**Особенности клинического течения и диагностики нефротического синдрома у детей (случай из практики)**

*Саратов В.Н., Костина М.Ю.\*, Макаренко Р.И.\*,*

*Харькова М.О.\*, Николайчук Ю.П.\**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 2

\*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница № 16»

Нефротический синдром (НС) относится к редким, тяжелым вариантам гломерулопатий у детей. Его распространенность составляет 1,9–2,6 случаев на 100 тыс. детского населения. В тоже время, несмотря на небольшую частоту нефротического синдрома, в 10-20% его случаев у больных наблюдается отсутствие эффекта от терапии глюкокортикостероидами (ГКС) или стероидорезистентность. Отсутствие эффекта от терапии при тяжелой гломерулопатии может привести к развитию у больного хронической почечной недостаточности (ХПН), что ведет к инвалидизации, ухудшению качества жизни больного. Поэтому проблема нефротического синдрома до настоящего времени остается достаточно актуальной.

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения и диагностики нефротического синдрома при заболеваниях почек у детей.

Задачами исследованиями явилось: проведение анализа клинического случая нефротического синдрома, оценить эффективность проводимой терапии.

Для выполнения поставленных целей и задач мы провели анализ истории болезни больного, находившегося на стационарном лечении в нефрологическом отделении ХГКДБ № 16 по поводу хронического гломерулонефрита. Диагноз верифицирован в соответствии с «Протоколом лікування дітей з нефротичним синдромом».

К особенностям данного случая, мы считаем, можно отнести манифестацию заболевания после повторных заболеваний афтозным стоматитом. После очередного такого заболевания и появился отечный синдром, выраженная протеинурия. Был диагностирован острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом и начата терапия оральными глюкокортикостероидами. На том этапе она не оказала должного эффекта, так как при снижении дозы преднизолона у ребёнка отмечался рецидив заболевания в виде усиления протеинурии и отечного синдрома. Рецидив заболевания на фоне применения преднизолона был расценен, как гормональная устойчивость к ГКС. Как мы отмечали ранее, развитие гормональной устойчивости и отсутствие должного терапевтического эффекта могло привести к развитию у больного хронической почечной недостаточности. Развитие резистентности к терапии глюкокортикостероидами можно отнести к еще одной из особенностей описываемого клинического случая.

С целью преодоления гормонорезистентности и предотвращения развития хронической почечной недостаточности решено было провести пульс-терапию глюкокортикостероидами. Это было сделано путем введения 3 сеансов введения метипреда в дозе 24 мг на один сеанс. Следует сказать, что именно пульс-терапия оказала положительный эффект на течение заболевания у больного, выразившийся в исчезновении протеинурии, отечного синдрома и нормализации показателей белкового, жирового и водно-электролитного обмена. Полагаем, что благодаря ней была достигнута полная клинико-лабораторная ремиссия в течении заболевания.

Таким образом можно сделать следующие выводы:

-в данном случае имела место классическая клиническая картина нефротического синдрома при гломерулонефрите;

-в клиническом течении данного заболевания, у пациента наблюдалось развитие гормональной резистентности;

- своевременное проведение сеансов пульс-терапии позволило, как мы считаем, избежать развития у пациента хронической почечной недостатоности, и, тем самым, улучшить прогноз заболевания.