

диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими острый нефрит (систематический контроль состояния, исследование мочи, АД, определение режима, уточнение диеты, лечение очагов хронической инфекции). Оно должно проводиться не менее чем в течение 6—12 месяцев, что является профилактикой развития хронического процесса.

УДК 616.611 — 002

КЛИНИКА И ИСХОД ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА

Р. М. Мамиш, Г. Р. Архипова и Л. А. Фомина

*Кафедра педиатрии № 1 (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа имени
В. И. Ленина*

Мы изучали клинику и исходы острого диффузного нефрита у детей, лечившихся в нашей клинике, по данным катамнеза. В первую очередь нас интересовали причины перехода острого нефрита в хронический.

С 1953 по 1960 г. в клинике лечился 161 больной с острым нефритом, причем у 9 был нефротический синдром. 84 ребенка выписаны по выздоровлению, 63 — с остаточными явлениями со стороны мочи (следы белка и единичные эритроциты в осадке) и 14 — без улучшения. У 29 мальчиков и 30 девочек нам удалось выяснить отдаленные результаты после перенесенного нефрита путем вызова их в клинику и подробного обследования. Давность заболевания к моменту их вызова (1963 г.) составляла: у 15 детей — 9—10 лет, у 13 — 7—8 лет, у 22 — 5—6 лет и у 9 — 2—4 года. Состояние 11 детей потребовало повторного наблюдения и лечения в стационаре.

К моменту обследования 36 детей оказались здоровыми, у 14 обнаружены остаточные явления со стороны мочи и у 9 острый нефрит перешел в хроническую стадию, из последних 4 умерли. Смерть (вследствие почечной недостаточности) наступила у 1 больного через 2 года, у 2 через 3 года и у 1 через 5 лет от начала заболевания.

Особенно подробно была обследована группа больных с хроническим нефритом и остаточными явлениями со стороны мочи (23 чел.). У 6 чел. давность заболевания была 8 лет, у 3 — 7 лет, у 4 — 5 лет, у 10 — 3—4 года. Заболели острым нефритом в возрасте 1—3 лет 4 чел., 4—7 лет — 7 и 8—12 лет — 12. Следует отметить, что из 4 больных с летальным исходом у 3 заболевание началось в возрасте от 1 до 3 лет и у 1 — в 6 лет.

Развитию острого нефрита у 15 из 23 детей предшествовали ангина или обострение хронического тонзиллита, у 3 — катар верхних дыхательных путей, у 3 — почечная форма капилляротоксикоза, у 1 — скарлатина и у 1 — гнойничковое заболевание кожи. Госпитализация этих детей была проведена в основном в поздние сроки (20 поступили на 2—4-й неделе, 1 — через год и только 2 — на 2—3-й день заболевания острым нефритом). Поступили в поздние сроки те больные, у которых нефрит принял хроническое течение. У 17 детей отмечено острое начало заболевания, у 6 — постепенное. Из 23 больных лишь у 2 нефрит протекал с нефротическим синдромом. В анамнезе у всех больных отмечено от 2 до 4 инфекций (корь, коклюш, скарлатина, ветряная оспа, эпидемический гепатит и др.). У всех больных были сопутствующие заболевания: у 15 — хронический тонзиллит, у 10 — карие зубов, у 8 — глистные инвазии, у 2 — ревматизм, у 2 — туберкулезный бронхоаденит и у 1 — болезнь Дауна.

Лечение в клинике длилось у 6 больных 1—1,5 месяца, у 12 — 2—2,5 месяца и у 5 — более 3 месяцев. 6 чел. выписаны по выздоровлению, у 16 были остаточные явления со стороны мочи (следы белка и в осадке эритроциты от единичных до 10—15 в поле зрения). У всех больных при выписке не было отеков и АД было нормальным. Только 1 больной был выписан без улучшения (по настоянию родителей).

5 чел. с хроническим нефритом, оставшиеся в живых, периодически лечились у нас в клинике по поводу обострения заболевания. При этом наблюдались отеки, повышенные АД и стойкие изменения со стороны мочи. Количество остаточного азота было в пределах нормы, концентрационная способность почек по функциональной пробе Зимницкого не была нарушена, удельный вес мочи был достаточно высоким. В настоящее время у всех 5 детей — хронический нефрит в стадии компенсации. Из остальных 14 детей 3 жалуются на периодически наступающие головные боли и головокружения, 11 считают себя здоровыми. Однако у 2 из них держатся отеки под глазами, у 3 повышено АД на 10—15 мм и у всех в моче обнаружен белок (от 0,2 до 2%), эритроциты от единичных до большого количества в поле зрения. Остаточный азот у всех был в пределах нормы, содержание общего белка крови колебалось от 4,18 до 5,8%, альбуминов — от 50 до 53%.

Таким образом, у обследованных нами больных удалось установить позднюю госпитализацию, наличие сопутствующих заболеваний и хронической инфекции (особенно тонзиллита) — ряд обстоятельств, которые могли способствовать переходу нефрита в хроническую стадию. Нужно отметить, что многие больные были выявлены случайно, ибо считали себя здоровыми.

ВЫВОДЫ

Дети, перенесшие острый диффузный гломерулонефрит, должны быть взяты на строгий учет и подлежат диспансерному наблюдению в течение года. При затяжном течении болезни и наличии остаточных явлений к моменту выписки из стационара срок диспансеризации, безусловно, должен быть удлинен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарева Н. А. Педиатрия, 1961, 4.— 2. Маслов М. С. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 3.— 3. Муратиди Я. И. Педиатрия, 1960, 12.

УДК 616.61 — 616 — 089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕФРОПТОЗОМ

В. И. Байдин

*Тихорецкая горбольница (главврач — В. К. Воярж)
Научный консультант — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина (Казань)*

Отдаленные результаты оперативного лечения нефроптоза зависят от того, насколько выбраный способ нефропексии обеспечивает самую минимальную травматизацию паренхимы почки и надежную ее фиксацию.

Под нашим наблюдением находилось 38 женщин и 6 мужчин, которым была произведена нефропексия.

Правосторонний нефроптоз был у 31 больного, левосторонний — у 10, двухсторонний — у 3. 2-я степень подвижности почки была у 15 больных, 3-я — у 29. Болевой симптомокомплекс был выражен у всех больных. Постоянные тупые боли, усиливающиеся после физической работы, длительного стояния и ходьбы, приступы почечной колики и повышенное АД наблюдались у 29 больных, ноющие боли в поясничной области с частыми приступами почечной колики без повышения АД — у 15. Резкая раздражительность, тремор рук, резко выраженный дермографизм, плаксивость, сердцебиение отмечались у 8 больных, сочетание их с другими симптомами нефроптоза — также у 8. У 5 больных помимо выше перечисленных симптомов были запоры или поносы, схваткообразные боли в животе, понижение аппетита. Нефропексия по С. П. Федорову произведена у 3, по С. П. Федорову в сочетании с методом Гораш — у 41 больного.

Операции осуществляли под местной анестезией. Почку выделяли из жировой капсулы не полностью, а только по выпуклому краю передней и задней поверхности. У верхнего и нижнего полюсов почки жировую капсулу от фиброзной не отделяли. Затем делали разрез по выпуклому краю фиброзной капсулы почки и производили типичную нефропексию по С. П. Федорову. Прежде чем окончательно фиксировать почку, мы накладывали дополнительные матрацеобразные кетгуттовые швы за жировую капсулу почки у нижнего полюса с обвивным стремяобразным швом фиброзной и жировой капсулы вместе. Второй обвивной шов как бы перемежался с наложенным ранее обвивным швом на фиброзную капсулу по С. П. Федорову. После наложения обоих обвивных швов почку подтягивали к 12-му ребру и фиксировали. Вначале завязывали нити первого обвивного шва (по С. П. Федорову), а затем второго. В рану вставляли тампон и резиновый дренаж. По дренажу на протяжении 5 дней вводили антибиотики.

Послеоперационный период протекал гладко. Тампон удаляли на 6-е сутки, дренажную трубку — на 9-е, швы снимали на 9—10-е. Рана заживала первичным натяжением. В постели в горизонтальном положении больные находились 11 дней, на 12-й разрешилось сидеть, на 13-й — вставать и ходить. Выписывали больных на 14-й день.

В настоящее время мы располагаем данными об отдаленных результатах, прослеженных около 3 лет после операции нефропексии, у 44 больных. Клинические симптомы нефроптоза исчезли почти у всех больных. Восстановилась трудоспособность, нормализовался нервно-психический статус и отправления желудочно-кишечного тракта.

За исключением 3 больных, оперированных по С. П. Федорову без модификации метода Гораш, был рецидив у 2.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гораш В. А. Нов. хир. арх., 1925, 7; Тр. XIX Всероссийск. съезда хир., Л., 1928.— 2. Федоров С. П. и Фронштейн Р. М. Оперативная урология, 1934.