

- № 5. – С. 15-21.
3. Балдаев, А.А. Распространенность фенов дисплазии соединительной ткани у детей /А.А. Балдаев, Е.В. Шниткова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т. – 14, № 4. – С. 60.
 4. Трутнева, Л.А. Особенности гастродуоденальных заболеваний у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани /Л.А. Трутнева, В.В. Чемоданов // Педиатрия. – 2010. – Т. – 89, № 2. – С. 12-17.
 5. Милковска-Дмитрова, Т. Врождена соединительнотканна малостойкость у децата / Т. Милковска-Дмитрова. – София: Медицина и физкультура; 1987. – 189 с.

Конюх Е.А.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В детском возрасте гломерулонефриты (ГН) занимают 2-3 места в структуре патологии мочевыделительной системы. Изучение причин, провоцирующих их развитие, до настоящего времени остается актуальным в связи с возможностью прогрессирования процесса уже в детском возрасте, а при хроническом течении – неуклонного развития хронической почечной недостаточности. Одним из этиологических факторов в развитии острого процесса, а также обострения хронического процесса являются инфекционные заболевания, в частности, инфекции респираторного тракта и кожи [2]. Фактором, способствующим поддержанию патологического процесса в гломерулярной ткани, является состояние эндотелиальной выстилки сосудистого русла.

Цель исследования – установить влияние инфекционных агентов на уровень показателей, определяющих функциональное состояние эндотелия при острых и хронических ГН у детей.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 78 детей с острыми и хроническими ГН, проходившие лечение в соматическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Форма заболевания диагностировалась в

соответствии с Клинической классификацией гломерулонефрита у детей (1976 г., г. Винница).

На основании клинического диагноза пациенты были разделены на две группы. В группу I (n=41) включены дети с острым гломерулонефритом (ОГН), мальчиков – 80,5% (33 ребенка), девочек – 19,5% (8 детей), средний возраст – 13,88 (11,8–15,4) лет. В зависимости от клинического варианта течения заболевания пациенты 1 группы распределились следующим образом: с нефритическим синдромом – 24 человека (58,5%), с изолированным мочевым синдромом – 14 (34,2%), с нефротическим синдромом – 3 (7,3%). В период начальных проявлений были обследованы 36 детей (87,8%), в период обратного развития – 3 (7,3%), в период перехода в хроническую форму – 2 (4,9%). Сохраненная функция почек диагностирована у 32 пациентов (78,1%), нарушение парциальных функций – у 9 (21,9%). Длительность заболевания на момент поступления в стационар составила 0,5 (0,25–2,0) месяца.

Группа II (n=37) – пациенты с хроническим гломерулонефритом (ХГН). Мальчиков было 59,5% (22 ребенка), девочек – 40,5% (15 детей), средний возраст – 14,08 (11,32–15,56) лет. При клинико-лабораторном обследовании диагностированы следующие клинические варианты заболевания: смешанная форма – у 4 детей (10,8%), гематурическая форма – у 20 (54,1%), нефротическая форма – у 13 (35,1%). В стадию обострения в стационар поступили 27 человек (72,9%), стадию неполной клинико-лабораторной ремиссии – 7 (18,9%), полной клинико-лабораторной ремиссии – 3 ребенка (8,2%). Нарушение парциальных функций почек отмечалось у 5 обследуемых (13,5%), сохранение – у 32 (86,5%). Длительность заболевания на момент госпитализации составила 18,0 (6,0–96,0) месяцев.

Для оценки функционального состояния эндотелия сосудов в плазме крови определяли уровень стабильных метаболитов оксида азота по суммарной концентрации нитратов и нитритов спектрофотометрически с использованием реактива Грисса [4]. В качестве показателя, оказывающего влияние на функциональное состояние эндотелия, учитывали уровень гомоцистеина плазмы крови. Определение его концентрации проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии [3]. Об интенсивности процессов ПОЛ судили по уровню диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и в эритроцитах, определяемых спектрофотометрически. Содержание неферментативного и ферментативного компонентов АОС оценивали по содержанию α -токоферола и активности каталазы [1, 5].

Результаты. В анамнезе заболевания у пациентов обеих групп с ОГН и ХГН установлено наличие перенесенной накануне инфекции с одинаковой частотой: респираторная инфекция – 48,8% и 45,9%

($p=0,62$), ангина – 12,2% и 10,8% ($p=0,9$), стрептодермия – 14,6% и 5,4%, соответственно ($p=0,47$).

С одинаковой частотой при ОГН и ХГН провоцирующим фактором обострения являлось также наличие очага хронической инфекции в виде хронического тонзиллита ($p=0,49$). Учитывая, что в развитии гломерулонефрита определенную роль играет аллергический компонент, изучена частота встречаемости атопических заболеваний в группах пациентов. При статистическом анализе достоверной разницы выявлено не было ($p=0,36$).

Проведен анализ уровня стабильных метаболитов оксида азота в группах детей с наличием очагов острой и/или хронической инфекции. В группе пациентов с наличием проявлений стрептодермии его содержание было 61,1 (54,18-94,5) мкмоль/л, что достоверно выше, чем у детей без проявлений кожной формы стрептококковой инфекции, где он составил 37,2 (25,8-52,5) мкмоль/л ($p=0,023$). Изменения суммарного содержания нитратов/нитритов при наличии инфекции респираторного тракта нами выявлено не было.

Содержание гомоцистеина у детей при острой и хронической инфекционной патологией верхних дыхательных путей достоверно не различалось в группах пациентов с наличием и отсутствием провоцирующих инфекционных факторов ($p>0,05$).

Сравнительный анализ состояния прооксидантно-антиоксидантной системы показал, что уровень α -токоферола в плазме крови достоверно различался в группах детей с хроническим тонзиллитом и без него ($p=0,035$). У пациентов с наличием хронического очага инфекции содержание α -токоферола было 6,11 (1,46-8,66) мкмоль/л. При отсутствии признаков хронического тонзиллита его концентрация была достоверно выше и составляла 10,05 (10,85-15,22) мкмоль/л. Изменения активности каталазы у детей выявлено не было. Результаты изучения уровня показателей прооксидантной системы у пациентов при наличии или отсутствии хронического тонзиллита указывали на отсутствие статистически значимых различий.

Заключение. Перенесенная стрептококковая инфекция и/или ОРИ, а также наличие хронического тонзиллита и проявлений атопии у детей могут являться провоцирующими факторами в равной степени как при манифестации острого гломерулонефрита, так и при обострении течения хронического процесса. Содержание стабильных метаболитов оксида азота достоверно повышается при наличии стрептодермии в дебюте или при обострении гломерулонефрита. Сопутствующая острая стрептококковая инфекция и/или наличие хронического тонзиллита не влияют на уровень гомоцистеина плазмы крови у пациентов с острым и хроническим течением заболевания. Наличие хронического тонзиллита не оказывает достоверного влияния на уровень показателей

прооксидантной системы у детей с гломерулонефритами. В то же время отмечается значительное снижение содержания α -токоферола в плазме крови у пациентов с сопутствующим хроническим тонзиллитом. Это следует учитывать при назначении антиоксидантной терапии в связи с возможным отсутствием ожидаемого эффекта терапии.

Литературные источники

1. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк [и др.] // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16-19.
2. Шабалов, Н.П. Детские болезни – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – Т.2.- С. 143-242.
3. Giflix, B. Novel Reductant for Determination of Total Plasma Homocystein / B. Giflix // Clin. Chem. – 1997. – Vol. 43. – P. 687-688.
4. Green, L.C. Analysis of nitrate, nitrite and [^{15}N] nitrate in biological fluids / L.C. Green, D.A. Wagner, J.Glogvski // Anal. Biochem. – 1982. – Vol. 126. – P. 131-138.
5. Taylor, S.L. Sensitive fluorometric method for tissue tocopherol analysis / S.L. Taylor, M.P. Lamden, A.L. Tappel // Lipids. – 1976. – Vol. 11, № 7. – P. 530-538.

Кравчук Ю.В., Ухналевич Т.Л., Кушмар Н.В., Шулейко И.В.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Активная специфическая профилактика приводит не только к защите организма от ряда инфекций, но в некоторых случаях вызывает тяжелые реакции и осложнения. По клиническим проявлениям эти осложнения были полиморфны: различные кожные высыпания, анафилактический шок, явления менингизма, однократные и повторные судорожные приступы, миелиты, энцефаломиелита и др. [1, 4].

Цель исследования – изучить частоту поствакцинальных реакций у детей после проведенных профилактических прививок на основании данных анализа медицинской амбулаторной документации и по данным анкетного опроса родителей.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели использовали данные опроса 64 родителей детей по заранее составленному опроснику и данные амбулаторных карточек 357 детей.