

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].

Этиологическими факторами воспалительного процесса небных миндалин могут выступать различные инфекционные возбудители: бактерии, вирусы и грибы. Достаточно часто при тонзиллитах выявляются  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *S. haemolyticum*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Toxoplasma*, анаэробы, аденовирусы, цитомегаловирусы, вирус герпеса и др. В последние годы появляется все больше сведений об определенной роли атипичных микроорганизмов (микоплазмы и хламидии) в этиологии тонзиллофарингитов у детей [1, 3, 5].

Более половины детей, подверженных частым и продолжительным респираторным заболеваниям, страдают хроническим тонзиллитом, и тенденция эта продолжает расти.

**Объект и методы исследования.** Работа основана на результатах наблюдения за 60 детьми (28 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 6 до 17 лет, проживающих в г.Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети с хроническим тонзиллитом, поступившие в ЛОР-отделение УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период август-декабрь 2015 года.

Дети предъявляли жалобы на общую слабость, субфебрилитет, боль при глотании, неприятный запах изо рта, отделение гнойных пробок.

Фарингоскопически наблюдались: изменения дужек, возникающие в результате нарушения крово- и лимфообращения в хронически воспаленной миндалине; признак Зака – отечность верхнего угла, образованного передней и задней дужками; признак Преображенского – валикообразное утолщение, краевая инфильтрация небных дужек; признак Гизе – краевая гиперемия передних дужек.

Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, оториноларингологический осмотр, при этом наибольшее внимание уделялось объективной отофарингоскопии, микробиологическому исследованию содержимого лакун небных миндалин.

Всем детям проводились лабораторные, инструментальные методы обследования: ЭКГ, по показаниям – ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, почек, ФГДС, рентгенограмма органов грудной клетки; консультации специалистов: кардиолога, невролога.

На базе отделения проводилось как консервативное, так и оперативное лечение.

**Результаты и их обсуждение.** В выборку включено 22 мальчика (46,7%) и 32 девочки (53,3%). Большинство в возрасте 12-17 лет – 26 детей (43,3%).

В зависимости от наличия соматической патологии выделены 2 группы:

I группа – 50 детей с хроническим тонзиллитом;

II группа – 10 детей с соматической патологией на фоне хронического тонзиллита.

Хронический компенсированный тонзиллит в I группе наблюдался у 18 детей (36%), субкомпенсированный – у 13 детей (26%), декомпенсированный – у 19 детей (38%), во II группе соответственно – один ребенок с хроническим

тонзиллитом компенсированной формы, 3 (30%) с субкомпенсированной, 6 детей (60%) с декомпенсированной формой.

Изолированно хронический тонзиллит наблюдался у 14 детей (23,3%), в сочетании с другой патологией ЛОР-органов (отит, фарингит) – у 20 детей (33,3%), с соматическими заболеваниями (заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой, мочевой системы, желудочно-кишечного тракта) – 10 человек (16,7%), в сочетании с паратонзиллярным абсцессом – 16 детей (26,7%).

Всем детям проводилось исследование: мазок с поверхности миндалин и со слизистой носа на флору. В 2-х случаях выявлен  $\beta$ -гемолитический стрептококк, в 2-х случаях золотистый стафилококк, у 1 пациента – пневмококк.

Всем детям (100%) проводилась консервативная терапия. Хирургическое лечение получили 32 человека (64%) из I группы: коагуляционная тонзилэктомия – 16 детей, дренирование абсцесса – 16 детей; 8 человек (80%) из II группы: всем плановое оперативное лечение – коагуляционная тонзилэктомия.

#### **Выводы.**

1. Исследуемая группа в равной степени представлена мальчиками и девочками. Большая часть выборки – подростки.

2. В обеих группах наибольшее количество детей наблюдалось с декомпенсированной формой хронического тонзиллита: в I группе – более трети пациентов, во II группе – более половины.

3. Значительно чаще встречалось сочетание хронического тонзиллита с другой ЛОР-патологией (отит, фарингит).

4. Изолированный хронический тонзиллит наблюдался у четверти детей нашей выборки.

5. В ходе наблюдения нами выявлено, что у каждого четвертого ребенка течение хронического тонзиллита осложнялось паратонзиллярным абсцессом.

6. Всем детям проводилась консервативная терапия, хирургическое лечение получили более половины детей.

Таким образом, в настоящее время проблема хронического тонзиллита у детей является чрезвычайно актуальной из-за риска развития в дальнейшем заболеваний сердца, почек, суставов. Высокая социальная значимость и широкая распространенность среди детского населения хронического тонзиллита требуют раннего выявления пациентов с данной патологией, поиска эффективных методов лечения и профилактики.

#### **Список литературы:**

1. Полякова, Т.С. Хронический тонзиллит: диагностика, лечение, профилактика / Т.С. Полякова, Е.П. Полякова // Российский медицинский журнал. – 2004 – № 2. – С. 65.

2. Маккаев, Х.М. Распространенность, особенности клинических проявлений и осложнения хронических заболеваний лимфоидного глоточного кольца у детей / Х.М. Маккаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 1. – С. 28-32.

3. Солдатов, И.Б. Лекции по оториноларингологии: учебное пособие / И.Б. Солдатов. – М.: Медицина, 1994. – С. 288.

4. Пальчун, В.Т. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 286 с.

5. Гаращенко, Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии / Т.И. Гаращенко // Российская ринология. – 1999. – № 1. – С. 68-71

## **ХАРАКТЕРИСТИКА РОЛИ ЭНДОТЕЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

*Вильчук К.У.*

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,  
Минск, Беларусь

Патогенез микробно-воспалительных заболеваний почек у детей по-прежнему вызывает интерес у исследователей. Это обусловлено высокой частотой рецидивирования этих заболеваний [1, 2]. В детском возрасте формируются предпосылки для хронического течения заболеваний почек, что обуславливает их прогрессирование с развитием хронической почечной недостаточности [2].

Недостаточная эффективность терапии пиелонефритов у детей также диктует необходимость углубленного изучения их патогенеза. В последние годы всё большее внимание уделяется исследованиям по выяснению роли эндотелия не только в возникновении сердечно-сосудистой патологии, но и других заболеваний [3].

Полагают, что снижение продукции оксида азота эндотелием сосудов почек приводит к его дисфункции (ДЭ) и к недостаточной элиминации возбудителей заболевания в связи неадекватностью вазоактивных реакций.

Установлено, что гиперпродукция оксида азота (NO) макрофагами [3, 4], приводит к доминированию цитотоксических свойств оксида азота и развитию ДЭ. Считают, что образующийся в избытке оксид азота способен подавлять ферменты дыхательной цепи, цикла Кребса и синтеза ДНК. Причём, если наномолярные концентрации оксида азота, инактивируя цитохромоксидазу, обратимо ингибируют митохондриальное дыхание, то микромолярные концентрации NO, образующегося при участии индуцируемой формы NO-синтазы, способны вызывать необратимые изменения почечных канальцев, чашечек и лоханок. Многие из патогенных цитотоксических эффектов оксида азота реализуются в условиях выраженного окислительного стресса через образование высокоточного соединения пероксинитрита [4]. Считают, что основными факторами, вызывающими снижение NO-синтазной активности эндотелиоцитов посредством воздействия на них пероксинитрита являются инфекционные воздействия на эндотелий [5]. Предполагается, что при действии инфекционного агента возникает каскад патобиохимических нарушений, конечным этапом которых является развитие патологического апоптоза и повышение десквамации эндотелия.

**Целью работы** является определение роли морфологических и функциональных свойств эндотелия в патогенезе пиелонефритов у детей.

**Методы исследования.** Под наблюдением находилось 140 детей: 100 детей с пиелонефритами от 3 до 17 лет (основная группа) и 40 практически