

Изобретение относится к области медицины, а именно к нефрологии, и может найти применение при лечении детей с нефротическим синдромом (с эритроцитурией) и нефроти-ческой формой первичного гломерулонефрита.

Известно множество способов лечения нефротической формы гломерулонефрита, включающих использование монотерапии глюкокортикоидами (Н.А. Коровина, Л.П.Гаврюшова, М.Шашинка. Гломерулонефрит у детей. М.: Медицина, 1990. -225 с), сочетанного использования глюкокортикоидов и цитостатиков в различных по длительности режимах назначения иммуномодуляторов (М.С.Игнатова, Е.Ю.Вельтишев, Детская нефрология. Л.: Медицина, 1989, - 454 с).

Общим недостатком приведенных способов является низкая эффективность лечения по отдаленным результатам терапии: от 30 до 90% больных дают рецидивы заболевания и требуют проведения повторных курсов лечения.

Наиболее близким к предлагаемому является способ лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей, включающий проведение сочетанного курса глюкокортикоидной из расчета по преднизолону 1,5-2,5 мг/кг массы тела больного в период лечения максимальными дозами при снижении на цикловой терапии 2,5-5 мг каждые 4-6 недель и цитостатической терапии из расчета 0,15-0,2 мг/кг в период лечения максимальными дозами и 0,1 мг/кг в поддерживающей дозировке (Иммунодепрессивная терапия гломерулонефрита у детей/Метод.реком,-И.Г.Ситническая, И.В.Багдасарова, - К., 1981).

Недостатком этого способа является игнорирование определения гормоночувствительности и возрастных особенностей детского организма при назначении лечения нефротической формы гломерулонефрита, что приводит к рецидивированию гормоночувствительного нефротического синдрома при монотерапии глюкокортикоидами и необоснованному назначению стероидов при гормонорезистентной нефротической форме заболевания. Назначение нерациональной терапии способствует увеличению сроков манифестных появлений нефротической формы, утрате гормоночувствительности и прогрессированию гломерулонефрита.

В основу изобретения положена задача разработать такой способ лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей, в котором путем определения гормоночувствительности по константе ассоциации иммунодепрессанто-рецепторного комплекса или ретроспективной оценке эффективности стероидной терапии на предыдущих этапах лечения достигается индивидуализация назначения иммуномодуляторов в зависимости от возраста больного и его гормоночувствительности.

Для решения поставленной задачи предложен способ лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей, включающий проведение сочетанного курса глюкокортикоидной терапии из расчета по преднизолону 1-2 мг/кг массы тела больного в период лечения максимальными дозами при снижении на цикловой терапии по 2,5 мг каждые 6-8 недель и цитостатической терапии из расчета 0,2 мг/кг в период лечения максимальными дозами и 0,1 мг/кг в поддерживающей дозировке, в котором, согласно изобретению, назначение иммуномодуляторов проводят на основании определения чувствительности к ним по константе ассоциации иммунодепрессантно-ре-цепторного комплекса и при чувствительности к гормонам у больных до 9 лет глюкокортикоиды назначают одновременно с цитостатиками сроком лечения максимальными дозами 6-8 недель, поддерживающими - до 10 месяцев, и у больных старше 9 лет гормонами с последовательными назначением цитостатиков сроком лечения максимальными дозами 8-10 недель, поддерживающими -до 12 месяцев, а при гормонорезистентности для всех возрастных групп лечение проводится глюко-кортикоидами на цикле и цитостатиками сроком лечения максимальными дозами 10-16 недель и поддерживающими дозами до 18 месяцев.

От прототипа предлагаемый способ отличается тем- что назначение сочетания глюкокортикоидной и цитостатической терапии проводят у всех больных на основе определения чувствительности к иммуномодуляторам и затем сроки назначения препаратов последовательность и терапевтическую дозу их индивидуализируют в зависимости от гормоночувствительности больного и его возраста. Отличие от прототипа позволяет сделать вывод о соответствии предлагаемого способа критерию "новизна".

В практике лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей не известна индивидуализация лечения на основе определения чувствительности и возраста больного, использование подхода, изложенного в предлагаемом способе, позволяет повысить эффективность лечения до 78-97% против 40-85% по данным прототипа.

Для иллюстрации приводятся следующие примеры.

Пример 1. Больной Г., 5 лет находился на обследовании и лечении в детском нефрологическом отделении ДКБ 7 города Киева с диагнозом: хронический гломерулонефрит, нефротическая форма период обострения, без нарушения функции почек. До назначения лечения ребенку была определена чувствительность к стероидам: константа ассоциации иммунодепрессанто-рецептор-ного комплекса с преднизолоном составила 2,1, что позволило прогнозировать высокую гормоночувствительность, на основании чего ребенку назначена сочетанная терапия преднизолоном в дозе 2 мг/кг и хлорбути-ном в дозе 2 мг/кг в период лечения максимальными дозами и в последующем со снижением преднизолона каждые 8 недель на 2,5 мг и поддерживающей дозе хлорбутина 0,1 мг/кг в течение 10 месяцев. Клиническим эквивалентом высокой гормоночувствительности у ребенка было достижение ремиссии на 2 неделе лечения и стойко нормальные параклинические показатели после отмены терапии в катамнезе.

Пример 2. Больной Г., 13 лет поступил в детское нефрологическое отделение ДКБ 7, где ему диагностирован нефротический синдром острого гломерулонефрита, период развернутых проявлений без нарушения функции почек. Согласно определенной высокой гормоночувствительности была назначена терапия преднизолоном в максимальной дозе 1 мг/кг сроком 8 недель. Достигнута нормализация мочевого синдрома и параклинических показателей со второй недели лечения. В последующем терапия продолжена преднизолоном на цикле со снижением каждые 8 недель на 2,5 мг и последовательно хлорбутином в дозе 0,2 мг/кг сроком 10 недель максимальными дозами и 12 месяцев поддерживающими в дозе 0,1 мг/кг. После отмены лечения в течение 3 лет наблюдения стойко сохраняется клинико-лабораторная ремиссия заболевания.

Пример 3, Больной Н., 11 лет, поступил для обследования в детское нефрологическое отделение ДКБ 7. В стационаре диагностирован острый гломерулофрит, нефротический синдром с эритроцитурией и нарушением функции почек. Согласно коэффициенту ассоциации иммунодепрессантно-рецепторного комплекса определена гормонорезистентность, согласно чему преднизолон в максимальной дозе не назначался, ребенок принимал цикловую дозу препарата одновременно с максимальной дозой хлорбутина из расчета 0,02 мг/кг в течение 12 недель, а затем поддерживающую из расчета 0,1 мг/кг в течение 18 месяцев. К моменту отмены лечения документирована частичная клинико-лабораторная ремиссия нефротической формы гломерулонефрита.