

С. В. Шкут, Е. М. Лазаренко

Научный руководитель: к. м. н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Введение

Нефротический синдром (НС, МКБ–10 N04) характеризуется генерализованными отеками, высокой степенью протеинурии, гипопротеинемией и диспротеинемией, липидемией. Он может быть врожденным и приобретенным. При врожденном нефротическом синдроме указанные симптомы появляются у детей с рождения или в первые недели жизни. Приобретенный нефротический синдром может быть первичным (характерен для первичных заболеваний почек, прежде всего для гломерулонефрита) и вторичным (при диффузных заболеваниях соединительной ткани, амилоидозе почек, сахарном диабете, геморрагическом васкулите, отравлении солями тяжелых металлов) [1].

Клинические проявления первичного нефротического синдрома, тесно связанного с гломерулонефритом, очень редко развиваются у детей первого года жизни. Типично их появление в возрастном интервале 2–7 лет.

Крайне важно для определения тактики лечения и прогноза заболевания выделять стероидчувствительный и стероидрезистентный нефротический синдром. Выделяют также стероидзависимый нефротический синдром, при котором снижение дозы преднизолона или его отмена сопровождается рецидивами заболевания [2].

Основной вид патогенетической терапии – назначение глюкокортикостероидов.

При появлении стероидозависимости (рецидив заболевания при снижении дозы или отмене преднизолона) и/или стероидотоксичности (задержка роста, появление катаракты, стрий, выраженного синдрома Кушинга и остеопороза) показано назначение цитостатической терапии [3].

Хороший ответ на глюкокортикостероидную терапию – благоприятный прогностический признак. В большинстве своем у таких детей наблюдается полное выздоровление к окончанию 2-го десятилетия жизни. Так как у пациентов со стероидрезистентностью высок риск формирования хронической почечной недостаточности, прогноз менее благоприятен [2, 3].

Цель

Проанализировать особенности нефротического синдрома у детей.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ). Проведен анализ историй болезни 46 пациентов, госпитализированных в период 2021–2022 гг. с диагнозом нефротический синдром. Дизайн исследования – ретроспективное, поперечное.

Обработка исследуемых данных и статистический анализ проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой когорте пациентов соотношение мальчиков и девочек распределилось одинаково: 50,0 % (23 ребенка) мальчиков и 50,0 % (23 ребенка) девочек.

Все пациенты были разделены по возрасту манифестации нефротического синдрома на 4 группы согласно возрастным периодам: дошкольный (1–2 года), дошкольный (3–5 лет), младший школьный (6–11 лет), старший школьный (12–18 лет).

В 1 группу вошли 11 пациентов, из них: мальчики – 7 (63,6 %), девочки – 4 (36,4 %); во 2 группу вошли 24 пациента, из них: мальчики – 13 (54,2 %), девочки – 11 (45,8 %); 3 группу составили 5 пациентов, из них – все девочки; 4 группу – 3 пациента – все девочки.

Средний возраст манифестации у мальчиков составил 3,5 года (sd 1,88), у девочек – 5,1 года (sd 3,60) (рисунок 1).

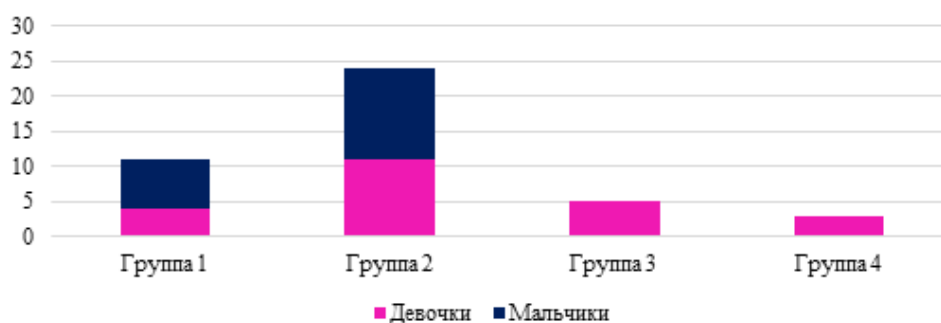


Рисунок 1 – Половозрастная структура пациентов с нефротическим синдромом

Исходя из полученных данных, нефротический синдром чаще дебютирует у детей дошкольного возраста, преимущественно в возрасте 3–5 лет. Чем старше ребенок, тем реже развивается нефротический синдром. Соотношение мальчиков и девочек в 1-й и 2-й группах относительно равномерно. В школьном возрасте нефротический синдром манифестировал только у девочек.

В МКБ-10 нефротический синдром кодируется как N04.

Структура НС по МКБ-10 в исследуемой когорте представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура нефротического синдрома по МКБ–10

Код	Наименование	Количество пациентов
N04.0	Незначительные гломерулярные нарушения	9
N04.1	Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения	5
N04.2	Диффузный мембранозный гломерулонефрит	–
N04.3	Диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит	4
N04.4	Диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит	–
N04.5	Диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит	–
N04.6	Болезнь плотного осадка	1
N04.7	Диффузный серповидный гломерулонефрит	–
N04.8	Другие изменения	1
N04.9	Неуточненное изменение	26

Согласно полученным данным, у 26 (56,5 %) пациентов биопсия почек проведена не была.

В зависимости от ответа на стандартный курс терапии преднизолоном нефротический синдром принято делить на стероидчувствительный и стероидрезистентный. Стероидчувствительный нефротический синдром – это, как правило, дети с болезнью минимальных изменений; ремиссия достигается в течение 2–4 недель, еще у части пациентов – к 6–8 неделе и только у 4 % – через 12 недель от начала лечения [2]. Согласно проведенно-

му анализу, у 2 (4,4 %) пациентов наблюдалась гормонзависимая форма НС, у 2 (4,4 %) – гормонрезистентная форма, у 1 (2,2 %) – с частичной стероидрезистентностью, 1 (2,2 %) пациент имел гормонрезистентную и цитостатикорезистентную форму. Таким образом у 6-ти (13,1 %) пациентов наблюдались формы НС тяжело поддающиеся лечению.

Осложнения НС встречались у 22 (47,8 %) пациентов, среди них вторичная артериальная гипертензия у 20 (43,5 %) пациентов, синдром Иценко – Кушинга у 2 (4,5 %).

Из 46 пациентов многие госпитализировались в ГОДКБ неоднократно. За период 2021–2022 гг. количество госпитализаций составило – 109.

Цели госпитализации отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Цели госпитализации пациентов в ГОДКБ

Цель	Количество	%
Дебют	12	11
Рецидив	18	16,5
Коррекция лечения, оценка парциальных функций почек	69	63,3
Для циклового лечения циклофосфаном	10	9,2

Исходя из полученных данных, большинство госпитализаций (63,3 %) были проведены с целью коррекции лечения и оценки парциальных функций почек. Из 10-ти госпитализаций с целью циклового лечения циклофосфаном 9 госпитализаций было у одного пациента.

Выводы

1. Чаще всего нефротический синдром дебютирует у детей дошкольного возраста с максимальной частотой развития в период 3–5 лет.

2. В дошкольном возрасте нефротический синдром развивается одинаково часто у мальчиков и у девочек, у детей школьного возраста манифестация заболевания наблюдалась только у девочек.

3. Биопсия почек при нефротическом синдроме проведена только в половине случаев.

4. Незначительные гломерулярные нарушения – наиболее частые морфологические изменения в почках при нефротическом синдроме по данным биопсии.

5. В 13,1 % случаев развивается нефротический синдром, тяжело поддающийся терапии (стероидрезистентный).

5. У каждого второго пациента с нефротическим синдромом развиваются осложнения, в половине случаев в виде вторичной артериальной гипертензии.

6. Большинство госпитализаций (63,3 %) были связаны с коррекцией лечения и для оценки парциальных функций почек.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кильдиярова, Р. Р. Пропедевтика детских болезней: учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2017. – 520 с.

2. Игнатова, М. С. Нефротический синдром: прошлое, настоящее и будущее / М. С. Игнатова, В. В. Длин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62, № 6. – С. 29–44.

3. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник для вузов (том 2) / Н. П. Шабалов. – 8-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – С. 200–221.