

СУСЛОВА Г. Д., БАГДАСАРОВА И. В., ФОМИНА С. П.,  
БРУТЬКО А. П.

**ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА  
С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ  
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ  
ИНФЕКЦИЕЙ**

ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины», г. Киев

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** изучить особенности клинического течения и исходы терапии гломерулонефрита с нефротическим синдромом (ГН с НС) у детей с сопутствующей микоплазменной инфекцией.

**ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ.** Обследовано 113 детей с ГН, НС, в возрасте от 2 до 15 лет. Диагностически значимые титры антител к *Mycoplasma hominis* в сыворотке крови (1:16 и выше) выявлены у 53 пациентов (29,4±3,4%) – группа А. Контрольную группу составили 60 неинфицированных детей с ГН, НС, – группа Б. Клинико-лабораторные показатели проведены в активной стадии заболевания до начала патогенетической терапии (1 этап), в конце применения максимальных доз ГК и ЦС (2 этап), на фоне поддерживающей терапии (3 этап) и в катамнезе до 5-ти лет (4 этап).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В контрольной группе преобладали дети в возрасте до 10 лет. Сопутствующая микоплазменная инфекция не зависимо от возраста чаще выявлялась у больных девочек и сопутствующей эритроцитурией и/или гипертензией. Клинико-лабораторные характеристики ГН ну инфицированных имели ряд особенностей: манифестное развитие - в 93,3±4,9% случаев (группа Б: 77,3±5,8%), генерализованные отеки - 86,8±4,7% (группа Б: 83,3±4,8%), гипертензию – 17,0±5,2% (группа Б: 11,7±4,1%), нарушение функции почек, преимущественно концентрационной – 24,5±5,9% (группа Б: 13,3±4,4%), анемию – 16,7±6,8% (группа Б: 7,1±6,9%), тубулоинтерстициальный компонент с длительной абактериальной лейкоцитурией – 18,9±5,4% (группа Б: 11,7±4,1%), массивную суточную протеинурию (более 4 г) – 52,8±6,9% (группа Б: 45,5±6,4%), эритроцитурию 49,1±6,9% (в группе Б: 35,0±6,2%). При сопутствующей микоплазменной инфекции чаще наблюдались поздние рецидивы за-

болеванія –  $22,6 \pm 5,7\%$  (група Б:  $13,3 \pm 4,4\%$ ) і перехід гострого ГН в хронічний –  $66,7 \pm 8,6\%$ , тоді як в групі Б в  $40,5 \pm 8,1\%$  випадків зберігалась стійка ремісія ГН. При катанестическому спостереженні клінічне выздоровлення встановлено у  $81,6 \pm 5,0\%$  пацієнтів контрольної групи і тільки в  $62,2 \pm 6,7\%$  випадків при супутній микоплазменній інфекції, тоді як торпідне течення з формуванням печочної недостаточності у інфікованих пацієнтів документовано в  $5,7 \pm 3,2\%$  (група Б:  $1,7 \pm 1,7\%$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Вышеизложенное диктует необходимость скринингового серологического обследования на выявление микоплазменной инфекции у детей с ГН, НС, для своевременного проведения этиологической и коррекции патогенетической терапии.