

ВЫВОДЫ

У 30 пациенток с гормоночувствительным нефротическим синдромом, получавших глюкокортикоидную и цитостатическую терапию, установлено соответствующее возрасту половое развитие. У 30 пациенток с гормоночувствительным НС не выявлено значимых нарушений менструальной функции (в сроках появления менархе, регулярности

менструального цикла). У 8 женщин фертильного возраста со стойкой ремиссией НС, получавших глюкокортикоидную и цитостатическую терапию в детском возрасте, способность к зачатию сохранена, зарегистрированы 11 нормально протекавших беременностей и родов, рождение живых доношенных детей при отсутствии обострений нефротического синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

© Ж. В. Шуцкая

Городской диабетологический центр для детей и подростков, СПб ГУЗ детская городская поликлиника №44, Санкт-Петербург

Диабетическая нефропатия (ДН) — является специфическим осложнением сахарного диабета (СД). Возникая в детском и подростковом возрасте, ДН в дальнейшем часто становится причиной инвалидизации и неблагоприятного прогноза для больных СД 1 типа. Опасность этого осложнения состоит в том, что, развиваясь достаточно медленно и постепенно, диабетическое поражение почек клинически может не вызывать у больного жалоб. Лишь на выраженной стадии патологии почек у пациента появляются жалобы, позволяющие заподозрить ДН, однако в связи с поздней диагностикой эффективно помочь больному не всегда представляется возможным.

Одним из первых в отечественной детской нефрологии проблему ранней диагностики и лечения диабетического поражения почек актуализировал заслуженный деятель науки РФ, академик РАЕН, заведующий кафедрой факультетской педиатрии СПбГПМА, профессор Папаян А. В. На базе клиники СПбГПМА достигнуты первые успехи в терапии детей и подростков с ДН.

В дальнейшем в Городском диабетологическом центре для детей и подростков введен массовый скрининг с целью выявления ранней стадии ДН-микроальбуминурии, применены современные методы инсулинотерапии, режимы введения гормона, в том числе, посредством инсулиновой помпы. С момента ранней диагностики диабетического поражения почек подросткам с данным осложнением проводится обязательное применение повторных курсов препаратами группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента; дополнительных методов патогенетической терапии ДН.

Выявление диабетической нефропатии у детей и подростков в доклинической стадии развития и профилактика прогрессирования осложнения позволили сократить число детей и подростков с нефропатией в стадии микроальбуминурии на 4,7%, в стадии протеинурии на 3% в течение последних 10 лет при значительном росте заболеваемости сахарным диабетом 1 типа в Санкт-Петербурге.

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

© Н. И. Якимович, А. В. Сукало, Т. Ф. Гурусова

УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Проблема нефротического синдрома у детей остается одной из наиболее актуальных в педиатрии. Целью нашей работы явилось изучение катамнеза больных гломерулонефритом (ГН) с нефротическим синдромом (НС) для выяснения особенностей его течения и прогноза.

Изучено 50 историй болезней (2-я ГДКБ) за период 1989–2000 гг. Дебют НС отмечен в возрасте 1–3 лет — у 35%, к 7 годам заболели 80% детей.

В большинстве случаев развитию НС у больных предшествовала ОРИ (58%). Анализ факторов риска выявил отягощенную наследствен-

ность: патологию почек (ГН, пиелонефрит, МКБ), сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, аллергические заболевания.

У обследованных детей отмечались разнообразные атопические реакции (пищевая аллергия в возрасте до 3-х лет — 47%). У 8-ми больных ОГН и ХГН объем щитовидной железы оказался ниже допустимой границы возрастной нормы. Зоб выявлен у 26,6% детей с НС.

Клинико-лабораторный симптомокомплекс НС отчетливо выражен в 99,8%. Периферические отеки отмечались в 100%; полостные — у 18%, анасарка — в 2%. Суточная протеинурия составляла $8,13 \pm 2,7$ г.

Дети с НС, особенно с минимальными изменениями, редко имеют гипертензию, нарушение функции почек. У обследованных выявлено: кратковременная гипертензия в 5% (чаще у детей старше 6 лет); гематурия — 2,8%. В дебюте у 5 больных из 50 в период выраженных отеков, олигурии, гиповолемии отмечена кратковременная азотемия.

Лечение дебюта НС проводилось кортикостероидами (КС) в дозе 1–2 мг/кг. Продолжительность

КС терапии составила в последние годы 3–6 месяцев прерывистым курсом, ранее — 6–8 месяцев. Течение заболевания у 5 (10%) детей с исходом в ремиссию без рецидивов; у 45 (90%) НС принял рецидивирующий характер. Рецидивирующее течение НС служило показанием для назначения 39 детям (78%) комбинированной терапии глюкокортикоидами и цитостатиками сроком от 3 до 6 месяцев.

Цитостатики (чаще хлорбутин — лейкеран) назначены через 2 года и более от дебюта НС (у 4 — стойкая клинико-лабораторная ремиссия более 10 лет). Для верификации НС у 13 больных произведена нефробиопсия (у 7 — МзПГН, у 2 — мембранозный ГН, у 4 — минимальные изменения). В настоящее время 4 больным проведена повторная биопсия (отмечалась рецидивирующая протеинурия до 1 г/л, стойкое повышение АД), проведена коррекция лечения.

Таким образом, полученные данные подтверждают серьезность прогноза НС, показывают необходимость коррекции проводимой терапии в течение длительного времени.