

болеванія) - назначеніе его в первые сутки от начала заболеванія дает 16,7% развития осложненій, во вторые - 25%, в третьи - 27,8% в четвертые и позже - 46,7%. По клинической картине можно отметить, что применение лаферона положительно влияет на длительность лихорадочного периода 2,7 дн. у больных без осложненій и 3,5 с осложненіями (в контрольной группе 2,9 и 3,9 соответственно), на длительность катарального периода 4,5 дн. у больных без осложненій и 6,6 с осложненіями (5,3 и 8,4 соответственно).

Из приведенных данных следует, что применение Лаферона в первые сутки с момента заболеванія, благоприятно сказывается на течении заболеванія. Применение лаферона при кори, преимущественно при среднетяжелых формах и в разных дозировках (по 1 и 3 млн ЕД) не оказало положительного влияния на степень тяжести заболеванія и развитие осложненій, вероятно из-за позднего введения препарата (3-4 сутки и позже).

Проводятся дальнейшие испытанія препарата, в повышенных дозировках и раннем применении при данных инфекциях.

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ФАКТОРУ В ПЛАЗМІ КРОВІ

В.К. Ліхачов

Нашими дослідженнями [1.], а також роботами [2., 3.] показано, що для нефропатії вагітних характерним є зниження рівня натрій-уретичного фактору (НУФ) в плазмі крові і сечі пропорційно утяжелінню гестозу. Враховуючи вплив НУФ на процеси реабсорбції натрію і води в каналцях нирок [4], а також роль змін діяльності нирок в формуванні міжклітинної гіпергідратації при пізніх гестозах [5], ми вирішили провести порівняльний аналіз ефективності лікування вагітних з нефропатією в залежності від дії лікувальних факторів на рівень цього гормону в плазмі крові.

Матеріал і методи дослідження

Для вирішення поставленої задачі нами були вивчені в умовах спонтанного діурезу діяльність нирок, водні простори організму, гемодинаміка у 30 вагітних з нефропатією I-III ст., яких лікували за допомогою загальноприйнятих методів (I схема) та у 29 вагітних з пізнім гестозом, яких лікували із додаванням ліків і засобів, що стимулюють вироблення та звільнення НУФ (II схема); одержані дані порівнювались із показниками у 117 вагітних з нефропатією I-III ст. до лікування та у 50 здорових вагітних в III триместрі. Транстубулярний перенос води і натрію був визначений у 20 вагітних з нефропатією I ст. після стандартного водного навантаження (2% від маси тіла). Клубочкова фільтрація води визначалась за допомогою ендogenous креатинину, концентрація натрію в плазмі крові і сечі - методом полум'яної фотометрії, натрійуретичний фактор в плазмі крові - біологічним методом Ю.І.Іванова [6.], об'єм циркулюючої плазми - за допомогою синьки Еванса, об'єм позаклітинної рідини - тіоціанатом натрію, нирковий кровоток - з

використанням кардіотрасту [7], ударний об'єм крові - ехокардіографічним методом R.Popp, D.Harrison [8].

- I схема лікування включала в себе лікувально-охоронний режим, дієтотерапію та медикаментозну терапію (седативні, транквілізуючі та нейролептичні препарати; гіпотензивні і спазмолітичні засоби; речовини, які знижують проникність судинної стінки; інфузійна терапія для усунення гіповолемії та гіпопротеїнемії і для боротьби з метаболічним ацидозом; по показанням - діуретики після інфузії білкових препаратів; засоби для профілактики гіпоксії та гіпотрофії плода; десенсибілізуюча терапія, оксигенотерапія).
- II схема була спрямована на стимуляцію вироблення та звільнення НУФ кардіоміоцитами і включала в себе:
 - 1) медикаменти, що використовувались в I схемі;
 - 2) метаболічні препарати, які сприяють підвищеному виробленню НУФ [9]: рибоксин, 10% розчин по 10 мл в/в 1 раз на день №10; есенціале по 5-10 мл, розведених кров'ю пацієнтки, в/в, щоденно, №10; оротат калію по 0,5 г 3 рази на день; метіонін по 0,1 г 3 рази на день; нікотинова кислота по 0,05 г 3 рази на день; фолієва кислота по 0,003 г 3 рази на день;
 - 3) щоденне подразнення волюморцепторів низького тиску грудної порожнини шляхом перерозподілу крові в організмі за допомогою авіаційного, протиперевантажувального костюма з метою стимуляції звільнення НУФ кардіоміоцитами [10]; процедура заключалась в стисканні гомілок та стегон жінок пневматичним тиском 50-60 мм рт.ст. на протязі 1 години; курс лікування включав 7-12 процедур.

Результати дослідження і їх обговорення

Після лікування вагітних з нефропатією I ст. за допомогою I схеми спостерігалось покращання вивчених показників, однак вони не досягали величин, притаманних здоровим вагітним в III три-містрі. Ударний і хвилинний об'єми крові при цьому мали лише тенденцію до збільшення; загальний периферичний опір судин залишався підвищеним, незважаючи на нормалізацію артеріального тиску. Залишався збільшеним і загальний опір ниркових судин, що не дозволило привести до норми ниркової кровотоку та, відповідно, клубочкову фільтрацію і фільтраційний заряд натрію (табл. 1.). Внаслідок високих показників реабсорбції води та натрію на фоні їх малої фільтрації в клубочках нирок діурез і натріурез під-вищуються недостатньо (табл. 1.). Рівень НУФ залишається суттєво зниженим (табл. 2.), що зумовлює високий показник проксимальної реабсорбції води і осмотично активних речовин (судячи по низькому значенню їх проксимальної фракційної екскреції); це, разом із зменшеним показником утворення ультрафільтрату в клубочках, залишає зниженою доставку води і натрію в дистальний сегмент нефрону (табл. 1.). Далекі від нормалізації показники об'ємів інтерстиціальної і позаклітинної рідини (табл. 2.).

Таким чином, лікування за допомогою I схеми не дає можливості суттєво підвищити діурез і натріурез, що, в свою чергу, не дозволяє усунути міжклітинну гіпергідратацію. Це зумовлено як низьким показником клубочкової фільтрації води та

натрію (через обмеження ниркового кровотоку внаслідок не усуненого судинно-го спазму і малого серцевого викиду), так і достатньо високою каналцевою реабсорбцією даних речовин (із-за низького рівня НУФ).

Таблиця 1.

Діяльності нирок у вагітних з нефропатією I ст. До і після лікування

Показники	Здорові вагітні III триместр n=50	Вагітні з нефропатією I ст.		
		до лікування n=53	після лікування	
			I схема n=10	II схема n=10
Хвилинний діурез (мл/хв.)	0,65±0,026	0,52±0,025 P ₁ <0,01	0,60±0,035 P ₁ <0,001 P ₂ >0,1	0,67±0,035 P ₁ >0,5 P ₂ <0,001 P ₃ >0,1
Клубочкова фільтрація (мл/хв.)	93,5±2,98	65,8±3,14 P ₁ <0,001	81,4±4,65 P ₁ <0,05 P ₂ <0,01	84,8±3,51 P ₁ >0,05 P ₂ <0,001 P ₃ >0,5
Канальцева реабсорбція води (%)	99,30±0,029	99,21±0,034 P ₁ <0,05	99,26±0,049 P ₁ P ₂ >0,2	99,20±0,031 P ₁ <0,02 P ₂ P ₃ <0,001
Екскреція Na з сечею (ммоль/хв.)	0,090±0,006	0,071±0,005 P ₁ <0,02	0,081±0,004 P ₁ P ₂ >0,2	0,105±0,007 P ₁ P ₃ >0,1 P ₂ <0,001
Фільтраційний заряд Na (ммоль/хв.)	12,90±0,40	9,7±0,33 P ₁ <0,001	11,5±0,56 P ₁ <0,02 P ₂ <0,01	11,9±0,45 P ₁ >0,05 P ₂ <0,001 P ₃ >0,5
Інтенсивність реабсорбції Na (%)	99,31±0,025	99,27±0,038 P ₁ >0,2	99,29±0,040 P ₁ P ₂ >0,5	99,12±0,06 P ₁ <0,01 P ₂ <0,05 P ₃ >0,05
Доставка води в розвідний сегмент нефрону (мл/хв.)	17,1±0,81	10,1±0,6 P ₁ <0,001	13,5±0,89 P ₁ <0,01 P ₂ <0,002	15,3±0,68 P ₁ >0,05 P ₂ <0,001 P ₃ >0,1
Доставка натрію в розвідний сегмент нефрону (мл/хв.)	8,3±0,38	4,8±0,23 P ₁ <0,05	6,6±0,45 P ₁ <0,01 P ₂ <0,001	7,35±0,31 P ₁ >0,05 P ₂ <0,001 P ₃ >0,1
Загальний опір ниркових судин (кПа·с/л)	792,7±50,3	1202,3±85,4 P ₁ <0,001	955,9±92,2 P ₁ >0,1 P ₂ >0,05	918,3±81,0 P ₁ P ₃ >0,5 P ₂ <0,02
Нирковий кровоток (мл/хв)	892,6±57,4	695,2±53,3 P ₁ <0,02	803,5±91,4 P ₁ P ₂ >0,2	826,9±73,5 P ₁ P ₂ P ₃ >0,5

Застосування II схеми лікування (в якій поряд із I схемою проводиться стимуляція утворення і звільнення НУФ з кардіо-міоцитів) у вагітних з нефропатією I ст. призводить, порівняно з I схемою, до суттєвого підвищення рівня НУФ в плазмі

крові, який наближується до показників у здорових вагітних (табл.2.). Це зумовлює більш виражене пригнічення проксимальної реабсорбції води та натрію (судячи по зростанню їх проксимальної фракційної екскреції до значень у здорових вагітних) і збільшення доставки рідини в розвідний сегмент нефрону (табл.1.). Відповідно, значно зростають діурез та екскреція натрію з сечею (табл.1.), що забезпечує відчутне зменшення об'єму позаклітинної рідини за рахунок інтерстиціального сектору (табл.2.). При цьому не спостерігається помітної різниці показників центральної та ниркової гемодинаміки і клубочкової фільтрації порівняно із величинами у вагітних з нефропатією I ст., яких лікували за допомогою I схеми.

Тобто, виявлене у вагітних з нефропатією I ст. покращання показників, що характеризують водні простори організму, після лікування за допомогою II схеми, зумовлене, в основному, пригніченням реабсорбції води та натрію в каналцях нирок, що вірогідно пов'язане із зростанням рівня НУФ в плазмі крові.

Динаміка змін показників діяльності нирок, водно-сольового балансу, центральної та периферичної гемодинаміки у вагітних з нефропатією II та III ст. після лікування за допомогою наведених схем, відповідає такій у вагітних з нефропатією I ст., але ознаки покращення проявляються в значно меншій мірі.

Таблиця 2.

Вміст натрійуретичного фактору в плазмі крові та водні простори організму у вагітних з нефропатією I ст. до і після лікування

Показники	Здорові вагітні III триместр n=20	Вагітні з нефропатією I ст. після лікування	
		до лікування n=20	II схема n=10
Натрійуретичний фактор (ум.од./мл)	6,8±0,53	5,3±0,41 P ₁ <0,05	6,5±0,38 P ₁ P ₂ >0,2
Об'єм позаклітинної рідини (л)	17,72±0,509	21,54±0,61 P ₁ <0,001	18,07±0,59 P ₁ P ₃ >0,5 P ₂ <0,001
Об'єм циркулюючої плазми (л)	3,43±0,086	3,2±0,027 P ₁ >0,1	3,20±0,073 P ₁ <0,05 P ₂ P ₃ >0,5
Об'єм позаклітинної рідини (л)	14,29±0,408	18,321±0,644 P ₁ <0,001	14,87±0,56 P ₁ P ₃ >0,1 P ₂ <0,001

Література

1. Ліхачов В.К., Голубев А.П., Добровольська Л.М. Зміни регуляції гомеостазу натрію в організмі жінок з пізніми гестозами // Шляхи зниження материнської та перинатальної смертності при пізніх гестозах вагітних.-Полтава, 1994. -С.64-65.
2. Марущак В.М. Влияние комплексной терапии поздних токсикозов беременных на регуляцию почками постоянства объема жидкости в организме :Автореф. дис.... к.м.н.-Киев.1978.-17 с.