

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Бубневич Т. Е.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Среди приобретенных заболеваний почек у детей, гломерулонефрит (ГН) является вторым по распространенности заболеванием после инфекции мочевыводящих путей [1].

Особенности течения болезней почек и мочевыводящих путей у детей:

— 50 % заболеваний почек протекает малосимптомно или без клинических признаков;

— 50 % заболеваний почек протекает с минимальными изменениями в анализах мочи или без изменений;

— клинические признаки и течение заболеваний у детей, особенно в раннем возрасте, существенно отличаются от взрослых показателей, что обусловлено возрастными особенностями строения и функционирования этой системы;

— у детей часто встречаются состояния, симулирующие поражения мочевыделительной системы. Это, естественно, вызывает значительные диагностические трудности [1, 2].

Около 80 % заболеваний почек и мочевыводящих путей у взрослых дебютируют еще в детстве. Это значительно увеличивает ответственность врача за своевременную диагностику патологии, полноценную терапию и реабилитацию больных.

Болеют ГН дети любого возраста, но значительно чаще этой патологией страдают дети в возрасте 3–12 лет. При возникновении ГН у детей старше 10 лет значительно чаще наблюдается хронизация патологического процесса, и больные чаще оказываются резистентными к терапии глюкокортикоидами. ГН — одна из основных причин развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и инвалидизации среди приобретенных заболеваний почек в детском, юношеском и молодом возрасте. У детей быстро развивается терминальная стадия ХПН, при которой необходима заместительная почечная терапия и трансплантация почек [2, 3].

Цель

Изучить клинические особенности течения гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения 24 детей (17 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 4 до 16 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети, поступившие в нефрологическое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с гломерулонефритом за период март – май 2015 г. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клиничко-лабораторное обследование, физикальное исследование, функциональные методы исследования: стандартная Эхо-КГ, УЗИ внутренних органов, почек, щитовидной железы; радиоизотопная ренография; рентгенологические методы обследования; нефробиопсия; консультации специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение

В выборку включены: 17 (70,8 %) мальчиков и 7 (29,2 %) девочки. Возрастной состав: 1–7 лет — 5 (20,8 %) человек, 8–10 лет — 4 (16,7 %), 11–16 лет — 15 (62,5 %) детей. Одинаковое количество детей и подростков в исследуемой группе проживают в г. Гомеле — 12 (50 %) человек, 12 (50 %) детей — разных районах Гомельской области.

Нами выявлено, что дебют заболевания пришелся на возраст 1–7 лет — 11 (45,8 %) детей, 8–11 лет — 4 (16,7 %) человека, 12–16 лет — 9 (37,5 %) человек. Заболевания, предшествующие развитию ГН многообразны. Наиболее часто отмечались острые респираторные заболевания 20 (83,2 %) человек; геморрагический васкулит, гемолитикоуремический синдром (ГУС), энурез, функциональная диспепсия — по одному ребенку соответственно (по 4,2 %).

Чаще всего у детей выявлялся нефротический синдром (N04) — у 11 (45,8 %) человек, рецидивирующая и устойчивая гематурия (N02) — у 7 (29,2%), реже — острый нефритический синдром (N00) — у 5 (20,8 %) человек, хронический нефритический синдром (N03) — у 1 (4,2 %) ребенка.

По течению заболевания, частые рецидивы (1 раза в год) наблюдались у 9 (37,5 %) детей, редкие рецидивы — у 9 (37,5 %) детей, заболевание выявлено впервые — у 6 (25 %) детей.

Клиническая картина гломерулонефрита чрезвычайно разнообразна. При поступлении в стационар в клинике ведущим являлся мочевого синдром 13 человек (54,2%); интоксикационный 5 (20,8%); отечный 5 (20,8%), болевой синдром 1.

Четырем детям из данной выборки была проведена нефробиопсия: один ребенок с нефротическим синдромом, возникшим на фоне ГУС — заключение: нефросклероз; три ребенка с нефротическим синдромом, непрерывно рецидивирующим течением — заключение: минимальные гломерулярные изменения.

Выводы

По данным нашего исследования, гломерулонефрит в два раза чаще наблюдался у мальчиков в подростковом возрасте. Наиболее часто дебют заболевания приходился на дошкольный, ранний школьный и подростковый возраст.

У большинства детей развитию гломерулонефрита способствовала ранее перенесенная острая респираторная инфекция.

В клинике чаще регистрировался нефротический синдром с рецидивирующим течением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по нефрологии: пер. с англ. / под ред. Дж. А. Витворт, Дж. Р. Лоренса. — М.: Медицина, 2000. — 480 с.
2. Нефрология: рук-во для врачей / под ред. И. Е. Тареевой. — М.: Медицина, 2000. — 688 с.
3. Шулуток, Б. И. Нефрология. Современное состояние проблем / Б. И. Шулуток. — СПб.: РЕНКОР, 2002. — 780 с.

УДК 618.17-008.8: 616-071.3]-056-057.875

ОСОБЕННОСТИ РАЗМЕРОВ ТАЗА, РЯДА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СТУДЕНТОК СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ С ПОВЫШЕННЫМИ И НИЗКИМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Бугаевский К. А.

«Запорожский государственный медицинский университет»

г. Запорожье, Украина

Введение

Охрана здоровья студенческой молодежи является важнейшей задачей современного общества, так как именно студенты высших учебных заведений — интеллектуальный и социально-экономический потенциал страны. Отклонения в состоянии здоровья, сформировавшиеся в юношеском возрасте, снижают возможности реализации молодыми людьми, вступившими в социально активный период жизни, важнейших социальных и биологических функций [1, 2]. Поэтому физическое развитие является одной из основных характеристик становления репродуктивной системы девушки. Его важным оценочным показателем является масса тела, которая косвенно характеризует количество жировой ткани в организме [2, 5]. Этот показатель есть одним из главных физиологических факторов, определяющим время появления и степень развития вторичных половых признаков, возраст наступления менархе и характер становления овариально-менструальной функции и фертильности в целом [1, 2]. Анализ доступной специальной литературы показывает, что большее внимание исследователей, при изучении влияния массы тела на становление и функционирование репродуктивной системы у женщин, привлекает ожирение [2, 5]. Между тем, среди современных девушек-студенток, значительно распространен дефицит массы тела [1]. Низкая масса тела у женщин репродуктивного возраста, в т. ч. в юношеском и первом зрелом возрасте, расценивается как биологический маркер соматического и репродуктивного неблагополучия, а дефицит массы тела ассоциируется с развитием нарушений полового развития и расстройств менструального цикла (МЦ) [1]. Поэтому, на сегодняшний день, особое значение приобретает исследование здоровья девушек-студенток, как особой социальной группы, с высоким риском функциональных нарушений организма [1, 2]. Несмотря на то, что роль анатомического строения костного таза достаточно изучена, проблему нельзя считать полностью решенной из-за высокого уровня узких тазов и появления новых «стертых» форм женского таза (Т. К. Пучко, 2003).

Цель

Выявить анатомио-антропологические особенности организма и размеров таза, изучение и анализ ряда показателей соматического и репродуктивного здоровья, исходя из индивидуальных особенностей протекания МЦ и значений ряда антропометрических показателей и специальных индексов у студенток I–II курсов ЗГМУ с повышенной и пониженной массой тела, отнесенных по результатам медицинского осмотра к специальной медицинской группе (далее СМГ).

Материал и методы исследования

В исследовании мы сделали акцент на выявлении изменений показателей у студенток с повышенной и низкой массой тела, в определении особенности ряда антропометрических показателей (рост, вес и связанных с ними значений специальных индексов — ИМТ (индекс массы тела), ИОТ (индекс ожирения тела по Р. Бергману) [5].