

Это наблюдение свидетельствует о необходимости лечения подобных больных высокими дозами фуросемида и о целесообразности значительного повышения доз при рефрактерности к меньшим дозам препарата.

Терапевтический эффект фуросемида не всегда зависит от степени почечной недостаточности, т. е. степени сохранности массы действующих нефронов. Противоотечное действие фуросемида у наблюдавшихся нами больных не находилось также в прямой связи с выраженностью гипоальбуминемии — важнейшего экстраренального фактора нефротического отека. Даже при резком снижении концентрации альбуминов в плазме крови (до 1,8—2,4 г%) у 3 больных с начинающейся хронической почечной недостаточностью введение фуросемида приводило к исчезновению нефротического отека. Вместе с тем у 1 больной при такой же степени выраженности хронической почечной недостаточности и содержании альбуминов в плазме крови, равном 2,5 г%, отек оказался рефрактерным. Как и другие авторы [2, 4], мы полагаем, что лечение следует начинать с умеренных доз препарата (320—400 мг), постепенно повышая их при отсутствии эффекта.

ВЫВОДЫ

1. При значительном снижении массы действующих нефронов малые дозы фуросемида (40—160 мг) не оказывают положительного влияния. Терапевтический эффект в этих случаях может быть получен при применении высоких доз препарата (800—2000 мг).

2. Эффект фуросемида зависит не только от понижения массы действующих нефронов, но и от особенностей влияния препарата на канальцевый транспорт натрия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Палеева Ф. Н., Макарова Н. А. Тер. арх., 1970, т. 3.— 2. Allison M. E., Kennedy A. C. Clin. sci, 41, 1971.— 3. Heidland A., Klütsch, Moorman A., Hennemann H. Dtsch. Med. Wschr., 31, 1969.— 4. Muth R. G. JAMA, 195, 1966.— 5. Silverberg D. S., Ulan R. A., Baltran M. A., Baltran R. B. Canad. Med. Ass. J., 103, 1970.

Поступила 13 декабря 1973 г.

УДК 616.61—002

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАДИОИЗОТОПНОЙ РЕНО- И ГЕПАТОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ

Доктор мед. наук Б. И. Шулушко, Д. В. Яковлев

*Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Ф. В. Курдыбайло)
ЛСГМИ и лаборатория изотопных методов исследования
(зав. — И. С. Осипов) ЦНИРРИ*

У 76 больных хроническим гломерулонефритом (у 70 со смешанной и у 6 с гипертонической формой) были сопоставлены данные клинических, радиоизотопных, биохимических и прижизненных морфологических исследований печени и почек. Отобраны больные, ни в прошлом, ни во время исследования не страдавшие заболеваниями печени или желчевыводящих путей. 32 из них были в возрасте от 18 до 29 лет, 26 — 30 до 44 лет и 18 — от 45 до 59 лет.

Радиоизотопную ренографию и гепатографию производили по стандартной методике на радиометрической установке УРУ-64 с использованием соответственно гиппурана (0,1—0,2 мккюри/кг веса) и бенгал-

роз (8,0—10,0 мккюри на 1 исследование), меченных I^{131} . Контрольную группу составили 20 здоровых людей.

При биопсии почек у 31 чел. обнаружены пролиферативные изменения, у 17 — пролиферативно-мембранозные, у 8 — пролиферативно-фибропластические. Тубулярная дистрофия была у 41 больного, интерстициальная реакция — у 46.

При компенсированном течении заболевания почек количественные показатели ренограммы остаются в пределах нормы, по мере прогрессирования процесса изменения изотопной ренограммы нарастают (см. табл.). Это касается прежде всего секреторной фазы кривой. При выраженной почечной недостаточности закономерно наблюдается картина «немых» почек. Экскреторная фаза поражена несколько меньше, однако и она весьма затянута при снижении функции почек.

Показатели ренограммы

Течение хронического нефрита	Число больных	T макс. мин.	T $\frac{1}{2}$, мин.	Общая концентрирующая способность, %	Минутная секреция, %	Минутная экскреция, %
Компенсированное	36	$4,5 \pm 0,4$	$12,1 \pm 1,8$	$58,6 \pm 10,5$	$17,3 \pm 2,5$	$9,4 \pm 1,4$
Умеренная почечная недостаточность	30	$6,8 \pm 0,6$	$12,5 \pm 0,6$	$115 \pm 23,7$	$14,1 \pm 1,2$	$10,0 \pm 1,7$
Выраженная почечная недостаточность	10	Картина «немых» почек				
Контроль	20	$2,6 \pm 0,5$	$8,5 \pm 0,9$	$79,9 \pm 6,6$	$20,3 \pm 1,9$	$17,1 \pm 1,9$

Изучение состояния печени у больных хроническим гломерулонефритом не обнаружило снижения каких-либо ее функций на всех этапах почечного страдания. Это иллюстрируется следующими показателями, выявленными в фазе выраженной почечной недостаточности: общий белок — $6,9 \pm 0,3$ г%, альбумины — $3,5 \pm 0,3$ г%, α_2 -глобулины — $9 \pm 0,7$ %, γ -глобулины — $21 \pm 1,2$ %. Билирубин $0,4 \pm 0,02$ мг%, протромбиновый индекс 82 ± 3 %, активность ГШ-трансаминазы $50,9 \pm 2,4$ ед., холестерин — 236 ± 18 мг%. Таким образом, даже в терминальном периоде заболеваний почек обнаруживается отклонение лишь показателей липидного обмена.

Прижизненное морфологическое исследование выявило при полном сохранении общей архитектоники печени зернистость и вакуолизацию цитоплазмы гепатоцитов, выраженный полиморфизм печеночных клеток и их ядер. Гликогенизация печени во всех случаях была достаточной.

При умеренном снижении функции почек (30 чел.) у 12 больных гепатографическая кривая была без отклонения от физиологической нормы, у 12 установлены нормальные временные показатели наступления максимума активности в печени, выведения краски из печени и поступления ее в кишечник, однако гепатограммы были низкими, активность поглощения препарата паренхиматозными клетками печени — слабо выраженной, время полувыведения краски во всех этих случаях затянато. У 6 больных этой группы максимум накопления краски был нормальным, выведение из печени и поступление в кишечник начиналось в конце исследования, время полувыведения было резко затянато.

В группе больных с выраженной декомпенсацией у 3 чел. гепатограмма была без существенных отклонений, у 2 отмечено запаздывание спада кривой гепатограммы и выведения краски в кишечник и у 5 — увеличение времени наступления максимума накопления краски пе-

ченью, а также спада активности, поступления в кишечник и времени полувыведения бенгал-роз из крови.

Сравнение различных методов изучения состояния печени выявило несомненные преимущества радиоизотопной гепатографии, с помощью которой удалось обнаружить нарушения деятельности печени у больных с декомпенсированным течением нефрита.

Представляет интерес регистрация асимметрии поражения почек с помощью изотопной ренографии. Существующие методы раздельного определения функции почек (тест Говарда) значительно сложнее и менее чувствительны. Вместе с тем выявление неравномерности поражения почек при гломерулонефрите представляется чрезвычайно важным, так как диффузному процессу, каким является гломерулонефрит, асимметрия по традиционным представлениям не присуща, в отличие от пиелонефрита. Здесь, по-видимому, открываются возможности для более углубленного изучения и выявления интерстициальных изменений при гломерулонефрите, которые могут быть неоднородными в различных участках почечной ткани.

Отсутствие противопоказаний, а также большая чувствительность рассматриваемых изотопных методов исследования обеспечивают им несомненные преимущества перед общепринятыми при обследовании функционального состояния печени и почек.

Поступила 16 мая 1973 г.

УДК 615.7:616.611—002:616—053.2

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

Г. Ф. Султанова, Р. Х. Аюпова, Ф. И. Закирова

*Кафедра педиатрии № 1 (зав.— проф. Г. Ф. Султанова)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Мы наблюдали 223 ребенка с различными формами диффузного гломерулонефрита (82% с гематурической, 14,4% с нефротической и 3,6% со смешанной формами). В возрасте до 3 лет было 9,7% детей, от 3 до 7 лет — 30% и старше — 60,3%.

У половины детей установлена непосредственная связь заболевания почек с ангиной, у 12% оно было обнаружено после перенесенной скарлатины, у 2,4% — после геморрагического васкулита; у 8,4% в анамнезе имелись указания на частые острые респираторные заболевания, у 23% определенной связи процесса в почках с инфекционными заболеваниями выявить не удалось и у 4,2% детей изменения в моче были найдены при обследовании перед поступлением в различные детские учреждения.

Одной из особенностей гематурической формы диффузного гломерулонефрита являлось отсутствие выраженных экстраренальных признаков заболевания. Примерно у 65% детей видимые отеки отсутствовали, у 32% они проявлялись лишь в виде пастозности век, и только у 3% носили распространенный характер. АД оказалось повышенным (но не больше 140/80 мм рт. ст.) лишь у 12% детей (почти все — в возрасте 11—14 лет). Мочевой синдром при гематурической форме также оказался маловыраженным: макрогематурия (моча цвета мясных помоев) наблюдалась у 10,5% детей, значительная микрогематурия (эритроциты более 100 в поле зрения) — у 7,4% детей, а у остальных (82,1%) выявлена микрогематурия. Протеинурия колебалась от 0,033 до 6,6‰, однако у 6% достигала 3,3 — 6,6‰. У 44 детей белок в моче не определялся, а абсолютные потери белка с мочой за сутки не превышали 1 г.