

*Сахаталиева Р.Р.
факультет повышения квалификации
и переподготовки врачей, направления урология
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан*

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Резюме. В современной клинической практике педиатра особую актуальность представляет проблема своевременного адекватного лечения хронического гломерулонефрита у детей, что обусловлено как высокой распространенностью заболевания, так и тяжестью его течения, сложностью терапии и неоднозначностью прогноза.

Гломерулонефрит занимает второе место после врожденных и наследственных заболеваний почек среди причин развития почечной недостаточности и может приводить в последующем к инвалидизации уже в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: гематурия, лейкоцитурия, гипокалиемии, нефротического синдрома, смешанным синдром.

*Sakhatalieva R.R.
faculty of continuing education
and retraining of doctors, directions of urology
Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan*

CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN AND ITS TREATMENT

Summary. In modern clinical practice of a pediatrician, the problem of timely adequate treatment of chronic glomerulonephritis in children is of particular relevance, which is due to both the high prevalence of the disease and the severity of its course, the complexity of therapy and the ambiguity of the prognosis.

Glomerulonephritis ranks second after congenital and hereditary kidney diseases among the causes of renal failure and can subsequently lead to disability already in childhood and adolescence.

Key words: hematuria, leukocyturia, hypokalemia, nephrotic syndrome, mixed syndrome.

Актуальность. Болезни органов мочевыделительной системы, по данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время занимают 2-е место среди основных форм клинической патологии, свойственных детскому возрасту. В последнее десятилетие частота патологии почек у детей увеличилась в 2,5-3 раза и составляет от 20,6 до 106 случаев в год на 1000 детского населения в зависимости от региона.

Одной из патологией мочевыделительной системы у детей является хронический гломерулонефрит, который представляет собой довольно большую группу иммуновоспалительных заболеваний с преимущественным поражением клубочкового аппарата почек.

В современной клинической практике педиатра особую актуальность представляет проблема своевременного адекватного лечения хронического гломерулонефрита у детей, что обусловлено как высокой распространенностью заболевания, так и тяжестью его течения, сложностью терапии и неоднозначностью прогноза.

Гломерулонефрит занимает второе место после врожденных и наследственных заболеваний почек среди причин развития почечной недостаточности и может приводить в последующем к инвалидизации уже в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования – изучить клинические проявления хронического гломерулонефрита у детей на современном этапе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о клинических проявлениях хронического гломерулонефрита у детей.

Результаты исследования. Согласно литературным данным клинически хронический гломерулонефрит проявляется нефротическим, гематурическим или смешанным синдромами, характеризуется рецидивирующим, персистирующим либо прогрессирующим течением, что приводит к гибели функциональных элементов нефрона и межуточной ткани с последующим исходом в хроническую почечную недостаточность.

Наиболее часто встречающейся клинико-патогенетической формой хронического гломерулонефрита является нефротический синдром, который представлен симптомокомплексом, включающим генерализованные отеки, массивную протеинурию (> 50 мг/кг/сут, > 1 г/м²/сут, > 40 мг/м²/час), закономерные гипопроотеинемию и гипоальбуминемию (< 25 г/л), а также гиперлипидемию.

Выделяют полный и неполный варианты нефротического синдрома. Полный характеризуется наличием всех вышеперечисленных признаков. При неполном некоторые признаки, например, отеки или гиперлипидемия, могут отсутствовать.

Различают также чистый и смешанный варианты нефротического синдрома. При смешанном варианте синдрома имеют место быть гематурия и/или артериальная гипертензия, в то время как при чистом данная симптоматика отсутствует.

Традиционно нефротический синдром разделяют на первичный, связанный с заболеванием собственно клубочков почек, и вторичный, обусловленный многочисленной группой врожденных, наследственных и приобретенных заболеваний. В патологии детского возраста обычно преобладает вариант первичного нефротического синдрома, который

встречается примерно у 60–70 % маленьких пациентов, в то время как вторичный можно наблюдать лишь у 30–35 %.

Заболевание начинается с постепенно или быстро нарастающих отеков. Сперва они локализуются на лице, преимущественно вокруг глаз. Постепенно распространяясь и захватывая области нижних конечностей, поясницы и даже наружных половых органов, отеки могут принимать характер анасарки.

По своей структуре отеки рыхлые, мягкие, подвижные и потому несимметричные. В связи с определенной топикой этих отеков, при относительно благоприятном состоянии пациентов, особенно в начале заболевания, их часто путают с отеком Квинке, из-за чего ошибочно назначают антигистаминные препараты. Наличие гипертензии, азотемии и гематурии в начальной стадии заболевания определяется гистологическими изменениями в почечных клубочках.

Артериальное давление может оставаться в норме, в особенности при сохранной функции почек. У детей с тяжелой гипоальбуминемией иногда развивается постуральная гипотензия, связанная с относительным уменьшением ОЦК.

Самой распространенной клинической формой нефротического синдрома, которая встречается в 77–90 % случаев, является болезнь минимальных изменений в клубочках, или липоидный нефроз.

Липоидный нефроз возникает, как правило, у детей дошкольного возраста (от 1 года до 7 лет), и характеризуется чистым полным нефротическим синдромом, а также абсолютной гормональной чувствительностью, что обуславливает высокую эффективность стандартных доз глюкокортикостероидов уже в первые 2–3 недели лечения. Данная форма необычайно проста, и в то же время сложна в дифференциальной диагностике с другими вариантами заболевания.

Самой распространенной клинико-патогенетической формой хронического гломерулонефрита является нефротический синдром. Дети с клиническими

проявлениями нефротического синдрома, артериальной гипертензией госпитализируются вне зависимости от степени тяжести и формы гломерулонефрита.

Назначается постельный режим. Его длительность в активной стадии определяется исключительно выраженностью артериальной гипертензии. В остальных случаях строгий постельный режим не улучшает течения болезни, так как гиподинамия, напротив, способствует потере кальция, развитию гипотонии, тромботических осложнений, ортостатического коллапса. Режим должен быть активно-двигательным, включать ЛФК.

Диетотерапия назначается с учетом периода болезни, выраженности отеков и метаболических сдвигов. Почечная задержка натрия и увеличение его содержания в организме также способствует нарастанию отеков и увеличению гипертензии, поэтому суточное употребление соли должно быть ограничено. Кроме того, в период массивной протеинурии следует исключить прием животного белка, чтобы снизить нагрузку на проксимальные канальцы. Детям с отягощенным аллергологическим анамнезом следует начинать лечение с элиминационной диеты.

Объем употребляемой жидкости не должен превышать вчерашнего диуреза и потери жидкости перспирацией. Тем не менее, следует помнить, что у больных с гиповолемией ограничение жидкости нецелесообразно, особенно на фоне приема диуретиков.

Чрезвычайно важно выделить и устранить этиологический фактор, спровоцировавший заболевание, так как вовремя проведенные специфические мероприятия могут привести к полному излечению нефрита.

В лечении используют сочетание неиммунных и иммунодепрессивных методов. К первым относят ингибиторы АПФ, так как они позволяют добиться контроля АД и снизить протеинурию. Важное значение имеет и контроль веса, так как ожирение само по себе ведет к развитию протеинурии и фокального гломерулосклероза — в связи с этим всем больным показана гиполипидемическая диета.

К основной же терапии относятся прежде всего глюкокортикостероиды. Преднизолон при дебюте нефротического синдрома назначают из расчёта 2 мг/кг/день (не более 80мг/день). Прием продолжают 6–8 недель, а затем снижают до 1,5 мг/кг и назначают через день в течение 4–6 недель (альтернирующий курс). После этого ГКС постепенно отменяют — в течение 2–4 недель. Все лечение, как правило, составляет 3–3,5 месяца.

В отсутствие противопоказаний при переходе на альтернирующий курс назначают цитостатики, особенно если нефротический синдром отличается частыми рецидивами, гормонозависимостью или нечувствительностью, а также сопровождается осложнениями гормональной терапии. Препараты назначают в дозе 2 мг/кг/сут для циклофосфида и по 0,2 мг/кг/сут для лейкерана.

При частых рецидивах и гормональной зависимости целесообразно провести пульс-терапию. Она проводится циклофосфамидом на фоне альтернирующей терапии с постепенным снижением дозы преднизолона вплоть до отмены после окончания курса цитостатика. Первый год препарат вводится внутривенно капельно в дозе 12–17 мг/кг 1 раз в 3–4 недели, затем 1 раз в 3 месяца в течение 6–13 месяцев.

С этой же целью оправдано и применение метилпреднизолона короткими курсами из 3–6 инфузий с интервалом в день в дозе 30 мг/кг, но не более 1 г на курс. Лечение проводится до или после 4-недельного курса преднизолона, после чего переходят на альтернирующий курс.

Во избежание стероидотоксичности перед сном применяют препараты кальция, которые при наличии остеопороза и гипокальцемических судорог можно сочетать с витамином Д. Также применяют аспаркам и панангин для профилактики гипокалиемии.

Заключение

Таким образом, наиболее часто встречающейся клинико-патогенетической формой хронического гломерулонефрита является нефротический синдром.

Клинические проявления нефротического синдрома представлены симптомо комплексом, включающим генерализованные отеки, массивную протеинурию, гипопроотеинемию, гипоальбуминемию и гиперлипидемию.

Если нефротический синдром отличается частыми рецидивами, гормонозависимостью или нечувствительностью, а также сопровождается осложнениями гормональной терапии, необходимо назначение цитостатиков

Детей с нефротическим синдромом необходимо госпитализировать вне зависимости от степени тяжести и формы гломерулонефрита.

Литература

1. Пугачев А.Г. Очерки по детской урологии. – М., Сборники урологии. 1990
2. Ломаких Н.А. Пугачев А.Г. Принципы интеграции детской урологии во взрослую // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. Тюмень, 2005.
3. Трапезное М.Ф., Дутов В.В., Королькова И.А. Опыт работы объединенного с детским общим урологическим отделением. Материалы
4. Пленума Правления Российского общества урологов. Тюмень, 2005
5. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: Учебник для мед вузов. — М.: Медицина, 1957.
6. Лопаткин Н.А. Урология: Учебник для медвузов. — М.: Медицина, 2003.
7. Лопаткин Н. А., Пугачев А.Г. Руководство по детской урологии. —М.: Медицина, 1986.
8. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. — Т. 1. — М.: Медицина, 2000