

Наблюдавшиеся нами лимфангиомы имели длительное течение (до 4 лет) и представляли собой опухоли различной величины в зависимости от анатомического положения каждой из них. Гистологическое строение этих опухолей представлено соединительной тканью, коллагеновыми волокнами, внутренняя поверхность покрыта эндотелием, в стенке кист обнаруживаются волокна гладкой мускулатуры. Содержимым кист является млечная жидкость. Лимфангиомы не могут исходить из цистерны протока, где нет условий для объемных процессов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. Патологическая анатомия. М., Медгиз, 1953.
2. Бадалян Г. Л. Вестн. хир., 1973, 4.
3. Вишневская Е. В., Трушников Е. В. Вopr. онкол., 1969, XV.
4. Гольберт З. В., Левникова Л. А. В кн.: Итоги 14-й сессии онкол. ин-та им. Герцена по вопросам организации противораковой борьбы. Волгоград, 1960.
5. Ибатуллин И. А. Казанский мед. ж., 1973, 3.
6. Ионов Н. В. Здравоохр. Казахстана, 1966, 10.
7. Колосовская В. Ф., Михайлов Ю. М. Хирургия, 1956, 8.
8. Лукьянченко Б. Я., Зайратьянц В. Б. Вестн. рентгенол. и радиол., 1955, 4.
9. Перельман М. И., Дубров Э. Я. Вестн. хир., 1966, 9.
10. Петровский Б. В. Хирургия средостения. М., Медицина, 1960.
11. Ролик Л. К. Вopr. онкол., 1962, 10.
12. Соколовский Б. Ф. Вестн. хир., 84, 1960, 1.
13. Тихов П. И. Летопись русск. хирург., СПб, 1897, 2.
14. Франк А. Г. Вестн. хир., 1970, 10.
15. Шиловцев С. П. Руководство по хирургии. 1960, т. 7.
16. Паттен Б. М. Эмбриология человека (пер. с англ.). Торонто, 1959.
17. Lambert A. V. J. Thor. Surg., 1940, 1.

Поступила 21 ноября 1978 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.61—002.3—053.2—072.7

**А. Ф. Чекалин (Горький). Полярографическая активность сульфосалицилового фильтрата, сульфгидрильные группы сыворотки крови и полярографический индекс при пиелонефрите у детей**

Полярографический фильтратный тест не является строго специфическим. Он меняется при различных заболеваниях, отражая патологические процессы в организме. Изучению полярографической активности сульфосалицилового фильтрата сыворотки крови при пиелонефрите у детей посвящена только одна работа (Руснак и соавт., 1972).

Мы исследовали полярографическую активность сульфосалицилового фильтрата, содержание сульфгидрильных групп сыворотки крови и полярографический индекс у 83 детей (возраст — от 1 года до 14 лет), больных пиелонефритом.

При поступлении общее состояние было удовлетворительным у 48 детей, среднетяжелым — у 26 и тяжелым — у 9. Более чем у половины обследованных в период обострения наблюдались дизурические расстройства, поллакиурия, дневное недержание мочи. При посеве мочи наиболее часто определяли кишечную палочку, стафилококки, реже — протей, синегнойную палочку, стрептококки. У части больных высевалась комбинация бактерий. Флора, как правило, была устойчивой к большинству из применяемых антибиотиков. Чувствительность сохранялась к мономицину и неомицину. Урологическое обследование выявило у 34 больных вторичный пиелонефрит.

Полярографические исследования активности сульфосалицилового фильтрата проводили на полярографе типа Лр-60. Результаты оценивали по высоте белковой волны, которую измеряли от уровня предельного тока волны кобальта до середины осцилляций второй белковой волны. В динамике изучали также изменение первой и второй белковых волн и их отношение ( $\frac{h_1}{h_2}$ ) — коэффициент К. Уровень сульфгидрильных групп в сыворотке крови определяли методом, описанным В. В. Соколовским (1962). Полярографический индекс (ПИ) был получен как частное от деления высоты полярограммы в миллиметрах на количество сульфгидрильных групп в 100 мл сыворотки крови в микромолях, умноженное на 100.

В качестве контрольных данных принимали результаты обследования 37 здоровых детей различного возраста.

Динамика изученных показателей в зависимости от активности процесса — в период обострения и в период стихания — приведена в таблице. В период обострения заболевания выявлено отклонение всех показателей от нормы. Сниженное содержание SH-групп в оба периода пиелонефрита указывает на нарушения белкового обмена. Как правило, наибольшее повышение полярографической активности сульфосалицилового фильтрата наблюдалось у детей с более выраженными ренальными и экстра-

**Поляррографическая активность сульфосалицилового фильтрата и сульфгидрильные группы сыворотки крови у здоровых детей и у больных пиелонефритом в период обострения и стихания воспалительного процесса в почках**

| Показатели                     | Норма |           | Период обострения |          |                | Период стихания |           |                | P <sub>1-2</sub> |
|--------------------------------|-------|-----------|-------------------|----------|----------------|-----------------|-----------|----------------|------------------|
|                                | n     | M±m       | n                 | M±m      | P <sub>1</sub> | n               | M±m       | P <sub>2</sub> |                  |
| SH . .                         | 37    | 48±0,3    | 61                | 43±1     | <0,001         | 67              | 47±0,3    | <0,05          | <0,001           |
| h <sub>1</sub> . .             | 37    | 29±0,4    | 61                | 46±2     | <0,001         | 67              | 32±1      | <0,001         | <0,001           |
| h <sub>2</sub> . .             | 37    | 25±0,4    | 61                | 32±1     | <0,001         | 67              | 27±0,4    | <0,05          | <0,001           |
| h <sub>1</sub> +h <sub>2</sub> | 37    | 54±1      | 61                | 78±2     | <0,001         | 67              | 59±1      | <0,001         | <0,001           |
| K . . .                        | 37    | 1,16±0,02 | 61                | 1,4±0,02 | <0,001         | 67              | 1,20±0,01 | >0,05          | <0,001           |
| ПИ .                           | 37    | 111±2,7   | 61                | 187±8    | <0,001         | 67              | 126±3     | <0,001         | <0,001           |

Примечание. P<sub>1</sub> и P<sub>2</sub> — достоверность разности при сравнении с нормой; P<sub>1-2</sub> — достоверность при сравнении показателей в период обострения и стихания процесса.

ренальными проявлениями. В период стихания процесса активность фильтрата снижалась, но нормы не достигала. Это указывало на сохраняющиеся нарушения обменных процессов в организме и необходимость продолжения лечения.

При сравнении изучавшихся нами тестов с общеизвестными методами определения активности процесса (СОЭ, белковые фракции сыворотки крови, лейкоцитоз, лейкоцитурия и др.) выявлена корреляционная зависимость. Так, при снижении количества альбуминов в сыворотке крови и при нарастании лейкоцитурии поляррографическая активность фильтрата, поляррографический индекс увеличиваются, а содержание SH-групп понижается. Необходимо отметить, что при незначительных отклонениях от нормы СОЭ, белковых фракций, при небольшой лейкоцитурии обнаруживались существенные изменения активности фильтрата и поляррографического индекса.

В результате комплексного лечения (в том числе оперативного у 12 больных) у всех детей наступило улучшение: у 3 достигнута полная клиничко-биохимическая ремиссия, у 51 — клиническая ремиссия и у 13 — частичная клиническая ремиссия. У больных с гидронефротической трансформацией почек значительно улучшилось общее состояние и уменьшилась степень лейкоцитурии.

Таким образом, поляррографический метод исследования сыворотки крови и амперометрический метод титрования SH-групп можно использовать как вспомогательные методы в оценке активности патологического процесса, а также для контроля эффективности лечения при пиелонефрите.

#### ЛИТЕРАТУРА

Rusnac C., Bucuresti L., Fagarasan M., Rusnac Cat. *Pediatrica*, 1972, 6, 499.

УДК 546.26.222:616.61—008.6

#### Ю. В. Гаврилов (Куйбышев-обл.). Особенности течения острой почечной недостаточности при ингаляционном отравлении четыреххлористым углеродом

Мы наблюдали 3 больных с ингаляционным отравлением четыреххлористым углеродом. Все больные поступили в поздние сроки с момента отравления, с развившейся острой почечной недостаточностью, а до этого находились на лечении в инфекционных отделениях (2 из них — с диагнозом «грипп» и 1 — с диагнозом «болезнь Боткина»).

Д., 38 лет, поступил в отделение гемодиализа в стадии олигурии — анурии на 6-е сут с момента отравления. Ввиду выраженной гипергидратации (отеки лица и туловища), гипертензии (180/100 мм рт. ст.) и начинающегося отека легких больному назначали высокие дозы фуросемида — по 400 мг 2 раза в сутки — под контролем почасового прироста диуреза. Суточный прирост диуреза составил 300%. В последующие 3 дня больной получал фуросемид в той же дозе до развития полиурической стадии. Снижение азотемии наступило на 4-е сут с момента развития полиурии. В удовлетворительном состоянии Д. выписан на 24-е сут.

С., 37 лет, поступил в отделение гемодиализа с развившейся анурией на 10-е сут с момента отравления. Период олигурии — анурии у него составил 14 дней. В течение 7 дней больной получал высокие дозы фуросемида (суточная доза 920 мг). Несмотря на суточный прирост диуреза после назначения диуретиков, решено начать лечение гемодиализом ввиду нарастающей азотемии (мочевина — 64,9 ммоль/л) и отека легких. Было проведено 3 гемодиализа. Снижение азотемии произошло на 7-е сутки с мо-