

родах виадрилом и ГОМК. Автореф. канд. дисс., М., 1968.— 6. Калганова Р. И., Сваджан Э. П. Тез. докл. к научн. конф. анестезии и реанимации в акушерстве. Л., 1968.— 7. Калганова Р. И., Гринберг Б. И. Там же.— 8. Калганова Р. И., Ибрагимов А. И. Акуш. и гин., 1970, 9.— 9. Калганова Р. И., Расстригин Н. Н., Гринберг Б. И. Там же, 1972, 3.— 10. Калганова Р. И., Иванов И. П., Федермессер К. М. и др. Вопр. охр. мат. и дет., 1967, 6.— 11. Кобзева Н. В., Ливенсон Л. М. Тез. докл. I Респ. научн. конф. по применению длительной анальгезии в медицине. Баку, 1972.— 12. Кузин М. И., Осипова Н. А. Стероидный наркоз. Медицина, М., 1969.— 13. Куртышева К. П., Пукинский Л. В. Тез. докл. I Респ. научн. конф. по применению длительной анальгезии в медицине. Баку, 1972.— 14. Кустова А. В., Маневич Л. Е., Смирнова В. С. Материалы I съезда акуш.-гин. Армении. Ереван, 1971.— 15. Ланцев Е. А. 2-я межобласт. научно-практ. конф. акуш. и гинекоз. Зап. обл. Украины. Львов, 1966.— 16. Ланцев Е. А., Агнисенко В. В., Иванова Р. Д., Титова Т. В. и др. Тез. докл. к научн. конф. анестезии и реанимации в акушерстве. Л., 1968.— 17. Маневич Л. Е., Михайлова Т. А. Там же.— 18. Маневич Л. Е., Агеенко В. П., Смирнова В. С. Тез. докл. I Респ. научн. конф. по применению длительной анальгезии в медицине. Баку, 1972.— 19. Маневич Л. Е., Иващенко Т. Ф. Тез. докл. I конф. анест.-реаним. БССР. Минск, 1971.— 20. Махлис И. М., Мишулович Е. З. Избранные вопр. акуш. и гинекоз. Медицина, М., 1971.— 21. Персианинов Л. С. Акуш. и гин., 1971, 5.— 22. Умеренков Г. П. Биохимич. наруш. и их коррекция в акуш.-гин. практике. Медицина, М., 1970.— 23. Федермессер К. М., Гринберг Б. И. Акт. вопр. акуш. и гин., М., 1967, 1, 57.— 24. Франтов Р. В. Экспер. хир. и анест., 1970, 1.— 25. Ширинов Т. X. Стероидный наркоз. Автореф. канд. дисс., Баку, 1969.— 26. Alexandrescu D., Dumitrescu A. Zbl. Gynäk., 1964, 19, 668.— 27. Bautse H. Ibid., 1961, 30, 1189.— 28. Cattaneo A., Neri F. Acta anesth. Franc., 1960, 1, 37, 5, 438.— 29. Chirrolini M. Minerva ginec., 1959, 11, 24, 1061.— 30. Cordan G., Guadagul N., Poggi et al. Presse med., 1955, 72, 1483.— 31. Cuocolo R., Curzio G. Minerva anesth., 1958, 24, 8, 335.— 32. Dent S., Wilson W., Stephen R. Anesthesiology, 1956, 17, 5, 672.— 33. Dimpel I. Anaesthesist, 1963, 12, 6, 182.— 34. Evangelos, Delivannis. Geburtsh. u. Frauenheil., 1959, 12, 1076.— 35. Harbort I. Zbl. Gynäk., 1957, 79, 1172.— 36. Hartel I. Zbl. Gynäk., 1961, 15, 600.— 37. Hofmann R. Ibid., 1965, 15, 487.— 38. Jabert J. Bull. Fed. soc. gyn. obstet., 1959, 11, 5.— 39. John H. Zbl. Gynäk., 1958, 46, 1791.— 40. König K. Ibid., 1958, 28, 1119.— 41. Kvapil I., Cech E., Kalouskova A. Cs. Gynec., 1964, 9, 448.— 42. Lagecker H., Rupprecht A. Arztl. Wschr., 1959, 28, 538.— 43. Laubach G., P'An S., Rudel W. Science, 1955, 122, 3158.— 44. Litarczek D., Litarczek D., Fotiade B. Anaesthesist, 1962, 11, 7, 225.— 45. Martin R., Harrichhausen K., Sponer K. Geburtsh. u. Frauenheil., 1960, 11, 1242.— 46. Mayer M., Herve R., Kern E. e. a. Bull. Fed. soc. gyn. obstet., 1957, 9, 1, 36.— 47. Opderbecke H. Thoraxchirurgie, 1957, 3, 53.— 48. P'An S. J. Pharmacol. exp. Ther., 1955, 115, 4, 432.— 49. Rupprecht A. Zbl. Gynäk., 1958, 28, 1118.— 50. Schwartz R. Ibid., 1958, 3, 97.— 51. Selve A., Bon M. Gynec. et Obstet., 1962, 61, 5, 719.— 52. Stedfeld G. Anaesthesist, 1957, 6, 1, 113.— 53. Thoyer-Rozat I., Dupay A. Presse med., 1957, 50, 1165.— 54. Thoyer-Rozat I., Dupay A. Bull. Fed. soc. gyn. obstet., 1957, 9, 1, 42.— 55. Varga K., Morocz K., Gvörvazi V. Geburtsh. u. Frauenheil., 1960, 11, 12, 1255.— 56. Venning E., Browne I. Endocrinology, 1957, 21, 711.— 57. Vetten K., Sichel D. Med. Proc., 1956, 262.— 58. Wierstakow B., Wisniowska. a) Ginek. polska., 1961, 2, 153; b) Ibid., 1961, 2, 163.

Поступила 11 июня 1973 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616,61—007.42:616.61—089.881

Доц. А. А. Кобелев, Ю. Д. Ренжин, Н. Т. Зуев, В. Г. Вознюк (Челябинск). Лечение нефроптоза и его осложнений

Нефроптоз — одно из наиболее сложных урологических заболеваний. Степень опущения и патологической подвижности почки часто не соответствует клиническим проявлениям и анатомическим изменениям в ней. Это послужило нам основанием разработать классификацию нефроптоза с учетом его клинического течения и осложнений и функционального состояния почек.

Первая степень нефроптоза — опущение и патологическая подвижность почки, не вызывающие субъективных расстройств и нарушения функции органа.

Вторая степень нефроптоза — большие предъявляют жалобы на боли в поясничной области при ходьбе и физической нагрузке; у части из них могут быть умеренные функциональные нарушения уродинамики опущенной почки.

Третья степень нефроптоза — больные ощущают постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при ходьбе; наблюдаются нарушения уро- и гемодинамики почки и осложнения нефроптоза.

Данная классификация нефроптоза в известной степени определяет тактику лечения больных. Так, если при нефроптозе II степени показано в основном консервативное лечение, то при III степени — нефропексия.

Консервативные методы лечения не устраняют нефроптоза и практически не оказывают влияния на течение его осложнений. Так, из 30 больных, которые пользовались бандажом или корсетом, лишь у 11 нами отмечено кратковременное уменьшение болей, состояние остальных больных осталось без изменений (у 14) или ухудшилось (у 5). Поэтому консервативная терапия может применяться с целью уменьшения болей и профилактики осложнений нефроптоза.

Показаниями к нефропексии служили осложнения. Одни из них мы относили к абсолютным (пиелонефрит, артериальную гипертонию, гидронефротическую трансформацию, фистулярное кровотечение и нефролитиаз), другие — к относительным (функциональные нарушения со стороны органов брюшной полости и нервно-психические расстройства).

С 1963 по 1972 г. нефропексия по способу Ривоир в модификации Пытеля — Лопаткина выполнена нами у 58 больных. В сроки от 1 до 9 лет после операции обследованы 50 чел. (21 женщина и 29 мужчин). Нефроптоз II степени был у 14 из них, III степени — у 36; нефроптоз справа — у 39, слева — у 7, обеих почек — у 4.

В отдаленные сроки после нефропексии рецидивов нефроптоза не выявлено, подвижность фиксированной почки сохраняется в пределах от 1,5 до 2,5 см. У 34 больных наступила стойкая компенсация осложнений нефроптоза, у 13 состояние улучшилось, и лишь у 3 эффекта не было.

УДК 616.611—002:616.61—072.74

В. Л. Эйльбарт (Чебоксары). Клиренс натрия при остром гломерулонефрите

Исследовали клиренс (коэффициент очищения) натрия у 47 больных острым гломерулонефритом. Клубочковую фильтрацию воды определяли по эндогенному креатинину, минутный диурез — в 1—2-часовых пробах и из суточного количества. Электролиты сыворотки крови и мочи изучали с помощью пламенного фотометра.

В контрольной группе (у практически здоровых людей без заболеваний почек) клиренс натрия был равен $0,8549 \pm 0,0935$ мл/мин. У больных острым нефритом средняя величина клиренса натрия до лечения была значительно ниже, чем в контрольной группе ($0,6140 \pm 0,0692$ мл/мин., $P < 0,001$), а в период лечения она оказалась значительно выше, чем до лечения ($0,8579 \pm 0,0818$ мл/мин., $P < 0,001$), тогда как различие с контрольной группой было малосущественным ($P > 0,5$).

Наши данные свидетельствуют о значительном улучшении клиренса натрия у больных острым нефритом уже в период стационарного лечения, что мы учитываем при назначении малосолевой и бессолевой диеты при лечении острого нефрита.

УДК 616—084.31:616.2:616.24—002:612.406.1

Л. Я. Александрова (Казань). Клубочковая фильтрация и экскреция водородных ионов у новорожденных, больных острыми респираторными заболеваниями и пневмонией

Мы изучали клубочковую фильтрацию и экскрецию водородных ионов у 79 новорожденных мальчиков, больных острыми респираторными заболеваниями (60) и пневмонией (19). Измеряли суточный диурез, число мочеиспусканий, клиренс по эндогенному креатинину пикратным методом, экскрецию аммиака по Конвею, титруемую кислотность (ТК) по Хеннигу.

64 ребенка были доношенными и 15—недоношенными.

При острых респираторных заболеваниях клиренс по эндогенному креатинину составлял в среднем $42,63 \pm 7,3$ мл/мин./1,73 м², экскреция аммиака — $1,5 \pm 0,2$ мэкв/кг/сутки, ТК — $2,38 \pm 0,35$ мэкв/кг/сутки. У 8 недоношенных экскреция аммиака колебалась от 0,3 до 1,6, ТК — от 0,4 до 2,3 мэкв/кг/сутки.

Клиренс по эндогенному креатинину у больных пневмонией составлял $29,3 \pm 4,2$ мл/мин./1,73 м². Мы не нашли существенной разницы в клубочковой фильтрации при пневмонии с дыхательной недостаточностью 1-й ст. и при пневмонии с дыхательной недостаточностью 2 и 3-й ст. ТК была в среднем $3,7 \pm 0,48$, экскреция аммония — $2,2 \pm 0,28$ мэкв/кг/сутки.

У 7 недоношенных выделение аммиака колебалось от 0,8 до 2,6 мэкв/кг/сутки, ТК — от 0,3 до 2,5 мэкв/кг/сутки.

Сумма ТК и аммония, дающая представление об общем количестве водородных ионов, выделенных почками, равнялась при пневмонии в среднем 5,9 мэкв/кг/сутки.

Полученные данные свидетельствуют о снижении клубочковой фильтрации у новорожденных при острых респираторных заболеваниях и пневмонии. При пневмонии изменения оказались более выраженными ($P < 0,01$). Повышение общей суммы водородных ионов при острых респираторных заболеваниях и пневмонии является, возможно, компенсаторным механизмом при ацидозе для выведения из организма кислых продуктов обмена.