

Однако попытка принципиального противопоставления нефритов и нефрозов тоже не выдерживает критики; процессы эти по существу своему родственные, хотя клинически и проявляются по-разному.

В этом отношении приходится поражаться клинической прозорливости и самостоятельности мышления С. П. Боткина. В то время, то есть 80 лет назад, над клинической мыслью довлела целлюлярная патология. Болезни почек разделялись на две независимые группы — интерстициальные и паренхиматозные. Но С. П. Боткин, исходя из своего клинического опыта, с этим не соглашался. «Помириться с учением патологоанатомов, которые говорили, что эти процессы с самого начала бывают различными, и учили, что они составляют совершенно особые самостоятельные патологические единицы, имея и свое особое клиническое течение и различную этиологию, мы не можем... Процессы не идут так исключительно, а наоборот, протекают обыкновенно вместе и только один преобладает над другим... Этиология всех форм одна... Один и тот же основной процесс может вести в конце концов к развитию различных анатомических изменений в почках».

Конечно, это не значит, что следует отказаться от клинической дифференцировки особых форм нефропатий, хотя все больше фактов подтверждает справедливость мнения С. П. Боткина о принципиальном единстве по-разному клинически и анатомически проявляющихся форм нефропатий. Поэтому вполне прав Е. М. Тареев, сохраняющий в своей монографии о нефритах (1958) разделение на нефриты и дистрофии почек или нефрозы, с формами — липоидная и амилоидная дистрофии почек (липонидный нефроз, амилоидоз).

Нефрит и нефроз, подобно ревматизму и ревматоиду, представляют собой проявления своеобразных патологических нарушений реактивности организма, чаще всего инфекционно-аллергического характера.

Поскольку воспаление почек связано с поступлением в кровь тех или иных белковых молекул, патогенных для организма, в частности для почек, то с соответствующими патологическими очагами, сенсibiliзирующими организм, следует решительно бороться. Если очаговый процесс доступен хирургическому вмешательству, то с этим не следует медлить. Так, после своевременной радикальной тонзиллэктомии и санации зубов, после вскрытия хронического гнояника, ампутации конечности (при не поддающемся консервативному лечению остеомиелите) и т. п. нефрит и нефроз часто быстро и полностью затухают. Лечение антибиотиками и нормализующими реактивность организма средствами (кортикоиды и др.), а также тонизирующими фармацевтическими препаратами в сочетании с физиотерапевтическими, диететическими, климатическими факторами дополняет круг борьбы с развитием заболеваний, вполне излечимых при своевременном рациональном и радикальном лечении, а в случае хронического прогрессирования процесса весьма опасных для жизни.

УДК 616. 61

СОДЕРЖАНИЕ В ПЛАЗМЕ И МОЧЕ 17-ОКСИКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Э. Б. Леви

Лаборатория экспериментальной и клинической гематологии Института физиологии им. Павлова АН СССР и пропедевтическая терапевтическая клиника I ЛМИ им. Павлова (научн. руков. лаборатории и зав. кафедрой — проф. А. Я. Яршевский) и нефрологическое отделение больницы им. Урицкого (главврач — И. Г. Савельев)

Известно, что почки принимают определенное участие в метаболизме гормонов коры надпочечников. По данным ряда исследователей, у почечных больных содержание свободной фракции 17-оксикортикостероидов в плазме находится в пределах нормальных величин, в то время как уровень стероидов, связанных с глюкуроновой и серной кислотами, значительно увеличен.

Суточный ритм количества свободных и связанных 17-оксикортикостероидов в плазме крови может быть изменен при почечных заболеваниях в результате накопления, в особенности к вечеру, связанных 17-оксикортикостероидов.

Отмечается также нарушение в выделении свободных и связанных 17-оксикортикостероидов с мочой.

В связи с этим встает вопрос о соотношениях между уровнем содержания 17-оксикортикостероидов в плазме крови и выделением стероидов с мочой, с одной стороны, и функциональным состоянием почек, с другой.

Нами обследованы 17 мужчин и 14 женщин в возрасте от 17 до 64 лет, а также 9 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 38 лет. У 21 больного был хронический гломерулонефрит и у 10 — двухсторонний хронический пиелонефрит с почечной недостаточностью.

Для определения свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови мы использовали метод Портера-Сильбера в модификации Н. А. Юдаева и Ю. А. Панкова, а для определения свободных и связанных 17-оксикортикостероидов в моче — тот же метод, несколько видоизмененный М. А. Креховой. Кровь для исследования уровня свободных 17-оксикортикостероидов в плазме бралась из вены наотщак, между 9—10 часами утра. Уровень выделения свободных и связанных кортикостероидов с мочой устанавливался в течение двух дней. Фильтрационная способность почек определялась по эндогенному креатинину, секреторная — по выделению фенол-рот через два часа после внутримышечного введения 1 мл 0,6% раствора.

Больные распределены на две основные группы. Первую группу составили 11 больных, у которых фильтрация по эндогенному креатинину была менее 30 мл/мин., а показатель канальцевой секреции по фенол-роту — ниже 25—30%. Вторая группа включала 20 больных хроническим нефритом (8 из них страдали нефротическим синдромом) с фильтрацией более 30 мл/мин. и секрецией по фенол-роту выше 30% за два часа.

Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

У здоровых людей уровень содержания свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови равен в среднем 9,12 $\mu\text{г}\%$ при колебаниях от 7,7 до 11,02 $\mu\text{г}\%$; уровень же выделения свободных 17-оксикортикостероидов с мочой в сутки в среднем составил 0,36 мг при колебаниях от 0,25 до 0,48 мг, а связанных — в среднем 3,505 мг при колебаниях от 2,91 до 4,85 мг, что соответствует литературным данным.

У больных с резко сниженными функциональными показателями почек содержание свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови колебалось от 3,2 до 27,2 $\mu\text{г}\%$, составляя в среднем 11,7 $\mu\text{г}\%$. Этот средний показатель недостоверно отличался от уровня содержания 17-оксикортикостероидов в плазме крови здоровых лиц ($P > 0,2$). Однако диапазон колебаний у больных этой группы несравненно больше.

Выделение свободных 17-оксикортикостероидов с мочой в среднем равнялось 0,31 мг в сутки при колебаниях от 0,09 до 0,46 мг, причем достоверной разницы по сравнению с контрольной группой не наблюдалось ($P > 0,3$), в то же время уровень выделения связанных 17-оксикортикостероидов с мочой резко снижен — 1,088 мг в сутки (предел колебаний 0,483—2,46 мг), разница по сравнению со здоровыми людьми оказалась безусловно достоверной ($P < 0,01$).

У больных с менее нарушенными функциями почек (20 чел., из которых 8 страдали нефритом с нефротическим синдромом) содержание 17-оксикортикостероидов в плазме крови в среднем было равно 6,22 $\mu\text{г}\%$ (колебания от 3 до 9,7 $\mu\text{г}\%$) и существенно отличалось от контрольной группы ($P < 0,01$), а выделение свободных 17-оксикортикостероидов с мочой резко повышено (0,58 мг в сутки в среднем с колебаниями от 0,44 до 1,1 мг); разница оказалась достоверной ($P < 0,01$).

Выделение связанных 17-оксикортикостероидов с мочой составило в среднем 2,98 мг (колебания от 0,78 до 5,65 мг в сутки); разница по сравнению со здоровыми оказалась существенной ($0,02 < P < 0,05$).

У больных хроническим нефритом с нефротическим синдромом содержание свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови в среднем равно 6,61 $\mu\text{г}\%$ (колебания от 5,06 до 10,21 $\mu\text{г}\%$), т. е. снижено по сравнению с контрольной группой ($P < 0,01$), выделение свободных 17-оксикортикостероидов с мочой несколько выше (0,43 мг в сутки в среднем с колебаниями от 0,17 до 1,13 мг), однако при сопоставлении с уровнем выделения свободных стероидов с мочой в контрольной группе не наблюдалось достоверности ($P > 0,05$).

Выделение связанных 17-оксикортикостероидов снижено до 2,69 мг в сутки (1,36—4,12), т. е. разница считается существенной при сопоставлении со здоровыми лицами ($P < 0,05$).

Исходя из этих наблюдений, мы пришли к выводу, что состояние выделительной способности почек в значительной мере может определять величину выделения кортикостероидов с мочой, что далеко не всегда учитывается в работах, где по содержанию кортикостероидов в моче судят лишь о функциональном состоянии надпочечников. Известно, что связанные с глюкуроновой и серной кислотами стероиды выделяются с мочой только путем клубочковой фильтрации, тогда как в выделении свободных стероидов принимает участие и канальцевый аппарат.

При сопоставлении уровня мочевого экскреции связанных 17-оксикортикостероидов с величиной клубочковой фильтрации обнаружена непосредственная связь между этими величинами. Однако необходимо отметить, что только резкое снижение фильтрации сказывается на уровне выделения связанных 17-оксикортикостероидов с мочой. В то же время мочевого экскреции свободных 17-оксикортикостероидов не зависит от величины секреции по фенол-роту.

У большинства обследованных нами почечных больных снижен уровень содержания свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови и в то же время повышено выделение свободных кортикостероидов с мочой. Сопоставление этих величин показало, что обратная зависимость между ними наблюдается лишь в отдельных случаях.

Эти соотношения требуют дальнейшего изучения, так как не могут быть сведены лишь к тому, что низкий уровень 17-оксикортикостероидов в плазме объясняется их усиленным выделением. Возможно, что изучение функции надпочечников позволит прелить свет на эту важную проблему.

Зависимость между клубочковой фильтрацией и выделением связанных 17-оксикортикостероидов с мочой указывает на основной механизм, регулирующий величину мочевой экскреции последних.

Повышенное выделение свободных 17-оксикортикостероидов с мочой у большинства обследованных нами больных не удалось связать с величиной клубочковой фильтрации и канальцевой секрецией. Остается допустить, что в данном случае, возможно, определенную роль играет нарушение канальцевой реабсорбции, если принять во внимание, что свободные стероиды, проходя через клубочковую мембрану, реабсорбируются в канальцах на 80—90%.

Выделение связанных 17-оксикортикостероидов с мочой зависит от фильтрационной способности почек, тогда как выделение свободных, вероятно,— от реабсорбционной способности канальцевого аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекперов М. А. Азербайджанский мед. журн., 1963, 2.—2. Крехова М. А. Пробл. эндокрин. и гормон., 1960, 2.—3. Милославский Я. И. и др. Там же, 1963, 3.—4. Нанизашвили И. С. Там же, 1962, 3.—5. Юдаев Н. А. и Панков Ю. А. Там же, 1958, 2.

УДК 616, 613 — 003.7

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ

Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии (зав.—доктор мед. наук В. Е. Кузьмина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе урологического отделения 5-й горбольницы г. Казани (главврач — Н. И. Полозова)

Литературные данные об отдаленных результатах после операций на почках и мочеточниках весьма немногочисленны. В большинстве случаев авторы приводят отдаленные результаты операций на почках и мочеточниках суммарно. По данным стечественных авторов, процент рецидивов после операций на почках колеблется от 4,7 до 32,6, а после уретеролитотомии — от 3,6 до 12,1.

Мы подвергли анализу результаты хирургического лечения больных с камнями почек и мочеточников в нашей клинике за время с 1951 по 1960 г. Всего больных мочекаменной болезнью было 1052, из них 264 оперированы. В основном производились органосохраняющие операции, и только при выраженных гидронефротических изменениях в почке, когда она совершенно не функционировала или была поражена гнойно-воспалительным процессом, мы прибегали к нефрэктомии (27 чел.). Как и большинство авторов, операций выбора при камнях почечной лоханки мы считаем заднюю пиелолитотомию. Этим доступом нами прооперированы 83 больных. В тех случаях, когда имелась аномалия почки или не удавалась задняя пиелолитотомия, мы производили переднюю (11 больных). После пиелолитотомии один больной умер (операция по поводу рецидивного камня лоханки).

При внутрипочечном расположении лоханки, когда доступ к ней затруднен, мы прибегали к нефролитотомии (36 чел.). К месту разреза паренхимы почки обычно подводится кусочек мышцы и накладываются кетгутовые швы на капсулу почки с захватом мышечного лоскута между швами. После этой операции мы только у одного больного наблюдали кровотечение.

Уретеролитотомия произведена нами 25 больным в верхней трети, 6 — в средней и 60 — в нижней; нефростомия — 7, из них двум при анурин калькулезной этиологии.

Комбинированные операции произведены 16 больным с камнями в почке и мочеточнике с одной стороны.

Нами изучены отдаленные результаты у 152 больных из 264 оперированных по поводу нефролитиаза (55,4%).

Из обследованных на отдаленных сроках после операции женщин было 103, мужчин — 49. Рецидивы заболевания выявлены у 35 больных (22,36%), преимущественно у женщин в возрасте от 31 до 50 лет с длительностью заболевания свыше одного года.