РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК С ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

© И. В. Шикова, Г. Ф. Кутушева

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии; ФПК и ПП, кафедра факультетской педиатрии

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить репродуктивное здоровье у 30 пациенток с нефротическим синдромом с минимальными изменениями (НСМИ) в возрасте от 14 до 35 лет, получавших глюкокортикоидную (ГКТ) и цитостатическую терапию (ЦТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из 30 обследованных, 9 пациенток в возрасте 14–17 лет и 21 пациентка в возрасте 18–35 лет.

Развитие репродуктивной системы оценивалось в соответствии со сроками, последовательностью полового созревания и по степени выраженности вторичных половых признаков. Оценивали половое развитие у пациенток по критериям Таннер, уровень биологического развития девочек определяли по половой формуле Ма, Р, Ах и началу менархе, менструальную функцию пациенток с нефротическим синдромом (НС) до глюкокортикоидной и цитостатической терапии, во время и после терапии. Фертильность оценивали по течению беременности и родов, оценивалось состояние здоровья новорожденных (весовые показатели, оценка по шкале Апгар).

Давность от начала заболевания НСМИ у пациенток к моменту катамнеза составила 10–33 года. Лечение дебюта НСМИ из 30 детей с НСМИ у 27 проводилось глюкокортикоидными гормонами в стандартизированной максимальной дозе 2 мг/кг/сут (60 мг/м²/сут), продолжительностью 4–6 недель (реже 8 недель), затем 40 мг/м²/48 час. (через день), продолжительностью 4–6 недель (реже 8 недель), общий курс 8–12 недель. У 3 из 30 пациенток продолжительность терапии преднизолоном составляла 6 месяцев у двоих, 2 года у одной.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате первоначальной глюкокортикоидной терапии отмечены полная клинико-лабораторная ремиссия у 3 из 30 пациенток (10%), рецидивирующее и часто рецидивирующее течение у 27 (90%). Развитие стероидной зависимости и стероидной токсичности (синдром Иценко–Кушинга, ожирение, стероидная энцефалопатия, стероидная катаракта) у 7 из 27 (25,93%) пациенток с рецидивирующим и часто рецидивирующим течением НСМИ, что явилось по-

казанием для назначения комбинированной глюкокортикоидной и цитостатической терапии хлорбутином (5), циклоспорином после курса хлорбутина (1), циклофосфаном (1). Достигнута стойкая клинико-лабораторная ремиссия после цитостатической терапии у 6 пациенток с НСМИ.

При оценке последовательности развития вторичных половых признаков у 30 пациенток с НС нарушений не установлено. Анализ оценки менструальной функции показал нарушение менструального цикла у 3 из 30 пациенток с НСМИ: у 1 пациентки 15 лет по типу опсоменореи (менструальный цикл 40 дней) на фоне приема циклоспоринона (в течение 3 месяцев) с восстановлением регулярного менструального цикла после отмены цитостатика; у 1 пациентки 15 лет, получавшей преднизолон с 14 лет, нарушение менструального цикла по типу маточного кровотечения пубертатного периода (менархе — после начала преднизолонотерапии); у 1 пациентки отсутствие менструаций в течение 3 месяцев в возрасте 16 лет на фоне лечения хлорбутином с восстановлением регулярного менструального цикла после отмены препарата.

У 28 девочек и женщин, обследованных в стойкой ремиссии нефротического синдрома от 2 до 33 лет, установлен регулярный менструальный цикл в 100%, со средней длительностью менструации 5 дней, средней продолжительностью менструального цикла 29 дней.

Наступление беременности, срочные роды с рождением живых детей констатированы у 8 из 21 женщины репродуктивного возраста, из них у 3 пациенток 2 беременности завершились рождением живых детей. Возраст женщин к моменту рождения ребенка составлял 24,64±3,8 года.

Анализ течения 11 беременностей и родов у 8 пациенток показал у всех отсутствие обострения нефротического синдрома. У 11 женщин зарегистрированы срочные роды, родоразрешение произошло через естественные родовые пути у 10, путем кесарева сечения у 1 (клинически узкий таз). Родились 5 мальчиков, 6 девочек, масса тела новорожденных находилась в пределах от 2880 г до 3700 г и составляла в среднем 3393,64±240,30 г, длина тела новорожденных от 48 до 53 см и составляла в среднем 51,27±1,62 см.

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-