

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

протенинурия, снижение альбуминов и увеличение α_2 -глобулиновой фракции в сыворотке крови, гиперлипидемия, преимущественно за счет повышения холестерина.

Исследованиями при помощи электронной микроскопии установлено, что при «нефротическом синдроме» поражается эпителиальный слой клубочков — утолщается базальная мембрана. Базальная мембрана как бы изъедена молью («мембранозный гломерулит»).

Нефротический синдром у детей может протекать в виде «чистой» и «смешанной» формы. При «чистой» форме нефротического синдрома нефритические знаки (выраженная гематурия, гипертония и т. д.) носят временный, проходящий характер, при «смешанной» они становятся постоянными. Так как при нефротическом синдроме нарушены процессы белкового обмена, особое значение приобретает применение гормонов анаболического действия.

Мы поставили своей задачей проследить влияние анаболического гормона метиландростендиола на течение «нефротического синдрома» у детей и выявить динамику общего белка и белковых фракций сыворотки крови.

Нами исследовано 28 детей в возрасте от полутора до 15 лет с давностью заболевания от 1 месяца до 4 лет. Клиническая картина у всех была типичной (олигурия, отеки, значительная протенинурия, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия и гипонатриемия). АД у подавляющего большинства детей оставалось нормальным. Вышелоченных эритроцитов в моче было 3—8 в поле зрения.

Назначалась гипохлоридная, обогащенная полноценным животным белком и солями К диета, витамины, трансфузии плазмы.

12 детей (I гр.) получали одновременно метиландростендиол и преднизолон; 16 (II гр.) получали после месячного лечения преднизолоном метиландростендиол в течение двадцати дней.

Преднизолон мы назначали от 1 до 1,5 мг на кг веса больного в течение 4—6 недель и затем постепенно снижали дозу. Метиландростендиол давали сублингвально по 1 мг на год жизни больного в течение 20—30 дней. До лечения гормональными препаратами общий белок составлял в среднем: в I группе — 3,78, во II — 3,75 г%. Отмечалось снижение альбуминов (в среднем до 30,27% в I гр. и до 24,83% во II) и γ -глобулина (в среднем до 14,77% в I гр. и до 15,69% во II гр.). Глобулиновые фракции были увеличены за счет α_2 (в среднем до 32,40% в I гр. и до 34,68% во II) и β (в среднем до 13,98% в I гр. и до 17,19% во II). Глобулиновая фракция α_1 существенно не изменялась и составляла в среднем 8,56% в I гр. и 7,59% во II. Содержание холестерина в сыворотке крови у детей обеих групп было увеличено: в I гр. в среднем до 277 мг% и во II до 274,3 мг%. Остаточный азот крови находился в пределах нормы: соответственно 30,1 мг% и 32,8 мг% (в среднем). У детей I гр. в первые 5—7—10 дней лечения отмечалось незначительное нарастание отеков; затем в течение 4—6 дней резко увеличивался диурез, спадали отеки, наступало улучшение общего состояния, нормализовались аппетит и сон, снижалась протенинурия (у ряда больных — вплоть до полного исчезновения). К моменту окончания месячного курса лечения наступала ремиссия.

Существенно не отличалось течение болезни и во II гр. Диуретический криз наступал в эти же сроки. Метиландростендиол, включенный после отмены преднизолона, приводил к значительной стабилизации достигнутой ремиссии.

К моменту окончания месячного курса лечения (в период наступления ремиссии) в белковом составе сыворотки крови произошли следующие сдвиги: увеличился общий белок (в среднем до 4,5 г% в I гр. и до 4,55 г% во II), значительно повысился уровень альбуминов (в среднем до 41,43% в I гр. и до 42,58% во II), снизился уровень α_2 -глобулиновой фракции (в среднем до 23,07% в I гр. и до 19,96% во II). Однако полной нормализации этих показателей не произошло. α_1 -, β - и γ -глобулиновые фракции не пришли к норме.

Одновременно холестерин сыворотки крови снизился в среднем в I гр. до 223,3 мг%, во II до 197,3 мг%. Остаточный азот крови остался нормальным как в I, так и во II гр. (соответственно в среднем 29,1 мг% и 29,05 мг%).

Альбумино-глобулиновый показатель сыворотки крови, до лечения равный в среднем 0,4 в I гр. и 0,33 во II, к моменту окончания гормональной терапии повышался в среднем до 0,7 в обеих группах.

Последовательное включение в терапию метиландростендиола у детей II гр. к десятому дню лечения вызывало значительное повышение уровня общего белка (в среднем до 5,28 г%); на показатели белковых фракций сыворотки крови в этот период метиландростендиол не оказывал существенного влияния: альбумины составляли в среднем 41,38%, глобулины: α_1 — 7,45%, α_2 — 25,25%, β — 12,94%, γ — 12,95%. А/Г был равен в среднем 0,74.

Содержание холестерина сыворотки крови и остаточного азота было нормальным. К 20-му дню лечения метиландростендиолом изменения в белковой картине сыворотки крови выражались в следующем: общий белок увеличивался в среднем до 6,07 г% ($P < 0,05$). Альбумины повышались в среднем до 45,95%; глобулиновая фракция α_2 снижалась в среднем до 18,92%. α_1 -, β - и γ -глобулиновые фракции существенно не изменялись.

А/Г повышался до 0,85 (исходный показатель 0,7).

Содержание холестерина сыворотки крови и остаточного азота крови оставалось в пределах нормы.

Полученные нами данные согласуются с литературными и подтверждают протеиноанаболическое действие метиландростендиола.

Проявлений собственно андрогенного действия ни у одного ребенка в период лечения метиландростендиолом не установлено.

УДК 611. 6—616. 2

О РЕФЛЕКТОРНЫХ СВЯЗЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ ТРАКТОМ

Ю. С. Боголюбов

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. В. Харитонов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

Многие урологические заболевания, сопровождающиеся острыми болями, отличаются такой симптоматикой со стороны органов брюшной полости, которая нередко затемняет признаки основного заболевания и ведет к ошибкам диагностики и лечения. Эти абдоминальные симптомы проявляются в виде приступообразных болей в животе, тошноты, рвоты, вздутия живота, задержки стула, газов и др.

С целью выяснения механизма этих симптомов мы предприняли экспериментальное исследование рефлекторного взаимодействия мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

Еще Тиксье и Клавел (1932) получили изменение перистальтики кишечника в ответ на сильные болевые раздражения лоханки и мочеточника. А. А. Лебедев (1957) наблюдал изменение периодической деятельности желудка при раздражении почечной паренхимы электрическим током. Г. Д. Аникин (1959) и В. Ф. Байдалов (1962) показали, что раздражение механорецепторов мочевыводящей системы вызывает ряд тяжелых и стойких изменений в функциональных отправлениях желудочно-кишечного тракта.

Морфологически доказана общность иннервации мочеточников и некоторых отделов желудочно-кишечного тракта. Таким нервным звеном является межбрыжеечный тракт, нижнее брыжеечное и верхнее подчревное сплетения. Благодаря им осуществляется рефлекторная связь мочеточника с толстой и тонкой кишкой. На такую связь почечного и мочеточникового сплетений с ветвями верхнего, нижнего брыжеечного и внутреннего семенного сплетений указывают А. Н. Максименков (1949) и А. Я. Пытель (1959). Ввиду наличия нервных связей мочеточникового сплетения с почечным и чревным сплетениями возможна передача интероцептивных влияний с верхнего отдела мочеточника и лоханки на желудок (Шевчук). Макаренко установил, что через указанные нервные образования мочевыводящие пути связаны с печенью, желудком, двенадцатиперстной, нисходящей ободочной и прямой кишкой.

Исследования мы проводили на собаках в острых опытах. Моторика кишечника записывалась на кимографе с помощью резинового баллончика, введенного в кишку и соединенного водно-воздушной передачей с капсулой Маррея. Раздражителем служило изменение давления в мочевыводящих путях путем введения физиологического раствора в лоханку или мочеточник через систему поливиниловых трубок, соединенных с ртутным манометром. Исследуемыми участками желудочно-кишечного тракта были пилорический отдел желудка, двенадцатиперстная, тощая, подвздошная кишки, илеоцекальный угол и сигмовидная кишка. Участками раздражения были лоханка с прилегающим отделом мочеточника, средняя и нижняя треть мочеточников.

В первой серии опытов на 11 собаках мы исследовали моторику пилорического отдела желудка в связи с раздражениями барорецепторов мочевыводящей системы. При повышении давления в лоханочном сегменте мы получили во всех случаях тормозной эффект, который выражался в ослаблении перистальтических движений и незначительном падении тонуса желудка.

Тормозная реакция при раздражении лоханочных сегментов была справа выражена гораздо ярче, чем слева.

При раздражении нижней трети мочеточника под давлением 140—150 мм рт. ст. (давление, взятое для изучения моторики всего желудочно-кишечного тракта) получить какое бы то ни было изменение периодики желудка нам не удалось. Только при повышении давления до 190 мм мы получили еле заметный тормозной эффект с обеих сторон при раздражении средней трети и ярко выраженный — при раздражении нижней трети мочеточников.