

Х. Ш. Абдурашитова, А. М. Брусиловский, З. Х. Ахметшин, Ф. З. Сакаева (Ифа).
Осложнения и побочные действия при лечении глюкокортикоидами детей
с гломерулонефритом

В течение 10 лет под нашим наблюдением находилось 280 детей с нефротической и смешанной формами гломерулонефрита, леченных в уронефрологическом отделении Республиканской детской клинической больницы МЗ БАССР. Больным назначали преднизолон из расчета 1,5—2 мг, реже — 2,5 мг на кг массы в сутки в течение 3—4 нед с постепенным уменьшением дозы на 5 мг в 5—7 дней и переводом их в дальнейшем на прерывистый курс лечения в дозе 10—20 мг в сутки в зависимости от возраста. Иногда вместо преднизолона применяли триамциналон или дексаметазон в соответствующих дозах. Наибольшее количество побочных действий и осложнений отмечалось при лечении дексаметазоном. Из осложнений у 4 (1,4%) больных констатирован судорожный синдром, у 3 (1,1%) — язва желудка, у 3 — деструктивная пневмония, у одного (0,4%) — психоз, у одного — тромбофлебит и еще у одного септикопиемия. Из побочных действий ятрогенный гиперкортицизм развился у всех 280 детей, гиперлейкоцитоз — у 216 (77,1%), сдвиг лейкоформулы влево — у 151 (53,9%), кратковременная гипертензия (у больных с нефротической формой гломерулонефрита) — у 67 (23,9%), снижение сопротивляемости к инфекциям и обострение хронических инфекций — у 64 (22,9%). Задержка роста и развития скелета наблюдалась у 12 (4,3%) детей с непрерывно рецидивирующим течением гломерулонефрита, которые длительное время получали глюкокортикоиды в больших дозах. Из 13 детей с осложнениями гломерулонефрит при геморрагическом васкулите) возникла деструктивная пневмония. У одного ребенка, умершего от системной красной волчанки, волчаночного нефрита, перед смертью развилась септикопиемия. У трех детей с нефротической формой гломерулонефрита, с гематурией и гипертензией и у одного ребенка с подострым гломерулонефритом после приема глюкокортикоидов наблюдались судороги с кратковременной потерей сознания и зрения, резким повышением АД.

Для своевременной диагностики осложнений и побочных действий глюкокортикоидов необходимо регулярно исследовать кровь: производить общий анализ с подсчетом тромбоцитов (1 раз в 10 дней), определением электролитов в крови и, желательно, в моче (1 раз в 10 дней), количества фибриногена, протромбинового времени и свертываемости крови (1 раз в 10 дней); измерять артериальное давление крови (ежедневно); взвешивать больных через день.

С целью уменьшения побочных действий глюкокортикоидов $\frac{2}{3}$ их дозы давали в первую половину дня (в 7 и 10 часов), остальную часть — до 17 ч; затем отменяли сначала вечернюю дозу, потом дневную при длительном сохранении утренней. Большие дозы глюкокортикоидов давались под защитой антибиотиков. Для предупреждения язвенной болезни желудка детям, у которых появлялись боли в эпигастриальной области и диспепсические расстройства, назначали алмагель и викалин. При длительных болях выполняли рентгеноскопию желудка. Для предупреждения гипокалиемии применяли препараты, содержащие калий, а также сухофрукты, печеный картофель, соки; для профилактики остеопороза и деструкции зубов — препараты кальция и витамин D₂. При нарушении электролитного обмена (гипокалиемия, гипокальциемия) производили его коррекцию.

Таким образом, при длительном лечении гломерулонефрита большими дозами глюкокортикоидов необходимо знать о возможных осложнениях и побочных действиях этих препаратов и принимать меры для своевременной их диагностики и лечения.

УДК 611.61—013:611.16

Э. С. Валишин (Казань). Эмбриологическое обоснование архитектоники
артериовенулярных анастомозов в паренхиматозном кровеносном русле почки
человека

Для построения модели почечной микроциркуляторной гемодинамики в теоретической и клинической медицине существенное значение приобретают сведения о наличии и архитектонике укороченных путей перехода крови из артериальных в венозные отделы кровеносного русла — артериовенулярных анастомозов. Однако большинство авторов считают, что такие анастомозы в паренхиматозном кровеносном русле почки человека по каким-то непонятным причинам представляют собой явление крайне непостоянное как в количественном отношении, так и в расположении.

Настоящая работа была предпринята с целью получения исчерпывающей информации об артериовенулярных анастомозах в эмбриональной стадии развития.

Исследование было проведено на 240 трупах зародышей и плодов человека от 6,5 нед внутриутробного развития до периода новорожденности общепринятыми инъекционными и безинъекционными ангиологическими и гистологическими методами.

Оказалось, что в эмбриональном периоде развития человека формирование артериальных, капиллярных и венозных отделов первичного кровеносного русла дефини-