

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ
НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**
Ш.М. Мехроджева, Б.А. Юлдашев, А. Ахматов, Ю.А. Ахматова, З.А. Исмаилова
Самаркандский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: дети, нефротический синдром, возрастные особенности.

Таянч сўзлар: болалар, нефротик синдром, ёшига хос хусусиятлари.

Keywords: children, nephrotic syndrome, age features.

В исследование включен ретроспективный анализ историй болезней 68 пациентов в возрасте от 1 до 16 лет (30 девочек и 38 мальчиков) находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра (ОДММЦ) с нефротическим синдромом. Проведен анализ возрастных особенностей дебюта нефротического синдрома (НС) у детей. Показано наиболее частое диагностирование нефротического синдрома у мальчиков в возрасте 2–5 лет; выявление «чистого» НС несколько чаще у детей 1–3; 7–11 лет и сочетание НС с эритроцитурией - у пациентов до 1 года и старше 11 лет.

**БОЛАЛАРДА НЕФРОТИК СИНДРОМНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ
НЕФРОЛОГИК СТАЦИОНАР МАЪЛУМОТЛАРИ БЎЙИЧА ЎРГАНИШ**
Ш.М. Мехроджева, Б.А. Юлдашев, А. Ахматов, Ю.А. Ахматова, З.А. Исмаилова
Самарканд Давлат тиббиёт институти

Текшириш учун Самарканд Вилоят Болалар Кўп Тармоқли Тиббиёт Марказининг нефрология бўлимида нефротик синдром билан даволанган 68та боланинг касаллик тарихи ёши 1 ёшдан-16 ёшгача (30та қиз бола ва 38та ўғил бола) ретроспектив анализ қилинди. Нефротик синдроми бор болаларда дастлабки белгилари ёши бўйича таҳлил қилинди. Текширишлар шуни кўрсатдики, нефротик синдром кўпинча 2-5 ёшли ўғил болаларда, 1–3, 7–11 ёшли болаларда “соф” нефротик синдром 1 ёшгача ва 11 ёшдан катта болаларда нефротик синдромнинг эритроцитурия билан биргаликда келиши аниқланди.

**CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTIC OF MANIFESTATION OF THE NEPHROTIC
SYNDROME AT CHILDREN ACCORDING TO THE SPECIALIZED NEPHROLOGICAL DEPARTMENT**
Sh.M. Mehrojeva, B.A. Yuldashev, A. Akhmatov, Yu.A. Akhmatova, Z.A. Ismailova
Samarkand state medical institute

The study included retrospective analysis of medical records of 68 patients aged 1 to 16 years (30 girls and 38 boys) hospitalized in the Nephrology Department of the regional children's multi-profile medical center (NDRChMPMC) with nephrotic syndrome. The analysis of age features of debut of the nephrotic syndrome (NS) at children is carried out. The most frequent diagnosing of nephrotic syndrome at boys at the age of 2-5 years; identification of "pure" NS more often in children 1 – 3; 7 – 11 years and combination of NS with erythrocyturia- patients till 1 year and under 11 years old.

Нефротический синдром - клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся протеинурией (более 50 мг/кг сутки или более 40 мг/кг в сутки, то есть 3 г/сут и более), гипоальбуминемией (менее 30 г/л) гиперлипидемией и отёками вплоть до степени анасарки [5,6]. Детскими нефрологами выработана стратегия терапии дебюта, рецидивирующего, гормоночувствительного, гормонорезистентного вариантов нефротического синдрома [3,4]. Однако многие вопросы лечения и диагностики нефротического синдрома у детей остаются дискуссионными, в то время как правильная оценка данных, полученных в результате обследования ребенка является основой для установления точного диагноза [1, 2].

Цель исследования: оценить особенности дебюта нефротического синдрома у детей находившихся в нефрологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра (ОДММЦ).

Проведен ретроспективный анализ 68 историй болезней детей с нефротическим синдромом (в том числе 3– врожденным НС), находившихся на стационарном лечении в ОДММЦ г.Самарканда (гл.врач проф. Азизов М.К) с 2010 года по май 2015 года. Для проведения сравнительного анализа данных клинико–лабораторно-инструментальных методов исследования в дебюте нефротического синдрома в зависимости от возраста все больные были поделены на 5 возрастных групп: I группа (n = 3) – до 1 года; II группа (n = 21) – 1-3 года; III

группа (n = 20) – 4-6 лет; IV группа (n = 10) – 7-11 лет; V группа (n = 12) – 12-16 лет. В каждой группе анализировались клинические признаки НС, данные лабораторных (уровень гемоглобина, СОЭ; показатели холестерина, мочевины, креатинина, фибриногена, общего белка, альбумина в крови), инструментальных (УЗИ почек) методов исследования. Статистический анализ полученных данных включал вычисление средних величин, частоты встречаемости признака. Для определения значимости результатов в группах использовали t критерий Стьюдента.

В результате ретроспективного анализа историй болезни установлено, что нефротический синдром чаще диагностировался у мальчиков (62,3%), чем у девочек (37,7%, $p < 0,05$) до 9 летнего возраста (74,8%). При чем наибольшее число случаев нефротического синдрома приходилось на возраст 2-5 лет (42,8%). Манифестация нефротического синдрома у большинства детей (67,6%) произошла после ОРВИ, у 4 (5,9%) – на фоне аллергической реакции, у 1 (1,5%) - после ветряной оспы, у 7 детей (10,3%) - без предшествующей причины.

В дебюте заболевания у всех (100%) детей диагностирована протеинурия, у 64 из 68 (94,1%) – отеки, у 5 (7,2%) – артериальная гипертензия, у 20 (29,4%) – гематурия, у 12 (27,6%) – лейкоцитурия. При этом манифестация НС без отека (неполный НС) произошла в 16,2% случаев у пациентов II группы, 10% случаев III и IV групп. Во всех возрастных группах отмечались распространенные отеки (отеки лица, голеней, передней брюшной стенки). Полостные отеки с асцитом и гидротораксом имели место у всех детей I группы, в 28,9% случаев у больных 1-3 лет, в 23,5% случаев - 6 лет, 10,3% случаев - 7-11 лет и 1,5% у больных старше 11 лет. Артериальная гипертензия в дебюте заболевания диагностирована у 1 (33,3%) ребенка первого года жизни, у 6,6% больных в возрасте 12-15 лет.

Протеинурия в целом у всех пациентов составила $2,83 \pm 1,31$ г/л. Выраженность протеинурии не имела достоверной разницы в зависимости от возрастной группы и составила в I гр. – $2,92 \pm 1,31$ г/л; II гр. – $2,89 \pm 1,25$ г/л; III гр. – $2,97 \pm 1,59$ г/л; IV гр. – $2,17 \pm 1,77$ г/л; V гр. – $2,03 \pm 0,87$ г/л. Длительность протеинурии после назначения терапевтической дозы преднизолона (2 мг/кг/сутки) также значимо не отличалась в разных возрастных группах и составила у детей 1-3 лет $9,7 \pm 2,7$ дней; 4-6 лет - $8,5 \pm 3,1$ дней; 7-11 лет – $8,9 \pm 2,9$ дней; 12-16 лет – $8,8 \pm 0,89$ дней. Эритроцитурия диагностирована более чем у половины (57,3%) больных 12-15 лет, несколько реже (33,8%) у детей 4-6 лет, 7-11 лет (2,3%) и 1-3 лет (30,8%).

При анализе показателей клинического анализа крови оказалось, что у 13 (19,1%) пациентов имело место снижение гемоглобина до $90,1 \pm 6,05$ г/л. Уменьшение содержания гемоглобина отмечалось у всех детей до 1 года, в 17,6% случаев у больных 1-3 лет, 20,6% случаев - 4-6 лет. Степень повышения СОЭ значимо не отличалась во всех возрастных группах и составила у детей до 1 года $44,3 \pm 3,3$ мм/час; 1-3 лет $41,2 \pm 9,4$ мм/час; 4-6 лет - $41,5 \pm 10,9$ мм/час; 7-11 лет – $40,9 \pm 12,4$ мм/час; 12-16 лет – $36,16 \pm 8,5$ мм/час.

Анализируя показатели биохимического анализа крови установлено, что повышение мочевины при манифестации НС отмечалось у всех детей первого года жизни (27,4 ммоль/л), 2 (9,5%) ребенка во II гр. до 9,0 ммоль/л; 2 (20%) – IV гр. (11,2; 32 ммоль/л) и 1 (16,7%) – V гр. (11,2 ммоль/л). В целом повышение уровня мочевины в крови диагностировано в 14,3% случаев. Содержание креатинина крови отмечалось у 3 (6,1%) пациентов, в том числе у 2 до 1 года (0,359 мкмоль/л; 0,360 мкмоль/л) и 1 в возрасте 13 лет (0,120 мкмоль/л). Уменьшение показателей скорости клубочковой фильтрации по формуле Шварца в дебюте заболевания отмечалось в целом у трети (30,6%) больных. У детей первого года жизни снижение СКФ ниже возрастной нормы диагностировано в 3 случаях (7,2; 9,3; 27 мл/мин) из 5 (60%), у больных в возрасте 1-3 лет в 35,3% случаев ($74,7 \pm 13,73$; $55,4-86,4$ мл/мин); 4-6 лет – 33,3% случаев ($34,2$; 55 ; $87,4$ мл/мин); 7-11 лет – у 22,2% больных ($76,2$; $76,7$ мл/мин); 12-16 лет – в 20% случаев (71,3 мл/мин). Высокое содержание холестерина выявлено у всех больных до 1 года ($9,88 \pm 2,11$ ммоль/л) и большинства детей остальных возрастных групп: у детей 1-3 лет в 72,2% ($9,41 \pm 2,52$ ммоль/л), 4-6 лет – в 70% ($9,48 \pm 1,81$ ммоль/л), 7-11 лет в 80% ($9,19 \pm 2,38$ ммоль/л), старше 12 лет в 83,3% случаев ($8,14 \pm 1,2$ ммоль/л). Во всех группах

отмечалось снижение уровня общего белка и альбумина в крови без значимой разницы. Необходимо отметить, что гипоальбуминемия тяжелой степени (20-10 г/л) была диагностирована у всех пациентов I группы, половины пациентов II и V групп, в то время как у больных III и IV групп несколько чаще отмечалась гипоальбуминемия средней (25-20 г/л) и легкой (30-25 г/л) тяжести.

При анализе показателей фибриногена в крови установлено, что высокий уровень его был диагностирован у всех (100%) больных до 1 года ($7110,0 \pm 1280,5$ мг/л), половины (50%) детей 4-6 лет ($4916,6 \pm 2031,1$ мг/л), в 44,4% случаев в возрасте 7-11 лет ($4749,6 \pm 1575,2$ мг/л), 41,2% - 1-3 лет ($4042,6 \pm 1495,1$ мг/л) и 33,3% случаев – 12-16 лет ($3477,1 \pm 1005,6$ мг/л). При этом более высокое содержание фибриногена отмечалось в I группе, но достоверной разницы не выявлено.

Анализ результатов УЗИ показал, что увеличение объема почек было диагностировано у всех детей с врожденным НС, у большинства (80%) пациентов 4-6 летнего возраста, половины детей в возрасте 1-3 лет (55,6%) и 7-11 лет (50%), около трети (33,3%) – 12-15 лет. Уплотнение паренхимы почек отмечалось у всех детей первого года жизни и примерно с одинаковой частотой в остальных возрастных группах: II гр. – 55,4%; III гр. – 52,3%; IV гр. – 54,2%; V гр. – 56,8%.

Заключение. Таким образом, нефротический синдром чаще выявляется у мальчиков в возрасте 2–5 лет, в 10% случаев – в виде неполного нефротического синдрома. «Чистый» нефротический синдром наиболее часто отмечается у детей преддошкольного (1–3 года) и младшего школьного (7–11 лет) возраста. У всех пациентов до 1 года и более чем у половины старше 11 лет протеинурия сочетается с незначительной эритроцитурией.

Использованная литература:

1. Гуревич О.Е., Ярошевская О.И., Гаджиалиева М.М., Пронина Л.А., Шевченко Н.Н. Нефротический синдром у детей в неспециализированных отделениях многопрофильной больницы // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. 2012. Т. 91. № 6. С.55-59.
2. Обухова В.А. Патогенетические механизмы развития идиопатического нефротического синдрома с минимальными изменениями // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Т. 59, № 4. С. 10-15.
3. Савенкова Н.Д. Стратегия терапии дебюта, рецидивирующего и часто рецидивирующего гормоночувствительного и гормонозависимого нефротического синдрома с минимальными изменениями у детей // Нефрология. 2013. Т. 17. № 3. С. 17-25.
4. Цыгин А. Нефротический синдром при болезни минимальных изменений // Врач. 2013. № 6. С. 2-6.
5. Раздолькина Т.И., Московская Е.Ф., Дзюбич Л.И., Верещагина В.С. Оценка критериев прогрессирования гломерулонефрита с нефротическим синдромом у детей. // Приволжский научный вестник. 2015. №2 (42). С. 119-121.
6. Нефротические отеки: почему терапия не всегда бывает эффективной? Педиатрическая фармакология. 2013. №10(6). С. 86-89.