

Величко К.А., Гречко Е.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Научные руководители: д-р мед. наук, доц. Козыро И.А.,

канд. мед. наук, доц. Белькевич А.Г.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) – заболевание почек, развивающееся в ответ на воздействие экзо- и эндогенных факторов и проявляющееся воспалительными изменениями тубулоинтерстициальной ткани. По данным ряда центров, при проведении пункционной нефробиопсии острый ТИН регистрируется в 2,3–9% всех случаев, хронический – от 1,8 до 12%.

Цель: представить характеристику ТИН у детей.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты (n=28) с впервые установленным за период с 2019 по 2023 гг. диагнозом ТИН. Проанализированы этиологические факторы, клинические проявления, результаты лабораторных и инструментальных методов, лечение. Обработка данных проводилась в Statistica 10 и Microsoft Excel. При описании количественных данных использовались медиана (Me) и интерквартильный размах (25%–75%), качественных показателей – количества (n) и доли (%).

Результаты и их обсуждение. Соотношение по полу мальчики/девочки (%) составило 13/15 (46,4/53,6), средний возраст на момент дебюта 13 (10,5–15) лет. При сборе анамнеза предположены этиологические факторы: вирусный у 10/28 (35,7%) пациентов, вирусно-лекарственный – у 8/28 (28,6%), лекарственный – у 6/28 (21,5%), бактериальный – у 2/28 (7,1%), вирусно-бактериальный – у 2/28 (7,1%). В клинической картине у 10/28 (35,7%) детей отмечался болевой синдром в поясничной области, у 4/28 (14,3%) – мочевого, у 4/28 (14,3%) – интоксикационный и сочетание нескольких синдромов – у 10/28 (35,7%). В общем анализе крови установлены следующие изменения: лейкоцитоз – у 10/28 (35,7%) пациентов, нейтрофилез – у 7/28 (25,0%), лимфо- и моноцитоз – у 17/28 (60,7%), анемия – у 14/28 (50,0%), увеличение СОЭ – у 22/28 (78,5%). В биохимическом анализе крови у 21/28 (75,0%) детей выявлена гиперазотемия (креатинин 138,3 (100,7–349,5) мкмоль/л, мочевины 6,9 (5,4–16,5) ммоль/л). В общем анализе мочи характерны снижение относительной плотности (11/28 (39,3%) пациентов) (1013 (1010 – 1016)), протеинурия (16/28 (57,1%) (0,05 (0,00–0,18) г/л), глюкозурия (9/28 (32,1%)), лейкоцитурия (11/28 (39,3%)), гематурия (4/28 (14,3%)). Суточная экскреция оксалатов составила 0,87 (0,4–2,1) мг/сут, фосфатов – 0,19 (0,15–0,29) ммоль/сут, уратов – 47,8 (39,0–72,0) мкмоль/сут, кальция – 0,03 (0,02–0,07) ммоль/сут. Из сопутствующей патологии у 1/28 (3,6%) пациента диагностировано поражение органов зрения (увеит). По данным УЗИ мочевыделительной системы (МВС) у 19/28 (67,9%) детей выявлены диффузные изменения в паренхиме почек. Исследование антинуклеарных и антинейтрофильных цитоплазматических антител выполнено 7/28 (25,0%) детей, результаты – отрицательные. У 17/28 (60,7%) течение ТИН осложнилось развитием острого повреждения почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по Шварцу 51,2 (32,0–59,5) мл/мин/1,73м²). 16/28 (57,1%) пациентов получали инфузионную терапию, 4/28 (14,3%) потребовалось назначение глюкокортикостероидов, 9/28 (32,1%) – почечно-заместительной терапии.

Выводы. ТИН болеют в равной степени мальчики и девочки (46,4%/53,6%), чаще в возрасте 13 (10,5–15) лет. Основными этиологическими факторами являются инфекционные агенты (в частности, вирусы) и лекарственные средства (нестероидные противовоспалительные средства). Клинические проявления ТИН разнообразны (болевой синдром (35,7%), интоксикационный (14,3%), мочевого (35,7%) или сочетание нескольких синдромов (35,7%)), что требует проведения дифференциальной диагностики не только с заболеванием МВС, но и другой патологией. При ведении пациентов с ТИН важен тщательный мониторинг лабораторных показателей (СКФ, креатинин, мочевины), который позволит своевременно диагностировать ОПП и назначить соответствующую терапию.