Оптимизация лечения нефротического синдрома у детей

Г. А. МАКОВЕЦКАЯ, Л. И. МАЗУР, Ю. Ю. БАЗРАНОВА, В. А. БОЛТОВСКИЙ, Л. С. ИСАЕВА
Самарский государственный медицинский университет,
Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина.

УДК 616.61-002-008-053.2

Цель исследования — систематизировать варианты лечения детей в возрасте от года и до 17 лет с нефротическим синдромом и определить пути повышения эффективности терапии. Объект исследования — 158 больных детей с первичным и вторичным нефротическим синдромом, наблюдаемых в детском областном нефрологическом центре за период 2000-2008 годы. Использован как ретроспективный, так и проспективный подход. Дети обследовались в соответствии с протоколами с включением функциональных почечных проб почек, в том числе динамической сцинтиграфии. У 25 детей проведена биопсия почек. Преобладали дети с первичным гломерулонефритом (84,3%). Проанализированы четыре варианта лечения: I — только 3-компонентная схема лечения, в том числе в дебюте и при рецидивах; II — 4-компонентная схема с включением цитостатиков (азатиоприна, хлорбутина); III — с использованием пульс-терапии циклофосфана; IV — с применением ингибитора транскрипции ДНК циклоспорина А (сандиммуна-неорала). Практически дети всех групп в дебюте заболевания, нередко и при первом обострении получали 3-х компонентную схему с преднизолоном или метипредом, а позже ступенчато переходили в другие группы с иной терапией и продолжали наблюдаться. Изменения в терапии были обусловлены гормонозависимостью и гормонорезистентностью. Биопсия почек проводилась нами уже при склонности к хроническому течению чаще в школьном возрасте ребенка. Преобладал мезангиопролиферативный гломерулонефрит нередко с тубулоинтерстициальным компонентом. Определенная часть детей выходила в стойкую клинико-лабораторную ремиссию (более 1 года и до 5 лет). Всего за этот период в разное время была достигнута стадия полной или неполной клинико-лабораторной ремиссии у 96 детей. При индивидуальном анализе эффективности лечения, осложнений, состояния почечных функций, а также времени, затраченного для достижения ремиссий при постепенном включении цитостатиков и способов их введения можно сделать следующие выводы.

1) Несомненно, что в дебюте нефротического синдрома у детей раннего и дошкольного возраста первоначально нужна 3-компонентная схема лечения. К использованию 4-компонентного варианта терапии надо применить индивидуальный подход.

2) У цитостатиков, применяемых внутрь, нет преимуществ перед использованием пульс-терапии циклофосфаном.

3) Применение пульс-терапии циклофосфаном дает меньший супрессивный эффект на параметры иммунной системы первого уровня (МВ = -0,034), что вероятно связано с кратковременностью воздействия препарата (последнее стало определяющим в предпочтении выбора пульс-терапии перед каждодневным приемом препарата внутрь в наших исследованиях).

4) Наименьший супрессивный эффект на параметры иммунной системы первого уровня при математическом анализе оказал сандиммун, который может быть применен значительно раньше при адекватном контроле за функцией почек, при стихании активности процесса, развитии гормонозависимости.

5) Ингибитор нуклеотидов мофетила микофенолат (майфортик) может быть препаратом выбора перед 4-компонентной схемой, особенно при смешанном варианте нефротического синдрома в дебюте заболевания, вторичном нефротическом синдроме при системном заболевании.

6) Продолжительность приема препаратов сандиммуна, майфортика — не менее 1-1,5 лет. Однако рецидивы болезни возможны и после отмены этих препаратов.

7) При волчаночном нефротическом синдроме монотерапия преднизолоном не оправдывает себя, необходимо сразу начинать терапию с четырехкомпонентной схемы или ее альтернативы.

8) При вторичном нефротическом синдроме как врожденный или инфантильный, на фоне дизэмбриогенеза, а также при наследственной патологии (синдром Коккейна) протокольные схемы лечения не эффективны. Лечение симптоматическое с использованием L-тироксина, аевита, хофитола, ингибиторов АПФ. Нефротический больной — это трудный больной. Поэтому поиск и разработка новых подходов к лечению необходимо продолжить.