

Одарчук И. В.

МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОАТРАКТАНТНЫЙ ПРОТЕИН, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НА ФОНЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Токарчук Н. И.

Кафедра педиатрии №1, кафедра педиатрии ФПО

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Винница

Актуальность. Трудности диагностики ИМП в грудном возрасте связаны с преобладанием симптомов общей интоксикации и отсутствием специфических ренальных симптомов, что приводит к их несвоевременной госпитализации.

Согласно данных последних исследований, основную роль в возникновении и поддержании воспалительного процесса играет моноцитарный хемоатрактантный протеин-1 (MCP-1). Так, под влиянием провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1В и ФНО- α , MCP-1 секретируется через базолатеральные отделы тубулярных клеток, проходит в перитубулярное пространство и интерстиций, способствует накоплению моноцитов/макрофагов в очаге воспаления, принимая участие в формировании воспалительного клеточного инфильтрата.

Цель: определение уровня моноцитарного хемоатрактантного протеина 1, как маркера активности воспалительного процесса при остром пиелонефрите на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами обследовано 68 детей раннего возраста, больных пиелонефритом, находившихся на лечении в нефрологическом отделении Хмельницкой областной детской больницы.

Содержание MCP-1 определяли иммуноферментным методом (ELISA) с набором «Human MCP-1» (Platinum ELISA; BMS281; eBengerMedSystems, Австрия). Для исследования использовали сыворотку крови обследованных детей.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что самый высокий уровень моноцитарного хемоатрактантного протеина 1 ($474,6 \pm 4,37$ пг/мл) определялся при пиелонефрите на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей, $p < 0,05$. Достоверно меньшей была концентрация данного маркера у обследованных с первичным генезом заболевания ($392,5 \pm 2,91$ пг/мл), однако достоверно превышала таковой у детей контрольной группы ($118,1 \pm 3,09$ пг/мл), $p < 0,05$.

В дальнейшем проведен анализ изучаемого показателя в зависимости от пола. Так, нами установлено, что уровень MCP 1 имел достоверно более высокие показатели у представителей женского пола (при ППН девочки $-411,6 \pm 2,06$ пг/мл, мальчики $-372,5$ пг/мл, при ВПН девочки $-517,3 \pm 3,02$ пг/мл, мальчики $-431,9 \pm 2,14$ пг/мл) ($p < 0,05$). Полученные данные указывают на повышенную продукцию маркера воспаления преимущественно у девочек, чем у мальчиков, больных пиелонефритом, что связано с анатомическим строением мочевыделительной системы и, соответственно, большей вероятностью инфицирования мочи и поддержания воспалительного процесса у представителей женского пола.

Кроме того, нами установлены сильные корреляционные связи между уровнями СОЭ и MCP-1 ($r_{xy} = 0,82$) в плазме крови обследованных и между показателями СРБ и MCP1 ($r_{xy} = 0,8$), ($p < 0,05$).

Вывод. Приведенные выше данные указывают на необходимость определения данного маркера при пиелонефрите у детей раннего возраста.

Плазменная концентрация моноцитарного хемоатрактантного протеина 1 достоверно выше у детей с пиелонефритом на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса ($474,6 \pm 4,37$ пг/мл), чем у детей с первичным пиелонефритом (MCP 1 - $392,5 \pm 2,91$ пг/мл). У девочек ($517,3 \pm 3,02$ пг/мл) концентрация моноцитарного хемоатрактантного протеина 1 достоверно выше чем у мальчиков ($431,9 \pm 2,14$ пг/мл), больных пиелонефритом.