

2. Антиаллергическая терапия при рожистом воспалении в сочетании с местным применением водного раствора карболовой кислоты, оказывающей антисептическое и раздражающее воздействие, весьма эффективна в смысле купирования процесса.

3. Профилактика рецидивов рожи требует периодического проведения антиаллергической терапии и мероприятий по улучшению питания кожи на бывшем участке рожистого воспаления в первые 3 месяца после выписки больного из стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алисов П. А. и Морозкин Н. И. Р. клиника, т. IX, № 48, стр. 544.
2. Гамм А. В. В. совр. мед., 1928, № 4, стр. 248.
3. Гуляев А. В. и Маркузе К. П. Сов. хир., т. III, вып. 3.
4. Каневская С. С. Врачебная газ., 1928, № 7, стр. 515.
5. Коварский Г. И. Сов. хир., т. III, вып. 6.
6. Напалков П. Н. Вестн. хир., 30, 87—89, 197—212; Протокол заседания хирург. об-ва Пирогова 18/VI 1932; Вестн. хир., 90—91, 165, 1933.
7. Некрасов С. А. Клин. ж. Сарат. ун-та, 1928, т. V, № 5, стр. 543.
8. Рудницкий Н. Л. Сов. врач. газета, 1933, 5—6, стр. 158.

Поступила 12 июля 1957 г.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕФРИТОВ И НЕФРОСКЛЕРОЗОВ

Проф. Л. И. ВИЛЕНСКИЙ

(Рига)

Для сравнительной оценки критериев дифференциального диагноза хронических нефритов и нефросклерозов нами изучены истории болезни 111 больных, из них 60 больных с гипертонической формой хронического нефрита, 40 — с доброкачественным нефросклерозом и 11 — со злокачественным артериолосклерозом почек.

Хронический гломерулонефрит с достаточной функцией почек имеет общие симптомы с доброкачественным нефросклерозом: гипертония, гипертрофия сердца и гематурия свойственны обоим болезненным состояниям.

Однако, при нефросклерозе выступают на первый план экстраренальные артериолосклеротические явления со стороны сердца и мозга. При нефросклерозе сильнее выражены гипертрофия и дилатация сердца, явления сердечной недостаточности развиваются быстрее, чаще появляются приступы сердечной астмы, легко переходящей в отек легких, наблюдается коронарная недостаточность. Могут появляться периодические спазмы сосудов мозга и периферических сосудов конечностей, больные жалуются на чувство ползания мурашек, иногда появляется перемежающаяся хромота. Фольгард называл эту стадию красной гипертонией. Артериальное давление гораздо выше при нефросклерозе, чем при хроническом нефрите.

„Первичный артериолосклероз почек тем вероятнее, чем выше кровяное давление при нормальной функции почек“ (Розенберг).

В противоположность нефросклерозу, при хроническом нефрите не наблюдаются столь выраженная гипертрофия сердца, сердечная и коронарная недостаточность.

При изучении ренальных симптомов при нефросклерозе определяется уробилин (С. С. Зимницкий, Г. Ф. Ланг), между тем как при хроническом нефрите с достаточной функцией почек он отсутствует. Альбуминурия, гематурия при доброкачественном нефросклерозе определяются в очень небольших размерах. По С. С. Зимницкому, альбуминурия может совершенно отсутствовать или же она достигает лишь 0,5—1,0—1,5‰. В осадке могут встречаться отдельные гиалино-

вые цилиндры, а иногда и красные кровяные тельца. Функциональная способность почек при доброкачественном нефросклерозе и хроническом нефрите, исследованная по методу С. С. Зимницкого, показывает колебания удельного веса от 1015 до 1025, то есть не выявляется ни гипостенурия, ни изостенурия. Только в 4 случаях нефросклероза удельный вес был 1008—1015.

При нефросклерозе наблюдается никтурия, то есть увеличивается ночной диурез при одновременном уменьшении дневного, при хроническом нефрите отмечается увеличение ночного диуреза при одновременном нарастании дневного (С. С. Зимницкий).

Остаточный азот крови в обеих группах заболеваний не превышает 40 мг%.

Изучение протеинов в крови показывает, что при хроническом нефрите они колеблются от 5,26% до 8,75%, а при доброкачественном нефросклерозе — от 6,7% до 8,75%.

По данным Н. А. Ратнер, при хроническом нефрите белок крови колеблется от 4 до 6,99%, при доброкачественном нефросклерозе — от 7,6 до 8,2%.

Холестерин в крови при нефросклерозе стоит на более высоких цифрах, чем при хроническом нефрите.

Таким образом, более резко выраженная альбуминурия и гематурия характерны для хронического гломерулонефрита, протеины крови при хроническом нефрите имеют тенденцию к снижению, между тем как при доброкачественном нефросклерозе они находятся в пределах нормы. Холестерин при нефросклерозе повышен, при хроническом нефрите остается в нормальных пределах.

Все эти данные играют роль при дифференциальной диагностике этих состояний.

Имеют так же значение анамнез и возраст больных. Анамнестические данные, указывающие на перенесенные в прошлом ангину, грипп и другие инфекции, а тем более острый нефрит, заставляют предположить у больного хронический нефрит и исключить нефросклероз. Хронический нефрит развивается в более молодом возрасте, нефросклероз — в более пожилом возрасте.

Наши больные по возрасту распределяются следующим образом:

Таблица 1

Возраст	Число больных хроническим нефритом	Число больных доброкачественным нефросклерозом	Число больных злокачественным нефросклерозом
15—20	6	—	—
21—30	8	—	—
31—40	20	5	—
41—50	14	15	6
51—60	12	14	5
61—70	—	5	—
71—80	—	1	—
Итого . . .	60	40	11

Дифференциальная диагностика вторичной сморщенной почки и первичной сморщенной почки далеко не всегда бывает легкой, даже микроскопически (И. В. Давыдовский).

М. Розенберг пишет, что „при отсутствии в анамнезе указаний на острый гломерулонефрит очень трудно и даже невозможно бывает

решить, имеем ли мы перед собой первичную или вторичную сморщенную почку, идет ли речь о стадии недостаточности хронического гломерулонефрита или первичного артериолосклероза“.

Действительно, обе группы больных страдают бледной гипертонией. При первичной сморщенной почке и вторичной наблюдаются гипертония, уремия, анемия, альбуминурия, гематурия, повышение остаточного азота в крови, нарушение функциональной способности почек. Однако, при вторичной сморщенной почке прежде всего налицо ренальные симптомы, между тем как при первичной сморщенной почке одновременно наблюдаются незначительные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Больные умирают чаще от кровоизлияния в мозг, от инфаркта миокарда и сердечной недостаточности.

У злокачественных гипертоников, как правило, наблюдается резкая гипертрофия левого сердца, сердечный толчок сильно выражен с ясным плато и обычно отодвинут далеко влево. Вскрытие показывает, что при злокачественной гипертонии обычная находка — это „cor bovinum“ (С. С. Зимницкий).

Часто наблюдаются ритм галопа, альтернирующий пульс и относительная недостаточность митрального клапана. Артериальное давление при первичной сморщенной почке стоит на очень высоких цифрах и не имеет тенденции к снижению. При вторичной сморщенной почке артериальное давление стоит на более низких цифрах.

Электрокардиограмма (Л. И. Фогельсон) в ряде случаев дает возможность провести дифференцировку между первичной и вторичной сморщенной почкой. При первичной сморщенной почке наблюдается дискордантное смещение сегмента RS — T, двухфазный зубец T во всех отведениях с первой отрицательной фазой в I и II отведениях и левых позициях грудных отведений и первой положительной фазой в III отведении и в правых позициях грудных отведений. Обычно наблюдается левый тип ЭКГ.

При вторичной сморщенной почке сегмент RS — T либо не смещен, либо смещен конкордантно. Зубец T снижен или отрицателен, но редко двухфазен.

Изучение ренальных симптомов показывает, что при злокачественном артериолосклерозе почек часто отмечается выраженная альбуминурия. По нашим данным, она колеблется от 1,65‰ до 6,6‰.

При обследовании нами 60 больных с хроническим нефритом мы не могли установить разницы в колебаниях альбуминурии при хроническом нефрите с достаточной функцией почек и хроническом нефрите с недостаточной функцией почек; что касается альбуминурии при первичной и вторичной сморщенной почке, то она находится на более высоком уровне при первичной сморщенной почке, что имеет определенное дифференциальнодиагностическое значение.

Еще большую роль имеет характер гематурии. Больные с злокачественным нефросклерозом имеют склонность к частым инфарктам почек, проявляющимся в массивной гематурии, что не наблюдается при хроническом нефрите. При злокачественном нефросклерозе в связи с инфарктом почек наблюдаются часто свежие эритроциты, до 70 в поле зрения, при хроническом нефрите чаще определяются выщелоченные эритроциты.

Исследования остаточного азота крови показывают, что при обоих заболеваниях он значительно повышен. Функциональная способность почек при обоих состояниях нарушена.

Таким образом, ни изучение остаточного азота крови, ни изучение функции почек не могут иметь дифференциальнодиагностическое значение.

Гиперхолестеринемия оказалась одинаково частой как при доброкачественном, так и при злокачественном нефросклерозах, что, очевидно, связано с тем, что гипертоническая болезнь сопровождается часто атеросклерозом.

При хроническом нефрите холестерин крови находится обычно на более низком уровне, чем при нефросклерозе, а потому определение содержания холестерина в крови может помочь в дифференциальной диагностике этих состояний.

В распознавании степени функциональных или органических изменений сосудов при гипертонической болезни имеет большое значение исследование глазного дна.

Федор Уден (по А. В. Архангельскому) на 19 лет раньше Брайта указал на изменение зрения при состояниях, предшествующих кровоизлиянию в мозг, соответствующих по своей симптоматологии гипертонической болезни. Исследования А. В. Архангельского показывают, что различия в морфологических изменениях глаз при гипертонической болезни и хронических нефритах выражаются в неодинаковой их частоте. Так, сужение сосудов сетчатки при хроническом нефрите он встретил в половине случаев, тогда как при гипертонической болезни — лишь в 6 из 26. Гиалиноз или липоидоз сетчатки при гипертонической болезни он обнаружил почти во всех случаях, а при хроническом нефрите — только в 4 из 18.

При гипертонической болезни чаще встречаются и другие изменения сосудов глаза в виде тромбоза вен, деструкции. Разрыв артерий встречается только при гипертонической болезни.

При гипертонической болезни геморрагии почти в половине случаев располагаются во внутренних слоях сетчатки и более обширны.

При обоих заболеваниях — в сетчатке, чаще в наружном ретикулярном слое, образуются кисты с беловатым содержимым, которые обозначаются в клинике как „белые очаги“ или как „ишемические участки“.

Глазное дно исследовано у 30 наших больных хроническим нефритом с недостаточной функцией почек, у 40 — с доброкачественным нефросклерозом и у 11 — со злокачественным нефросклерозом.

Общее сужение калибра артерий наблюдается у всех больных с хроническим нефритом в стадии функциональной недостаточности, при доброкачественном и злокачественном нефросклерозах. Неравномерность калибра артерий, их извилистость и четкообразность более присущи больным с нефросклерозом, феномен перекреста (Гунна Салюса) редко встречается при хроническом нефрите (4 случая), часто при доброкачественном и злокачественном нефросклерозах. Феномен „медной проволоки“ установлен у больных с доброкачественным нефросклерозом в 6 случаях, при злокачественном нефросклерозе — у 3 больных. Феномен „серебряной проволоки“ найден при доброкачественном нефросклерозе у 6 больных из 30, при злокачественном — у 7 из 11 больных. Расширение вен одинаково часто встречается при всех описываемых состояниях. Кровоизлияния чаще встречаются при злокачественной гипертонии (у 8 из 11 больных). Белые пятна найдены при хроническом нефрите в 10 случаях из 30, при злокачественном нефросклерозе — у 6 больных. Отечность соска — у 8 больных с хроническим нефритом и у 6 — с злокачественным нефросклерозом.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что при злокачественной гипертонии более часто встречаются кровоизлияния в сетчатку, отек сосков зрительного нерва, феномен перекреста и феномен „серебряной проволоки“.

ВЫВОДЫ:

1. Для дифференциального диагноза хронического нефрита и нефросклероза наиболее важны изменения сердечно-сосудистой системы и сосудов мозга.

При нефросклерозе, особенно злокачественном, сильно выражены гипертрофия и дилатация сердца, часто наступают явления сердечной недостаточности, сердечная астма, коронарная недостаточность и нарушения мозгового кровообращения. Артериальное давление, особенно при злокачественном артериолосклерозе почек, стоит на более высоких цифрах, чем при хроническом нефрите, причем оно более устойчиво.

2. Дифференциальнодиагностическое значение имеют результаты исследований холестерина крови.

При нефросклерозе содержание холестерина выше, чем при хроническом нефрите.

3. Ренальные симптомы показывают определенную закономерность: альбуминурия и гематурия при доброкачественном нефросклерозе отсутствуют или находятся на низком уровне.

При хроническом нефрите альбуминурия и гематурия выражены более рельефно, как и при злокачественном нефросклерозе.

4. Исследование глазного дна имеет существенное значение для дифференциального диагноза нефросклероза, особенно злокачественного и хронического нефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельский А. В. Архив патологии. 3, 1952.
2. Вовси М. С. и Благман Г. Ф. Нефриты и нефрозы. Медгиз, 1955.
3. Захарьевская М. Л. Нефросклероз, БМЭ, 21, 1932.
4. Зимницкий С. С. Болезни почек, Казань, 1924.
5. Замыслова Н. К. Вопросы патологии сердечно-сосудистой системы. 1, 1957.
6. Краснов М. Л. Вестник офтальмологии. 4, 1948.
7. Кикайон Э. Э. Морфологические изменения глаза при гипертонической болезни. Медгиз, 1955.
8. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Медгиз, 1950.
9. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. Медгиз, 1954.
10. Плетнева Н. А. Глазные болезни. Медгиз, 1952.
11. Ратнер Н. А. Труды Института терапии АМН СССР, вып. 2, 1952.
12. Розенберг М. Клиника заболеваний почек. 1930.
13. Тареев Е. М. Гипертоническая болезнь. Медгиз, 1948.
14. Цинамзгвришвили М. А. Эксперимент и клиника в вопросе почечного генеза гипертонии. Тбилиси, 1948.
15. Lichtwiz L. Die Praxis der Nierenkrankheiten. 1934.
16. Volhard. Nierenerkrankungen und Hochdruck. Leipzig, 1949.

Поступила 31 января 1958 г.

О ДИНАМИКЕ ОБМЕНА БРОМА В КРОВИ ПРИ ОДНОКРАТНОМ ОБЛУЧЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЛУЧАМИ РЕНТГЕНА

Асп. И. Х. ГАЛИМОВ

Из 1-й кафедры рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Х. Файзуллин) и кафедры нервных болезней (зав.— проф. И. И. Русецкий) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Проникающие излучения (гамма- и рентгеновские лучи) используются для лечения многих болезней. Они широко применяются и в неврологической клинике. Но нередко проведение лучевой терапии затрудняется побочными явлениями так называемой общей лучевой реакции.

Литературные данные и наши наблюдения показывают, что общая реакция на облучение возникает и протекает у различных людей по-