

ГОСПИТАЛ

БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 8–9
2002

НАУКА И ПРАКТИКА:

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ НЕФРОЛОГИЯ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ

Центр нефрологии
и диализа ГУ ГМЦ МЗ РФ

Клиника нефрологии,
внутренних
и профессиональных
болезней
им. Е. М. Тареева
ММА им. И. М. Сеченова

НИИ педиатрии
и детской хирургии МЗ РФ

СТР. 4–12

ЛЕКАРСТВА

САНДИММУН НЕОРАЛ
В ЛЕЧЕНИИ
СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОГО
НЕФРОТИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

СТР. 13

УЧИТЬСЯ, ДОКТОР

СТР. 14–15



Н. А. Томилина – доктор медицинских наук, главный нефролог Москвы, руководитель МГНЦ: «Настоящий нефролог четко представляет себе развитие и возможный исход почечной недостаточности. Направляя больного на диализ, он не должен заранее исключать вариант трансплантации почки. Более того, врач обязан максимально содействовать этому, ибо только трансплантация может обеспечить наиболее долгую и полноценную жизнь его пациенту».

170 ЛЕТ С. П. БОТКИНУ



Научно-практическая конференция, посвященная 170-летию со дня рождения С. П. Боткина состоялась 25 сентября – точно в день рождения великого русского врача. И проходила она в больнице, которая носит его имя.

В докладах, прозвучавших на конференции, говорилось не только о Боткине как о выдающемся клиницисте, исследователе, педагоге, организаторе здравоохранения, но и как о яркой незаурядной личности. Активность в реализации идей, демократичность, необыкновенная работоспособность сочетались у него с душевной щедростью, доброжелательностью и абсолютным бескорыстием.

Именно этим объясняется глубокое почтение, которое сохранили уже несколько поколений российских врачей к Сергею Петровичу Боткину.

В РЕАЛЬНОМ МИРЕ, В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ

...«Пациенту 61 год. Диагноз – рак предстательной железы. Сегодня ему будет проведена простатэктомия. За всеми фазами лапароскопической операции вы сможете наблюдать в режиме реального времени».

Так в Москве в ЦКБ МПС РФ после небольшого вступительного слова начал свою работу международный урологический симпозиум. Место его проведения было выбрано не случайно – на базе больницы работает и урологический центр, и кафедра урологии РМАПО.

За ходом операции по большим мониторам следили не только отечественные и зарубежные урологи, присутствовавшие на форуме, но и врачи дорожных больниц Ярославля, Воронежа, Нижнего Новгорода, Екатеринбурга, Новосибирска, Ростова-на-Дону, которым изображение и звук передавались по цифровым каналам связи. Это стало возможным благодаря реализации проекта «Телемедицина Министерства путей сообщения РФ».

...После определенных манипуляций опухоль успешно удалена.

В ходе форума был еще ряд показательных операций, проведенных врачами из Германии и их российскими коллегами. Отечественные и зарубежные урологи широко обсудили методы лечения иммунного бесплодия, хламидийной и микоплазменной инфекции, которые в настоящее время являются наиболее распространенной причиной воспалительных процессов мочеполовой системы мужчин и женщин.

ПРИЯТНАЯ ВСТРЕЧА

В московском театре «Новая Опера» прошел праздничный вечер «Осенние встречи», посвященный 10-летию успешной работы компании «Фармация НВ/С.А.» (Бельгия). На нем присутствовали более 500 гостей, руководители и представители практически всех наиболее известных центров акушерства и гинекологии Москвы и области.

Препараты компании в этой области медицины пользуются заслуженным доверием у практикующих врачей России. Самые известные из них – *Депо-Провера*, *Простин Е2 гель* и *F2 Альфа*, *Максокин*, *Наксоджин*, *Секнидазол*, *Тробицин*. Новинкой для российских женщин стала новая форма популярного препарата *Далацин*, благодаря которой не только упрощается, но и в два раза сокращается курс лечения бактериального вагиноза.

После выступления главы представительства фирмы Г-на М. Холштайна с ответным словом выступил Директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН академик В. И. Кулаков, который высоко отозвался как о препаратах компании «Фармация», так и о работающих в ней людях.

В завершение праздника гости посмотрели спектакль дивертисмент «Россини» в исполнении артистов «Новой оперы».



Восемь лет назад была разработана и утверждена концепция реорганизации Московской городской онкологической больницы № 62, которая была поддержана Правительством Москвы. Она предусматривала создание больницы законченного цикла, где лечение завершается реабилитацией больного. И вот долгожданное событие – построен хирургический корпус, отвечающий мировым стандартам. К шести специализированным отделениям, имеющимся в больнице (общео онкологическое, ЛОР, торакальное, абдоминальное, гинекологическое, урологическое), добавились отделения патологии опорно-двигательного аппарата и реконструктивно-пластической онкологии. В лечебной сети города отделения такого профиля открываются впервые.

Нет слов, правительство Москвы сделало огромный вклад в развитие здравоохранения столицы, ведь стоимость только одного оборудования для нового корпуса обошлось более чем в полмиллиарда рублей. Но и вклад коллектива больницы, возглавляемый профессором, доктором медицинских наук А. Н. Махсоном, тоже не мал: на его счету 200 тысяч пролеченных пациентов. По своему потенциалу это скорее научная клиника, чем рядовая городская больница. Здесь постоянно появляются новые методы лечения, новые препараты. Специалисты владеют самыми современными методиками лечения и могут проводить сложнейшие операции. Благодаря этому больные, еще десять лет назад считавшиеся неизлечимыми, живут многие годы. Здесь лечат всех, независимо от возраста, имущественного положения, тяжести болезни.

Поздравляем нашу любимую больницу с открытием нового корпуса, гордимся ее талантливым коллективом, радуемся за нас, москвичей, ведь если не дай Бог что – не оставят в беде.

УСЛЫШАТЬ ПЕНЬЕ ПТИЦ

Петр Романовский отложил флейту, и небольшой конференц-зал посольства Дании в России взорвался аплодисментами. Еще бы, ведь меньше всего пришедшие сюда на пресс-конференцию журналисты ожидали услышать музыку, да еще в таком исполнении.

Этим летом Петр в числе 18 таких же, как и он, слабослышащих детей ездил на родину великого сказочника Андерсена. В роли Олле Лукойе в данном случае выступили датская компания, производящая слуховые аппараты, «Видекс», и ее российский партнер – фирма «Аудиостар». Именно они обратились к президенту некоммерческой общественной организации «Центр по обучению и социокультурной реабилитации глухих и слабослышащих детей» Эмили Ивановой Леонгард с предложением подобрать группу детей для поездки в Данию для протезирования новейшими цифровыми аппаратами за счет фирмы.

И вот – возвращение. Дети признаются: хотя они и раньше пользовались слуховыми аппаратами, новые, позволили им услышать совершенно неожиданные звуки, такие как, скажем, жужжание пчелы или пение птиц.

Что ж, хочется поблагодарить датчан, а Петру Романовскому, который сейчас посещает репетиции Детского симфонического оркестра им. И. О. Дунаевского в Санкт-Петербурге, пожелать, чтобы он услышал и сыграл свой «Полет шмеля над морем».



СИМПОЗИУМ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

В ГУ НИИ глазных болезней РАМН состоялся научный симпозиум «Современные вопросы коррекции аметропии». В нем приняли участие ведущие ученые-офтальмологи России и стран СНГ. Темы докладов всесторонне освещали как традиционные, так и хирургические методы коррекции аметропии.

С докладами «Современные возможности очковой коррекции зрения» и «Коррекция слабости зрения оптическими средствами» выступили сотрудники Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца проф. Ю. З. Розенблюм и Т. С. Егорова. Директор ГУ НИИ глазных болезней РАМН проф. С. Э. Аветисов в докладе «Контактные линзы в офтальмопедиатрии» остановился на особенностях контактной коррекции у детей, страдающих нарушением рефракции, в том числе и после удаления врожденной катаракты. В докладе проф. Е. П. Тарутты поднимались вопросы профилактики прогрессирования миопии в детском возрасте.

В программном докладе проф. С. Э. Аветисова «Классификация рефракционных операций и принципы оценки их результатов» был дан анализ всех известных в настоящее время методов исследования и хирургического лечения органов зрения, включая кераторефракционные и интраокулярные операции.

Актуальными на сегодняшний день являются проблемы оптических аберраций глаза, в том числе после кераторефракционных операций. С интересом был прослушан доклад «Клиническое значение оптических аберраций» проф. А. В. Семчишина из Института проблем лазерных и информационных технологий РАН, подготовленный совместно с офтальмологической клиникой г. Цюриха (Швейцария).

Проф. В. В. Куренков в соавторстве с проф. Г. С. Полуниным подробно изложил сравнительную эффективность различных видов фоторефракционных операций ФРК и ЛАСИК и определил дальнейшие пути совершенствования эксимер-лазерной хирургии в офтальмологии.

В докладе группы авторов из МНТК «Микрохирургия глаза» им. С. Федорова подчеркивалась важность достижений современных эксимер-лазерных операций в коррекции индуцированных аметропий после различного рода хирургических вмешательств на глазном яблоке. Проф. А. А. Каспаров совместно с Е. А. Каспаровой сделали сообщение о эксимер-лазерном и хирургическом лечении кератоконуса, изложив при этом собственные методы лечения.

27–29 января 2003 г. в Санкт-Петербурге состоится Всероссийская научно-практическая конференция «Нефрология и диализ», посвященная 30-летию диализа в Северо-Западном регионе России.

Основные темы конференции – сердечно-сосудистая патология, метаболические нарушения, анемия, инфекционные осложнения у больных на диализе, трансплантация почки, эпидемиология почечной недостаточности, прогрессирование почечной патологии в додиализном периоде, терапия почечных заболеваний, экономические аспекты заместительной почечной терапии, острая почечная недостаточность.

Адрес организационного комитета: 197089 С.-Петербург, ул. Л. Толстого 17, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, НИИ Нефрологии, Березневой Ольге Николаевне

Телефоны: (812) 234-01-65, 234-40-00
Факс: (812) 234-65-30

Электронная почта –
nd2003@spmu.rssi.ru
<http://www.spmu.runnet.ru/spmu/nd2003>



«ОБСЛЕДУЙ СЕБЯ И ОСТАВАЙСЯ ЗДОРОВОЙ!»

Сегодня рак груди является широко распространенной причиной смерти женщин во всем мире. Немецкая фармацевтическая компания «Бионорика АГ» разработала благотворительную программу «Обследуй себя и оставайся здоровой!», цель которой – привлечь внимание женщин и призвать их взять ответственность за свое здоровье.

Одним из компонентов программы является образовательная брошюра с детализированными иллюстрациями, позволяющими каждой женщине провести самообследование с целью обнаружения возможных изменений в груди. В брошюре указан телефон горячей линии (095) 748-11-33, которая начнет свою работу с октября 2002 года. По этому телефону можно узнать адреса маммологических центров и клиник, куда следует обратиться в случае обнаружения новообразований. Брошюра будет распространяться через женские консультационные центры и другие медицинские учреждения Москвы и крупных городов во всех регионах России. Кроме того, в специализированных медицинских учреждениях будет организован цикл лекций, на которых все желающие смогут получить от квалифицированных специалистов подробную информацию о том, как надо проводить самообследование.

Эта благотворительная акция проводится при участии российских и немецких специалистов. В их числе Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (руководитель – академик, вице-президент РАМН, профессор В. И. Кулаков), Российский научный центр рентгенодиагностики МЗ РФ (руководитель – академик РАМН, профессор В. П. Харченко).

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ НЕФРОЛОГИЯ: УСПЕХИ И ПРОБЛЕМЫ

Диализ является основным методом заместительного лечения почечной недостаточности. Он не только спасает и продлевает жизнь больных, но и повышает ее качество. Широкое внедрение диализа в практическое здравоохранение Российской Федерации является одной из важных задач оказания специализированной медицинской помощи. Это особенно актуально сегодня, так как по данным ряда эпидемиологических исследований, распространенность хронической почечной недостаточности в течение последних лет заметно возрастает.

О проблемах нефрологии мы беседуем с Николаем Николаевичем Хасабовым, кандидатом медицинских наук, Главным нефрологом Минздрава России, директором Центра нефрологии и диализа Государственного медицинского центра МЗ РФ.

– Сейчас в России действуют около 240 диализных центров, около 1900 аппаратов искусственная почка. В них лечатся почти 9 тысяч пациентов. Это достижение, ведь еще совсем недавно, лет пять назад – я веду статистику с 1997 года – больных, получающих гемодиализ, было значительно меньше – не более 6 тысяч. Заметно возросло и качество диализной помощи. В практику здравоохранения внедряется очень перспективный метод – перитонеальный диализ. И, тем не менее, говорить о скором решении проблемы заместительной терапии в лечении почечной недостаточности, к сожалению, не приходится. Количество отделений диализа существенно, не менее чем в 3,5 раза, отстает от потребности. В пересчете на 1 млн. населения их число составляет 1,6, в то время как в развитых странах Европы этот показатель, как правило, превышает 6.

Минздрав финансирует лишь федеральные учреждения, и за последние два года финансирование существенно улучшилось. В решении проблемы развития заместительной терапии функции почек в регионах очень велика роль местных органов власти, они должны понимать социальную значимость этой проблемы. В прошлом году я был на открытии нового отделения гемодиализа в Краснодаре. Оно строилось 10 лет! Кто посчитает – сколько людей, молодых людей, погибло, дожидаясь его открытия?

Сейчас мы подготовили материал по нефрологической заболеваемости в ежегодный Государственный доклад о здоровье населения России. Впервые, за 11 лет, с

тех пор как выпускается такой ежегодный отчет, в нем будут рассмотрены проблемы нефрологии! Совсем недавно, 13 августа, в Минздраве подписан Приказ «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации», подготовленный при участии Российского диализного общества. Это очень важный Приказ, который будет регламентировать работу нашей службы, надеюсь, что это позволит ей развиваться более интенсивно.

– **Далеко не все наши больные могут рассчитывать на адекватную заместительную почечную терапию. Кто принимает решение о направлении на гемодиализ?**

– У нас создаются специальные комиссии для отбора на дорогостоящие методы лечения в соответствии с приказом МЗ РФ, но они состоят, как правило, только из врачей. В систему обязательного медицинско-



го страхования методы лечения хронической почечной недостаточности не входят, добровольного – пожалуйста. Но это ведь дорогой метод: стоимость продолжения жизни больного на гемодиализе в течение года стоит 18–20 тысяч долларов! Перитонеальный диализ обходится дешевле. Но здесь стоят другие, социальные проблемы, например, наличие хороших жилищных условий, где больному могут выделить отдельное помещение, комнату, имеет значение и обучаемость пациента – способность его усвоить элементарные медицинские манипуляции. В наш центр попадают больные со всей России по направлению МЗ РФ с целью подготовки к трансплантации почки.

– Есть ли изменения в этиологии нефротических заболеваний?

– Да, конечно. Если раньше казалось, что нефрология это удел молодых людей – до 50 лет, то сейчас растет и детская и старческая патология, которая имеет свои особенности, требующие научного изучения и соответствующей терапии. Так, например, появилось такое направление в детской нефрологии как экологическая нефрология, изучающая влияние неблагоприятных факторов внешней среды на врожденную почечную патологию. У взрослых остро стоит проблема сахарного диабета – огромный пласт, потому что диабетическая нефропатия у данных больных одна из причин развития хронической почечной недостаточности. Сахарный диабет во всем мире растет, в развитых странах, где диализная помощь оказывается практически всем пациентам, доля больных сахарным диабетом в диализных центрах составляет 30% и выше. У нас, к сожалению, эти больные часто не получают адекватной заместительной терапии.

Очень много стало случаев, связанных с бесконтрольным применением лекарств. Таблетки от головной боли – анальгин. Достаточно принять 300 граммов анальгина, чтобы получить структурные изменения в почках. Сегодня много говорится и пишется о нефротоксичном действии лекарств, однако не только пациенты, но даже и вра-

чи об этом мало задумываются. Сколько мы сейчас видим интерстициальных нефритов от антибиотиков! Совсем недавно у нас был пациент, которого долго лечили гентамицином. Пришлось провести несколько сеансов гемодиализа, чтобы вывести его из тяжелейшего состояния острой почечной недостаточности. А потом была терапия преднизолоном.

– Что можно посоветовать врачам-терапевтам, которые первыми сталкиваются с этими больными?

– Надо постоянно учиться, осваивать азы нефрологии: правильно оценивать анализ мочи, грамотно назначать лекарственные средства. Часто женщины-пациентки жалуются на отеки под глазами, и чем это обычно заканчивается? Они либо сами, либо с помощью врача назначают себе мочегонные препараты, которые являются ядом для почечных канальцев. Мы наблюдали больную, которая 11 лет бесконтрольно принимала мочегонные препараты во все более и более увеличивающейся концентрации. Это привело к развитию медикаментозного синдрома Бартера – дисфункции канальцев. Врач должен объяснить пациенту с такими отеками, что здесь не нужны мочегонные средства, максимум, что можно порекомендовать – отвар петрушки. Но и отмахиваться от этих жалоб не следует – надо поискать причину отеков. Это может быть и эндокринная патология, и аллергия, и офтальмологические факторы – все что угодно, поэтому врачу надо думать и анализировать. Лабораторные анализы тоже требуют критического осмысления. Например, если врач видит массивные отеки на ногах, подвижные отеки, а анализ показывает низкий уровень протеинурии, то стоит перепроверить эти данные, обратить внимание на качество лабораторных анализов.

Встает и другая проблема: до сих пор у нас в стране не развито морфологическое исследование биоптата почки. Хотя половина регионов докладывает о

том, что они делают биопсию почки, на самом деле это единичные биопсии. Между тем сегодня без этого исследования обойтись невозможно. Например, все больные с впервые возникшим нефротическим синдромом должны подвергнуться морфологическим исследованиям, чтобы четко определить его нозологическую принадлежность, решить вопрос о наиболее целесообразной терапии. Вот этого не делается, а отсюда и ошибки. Сделать биопсию не сложно, любого терапевта можно обучить, не нужен и сверхсовременный ультразвуковой аппарат для визуализации почки – место почки можно определить и старыми методами – было бы только желание. Поэтому еще раз повторяю – врач должен учиться, много читать, следить за периодическими изданиями, например, есть хороший журнал «Нефрология и диализ», есть сайт в Интернете – www.rosnephrologia.ru

– Несколько слов о нефрологическом центре на базе РКБ № 2.

– Сегодня наша больница входит в состав Государственного медицинского центра Минздрава России, и на ее базе создан Центр нефрологии и диализа – 40 коек, к сожалению, очень мало. Задача центра – оказание помощи больным из регионов России, прежде всего это подготовка к трансплантации. Пациенты к нам попадают по направлению Минздрава. Как места в нашем Центре образуются? Либо больного взяли на трансплантацию почки, либо кто-то умер. В прошлом году у нас было ни одной смерти больного.



ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра нефрологии и гемодиализа Факультета послевузовского профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова была создана в 1990 г. по инициативе выдающегося отечественного нефролога, чл.-корр. РАМН проф. И. Е. Тареевой. Учебной базой кафедры является клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева, возглавляемая чл.-корр. РАМН, профессором Н. А. Мухиным. Высокий клинический и научный потенциал клиники и кафедры позволяет в полном объеме осуществлять подготовку врачей-нефрологов, компетентных во всех отраслях специальности, в том числе консервативной нефрологии и почечной заместительной терапии. С доцентом Татьяной Николаевной Красновой, ведущим специалистом этой клиники, беседует наш корреспондент.

– Татьяна Николаевна, с какими заболеваниями, на ваш взгляд, сегодня особенно часто приходится сталкиваться врачам-нефрологам и почему?

– Проблема гломерулонефритов, как идиопатических, так и в рамках таких грозных заболеваний как системная красная волчанка и системные васкулиты, остается в центре внимания нефрологов, поскольку эти болезни поражают в основном лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводят к хронической почечной недостаточности. Вместе с тем, сегодня в регистре хронической почечной недостаточности возросла доля сосудистых заболеваний – артериальная гипертония, атеросклероз, осложняющийся ишемической болезнью почек. Эта проблема возникла, прежде всего, в связи с «постарением» населения в целом. Поэтому внимание нефрологов стали привлекать те же проблемы, которые до недавнего времени были в центре внимания только кардиологов – изучение факторов риска развития и прогрессирования сосудистых заболеваний. Хотелось бы подчеркнуть важный вклад «почечных проблем», возникающих при обменных нарушениях в развитие артериальной гипертонии – это интерстициальные по-

ражения почек в рамках нарушения обмена мочевой кислоты (подагра), развитие состояния гиперфильтрации почек при нарушении жирового обмена. Наиболее тяжелое поражение почек развивается у больных с сахарным диабетом – диабетическая нефропатия, приводящая в конце концов к почечной недостаточности.

Изучение нефропатий в рамках обменных нарушений на сегодняшний день весьма актуально, поскольку это наиболее перспективная группа пациентов, потому что к ним применимы методы профилактики – диетический режим, изменение образа жизни и т. д.

Возвращаясь к проблеме гломерулонефритов, прежде чем говорить о хронических формах заболевания, следует упомянуть об острых гломерулонефритах. Сейчас мы переживаем эпоху «возвращения» таких бактериальных инфекций как туберкулез, стрептококк, малярия и др. Острый гломерулонефрит – острая отсроченная иммунокомплексная реакция на бактериальную инфекцию, требующая своевременной адекватной терапии. В противном случае заболевание может перейти в хроническую форму. Следующей колоссальной проблемой, касающейся этиологии заболевания, является инфицирова-

ние вирусами гепатита В и С. Она стала актуальной именно в последнее время в связи с распространением различного рода наркоманий и токсикоманий.

– Какие ошибки в диагностике нефрологических заболеваний встречаются сегодня наиболее часто?

– Я бы не говорила об ошибках. Однако, хотелось бы привлечь внимание врачей поликлинического звена на перечисленные этиологические факторы при обследованиях и наблюдениях за больными. Если у больного развивается тяжелое заболевание – нефротический синдром или нефрит уже достигает стадии терминальной почечной недостаточности, то его лечение – задача стационара. А врач поликлиники должен хорошо, в первую очередь для себя, выделять группу больных с повышенным риском развития нефрологических заболеваний. Это пациенты с хроническими рецидивирующими инфекциями ЛОР-органов, семьи, где есть проблемы нарушения углеводного, жи-



рового обмена. Особого внимания заслуживают больные, у которых не в одном поколении прослеживается артериальная гипертония. Группой риска также являются женщины, перенесшие токсикоз второй половины беременности, с хроническим невынашиванием беременности.

Понятно, что практика семейного врача сыграла бы здесь важную роль, но, учитывая наши сегодняшние возможности, об этих вещах следует помнить в первую очередь специалистам поликлиник.

В последнее время ослаблено внимание к больным, которые переносят острые респираторные и вирусные инфекции, а также атаки хронического тонзиллита. К сожалению, пациенты зачастую поступают в стационар уже на той стадии, когда инфекции приводят к каким-то почечным осложнениям, с которыми, вследствие их хронизации, очень тяжело бороться.

– Какие профессии, социальные группы наиболее подвержены заболеваниям почек?

– Что касается непосредственно гломерулонефрита – сложно сказать, но особая настороженность должна быть у тех, кто связан с химическим производством, кто работает с растворителями, тяжелыми металлами. Большая проблема – так называемая свинцовая подагра, в рамках которой развивается поражение почек и артериальная гипертония. Однако это уже не столько профессиональные, сколько экологические проблемы регионов. Традиционно существуют эндемические зоны, где из-за плохой питьевой воды, из-за высокой степени ее минерализации высок риск развития мочекаменной болезни.

– Какими современными лекарственными средствами пользуется сегодня врач-нефролог? Насколько отработаны методики лечения той или иной группы заболеваний?

– Тот арсенал препаратов, который мы применяем при лечении тяжелых форм нефрологических заболеваний (нефриты, системные болезни) в основном влияет на иммунную систему. К ним относятся и давно из-

вестные препараты (глюкокортикостероиды и цитостатики) и синтезированные в последнее десятилетие так называемые селективные иммуносупрессоры. Это с одной стороны. Другая часть лекарственных средств очень важна для контроля внутривисочечной гемодинамики. Внедрение и понимание механизма действия ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина 2, которые являются протекторами почечной функции, стало мощным подспорьем нефрологам.

Современная заместительная терапия, включающая методы аппаратной очистки (гемодиализ, перитонеальный диализ), а также трансплантацию почки, за последнее время, благодаря непрерывному совершенствованию этих методик, позволяют продлить жизнь больному, в части случаев даже без потери социальной адаптации. Качество жизни больных на заместительной терапии улучшилось также благодаря внедрению в практику препаратов эритропоэтина, уменьшающих проявления анемии, препаратов, влияющих на структуру костей, и т. д.

– Что нового появилось в лечении такого непростого заболевания как нефротический синдром?

– У этой болезни два основных критерия. Высокая протеинурия – (содержание белка в моче – более трех грамм в сутки) и низкий уровень альбумина. Это достаточно обширная и тяжелая группа пациентов. В основном этот синдром развивается при гломерулонефритах. Однако в части случаев это может быть и проявлением амилоидоза, требующего особых терапевтических подходов. До появления в арсенале врачей глюкокортикостероидов судьба больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом вообще была очень печальна и определялась количеством тех осложнений, которые сопутствовали развитию синдрома. Ранее чаще всего больные с нефротическим синдромом умирали от инфекционных осложнений, развивающихся вследствие снижения естественного иммунитета и толерантности к бактериальным инфекциям.

С эрой антибиотиков эти проблемы несколько изменились, но, тем не менее, актуальности своей полностью не утратили. При выраженном нефротическом синдроме существует опасность развития гипонатриемического нефротического криза, при котором больной может погибнуть. Длительно существующий нефротический синдром ведет за собой ускоренное развитие атеросклероза, особенно это касается контингента больных, которым за 35. Еще одно из осложнений – остеопении, также снижающие качество жизни больного. Очень осложняют течение болезни тромбозы. Сегодня стандартных препаратов для лечения НС у взрослого населения нет, несмотря на большой спектр патогенетических средств.

Основой лечения нефротического синдрома при гломерулонефрите остаются глюкокортикостероиды. Однако их эффективность у взрослых немногим превышает 50%. В случаях отсутствия эффекта на лечение используют цитостатики (циклофосфан, хлорбутин, азатиоприн), препараты селективного действия.

Наиболее эффективным является сегодня Циклоспорин А, который применяется для лечения стероидорезистентных форм нефротического синдрома и при рецидивах нефротического синдрома, у больных у которых уже существуют осложнения после кортикостероидной терапии.

– Недавно за рубежом появился термин «лекарственная болезнь». Обошла ли эта напасть наших соотечественников?

– Увы, не обошла. Лекарственные поражения почек, иногда с необратимыми последствиями, и раньше вызывали тревогу у нефрологов, а в настоящее время превратилась в огромную проблему. Люди, не зная особенностей своего организма, не консультируясь с доктором, начинают применять широко разрекламированные препараты, что заканчивается в ряде случаев весьма печально. Поражение почек вследствие бесконтрольного применения лекарств и пищевых добавок – актуальная проблема нашего времени, которая привела к росту токсических нефропатий.



СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕТСКИЙ НЕФРОЛОГ» ПОКА НЕТ, НО ОНА ДОЛЖНА БЫТЬ!

Гломерулонефрит – группа заболеваний, различающихся по этиологии, патогенезу, клинко-морфологической картине и исходу. Одно из клинических проявлений гломерулонефрита – нефротический синдром, включающий отеки, протеинурию, нарушения белкового и липидного обмена. Нефротический синдром часто является причиной инвалидности у детей и подростков, с исходом в хроническую почечную недостаточность. В связи с этим его своевременная диагностика и лечение приобретает в настоящее время особо важное значение. На вопросы нашего корреспондента о проблемах диагностики и лечения НС в педиатрии ответила Ольга Васильевна Чумакова, доктор медицинских наук, Главный детский нефролог Минздрава России.

– Лечение нефротического синдрома очень дорогостоящая вещь, особенно если речь идет о его резистентных и стероидозависимых формах. В последние годы появились новые препараты и схемы терапии, позволяющие улучшить качество жизни этих больных. К сожалению, большая часть населения, в том числе детей, подростков, страдающих от этого недуга, зачастую не обеспечены новыми лекарственными средствами, потому что социальные условия жизни не позволяют покупать препараты, стоящие несколько сот долларов, а терапия здесь достаточно длительная. Например, в ряде случаев Циклоспорин А дети должны получать годами. Препарат дорогой, но эффективный. Поэтому необходимо решить вопрос о льготном обеспечении лекарствами социально незащищенных пациентов и, в первую очередь, детей. В октябре предстоит конгресс педиатров, на котором будут обсуждаться социально-экономические и медицинские проблемы терапии нефротического синдрома. Хочется отметить, что в настоящее время Министерство Здравоохранения РФ уже оказывает определенную помощь в обеспечении детей с нефротическим синдромом дорогостоящими методами лечения, однако в наибольшей степени это касается крупных клиник Москвы, тогда как проблема обеспечения больных адекватной терапией в регионах остается открытой.

– К чему могут привести несвоевременная диагностика и лечение нефротического синдрома?

– Если ребенок не получает адекватной терапии, то это может привести к развитию ХПН и даже летальному исходу, так как есть такие формы нефротического синдрома, которые протекают с острой почечной недостаточностью в дебюте заболевания. Поэтому вопросы ранней, правильной диагностики и своевременного стационарного лечения

с применением высокоэффективных препаратов очень важны.

Причины развития нефротического синдрома разнообразны, они достаточно хорошо изучены, нет необходимости их перечислять. В последние годы информация о нефротическом синдроме, о принципах его диагностики и лечения у детей стала более доступна, особенно после того, как была создана общественная организация «Творческое объединение детских нефрологов России», которое возглавляет один ведущих детских нефрологов страны профессор М. С. Игнатов. Кроме того, стал издаваться наш журнал «Нефрология и диализ», который членам ассоциации рассылается бесплатно – а это более пятисот человек по всей России. Ежегодно проводятся конгрессы по детской нефрологии. Сейчас, на наш взгляд, требуется усилить обучение врачей на местах и на новом уровне проводить подготовку детских нефрологов.

В настоящее время решается вопрос о введении субспециальности «педиатр-нефролог». Введение субспециальности позволит проводить обучение на более высоком уровне, и, думаю, значительно улучшит диагностику и лечение детей.

Хотелось бы обратить внимание врачей на один нюанс. В последнее время по нашим данным (клиники Научного центра здоровья детей РАМН) увеличивается количество больных с нефротическим синдромом, который проявляется морфологически фокально-сегментарным гломерулосклерозом, и протекает в виде стероидрезистентного нефротического синдрома с неполной клинической картиной. При этом у детей нет такого явного признака, как отечный синдром. И в этом случае очень важен систематический контроль анализов мочи, которые должны проводиться у детского населения методом скрининга. К сожалению, не во всех регио-



нах у нас это делается, даже в настоящий момент, когда идет всероссийская диспансеризация. И это очень большая проблема.

– Как же выходить из сложившейся ситуации?

– Приведу пример. В Воронеже и области Администрацией принято решение – о раннем скрининге анализов мочи и измерении артериального давления всем детям, начиная с первых месяцев жизни. Это очень большая практическая помощь для нефрологов и педиатров в целом, так как на основании проведенного анализа будет выявлена полная картина нефрологической патологии в Воронежской области, что позволит своевременно проводить диагностическую лечебную и профилактическую помощь детям данного региона. Выделяя внебюджетные средства органам здравоохранения, администрации регионов очень помогут в решении этой важной задачи.

– Ольга Васильевна, расскажите чуть подробнее о деятельности Межрегиональной общественной организации «Творческое объединение детских нефрологов».

– Целью объединения является содействие развитию здравоохранения и науки в области детской нефрологии, урологии и смежных областях медицины.

По инициативе Объединения было издано 2-х томное руководство для педиатров «Ребенок и лекарство», подготовлен протокол диагностики и лечения инфекции мочевой системы у детей, опубликованы материалы съезда и конгрессов, включающие важнейшие лекции по детской нефрологии.

Члены Объединения имеют скидки при оплате участия в семинарах, конференциях и школах.

Более подробную информацию о деятельности МОО «Творческое объединение детских нефрологов» можно получить по тел.: (095) 483 2183; e-mail: nephrolog@pedklin.ru

НАША ЗАДАЧА – ВЫЯВИТЬ БОЛЕЗНЬ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

В последние годы во всем мире растет число детей с врожденными и наследственными заболеваниями почек. В немалой степени это связано со здоровьем родителей, с неблагоприятной экологией – плохим состоянием воды, воздуха, продуктов питания. В нефрологии появился даже новый раздел – эконефропатии, объединяющий заболевания данной этиологии.

Ученые отдела наследственных и приобретенных болезней почек НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ под руководством доктора медицинских наук профессора М. С. Игнатовой давно и успешно работают над этой проблемой. Майя Сергеевна является Президентом творческого объединения детских нефрологов, членом Международной и Европейской ассоциации педиатров нефрологов. Мы попросила ее рассказать нашим читателям об особенностях течения, диагностики и терапии данной патологии.

– Маленькие жители городов, насыщенных транспортом и промышленными предприятиями становятся первыми жертвами экологического неблагополучия. В 80-е годы мы проводили эпидемиологические обследования в 13 регионах России. Частоту почечных заболеваний смотрели не по обращаемости, а при сплошном обследовании. Тогда было 29 случаев на 1000 детского населения. А сегодня в экологически загрязненных регионах цифры уже другие – 187 на 1000. В чистых районах, там, где нет опасных производств – 60 на 1000. Разница более чем в три раза! Хуже всего то, что в «грязных» регионах прибавка больных происходит постоянно. Допустим, в городе налаживается производство полупроводников. Если не построены надежные очистные сооружения – значит, выбросы солей тяжелых металлов неизбежны, они будут буквально сыпаться людям на головы. Подобные ситуации мы видели собственными глазами.

Все вредные вещества, имеющие способность накапливаться в организме, имеют свои характеристики: тяжелые металлы, в основном, обнаруживают себя наличием эритроцитов в моче. Пестициды – это уже

не канальцевые, а клубочковые поражения, которые в основном проявляются протеинурией. Под воздействием асбеста, из-за тубулоинтерстициального поражения ткани, в моче появляются лейкоциты. Асбест сильно действует на иммунную систему, поэтому очень часто в его присутствии возникают воспалительные заболевания – инфекции мочевой системы, пиелонефриты, не говоря уже об аллергических заболеваниях.

Транспорт, выхлопные газы – мощный источник загрязнения окружающей среды. В Америке свинцовые добавки запрещены, там используют только высокооктаный бензин, лишенный этих добавок. А у нас при сжигании бензина в воздух попадают десятки вредных веществ. На почки в первую очередь действуют кадмий, свинец, ртуть и хром. Когда мы проверяли детей в одном



из промышленных городов Подмосковья, то обнаружили у них в моче в пять-шесть раз больше кадмия и хрома, чем в среднем у ребенка, который живет в чистом районе.

– И все-таки, как происходит запуск патологического процесса?

– Основной действующий элемент почки – нефрон – состоит из клубочка и сети канальцев. Если постоянно, пусть даже в малых дозах, в организм ребенка поступают тяжелые металлы, то они начинают скапливаться именно в клетках канальцев. Когда их накапливается очень много, а это случается если ребенок живет в неблагоприятной среде не только с момента рождения, но и находясь еще в организме матери, то канальцы от постоянной нагрузки теряют способность их выводить, не справляются с этой работой. Накапливаясь, тяжелые металлы



разрушают эпителиальные клетки канальцев, снижая тем самым функцию почек.

Канальцы окружены интерстициальной соединительной тканью, моментально реагирующей на гибель канальцев. Как только это происходит – возникает воспаление, которое постепенно распространяется на всю почечную паренхиму. Тубулоинтерстициальный нефрит на первых порах не имеет яркой манифестации. Чем он чаще всего проявляется? Небольшими изменениями в моче – в ней появляются эритроциты. Может появиться небольшое количество белка, могут быть лейкоциты тоже в небольшом количестве. Ребенок внешне почти не меняется, хотя, конечно, это зависит от степени интоксикации. Дело в том, что если все это началось в перинатальном периоде, то довольно часто возникают пороки развития – это может быть порок сердца, порок почек, костной системы.

Постепенно заболевание прогрессирует, почти незаметно снижаются функции сначала тубулоинтерстиция, потом клубочков, то есть, в любой момент в зависимости от степени интоксикации может развиваться и острая почечная недостаточность.

– Ваш отдел занимается не только приобретенными, но и наследственными и врожденными заболеваниями почек. Какое из них попало в сферу ваших научных интересов в последнее время?

– Есть такое весьма распространенное заболевание – нефротический синдром (НС). Он может быть врожденный, наследственный и приобретенный. Врожденный, это если ребенок уже рождается с отеками, с огромным количеством белка в моче. Так случается, когда мать в период беременности пе-

ренесла инфекционное заболевание: цитомегаловирус, токсоплазмоз, люис, СПИД.

Типичный наследственный нефротический синдром – так называемый финский тип врожденного нефротического синдрома – заболевание, имеющее многовековую историю. В XVI веке у одного из жителей Юго-Западного региона Финляндии произошло изменение (мутация) в одном из генов – и этот человек оказался родоначальником вот этого типа врожденного нефротического синдрома. Как это узнали? По церковным книгам – финские ученые этим в свое время очень скрупулезно занимались. Представьте ужас жителей, когда они стали замечать, что у абсолютно здоровых родителей рождаются странные дети – бледные, отечные, сразу видно не жизнеспособные? Вскоре они действительно погибали. Теперь мы знаем – либо от почечной недостаточности, либо от присоединения инфекции. Сейчас, конечно, все это выглядит уже не так трагично. Люди знают, что это не родовое проклятие, а ошибка генов. Профилактика идет на самых ранних этапах: обнаружив заболевание плода на ранних сроках беременности, ее прерывают. А если ребенок уже родился, то его лечение очень своеобразное – дети в возрасте около года, в основном, получают почечную трансплантацию. Для этого типа заболевания иного спасения нет! Я видела таких детей в возрасте 10 лет – они вполне нормально живут.

К счастью, для нашей страны это весьма редкое заболевание, но есть другие наследственные болезни, которые протекают не так тяжело, но исход типичный – почечная недостаточность. В частности, нам в прошлом году пришлось видеть нескольких детей с мутацией в гене, ответственном за опухоль Вильямса. Этот ген занимается не только регуляцией опухолеобразования, но и отвечает за развитие почки и органов мочеполовой системы. В случаях его сбоя НС проявляется и аномалиями в развитии этой системы, то есть в комплексе. Внешне это

ничем не проявляется, но когда мы провели исследование, то у девочки оказался необычный набор хромосом: вместо XX – XV. Что в таких случаях делают? Удаляют семенники и начинают проводить гормонозаместительную терапию. Это редкое заболевание.

Первичный НС может быть связан с гломерулонефритом, то есть процессом, который идет как воспалительный процесс. Самая большая группа заболеваний – это воспаление, затрагивающее базальные мембраны почек. Когда эти мембраны поражаются, то они начинают пропускать через себя белок. Долгое время это не считали иммунным воспалением, но теперь доказано, что это, весьма своеобразное, иммунное воспаление. Оно возникает, как правило, у детей второго-третьего года жизни. Иногда оно развивается остро, а иногда медленно, исподволь. Родители обращают внимание на то, что ребенок, с одной стороны – стал хуже есть, а с другой – почему-то начал поправляться. Они не могут сразу понять – в чем дело. Очень часто эта патология обнаруживается у детей страдающих аллергией. Отеки появляются сначала на лице, потом на ногах, а уж когда жидкость появляется в брюшной полости – то тут у врача вопросов уже не возникает. Но вначале, когда отеки появляются только на лице, родители первым делом спешат к аллергологу, который, не долго думая, начинает назначать антигистаминные препараты.

– Получается, что очень часто на начальном этапе заболевания адекватного лечения ребенок не получает?

– Да, к сожалению. Ведь первое, что должен был сделать врач – провести исследование мочи на наличие белка. Но тут есть один нюанс. На уровне поликлинического обследования смотрят, как правило, утреннюю мочу. У нас режим работы лаборатории железный – сдать анализ с утра. А у некоторых детей с нефротическим синдромом белок выделяется не утром, а днем и вечером. Ну что тут будешь делать? Только



попав в стационар, есть шанс получить нормальный анализ. Отсюда причина поздней диагностики, запущенные случаи.

Как правило, у детей первых лет жизни бывает так называемый гормоночувствительный НС. То есть, если мы назначаем в адекватной дозе глюкокортикостероиды, то очень быстро исчезают отеки, нормализуется белок в крови и моче. Но если лечение не поддерживать, то могут быть рецидивы. Их частота варьируется – частые, редкие. Очень важно грамотно подобрать дозу. Ведь если НС лечится неправильно, не в адекватных дозах, то развивается так называемая гормонозависимость: пока гормоны дают – все идет нормально, ребенок выглядит хорошо, анализы в порядке, но стоит их отменить – все возвращается к тому, что было.

Другой неблагоприятный вариант – гормонорезистентная форма заболевания. С самого начала больной не дает никакой реакции на преднизолон. Эта особенность организма часто связана с наследственностью. Возникает вопрос – что делать, чем лечить? В данном случае полагается сделать биопсию почки, чтобы выяснить тип морфологического поражения. Могут быть, как я уже говорила, мембранные поражения, а могут быть и более глубокие – когда идет пролиферация клеток, склеротические изменения и так далее. И тогда нужно применять другие средства. До сравнительно недавнего времени у нас применялись препараты иммуносупрессивного общего действия – хлорбутин, циклофосфан, имуран. Сравнительно недавно появилась новая группа препаратов – селективные иммуносупрессанты, в частности, циклоспорин А. В отличие от своих предшественников, препаратов, действую-

щих на всю популяцию иммунных клеток, он действует избирательно, более целенаправленно – на один из клонов Т-лимфоцитов, который является наиболее значимыми в патогенезе данного заболевания. В тех случаях, когда другие средства оказываются неэффективными или дают очень много побочных эффектов, этот препарат оказывается наиболее значимым. Конечно, он тоже не лишен побочных эффектов, поэтому его применять надо под строгим наблюдением.

Мы сейчас проводим многоцентровое исследование циклоспорина А (Сандиммун Неорал) в клиниках Москвы, Екатеринбурга, Новосибирска, Самары и Алма-Аты. По единым протоколам проходят лечение около 100 специально отобранных больных. Я не могу сказать, что это 100% гарантия излечения. Ведь мы начинали применять этот препарат в тех случаях, когда уже были безрезультатно перепробованы все другие средства. У себя в клинике мы подбираем пациентов по определенному морфологическому типу, то есть, не проводим через все иммуносупрессанты, а даем сразу Сандиммун. Но тут другая проблема – появились сандиммунозависимые больные: даем препарат – получаем хороший результат, но как только начинаем снижать дозу – все признаки болезни опять появляются.

– Майя Сергеевна, какие наиболее типичные ошибки допускают врачи поликлинического звена при диагностике и лечении нефротического синдрома?

– Первая ошибка: принимают отеки на лице за аллергические и очень надолго затягивают антигистаминную терапию. Второе: забывают, что развитие нефротического синдрома возможно после вакцинации – после прививок. Если это аллергически настроенный ребенок – он может дать развитие нефротического синдрома на любую вакцинацию. Поэтому у такого пациента, если вакцинации избежать нельзя, надо обязательно проводить исследование мочи и крови, а главное – назначать ослабленные вакцины.

Что касается терапии, то сегодня существуют совершенно четкие стандарты лече-

ния нефротического синдрома, которые зафиксированы в формулярах, руководствах, об этом написано в книгах и журналах. Поэтому нужно строго придерживаться этих схем лечения, самостоятельность здесь недопустима. Неправильное лечение – это использование низких доз, например, по 1 мг на килограмм массы тела. Здесь что получается? Отеки быстро исчезают, белок уменьшился, но стоит чуть еще уменьшить дозу – белок снова появляется. Это заставляет врача все время держать ребенка на гормонах, из-за чего тот начинает хуже расти и развиваться. **Правильное лечение – это 6 недель по 2 мг преднизолона на 1 кг массы тела. После этого переходят на прерывистый курс – 1,5 мг на 1 кг массы тоже 6 недель через день, и, если все благополучно, то постепенно начинают снижать дозу. В среднем все лечение длится 4–5 месяцев.**

К нам попадают дети с запущенными формами. Поэтому мы в некоторых случаях пользуемся даже более массивными дозами. Это когда внутривенно вводится до 1 грамма специального метил-преднизолона. Такая большая доза вводится три дня подряд или через день, но это нужно для того, чтобы перебить устойчивость.

– Несколько слов о ранней диагностике нефрологических заболеваний.

– Про нефротический синдром мы уже говорили: если ребенок при плохом аппетите вдруг начинает полнеть – надо срочно делать анализ мочи, чтобы исключить нефротический синдром. Но есть ряд заболеваний, при которых мочевого синдрома не является главным. При сужении почечных сосудов, например, главный признак – гипертония. Повышение артериального давления оказывается основным клиническим признаком, а моча там может быть вполне нормальной. Другой признак – боли в животе. Когда это может быть? При повышенной подвижности почек, сужении моче-



точников. До тех пор, пока там не будет инфекции, не будет лейкоцитов в моче, то это будут просто боли в животе. Позднее последуют гидронефротические изменения. У нас в институте хирургическим подразделением заведовал профессор В. М. Державин. Он опубликовал книгу, в которой было показано, что 40% детей, поступающих в хирургические отделения с подозрением на аппендицит или другое острое заболевание – это дети, у которых есть та или иная аномалия органов мочевой системы. То есть, это выявляется в ходе тщательного обследования.

– Что можно в этом плане порекомендовать практическому врачу?

– Мы в свое время разработали метод, который называли селективный скрининг. Очень, кстати, простой и не требующий никаких инструментов. Мы подготовили вопросник, который помогает правильно составить родословную пациента. Это не просто анамнез, а очень целенаправленное выяснение предрасположенности пациента к почечной патологии. Например, я у вас спрашиваю: вы здоровы? Вы отвечаете – да, здорова. А циститы у вас бывали? – Да, были несколько раз. – Родители у вас живы? – Отец жив, мама умерла. У нее была гипертония. – А с почками у нее никаких неприятностей не было? – Да, пиелонефрит у нее был, но мы на это особенно не обращали внимания.

Для чего нужно так подробно знать родословную? Если у вас в роду были нефрологические заболевания, то это совсем не значит, что и у ребенка они тоже обязательно будут. Просто у него почки – органы мишени. При неблагоприятном воздействии они среагируют раньше, чем легкие, печень, сердце, селезенка. У каждого человека свои органы-мишени – у кого-то легкие, у кого-то сердце и т. д.

Затем надо обратить внимание на стигмы дезэмбриогенеза – малые аномалии. Например, стигмы можно заметить на лице: у некоторых людей глаза расположены или чуть шире или, наоборот, чуть уже, чем обычно. Приросшая мочка уха, необычная форма ушей. И то и другое – аномалии, которые сопровождают врожденные заболевания внут-

ренних органов. Почему так? В период внутриутробного развития плода формирование внутренних и внешних органов идет одновременно, и если в этот период что-то сказалось на развитии почки, то и параллельный внешний орган среагирует – даст аномалию. На руках между пальцами появится небольшая перепонка или один пальчик окажется неразвитым. На ногах – образуется так называемая сандалевидная щель, а второй и третий пальчик срастаются. Это элементарные признаки врожденной патологии. Если их насчитывается больше пяти, то врач должен предположить врожденную аномалию и внутренних органов тоже.

Итак, в семье есть почечная патология, у ребенка обнаружено больше пяти стигм, следующий параметр – артериальное давление. Оно может быть либо повышенным, либо, при врожденной патологии – ниже нормы. И последний признак – боли в животе. Вот это элементарное, что врач должен отследить.

Вообще, контроль артериального давления – важный момент. В свое время мы долго исследовали – когда, в какое время суток, при каких заболеваниях давление начинает повышаться. Раньше мы просто измеряли давление и на основе этого делали какие-то выводы. Теперь появилось такое понятие как суточный мониторинг. Что здесь важно? Когда уже при обычном измерении обнаруживается стойко высокое АД, то можно с определенной точностью сказать, что у пациента произошли уже не только первичные, но и вторичные почечные изменения. И с этим бороться все труднее и труднее. Поэтому наша задача – выявить сбои на самом раннем этапе, когда эти колебания едва уловимы. И тогда мы начинаем использовать определенные лекарственные средства. В некоторых случаях нефротического синдрома стероиды, цитостатики оказываются неэффективными, а вот известный всем препарат Капотен может быть очень полезен. Оказалось, что он обладает качеством, которое раньше было неизвестно: он меняет тонус сосудов в почке. Благодаря этому уменьшается протеинурия, а раз уменьшается со-

держание белка в моче, то снижаются и проявления нефротического синдрома. Капотен должен применяться длительно и тогда можно получить хороший результат.

Мы говорили о различных заболеваниях почек – врожденных, наследственных и приобретенных. В заключение мне хотелось бы подчеркнуть, что наилучший лечебный результат получается при раннем выявлении болезни. Резервные возможности детского организма велики, и мы должны этим пользоваться, чтобы помочь ребенку справиться с недугом.

В Москве с 16 по 19 октября пройдет Всероссийский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». В рамках конгресса состоится симпозиум компании Новartis «Современная иммуносупрессивная терапия в педиатрии» (18 октября с 10.45 до 12.45).

В программе симпозиума следующие доклады: «Эффективность иммуносупрессивной терапии у больных с нефротическим синдромом. Результаты мультицентрового контролируемого исследования» проф. М. С. Игнатова; «Терапия стероидорезистентного нефротического синдрома у детей» проф. Т. В. Сергеева; «Имуносупрессивная терапия при ювенильном ревматоидном артрите» проф. Е. И. Алексеева; «Возможности и перспективы иммуносупрессивной терапии детей с тяжелым атопическим дерматитом» проф. Н. Г. Кроткий.

Председатели симпозиума: А. Д. Царегородцев и М. С. Игнатова.

Материалы этого номера подготовили Д. Виноградов и Г. Иванова. Фоторепортажи В. Бахарева из Центра нефрологии и диализа ГМЦ (стр. 4–5, 9–12) и клиники им. Е. М. Тареева ММА им. И. М. Сеченова (стр. 6–7).



САНДИММУН НЕОРАЛ В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Т. В. Сергеева, Т. С. Вознесенская, А. Н. Цыгин, НЦЗД РАМН

По современным представлениям, кортикостероидрезистентным называют нефротический синдром, при котором не развивается ремиссия в ответ на лечение преднизолоном в дозе 2 мг/кг/день в течение 8 недель или в течение 6 недель с дополнительными тремя внутривенными инфузиями метилпреднизолона по 30 мг/кг через день. Морфологической основой стероидрезистентного нефротического синдрома у детей чаще всего является фокально-сегментарный гломерулосклероз, реже – пролиферативные формы гломерулонефритов. В связи с прогрессированием гломерулонефритов, сопровождающихся стероидрезистентным нефротическим синдромом, до стадии хронической почечной недостаточности, а также в связи с опасностью осложнений, которые могут на высоте нефротического синдрома угрожать жизни больного, лечение стероидрезистентного нефротического синдрома остается в центре внимания нефрологов.

В настоящее время для лечения стероидрезистентных больных применяются различные протоколы, включающие применение кортикостероидов и цитотоксических препаратов в сверхвысоких дозах и в течение длительного времени. К таким методам терапии можно отнести пульс-терапию метилпреднизолоном, циклофосфаном, схемы Mendoza, Ponticelli. Кроме того, в лечении нефротического синдрома стали применяться препараты, ранее используемые в трансплантологии. Один из этих препаратов, Сандиммун Неорал, хорошо зарекомендовал себя в лечении стероидчувствительного нефротического синдрома. Меньше публикаций об эффективности Сандиммуна Неорала при лечении детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность Сандиммуна Неорала в сопоставлении с пульс-терапией метилпреднизолоном в лечении детей с нефротическим синдромом.

13 детей с нефротическим синдромом получали Сандиммун Неорал фирмы Novartis. Из 13 больных двое были стероидчувствительными – один из них имел

частые рецидивы нефротического синдрома, другой – стероидзависимость. 11 детей были стероидрезистентными, предшествующая терапия стероидами, включая сверхвысокие дозы, и цитостатиками была неэффективной. Из 11 стероидрезистентных больных у 8 при биопсии почки выявлен фокально-сегментарный гломерулосклероз, у 3 – пролиферативные формы гломерулонефрита, мезангиопролиферативный у двух и мезангиокапиллярный у одного. Доза Сандиммуна Неорала составила 3–8 мг/кг/сутки, длительность курса от 6 месяцев до одного года. Четверо из 11 стероидрезистентных больных получили лечение Сандиммуном Неоралом по протоколу Waldo, заключающемуся в сочетанном применении пульс-терапии метилпреднизолоном и Сандиммуна Неорала. Лечение проводилось под контролем концентрации циклоспорина в крови.

35 детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом получили пульс-терапию метилпреднизолоном. Морфологической основой нефротического синдрома у 7 детей были незначительные изменения в клубочках почек, фокально-сегментарный гломерулосклероз – у 9, мезангиопролиферативный гломерулонефрит – у 11, мезангиокапиллярный гломерулонефрит – у 5, мембранозный – у 3. Введение метилпреднизолона проводилось из расчета по 30 мг/кг на инфузию по протоколу Mendoza.

Результаты.

У двоих больных со стероидчувствительным нефротическим синдромом, леченных Сандиммуном Неоралом, развилась полная ремиссия заболевания, преднизолон был полностью отменен. Из 8 больных с фокально-сегментарным гломерулосклерозом трое в ответ на Сандиммун Неорал развили полную ремиссию заболевания, трое – частичную ремиссию, у остальных двоих наблюдалось отчетливое уменьшение выраженности нефротического синдрома. То есть, у всех 8 больных Сандиммун Неорал был эффективен, но в разной степени. Из троих больных с пролиферативными формами гломерулонефрита частичная ремиссия нефротического синдрома достигнута у двоих, у одного ребенка эффект отсутствовал.

рома достигнута у двоих, у одного ребенка эффект отсутствовал.

В условиях пульс-терапии метилпреднизолоном полная или частичная ремиссия была достигнута при незначительных изменениях в клубочках у подавляющего большинства больных – у 6 из 7, у двоих из трех детей с мембранозным гломерулонефритом, почти у половины детей с фокально-сегментарным гломерулосклерозом и мезангиопролиферативным гломерулонефритом (у 4 из 9 и у 5 из 11 соответственно). Не было эффекта ни у одного больного с мезангиокапиллярным гломерулонефритом. Эффективность метилпреднизолона увеличивалась с присоединением цитостатиков. При стероидрезистентном нефротическом синдроме в целом и при фокально-сегментарном гломерулосклерозе эффективность Сандиммуна Неорала была существенно выше (статистически значимо) по сравнению с эффективностью пульс-терапии ($p < 0,05$).

Особенно эффективным Сандиммун Неорал оказался при фокально-сегментарном гломерулосклерозе. У всех четверых, лечившихся по протоколу Waldo, достигнута ремиссия заболевания.

Из осложнений Сандиммуна Неорала наблюдали: повышение артериального давления у троих, повышение мочевины и креатинина крови – у 5, аллергические реакции – у двоих, панкреатит – у одного больного.

Заключение.

При нефротическом синдроме у детей, резистентном к стандартному курсу преднизолонотерапии, показана биопсия почки и пульс-терапия метилпреднизолоном.

При стероидрезистентном нефротическом синдроме, обусловленном фокально-сегментарным гломерулосклерозом, при отсутствии эффекта от применения сверхвысоких доз кортикостероидов и цитостатиков, показано лечение Сандиммуном Неоралом. Противопоказание для назначения Сандиммуна Неорала – выраженный склероз клубочков и, особенно – интерстиция. При стероидчувствительном нефротическом синдроме с частыми рецидивами назначение Сандиммуна Неорала позволяет отменить преднизолон.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

В помощь молодому нефрологу

О. В. Троепольская, Н. Н. Хасабов, ГУ ГМЦ МЗ РФ

Нефротическим синдромом (НС) является наиболее серьезным и часто прогностически неблагоприятным проявлением различных почечных страданий. При тщательном и вдумчивом обследовании таких больных можно диагностировать не только первичную почечную патологию, но и заболевания других органов с поражением почек.

В связи с этим нам представляется важным и полезным помочь врачу, возможно не обладающему достаточным практическим опытом, выбрать наиболее быстрый и эффективный путь к верному диагнозу.

Напомним, что нефротический синдром характеризуется наличием *высокой протеинурии* (более 3,0–3,5 г в сутки), *гипоальбуминемии* (ниже 30 г/л), *гипопротеинемии* и *отёков*. Частым, но необязательным проявлением является *гиперлипидемия*. Известны клинические наблюдения с суточной потерей белка до 20–50 г и более. Как правило, НС свидетельствует о высокой активности и прогрессировании заболевания, проявлением которого он является.

Обычно диагностика НС не вызывает трудностей. Лишь в некоторых случаях у больных с небольшой протеинурией, гипоальбуминемией и асцитом приходится исключать возможную связь отёков с поражением печени.

Дети и взрослые отличаются по преобладанию той или иной этиологии нефротического синдрома. Безусловно, чаще всего его

причиной являются различные варианты гломерулонефрита. У детей наиболее вероятны минимальные изменения клубочков, у взрослых – мембранозная нефропатия, мезангиокапиллярный ГН, фокально-сегментарный гломерулосклероз и мезангио-пролиферативный ГН. На втором месте по частоте среди причин НС стоит амилоидоз почек: вторичный (при ревматоидном артрите (РА), хронических воспалительных и нагноительных заболеваниях, таких, например, как остеомиелит), первичный и наследственный.

Могут проявляться развитием НС системные заболевания, в первую очередь системная красная волчанка, геморрагический васкулит Шенлейна – Геноха, бактериальный эндокардит, реже другие васкулиты (микроскопический полиартериит, узелковый периартериит), системная склеродермия, синдром Шегрена, саркоидоз. В последнее время всё чаще привлекает внимание паранеопластический НС при раке почки, лёгкого, кишечника, молочной железы, лимфомах, меланоме и др., морфологическим субстратом которого является ГН (чаще мембранозный) или амилоидоз почек. НС характерен для длительно текущего (более 10–15 лет) сахарного диабета (диабетической нефропатии). Более редкими причинами являются тромбозы вен и артерий почек, аорты или нижней полой вены с развитием мембранозного или мезангиокапиллярного ГН. Немалый интерес представляет воз-

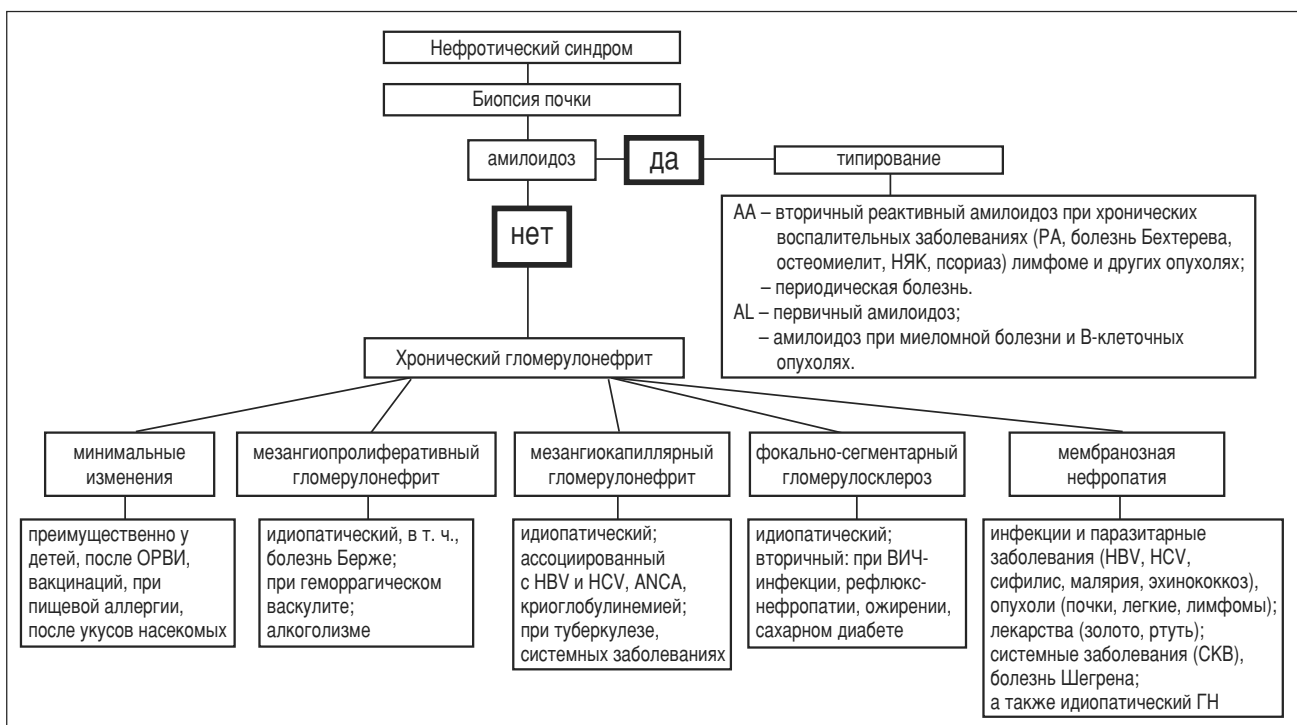
можность развития НС при атопических заболеваниях типа поллинозов, после укусов насекомых и змей, при пищевой идиосинкразии (молоко, свинина и пр.), аллергии на косметические средства. Возможно развитие НС и при нефропатии беременных. К сожалению, в последнее время всё чаще встречается героиновая нефропатия, также протекающая с НС.

Нередко прогноз заболевания определяется осложнениями НС, самыми серьезными из которых являются:

- инфекции (бактериальные, вирусные, грибковые);
- гиповолемический нефротический криз;
- острая почечная недостаточность;
- отек мозга, сетчатки;
- сосудистые осложнения (тромбозы вен и артерий, тромбоэмболия, инсульт, инфаркт миокарда)

Отправной точкой диагностического поиска у такого рода пациентов должна служить чрезкожная пункционная биопсия почки. Следует подчеркнуть, что её проведение является обязательным для всех больных с нефротическим синдромом.

Учитывая широкий спектр различных нозологий, проявляющихся НС, диагностический поиск, в некоторых случаях, представляется весьма затруднительным. Мы предлагаем алгоритм его проведения, который строится на результатах морфологического исследования почечного биоптата (см. схему).



ГУ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАМН

Для врачей-педиатров Москвы, Московской области и всех, кто может приехать на 1–2 дневную учебу, проводятся краткосрочные бесплатные учебные программы.

ШКОЛА ПЕДИАТРА

«Актуальные проблемы педиатрии» каждый четвёртый четверг месяца – начало занятий в 16.00.

24 октября

- Острые респираторные заболевания и грипп, профилактика и лечение – проф. В. К. Таточенко.
- Современный взгляд на питание детей первого года жизни – д. м. н. В. А. Скворцова.

28 ноября

- Функциональные изменения сердца у детей – д. м. н. И. Тамбовцева.
- Современные подходы к терапии острых, рецидивирующих и хронических бронхитов у детей – проф. Е. В. Середа.

26 декабря

- Антигистаминные препараты в практике педиатра – проф. В. А. Ревякина.
- Диагностика и лечение ночного энуреза у детей и подростков – проф. И. П. Брызгунов.

ШКОЛА АЛЛЕРГОЛОГА

каждые третьи среда-четверг месяца – начало занятий в 15.00 16–17 октября, 20–21 ноября, 18–19 декабря.

ШКОЛА ДИЕТОЛОГА

каждые четвертые среда-четверг месяца – начало занятий в 10.00 23–24 октября, 27–28 ноября, 25–26 декабря.

Выдаются сертификаты ГУ НЦЗД РАМН об участии в указанных учебных программах.

Возможны изменения в расписании, поэтому сведения о тематике и времени проведения бесплатных семинаров следует уточнять в Центре обучения – (095) 134 2092. Для участия в бесплатных мероприятиях желателно заранее сообщать в ЦО – это необходимо для планирования величины требуемого учебного помещения.

Центр обучения ГУ НЦЗД РАМН

Тел./факс: (095) 134 2092,

E-mail: pediatr@dialup.ptt.ru

КАФЕДРА НЕФРОЛОГИИ И ГЕМОДИАЛИЗА ММА ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА ПРИГЛАШАЕТ НА УЧЕБУ

Особенностью учебного процесса на кафедре является возможность осуществлять **непрерывную** последипломную профессиональную подготовку нефрологов, включающую первичную специализацию по нефрологии с последующим прохождением циклов тематического усовершенствования и сертификационных.

Первичная специализация – очно-заочный цикл продолжительностью 4 месяца, из которых 1 месяц отводится на заочное обучение. На цикл зачисляются терапевты, педиатры и врачи отделений гемодиализа, которые после его окончания получают удостоверение, дающее право работать нефрологами в стационарах и поликлиниках с возможностью в дальнейшем проходить сертификационный цикл.

Сертификационный цикл – цикл 1,5-месячного обучения для стажированных нефрологов (т. е. окончивших клиническую ординатуру по нефрологии или прошедших первичную специализацию), позволяющий получить сертификат специалиста-нефролога и возобновлять его каждые 5 лет.

Циклы тематического усовершенствования продолжительностью 1 мес. позволяют нефрологам получать оперативную информацию по современным аспектам диагностики и лечения заболеваний почек. Помимо запланированных циклов, расписание которых приводится в приложении, кафедра имеет возможность организовать дополнительный цикл первичной специализации для желающих.

Кроме обучения нефрологов, кафедра проводит циклы **тематического обучения** продолжительностью 1 мес. для терапевтов, акушеров, инфекционистов, а также врачей других специальностей. На этих циклах рассматриваются вопросы поражения почек в практике специалистов разных профилей.

Обучение для россиян, сотрудников государственных медицинских учреждений, – **бесплатное**. Иногородним слушателям за умеренную плату предоставляется общежитие.

Наш адрес: 119021, Москва, ул. Россолимо, д. 11а. Кафедра нефрологии ФППО ММА им. И.М. Сеченова.

Телефоны: (095) 248–41–66, (095) 248–55–66. **Факс:** (095) 248–41–66.

E-mail: m_shvetsov@mtu-net.ru, mshvetsov@yandex.ru

Расписание учебных циклов на 2003 г.

Наименование цикла	Форма обучения	Продолжительность обучения	Сроки обучения
1. Поражение почек в практике терапевта (ТУ) (терапевты, кардиологи поликлиник, стационаров)	очная	1 мес.	13.01–08.02
2. Современные принципы диагностики и лечения болезней почек (сертиф.) (нефрологи поликлиник и стационаров, врачи отд. гемодиализа)	очная	1,5 мес.	17.02–29.03
3. Вопросы нефрологии (ОУ) (врачи отд. гемодиализа, терапевты, педиатры)	очно-заочная	4 мес.	03.03–21.06
4. Значение биопсии почки в нефрологии. Методы проведения биопсии почки (ТУ) (врачи-нефрологи, урологи, терапевты)	очная	0,5 мес.	07.04–19.04
5. Поражение почек в практике терапевта (ТУ) (терапевты, кардиологи, ревматологи стационаров и поликлиник)	очно-заочная	1 мес.	05.05–02.06
6. Стратегия и тактика нефропротекции (ТУ) (терапевты, нефрологи)	очная	0,5 мес.	09.06–21.06
7. Тактика обследования и лечения нефрологических больных (ТУ) (терапевты поликлиник и стационаров, нефрологи, врачи отд. гемодиализа)	очная	1 мес.	08.09–04.10
8. Диагностика и лечение болезней почек в акушерской практике (ТУ) (врачи-терапевты денских консультаций и род. домов, акушеры)	очно-заочная	1 мес.	13.10–10.11
9. Современные принципы диагностики и лечения болезней почек (сертиф.) (нефрологи стационаров, поликлиник, врачи отд. гемодиализа)	очно-заочная	1,5 мес.	17.11–27.12



«ПОСОЛЬСТВО МЕДИЦИНЫ» www.medicus.ru

С «энциклопедией здоровья» можно сравнить сайт «Посольство медицины». Последние новости медицины, более 1500 статей, электронные версии журналов и газет – в том числе и газеты «Больница», самая полная информация по лекарственным препаратам и медицинским учреждениям, уникальная фотогалерея и многое другое. Если же Вы не нашли нужной информации, то есть возможность просто задать вопрос и получить эксклюзивную консультацию специалиста.

Посетить «Посольство медицины» будет одинаково интересно и полезно, как пациенту, так и доктору. Вниманию врачей и студентов предлагаются обзоры зарубежных медицинских изданий, полные версии научных статей, внушительная база рефератов, расписание выставок, симпозиумов и конференций, информация о фирмах, работающих на рынке медицинских услуг и фармации. Материалы на сайте ежедневно обновляются и пополняются. Кроме «духовной пищи» наши посетители могут получить и кое-что материальное, приняв участие в различных конкурсах и лотереях.

Коллектив квалифицированных и талантливых программистов и дизайнеров «Посольства Медицины», готов помочь медицинским учреждениям в создании эффективной и красивой рекламы, а также собственных сайтов.

«Посольство Медицины» – это возможность попасть в «страну здоровья и долголетия» без визы и долгого пути.

Телефон редакции «Посольства медицины» – 434 8256.



15-18
Октября

МОСКВА

Центральный дом художника
на Крымском валу

4-я Международная медицинская специализированная выставка ХИРУРГИЯ 2002



Российский научный форум:
"Достижения современной хирургии"

ЗАО "МОРАГ Экспо" совместно с Российской академией медицинских наук, институтом хирургии им. А.В.Вишневского РАМН



Тел.: (095) 938 2917, -2918, -9211, -9212

E-mail: alga@morag.ru http://www.morag.ru



29 октября – 2 ноября
СК «Олимпийский»

Девятая Международная
специализированная выставка
«Аптека 2002»



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

"МЕДСТИЛЬ"

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Мы, коллектив фирмы «Медстиль», имеем честь предложить Вам свою продукцию. Вот уже около 10 лет мы производим медицинские халаты, костюмы, хирургическую форму и головные уборы.

Наше предприятие выпускает более 80 образцов современной медицинской одежды. Собственное хорошо отлаженное производство и квалифицированные специалисты позволяют сделать цены на всю нашу продукцию приемлемыми для Вас.

Медицинская одежда, выпускаемая фирмой «Медстиль», современна, красива и функциональна. Вся наша продукция удостоена Золотого знака качества XXI века, а предприятие ООО «Медстиль» включено в Московский городской реестр рекомендованных поставщиков продукции городского заказа. При изготовлении большинства моделей используются импортные смесовые ткани нового поколения с водо- и кровотоотталкивающими свойствами, устойчивые к химическим чисткам.

На производство и реализацию всей продукции получены лицензии Минздрава России, сертификаты соответствия и удостоверения о внесении в Государственный реестр медицинских изделий. Среди наших потребителей: Главный военный клинический госпиталь им. Бурденко, поликлиники ФСБ, Мин. Обороны, Газпрома, МПС и другие клиники. Наша продукция поставляется в десятки регионов через широкую дилерскую сеть, которая охватывает большую часть территории России.

Мы стараемся удовлетворить все пожелания каждого нашего заказчика, наши менеджеры с радостью встретят и представителя крупного многопрофильного медицинского центра, и представителя небольшой больницы, поликлиники или частной аптеки.

Смеем надеяться, что наше сотрудничество будет носить долговременный и взаимовыгодный характер. Ждем Ваших обращений.

127521, Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, дом 9а; e-mail: medstyle@medstyle.ru
http://www.medstyle.ru; телефон/факс: (095) 219 8235, 218 6363.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854
www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ