

и боеспособности военнослужащих / А.Н. Глушко. – Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325, № 1. – С.66-68.

3. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М., 2001. – 112 с.

4. Вайнер, Э.Н. Валеология: учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – 10-е изд. – М.: Флинта: Наука, 2013. – 448 с.

5. Юрьева, Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.

## **НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Бубневич Т.Е.**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

**Введение.** Нефротический синдром (НС) – клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся периферическими или генерализованными отеками вплоть до асцита и анасарки, лабораторно-протеинурией более 2,5 г/сут или более 50 мг/кг/сут, гипопротеинемией, гипоальбуминемией (ниже 40 г/л), диспротеинемией, гиперлипидемией и липидурией [1, 2].

В большинстве случаев НС является первичным, идиопатическим, причина его неизвестна. Примерно в 10% случаев НС в детском возрасте является вторичным, связан с какой-либо известной причиной, часто с системными заболеваниями соединительной ткани. Так, НС может наблюдаться при волчанке, амилоидозе, геморрагическом васкулите, синдроме Альпорта, тромботической микроangiопатии и тромбозе почечной вены. Очень редким является злокачественный врожденный нефроз, встречающийся главным образом в Скандинавских странах [3, 4].

**Объект и методы исследования.** Работа основана на результатах наблюдения за 20 детьми (16 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 2 до 15 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети, поступившие в нефрологическое отделение УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период апрель-октябрь 2015 года с диагнозом идиопатический нефротический синдром.

Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-лабораторное и физикальное, функциональные методы исследования: ЭКГ, УЗИ внутренних органов, почек, щитовидной железы; радиоизотопная ренография, сцинтиграфия; рентгенологические методы обследования; консультации специалистов.

**Результаты и их обсуждение.** В выборку включено 16 мальчиков (80%) и 4 девочки (20%). У всех наблюдавшихся нами пациентов диагностирован первичный (идиопатический) НС.

У большинства детей отмечалось неуточненное изменение гломерулярного аппарата (N 04.9) – 16 (80%), у 2 детей (10%) – с

сегментарными гломерулярными повреждениями (N04.1), по 1 ребенку с мезангио-пролиферативными (N04.3) и минимальными гломерулярными (N04.0) повреждениями.

Физическое развитие у детей среднее гармоничное – 18 (90%). Наследственный анамнез у большинства пациентов не отягощен – 14 детей (70%); у 6 детей (30%) анамнез отягощен (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит).

По данным нашего исследования дебют заболевания пришелся на возраст до 2 лет – у 10 детей (50%), с 3 до 4 лет – у 5 детей (25%), с 5 до 6 лет – у 5 детей (25%). Во всех случаях развитию НС предшествовало инфекционное заболевание. Средняя длительность пребывания детей в стационаре составила 35 дней. В клинике отмечался отечный синдром у 10 пациентов (50%), гипертензивный – 9 (45%), интоксикационный – 11 (55%), мочевой синдром наблюдался у всех пациентов (100%).

Всем детям проведен полный комплекс лабораторно-инструментального обследования; четырем детям (20%) выполнена нефробиопсия: 2 ребенка имели фокально-сегментарный гломерулосклероз, по 1 ребенку с мезангио-пролиферативными и минимальными гломерулярными повреждениями.

Лечение больных с НС заключалось в диетотерапии: ограничение потребления натрия, животного белка. В период обострения заболевания дети госпитализировались. Проводилась санация очагов хронической инфекции. Из лекарственных средств применялись: антибактериальные препараты (цефалоспорины III поколения) у 11 детей (55%), глюкокортикоиды (преднизолон по 0,8-1-1,5 мг/кг течение 4-6 недель с постепенным снижением дозы) у 20 детей (100%), цитостатики (лейкеран – 0,3-0,4 мг/кг до 6-8 месяцев) назначались двум пациентам с фокально-сегментарным гломерулосклерозом (10%), ингибиторы АПФ (эналаприл в дозе 0,5 мг/кг) получали 10 пациентов (50%), антиагреганты (дипиридамол в дозе 2-4 мг/кг) 14 детей (70%), мочегонные (одни или в сочетании с внутривенными инфузиями альбумина) получали 6 детей (30%).

Среди осложнений НС у 2-х пациентов наблюдался синдром Кушинга, у одного – метаболический синдром.

В ходе проводимой терапии у всех пациентов наблюдалось полное восстановление функции почек.

#### **Выводы:**

1. По данным нашего исследования, НС наблюдался в 4 раза чаще у мальчиков. У всех наблюдавшихся нами пациентов диагностирован идиопатический НС. У большинства детей отмечалось неуточненное изменение гломерулярного аппарата.

2. Физическое развитие у большинства детей нашей выборки среднее гармоничное. Около трети пациентов имели отягощенный наследственный анамнез: хронический пиело- или гломерулонефрит. У каждого второго пациента начало заболевания пришлось на возраст до 2 лет. В клинике у всех детей наблюдался мочевой синдром, у каждого второго – отечный, гипертензивный, интоксикационный синдромы. Всем детям проведен полный

комплекс лабораторно-инструментального обследования, пятой части пациентов нашей выборки выполнена нефробиопсия.

3. В периоде обострения заболевания все дети госпитализировались в специализированное нефрологическое отделение. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 35 дней. Всем детям назначались глюкокортикоиды, более половины получали антибактериальную терапию, ингибиторы АПФ, антиагреганты, мочегонные препараты, два пациента - цитостатики. Эффективность терапии определялась характером основного заболевания и морфологическими особенностями НС.

4. В ходе проводимой терапии у всех пациентов наблюдалось полное восстановление функции почек.

#### **Список литературы:**

1. Тареева, И.Е. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита: нефрология / И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – 688 с.
2. Нефротический синдром у детей: справочник нефролога / М.С. Игнатова [и др.]. – М.: Оверлей, 2006. – 48 с.
3. Краснова, Т.Н. Особенности течения и лечения нефротического синдрома у больных гломерулонефритами / Т.Н. Краснова. – М.: «Триада», 2003. – 163 с.
4. Серов, В.В. Морфология гломерулонефритов: нефрология / В.В. Серов, В.А. Варшавский, А.А. Иванов: под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 211-224.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Бубневич Т.Е.***

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

**Введение.** В настоящее время проблема хронического тонзиллита у детей сохраняет свою актуальность в клинической медицине. В структуре заболеваний ЛОР-органов у детей значительную часть составляет хронический тонзиллит. Так, по данным ряда авторов, частота этой патологии у детей в возрасте 3 лет составляет 2-3%, в 5-6 лет – 6-7%, а к 12 годам достигает 12% [1, 2].

Миндалины служат первым защитным барьером, препятствующим проникновению вирусов и бактерий в дыхательные пути. Но если объектом поражения вредными микроорганизмами становятся сами миндалины, тогда они, в свою очередь, могут стать причиной инфицирования других органов и систем [1, 3].

Хронический тонзиллит – это постоянный очаг инфекции в детском организме, который угнетает и истощает иммунитет, и может привести к тяжелым осложнениям в случае несвоевременного лечения. Согласно представлениям современной медицины, хронический тонзиллит – это инфекционно-аллергическое заболевание с проявлениями в виде поражения лимфоидной ткани миндалин и образующейся устойчивой воспалительной реакцией [2, 4].