

Детальному обсуждению был подвергнут вопрос лечения больных хроническими нефритами и хронической почечной недостаточностью.

М. Я. Ратнер, В. В. Серов и сотр. (Москва) наилучшие результаты лечения кортикостероидами получили при остром затяншемся гломерулонефрите. При хроническом нефрите у ряда больных удавалось достичь многолетних ремиссий, особенно при мембранозном типе. Хуже поддается воздействию пролиферативно-фибропластический тип. Рекомендуются повторные курсы введения кортикостероидов.

Н. А. Ратнер и сотр. (Москва) отметили, что при рациональном применении комбинаций кортикостероидов, тиазидовых диуретиков, альдактона, полиглюкина на фоне гипонатриевой диеты достигается диуретический эффект и исчезновение отеков. Даже так называемые «рефрактерных» нефротических.

М. С. Игнатова и сотр. (Москва) считают целесообразным одновременное назначение альдактона и больших доз преднизолона (2 мг на 1 кг веса больного) у детей с нефротической формой нефрита. При этом необходим тщательный биохимический контроль за состоянием водно-минерального обмена.

И. Н. Усов (Минск) показал, что у детей с нефротическим синдромом при лечении кортикостероидами, помимо изменения обмена Na и K, нарушается также и фосфорнокальциевый обмен, усиливается декальцификация.

Г. Ц. Шульцев (Москва), применив у 50 больных с хронической почечной недостаточностью анаболические стероидные гормоны (метандростенолон, дианабол, неробол), не наблюдал четкого противоазотемического действия этих препаратов: было только некоторое повышение аппетита, увеличение веса, уменьшение болевых ощущений. Докладчик обратил внимание на нежелательные действия анаболических гормонов (задержка жидкости и соли, появление или усиление отеков, некоторое возбуждающее и вирулизирующее влияние).

З. С. Баркаган и сотр. (Барнаул) поделились опытом применения гидрохлорида Е-аминокапроновой кислоты у больных острым и хроническим гломерулонефритом с упорной гематурией. Лечение проводилось курсами в 3—5 дней. Препарат взрослым давали внутрь по 2,0 через 3 часа. Эффект положительный.

И. А. Пронченко и сотр. при лечении больных со злокачественным гипертоническим синдромом и нефротическим отеком придают большое значение диете с резким ограничением натрия (300—500 мг в сутки). Резкое ограничение белка (до 20,0) и дозированное ограничение натрия — 3,0—5,0 (при отсутствии отеков и гипертонии) оказались эффективными у больных с хронической почечной недостаточностью.

М. М. Мендельсон и сотр. (Москва) тщательно проследили отдаленные результаты (от 2 до 5 лет) у 100 больных, перенесших постабортную острую почечную недостаточность и леченных методом гемодиализа. В эти сроки исчезли практически все патологические симптомы почечного страдания. Восстановилась функциональная способность почек. Менструальная функция нормализовалась уже на 2—4-м месяце от начала заболевания, после чего были благополучно протекавшие беременности и роды.

Н. Н. Коновалова и О. И. Моисеева (Ленинград) предлагают в комплексном лечении «почечных анемий» при хронической почечной недостаточности назначать кобальт.

Я. П. Цаленчук (Москва)

УДК 616—053.2—617

## II ВСЕСОЮЗНЫЙ СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ И I СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ПРИБАЛТИЙСКИХ РЕСПУБЛИК

(2—4/II 1967 г., Рига)

II Всесоюзный симпозиум детских хирургов был посвящен хирургической патологии почек у детей. По данным Ю. Ф. Исакова, В. Н. Ермолина, В. И. Державина и И. В. Казанской (Москва) пороки мочеполовой системы составляют 35—40% всех аномалий развития у детей. К этому следует добавить, что они часто являются причиной гибели еще в периоде новорожденности. Своевременное распознавание пороков развития почек представляет определенные затруднения, так как большинству аномалий почек, лоханок, мочеточников и мочевого пузыря свойственны одинаковые формы клинических проявлений. В настоящее время урологи располагают значительным выбором рентгенологических и хирургических методов исследования. Наиболее распространенный из них — внутривенная (экскреторная) урография. Докладчики в последнее время начали применять инфузионную урографию, она дает ценную информацию о функциональном и морфологическом состоянии почек при различных патологических процессах в верхних мочевыводящих путях. В последние годы стали внедряться в практику такие методы обследования, как почечная ангиография и урорентгенокинематография.

Основу детской урологии составляют реконструктивные органосохраняющие операции, которые должны полностью устранять препятствия к оттоку мочи и восстанавливать правильную динамику ее выведения.

В. Н. Ермолин, В. П. Ситникова, А. Г. Пугачев, И. Н. Потапова, Т. В. Сергеева (Москва) доложили о клинике, диагностике и терапии пиелонефрита у детей.

В настоящее время установлено, что пиелонефрит возникает в результате прямой бактериальной инвазии в почки. По материалам докладчиков у 70% детей флора оказалась устойчивой ко всем наиболее часто применяемым антибиотикам. В развитии заболевания определенное значение имеют вирулентность агента, массивность микробной инвазии и состояние сопротивляемости организма ребенка. У детей особое значение имеет восходящий (уриногенный) путь инфекции.

Помимо местных симптомов, относящихся к мочевому тракту (лейкоцитурия, протенурия, эритроцитурия, цилиндрурия, расстройств мочеиспускания), при острых формах пиелонефрита у детей часто наблюдаются высокая температура, рвота, токсикоз, анемия, потеря веса, анорексия, запоры, поносы, неврологическая симптоматика. Чем меньше возраст ребенка, тем более отчетливы общие признаки болезни.

При остром пиелонефрите нет параллелизма между степенью выраженности мочевого синдрома и клиникой острого пиелонефрита, что обуславливает часто ошибочную диагностику и неправильное лечение.

Для диагностики пиелонефрита применяются сейчас бактериологические анализы мочи (посев и подсчет числа микробных тел); выявление скрытой лейкоцитурии, эритроцитурии и цилиндрурии по методу Каковского — Аддиса с определением суточной экскреции белка; измерение клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину и составление ее с концентрационной способностью почек; исследование почечной функции кислотно-щелочного гомеостаза; почечная биопсия; почечная ангиография; изотопная реновасография; рентгенологические методы исследования.

Докладчики привели схему лечения больных с острым пиелонефритом. У новорожденных и грудных детей неотложными являются мероприятия по борьбе с обезвоживанием и токсемией: введение жидкости внутривенно капельно, сердечно-сосудистые средства, антибиотики широкого спектра действия (их следует часто менять, по возможности учитывая антибиотикограммы), сульфаниламиды, препараты нитрофуранового ряда, пирамидон, уротропин, салол, аскорбиновая кислота, поливитамины.

Лечение продолжают еще не менее 4 недель после нормализации общего состояния больного и анализов мочи. Оно длится иногда 6—8 месяцев.

При апостематозном нефрите, карбункуле или абсцессе почки, при паранефрите показаны оперативные вмешательства.

Ребенка можно считать выздоровевшим, если после лечения в течение 2 лет моча остается нормальной, нет повышения температуры и бактериурии.

Г. П. Кулаков (Москва) применял гемодиализ по поводу почечной недостаточности у детей от 8 до 13 лет.

В детской практике советская искусственная почка может быть применена как в оригинальном варианте, так и с уменьшенным количеством пластин. Детские врачи должны воспользоваться этой возможностью.

Л. А. Дурнов (Москва) отметил, что к настоящему времени злокачественные опухоли почек у детей имеют много различных названий. В последние годы достигнуты определенные успехи в лечении детей со злокачественными опухолями почек. Это связано с разработкой методов комплексного лечения. Трансперитонеальная нефрэктомия с предварительной перевязкой сосудистой ножки почки в сочетании в послеоперационном периоде с рентгено- и химиотерапией позволила добиться удовлетворительных результатов. При опухоли Вильмса наиболее эффективным оказался противоопухолевый антибиотик актиномицин D и отечественный противоопухолевый антибиотик хризомалин, обладающий меньшей токсичностью, чем актиномицин D. Апробирован новый отечественный антибиотик — брунеомицин, который также является весьма эффективным при опухоли Вильмса.

На симпозиуме детских хирургов Прибалтийских республик обсуждался вопрос о раннем выявлении и лечении дисплазии тазобедренного сустава. Участники симпозиума пришли к заключению, что большая эффективность при лечении больных с этим пороком развития достигается в период новорожденности. В настоящее время многие исследователи рассматривают вывих бедра как следствие нераспознанной и своевременно не леченной дисплазии тазобедренных суставов. Таким образом, врожденным является не вывих, а дисплазия тазобедренных суставов, которую следует понимать как недоразвитие элементов сустава и окружающих его тканей, возникающее под действием пока не выявленных причин. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава не имеет никакого отношения к родовому травматизму, а относится к врожденной аномалии развития. Дисплазия и вывихи тазобедренного сустава должны диагностироваться еще в родильном доме.

Это было высказано в выступлениях представителей Ленинграда, Риги, Тбилиси и других городов.

Последний день заседания был посвящен врожденным порокам сердца и магистральных сосудов в раннем детском возрасте.