

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, форникальное 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.