В течение 10 лет под нашим наблюдением находились 280 детей с нефротической и смешанной формами глюкозурического диазовки, лечившихся в уронефрологическом отделении Республиканской детской клинической больницы МЗ БАССР. Больным назначали преднизолон из расчета 1,5—2 мг, реже — 2,5 мг на кг массы в сутки в течение 3—4 нед с постепенным уменьшением дозы на 5 мг в 5—7 дней и переводом их в дальнейшем на прерывистый курс лечения в дозе 10—20 мг в сутки в зависимости от взрослого. Иногда вместо преднизолона применяли триамцинолон или дексаметазон в соответственно дозах. Наибольшее количество побочных явлений и осложнений отмечалось при лечении дексаметазоном. Из осложнений у 4 (1,4%) больных констатирован судорожный синдром, у 3 (1,1%) — язва желудка, у 3 — деструктивная пневмония, у одного (0,4%) — психоз, у одного — тромбофлебит и еще у одного септициемия. Из побочных явлений агрессивный гиперкортизизм развился у всех 280 детей, гиперлейкоцитоз — у 216 (77,1%), сдвиг лейкоформула влево — у 151 (53,9%), кратковременная гипертензия (у больных с нефротической формой глюкозурического диазовки) — у 67 (23,9%), снижение сопротивляемости к инфекциям и обострение хронических инфекций — у 64 (22,9%). Задержка роста и развития скелета наблюдалась у 12 (4,3%) детей с непосредственно развивающимся глюкозурическим диазовки, которые длительное время получали глюкокортикостероиды в больших дозах. Из 13 детей с осложнениями четверо умерли. У трех из них (у 2 был подострый глюкозурический диазовки и у одного — глюкозурический диазовки при геморрагическом васкульите) возникли деструктивная пневмония. У одного ребенка, умершего от системной красной волчанки, волчаночного нефрита, перед смертью развилась септициемия. У трех детей с нефротической формой глюкозурического диазовки, с гематурией и гипертонией и у одного ребенка с подострым глюкозурическим диазовки после приема глюкокортикостероидов наблюдались судороги с кратковременной потерей сознания и зрения, обострением АД.

Для своевременной диагностики осложнений и побочных явлений глюкокортикостероидов необходимо регулярно исследовать кровь: производить общий анализ с подсчетом тромбоцитов (1 раз в 10 дней), определение электролитов в крови и, желательно, в моче (1 раз в 10 дней), количество фибриногена, протромбинового времени и уровень креатинина крови (1 раз в 10 дней); измерить артериальное давление кровь (ежедневно) и взвешивать больных через день.

С целью уменьшения побочных явлений глюкокортикостероидов 1/3 их дозы давали в первую половину дня (в 7—10 часов), оставшую часть — до 17 ч, затем отмечали сначала вечернюю дозу, потом дневную, последнюю — через 12—16 ч. В зависимости от продолжительности лечения, большие дозы глюкокортикостероидов давались под защитой антибиотиков. Для предупреждения язвенной болезни желудка и толстой кишки, у которых появлялась боль в эпигастральной области и диспептические расстройства, назначали алмагель и викалин. При длительных болях в кишечнике применяли рентгеноконтрастные препараты. Для предупреждения гипокалиемии применяли препараты, содержащие калий, а также сукральфат, печеночный кардотель, эссенциале; для профилактики остеопороза и деструкции зубов — препараты кальция и витамина D2. При нарушении электролитного обмена (гипокалиемия, гипокальциемия) производили коррекцию.

Таким образом, при длительном лечении глюкозурического диазовки больными дозами глюкокортикостероидов необходимо знать о возможных осложнениях и побочных явлений этих препаратов и принимать меры для своевременной их диагностики и лечения.