

# АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Конюх Е.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Актуальность.* Большинство хронических заболеваний органов мочевой системы взрослых берут свое начало в детском возрасте и нередко даже в антенатальном периоде развития ребенка. В различные периоды жизни гломерулопатии могут протекать по-разному: некоторые из них имеют длительный латентный период и обнаруживаются случайно при эпидемиологических обследованиях. Нередко в детском возрасте выявляется наследственная или врожденная патология почек.

Практика показывает, что вскрывается все больше факторов, свидетельствующих о генетическом предрасположении к развитию болезней, что позволяет относить ряд нефропатий к мультифакториальной патологии, где неблагоприятные воздействия внешней среды проявляются только при наличии указанного предрасположения [1].

*Цель работы:* изучение генетической предрасположенности, структуры сопутствующей патологии, оценка физического развития у детей с острым и хроническим гломеруло-нефритом.

*Объект и методы исследования.* В исследование были включены 78 детей с гломеруло-нефритом. Пациенты были разделены на две подгруппы на основании клинического диагноза заболевания.

Подгруппа I (n=41) – дети с острым гломеруло-нефритом (ОГН). Мальчиков было 80,5% (33 ребенка), девочек – 19,5% (8 детей). Возраст пациентов – 13,9 (11,8–15,4) лет.

Подгруппа II (n=37) – пациенты с хроническим гломеруло-нефритом (ХГН). Мальчиков было 59,5% (22 ребенка), девочек – 40,5% (15 человек). Возраст детей составил 14,1 (11,3–15,6) лет.

*Результаты и обсуждение.* ГН у детей развивается в результате взаимодействия генетических, факторов внешней и внутренней среды организма [2]. В связи с этим был проанализирован наследственный анамнез у пациентов обеих подгрупп в трех поколениях.

Так, у 34,2% детей подгруппы I выявлена наследственная отягощенность по патологии мочевыделительной системы (гломерулонефрит, нефроптоз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, диабетическая нефропатия) или артериальной гипертензии, из них по линии матери – у 5 больных (12,2%), по линии отца – 4 (9,8%), у 5 (12,2%) – со стороны обоих родителей. В подгруппе II наблюдалась несколько иная картина. Наследственная отягощенность выявлена у половины пациентов (51,4% детей), причем по линии матери она прослеживалась у 29,7% (11 детей), по линии отца – у 10,8% (4) и со стороны обоих родителей – у 10,8% (4 больных).

Этиологическими факторами в развитии ГН являются вирусные, бактериальные антигены, аллергены. В связи с этим проанализированы данные о перенесенном накануне остром респираторном заболевании, аллергологический анамнез пациентов. Установлено, что указание на наличие в анамнезе перенесенной инфекции дыхательной системы встречалось практически в одинаковом проценте случаев в обеих подгруппах: острая респираторная инфекция – 48,8% и 45,9% ( $\chi^2=0,2$ ,  $p=0,7$ ), ангина – 12,2% и 10,8% ( $\chi^2=0,04$ ,  $p=0,8$ ), стрептодермия – 14,6% и 5,4%, соответственно ( $\chi^2=1,8$ ,  $p=0,2$ ). С одинаковой частотой как при остром, так и при хроническом течении заболевания провоцирующими факторами обострения могло являться наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит) ( $\chi^2=0,8$ ,  $p=0,4$ ) и воздействие аллергенов ( $\chi^2=1,7$ ,  $p=0,2$ ).

Анализ данных оценки физического развития показал, что большая часть детей подгрупп I и II имели среднее физическое развитие (58,5% и 78,4%, соответственно). Характерен невысокий процент пациентов в обеих подгруппах с низким и ниже среднего физическим развитием (9,8% и 5,4%, соответственно). У третьей части обследуемых подгруппы I физическое развитие оценивалось как высокое и выше среднего, в подгруппе II данный тип встречался несколько реже. Гармоничное физическое развитие установлено у 68,3% детей из подгруппы I и у 75,7% – подгруппы II. Следует отметить, что больше четверти пациентов каждой подгруппы имеют дисгармоничное физическое развитие, в равной степени как с дефицитом, так и с избытком массы тела.

Таким образом, факторами, способствующими развитию заболевания, в обеих подгруппах практически с одинаковой частотой выступали острая респираторная инфекция (48,8% и 45,9%), ангина (12,2% и 10,8%) и хронический тонзиллит (43,9% и 54,1%, соответственно). Наследственная отягощенность по патологии мочевыделительной системы и гипертонической болезни выявлена у половины (51%) пациентов при ХГН и 34% при ОГН. При ХГН у 30% детей патология мочевыделительной системы прослеживалась по материнской линии. Менее чем у 10% пациентов при ОГН и ХГН (9,8% и 5,4%, соответственно) физическое развитие оценено как низкое и ниже среднего. У 25% больных в каждой подгруппе физическое развитие было дисгармоничным, в равной степени как с дефицитом, так и с избытком массы тела.

#### Литература

1. Игнатова, М.С. Диагностика и лечение нефропатий у детей / М.С. Игнатова, Н.А. Коровина // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336с.
2. A hybrid CFHR3–1 gene causes familial C3 glomerulopathy / Т.Н. Malik [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2012. – Vol. 23 (7). – P. 1155–1160.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО (КРИТЕРИИ АМСЕЛЯ) И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО (КРИТЕРИИ НЬЮГЕНТА) КЛАССИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**

*Костюк С.А., Шиманская И.Г., Полуян О.С., Руденкова Т.В.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

*Актуальность.* Инфекции влагалища относят к наиболее часто встречающихся акушерско-гинекологических заболеваний. Рост частоты бактериальных вагинозов у женщин связан с изменением сексуального поведения молодежи, процессами миграции и урбанизации и др. [3].

Этиологии бактериального вагиноза обусловлена условно-патогенными микроорганизмами, при этом часто регистрируется полимикробный характер данного заболевания [2].

Бактериологический метод определения видовой принадлежности возбудителя сложен, трудоемок. Существуют клинические критерии Амсея (1983г.), включающие: наличие обильных влагалищных выделений; рН влагалищного отделяемого выше