

# Течение нефротического синдрома в современных реалиях

Кислякова Полина Андреевна

**Научный руководитель:** ассистент кафедры педиатрии с курсом ФПКП Беломытцева Ирина Владимировна  
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

**Актуальность.** Нефротический синдром (НС) является актуальной проблемой детской нефрологии, так как встречается у детей с частотой 2–16 случаев на 100 тыс. населения и может приводить к инвалидизации и летальному исходу. Важность своевременной диагностики и адекватного лечения обусловлена высокой частотой рецидивов и риском развития хронической почечной недостаточности.

**Цель исследования.** Цель исследования настоящего обзора клинического случая — на основании разбора истории болезни пациентки с НС обсудить диагностические и лечебные мероприятия, а также сделать выводы о тактике ведения подобных пациентов.

**Пациенты и методы.** Пациентка, девочка 2013 г.р., поступила в стационар в марте 2023 г. с диагнозом «Нефротический синдром, полная клинико-лабораторная ремиссия». НС у девочки был диагностирован в возрасте 2 лет. В 2017 г. была проведена биопсия почек, которая выявила фокально-сегментарный гломерулосклероз с экспрессией IgM. При этом пациентке был выставлен диагноз вторичной артериальной гипертензии. В анамнезе отмечались рецидивы НС (3 рецидива: 2020 г., 2022 г., 2023 г.), при которых назначалась стандартная схема глюкокортикоидов (ГК) и иммуносупрессивная терапия (преднизолон 2,5 мг/48 ч, лейкеран 0,2 мг/кг/сут 8 нед). В плановом порядке пациентка получала эналаприл для профилактики протеинурии. Последний рецидив был в октябре 2022 г., при котором была назначена терапия преднизолоном и эналаприлом. При поступлении состояние пациентки было средней тяжести, отеков не было, АД — 100/65 мм рт. ст., ЧСС — 87 уд./мин. Лабораторные исследования показали нормальные показатели анализов крови и мочи, за исключением незначительного

повышения креатинина в крови (52,2 мкмоль/л) и моче (4,9 ммоль/сут).

**Результаты.** Диагностика НС основывается на комплексе клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Важным диагностическим критерием является наличие протеинурии более 3,5 г/л, гипоальбуминемии, отеков, гиперлипидемии и липоидного нефроза. В данном случае диагноз был подтвержден биопсией почек, которая выявила фокально-сегментарный гломерулонефрит с экспрессией IgM. Лечение НС направлено на достижение и поддержание клинико-лабораторной ремиссии, профилактику рецидивов и предупреждение развития хронической почечной недостаточности. В данном случае пациентке были назначены стандартная схема ГКС и иммуносупрессивная терапия при рецидивах, а также эналаприл для профилактики протеинурии. При этом важно отметить, что длительное использование ГКС может приводить к развитию побочных эффектов, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, остеопороз и инфекционные осложнения. Поэтому необходимы тщательное наблюдение и контроль за состоянием пациента в процессе лечения.

**Заключение.** Наблюдение за пациенткой позволяет предположить, что основная проблема заключается в поддержании ремиссии и предотвращении рецидивов. Иммуносупрессивная терапия, в частности применение ГКС и лейкерана, показала свою эффективность, однако необходимы регулярный контроль и адаптация дозировки в зависимости от состояния. Несмотря на успешное лечение, девочка нуждается в методах ренопротекции, таких как применение эналаприла и контроль артериального давления. Важно также регулярно проводить обследования для мониторинга нежелательных эффектов терапии и сопутствующих заболеваний.