

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.

После нефрэктомии из 13 обследованных больных мы ни у одного не отметили образования камня в единственной почке. Из 60 человек после пиелолитотомии рецидивы выявлены у 21; после нефролитотомии — у 3. После уретеролитотомии рецидив был в 17,77%.

При комбинированных операциях из 12 обследованных больных рецидивы обнаружены у 3.

В случае, если при операциях на почках и мочеточниках обнаруживались причины местного характера, нарушающие динамику мочевыведения, мы, в целях профилактики рецидива, стремились их устранить. Так, одновременно с пиелолитотомией нами была произведена нефрэксия 4 больным, уретеролизис — 2, пересечение добавочного сосуда — 3. При выраженных гнойно-воспалительных изменениях в почках производилось дренирование почки (7 больным, из них 3 обследованы на отдаленных сроках после операции, рецидива не было).

Из 35 больных с рецидивом мочекаменной болезни у 97,14% была инфицированная моча до операции, а также изменения в верхних мочевых путях в виде пиелозктазии и гидронефроза.

Нормальное состояние верхних мочевых путей было у 3 больных, пиелозктазия — у 28, гидронефроз — у 4. У остальных 117 больных рецидива заболевания не было обнаружено, однако всех их отнести к практически здоровым нельзя, так как у части этих больных были либо выраженная инфекция в мочевых путях, либо нарушение функции вследствие гидронефротических изменений в почке. Среди этих больных у 16 нами отмечено образование камня на противоположной стороне. Из числа больных без рецидива у 26 нами отмечено наличие пиурии.

Одним из важнейших критериев в оценке отдаленных результатов хирургического вмешательства является изучение функционального состояния почки.

Мы судили о восстановлении функциональной способности почек на основании совокупности нескольких проб с учетом клинической картины заболевания. Колебания удельного веса пробы С. С. Зимницкого у наших больных на отдаленных сроках в группе без рецидива были в среднем от 1014 до 1020.

Хромоцистоскопия произведена 87 больным. На стороне операции интенсивная скраска была у 68 больных, удовлетворительная у 10, выделение индигокармина отсутствовало у 9. При экскреторной урографии из 32 больных в группе «без рецидива» мы установили нормальное выделение контрастного вещества на стороне операции у 16, пониженное — у 13 и отсутствие его у 3.

В той же группе «без рецидива» нормальная лоханка на стороне операции оказалась у 18, пиелозктазия у 17, гидронефроз у 2, атония мочеточника — у одного. У остальных больных при хромоцистоскопии отмечено нормальное выделение индигокармина, что позволило нам говорить о сохранении функции почки и сократительной способности мочевыводящих путей.

Степень восстановления функции изучена у 98 больных. Отмечено улучшение функции у 6, восстановление у 47, ухудшение у 2 (за счет развития пиелонефрита), у 32 без перемен. У 11 больных степень восстановления функции определить не удалось. После нефрэктомии у 11 больных функция единственной почки была нормальной. На отдаленных сроках после операции умерло 6 больных (через 7 месяцев, 2, 8, 9, 10 и 11 лет после операции), из них 2 — от инфаркта миокарда, двое от злокачественных опухолей других органов и двое от гнойного пиелонефрита, осложненного почечной недостаточностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Урология, 1957, 4.— 2. Вольпян Е. Л. Там же, 1957, 4.— 3. Гимпельсон Э. И. Камни почек и мочеточников. Медгиз, М., 1956.

УДК 616. 612—002—616—053. 2

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕРОИДОВ АНАБОЛИЧЕСКОГО И КАТАБОЛИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ «НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА» У ДЕТЕЙ

В. Х. Забиров

Кафедра факультетской педиатрии (зав. — доктор мед. наук Б. Я. Резник, научн. руководитель — проф. М. Б. Голомб) Донецкого медицинского института им. А. М. Горького на базе областной детской клинической больницы (главврач — Н. П. Юхно)

Под «нефротическим синдромом» у детей понимают первично возникшую нефропатию, характерными чертами которой являются резко выраженные отеки, массивная