

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.

В начале заболевания у 20,6% детей были проявления почечной недостаточности (главным образом гломерулярной), установленной при исследовании суточного диуреза, остаточного азота крови, мочевины крови и клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину. Следует отметить, что мочевого синдром отличался значительной стойкостью, и лечение не всегда давало желаемые результаты.

Нефротические формы диффузного гломерулонефрита имели наклонность к рецидивированию и характеризовались выраженными экстраренальными проявлениями: почти у 60% больных были значительные, распространенные отеки (у 2 детей — буллезные). АД у всех детей оставалось нормальным. Протеинурия ни у одного пациента не превышала 9,9‰, но в пересчете на абсолютную суточную потерю белка была выше 3 г за сутки.

Смешанные формы диффузного гломерулонефрита наблюдались главным образом в подростковом возрасте и протекали особенно тяжело, с упорными внепочечными признаками и стойким мочевым синдромом. Количество белка в моче колебалось в пределах 3,3 — 9,9‰, эритроцитов — до 15—20 в поле зрения. Уже в ранние сроки заболевания имелись стойкие нарушения парциальных и гомеостатической функций почек, с развитием у 2 детей развернутой картины хронической почечной недостаточности.

При гематурической форме мы назначали препараты 4-аминоинолинового ряда, диетолечение (стол Б₃ без соли с последующим переходом на стол БА₃), средства, направленные на уменьшение явлений гипертензии и отеков и на санацию хронических очагов инфекции. Примерно у половины больных была достигнута клинико-лабораторная, у другой половины — клинико-биохимическая ремиссия. Остаточный мочевого синдром проявлялся главным образом в виде микрогематурии, у 3% детей он оставался таким же, как и при поступлении в клинику. Лучшие результаты наблюдались у больных нефритом, развившимся после скарлатины.

Эффективность терапии делагиллом, по-видимому, может зависеть от ее продолжительности. У большинства детей с достигнутой клинико-биохимической ремиссией сроки лечения не превышали 2 месяцев. Длительный прием препарата (4—6 месяцев) приводил к осложнениям — лейкоцитурии и «посеребрению» волос. Присоединение острых респираторных заболеваний утяжеляло течение гломерулонефрита.

При нефротических формах назначали бессолевую диету, жидкость давали из расчета объема суточного диуреза с добавлением 200—300 мл за счет экстраренальных потерь. Всем детям проводили лечение кортикостероидами (1,5—2 мг на сутки в расчете на преднизолон), дегидратационную и витаминотерапию. Нескольким больным в отечный период вводили гепарин внутримышечно (100—120 ед. на 1 кг веса в сутки), что привело к быстрому купированию отеков. Подобные наблюдения, как нам представляется, могут свидетельствовать о восстановлении под влиянием гепарина микроциркуляторного русла.

У большинства детей комплексная терапия способствовала достижению клинико-лабораторной ремиссии. При рецидивах кортикостероидная терапия осложнялась состоянием гормонозависимости или гормонорезистентности. Стойкой оказалась остаточная протеинурия, которая у части больных была ликвидирована применением индометацина или лейкерана.

Лечение смешанных форм диффузного гломерулонефрита представляет особенно трудную задачу. При преобладании в клинике гематурического компонента назначали делагил, при преобладании нефротического компонента — кортикостероиды на фоне соответствующей диетической и синдромной терапии. При отсутствии эффекта применяли лейкеран, индометацин, однако и такая терапия была малоуспешной.

Таким образом, течение гематурической формы диффузного гломерулонефрита у большинства детей отличается бедной экстраренальной симптоматикой, в связи с чем заболевание нередко поздно диагностируется. Лечение делагиллом в основном можно считать эффективным. При отсутствии нарушения почечных функций клинико-лабораторную ремиссию удается получить даже у ряда детей, у которых длительность заболевания достигала нескольких лет. Нефротические формы протекают с выраженной склонностью к рецидивированию. Применение кортикостероидов вызывает клинико-лабораторную ремиссию. Лечение смешанных форм, имеющих нередко острое катастрофическое течение с развитием хронической почечной недостаточности, малоуспешно.

Поступила 25 марта 1974 г.

УДК 616.61—002:615.361

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНОТЕРАПИИ НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Т. В. Дурмашкина

*Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. Н. В. Потанин)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

В динамике гормонотерапии гломерулонефрита мы исследовали наряду с общеклиническими показателями критерии функционального состояния почек, а также проницаемость капилляров для белка и жидкости. Изучали суточный диурез, остаточный азот и креатинин сыворотки крови, клиренс эндогенного креатинина в циркадном ритме. Рассчитывали канальцевую реабсорбцию воды, проводили пробу по С. С. Зимницкому. Фильтрационно-реабсорбционную способность почек определяли также у 24 здоровых детей (контроль). Для изучения проницаемости капилляров применяли метод капилляро-венозной разницы (В. П. Казначеев, 1956).

Под нашим наблюдением было 48 больных диффузным гломерулонефритом (28 мальчиков и 20 девочек в возрасте от 1 года 8 мес. до 14 лет): 23 с гематурической формой, 19 с нефротической и 6 со смешанной. У 4 детей гломерулонефрит сочетался с урологической патологией — одно- и двухсторонними удвоениями почек (3), нефроптозом (1). У 41 ребенка течение нефрита носило затяжной и волнообразный характер, у 7 — острый и латентный. Длительность болезни до начала гормонотерапии у 23 больных составила менее 2,5 мес., у 7 — от 2,5 до 3 мес., у 12 — от 3 мес. до 1 года и у 6 — свыше 1 года. Непосредственно перед назначением гормонотерапии у 19 детей наблюдались отеки, у 8 — гипертензия, у 22 была значительная протеинурия (свыше 1‰), у 24 — умеренная и выраженная гематурия (более 50 эритроцитов в поле зрения).

39 больных получали преднизолон, 4 — триамсинолон и преднизолон (последовательными курсами), 4 — триамсинолон, 1 — дексаметазон.

Схема гормонотерапии определялась формой гломерулонефрита. При гематурической форме мы чаще всего применяли «убывающую» схему (у 18 детей), реже — «трапециевидную» (у 5). При нефротической форме у 11 детей проведено лечение по «трапециевидной» схеме, у 6 — по «убывающей», у 2 — по «зигзагообразной». При смешанной форме у 3 детей применена «трапециевидная» и у 3 — «убывающая» схема гормонотерапии. Суточная доза гормона также зависела от формы нефрита. Так, при нефротической форме максимальная суточная доза препарата (в расчете на преднизолон) на 1 кг веса ребенка чаще всего составляла 1,5 — 2,5 мг, при гематурической — 1,2—1,4 мг, при смешанной — 0,9 мг. Общая суточная доза колебалась от 20 до 50 мг. Основной курс лечения продолжался от 26 до 112 дней. Максимальную дозу препарата да-