

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ (РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

© И. В. Зорин, А. В. Зорин

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», кафедра факультетской педиатрии,

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить клинико-лабораторные и морфологические особенности гломерулопатий у детей Оренбургской области.

Проведен анализ историй болезни 33 детей с гломерулопатиями, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ММУЗ «МГКБ №6» г. Оренбурга за период 2004–2008 гг. Определены особенности генеалогического, медико-биологического анамнеза и клинико-параклинических проявлений гломерулопатий у детей Оренбургской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди больных гломерулопатиями преобладали девочки — 51,5 % (n=17).

В 42,4 % (n=14) дебют заболевания отмечался в возрасте от 1 до 3-х лет.

Связь дебюта заболевания с инфекционным фактором в анамнезе отмечалась у 22 больных (66,6%).

Длительность заболевания составляла: до 3-х лет 66,6 % (n=22), более 5 лет — 34,4 % (n=11).

Генеалогический анамнез по нефропатиям был отягощен у 54,5 % пациентов (n=18).

В нозологической структуре гломерулопатий преобладали: идиопатический нефротический синдром — 27,3 % (n=9), врожденные и наследственные нефропатии — 21,2 % (n=7), хронический гломерулонефрит, нефротическая форма — 21,2 % (n=7), хронический гломерулонефрит, гематурическая форма — 15,2 % (n=5), хронический гломерулонефрит, смешанная форма — 9 % (n=3).

Из 16 детей с нефротическим синдромом, у 14 пациентов диагностирован гормоночувствительный вариант, гормонозависимый и гормонорезистентный варианты установлены у 1 ребенка каждый.

Клинические проявления дебюта заболевания характеризовались изолированной гематурией у 21,2 %

(n=7), изолированной протеинурией — у 12,2 % (n=4), протеинурией в сочетании с гематурией — 3 % (n=1), неполным нефротическим синдромом — 33,3 % (n=11), полным нефротическим синдромом — 15,2 % (n=5), нефротическим синдромом в сочетании с гематурией и артериальной гипертензией — 12,2 % (n=4), нефротическим синдромом в сочетании с артериальной гипертензией — 3 % (n=1).

Прогрессирующее течение в виде присоединения синдрома ренальной артериальной гипертензии имело место у 1 пациента.

Нефробиопсия выполнена 7 больным (21,2%) на базе ГУЗ «Областная детская клиническая больница». У 3-х больных с гематурией и артериальной гипертензией верифицированы морфологические диагнозы: Ig A — нефропатия, очаговый мезангио-пролиферативный гломерулонефрит, экскапиллярный гломерулонефрит; у 2-х больных с идиопатическим стероидрезистентным нефротическим синдромом фокально-сегментарный гломерулосклероз; у 2 больных с изолированной микрогематурией — болезнь тонких базальных мембран.

ВЫВОДЫ

В нозологической структуре гломерулопатий преобладали пациенты с нефротическим синдромом (n=16).

Среди больных гломерулопатиями преобладала длительность заболевания до 3-х лет, возраст дебюта заболевания от 1 до 3-х лет (42,4 %).

Среди больных с гломерулопатиями преобладали девочки (51,5 %).

В морфологической структуре гломерулопатий преобладали: фокально-сегментарный гломерулосклероз и болезнь тонких гломерулярных базальных мембран.

Прогрессирующее течение заболевания отмечалось у 1 пациента с хроническим очаговым мезангио-пролиферативным гломерулонефритом.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ IGE К БАКТЕРИАЛЬНЫМ И ГРИБКОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ

© Н. Г. Иванова, Е. А. Корниенко

Клиническая больница с поликлиникой РАН, Санкт-Петербург;

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

ЦЕЛЬ

Сравнить особенности микробиоценоза толстой кишки у детей с нефротическим синдромом

с минимальными изменениями (НСМИ) и детей с атопическим дерматитом (АД), имеющих повы-