

#### **SOME ASPECTS OF EVOLUTION IN GLOMERULONEPHRITIS AT CHILDREN**

The analysis of clinical features of acute glomerulonephritis (AGN) with nephritic syndrome at 32 children was made. AGN has been diagnosed on the basic clinical, biological and radiological criteria. Examination showed not only important role of  $\beta$ -hemolytic streptococcus in AGN development, but at after other viral and bacterial infection.

**Ключевые слова:** дети, острый гломерулонефрит, нефритический синдром, диагностика.

**Актуальность.** Острый гломерулонефрит (ОГН) остается проблемой, многие аспекты которой далеки от решения, его диагностика представляет определенные трудности, что в значительной степени обусловлено патоморфозом данного заболевания.

**Цель работы** – изучить особенности и характер течения ОГН у детей.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 32 ребенка в возрасте 5-17 лет с первичным острым гломерулонефритом (ОГН), нефритическим синдромом. Девочки встречались реже, чем мальчики: 9 (28,2±3,0%) против 23 (71,8±3,0%), более 2/3 детей из сельской местности. Комплекс диагностических мероприятий включал изучение анамнеза, клинической симптоматики, анализы мочи, клинический и биохимический анализы крови, функциональное состояние почек, гемостазиограмму, циркулирующие иммунные комплексы – ЦИК, титр антистрептолизина О (АСЛ-О), УЗИ почек, ЭКГ.

**Результаты и их обсуждение.** Развитию ОГН предшествовал инфекции верхних дыхательных путей (ангина, ОРЗ, отит, гайморит, пневмония) в 79% случаев. Начало заболевания было острым, однако только у 1/3 больных в первые дни отмечались характерные для нефритического синдрома симптомы. Поводом для обращения к врачу чаще было появление отеков, нарушение диуреза, изменение цвета мочи. Мочевой синдром проявлялся протеинурией, эритроцитурией. Макрогематурия имела место у 25 (78%) детей, сохранялась 1-7 дней. Микрогематурия была доминирующим симптомом на протяжении болезни, у отдельных больных сохранялась до 2-3 месяцев. Протеинурия до 0,5-1,0 г/сут отмечалась у 2/3 больных, у остальных детей суточная потеря белка была больше 1,0 г/сут, чаще у детей дошкольного возраста. Цилиндрурия в наших наблюдениях встречалась только у 18% больных. Отеки наблюдались у всех больных детей, однако выраженные отеки были только у 32% детей, длительность отеков до 8-12 дней. Артериальная гипертензия (АГ) в наших наблюдениях отмечалась у 31,5% больных, как правило АГ проявляется с первых дней болезни, достигала в среднем 139,5±1,3 мм.рт.ст. систолическое и 95,5±0,91 мм рт. ст. диастолическое, сохранялась 4-7 дней у 46%, более 8 дней у 26% детей. Следует отметить что тяжесть и продолжительность болезни зависело от выраженности протеинурии, отеков, наличия АГ и нарушения функций почек. Азотемия как признак нарушения функции почек отмечена у 15,5%, но без повышения уровня и креатинина. У детей с азотемией чаще отмечалась и АГ, и выраженная олигурия, и признаки гиперкоагуляции (повышение фибриногена, протромбина).

**Выводы.** ОГН может развиться после многих вирусных и бактериальных инфекций, а не только после ангин; чаще развивается в младшем школьном возрасте; дети с АГ чаще имеют и азотемию, и признаки гиперкоагуляции; часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН.

Мирзоева М. А., Жигулина М. А., Насридинова С. Я., Ходжаева Д. Т., Дусматова М. З., Хайдарова Х. К.

#### **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Родильное отделение Центральной районной больницы г. Турсунзаде, Республика Таджикистан*

**Актуальность.** Внутриутробные инфекции, во многом определяющие уровень мертворождаемости, неонатальной и младенческой смертности, по-прежнему являются одними из наиболее серьезных заболеваний плода и новорожденного.

**Цель исследования:** Выявить причины, предрасполагающие к развитию частых ОРИ у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ данных 1270 историй родов и карт развития новорожденных за период с 2010-2012 гг., для оценки состояния здоровья беременных, рожениц, новорожденных, на материале родильного отделения ЦРБ г. Турсунзаде.

**Результаты.** Важное значение в диагностике ВУИ имеет выявление специфических антител класса IgM, которые трансплацентарно не передаются и являются признаком инфекционного процесса. Так, антитела

класса IgM обнаружены к Chlamydiatrachomatis у 3,9% женщин и 15,7% детей; к ВПГ у 2,4% беременных и 6,5% новорожденных и к ЦМВ – у 3,8% женщин. Следует отметить, что у 572 (74,6%) женщин и 57 (52,8%) детей наблюдалось микст-инфицирование. Из числа экстрагенитальных заболеваний, предшествовавших настоящей беременности, наиболее часто встречались заболевания мочевыделительной системы (у 47,1% женщин) и хроническая персистирующая инфекция (31,4%). При изучении состояния здоровья детей при рождении было выявлено, что только в группе детей с клиническими проявлениями ВУИ (1-й) были недоношенные - 25 (29,8%) - и дети, рожденные в состоянии средней и тяжелой асфиксии – 58 (35,3%). В этой же группе было больше детей с задержкой внутриутробного развития (21%). Изменения в показателях физического развития именно в группе детей с реализованным ВУИ-контактом свидетельствуют о том, что страдает трофологический статус и вследствие этого нарушаются процессы роста и развития у детей в более поздние сроки, а это в свою очередь приводит к снижению общей иммунологической реактивности организма. Анализируя динамику показателей периферической крови у детей в периоде новорожденности наблюдалось умеренное снижение уровня Hb и эритроцитов и незначительный лейкоцитоз, что связано с проявлениями основного заболевания.

Таким образом, уже при первом обращении беременной в женскую консультацию должна быть оценена степень риска ВУИ, которая может возрастать по мере увеличения срока беременности и присоединения осложнений, как в статусе здоровья самой матери, так и ее ребенка.

Михеева И.Г., Лопанчук П.А., Верещагина Т.Г., Анисимов В.В.  
**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ  
РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ**  
*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России*

При церебральной ишемии (ЦИ) у новорожденных детей микроциркуляция (МКЦ) играет важную роль как в процессах морфофункционального созревания ЦНС, так и в компенсации гипоксических нарушений. Поэтому интересен сравнительный анализ состояния микрососудистого русла у новорожденных различного гестационного возраста с ЦИ.

Цель: провести анализ состояния МКЦ русла у детей с ЦИ в зависимости от срока гестации.

Пациенты и методы: обследовано 178 новорожденных детей. Из них 20 здоровых доношенных и 158 с ЦИ (50 со сроком гестации 38-40 нед, 55 – 34-37 нед, 53 – 30-33 нед). Изучено состояние МКЦ методом бульбарной биомикроскопии в возрасте 5-7 и 21-28 дней жизни.

Результаты: При ЦИ у детей на 5-7 сутки по мере уменьшения гестационного возраста снижается плотность микрососудов. Количество капилляров снижается при сроке гестации 34-37 нед и имеет наименьшее значение у детей 30-33 нед. Наиболее низкое количество пре, поскопилляров и артериол 1-го порядка, высокое количество венул 1-го порядка и более крупных микрососудов отмечается при сроке гестации 30-33 нед. Гипоксия приводит к повышению неравномерности калибра артериол и венул у доношенных и недоношенных детей. У детей старше 34 нед гестации в ответ на перенесенную гипоксию извитость микрососудов нарастает, а при возрасте ниже 33 нед - снижается за счет их интенсивного роста. С уменьшением срока гестации нарастает неравномерность калибра артериол и венул, причем последних - в большей степени.

К 21-28 суткам жизни при меньшем сроке гестации плотность микрососудов нарастала, но при сроке 30-33 нед - снижалась. Количество капилляров снижалось с уменьшением срока гестации и было наименьшее у детей 30-33 нед. Число резистивных и емкостных микрососудов увеличивается с уменьшением срока гестации и наиболее велико у детей 30-33 нед. При уменьшении срока гестации неравномерность калибров артериол и венул, извитость микрососудов, нарастала в большей степени у детей 30-33 нед гестации. Возраст 30-33 нед при рождении - критический для МКЦ, т.к. венозный отток не адекватен артериальному притоку за счет нарушения регуляции резистивными микрососудами капиллярного кровотока и функционирования артериоло-венулярных шунтов.

Заключение: При ЦИ у новорожденных детей нарушения МКЦ возникают на фоне продолжающихся, но не завершающихся процессов ангиогенеза. Таким образом, важным аспектом оценки МКЦ при ЦИ является онтогенетический подход к анализу выявленных нарушений.