

Научно-практическая интернет-конференция  
«Актуальные проблемы педиатрии:  
дисплазия соединительной ткани»  
07 декабря 2022 г.

Частота, характер проявлений  
соединительнотканной дисплазии  
мочевой системы и их значение при  
геморрагическом васкулите у детей

Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.,  
Чупрова Л.В.

**Геморрагический васкулит** (болезнь Шенлейна-Геноха) является самым распространенным среди детей заболеванием, относящимся к группе первичных системных васкулитов.

Абдоминальную форму болезни рассматривают как самую тяжелую и прогностически неблагоприятную, т.к. примерно в каждом пятом ее случае возникает вторичный гломерулонефрит, который у ряда больных принимает хроническое течение с развитием в последующем ХПН.

Гломерулонефрит, связанный с ГВ занимает третье по частоте место среди приобретенных нефропатий и второе по значимости (после первичного гломерулонефрита) причиной развития ХПН

Поражение почек развивается после появления геморрагической сыпи в разные временные периоды ГВ (не ранее 2 - 4 недель с момента появления первых признаков), наиболее часто он развивается на первом и втором месяцах заболевания.

У единичных больных в дебюте заболевания может развиться острая почечная недостаточность в результате блокады микроциркуляции в почках.

Поражение почек может протекать в виде двух клинических вариантов: транзиторного мочевого синдрома и вторичного гломерулонефрита.

Транзиторный мочевой синдром может протекать чаще в виде микро-, реже макрогематурии или гематурии с умеренной протеинурией (менее 1 г/сут.), цилиндрурией с волнообразным течением в сочетании с другими проявлениями заболевания.

Гломерулонефрит при ГВ, как правило, протекает в виде гематурической формы, но, крайне редко, возможна, нефротическая.

В случае первого варианта гематурия характеризуется стойкостью, частой торпидностью к лечению.

Признаки вторичного гломерулонефрита могут сохраняться в течение несколько недель или месяцев, причем переход в хронический гломерулонефрит наступает в 20 - 50%% случаев. Затяжное или хронически-рецидивирующее течение гломерулонефрита значительно ухудшает прогноз васкулита в целом, вплоть до развития у ребенка хронической почечной недостаточности. Неблагоприятный прогноз также может быть связан с наличием нефротического синдрома, артериальной гипертензии.

В этой связи естественный научно-практический интерес вызывает вопрос: почему, в каких случаях возникает вторичный гломерулонефрит? Какие факторы оказывают влияние на частоту поражения почек при ГВ?

Одним из таких факторов может оказаться негативное влияние аномалий развития почек и наличие стигм соединительнотканной дисплазии мочевой системы и, прежде всего, почек.

С целью выяснения данного вопроса использован метод эхолокации почек у 146 больных ГВ (основная группа) и 137 здоровых детей (контрольная группа)

Частота и характер аномалий развития почек и стигм соединительнотканной дисплазии почек у обследованных детей представлены в таблице 1.

Результаты исследования свидетельствуют об отчетливом, статистически значимом, преобладании аномалий развития почек 4,5% и стигм соединительнотканной дисплазии почек 13,0% при ГВ по сравнению с детьми контрольной группы: 0,7% и 3,6%, соответственно.

<b>Характер патологии</b>	<b>Основная группа</b>	<b>%%</b>	<b>Контрольная группа</b>	<b>%%</b>
	<b>n=146</b>		<b>n=137</b>	
аномалии развития:				
- подковообразная почка	2		0	
- неполное удвоение почек	3		1	
- добавочная почка	2		0	
<b>Всего:</b>	<b>7</b>	<b>4.5</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>
диспластические изменения :				
- нефроптоз	3		0	
- поликистоз	5		1	
- гипоплазия почек простая	4		2	
- гипоплазия почек	3		0	
- дисметаболическая нефропатия	4		1	
<b>Всего:</b>	<b>19</b>	<b>13,0</b>	<b>5</b>	<b>3,6</b>



# Выводы

Аномалии развития почек и диспластические изменения органа, обнаруживаемые при ультразвуковом сканировании, следует рассматривать как один из факторов, предрасполагающий к развитию гломерулонефрита при геморрагическом васкулите у детей.