



ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Н. Н. Распространенность и ранняя диагностика тромбоцитопатий у детей: автореф. дисс. к.м.н. — М., 2005.
2. Баркаган З. С. Геморрагические заболевания и синдромы. — М., 1988.
3. Дорошенко Л. А., Баркаган З. С., Соколова Г. С., Косихина Т. А. Догоспитальная диагностика носовых кровотечений у детей. // Вестник оториноларингологии. — 1991. — № 6. — С. 38-41.
4. Ожегов А. М. Эффективность применения метаболитов в лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры и тромбоцитопатий

у детей. // Российская конф. по детской гематологии. — С.-Пб., 1995. — С. 70.

5. Практическое руководство по детским болезням. // Под общей редакцией В. Ф. Коколиной и А. Г. Румянцева / Гематология/онкология детского возраста. — М.: Медпрактика-М, 2004. — IV том. — С. 410-416.

6. Пшеничная К. И. Диагностика наследственных тромбоцитопатий у детей: Учебно-методическое пособие. — Санкт-Петербург, 2004. — 19 с.

7. Резник Б. Я., Зубаренко А. В. Практическая гематология детского возраста. — Киев, 1989. — 397 с.

Лечение пиелонефрита у детей

С. В. МАЛЬЦЕВ, профессор, А. И. САФИНА, д.м.н., доцент,
Казанская государственная медицинская академия

Лечение пиелонефрита у детей должно быть комплексным, длительным и индивидуальным. Необходимо правильно организовать общий и двигательный режим, рациональное питание, провести санацию хронических очагов инфекции, адекватно и своевременно назначить антибактериальную и антиоксидантную терапию, при необходимости провести иммунокорректирующую и антисклеротическую терапию. При обструктивном пиелонефрите прежде всего необходимо восстановить нормальную уродинамику (например, с помощью катетера или нефростомы).

1. Общие лечебные мероприятия

Режим: при активном воспалительном процессе назначается постельный, полупостельный режим (в среднем на 5-7 дней).

Лечебная диета

Общие принципы диетотерапии в активной фазе:

- ограничение поступления продуктов, содержащих избыток белка и экстрактивных веществ;
- исключение или ограничение продуктов, для метаболизма которых требуются большие энергетические затраты;
- ограничение продуктов, содержащих избыток натрия.

При остром пиелонефрите и обострении хронического на 7-10 дней назначается молочно-растительная диета с умеренным ограничением белка (1,5-2,0 г/кг), соли (до 2-3 г в сутки) — диета № 5 по Певзнеру М. И. Рекомендуется достаточное питье — на 50% больше возрастной нормы с чередованием слабощелочных минеральных вод (таких, как «Славяновская», «Смирновская» и т. п.) с клюквенным или брусничным морсом.

Основу лечебной диеты при хроническом пиелонефрите в период ремиссии составляет применение смешанного питания, исключающего функциональную нагрузку на тубулярный аппарат почек (с исключением экстрактивных веществ, пряностей, маринадов, копченостей; продуктов, обладающих острым вкусом — чеснок, лук, кинза и др.) и с учетом сопутствующих метаболических нарушений. Диета при оксалатных нарушениях предусматривает исключение, продуктов, содержащих большое количество аскорбиновой кислоты и кальция. Исключаются листовые овощи (щавель, шпинат, салат, ревень, петрушка), свекла, какао, шоколад, кислые сорта ягод и фруктов. С целью подщелачивания мочи, предотвращения гипокалиемии и гипомagneмии вводится большое количество несладких фруктов (груши, чернослив, курага). При уратных метаболических нарушениях рекомендуется включать в питание молочно-

растительные продукты, крупы, лимон. Исключаются продукты, богатые пуриновыми основаниями: грибы, жареное мясо, птица, мясные и рыбные консервы, маринады, копчености, субпродукты, шпроты, паштеты. При фосфатурии запрещаются: сыр, печень, курица, грибы, орехи, какао, шоколад, фасоль, петрушка, желток, сельдь, кетовая икра. Разрешаются в ограниченном количестве: молоко, мучные изделия, творог, гречка, овес, кукуруза. Рекомендуются: мясо, растительные жиры, рыба.

Для увеличения диуреза назначается большое количество жидкости, что способствует уменьшению концентрации мочи и кристаллизации различных солей. Рекомендуется прием слабощелочных и слабоминерализованных минеральных вод (Смирновская, Славяновская из расчета 2-3 мл/кг массы на прием в течение 20 дней 2-3 курса в год), отвары трав (брусничный лист, клевер пашенный, спорыш, земляника, хвощ полевой и др.), отвары овса. Данный режим особенно важно соблюдать в жаркий период года и в вечернее время, когда моча наиболее концентрирована, что создает условия для кристаллизации различных солей в почках и мочевом пузыре.

- **Соблюдение режима «регулярных» мочеиспусканий** (через 2-3 часа — в зависимости от возраста).

- **Ежедневные гигиенические мероприятия** (тщательный туалет наружных половых органов).

2. Антибактериальная терапия

Успех лечения пиелонефрита у детей во многом зависит от своевременности назначения и правильности выбора антимикробной терапии. Одним из основных условий лечения следует считать микробиологическое исследование мочи, проведенное больному до начала терапии. До выделения возбудителя «стартовая» антибактериальная терапия назначается эмпирически (табл. 1), то есть основывается на знаниях этиологической характеристики наиболее вероятных возбудителей пиелонефрита и их чувствительности к антибиотикам.

При выборе препарата для эмпирической стартовой терапии пиелонефрита у детей ориентируются на антибиотики, обладающие высокой эффективностью в отношении семейства Enterobacteriaceae и, особенно, в отношении E.coli, поскольку она на сегодняшний день является основным возбудителем пиелонефрита у детей. Данные о резистентности семейства Enterobacteriaceae в г. Казани в 2001-2003 гг. (Сафина А. И.) приведены ниже (рис. 1).

Таблица 1. Эмпирическая антибактериальная терапия пиелонефрита у детей (Коровина Н. А. с соавт., 2006)

Препараты первого выбора	«Защищенные» пенициллины: (амоксциллина/клавуланат, амоксициллина/сульбактам, ампициллина/сульбактам).
	Цефалоспорины III-IV поколения: цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, цефиксим, цефтибутен, цефепим.
	Аминогликозиды (нетромицин, гентамицин, амикацин).
Препараты второго выбора (при тяжелом течении)	Карбапенемы (меронем, имипенем)
	Ингибиторзащищенные цефалоспорины (цефоперазон сульбактам).
	Фторхинолоны (старше 14 лет): ципрофлоксацин, норфлоксацин.

Общие принципы антибактериальной терапии пиелонефрита у детей:

— антибактериальная терапия должна начинаться как можно раньше;

— дети с лихорадкой, токсикозом должны получать антибактериальные препараты парентерально (в/в, в/м) до клинического улучшения (в среднем 3-5 дней) с последующим переходом на их пероральный прием (ступенчатая терапия);

— у детей с нарушением функции почек нефротоксичные антимикробные средства (аминогликозиды) могут назначаться под контролем диуреза, уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови;

Таблица 2. Возможная этиотропная терапия пиелонефрита у детей (данные по г. Казани 2001-2003 гг.)

Микроорганизм	Препараты выбора
E. coli	Цефалоспорины 3-4 поколения (цефтазидим, цефотаксим, цефтриаксон, цефиксим, цефепим). Аминогликозиды (нетилмицин, гентамицин). Фторхинолоны*. Хинолоны (пипемидиновая кислота, налидиксовая кислота)**.
Klebsiella	Цефалоспорины 3-4 поколения (цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим). Аминогликозиды (гентамицин). Фторхинолоны*. Хинолоны (налидиксовая кислота)**. Фурагин**.
Serratia	Амоксициллин. «Защищенные пенициллины». Нетилмицин. Цефалоспорины 3-4 поколения (цефтазидим, цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим). Нитрофураны (фурагин, нитрофурантоин)**.
Proteus	Цефалоспорины 3-4 поколения (цефтазидим, цефепим). Фторхинолоны*. Хинолоны (налидиксовая кислота, пипемидиновая кислота)**.
Staphylococcus	«Защищенные пенициллины». Цефалоспорины 2-3 поколения (цефуроксим, цефамандол, цефоперазон, цефтазидим, цефтриаксон). Ванкомицин. Фторхинолоны*. Нитрофураны (фурагин, нитрофурантоин)**.
Streptococcus	Амоксициллин. «Защищенные пенициллины». Нитрофураны (фурагин, нитрофурантоин)**.
Enterococcus	Амоксициллина/клавуланат. Цефотаксим. Фурагин**.
Pseudomonas	Цефепим + аминогликозиды.
Candida	Флуконазол. Амфотерицин В.

Примечание: * — использовать у детей до 14 лет в исключительных случаях, ** — для противорецидивной терапии.

— антимикробные средства, не достигающие терапевтической концентрации в почечной ткани (нитрофурантоин, фуразидин, налидиксовая и пипемидиновая кислота), но с высокой степенью экскреции с мочой, назначаются в период стихания пиелонефрита для профилактики рецидивов;

— при отсутствии клинического и лабораторного (анализ мочи) эффекта через 3 дня эмпирической антибактериальной терапии проводится смена антибиотика с учетом

полученных (индивидуальных для каждого больного) данных о характере микробной флоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам (этиотропная терапия) (табл. 2).

Комбинированная антимикробная терапия пиелонефрита у детей показана в следующих случаях:

- при тяжелом (септическом) течении микробно-воспалительного процесса в почечной ткани с целью повышения синергизма действия антибактериальных препаратов;
- при тяжелом течении, вызванном микробными ассоциациями;
- для преодоления полирезистентности микроорганизмов к антибиотикам (особенно при терапии «проблемных» инфекций, вызванных протеем, синегнойной палочкой, клебсиеллой и др.);
- для воздействия на внутриклеточно расположенные микроорганизмы (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы).

Дозировка и способ введения антибактериальных препаратов должны соответствовать возрасту больного ребенка, тяжести его состояния и степени нарушения функции почек (табл. 3).

Длительность антибактериальной терапии при пиелонефрите должна быть оптимальной, до полной элиминации возбудителя, **но не менее 14 дней**, с последующим проведением противорецидивной терапии. При тяжелом течении заболевания, наличии obstructивных аномалий развития мочевой системы (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, стриктура мочеточника с развитием гидронефроза, уретероцеле и др.) антибактериальные препараты назначают более длительно (до 4 недель и более) со сменой антибактериальных препаратов каждые 10-14 дней.

Противорецидивная терапия

После курса непрерывной антибактериальной терапии всем детям проводится противорецидивное лечение не менее 6 недель. Более длительная противорецидивная терапия (6 мес. и более) проводится у больных с obstructивным вариантом пиелонефрита (особенно на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса) или при его непрерывно-рецидивирующем течении (≥ 3 раз/год). Если в течение периода профилактики эпизоды инфекции не возникают, то лечение прекращается. В противном случае, оно возобновляется вновь.

Рекомендуются следующие варианты противорецидивной терапии (Durbin W., Petr G., 1985; Игнатова М. С., 1987; Коровина Н. А., 2000):

- Фуразидин: полная доза в течение 2-3 недель, затем переходят на 1/2-1/3 от максимальной лечебной дозы один раз в сутки на ночь.
- Один из перечисленных препаратов нефторированных хинолонов — налидиксовой кислоты и пипемидиновой кислоты, которые при длительном назначении могут использоваться по 10 дней каждого месяца.

В качестве противорецидивной терапии также можно использовать фитотерапевтический препарат Канефрон® (см. далее), который можно использовать как совместно с уросептиками, так и в качестве монотерапии. Длительность курсовой терапии не менее 4 недель.

3. Антиоксидантная и мембраностабилизирующая терапия

В остром периоде пиелонефрита антиоксидантная терапия не рекомендуется. Она назначается по мере стихания микробновоспалительного процесса в почечной ткани, в среднем через 3-5 дней от начала антибактериальной терапии. Применяется в течение 3-4 недель:

- витамин Е — 1-2 мг/кг в сутки в зависимости от возраста;
- бета-каротин (Веторон) по 1 капле на год жизни 1 раз в сутки;
- витамин В6 10-20 мг/сут. в первой половине дня;
- димефосфон 15% раствор — 10 мг/кг в сутки 2-3 раза в день;

Таблица 3. Режим дозирования antimicrobных препаратов у детей с пиелонефритом
(Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов, 2007)

Режим дозирования antimicrobных препаратов у детей с пиелонефритом (Л.С.Страчунский, Ю.Б.Белоусов, С.Н.Козлов, 2007)

Препарат	Лекарственная форма	Режим дозирования	
		в/в, в/м	внутри
«Защищенные» пенициллины			
Амоксициллин/клавуланат (Аугментин, Амоксиклав, Моксиклав, Амоксиклан Гексал, Флемоклав Солютаб, Панклав, Ранклав, Медоклав, Рапиклав)	Пор. д/сусп. для приема внутри 0,156 г/5 мл; 0,312 г/5 мл. Табл. 0,375 г; 0,625 г; 1,0 г. Порошок лиоф. д/ин. 0,6 м 1,2 г	40-60 мг (по амоксициллину) в 3 введения в/в	20-40- мг/кг в сутки (по амоксициллину) в 3 приема
Амоксициллина/сульбактам (Трифамокс ИБЛ)		<2 лет – 40-60 мг/кг (по амоксициллину) каждые 8-12 ч; 2-6 лет – 0,25 г каждые 8 ч; 6-12 лет – 0,5 каждые 8 часов; >12 лет – 1,0 г каждые 8-12 ч	<2 лет – 0,125 г; 2-6 лет – 0,25 г; 6-12 лет – 0,25 0,5 г; каждые 8 часов
Ампициллин/сульбактам (Амписид, Уназин, Сулациллин, Сультасин, Сульбацин)	Пор. д/сусп. д/приема внутри 0,25 г/5 мл. Табл. 0,375 г. Порошок лиоф. д/ин. 0,25 г; 0,5 г; 0,75 г; 1,0 г; 1,5 г; 3,0 г.	150 мг/кг/сут в 3-4 введения; в/м, в/в	50 мг/кг/сут в 2 приема
Цефалоспорины III поколения			
Цефотаксим (Клафоран, Кефотекс, Лифоран, Оритаксим, Талцеф, Цетакс, Цефабол и др.)	Пор. д/ин. 0,25 г; 0,5 г; 1,0 г; 2,0 г	50-100 мг/кг/сут в 3 введения; при тяжелых инфекциях 150-200 мг/кг/сут; в/м, в/в	
Цефтриаксон (Роцефин, Лонгаксеф, Цефаксон, Лендацин, Офрамекс, др.)	Пор. д/ин. 0,25 г; 0,5 г; 1,0 г; 2,0 г	50-75 мг/кг/сут в 1-2 введения; в/м, в/в	
Цефтазидим (Фортум, Вицеф, Кефадим, Цефазид, Цефтазидим и др.)	Пор. д/ин. 0,25 г; 0,5 г; 1,0 г; 2,0 г	75-100 мг/кг/сут в 2-3 введения; в/м, в/в. При тяжелых инфекциях: 125-200 мг/сут в 3 введения	
Цефоперазон/сульбактам (Сульперазон, Сульмовер, Сульцеф, Сульперацеф, Сульцефазон)	Пор. д/ин. 2,0 г	40-80 мг/кг/сут (по цефоперазону) в 2-3 введения; в/м, в/в	
Цефиксим (Супракс)	Пор. д/сусп 0,1 г/5 мл; капсул. 0,1 г; 0,2 г; 0,4 г.		>6 мес: 8 мг/кг/сут 1-2 раза в день
Цефтибутен (Цедекс)	Пор. д/сусп 0,036 г/мл; капсул. 0,2 г; 0,4 г. Пор. д/ин.		6 мес-10 лет: 9 мг/кг/сут 1-2 раза в день 10-12 лет (при массе >45 кг) 200-400 мг/сут в 1-2 приема
Цефалоспорины IV поколения			
Цефепим (Максипим, Максицеф)	Пор. д/ин. 0,5 г; 1,0 г; 2,0 г	>2 мес: 100-150 мг/кг/сут в 3 введения; в/в	
Аминогликозиды			
Нетилмицин (Нетромицин)	Р-р д/ин. 0,01 г/мл; 0,4 г/мл в амп. Пор. д/ин. 0,8 г.	4-7,5 мг/кг/сут в 1-2 введения; в/м, в/в	
Амикацин	Р-р д/ин. 0,01 г/мл; 0,25 г/мл; 0,5 г/мл в амп. по 2 мл. Пор. д/ин. 0,1 г; 0,25 г; 0,5 г.	15-20 мг/кг/сут в 1-2 введения; в/м, в/в	
Гентамицин	Р-р д/ин. 0,01 г/мл; 0,02 г/мл; 0,4 г/мл; 0,06 г/мл в амп.	3-5 мг/кг/сут в 1-2 введения; в/м, в/в	
Хинолоны/ фторхинолоны			
Налидиксовая кислота (Неграм, Невиграмон)	Капсул. 0,5 г. Табл. 0,5 г.		>3 мес: 55 мг/кг/сут в 4 приема
Пипемидиновая кислота (Палин, Пимидель Уропимид, Пипем Уротрактин и др.)	Капсул. 0,2 г; 0,4 г. Табл. 0,4 г.		>1 года: 15 мг/кг/сут в 2 приема
Ципрофлоксацин (Ципробай, Цифран, Ципролет, др.)	Табл. 0,35 г; 0,5 г; 0,75 г; Р-р д/инф. 0,1 г и 0,2 г во флаконах по 50 и 100 мл.	по жизненным показаниям: 7,5-10 мг/кг/сут (но не более 0,8 г/сут) в 2 приема; в/в	по жизненным показаниям: 10-15 мг/кг/сут в 2 приема
Норфлоксацин (Нолицин, Норбактин, Нороксин, Норилет и др.)	Табл. 0,2 г; 0,4 г; 0,8 г.		по жизненным показаниям: 10-15 мг/кг/сут в 2 приема
Нитрофураны			
Нитрофурантоин (Фурадонин)	Табл. 0,05 г и 0,1 г. Табл. 0,03 г для детей		>1 мес: 5-7 мг/кг/сут в 4 приема
Фуразидин (Фурагин, Фурамаг)	Табл. 0,05 г		7,5 мг/кг/сут в 2-3 приема

• препараты, содержащие селен (триовит, селцинк и др.)
В последующем курсы антиоксидантной терапии проводятся по 10-14 дней 2-3 раза в год в течение всего периода диспансерного наблюдения за больными детьми.

4. Иммунокорригирующая терапия — показания к проведению:

- ранний (преимущественно, грудной) возраст (период созревания иммунитета);
- тяжелые варианты поражения почек: отягощенные синдромом полиорганной недостаточности, обструктивные пиелонефриты (на фоне гидронефроза, мегауретера, рефлюкс-нефропатии), включая пред- и послеоперационный период;
- длительное (более 1 мес) и рецидивирующее течение;
- особенности микрофлоры: необычный характер, смешанная флора, полирезистентность к антибиотикам.

Применяются следующие препараты:

а. Препараты α-2b-интерферона: Виферон — назначается детям < 7 лет по 150 МЕ, детям ≥ 7 лет по 500 МЕ 2 раза в день per rectum ежедневно в течение 7-10 дней в острый период заболевания, затем прерывисто 2-3 раза в неделю в течение 4-6 недель;

б. Препараты микробного происхождения (в период ремиссии заболевания):

— *бактериальные лизаты*:

Солкоуровак — содержит инактивированные штаммы E.coli, Proteus mirabilis, Proteus morgani, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus faecalis. Вакцинация проводится в/м № 3 с интервалом в 2 недели, ревакцинация через 6 мес.

Уро-Ваксом — содержит 18 инактивированных штаммов E.coli. Назначают внутрь по 1 капсуле 1 раз в день в течение 3 мес.

— *синтетические аналоги*:

Ликопид — назначается детям, начиная с периода новорожденности по 1 таблетке (1 мг) в сутки в течение 10 дней утром натощак. Детям старше 14 лет можно использовать дозу взрослых (таблетки по 10 мг) — по 1 таблетке 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней.

в. Полиоксидоний — применяется у детей старше 6 мес. в остром периоде заболевания. Назначается из расчета 0,1-0,15 мг/кг. Способ применения: в/м, в/в 1 раз в сутки через 1-2 суток № 5-7; внутрь, per rectum 1 раз в сутки в течение 10 дней.

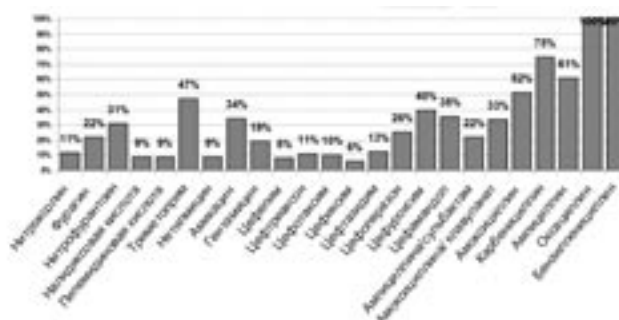
5. Фитотерапия

Традиционно лечение травами назначается в период стихания активности заболевания, одновременно с проведением противорецидивной терапии уросептиками, поскольку, с одной стороны усиливает эффект антимикробных препаратов, а с другой — уменьшает их неблагоприятное воздействие на эпителий канальцев. Применяют водные вытяжки из лекарственного растительного сырья в виде настоев (из листьев, цветков и стеблей) или отваров (из корней, коры, корневищ), которые готовят на кипящей водяной бане: настои в течение 15 мин., отвары — 30 мин. (при частом помешивании). Охлаждают при комнатной температуре, процеживают и доводят кипяченой водой до нужного объема. Лекарственное сырье можно также заливать крутым кипятком из расчета 1 ст. л. на 1 стакан воды и настаивать под крышкой в течение 4-6 часов. Настои и отвары готовятся ежедневно (на сутки). Принимают: дети до 1 года — по ½ ч. л. 3-4 раза в день; 1-3 года — по 1 ч. л. 3-4 раза в день; до 7 лет — 1 д.л. 3-4 раза в день; старше 7 лет — 1 ст. л. до 6 раз в день.

При выборе фитотерапии следует учитывать наличие следующих благоприятных для почечной функции эффектов лекарственных растений:

— мочегонное действие, зависящее от содержания эфирных масел, сапонинов, силикатов (можжевельник, петрушка, листья березы, укроп, корень девясила, хмель, полевой хвощ и др.);

Рисунок 1. Резистентность семейства Enterobacteriaceae у детей по г. Казани (2001-2003 гг.)



— противовоспалительное действие, связанное с присутствием танинов и арбутина (листья брусники, толокнянка, хвощ полевой, земляничный лист, корень пырея и др.);

— антисептическое действие, обусловленное фитонцидами (ромашка, мята перечная, можжевельные ягоды и др.).

При составлении сборов рекомендуется использовать одновременно не более 2-3 компонентов (у детей грудного возраста лучше проводить монофитотерапию) и учитывать индивидуальную переносимость. Применять курсами по 10-14 дней с 1-2-недельными интервалами, длительно, сборы чередовать.

Например,

Сбор № 1	Сбор № 2	Сбор № 3	Сбор № 4	Сбор № 4
Зверобой, толокнянка, можжевельник	Шалфей, брусничный лист, почечный чай	Крапива, цветы василька, полевой хвощ	Ромашка, шиповник, брусничный лист	Алтей лекарственный, горец птичий, зверобой

Могут быть использованы и готовые фитотерапевтические формы:

Канефрон®Н (Bionogica, Германия). Состав: золототысячник, корень любистока, листья розмарина. Действие препарата: диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антимикробное. Дозировка: до 1 года — 15 капель 3 раза в день; 1-5 лет — 20 капель 3 раза в день; детям школьного возраста — 25 капель 3 раза в день или 1 драже 3 раза в день; взрослым 50 капель 3 раза в день или 2 драже 3 раза в день.

Урофлюкс. Состав: кора ивы, листья березы, листья толокнянки, хвощ полевой, трава золотарника, корень рудбекии, корень солодки, корень стальника, корневища злаков. Способ приготовления: 1 ч.л. порошка растворяется в стакане горячей воды. Дозировка готового чая зависит от возраста: 1 ст.л., ¼ стакана, 1/3 стакана, ½ стакана 3 раза в день за 30-40 минут до еды. У взрослых по 1 стакану 3-5 раз в день.

Цистиум солидаго (Pharma Wernigerode). Экстракт из травы золотарника. Действие препарата: диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое. Дозировка в зависимости от возраста: ½-1 чайная ложка 3 раза в день.

Фитолизин (Польша). Состав: экстракты корня петрушки, корневища пырея, травы полевого хвоща, листьев березы, травы горца птичьего и др.; масла — мятное, шалфейное, сосновое, апельсиновое и ванилин. Действие: мочегонное, противовоспалительное, спазмолитическое.

Способ приготовления: 1 чайная ложка пасты растворяется в ½ стакана теплой подслащенной воды. Дозировка зависит от возраста: 1 ч.л., 1 д.л., 1 ст.л., ½ стакана; принимают 3 раза в день после еды.



ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Заплатников А. Л. и др. Фармакотерапия инфекций мочевой системы у детей. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 99 с.
2. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Мумладзе Э. Б. и др. Формуляр диагностики и лечения пиелонефрита у детей. — М.: Посад, 2003. — 2-е издание. — 67 с.
3. Лекции международной нефрологической школы Европейской ассоциации педиатров-нефрологов (ESPN). — С. Петербург: СПбГПМА, 2004. — 288 с.
4. Лекции по педиатрии: Нефрология, Т. 6 / под ред. В. Ф. Демина, С. О. Ключниковой и др. — М., 2006. — 310 с.
5. Педиатрия 2005-2006: клинические рекомендации Союза педиатров России. / под ред. А. А. Баранова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 257 с.
6. Сафина А. И. Структура возбудителей пиелонефрита у детей. / Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 23-29.

Лечение нефротического синдрома у детей

Т. П. МАКАРОВА, профессор, В. К. МРАСОВА, к.м.н.,
С. А. СЕНЕК к.м.н., Н. В. АХМЕТГАРАЕВА, А. Н. РАМАЗАНОВА
Казанский государственный медицинский университет,
Детская республиканская клиническая больница.

Симптомокомплекс нефротического синдрома (НС) объединяет массивную протеинурию (более 3 г/с), гипо- и диспротеинемию, гиперлипидемию и отеки. Нефротический синдром по своей сути неоднороден. Различают врожденный, инфантильный, первичный и вторичные варианты НС.

Морфологической основой большинства случаев первичного НС являются гломерулярные поражения трех типов: нефропатия с минимальными изменениями (МИ), мезангиопролиферативный ГН и фокально-сегментарный гломерулосклероз, со значительным преобладанием МИ — 52-90%. НС с этими морфологическими вариантами нередко объединяется термином идиопатический НС. Реже встречаются мембрано-пролиферативный ГН, мембранозная нефропатия, которые, как правило, имеют клинические отличия от идиопатического НС.

Основным средством патогенетической терапии НС являются кортикостероиды. Цитостатики занимают второе место по значимости в лечении заболевания.

Ответ на глюкокортикоидную терапию — гормоночувствительность или гормонорезистентность — является важнейшей характеристикой НС. Это в большой степени определяет тактику ведения больного и прогноз заболевания. Хотя у значительной части гормоночувствительных больных выявляются МИ, а среди гормонорезистентных больных часто встречаются другие морфологические варианты, дети с гормонорезистентным НС при любом морфологическом типе патологии, включая МИ, имеют менее благоприятный прогноз.

Прежде чем перейти к рассмотрению схем лечения необходимо напомнить, что обозначают понятия гормоночувствительность, гормонорезистентность, гормонозависимость. По частоте возникновения рецидивов: редкие, частые рецидивы. Это имеет принципиальное значение для ведения больного с НС. Известно, что чем более выражена гормоночувствительность, менее часты обострения и менее выражена гормонозависимость, тем лучше прогноз заболевания.

Гормоночувствительными считаются те случаи НС (ГЧНС), когда у больных наступает полная клинико-лабораторная ремиссия при лечении преднизолоном стандартной дозой 2 мг/кг, но не более 60-80 мг в сутки в течение 6 недель.

Гормонорезистентными считаются варианты НС (ГРНС), если у больных не наблюдается полной клинико-лабораторной ремиссии при лечении преднизолоном 2 мг/кг/с (не более 60-80 мг/с) в течение 6-8 недель.

Целесообразно отмечать частичную гормоночувствительность, когда при лечении преднизолоном в адекватных дозах наблюдается исчезновение отеков, уменьшение протеинурии, но полной ремиссии не наступает.

Гормонозависимым НС называется ГЧНС, когда обострения развиваются или при снижении дозы преднизолона, или в течение 2 недель после его отмены («быстрые рецидивы»), или в течение месяца после отмены преднизолона («отсроченные рецидивы»).

Часторецидивирующим НС считается ГЧНС, если рецидивы возникают 4 и более раз в год, или 2 и более раз в 6 мес., при условии соблюдения правильных режимов лечения. Редкорецидивирующим НС — считается ГЧНС, если рецидивы возникают не более 3 раз в год.

В практике нередко бывает трудно отличить часторецидивирующий от гормонозависимого вариантов НС, однако прогноз при гормонозависимости обычно хуже, особенно если рецидивы возникают еще до отмены преднизолона при снижении его дозы. Дифференциация этих двух типов ГЧНС имеет определенное значение для выбора терапии (см. ниже).

Нечеткие представления о критериях эффективности лечения, а также несоблюдение правильных методов ведения больного с НС, нередко приводят к терапевтическим ошибкам, среди которых можно отметить:

- недостаточные максимальные дозы преднизолона;
- быстрое снижение дозы преднизолона;
- длительное лечение в малых дозах преднизолона;
- несвоевременное назначение альтернативных препаратов;
- позднее проведение нефробиопсии;
- некачественное морфологическое исследование нефробиоптата.

Лечение 1-й атаки НС

Назначение преднизолона в больших дозах практически всегда показано при развитии первичного НС, за исключением редких случаев наличия серьезных противопоказаний: активный инфекционный процесс, сахарный диабет,