

ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ  
САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Атаева Мухиба Сайфиевна*

*Старший преподаватель кафедры 1-педиатрии и неонатологии  
Самаркандского Государственного медицинского университета.*

*Самарканд Узбекистан.*

Гломерулонефрит (ГН) представляет собой иммуно-воспалительную патологию, при которой поражаются почечные клубочки. Для гломерулонефрита характерно постепенное прогрессирование процесса, что в конечном итоге может привести к ХБП (хронической болезни почек) и почечной недостаточности. Стоит отметить, что процесс всегда является двусторонним, хотя степень поражения каждой почки может отличаться.

Развитие гломерулонефрита может быть связано с перенесенными бактериальными и вирусными инфекциями, с системными заболеваниями, например, системной красной волчанкой, системными васкулитами и др., может развиваться как реакция на живую вакцину.

Гломерулонефрит бывает острым, хроническим и подострым или быстро прогрессирующим. В зависимости от течения клиническая симптоматика несколько различается. Так при острой патологии изменения возникают внезапно, нередко имеют связь с каким-либо недавно перенесенным инфекционно-воспалительным процессом, в то время как хронический ГН длительное время может оставаться незамеченным и вялотекущим.

**Цель работы:** изучить особенности течения и факторы риска хронического гломерулонефрита у детей по Самаркандской области.

**Материалы и методы исследования.** Представлены результаты ретроспективного и проспективного анализа 65 больных в возрасте 4-16 лет

с хроническим гломерулонефритом, проявлявшимся нефритическим синдромом. Девочки (30 больных) встречались реже, чем мальчики (35 больных): более 2/3 детей из сельской местности. Методы исследования включали анкетирование родителей, изучение анамнеза жизни и заболевания (по амбулаторным картам больных), клинической симптоматики, комплекс общеклинических, биохимических, иммунологических, инструментальных исследований (мазок из зева, анализы мочи, степень гематурии и протеинурии, клинический и биохимический анализы крови, исследование функционального состояния почек, гемостазиограмму, циркулирующие иммунные комплексы–ЦИК, титр антистрептолизина О (АСЛ-О), инструментальные методы: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, ЭКГ).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных анамнеза показал, что у большинства детей с ХГН имелись отягощающие факторы риска: отягощенная по почечной патологии наследственность выявлена у 21% детей с ХГН (артериальная гипертензия, аномалии почек у родителей и родственников), перинатальные факторы риска имелись у 56% матерей детей с ОГН (гестозы, пиелонефрит, анемия), патологические изменения в анализах мочи до развития ХГН, хронические очаги инфекции у 29% детей (хронический тонзиллит, кариес, рецидивирующий бронхит),гельминтозы у 25% больных детей. Развитию ХГН предшествовала инфекции верхних дыхательных путей (ангина, ОРЗ, отит, гайморит, пневмония) в 89% случаев. Начало заболевания было хроническим у большинства детей, однако только у 1/3 больных в первые дни отмечались характерные для нефритического синдрома симптомы. Поводом для обращения к врачу чаще было появление отеков, нарушение диуреза, изменение цвета мочи. Мочевой синдром проявлялся протеинурией, эритроцитурией.Гематурия имела место у всех детей, однако степень ее выраженности была различной. Макрогематурия имела место у 42 детей, сохранялась 1-7 дней. Микрогематурия была как доминирующим симптомом на 41 протяжении болезни, у отдельных больных сохранялась до 2-4 месяцев. Протеинурия до

0,5-1,0г/сут отмечалась у 2/3 больных, у остальных детей суточная потеря белка была больше 1,0 г. Выраженная протеинурия наблюдалась чаще у детей дошкольного возраста. Цилиндрурия в наших наблюдениях встречалась только у 16% больных. Почти у половины детей с ОГН в осадке мочи определялись лейкоциты, что в сочетании с другими нарушениями функции канальцев, оксалурией и уратурией, свидетельствуют о тубулоинтерстициальном компоненте ОГН. Отеки наблюдались у всех больных детей, однако чаще это были пастозность мягких тканей в области нижних конечностей и параорбитальной клетчатки. Выраженные отеки были только у 32% детей, длительность отеков до 8-12 дней. Артериальная гипертензия (АГ) в наших наблюдениях отмечалась у 31,5% больных, как правило АГ проявляется с первых дней болезни, достигала в среднем  $139,5 \pm 1,3$  мм.рт.ст. систолическое и  $95,5 \pm 0,91$  мм рт. ст. диастолическое, сохранялась 4-7 дней у 46%, более 8 дней у 26% детей. Следует отметить, что тяжесть и продолжительность основных клинических симптомов зависело от выраженности отеков, наличия АГ и признаков почечной недостаточности. Азотемия как признак нарушения функции почек отмечена у 15,5%, но без повышения уровня и креатинина. У детей с азотемией чаще отмечалась и АГ, и выраженная олигурия, и признаки гиперкоагуляции (повышение фибриногена, протромбина). Обнаружение  $\beta$ -гемолитического стрептококка в мазках из зева, с кожи (при стрептодермии) подтверждают стрептококковую этиологию заболевания. Высокий титр АСЛ-О, выявленный у больных ОГН, свидетельствует о персистенции в их организме стрептококковой инфекции и сенсибилизации к стрептококку.

**Выводы.** Развитие ОГН у детей часто ассоциировано с влиянием различных факторов риска: отягощенная наследственность по патологии почек, анте- и перинатальные факторы, наличие хронических очагов инфекции, гельминтозы, имевшиеся изменения в анализах мочи (повышенная экскреция солей, следовая протеинурия) до развития ОГН. ОГН может развиваться после многих вирусных и бактериальных инфекций, а не только после ангин; чаще развивается в младшем школьном

возрасте; дети с АГ чаще имеют и азотемию, и признаки гиперкоагуляции; часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН. В динамике в начале ликвидируются отеки, затем АГ и в последнюю очередь микрогематурия. Сочетание различных факторов риска определяет тяжесть поражения почек.

**Список литературы:**

1. Рахманова Л. К., Искандарова И. Р. Фактор риска прогрессирования хронического гломерулонефрита у детей //Re-health journal. – 2021. – №. 1. – С. 229-237.
2. Гасайниева М. М., Мингазова Э. Н. РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ РИСКА //Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 7. – С. 79-84.
3. Ачилова Д. Н., Шарипова М. О. ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ //AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI. – 2024. – Т. 3. – №. 3. – С. 43-47.
4. Мамаризаев И. ФАКТОРЫ РИСКА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ //Medicine, pedagogy and technology: theory and practice. – 2024. – Т. 2. – №. 7. – С. 56-62.
5. Рустамов М., Мамаризаев И. Особенности состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы у детей при внебольничной пневмонии с миокардитами //Международный журнал научной педиатрии. – 2023. – Т. 2. – №. 10. – С. 353-356.
6. Мамаризаев И. К., Абдукадилова Ш. Б., Джураев Ж. Д. THE ROLE OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN AGAINST THE BACKGROUND OF MYOCARDITIS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2023. – Т. 4. – №. 5.

7. Файзуллаев М. Ф. и др. Особенности Течение Болезни У Пациентов С Хронической Болезни Почек //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2024. – Т. 3. – №. 5. – С. 156-160.
8. Чеботарева Н. В. и др. Сравнение методов тромбодинамики и рутинных тестов гемостаза в оценке гиперкоагуляционного синдрома при хроническом гломерулонефрите //Терапевтический архив. – 2024. – Т. 96. – №. 6. – С. 565-570.
9. Выхристенко Л. Р. Лекарственно-индуцированная нефропатия: краткий обзор профилактики, диагностики, лечения //АЛЛЕРГОЛОГИЯ. – 2024. – №. 2. – С. 6-16.
10. Мамирова М. Н. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (обзор литературы) //ББК 54.11 А-380. – 2024. – С. 183.