



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (61) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.А. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ

Н.Н. ЗОЛотоВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
ХАСАНОВА Д.А.
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN
MUSLUMOV (Azerbaijan) Prof. Dr.
DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (61)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2023, Accepted: 27.10.2023, Published: 10.11.2023.

УДК 616.612-002-053.2-07-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАПИЛЛЯРОТОКСИЧЕСКОГО НЕФРИТА У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ

Бабаева Л.А. <https://orcid.org/0000-0002-9438-6543>

Рабиева М.С. Email: RabievaM@mail.ru

ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”,
Таджикистан г. Душанбе, Ул. хиёбони Рӯдакӣ 139. Email: info@tajmedun.tj
Тел: (+992) 37-224-36-87

✓ Резюме

Представлено описание клинического случая тяжелого течения капилляротоксического нефрита у мальчика 6-ти лет. Длительная иммуносупрессивная терапия позволила добиться полной клинико-лабораторной ремиссии. Сочетанное применение трентала и курантила благоприятно повлияло на течение и исход заболевания. Наблюдение в катамнезе показало полное восстановление функции почек спустя 4 года на фоне систематической терапии ингибиторами АПФ.

Ключевые слова: дети, геморрагический васкулит, капилляротоксический нефрит, лечение.

CLINICAL CASE OF CAPILLAROTOXIC NEPHRITIS IN A 6 YEAROLD BOY

Babaeva L.A., Rabieva M.S.

State educational institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”,
Tajikistan Dushanbe, St. hiyoboni Rudaki 139. Tel: (+992) 37-224-36-87
Email: info@tajmedun.tj

✓ Resume

A description of a clinical case of severe capillary toxic nephritis in a 6-year-old boy is presented. Long-term immunosuppressive therapy allowed us to achieve complete clinical and laboratory remission. The combined use of trental and chimes had a beneficial effect on the course and outcome of the disease. Follow-up observation showed complete restoration of renal function after 4 years against the background of systematic therapy with ACE inhibitors.

Key words: children, hemorrhagic vasculitis, capillary toxic nephritis, treatment.

6 YOSHLI BOLADA KAPILLAROTOKSIK NEFRIT KLINIK HOLATI

Babaeva L.A. <https://orcid.org/0000-0002-9438-6543>

Rabieva M.S. Email: RabievaM@mail.ru

Davlat o‘quv muassasasi “Tojikiston davlat tibbiyot universiteti Abuali ibni Sino”, Tojikiston
Dushanbe, St. hiyoboni Rudakiy 139. Elektron pochta: info@tajmedun.tj Tel: (+992) 37-224-36-87

✓ Rezyume

6 yoshli bolada og‘ir kapillyar toksik nefritning klinik holati tavsifi keltirilgan. Uzoq muddatli immunosuppressiv terapiya bizga to‘liq klinik va laboratoriya remissiyasiga erishishga imkon berdi. Trental va chimeslarning birgalikda ishlatilishi kasallikning kechishi va natijalariga foydali ta‘sir ko‘rsatdi. Kuzatuv kuzatuvi ACE inhibitörleri bilan tizimli terapiya fonida 4 yildan keyin buyrak funksiyasining to‘liq tiklanishini ko‘rsatdi.

Kalit so‘zlar: bolalar, gemorragik vaskulit, kapillyar toksik nefrit, davolash.



Актуальность

Блезнь Шенлейна-Геноха представляет собой поражение мелких сосудов с геморрагической сыпью, артритом, болью в животе и гломерулонефритом [8]. Заболевание чаще встречается именно в детском возрасте (40% от всех больных имеют возраст до 20 лет), среди детей до 14 лет геморрагический васкулит (ГВ) диагностируется с частотой 2-2,5 на 10.000 в год (в общем, по популяции – 1,4 на 10.000 населения). Наиболее часто болеют дети от 6 месяцев до 7 лет. Среди больных мальчиков в 2 раза больше, чем девочек [2, 8]. За последние 2 десятилетия частота клинических вариантов ГВу детей изменилась. По данным Т.Г. Плахуты (1999), уменьшилось в 2 раза число детей с абдоминальными кризами, изменился характер абдоминального синдрома, в то же время более чем в 2 раза увеличилось число больных нефритом при ГВ (с 16 до 34%), а при нефрите увеличилась частота ОПН. Поражение почек при ГВ наблюдается у 23,8-66,0% больных [9]. Почечный синдром при ГВ рассматривается как результат повреждения стенок микрососудов органа комплексами антиген-антитело и активированными компонентами системы комплемента. Гемокоагуляционные нарушения имеют характер повышенного локального и диффузного свертывания крови [4,9]. Многие вопросы, связанные с лечением больных ГВ с почечным синдромом, решаются неоднозначно. Наряду с применением кортикостероидов в составе патогенетической терапии, высказывается и отрицательное отношение, мотивированное тем, что стероидная терапия оказывает благоприятное действие на кожно-суставной, абдоминальный синдромы и является неэффективной при почечном процессе, в том числе при развитии нефротического синдрома [1,3]. Описано усиление гипертонии и гематурии под влиянием кортикостероидов [5, 8]. Подчеркивается, что поражение почек при ГВ поддается лечению хуже, чем нефриты на фоне других системных заболеваний [9]. Почечный синдром встречается у 1/3-1/2 больных по типу острого или хронического гломерулонефрита с микро/макрогематурией, цилиндрурией, умеренной протеинурией (до 0,3 г/л), но возможен и гломерулонефрит с нефротическим синдромом [1,6,7]. Выделяют 4 клинические формы поражения почек при ГВ: транзиторная гематурия; капилляротоксический нефрит, гематурическая форма; капилляротоксический нефрит с нефротическим синдромом и гематурией; быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Классическим поражением почек является изолированная гематурия или поражение по типу гломерулонефрита с нефритическим синдромом, которое в большинстве случаев заканчивается выздоровлением через несколько месяцев после дебюта заболевания. Реже развивается нефротический синдром с гематурией, который может принять хроническое течение и прогрессировать до развития ХПН даже при отсутствии других клинических симптомов ГВ [1,6,7,9]. Больные с капилляротоксическим нефритом составляют 3-15% от всех детей с терминальной ХПН, что приводит к инвалидизации детей и требует проведения ранней диагностики и назначения своевременного лечения заболевания [1, 7].

Цель исследования: Клиническое наблюдение мальчика 6 лет с капилляротоксическим нефритом.

Материал и методы

Приводим историю болезни больного О., 6 лет, находившего на стационарном лечении во II детском нефрологическом отделении ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе. Клиническая картина ГВ на начальных этапах вызвала затруднения в постановке диагноза вследствие позднего появления пурпуры, в результате чего отмечалось тяжелое течение заболевания с поражением почек и развитием нефротического синдрома. Больному был проведен анализ клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результат и обсуждение

Под наблюдением находился больной О., 6 лет, поступивший на стационарное лечение в детское нефрологическое отделение с жалобами при поступлении на отеки по всему телу, редкое мочеиспускание, изменение цвета мочи, затруднение дыхания, головную боль, боли в ногах, слабость, недомогание, снижение аппетита. Из анамнеза заболевания было выявлено, что ребенок болен в течение 1 месяца, когда впервые появились геморрагическая сыпь на нижних конечностях, боли в животе, тошнота, рвота. За медицинской помощью обратились к знакомому

врачу. Назначенное лечение (названия препаратов родители не помнят) эффекта не дало. Состояние больного ухудшилось, к вышеперечисленным симптомам присоединилась рвота с примесью крови, в связи с чем родители обратились за медицинской помощью в ГУ Национальный центр «Шифобахш», куда ребенок был госпитализирован на стационарное лечение в детское гематологическое отделение с диагнозом: Геморрагический васкулит, смешанная форма. В отделении получал - преднизолон, адсорбенты, антигистаминные препараты, антибиотики, свежемороженную плазму, дезинтоксикационную терапию. В динамике присоединились отеки по всему телу, анасарка, гематурия, редкое мочеиспускание. На 3-й неделе заболевания присоединились симптомы нефрита с изначально высокой активностью - макрогематурия, протеинурия до 3 г/сут, умеренная абактериальная лейкоцитурия. Больной был проконсультирован нефрологом, после чего был переведен в детское нефрологическое отделение. Состояние при поступлении тяжелое. Сознание ясное. Вынужденное положение. Кожные покровы чистые, бледные. Отеки по всему телу (анасарка). Со стороны костно-мышечной системы отмечается болезненность мышц при пальпации. Со стороны органов дыхания отмечается участие крыльев носа в акте дыхания, сухой кашель, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, сглаженность межрёберных промежутков. ЧД - 32 дыхательных движений/мин. Перкуторно слева в нижних отделах отмечается притупление перкуторного звука. Аускультативно слева выслушивается ослабленное дыхание, шум трения плевры. Со стороны сердечно-сосудистой системы – ЧСС 110 уд/минуту. Аускультативно тоны сердца приглушены. АД 130/90 мм.рт.ст. При осмотре полости рта отмечается гипертрофия миндалин. Живот увеличен в размерах за счет асцита. Симптом флюктуации положительный. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей, коричневого цвета. Со стороны мочевыделительной системы отмечаются отеки по всему телу, отек мошонки. Мочеиспускание редкое. Моча в виде мясных помоев. Лабораторно было выявлено: снижение уровня Hb до 90 г/л, эритроцитов до $3,4 \times 10^{12}/л$, Ht до 32,6%, выраженная активность воспалительного процесса - лейкоцитоз ($27,2 \times 10^9/n$), ускоренное СОЭ (25 мм/ч). В биохимическом анализе крови возникли сдвиги, типичные для нефротического синдрома - общий белок 36 г/л, альбумины 27 г/л, повышены уровни холестерина до 7,9 ммоль/л, β липидов до 78. Уровень мочевины был повышен до 9 ммоль/л, отмечалась гипокальциемия (1,6 ммоль/л). Мочевой синдром характеризовался – протеинурией (1,32‰), незначительной лейкоцитурией (11-13 в п/зр), макрогематурией (сплошь в п/зр), слизи +++, уратурией. В пробе Зимницкого удельный вес мочи колебался от 1008 до 1016. В пробе Реберга - суточный диурез - 570 мл, минутный диурез - 0,39 мл, креатинин крови - 52 мкмоль/л, креатинин мочи - 2911 ммоль/л, СКФ - 21,8 мл/мин, реабсорбция - 98,3 %. Коагулограмма: тромбиновое время - 16,4 с., фибриноген - 310 мг/дл, АЧТВ - 30,2 с., МНО - 0,5. В бактериологическом посеве зева высеян *St.aureus*. На УЗИ почек: почки увеличены в размерах, эхогенность повышена, отмечается пиелоктазия слева, рисунок пирамид усилен. Титр антител к ЦМВ инфекции 1:40, ПЦР на вирус Эпштейна-Барр положительная. Со стороны гуморального иммунитета уровень Ig M - 1,17 г/л, Ig A - 0,96 г/л, Ig G - 4,35 г/л; клеточного - угнетение активности Т-лимфоцитов и их субпопуляций, повышенная фагоцитарная функция. Таким образом, поражение почек протекало как смешанная форма гломерулонефрита (нефротический синдром с гематурией и гипертонией). Тяжесть состояния больного была обусловлена поражением почек.

Тактика ведения больного зависела от формы, течения, степени тяжести заболевания, возраста, индивидуальных особенностей, этиологического фактора. Оценка эффективности лечения осуществлялась по наличию положительной динамики и достижению клинико-лабораторной ремиссии. Больному был назначен постельный режим, стол № 7 по Певзнеру с контролем баланса жидкости. В первую неделю исключали мясные, рыбные и молочные блюда. В связи с нарастанием активности нефрита был назначен метипред из расчёта 1 мг/кг/сут (24 мг/сут) в течение 8 недель. Однако его назначение не повлияло на течение и исход заболевания. В связи с чем, через 2 месяца после дебюта нефрита было принято решение подключить цитостатик - циклофосфан из расчета 2,0 мг/кг/сут, недельная доза (200 мг) вводилась 2 раза в неделю. Продолжительность курса составила 12 недель. В острый период назначали сочетание трентала (50 мг/сут) и курантила (100 мг/сут) per os в течение 4-х недель, затем продолжали лечение дезагрегантами в виде монотерапии в течение 2-х месяцев. Гепарин назначали из расчёта 150 ЕД/кг/сутки. В качестве гипотензивного средства был назначен ингибитор АПФ - энап 5 мг/сут.

Учитывая наличие анасарки, были назначены петлевые диуретики – фуросемид из расчета 2 мг/кг/сут. Также больной получал лактофилтрум, липоевую кислоту, антибактериальную терапию (ампициллин, цефазолин, азитромицин). Парентерально дважды вводили 50,0мл 20% раствора альбумина, реополглюкин.

В ходе проведенного лечения отмечалась постепенная положительная динамика, которая была отмечена только через 5 месяцев от начала лечения - протеинурия уменьшилась до 0,33‰, нормализовался уровень общего белка и альбуминов в сыворотке крови. Полная клинико-лабораторная ремиссия была достигнута более чем через 6 месяцев после дебюта ГВ. После достижения ремиссии больной О. наблюдался в катамнезе в течение 4-х лет с ежегодным амбулаторным обследованием. Самочувствие оставалось стабильно удовлетворительным. Гематурии не было, уровень мочевины и креатинина оставались в пределах нормы. АД не было повышено (100/60 мм рт.ст.). За время катамнестического наблюдения проводилась нефропротективная терапия - мальчик постоянно получал ингибиторы АПФ, регулярно 2 раза в год проводились курсы антиагрегантов.

Выводы

Таким образом, проводя клиническое наблюдение, было отмечено, что поражение почек присоединилось на 3-й неделе от дебюта ГВ. Активность нефрита была очень высокая, которая потребовала проведения длительной иммуносупрессивной терапии и, несмотря, на затяжное и тяжелое течение была достигнута полная клинико-лабораторная ремиссия. Сочетанное применение трентала и курантила благоприятно влияет на течение и исход заболевания. Дальнейшее ведение пациента диктовало необходимость катамнестического наблюдения и проведения регулярной нефропротективной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ленчик В. И. В кн.: Хронические нефриты и хроническая почечная недостаточность / М., 1968.
2. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. Ярославль, «Верхняя Волга», 1999.
3. Левицкая С.В., Игнатова М.С. / В кн.: Детская нефрология. Киев, 1982.
4. Папаян А. В., Шабалов Н. П. Геморрагические диатезы у детей. / Л., Медицина, 1982.
5. Тареева И. Е. В кн.: Клиническая нефрология, под ред. Е. М. Тареева, / М., Медицина, 1983; т. 2.
6. Лыскина Г.А., Кикинская Е.Г., Зиновьева Г.А., Фролкова Е.В. Поражение почек при болезни Шенлейна-Геноха у детей. // Педиатрия. 2005;5:22-8.
7. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Санкт-Петербург, 2008;560.
8. Лыскина Г.А., Зиновьева Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна-Геноха у детей. // Педиатрия. 2010;6:131-6.
9. Сукало А.В., Козыро И.А. Особенности течения нефрита, ассоциированного с IgA-васкулитом Шенлейна-Геноха у детей. // Нефрология. 2020;24(3):64-71.

Поступила 20.10.2023