

Выявлены изменения в содержании ГФ и ДОАФ у детей со всеми формами гломерулонефрита. Стойкое повышение этих показателей - обоснование для назначения корригирующей терапии с целью улучшения окислительно-восстановительных процессов и торможения процессов липосинтеза. Интенсификация процессов перекисного окисления липидов, проявляющаяся увеличением содержания ОДА и угнетением ферментов антиоксидантной защиты, также требуют назначения корригирующей терапии.

РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

В.И. Струков, Г.В. Долгушкина

г. Пенза

В просмотренной специальной отечественной и зарубежной литературе нам встретились единичные работы, посвященные изучению влияния комплексной терапии гломерулонефрита (ГН) на состояние костной ткани и метаболические процессы в ней. В связи с этим целью исследования являлось изучение роли ряда факторов базисной и патогенетической терапии в развитии остеопороза у детей с ГН.

Обследовано 325 детей в возрасте от 1 до 15 лет с различными формами ГН, из них острый ГН диагностирован у 266, хронический - у 59. Среди обследованных преобладали мальчики - 175 (53,8%), девочки - 150 (46,2%). Всем детям выполнено общепринятое в нефрологии клинико-лабораторное обследование, исследование фосфорно-кальциевого гомеостаза, у 79 больных - денситометрическое исследование на современном остеометре DTX-100 (Дания). Проводилось определение минерального содержания и минеральной плотности костей предплечья рентгенабсорбционным методом.

В результате проведенных исследований у 27,1% детей с ГН выявлены изменения в фосфорно-кальциевом обмене, чаще при нефротической и смешанной формах. При стандартной рентгенографии явления остеопороза были обнаружены только у 9 больных. Однако рентгенографические методы исследования не отвечают требованиям ранней, доклинической диагностики остеопороза. Изменения на рентгенограммах становятся видимыми только тогда, когда более 30-40% костной массы уже потеряно. Поэтому нужны специальные методы исследования, наилучший из них рентгенабсорбционный. В таблице представлены результаты остеометрического обследования больных ГН.

Минеральная плотность костной ткани у детей с гломерулонефритом

Состояние костной ткани	Число обследованных	Стандартные отклонения	M \pm m
Нормальное	17	От -1 до +1	21.6 \pm 5
Остеопения I степени	16	От -1 до -1,5	19.2 \pm 4
Остеопения II степени	23	От -1,5 до -2	29.3 \pm 5
Остеопения III степени	14	От -2 до -2,5	18.1 \pm 4
Остеопороз	9	Менее - 2,5	11.8 \pm 4

Из данных таблицы видно, что у 78,5% больных, обследованных на DTX - 100, отмечено уменьшение минеральной плотности и минерального содержания костной массы. У 19,2% пациентов диагностирована остеопения I степени, у 29,3% - II степени, у 18,1% - III степени. Явления остеопороза обнаружены у 11,8% больных. Нормальное состояние костной ткани определено лишь у 21,6% пациентов.

Столь высокий удельный вес остеопений и остеопороза у обследованных детей с ГН мы объясняем следующими факторами:

1. Назначение глюкокортикоидной терапии, гепаринотерапии.
2. Длительный постельный режим.

3. Нерациональное питание, бедное солями кальция и связанное с ограничением белка.

4. Нарушение эндокринной функции почек (недостаточной продукции 1,25 дигидрооксивитамина D).

5. Сопутствующие заболевания печени, гастриты, панкреатиты и др.

В задачу исследования входила разработка мер профилактики и лечения остеопороза у больных с ГН. В настоящее время наряду с полноценной диетой и лечебной физкультурой используются самые разнообразные лекарственные препараты. Условно их можно разделить на 2 группы: *антирезорбенты костной ткани (кальцийсодержащие препараты, кальцитонины, эстрогены, бифосфонаты, витамин D и его активные метаболиты, тиазидные диуретики)* и стимуляторы остеогенеза (фториды, анаболические стероиды, андрогены, малые дозы синтетического паратгормона, соматотропный гормон). При лечении больных ГН мы назначали антирезорбенты костной ткани с учетом патогенетических механизмов развития остеопороза.

Активные метаболиты витамина D (оксидевит, альфа D₃ ТЕВА) применялись в качестве монотерапии в дозе от 0,25 до 1 мкг в сутки или в сочетании с другими антирезорбентами. При сравнении эффективности препаратов альфа - D₃ ТЕВА (Израиль) и российского - оксидевита существенного различия в лечебной эффективности не установлено.

Ксидифон использовался в виде 2% раствора в дозе 5-7 мг/кг/сут прерывистыми курсами по 1,5-2 месяца с одно-двухмесячными перерывами как изолированно, так и в сочетании с препаратами кальция до 1,5-2 г/сут или оксидевита. Выбор препаратов антирезорбентного действия и схемы лечения у больных определялись с учетом степени остеопений или остеопороза. С первой недели заболевания назначали дозированные физические упражнения, лечебную физкультуру. Больные получали полноценное питание, богатое кальцием. Включение в комплексную терапию ГН метаболитов витамина D, ксидифона, препаратов кальция, ЛФК позво-

лило достоверно снизить частоту развития остеопений и остеопороза у больных с 78,5 до 24,1% ($p < 0,05$).

На основании изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Современная патогенетическая терапия гломерулонефрита способствует развитию остеопении и остеопороза у детей.

2. Больным гломерулонефритом необходимо проведение остеометрических исследований в динамике (до начала лечения и в процессе его проведения) 1 раз в три месяца.

3. В острый период гломерулонефрита неоправданным является длительный постельный режим. Целесообразно с первой недели заболевания назначать ЛФК, дозированные физические упражнения.

4. Всем больным с ГН для профилактики остеопений необходимо назначать полноценную диету. Пища должна быть богата кальцием, фосфором, белками.

5. В комплексную терапию гломерулонефрита у детей целесообразно включать антирезорбенты костной ткани, в частности витамин D и его активные метаболиты, особенно при системном приеме глюкокортикоидов.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Г.А. Маковецкая, Т.В. Козлова, Л.И. Каткова, Л.И. Мазур

г. Самара

Публикации в специальной литературе свидетельствуют о повсеместном росте патологии органов мочевой системы (ОМС), наблюдается увеличение показателя детской инвалидности, одной из причин которой являются болезни почек [1, 2, 3, 4, 5].

Распространенность заболеваний ОМС в разных регионах колеблется в пределах от 9,5 до 52,5 на 1000 детского населения [2]. Наиболее частыми болезнями являются инфекции мочевыведе-