

Сроки и вид оперативного лечения отдаленных осложнений при заболеваниях мочеполовой системы

Время после заболевания, лет	Вид операций						
	цистолито- мия	уретеролито- томия	нефролитото- мия	уретеропла- стика	аденомэкто- мия	уретеросто- мосомия	цистолито- трипсия
До 1 года (n=3)	—	—	—	—	—	1	2
От 1 до 3 (n=12)	7	1	—	1	1	1	1
От 4 до 10 (n=5)	2	1	—	—	1	—	1
Свыше 10 (n=1)	—	—	1	—	—	—	—
	9	2	1	1	2	2	4

Примечание: n — количество больных, перенесших операцию.

по поводу отдаленных осложнений, поддерживающих активную фазу хронического пиелонефрита, выполнялись в течение первых 3 лет. В более поздние сроки наблюдения число больных с отдаленными осложнениями значительно уменьшается, так как проводимое активное диспансерное наблюдение за больными после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом и периодическое стационарное обследование их два раза в год в течение 3 лет позволяют своевременно, еще до развития тяжелой почечной недостаточности, диагностировать отдаленные осложнения и определять их рациональную терапию, что значительно улучшает результаты лечения хронического пиелонефрита после цистэктомии.

Поступила 30 декабря 1983 г.

УДК 616.16—002.151—06:616.61—008.64—053.2

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Г. А. Маковецкая, Л. Н. Кострюкова, О. Н. Пономарева

Кафедра факультетской педиатрии (зав.— проф. Г. А. Маковецкая) Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова, детская городская больница № 8 (главрач — М. Н. Нечаева), детское отделение медико-санитарной части № 9 (главрач — Н. М. Корчак) г. Куйбышева

Поражение почек при геморрагическом васкулите, по данным клинико-морфологических исследований, наблюдается у 23,8—66,0% больных [1, 4, 6]. Развитие почечного синдрома при геморрагическом васкулите рассматривается как результат повреждения стенок микрососудов органа комплексами антиген-антитело и активированными компонентами системы комплемента. Гемокоагуляционные нарушения при этом заболевании имеют характер повышенного локального и диффузного свертывания крови [3—4]. Многие вопросы, связанные с лечением больных геморрагическим васкулитом с почечным синдромом, решаются неоднозначно. Наряду с применением кортикостероидов в составе патогенетической терапии [4], к ним высказывается и отрицательное отношение [5], мотивированное тем, что стероидная терапия оказывает благоприятное действие на кожно-суставной, абдоминальный синдромы и является неэффективной при почечном процессе, в том числе при развитии нефротического синдрома. Описано усиление гипертонии и гематурии под влиянием кортикостероидов. Подчеркивается, что поражение почек при геморрагическом васкулите поддается лечению хуже, чем нефриты на фоне других системных заболеваний [5].

Мы изучали клиническую семиотику поражения почек при геморрагическом васкулите у детей, исходы заболевания и особенности лечения пациентов с почеч-

ным синдромом. Под наблюдением находилось 153 ребенка. Причины развития гломерулонефрита ретроспективно проанализированы у 225 детей, леченных в нефрологическом отделении за тот же период. У 80 больных развитие почечного синдрома было обусловлено геморрагическим васкулитом. Из них у 5 (33,3%) был диагностирован почечный синдром, у 29 (12,9%) детей, по данным анамнеза, отмечена связь гломерулонефрита с геморрагическим васкулитом. Клинические варианты почечного поражения у наблюдаемых нами больных, связь с активностью процесса и другими синдромами заболевания, а также их исходы представлены в таблице 1

Таблица 1

Клинические варианты почечного синдрома при геморрагическом васкулите

Клинические варианты почечного синдрома	Число больных	Время появления, нед	Активность процесса, степень	Сочетание с другими синдромами	Исход
Транзиторная изолированная микрогематурия	21	1—2-я	I—II	±	нормализация состава мочи через 2—3 нед
Изолированная протеннурия	19	1—2-я	I—II	±	то же
Капилляротоксический нефрит	40	2—3-я	I—III	+	ремиссия не ранее чем через год
Гематурическая форма	35	2—3-я		+	исход в хронический гломерулонефрит у 11
С нефротическим синдромом, гематурией, гипертонией	5	2—3-я	I—III	+	ремиссия у 3, исход в хронический гломерулонефрит у 2

це 1. У 61 из 80 больных обязательным проявлением почечного синдрома была гематурия, что соответствует наблюдениям и других авторов [2,4]. По данным катамнеза, через 2—7 лет 67 из 80 детей здоровы. У остальных через 2—5 лет отмечено развитие гематурической и нефротической форм хронического нефрита, при этом была обнаружена корреляция между первыми признаками поражения почек и прогнозом. Последний значительно лучше, если поражение почек началось с изолированной гематурии, хуже — при раннем нефротическом синдроме.

По данным С. В. Левицкой и М. С. Игнатовой (1982), между сроками антикоагулянтной и дезагрегационной терапии, адекватностью доз лекарственных препаратов и исходом почечного синдрома существует прямая связь. Наши наблюдения свидетельствуют также об улучшении отдаленных исходов почечного синдрома при условии раннего применения антикоагулянтно-антиагрегантных средств и своевременного назначения препаратов 4-хинолинового ряда.

И., 4 лет, заболел после ОРВИ: появились боли в животе, головная боль, температура тела повысилась до 39°. На следующий день возникла обильная экссудативно-геморрагическая сыпь типичной локализации, пастозность тканей, артралгии. Через 1,5 нед от начала болезни в моче обнаружены белок, эритроциты в большом количестве, стали нарастать периферические отеки. Мочевой синдром в последующие дни стабилизировался. Отмечено повышение содержания мочевины до 8 ммоль/л и АД до 18,6/12,0 кПа; СОЭ — 50 мм/ч. Выявлено увеличение уровня фибриногена до 4 г/л, холестерина до 7 ммоль/л, серумкунда, дифениламинового показателя крови; диспротеинемия, повышение свертываемости крови (по данным коагулограммы).

Клинический диагноз: геморрагический васкулит, смешанная форма, кожно-абдоминальный, почечный синдромы, III степень активности. В последующем основным проявлением геморрагического васкулита явился почечный синдром, который был интерпретирован как капилляротоксический нефрит, нефротическая форма с гематурией, нарушением функции почек. Отмечены изменения в иммунологическом статусе — уменьшение числа Т-лимфоцитов и гиперактивация В-клеточного иммунитета (до 26% В-клеток).

Ребенку было назначено лечение — диета В₂ без соли, постельный режим, десенсибилизирующие средства, гепарин, курантил, полькортолон до 1,5 мес, продектин. Через 2 мес в связи со стабилизацией мочевого синдрома был предписан далагил, который больной получал на протяжении 6 мес. Через 8 мес от начала комплексного

лечения у ребенка наступила ремиссия, которая продолжается 5 лет вплоть до настоящего времени.

На основании собственного опыта и данных литературы разработана и дифференцированная патогенетическая терапия в зависимости от клинического варианта почечного синдрома (табл. 2).

Таблица 2

Варианты патогенетической терапии детей, больных геморрагическим васкулитом с почечным синдромом

Клинические варианты почечного синдрома	Патогенетическая терапия
Изолированная транзиторная микрогематурия, альбуминурия	Постельный режим, диета Б Аз, антибактериальные препараты (по показаниям), антигистаминные средства, витамины С и Р, фитотерапия (крапива, володушка, пастушья сумка, тысячелистник, кукурузные рыльца, калина и др.). При рецидивирующем течении геморрагического васкулита, повышении активности — гепарин до 200 ед./кг в сутки в течение 2—3 нед под контролем коагулограммы.
Капилляротоксический нефрит, гематурическая форма	Диета Бз бессолевая, раннее назначение гепарина — 200—500 ед./кг в сутки до 1,5—2 мес, курантила — 2—3 мг/кг в сутки в течение 2—3 мес. При сохранении мочевого синдрома, высокой активности процесса более 2 мес — индометацин (или бруфен, вольтарен) — от 2 до 6 мес. При угрозе перехода процесса в хроническую форму — производные 4-хинолинового ряда, делагил — до 6—12 мес из расчета 5—10 мг/кг в сутки.
Нефротическая форма с гематурией, гипертонией	Диета Бз бессолевая, антикоагулянтно-антиагрегантный комплекс (гепарин, курантил), глюкокортикоиды — до 1,5—2 мг/кг в сутки до 2—3 нед, продектин — от 250 до 750 мг/кг в сутки до 1—2 мес), диуретики (фуросемид в комбинации с верошпироном), гипотензивные, противозотемические средства, трансфузия реополиглобина. При длительном сохранении изолированного мочевого синдрома лечение дополняют делагилом или его аналогами

Наши наблюдения свидетельствуют о полиморфизме клинических проявлений почечного синдрома при геморрагическом васкулите. Отдаленные исходы заболевания, протекающего с почечным синдромом, зависят от целесообразно подобранной терапии в остром периоде заболевания и на ранних этапах реабилитации. При развитии капилляротоксического нефрита необходимо раннее использование антикоагулянтно-антиагрегантных средств, продектина, а при нефротическом варианте — и глюкокортикоидов. При угрозе перехода в затяжное и хроническое течение нефрита показаны препараты 4-хинолинового ряда. Дети, перенесшие геморрагический васкулит с почечным синдромом, нуждаются в длительной диспансеризации, осуществляемой по принципам наблюдения за нефрологическими больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левицкая С. В., Игнатова М. С. В кн.: Детская нефрология. Киев, 1982.— 2. Ленчик В. И. В кн.: Хронические нефриты и хроническая почечная недостаточность. М., 1968.— 3. Панченко М. Д., Рынейская В. А., Козарезова Т. И. и др. Педиатрия, 1979, 8.— 4. Папаян А. В., Шабалов Н. П. Геморрагические диатезы у детей. Л., Медицина, 1982.— 5. Тареева И. Е. В кн.: Клиническая нефрология, под ред. Е. М. Тареева, М., Медицина, 1983, т. 2.— 6. Koskimies O., Mir S., Rapola J., Vilska J. Arch. Dis. Child., 1981, 56, 6.

Поступила 24 ноября 1983 г.