

Жиглова А. В., Цветкова Е. А.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Левиашвили Ж.Г.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. По данным литературы к внекишечным проявлениям БК отнесены поражения почек: хронический тубулоинтерстициальный нефрит (23%), амилоидоз почек (0,68%), гломерулонефрит (1,5%), нефролитиаз (8,6%).

Цель: оценить особенности поражения почек у детей с БК.

Материалы и методы. Обработано 100 медицинских карт стационарных больных гастроэнтерологического отделения в возрасте от 4 до 18 лет.

Результаты и их обсуждение. Из 100 пациентов с диагнозом болезнь Крона 46% мальчиков (м), 54% девочек (д) в возрасте от 4 до 17 лет - соотношение 1:1,2. При оценке массы тела у 100 пациентов с ВЗК центильным методом у 11% пациентов дефицит массы тела (I-II коридор). В зависимости от локализации воспалительного процесса по классификации болезни Крона - Вена (1998)/ модификация (2005), выделены: L1-терминальный илеит 12% (1 м, 11 д); L2 – колит 32% (19 м, 13 д); L3 – илеоколит 53% (22 м, 31 д); L4 – верхний отдел ЖКТ 0%; L2+L4 – 1% (1 д); L3+L4 – 2% (2 д). По фенотипу заболевания: с воспалительной формой 77% (28 м, 49 д); со стриктурирующей формой 16% (8 м, 8 д), с пенетрирующей формой 7% (3 м, 4 д). У 80% больных отмечалось повышение уровня кальпротектина (>50 мкг/г кала). Из внекишечных проявлений выявлено: поражение почек – 22%, поражение суставов – 12%, язвенный стоматит – 3%, поражение легких – 2%, поражение глаз – 3%, узловатая эритема – 4%. Все дети получали терапию основного заболевания длительностью от 1 года до 12 лет: системные глюкокортикостероиды (преднизолон), иммуносупрессоры-цитостатики (азатиоприн, метотрексат), биологические генно-инженерные препараты: моноклональные антитела к ФНО-альфа (инфликсимаб, адалимумаб - Хумира), противоречивные средства: 5-аминосалициловая кислота и ее производные. Используемые сочетания: месалазин + азатиоприн/ адалимумаб + месалазин/ инфликсимаб + месалазин/ азатиоприн+адалимумаб. Месалазин присутствовал в терапии у 36% больных, адалимумаб у 34%, азатиоприн у 52%, инфликсимаб у 32%, преднизолон у 72%. По результатам оценки общего анализа мочи: протеинурия наблюдалась у 2% (>1 г/л); канальцевая микропротеинурия у 14% (0,1-0,9 г/л); микрогематурия наблюдалась у 22% (>2 в п/зр); лейкоцитурия – 11%; склонность к гипостенурии у 16% (1.004-1.010 г/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Schwartz: гипофильтрация у 7% (76,7 мл/мин/1,73кв.м) и гиперфильтрация у 4% (162,3 мл/мин/1,73кв.м) больных.

Выводы. В проведенном исследовании поражение почек при БК представлено тубулоинтерстициальным нефритом (протеинурия, микрогематурия, гипостенурия) у 7% больных, возникший вследствие длительного приема препаратов 5-аминосалициловой кислоты, что позволяет их отнести к группе риска развития хронической болезни почек. Пациентам показано обследование 1 раз в год с мониторингом функции почек.