

тивной поликлинике Педиатрического центра Национального центра медицины — Республиканской больнице № 1 и кабинет городского нефролога в детской городской больнице № 1 г. Якутска. В условиях консультативного приёма в педиатрическом центре детям, обратившимся за специализированной помощью к нефрологу, проводятся по показаниям УЗИ с цветным доплером, рентгенологическое и радионуклидное, лабораторные исследования, консультации специалистов.

Стационарная специализированная помощь детям республики оказывается в нефрологическом отделении (20 коек), урологическом отделении

(20 коек) Педиатрического центра Национального центра медицины — Республиканской больницы № 1. Заместительная почечная терапия (программный гемодиализ) проводится в отделении гравитационной хирургии крови НЦМ. При необходимости оформляются выписки в центральные специализированные нефрологические клиники. В детскую реабилитационную больницу г. Якутска направляются дети на долечивание и проведение ранней реабилитации.

Таким образом, плодотворно работает система предоставления специализированной нефрологической помощи детям в Республике Саха (Якутия).

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПОВЫШЕННОЙ ФОСФАТУРИЕЙ

© А. В. Мусаева

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

ЦЕЛЬ

В катамнезе оценить особенности течения и лечения гипофосфатемического рахита, обусловленного повышенной фосфатурией, у 52 детей из 51 семьи.

МЕТОДЫ

Клинический, генеалогический, оценка выживаемости по методу Kaplan-Meier (1958). Диагностика гипофосфатемического рахита проводилась на основании гипофосфатемии, фосфатурии, варусной деформации нижних конечностей, резистентности к терапии витамином D₂ и D₃, генеалогического анализа. Рассчитана канальцевая реабсорбция фосфатов по формуле: $TRP=1-[(U Ph \times P Cr) : (P Ph \times U Cr)]$. В норме составляет более 80%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 52 пациентов 51 семьи с фосфат-диабетом обследовано мальчиков — 23 (44,4%), девочек — 29 (55,6%) в возрасте от 2 до 18 лет. Анализ родословных 51 семьи с фосфат-диабетом установил наличие X-сцепленного и аутосомно-доминантного у 37 (72,6%) детей, аутосомно-рецессивного типа наследования у 14 (27,4%) детей. Низкий рост и деформация нижних конечностей выявлена у детей в 100%. Канальцевая реабсорбция фосфатов, рассчитанная у 52 пациентов, составила $33,7 \pm 3,6\%$. У 37 детей с гипофосфатемическим рахитом X-сцепленным и аутосомно-доминантным фосфатурия составила $25,5 \pm 4,15$ мг/кг/сут, в группе с аутосомно-рецессивным типом $30,46 \pm 3,67$ мг/кг/сут. Гипофосфатемия при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте со-

ставила $0,74 \pm 0,52$ ммоль/л, гипофосфатемия у детей с аутосомно-рецессивным типом $0,74 \pm 0,125$ ммоль/л, повышение щелочной фосфатазы при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте $1130,1 \pm 498,2$ U/e. Уровень циркулирующего паратиреоидного гормона при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте составил $60,57 \pm 71,2$ пмоль/л, 25 (ОН) D₃ — $152,3 \pm 24,6$ нмоль/л, кальцитонина $85,05 \pm 50,61$ нг/мл, у детей с аутосомно-рецессивным типом уровень паратиреоидного гормона — $187,6 \pm 241,2$ пмоль/л, 25 (ОН) D₃ — $121,65 \pm 40,09$ нмоль/л, кальцитонина $6,27 \pm 3,7$ нг/мл. У 14 детей с аутосомно-рецессивным гипофосфатемическим рахитом выявлены гиперкальциемия более 5 мг/кг/сут, компенсированный метаболический ацидоз у 10, нефрокальциноз у одного. Из 52 пациентов в разные периоды 23 (44,4%) получали фосфатный буфер и витамин D₂ 50–100 тыс МЕ/сут; фосфатный буфер и активные метаболиты витамина D₃ 17 (32,6%); Special reductale (дигидрофосфат калия и моногидрофосфат натрия), в меньшей дозировке активные метаболиты витамина D₃ у 2 (3,8%), не получали терапию 10 (19,2%). Ортопедическая хирургическая коррекция, неоднократно проведенная у 27 пациентов (51,9%) из 52 детей с фосфат-диабетом, не дала положительной динамики. У 52 пациентов (2–18 лет) с фосфат-диабетом нарушений функции почек и прогрессирования в хроническую почечную недостаточность не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с гипофосфатемическим рахитом, обусловленным повышенной фосфатурией, нужда-

ются в пожизненной терапии препаратами фосфора и активными метаболитами витамина D. Выживаемость пациентов с гипофосфатемическим рахитом,

рассчитанная по методу Kaplan-Meier (1958) составила: 5-летняя — 100%, 10-летняя — 100%, 20-летняя 100%.

ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 1–2, 4, 5 ТИПОВ У ДЕТЕЙ

© Н. В. Нечепоренко, Н. М. Калинина, Н. Д. Савенкова

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Лаборатория клинической иммунологии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины, Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ

Исследование клинических проявлений, иммунного статуса, особенностей течения гломерулонефрита (ГН), ассоциированного с герпес-вирусной инфекцией 1, 2, 4, 5 типов у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 30 пациентов с ГН, ассоциированным с вирусами герпеса (HSV1,2, VEB4, CMV5-типов). Применены иммуносерологический, иммуногистохимический, иммуноцитохимический, молекулярно-биологический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 30 пациентов с ГН, ассоциированным с вирусами герпеса, девочек — 13 (43%), мальчиков — 17 (57%), в возрасте 1 мес. — 5 лет (34%), 6–10 лет (27%), 11–17 лет (39%). Из 30 пациентов диагностированы врожденный и инфантильный нефротический синдром (НС) у 5 (17%); НС у 8 (27%); хронический ГН с протеинурией, гематурией, артериальной гипертензией у 16 (53%); ГН с протеинурией у 1 (3%). По результатам биопсии почек у пациентов диагностирован мезангио-пролиферативный ГН у 7 (23%), мембранозно-пролиферативный ГН у 7 (23%), минимальные изменения у 2 (7%), ФСГС у 2 (7%). Иммуногистохимическое исследование, выполненное на парафиновых срезах с использованием моноклональных антител к вирусам HSV1,2, VEB4,

CMV5-типов, подтвердило вирусную ассоциацию у 13 пациентов. У 30 пациентов в 100% случаев иммуносерологическими методами подтверждена герпес-инфекция 1, 2, 4, 5 типов. Из 30 пациентов выявлены моноинфекция у 12 (40%), ассоциированная с 2 видами вирусов (HSV1,2+CMV; VEB+HSV1,2; CMV+VEB) у 6 (20%), с 3 видами вируса герпеса (HSV1,2+CMV+VEB) у 12 (40%). У 8 (27%) из 30 детей диагностировано вторичное иммунодефицитное состояние. Из 30 детей с ГН 19 (63%) получали преднизолонотерапию в комбинации с противовирусной (ацикловир, зовиракс, цимевен), 7 (23%) гормональную и цитостатическую терапию, 4 (13%) противовирусную и иммуностимулирующую. В 100% пациенты получали курсы виферона или реоферона, циклоферона, полиоксидония. В результате противовирусной и иммуномодулирующей терапии отмечены положительная динамика заболевания из 30 у 19 пациентов (63%) с исходом в полную и неполную ремиссию, без исхода в ремиссию у 7 (23%), прогрессирование в хроническую почечную недостаточность у 4 (13%).

ВЫВОДЫ

У 30 пациентов с ГН, ассоциированным с герпес 1–2,4,5 типов, установлены гормонорезистентность в 60%, цитостатикорезистентность (при терапии у 7 детей), положительная динамика в результате противовирусной и иммуностимулирующей терапии в 70% случаев.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

© И. Б. Осипов, В. В. Бурханов

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра урологии

Под термином энурез (*enuresis*) принято понимать все виды недержания мочи. При тяжелых формах недержания мочи резко нарушена социальная

адаптация ребенка и снижено качество жизни, что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. При некоторых формах недержания мочи