

**НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

Дюндикова С. А.

Научный руководитель: ассистент Т. Е. Бубневич

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Нефротический синдром (НС) — клиничко-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся периферическими или генерализованными отеками вплоть до асцита и анасарки, лабораторно — протеинурией более 2,5 г/сут или более 50 мг/кг/сут, гипопроотеинемией, гипоальбуминемией (ниже 40 г/л), диспротеинемией, гиперлипидемией и липидурией [1, 2].

В большинстве случаев НС является первичным, идиопатическим, причина его неизвестна. Примерно в 10 % случаев НС в детском возрасте является вторичным, связан с какой-либо известной причиной, часто с системными заболеваниями соединительной ткани. Так, НС может наблюдаться при волчанке, амилоидозе, геморрагическом васкулите, синдроме Альпорта, тромботической микроангиопатии и тромбозе почечной вены. Очень редким является злокачественный врожденный нефроз, встречающийся главным образом в Скандинавских странах [3, 4].

Цель

Проанализировать особенности течения НС у детей и подростков Гомельской области.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах наблюдения 20 детей (16 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 2 до 15 лет, проживающих в г. Гомеле и Гомельской области. В исследование включены дети, поступившие в нефрологическое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период апрель-август 2015 г. с диагнозом идиопатический НС. Всем детям проводилось комплексное обследование, включающее клиничко-лабораторное обследование, физикальное исследование, функциональные методы исследования: ЭКГ, УЗИ внутренних органов, почек, щитовидной железы; радиоизотопная ренография, скинтиграфия; рентгенологические методы обследования; консультации специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение

В выборку включено: 16 (80 %) мальчиков и 4 (20 %) девочки. У всех наблюдаемых нами пациентов диагностирован первичный (идиопатический) НС. У большинства детей отмечалось не уточненное изменение гломерулярного аппарата (N04.9) — 16 (80 %), 2 (10 %) ребенка — с сегментарными гломерулярными повреждениями (N04.1), по 1 ребенку с мезангио-пролиферативными (N04.3) и минимальными гломерулярными (N04.0) повреждениями.

Физическое развитие у детей среднее гармоничное — 18 (90 %). Наследственный анамнез у большинства пациентов не отягощен — 14 (70 %) детей; у 6 (30 %) детей анамнез отягощен (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит).

По данным нашего исследования дебют заболевания пришелся на возраст до 2 лет у 10 (50 %) детей, с 3 до 4 лет — 5 (25 %) детей, с 5 до 6 лет — 5 (25 %) детей. Во всех случаях развитию НС предшествовало инфекционное заболевание. Средняя длительность пребывания детей в стационаре составила 35 дней. В клинике отмечался отечный синдром у 10 пациентов (50 %), гипертензивный — 9 (45 %), интоксикационный — 11 (55 %), мочевого синдром наблюдался у всех пациентов 20 (100 %) человек.

Всем детям проведен полный комплекс лабораторно-инструментального обследования; 4 (20 %) детям — нефробиопсия: 2 ребенка — фокально-сегментарный гломерулосклероз, по 1 ребенку с мезангио-пролиферативными и минимальными гломерулярными повреждениями.

Лечение больных с НС заключалось в диетотерапии — ограничение потребления натрия, животного белка. В период обострения заболевания дети госпитализировались. Проводилась санация очагов хронической инфекции. Из лекарственных средств применялись: антибактериальные препараты (цефалоспорины III поколения) 11 (55 %) детей, глюкокортикоиды (преднизолон по 0,8–1–1,5 мг/кг течение 4–6 недель с постепенным снижением дозы) 20 (100 %) детей, цитостатики (лейкеран — 0,3–0,4 мг/кг до 6–8 мес.) назначались 2-м пациентам с фокально-сегментарным гломерулосклерозом (10 %), ингибиторы АПФ (эналаприл 0,5 мг/кг) получали 10 (50 %) пациентов, антиагреганты (дипиридамол — 2–4 мг/кг) 14 (70 %) детей, мочегонные (одни или в сочетании с внутривенными инфузиями альбумина) получали 6 (30 %) детей.

Среди осложнений НС: у 2-х пациентов наблюдался синдром Кушинга, у одного — метаболический синдром.

В ходе проводимой терапии у всех пациентов наблюдалось полное восстановление функции почек.

Выводы

По данным нашего исследования, НС наблюдался в 4 раза чаще у мальчиков. У всех наблюдаемых нами пациентов диагностирован идиопатический НС. У большинства детей отмечалось не уточненное изменение гломерулярного аппарата.

Физическое развитие у большинства детей нашей выборки среднее гармоничное. Около трети пациентов имелиотягощенный наследственный анамнез: хронический пиело-гломеруло-нефрит. У каждого второго пациента начало заболевания пришлось на возраст до 2 лет. В клинике у всех детей наблюдался мочево-й синдром, у каждого второго — отечный, гипертензивный, интоксикационный синдромы. Всем детям проведен полный комплекс лабораторно-инструментального обследования, пятой части пациентов нашей выборки проведена нефробиопсия.

В периоде обострения заболевания все дети госпитализировались в специализированное нефрологическое отделение. Средняя длительность пребывания детей в стационаре составила 35 дней. Всем детям назначались глюкокортикоиды, более половины — получали антибактериальную терапию, ингибиторы АПФ, антиагреганты, мочегонные препараты, два пациента — цитостатики. Эффективность терапии определялась характером основного заболевания и морфологическими особенностями НС.

В ходе проводимой терапии у всех пациентов наблюдалось полное восстановление функции почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита : нефрология / под ред. И. Е. Тареевой. — М. : Медицина, 2000. — 688 с.
2. Нефротический синдром у детей : справочник нефролога / М. С. Игнатова [и др.]. — М. : Оверлей, 2006. — 48 с.
3. *Краснова, Т. Н.* Особенности течения и лечения нефротического синдрома у больных гломерулонефритами / Т. Н. Краснова. — М.: Триада, 2003. — 163 с.
4. Морфология гломерулонефритов: нефрология / под ред. И. Е. Тареевой. — М.: Медицина, 2000. — С. 211–224.

УДК 616.37-002.1-08:616.381-072.1

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Жук А. П., Жук Г. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Летальность при остром панкреатите определяется долевым участием деструктивно-некротических форм и колеблется в широком диапазоне — от 20 до 80 %. Актуальность обсуждаемой проблемы определяет большое число больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстра-