

*Синкевич П.В., Сивухина А.В.*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Козыро И.А.,*

*канд. мед. наук, доц. Белькевич А.Г.*

*1-я кафедра детских болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Нефротический синдром (НС) является самой частой патологией детского возраста среди всех гломерулярных болезней и привлекает внимание большой распространенностью, ранней инвалидизацией пациентов и частыми рецидивами. Применение генеалогического, лабораторного и инструментального методов позволяет своевременно диагностировать НС и назначать адекватную терапию, тем самым предупреждая прогрессирование.

**Цель:** представить генеалогическую, клиническую и лабораторно-инструментальную характеристику НС у детей.

**Материалы и методы.** Изучен катамнез 31 пациента 2003–2021 гг. рождения, находившихся на стационарном лечении с диагнозом НС во 2-ГДКБ г.Минска за период с 2007 по 2022 гг. Проанализированы возраст дебюта НС и продолжительность НС на момент проведения исследования, наследственность, жалобы и клинические проявления на момент первичного обращения, результаты нефробиопсий. Оценены показатели биохимического анализа крови (БАК), суточный и разовый белок мочи, данные ультразвукового исследования (УЗИ) (наличие свободной жидкости в полостях). Обработка данных выполнена в Statistica 10,0 и Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Соотношение по полу мальчики/девочки (%) составило 16/15 (51,6/48,4). Медиана (Me) возраста пациентов на момент проведения исследования – 8 (6–14) лет, дебюта НС – 3 (2–6) года, продолжительности заболевания – 5 (2–9) лет. У 6/31 (19,4%) детей наследственность по заболеваниям мочевыделительной системы отягощена (3/6 – наличие в семье мочекаменной болезни, у 2/6 – НС у сибса, 1/6 – гломерулонефрит у мамы), у 24/31 (77,4%) – не отягощена, нет точных данных для 1/31 (3,2%). При поступлении пациенты или их законные представители предъявляли жалобы на отеки – 14/31 (45,2%), изменения в общем анализе мочи – 14/31 (45,2%), повышение артериального давления (АД) – 4/31 (12,9%). При осмотре были выявлены отеки у 16/31 (51,6%) детей, гипопропротеинемия – у 22/31 (71,0%), гиперхолестеринемия – у 24/31 (77,4%), протеинурия – у 29/31 (93,6%), гематурия – у 6/31 (19,4%), артериальная гипертензия (АГ) – у 12/31 (38,7%). Me уровня общего белка в БАК составила 50,8 (43,0–62,0) г/л, альбумина – 26,7 (23,0–36,5) г/л, холестерина – 7,9 (6,0–10,2) ммоль/л, разового белка мочи 2,6 (1,23–10,2) г/л, суточного – 1,22 (0,3–2,0) г/сут. По данным УЗИ установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости у 16/31 (51,6%) детей, плевральной – у 6/31 (19,4%). Нефробиопсии выполнены 22/31 (71,0%) пациентам. По результатам световой и иммуногистохимической микроскопии установлены следующие морфологические варианты: фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) в 10/22 (45,5%) случаях, болезнь минимальных изменений – в 7/22 (31,8%) и диффузный мезангиопролиферативный гломерулонефрит – в 5/22 (22,7%).

**Выводы:** отягощенный наследственный анамнез по заболеваниям мочевыделительной системы установлен у 6/31 (19,4%) пациентов. У 15/31 (48,4%) детей отсутствовал отечный синдром, у 12/31 (38,7%) зарегистрировано повышение АД, что свидетельствует о вариантах неполного НС и НС с артериальной гипертензией соответственно. По результатам нефробиопсии установлено, что наиболее частым морфологическим вариантом является ФСГС (в 10/22 (45,5%) случаях). УЗИ является обязательным диагностическим методом, так как позволило выявить наличие свободной жидкости в полостях у 6/15 пациентов без периферических отеков.