

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Н.А. Бейшебаева, К.А. Узакбаев, М.В. Кирсанова

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализ 141 пациента с нефротическим синдромом, из числа первичного ГН нефритический синдром установлен у 40% (n=34), нефротический синдром – в 60% (n=49). Чаще встречается стероидочувствительный НС 65% (n=32), чем стероидорезистентный НС 35% (n=17).

Ключевые слова: нефротический синдром, дети.

БАЛДАРДЫН НЕФРОТИКАЛЫК СИНДРОМУНУН БАШТАЛЫШЫНЫН МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Н.А. Бейшебаева, К.А. Узакбаев, М.В. Кирсанова

Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Нефротикалык синдром оорусу 141 балага анализ жүргүзүлгөн. Анын ичинен биринчи гломерулонефриттин нефротикалык синдрому 40% (n=34) түзсө 60% (n=49) нефротикалык синдромун түзкөн. Анын ичинен нефротикалык синдром стероидкабылдоо багымы 65% (n=32) түзгөн болсо нефротикалык синдром стероидкабылдамасы 35% (n=17) көбүрөөк болгон.

Негизги сөздөр: нефротикалык синдром, балдар.

CHILD NEPHROTIC SYNDROME DEBUT CHARACTERISTICS

N.A. Beishebaeva, K.A. Uzakbaev, M.V. Kirsanova

National Center for Motherhood and Childhood Welfare
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Article presents analysis of 141 patients with Nephrotic syndrome (NS). From the quantity of initial Glomerulonephritis (GN), Nephritic syndrome was established on 40% (n=34), Nephrotic syndrome – on 60% (n=49). Steroid-sensitive Nephrotic syndrome occurred more often 65% (n=32), than steroid-resistance NS – 35% (n=17).

Key words: Nephrotic syndrome, child.

Актуальность.

Нефротический синдром (НС) у детей продолжает оставаться актуальной клинической проблемой, несмотря на то, что диагностические критерии НС четко определены, подходы к лечению различных нефропатий с НС проверены многолетней клинической практикой [1]. Вместе с тем актуальность проблемы НС определяется тем, что в его основе могут лежать самые различные нефропатии, требующие дифференцированного подхода к ведению таких больных [2].

Цель исследования: дать характеристику больным с первичным нефротическим синдромом (НС) и определить частоту рецидивов

первичного нефротического синдрома в структуре гломерулонефритов.

Материал и методы исследования.

Анализ 141 пациента с нефротическим синдромом за 2013-2014г, госпитализированных в отделение нефрологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид).

Результаты и их обсуждения.

Частота ОГН в структуре патологии отделения нефрологии за 2013г 14,7% из них НС-32,8% , 2014 год 10,5 % из них НС-42,6% .

За указанный период из общего количества детей первичный гломерулонефрит (ГН) был выявлен у 59% (n=83), вторичный

Таблица 1.

Терапия стероидрезистентного нефротического синдрома

Вариант терапии	Количество больных	Доза	Эффект и длительность ремиссии	
КСТ	3 (1 из 2 нефробиопсия IgA)	2 мг/кг/24 ч – 6 недель; 1.5 мг/кг/48- 14.6 нед	2 – полная ремиссия 7±4,0 мес 1 - выпал из поля зрения	
КСТ+СМ	1	СМ в суммарной дозе 2250мг 2 мг/кг/24 ч – 6 недель; 1.5 мг/кг/48- 10 нед	1 – полная ремиссия 3 месяца	
КСТ-2 мг/кг/24 ч средняя длительность 9.3 недель+СМ суммарная доза 3207мг	ХБ	1	0.02мг/кг, 4нед, 0.01 мг/кг 4 нед	1 -полная ремиссия 2 года
	ЦФ	4	Средняя доза 13.9мг/кг №6, ср.суммарная доза=3050мг	3 - отсутствие эффекта, в динамике 2г нефробиопсия ФСГС; 1 переход в ТХПН через год 1 - частичная ремиссия
	КНИ	7	Ср.доза 4.6 мг/кг, длительность 12.5±2.5 мес	4 – полная ремиссия длительность среднем 3 месяца 3 – частичная ремиссия длительностью 8 месяцев
	ММФ	1	800мг/мг ²	1 - рецидив через 1,5 месяца

Примечание: КСТ – кортикостероидная терапия;

СМ - солумедрол;

ЦФ – целофосфан;

КНИ – блокаторы калициейрина;

ММФ – мофетила мекофеноловая кислота.

у 41% (n=58). Из числа первичного ГН нефритический синдром установлен у 40% (n=34), нефротический синдром в 60% (n=49). Средний возраст составил 7,2±0,3 лет, чаще встречались дети дошкольного возраста (n=26), чем дети младшего и школьного возраста. По половому составу в 2013г преобладали девочки 56% (n=13), над мальчиками 44% (n=10), а в 2014г наоборот мальчики 73% (n=19) над девочками 27% (n=7). Частота хронизации за 2013-2014г составила 51% (29 больных из 49).

В дебюте всем детям была проведена стандартная схема лечения преднизолоном в дозе 2мг/кг/24ч в течение 4-6 недель в соответствии с

рекомендациями (KDIGO) [3]. У 65 % детей (n=32), был установлен стероидчувствительный НС (СЧНС). Частота рецидивов у этой категории больных составила 65,6% (n=21), в течение первых 6 месяцев рецидивы возникли у 62% (n=13) детей, в течение года у 38% (n=8) детей, что согласуется с литературными данными, о том, что большинство больных развивают рецидив в первые 6 месяцев после дебюта [4,5,6]. Стероидрезистентный НС (СРНС) выявлен в 35 % (n=17) случаях, устанавливался при отсутствии ремиссии в течение 4-6 недель применения преднизолона. Данные расходятся с литературным данным 1-5% СРНС.

Анализ терапии СРНС показал, что эффективность терапии напрямую зависит от морфологического варианта НС. Первичной стероидрезистентность НС является показанием для проведения нефробиопсии [7]. В наших наблюдениях при СРНС нефробиопсия была проведена у 23.5 % (n=4), по результатам биопсии: 2-Фокально-сегментарный гломерулонефрит, 1-IgA-нефропатия, с мезангиопролиферативным и фокально-сегментарным гломерулосклерозом, 1- IgA- нефропатия, с мезангиопролиферативным компонентами. Проведения нефробиопсии было оправданным, т.к. был уточнен диагноз и дальнейшая тактика ведения.

Выводы:

1. В структуре НС чаще встречается стероидочувствительный НС 65% (n=32), чем стероидорезистентный НС 35% (n=17).
2. Обязательное проведение нефробиопсии при СРНС позволяет точно определить тактику дальнейшего ведения и прогнозирования больных детей.
3. Определить четкие критерии стероидрезистентного НС.

Литература:

1. *Нефротический синдром. Клинические рекомендации. Педиатрия.* Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005: 107–128.
2. Папаян А.В., Савиненкова Н.Д. *Клиническая нефрология детского возраста.* СПб.: из-во Санкт-Петербурга, 2008: 598 с
3. *Практические Клинические рекомендации KDIGO 2012*
4. Eddy AE, Symons JM. *Nephrotic syndrome in childhood.* *The Lancet.* 2003; 3362: 629–639.
5. Bagga A, Mantan M. *Pediatric nephrotic syndrome.* *Indian J. Med. Res.* 2005; 112: 13–28.
6. Noer MS. *Predictors of relapse in steroid-sensitive nephrotic syndrome.* *Southeast Asian J. Trop. Med. Pub. Health.* 2005; 36 (5): 1313
7. Цыгин А.Н. *Нефротический синдром. Детская нефрология.* Под редакцией Э. Лоймана, А.Н Цыгин, А.А. Саркисяна. Литтерра, М., 2010; 123-140