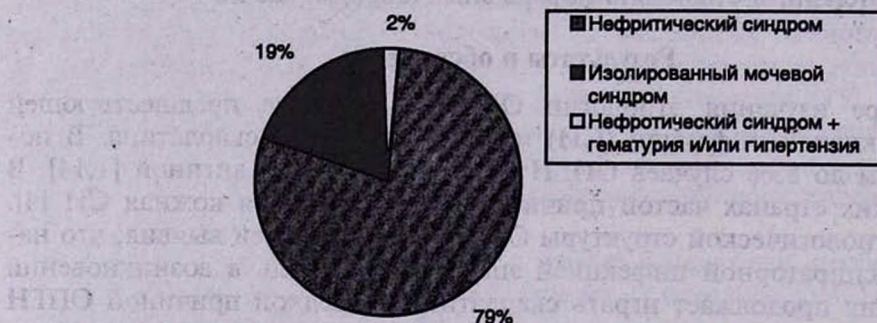


Рис. 2. Клиническая характеристика ОПГН у детей (n=157)

За последние годы стало очевидным, что БПГН, ранее называемый подострым, включает в себя ряд неоднородных по происхождению заболеваний. Вопрос о существовании БПГН постинфекционной природы остается дискуссионным [2,6]. Из трех детей с БПГН лишь у одного прослеживалась отчетливая связь заболевания с СИ (импетиго). Несколько реже, чем в других сообщениях [2,14], нами выявлены гиперазотемия (31%), гипертензионная энцефалопатия (4%) и застойная сердечная недостаточность (11%).

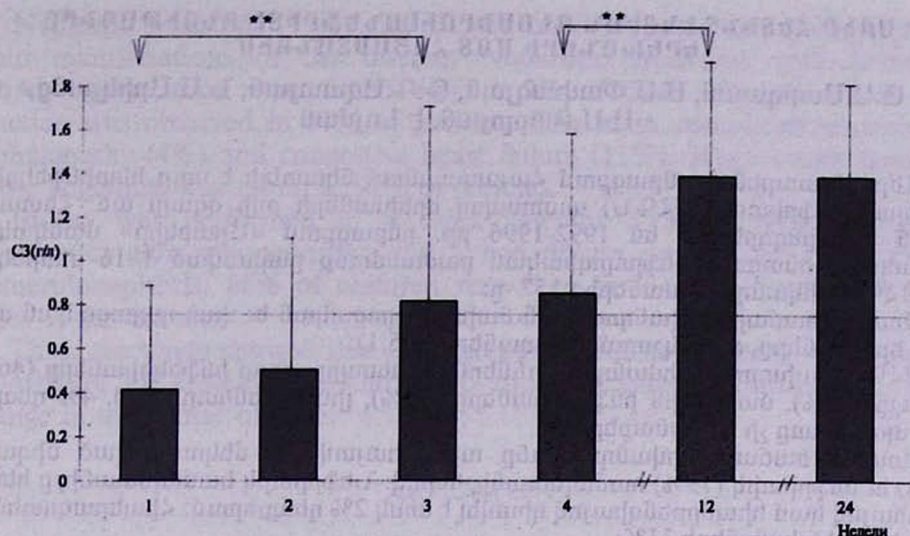


Рис 3. С3 компонент комплемента сыворотки крови детей с ОПГН в различные сроки от начала заболевания ($n=222$).

* Количество проведенных анализов

** $P < 0.02$

--- Нижняя граница нормы

На рис. 3 представлена эволюция уровня С3 компонента комплемента в зависимости от сроков его определения от начала ОПГН. Гипокомplementемия отмечена у 91% пациентов, обследованных на первой неделе заболевания. Уже на третьей неделе нормализация уровня С3 произошла у половины больных. Через 3 месяца лишь 1 ребенок имел гипокомplementемию. Различия между средними значениями показателя в зависимости от сроков заболевания были достоверными ($p < 0,02$).

Благоприятный прогноз ОПГН у большинства детей подтверждается данными литературы [5,9,10]. Лишь у немногих пациентов (в отдельных исследованиях до 20%) в ходе длительного наблюдения определяется гипертензия или умеренные изменения в моче [3]. Уже к 6-му месяцу от начала заболевания стойкая ремиссия отмечена у 86% наших детей. Относительная непродолжительность катамнестического наблюдения не позволила оценить отдаленный прогноз ОПГН.

Таким образом, ОПГН занимает важное место среди заболеваний почек у детей Армении. Наиболее частыми причинами ОПГН являются респираторная инфекция, скарлатина и кожная СИ, своевременное лечение которых в большинстве случаев может предотвратить поражение почек. Нами установлено также, что демографическая, клиническая и прогностическая характеристики ОПГН в Армении сходны с таковыми в других странах и не изменились с течением времени.

Поступила 30.07.1996

**ՍՈՒՐ ՀԵՏԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԳԼՈՄԵՐՈՒԼՈՆԵՖՐԻՏԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ
ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ**

**Ա.Ա.Սարգսյան, Մ.Մ.Փափազյան, Գ.Գ.Ազատյան, Ն.Ա.Արիկյան,
Ա.Ս.Բաբլոյան, Է.Լոյման**

Վերջին տարիների ընթացքում Հայաստանում նկատելի է սուր հետինֆեկցիոն գլոմերուլոնեֆրիտով (ՍՀԳՆ) տառապող երեխաների թվի զգալի աճ: Հետազոտման մեջ ընդգրկված են 1992-1996 թթ. ընթացքում «Արարիկ» մանկական բուժական կենտրոնի նեֆրոլոգիական բաժանմունք ընդունված 1-16 տարեկան 384 ՍՀԳՆ հիվանդ երեխաներից 157-ը:

Առավել հաճախ հիվանդացել են մախադայրոցական եւ վաղ դպրոցական տարիքի երեխաները, գերակշռում են տղաները (1.5:1):

ՍՀԳՆ մախորդող հիվանդություններն են ռեսպիրատոր ինֆեկցիաները (46%), քութեղը (30%), մաշկային ինֆեկցիաները (15%), լիմֆադենիտը (5%), 4% դեպքերում պատճառը չի հայտնաբերվել:

Առավել հաճախ հիվանդությունը արտահայտվել է մեկուսացված միզային (19%) եւ նեֆրիտիկ (79%) համախտանիշներով: Նեֆրիտիկ համախտանիշը հեմատուրիայով կամ հիպերթենզիայով դիտվել է սուս 2% դեպքերում: Հիպերազոտեմիա ունեցել են հիվանդների 31%:

Հիմնական բարդություններն են եղել՝ հիպերթենզիան, հիպերթենզիոն էնցեֆալոպաթիան (4%) եւ սրտային կանգային անբավարարությունը (11%):

Հիվանդության սկզբում հիպոկոմպլեմենտեմիան հայտնաբերվել է 91% դեպքերում:

4 հիվանդների մոտ կատարվել է երիկամային բիոպսիա, որից 3-ում ախտորոշվել է հարաճող գլոմերուլոնեֆրիտ, 1 հիվանդի մոտ՝ դիֆուզ պրոլիֆերատիվ էնդոկապիլար գլոմերուլոնեֆրիտ:

Կլինիկալաբորատոր ռեմիսիա է դիտվել 86% մոտ հիվանդության սկզբից 6 ամիս եւ ավելի ժամկետներում:

Այսպիսով, մեր կողմից ցույց է տրված, որ ՍՀԳՆ դեմոգրաֆիկ, կլինիկական եւ ելքային բնութագրերը Հայաստանում ու այլ երկրներում մույնաման են եւ ժամանակի ընթացքում չեն փոփոխվել:

**CHARACTERISTIC FEATURES OF ACUTE POSTINFECTIONOUS
GLOMERULONEPHRITIS OF CHILDREN IN ARMENIA**

**A.A.Sarkissian, M.M.Papazian, G.G.Azatian, N.A.Arikians,
A.S.Babloyan, E.Leumann**

The number of children with acute postinfectious (poststreptococcal) glomerulonephritis (APIGN) has considerably increased in Armenia during recent years. The aim of the present study was to determine special features of etiology, clinical manifestations and prognosis of APIGN epidemics in Armenia. The study covered 157 out of 384 children with APIGN in the age of 1 to 16 years, admitted to nephrology departement of our centre from 1992 to 1996. The disease most often occurred in children of preschool and younger school age with male preponderance (1:1,5). APIGN was preceded by respiratory infection (46%), scarlet fever (30%), pyoderma (15%), lymphadenopathy (5%). The cause of APIGN was not determined in 4% of cases.

Nephritic syndrome (79%) and isolated urine abnormalities (19%) were the main manifestations of the disease. Nephrotic syndrome with hematuria and/or hypertension were noted only in 2% of cases. The decreased renal function was observed in 31% of patients. The main complications were encephalopathy (4%) and congestive heart failure (11%). Hypocomplementemia at the beginning was found in 91% of patients.

Biopsy was performed in 4 cases whereof 3 had rapidly progressive (crescentic) glomerulonephritis, and 1 had diffuse proliferative endocapillary glomerulonephritis. 86% of children recovered in 6 to 12 months from the onset of the disease.

Thus, the study showed that demographic, clinical and prognostic features of APIGN in Armenia are similar to those of other countries and didn't change in the course of time.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саркисян А.А. Этиологическое и патогенетическое значение стрептококковой инфекции при первичном гломерулонефрите у детей. Автореф. канд. дисс. М., 1991.
2. Anganaco R., Thiru S., Esnault V.L. M. et al. Does truly "idiopathic" crescentic glomerulonephritis exist? Nephrol. Dial. Transplant., 1994, 9: 630.
3. Baldwin D.S., Gluck M.C., Schacht R.G., Gallo G. The long-term course of poststreptococcal glomerulonephritis. Ann. Int. Med., 1974, 80: 342.
4. Blumberg R.W., Feldman D.B. Observation on acute glomerulonephritis with impetigo. J. Pediatr., 1962, 60: 677.
5. Clark G., White R.H., Glasgow E.F. et al. Poststreptococcal glomerulonephritis in children: clinicopathological correlation and long-term prognosis. Pediatr. Nephrol., 1988, 2: 381.
6. Couser W.G. Rapidly progressive glomerulonephritis: classification, pathogenetic mechanisms and therapy. Am. J. Kidney Dis., 1988, 11: 449.
7. Dodge W.F., Spargo B.H., Travis L.R. et al. Poststreptococcal glomerulonephritis. A prospective study in children. N. Engl. J. Med., 1972, 286: 273.
8. Oner A., Demircin G., Bulbul M. Poststreptococcal acute glomerulonephritis in Turkey. Acta Paediatr., 1995, 84: 817.
9. Popovic-Rolovic M., Kostic M., Antic-Peco A. et al. Medium and long-term prognosis of patients with acute poststreptococcal glomerulonephritis. Nephron, 1991, 58: 393.
10. Potter E.V., Lipschultz S.A., Abidh S. et al. Twelve to seventeen-year follow-up of patients with poststreptococcal glomerulonephritis in Trinidad. N. Engl. J. Med. 1982, 307: 725.
11. Preakash J.J. Nephritic syndrome in poststreptococcal glomerulonephritis. J. Ind. Med. Assoc., 1986, 84: 105.
12. Roy S. III: Changing perspectives in children with poststreptococcal acute glomerulonephritis (PSAGN). 21-st Ann. Meet. Soc. Nephrol. San Antonio, 1988: 66.
13. Tejani A., Ingulli E. Poststreptococcal glomerulonephritis. Current clinical and pathological concepts. Nephron., 1990, 51: 1.
14. Vancure A. Pathogenesis of acute glomerulonephritis. Acta. Med. Scand., 1946, 134: 378.
15. Yap H-K, Chia K-S, Murugasu B. et al. Acute glomerulonephritis - changing patterns in Singapore children. Pediatr. Nephrol., 1990, 4: 482.