

ние от нормы параметров, характеризующих сосудистый тонус (замедленное распространение пульсовой волны в пределах 0,18—0,22 сек., укорочение времени систолического подъема, изменения относительных показателей — отношений $\frac{a}{p}$ и $\frac{a}{RR}$). В динамике при улучшении процесса у большинства больных кровообращение в почках нормализовалось, кроме тех, у кого процесс принял затяжное течение.

Таким образом, реоренография выявляет некоторые изменения в кровоснабжении почек при нефритах у детей, проявляющиеся как в тенденции к гиперваскуляризации органа, чаще при гематурических формах нефрита, так и в склонности к уменьшению кровенаполнения почек у нефротических больных. Нарушение кровообращения в почках регистрируется и после ликвидации гипертонического синдрома и заключается в основном в колебаниях сосудистого тонуса. Метод кажется перспективным в оценке регионарного кровообращения в почках, особенно в детской практике, ввиду простоты, безвредности и возможности применять неоднократно у одного и того же больного.

Поступила 8 октября 1973 г.

УДК 616.61—002—02:618.3

ЛЕЧЕНИЕ НИТРОФУРАНАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Проф. Г. К. Парафейник, Л. С. Ковальчук

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Г. К. Парафейник)
Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова
и Куйбышевская областная клиническая больница
(главврач — Т. Г. Корнилова)*

Препараты нитрофуранового ряда обладают высокой антибактериальной активностью, оказывают воздействие на антибиотикоустойчивые и сульфамидорезистентные штаммы бактерий и имеют выраженный синергизм с антибиотиками [1, 2].

Проведенные нами бактериологические исследования мочи у беременных с хроническим пиелонефритом показали, что ведущая роль в этиологии указанного заболевания почек принадлежит стафилококкам (41,6%) и кишечной палочке (40%). Реже выявляются ассоциации бактерий (11,6%), протей (3,1%) и другие бактерии (3,7%). Выделенная микрофлора оказалась резистентной к антибиотикам ограниченного спектра действия и тетрациклинам, менее устойчивой к антибиотикам широкого спектра действия и высокочувствительной к препаратам нитрофуранового ряда: фуразолидону, фурагину, солафуру и фуракрилину. Нами изучено влияние на организм беременных с хроническим пиелонефритом длительного (трехнедельного) применения фуразолидона или фурагина по 0,1 г 4 раза в день в составе комплексной фармако-, диетической и витаминотерапии.

Из 157 женщин с хроническим пиелонефритом, которым было проведено комплексное лечение с применением антибактериальных препаратов во время беременности, 132 (84,1%) получали нитрофураны, из них 65 (41,4%) — одни нитрофураны в течение 3 недель, 53 (33,8%) — нитрофураны в течение 2 недель с последующим 7-дневным приемом антибиотиков (чаще левомицетина по 0,5 г 4 раза в день) и 14 (8,9%) — нитрофураны, антибиотики и сульфаниламиды в обычной дозировке. При выраженной бактериурии и пиурии антибиотики применяли парен-

терально по 150 000 — 200 000 ед. 4 раза в день. 25 (15,9%) беременным давали одни антибиотики (контрольная группа).

Из 157 больных один курс лечения получили 76 (48,4%), два курса — 58 (36,9%) и три курса — 23 (14,7%). Кроме того, женщинам с поздними токсикозами беременных одновременно назначали глюкозо-витаминотерапию, гипотензивные, диуретические, седативные средства в общепринятых дозировках, а при необходимости — и магнезиальную терапию.

Наши наблюдения показали, что к концу 1-й недели лечения наступало улучшение самочувствия, прекращались боли в области поясницы и дизурические расстройства, уменьшалась лейкоцитурия и протеинурия, у 75% больных исчезала бактериурия. К концу 2-й недели терапии снижалось число лейкоцитов и РОЭ, реже определялись лейкоцитурия и активные лейкоциты при анализе мочи по методу А. З. Нечипоренко. Через 3 недели лечения у 50% больных нормализовались, а у остальных значительно улучшались данные общего анализа мочи. В 25% наблюдений нормализовались показатели анализа мочи по методу А. З. Нечипоренко, у 33% беременных исчезали, а у остальных резко уменьшались активные лейкоциты. В конце курса лечения снижалось ранее повышенное АД.

Эффективность комплексной терапии с учетом течения хронического пиелонефрита, беременности и исходов родов нами изучалась в двух группах беременных. 1-ю группу составили 114 женщин, не подвергавшихся антибактериальному лечению в связи с тем, что заболевание почек у них выявлено в конце беременности, 2-ю группу — 157 женщин, получивших во время беременности от 1 до 3 курсов антибактериальной терапии. Комплексная терапия, включающая назначение антибактериальных препаратов, способствует более благоприятному течению заболевания почек во время беременности, значительно уменьшая частоту обострения хронического процесса в почках в послеродовом периоде (в 1-й гр. — у 21,1%, во 2-й — у 7,6%). К тому же у женщин, леченных во время беременности, незадолго до родов наблюдается снижение числа лейкоцитов крови по сравнению с не получавшими антибактериального лечения. Поздние токсикозы беременных во 2-й гр. были у 44,6% женщин, а в 1-й — у 82,5%. Резко снижалась частота возникновения тяжелых форм поздних токсикозов беременных и предотвращалось развитие преэклампсии и эклампсии. У леченных нами беременных невынашивание отмечено в 2,5 раза (13,4%), преждевременные роды — в 2 раза (12,1%), а поздние выкидыши — в 5 раз (1,3%) реже, чем у не получавших антибактериального лечения. У последних перинатальная смертность составила 190,9‰ при мертворождаемости 17,3%, тогда как у женщин 2-й гр. — соответственно 69,2‰ и 4,4%.

Эффективность антибактериального лечения более выражена при раннем выявлении заболевания и проведении указанных 2—3 курсов лечения во время беременности. При высеивании кишечной палочки наибольший терапевтический эффект наблюдался от назначения нитрофуранов в сочетании с антибиотиками, при стафилококках — от использования одних нитрофуранов. Комбинация нитрофуранов, антибиотиков и сульфаниламидов оказалась наиболее действенной в отношении микробных ассоциаций, лечение одними антибиотиками — наименее результативным.

Следовательно, терапия беременных женщин с хроническим пиелонефритом должна быть комплексной. Необходимо включать в нее антибактериальные препараты, диетолечение, а при возникновении поздних токсикозов — гипотензивные, седативные, мочегонные средства, назначение глюкозы, витаминов и магнезиальных препаратов. Такое лечение уменьшает риск обострения хронического пиелонефрита во время беременности, значительно снижает частоту обострения хронического воспа-

лительного процесса в почках после родов, развитие поздних токсикозов беременных, невынашивание, перинатальную смертность и мертворождаемость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фой А. М., Парафейник Г. К. В кн.: Фурагин и солафур. Рига, Зинатне, 1968.— 2. Шульц Р. Л. Роль витаминов и нитрофуранов в профилактике и лечении заболеваний у матери и новорожденных. Рига, Зинатне, 1968.

Поступила 29 апреля 1974 г.

УДК 616.62—006

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЕГО МЕТАСТАЗОВ

Проф. Э. Н. Ситдыков, С. М. Ахметова

*Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

По нашим данным, новообразования мочевого пузыря составляют 8% всех урологических заболеваний. Преобладающее большинство больных — лица старше 50 лет; мужчины болеют чаще, чем женщины (5:1).

Известно, что 95% опухолей мочевого пузыря — эпителиального происхождения, и все они — злокачественные или потенциально злокачественные. Нередко отмечается расхождение между клинической картиной и гистологическим строением опухоли, что создает значительные затруднения при решении вопроса о характере новообразования и выборе метода лечения.

Клиническое течение опухолей мочевого пузыря весьма разнообразно, зависит от типа бластного роста, величины и локализации.

Вначале новообразования мочевого пузыря протекают латентно. Опухоль может быть диагностирована случайно. Так, например, у одной больной 24 лет она была обнаружена при проведении хромоцистоскопии по поводу камня лоханки левой почки.

Первым признаком папиллярных опухолей мочевого пузыря является гематурия, которая возникает на фоне полного благополучия, без боли и расстройства мочеиспускания. Появившись раз, она может длительно не повторяться. Светлые промежутки иногда исчисляются годами. Безболевая гематурия нами установлена у 72 из 179 обследованных (40%). Гематурия может быть макроскопической (у 91%) и микроскопической (у 1,7%), тотальной (у 92,5%) и терминальной (у 7,5%). К сожалению, гематурия, если она протекает безболезненно и проходит быстро, не вызывает тревоги не только у больных, но иногда даже у врачей.

В., 66 лет, по поводу гематурии обратился к врачу-терапевту, который назначил ему стрептоцид; с приемом последнего совпало прекращение гематурии. С тех пор каждый раз при появлении примеси крови в моче больной принимал стрептоцид. Лишь спустя 7 лет гематурия, длившаяся 2 месяца непрерывно, вынудила его обратиться к урологу. Установлен диагноз: рак мочевого пузыря с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

По мере инфильтрации пузырной стенки и присоединения инфекции появляются частые позывы с резью в конце мочеиспускания. В этом периоде (дизурическом) моча становится мутной, нередко имеет гнилостный запах. Частые позывы к мочеиспусканию изнуряют больных, приводят к развитию общей слабости, а при продолжающейся гематурии