ИММУННО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

© Рахманова Лола Каримовна, Искандарова Ирода Рустамовна, Сабиров Максуд Атабаевич, Мирзалиева Сурманисо Алишеровна

Ташкентская медицинская академия, 100109, г. Ташкент, ул. Фароби, д.2. E-mail: lola.rahmanova61@mail.ru

Ключевые слова: анемия, нефротический синдром, лимфатический диатез.

Актуальность. Известно, что многие заболевания почек, манифестируя в детском возрасте, продолжают прогрессировать у взрослых, то есть хроническая болезнь почек (ХБП) — это глобальная медицинская, экономическая и социальная проблема, так как в мире нет достоверных данных о частоте встречаемости ХБП у детей. Частота ХБП в разных популяциях значительно выше, чем диагностируется (1%), и колеблется от 10 до 12% населения. Кроме того, за последние годы эволюция нефротической формы хронического гломерулонефрита (ХГН) у детей произошла в сторону увеличения частоты латентных и первично хронических форм заболевания, протекающих с более ранним снижением почечных функций. В этом плане уделяет внимание ХБП у детей, страдающих с фоновой патологией, в том числе лимфатическим диатезом (ЛД). ЛД у детей имеет полигенную основу, которой характеризуется со своеобразным хабитусом, анемией и сниженной адаптацией ребенка к воздействием окружающей среды. Патогенетическими маркерами ЛД рассматриваются абсолютный и относительный лимфоцитоз, несущих на своей поверхности Fc-рецепторы, признаки сниженной глюкокортикоидной активности коры надпочечников, ведущих к увеличению частоты заболеваемости, (в том числе с ХБП) и развитие вторичной иммунной недостаточности организма.

Целью настоящего исследования явилось изучение иммунно-гематологический взаимосвязь у детей при нефротической форме ХГН с ЛД.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 34 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих нефротической формой ХГН. Больные были разделены на две группы: 1-группа- больные с ХГН и ЛД; 2-группа-больные с ХГН без ЛД. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей аналогичного возраста. Клинический диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных и функциональных методов исследований, а также клинических маркеров ЛД. Изучали состояние периферической крови, клеточного и гуморального иммунитета, антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) почек, легких, фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стъюденту.

Результаты и их обсуждение. По обязательным клинико-диагностическим критериям ЛД большой процент составили: хронический очаг инфекции — 91,4%, патологическое течение беременности — 86,0%, гипофункция щитовидной железы — 68,3%, крупный вес при рождении — 62,8%, диспропорция телосложении — 58,6%, увеличение периферических лимфатических узлов — 51,0%, тимомегалия при рождении — 42,2%; по лабораторным показателям большой процент составили: лимфоцитоз 72,3%, увеличение СОЭ 60,8%, снижение сывороточного IgA 58,7% моноцитоз 55,1%, эозинофилия 34,8%, что согласуется с данными литературы. Клиника ХГН характеризовались отеками (100%), «меловая» бледностью кожных покровов (69,0%), утомляемостью (61,3%), тахикардией (57,0%), асцитом (44,2%), снижением аппетита (38,5%), повышением А/Д (31,3%), гепатомегалией (28,5%), положительным симптомом поколачивания (26,8%), которые чаще наблюдались у больных 1-группы по сравнению со 2-группой ($P<0,001–0,01$). По функции почек по сравнению с контрольной группой было выявлено уменьшение суточного диуреза ($P<0,001$), повышение суточной протеинурии, общего холестерина ($P<0,001–0,01$), фибриногена ($P<0,01–0,05$), гипоальбуминемии ($P<0,001$), гипергаммаглобулинемии ($P<0,01$) а также повышение содержания мочевины и креатинина в сыворот-

ке крови (P<0,001–0,01). Сравнение результатов иммунологических исследований с контрольной группой показали снижение Т-лимфоцитов (СД3), Т-супрессоров (СД8), Т-хелперов (СД4), ФАН (P<0,001); увеличение числа В-лимфоцитов (СД19), АСЛ почек, легких и концентрации ЦИК (P<0,001–0,01). Изменения показателей периферической крови при нефротической форме ХГН с ЛД и ХГН без ЛД при сравнении с контрольной группой носили следующий характер: в остром периоде заболевания выявлялась анемия, лимфоцитоз (P<0,001), лейкоцитоз, моноцитоз (P<-0,01), уменьшение с/я нейтрофилов, эозинофилия (P<0,01–0,05), увеличение СОЭ (P<0,001) которые были более выраженное у больных 1-й группы. В динамике выявлено, что иммунопатологические сдвиги и гематологические изменения протекают взаимосвязано и это проявлялось сильной корреляционной связью повышением в крови АСЛ-почек при ХГН- снижением гемоглобина (r= –0,875) и гипопротеинемий (r=-0,783); при ХГН с ЛД- лимфоцитозом (r=0,968), повышением общего холестерина (r=0,887) и увеличением СОЭ (r=-0,856).

Выводы. 1. Лимфатический диатез является как фактор риска влияющий на развитию и течению нефротической формы ХГН у детей, которое подтверждается более выраженными клинико-иммунологическими сдвигами у детей 1-й группы — ХГН с ЛД по сравнению со 2-й группой — ХГН без ЛД. **2.** При нефротической форме ХГН иммунопатологические сдвиги и гематологические изменения протекают взаимосвязано, которые проявляются сильной корреляционной связью повышением в крови АСЛ-почек при ХГН-снижением гемоглобина (r = –0,875) и гипопротеинемий (r = –0,783); при ХГН с ЛД-лимфоцитозом (r = 0,968), повышением общего холестерина (r = 0,887) и увеличением СОЭ (r = 0,856). **3.** Высокие показатели корреляционной связи повышением в крови АСЛ-почек при ХГН-снижением гемоглобина и гипопротеинемий; при ХГН с ЛД- лимфоцитозом, повышением общего холестерина и увеличением СОЭ могут служить критериями ранней иммуно-гематологической диагностики при нефротической форме ХГН и ХГН с ЛД у детей.