

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БПГН В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Солдатова Е.Е., Ахмадуллина Л.И.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Макарова Т.П., к. м. н., доцент Самойлова Н.В.
Кафедра госпитальной педиатрии
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН) является актуальной проблемой в педиатрической практике. Описаны лишь единичные случаи клинического течения БПГН у детей, который требует быстрого принятия решения по лечебно-диагностической тактике.

Цель исследования: изучить клинические варианты БПГН у детей.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ двух историй болезни детей с разными типами БПГН, находившихся в нефрологическом отделении ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» г. Казани.

Результаты: 1 случай — дебют с острого нефритического синдрома, протеинурии от минимальной до нефротического уровня 5 г/л с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью (ПН) с олигоанурией и азотемией. Креатинин от 237 до 969 мкмоль/л, мочевины от 16,9 до 35,2 ммоль/л. При иммунологическом исследовании крови обнаружены антитела (АТ) к базальной мембране клубочков (БМК) почек; активированные нейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) отрицательные. При иммунофлюоресцентном исследовании в клубочках — линейные отложения IgG и C3-компонента комплемента по ходу гломерулярных базальных мембран.

2 случай — острое начало с проявлений нефритического синдрома, в течение недели присоединение нефротического синдрома, АГ на фоне ПН с олигурией. Креатинин до 265 мкмоль/л, мочевины до 32 ммоль/л. СКФ = 40 мл/мин.

Выводы: иммунологическое исследование крови — обнаружены АНЦА и АТ к миелопероксидазе; АТ к БМК не обнаружены, что подтверждает БПГН, ассоциированный с АНЦА.

Выводы: при развитии у ребенка гломерулонефрита с нефритическим синдромом с прогрессирующей ПН необходимо в первую очередь думать о БПГН. Для верификации варианта течения БПГН в алгоритм диагностики необходимо включать определение антител к базальной мембране клубочков, антител к ДНК, определение АНЦА, контроль фильтрационной функции почек по Шварцу. Обязательным исследованием у детей с БПГН должна быть биопсия почек с морфологическим исследованием для точной диагностики варианта БПГН и выбора иммуносупрессивной терапии.

Литература

1. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Сиповский В.Г., Трофименко И.И., Пирожков И.А., Каюков И.Г., Лебедев К.И. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и прогнозу мембранопролиферативного гломерулонефрита, 2014.

ПОКАЗАТЕЛИ КАНАЛЬЦЕВОЙ РЕАБСОРБЦИИ ФОСФАТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Ускова С.Ю., Абакарова Д.А., Мазитов Д.М.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Савенкова Н.Д., д. м. н., профессор Левиашвили Ж.Г.
Кафедра факультетской педиатрии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: гипофосфатемический рахит — наследственная тубулопатия, обусловленная нарушением транспорта фосфатов в проксимальных канальцах почек, харак-

теризующаяся фосфатурией, гипофосфатемией, низкорослостью, деформацией нижних конечностей с формированием статико-динамической недостаточности [1].

Цель исследования: Оценить показатели канальцевой реабсорбции фосфатов у детей с гипофосфатемическим рахитом в динамическом наблюдении.

Материалы и методы: представлены результаты катamnестического обследования 82 пациентов с ГР в 3 возрастных группах: I (1–3 года), II (4–10 лет), III (11–18 лет), из них 30 (36,59%) мальчиков; 52 (63,41%) девочек, средний возраст на момент исследования 8 лет. Исследовались: КРФ, МКРФ, ФЭФ, МКРФ/СКФ, Р мочи и Р крови.

Результаты: чаще болеют девочки(2:1). При оценкe длины тела у пациентов выявлен низкий рост (больше у девочек в III группе). Рост у девочек в I гр(82 ± 12 см), у мальчиков $84,9 \pm 6$ см (2 центильный интервал). Во II группе у девочек $110 \pm 37,3$ см, у мальчиков 105 ± 45 см (2–3 центильный интервал). В III группе у девочек 144 ± 35 см, у мальчиков 148 ± 37 см (3 центильный интервал). Канальцевая реабсорбция фосфатов: КРФ(канальцевая реабсорбция фосфатов): I- $55,37^-$, II- $71,6^-$, III- $73,56^-$; МКРФ(максимальная канальцевая реабсорбция фосфатов): I- $0,87^-$, II- $0,73^-$, III- $0,65^-$; ФЭФ(фракционная экскреция фосфата): I- $43,54^+$, II- $32,66^+$, III- $26,44^+$; МКРФ/СКФ(отношение максимальной канальцевой реабсорбции к скорости клубочковой фильтрации): I- $0,01^-$, II- $0,11^-$, III- $0,01^-$; Р мочи (фосфаты мочи): I- $30,09$ мг/кг $^+$, II- $31,31$ мг/кг $^+$, III- $28,67$ мг/кг $^+$; Р крови(фосфор крови): I- $1,32^-$, II- $1,05^-$, III- $0,88^-$.

Выводы: у детей с гипофосфатемическим рахитом, получающих терапию фосфатным буфером и активными метаболитами витамина D, отмечена выраженная задержка роста в I гр. (2 центильный интервал, до начала терапии), в III гр. (3 ЦИ), фосфатурия (30 мг/кг), гипофосфатемия в II–III гр. ($1,05-0,08$ ммоль/л), улучшение рахитических костных деформаций, не нарастала статико-динамическая недостаточность. Полученные данные демонстрируют эффективность терапии препаратами фосфатного буфера (ReductoSpeciale), активными метаболитами витамина D (Рокальтрол). Ухудшение показателей КРФ в III группе связано с ростовым скачком в период пубертата, что требует коррекции терапии и динамического контроля изучаемых показателей.

Литература

1. Савенкова Н.Д., Папаян А.В., Левиашвили Ж.Г. Тубулопатии в практике педиатра.
2. Hypophosphatemic rickets / V.S. Jagtap, V. Sarathi, A.R. Lila [et al.] // Ind. j. of endocrinology a. metabolism. 2012. Vol. 16, N 2. P. 177–182.
3. Левиашвили Ж.Г. Тубулопатии с ведущим синдромом рахита, почечного канальцевого ацидоза, алкалоза, редкие синдромы у детей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. Научный консультант: доктор медицинских наук профессор Савенкова Н.Д. Санкт-Петербург 2015.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУРАМАГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Ли Б.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Ахрарова Н.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: наиболее частым синдромом,отягощающим течение пневмонии, являются заболевания почек, как пиелонефриты, сохраняя свою актуальность в структуре патологии детей раннего возраста. Поэтому необходимо продолжать исследования для разработки обоснованных принципов терапии и реабилитации больных.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата Фурамаг в комплексной терапии при осложненной пневмонии у детей раннего возраста с заболеваниями почек.

Материалы и методы: обследованы 2 группы больных с осложненной пневмонией: контрольная группа — больные дети, получившие общепринятое лечение, вторая основная группа 30 детей, в комплекс терапии которых, был включен фурамаг детям от 1-го до 3-х лет в дозе 5 мг/кг/сут в 2 приема, курс лечения 7 дней.