

Показатели	Группы					
	контроль	CCL ₄ + крахмал	CCL ₄ + бетаин	CCL ₄ + S-метил- метионин	CCL ₄ + S-метил-метионин + бетаин	CCL ₄ + гептрал
АлАТ, Е/л (сыворотка)	9,89 ± 1,73	172,5 ± 35,90*	75,98± 22,68*&	200,3 ± 65,05*	180,1 ± 31,96*	120,9 ± 52,98*
АсАТ, Е/л (сыворотка)	114,4 ± 29,60	499,7 ± 81,77*	120,9 ± 19,11&	394,5 ± 133,5*	269,8 ± 51,54*&	140,3 ± 42,42&
Триглицериды, ммоль/л (сыворотка)	1,40 ± 0,15	1,96 ± 0,19*	1,59 ± 0,12	1,88 ± 0,10*	1,65 ± 0,16	1,65 ± 0,16
ТБК продукты, ммоль/л (сыворотка)	1,84 ± 0,10	2,71 ± 0,35*	2,98 ± 0,32*	2,39 ± 0,12*	2,98 ± 0,24*	2,36 ± 0,48
ТБК продукты, мкмоль/мг (ПМ фракция печени крыс)	0,77 ± 0,15	1,00 ± 0,15	1,22 ± 0,23	1,22 ± 0,23	1,57 ± 0,28*	1,62 ± 0,17*&

Примечание: * P < 0,05 по отношению к контрольной группе животных; & — p < 0,05 по отношению к группе животных, получавшей CCL₄.

Выводы

При введении тетрахлорметана (0,4 мл/кг два раза в неделю в течение 4 недель) наблюдается нарушение функции печени. Введение бетаина (0,5 ммоль/кг, внутривенно) вызывает снижение повышенной активности АлАТ, нормализацию активности АсАТ и содержания триглицеридов в сыворотке крови. При введении комбинации бетаина и S-метилметионина (0,5 ммоль/кг, внутривенно) наблюдается снижение повышенной активности АсАТ, нормализация содержания триглицеридов в сыворотке крови. При введении гептрала отмечается нормализация активности АсАТ, содержания триглицеридов и ТБК-реагирующих продуктов в сыворотке крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гепатопротекторы / С. В. Оковитый [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 112 с.
2. Современные проблемы биохимии. Методы исследований: учеб. пособие / Е. В. Барковский [и др.]; под ред. проф. А. А. Чиркина. — Минск: Выс. шк., 2013. — 491 с.

УДК: 616.611-002-053.2/.6

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ткаченко С. А.

Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич

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. Болеют ГН дети любого возраста, но значительно чаще этой патологией страдают дети в возрасте 3–12 лет [1]. 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.

Материалы и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения 12 детей (9 мальчиков и 3 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 ГН за период январь–февраль 2014 г. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клинико-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: 12 мальчиков (75 %) и 4 девочки (25 %). Возрастной состав: 1–7 лет 4 человека (25 %), 8–10 лет 3 ребенка (18,8 %), 11–16 лет 9 детей (56,2 %). Примерно одинаковое количество детей и подростков в исследуемой группе проживают в г. Гомеле — 9 человек (56,2 %), 7 детей (43,8 %) — разных районах Гомельской области.

Нами выявлено, что дебют заболевания пришелся на возраст 4–7 лет 6 детей (37,5 %), 11–16 лет 10 человек (62,5 %). Заболевания, предшествующие развитию ГН многообразны. Наиболее часто отмечались острые респираторные заболевания 12 человек (75 %); геморрагический васкулит, гемолитикоуремический синдром (ГУС), энурез, функциональная диспепсия — по одному ребенку соответственно (по 6,25 %).

Чаще всего у детей выявлялся нефротический синдром (N04) — 7 человек (43,8 %), острый нефритический синдром (N00) — 5 человек (31,25 %), реже — рецидивирующая и устойчивая гематурия (N02) — 3 ребенка (18,75 %), хронический нефритический синдром (N03) — 1 ребенок (6,25 %).

По течению заболевания — частые рецидивы (1 раза в год) наблюдались у 6 детей (37,5 %), редкие рецидивы — у 5 детей (31,25 %), заболевание выявлено впервые — у 5 детей (31,25 %).

Клиническая картина гломерулонефрита чрезвычайно разнообразна. При поступлении в стационар в клинике чаще всего выявляется мочевого синдром 7 человек (43,75 %); интаксикационный 5 (31,25 %); отечный 3 (18,75 %), болевой синдром 1 (6,25 %).

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

Выводы

По данным нашего исследования, гломерулонефрит чаще наблюдался у мальчиков в подростковом возрасте. Начало заболевания, в половине случаев, пришлось на пубертат. У большинства детей развитию гломерулонефрита способствовала ранее перенесенная острая респираторная инфекция. В клинике чаще регистрировались нефротический и острый нефритический синдромы с рецидивирующим течением.

ЛИТЕРАТУРА

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

УДК: 612.013.7:616-008.1]797.12

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРЕБЦОВ-ЮНИОРОВ В ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ