

**СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ” – СОФИЯ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**



**КАТЕДРА ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ, ФАРМАКОЛОГИЯ И
КЛИНИЧНА ФАРМАКОЛОГИЯ, ПЕДИАТРИЯ,
ЕПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ**

**УБ „ЛОЗЕНЕЦ”
КЛИНИКА ПО НЕФРОЛОГИЯ**

**РЕЗЮМЕТА НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ЗА КОНКУРСА
НАУЧНИ ТРУДОВЕ**

д-р Велислава Димитрова Димитрова, дм, гл. асистент

2014 г.

1/1

ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ

VATRECHNI BOLESTI

Битр. год.
Vat. bol.

ДИ МЕДИЦИНА И ФИЗИКУЛТУРА



РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Т. ВАСИЛЕВ — главен редактор
Д. ДОБРЕВ — зам.-гл. редактор
В. КОЛАРСКИ — секретар
Членове: Н. БЕЛОВЕЖДОВ, ХР. БРАИЛСКИ,
Д. ДОЧЕВ, А. ЦАНГВ

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ

И. БЕЛОВЕЖДОВ, ЕВГ. ЙОРДАНОВА, Х. КАПОНОВ,
Г. КОСТУКОВ, ИЛ. ПОПОВИЧЕВ

ГОД. XXVI

СОФИЯ
1987

БР. 1



2. С усъвършенствуването на ултразвуковата апаратура и с увеличаване на разделителната ѝ способност се визуализират конкременти с големина над 1,5—2mm, което позволява динамичното им проследяване до почти пълното им разрушаване и елиминиране.

3. При спешни състояния ехографията е ценен диагностичен метод с възможност и за бърза диагноза.

4. При клинични данни за литиаза е задължително да се прави нативна графия.

5. Вероятността за разпознаване на рентгеногативните конкременти чрез урография и ехография не зависи от тяхното разположение в бъбрека.

P. Krăsteva, P. Džerassi — Возможности ехографии в диагностике рентгеноотрицательных камней

Резюме. Авторы поставили перед собой цель уточнить возможности эхографии у больных с „негативным“ почечным литиазом. Исследованы 54 больных, которые разделены на две подгруппы: подгруппа А — 33 больных с проведенными нативной графией, урографией и эхографией, подгруппа Б — 21 больной с хронической почечной недостаточностью и непереносимостью рентгеноконтрастных веществ, у которых сделаны только нативная графия и эхография. На основе сделанных статистических вычислений, авторы приходят к выводу, что эхография у исследованных ими больных показывает большую процентную вероятность распознавания камней, чем урография.

R. Krăsteva, R. Džerassi — Possibilities of Echography for Diagnosis of Röntgen-Negative Concrements

Summary. The objective of the authors, with the present paper, is to specify the possibilities of echography in patients with „negative“ renal lithiasis. A total of 54 patients were studied, grouped in two subgroups: subgroup A — 33 patients with native-graphy, urography and echography, subgroup B — 21 patients with chronic renal insufficiency and intolerance to X-ray contrast media, to whom only native-graphy and echography were performed. The authors concluded, on the base of the statistical calculations, that echography in the patients studied by them, has a higher percentage probability of differentiating the negative concrements than urography.

Вътр. бол. — XXVI, 1987, № 1
Vătr. bol. — XXVI, 1987, No. 1

Постъпила — юни 1986
Received — June 1986

**ПРЕЖИВЯЕМОСТ НА БОЛНИТЕ С ДИФУЗНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ
ПРИ LUPUS ERYTHEMATODES DISSEMINATUS,
ЛЕКУВАНИ СЪС СЪЧЕТАНИЕ ОТ АНТИКОАГУЛАНТИ,
КОРТИКОСТЕРОИДИ И ИМУНОСУПРЕСОРИ**

Н. Беловеждов, В. Димитрова

МА, НИФ, Катедра по клинична фармакология,
ръководител проф. Н. Беловеждов

Лечението на дифузните гломерулонефрити при lupus erythematodes disseminatus все още не е напълно разрешен проблем. Не стихват споровете относно най-подходящите дози на кортикостероидите; начина и времетраенето на прилагането им, целесъобразността от съчетание с имуносупресори или други лекарствени сред-

ства. Подходът на различните автори в търсене най-ефикасния терапевтичен режим се колебае в широки граници^{3, 14, 17, 18}.

През последните 10 години ние разработихме и прилагаме метод за лечение на дифузните лупусни гломерулонефрити със съчетание от антикоагуланти, кортикостероиди и имunosупресори^{1, 4, 5, 8, 9, 13}. В настоящата статия се разглеждат преживяемостта и състоянието на болните, лекувани през периода 1976—1982 г.

Материал и метод

От 1.1.1976 г. до 31.XII.1982 г. съчетано „патогенетично“ лечение е приложено при 17 болни — 16 жени и 1 мъж, на възраст от 16 до 54 години (средна възраст 29,0 години). Диагнозата е осигурена с бъбречна пункционна биопсия. Разпределението на болните по хистологични форми е представено на табл. 1.

Таблица 1

Разпределение на болните по хистологични форми на лупусните гломерулонефрити

Хистологични форми на лупусните гломерулонефрити	Брой болни
Дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит (МЗПГН)	6
Дифузен пролиферативен гломерулонефрит (ПГН)	3
Дифузен мембранозен гломерулонефрит (МГН)	6
Бързопрогресиращ гломерулонефрит (БПГН)	2
Общо	17

При двете болни с бързопрогресиращ гломерулонефрит са установени полулуния във всички извадени при бъбречна биопсия гломерули. Лечението включва съчетание от антикоагуланти, кортикостероиди и имunosупресори. Широкото внедряване на антикоагулантите е отличителен белег на нашето терапевтично поведение.

Антикоагулантното лечение започва с хепарин в интермитентни венозни вливания при дневна доза 30 000 U, разделени в 3 инфузии от по 500 ml 15% глюкоза. Венозното вливане на хепарина продължава от 30 до 60 дни. При възможност след това се прилагат депо-хепаринови препарати подкожно — от 20 до 25 000 U дневно. След спиране на хепарина се преминава на непреки антикоагуланти — най-често аценокумарол, в доза, достатъчна да поддържа протромбиновото време между 30 и 50 s (протромбинов индекс 35—45%).

Кортикостероидното лечение се провежда най-често орално с преднизолон. Започва се с дневна доза 60 mg. Тази доза се прилага от 30 до 60 дни в зависимост от тежестта на клиничните прояви, хистологичния вариант на гломерулонефрита, поносимостта на препарата и евентуалните странични явления. При всички тежки гломерулонефрити кортикостероидното лечение започва с метилпреднизолонов „пулс“ — от 300 до 1000 mg метилпреднизолон еднократно венозно в продължение на 3 до 5 дни, след което веднага се преминава на дневна доза от 60 mg преднизолон през устата. В такъв случай периодът с дневна доза 50 mg преднизолон се съкращава до 30 дни. След това дневната доза се намалява с по 5 mg през 7 до 15 дни, при по-ниските дози — през 15—30—60 дни. От 1978 г. бе изоставена класическата схема, при която дневното количество на преднизолон се разпределя в три приема —

сут
сут
кра

мес

вар
6 м
телиму
цис
от
нигса
фур

а а

ни)
1).нич
ни.на
уста
— 4
чеби
Оста
запаперс
gast
ни 1
и №
при
кор
бра
луп
рат
тел
реан
тригима
став
люд

Н. Беловеждов, В. Димитрова — Выживаемость больных с диффузными гломерулонефритами при диссеминированной красной волчанке, леченных сочетанием антикоагулянтов, глюкокортикостероидов и иммуносупрессорами

Резюме. Сообщаются результаты лечения 17 больных с диффузными гломерулонефритами при диссеминированной красной волчанке (16 женщин и 1 мужчина, в возрасте от 16 до 54 лет и среднем возрасте 29,0 лет), проведенного в течение периода 1976—1982 г. У всех больных лечение проводилось сочетанием антикоагулянтов, глюкокортикостероидов и иммуносупрессоров в течение 11 до 82 месяцев (в среднем 23,9 месяца). До конца 1978 года глюкокортикостероиды применялись 3 раза в день, а после этого — однократно утром или через день. Полная клинико-лабораторная ремиссия достигнута у 13 больных (76,4%). У них было преустановлено всякое лечение в течение 19 до 86 месяцев (в среднем 54,6 месяца). Только у одной больной развился рецидив, которым удалось овладеть после соответствующего лечения. Две из больных умерли, соответственно после 43- и 82-месячного лечения, от легочных пневмоний, а другие две — от осложнений в связи с глюкокортикостероидами. Сочетанным лечением антикоагулянтами, глюкокортикостероидами и иммуносупрессорами возможно достижение полной клинико-лабораторной ремиссии со средней длительностью превышающей 4 1/2 года у 3/4 леченных. Сочетанное лечение в состоянии сохранить или восстановить почечную функцию, если еще не развилась почечная недостаточность или если она не очень далекозашедшая. Для поддержания полной клинико-лабораторной ремиссии нет необходимости в постоянном принятии глюкокортикостероидов или других лекарственных средств. Все еще смертность у больных с диффузными волчаночными гломерулонефритами высокая. Однократный и перемежающийся (перерывистый) прием глюкокортикостероидов уменьшает риск появления побочных явлений.

N. Belovezhdov, V. Dimitrova — Survival of Patients with Diffuse Glomerulonephritis in Lupus Erythematoses Disseminatus, Treated by a Combination of Anticoagulant, Corticosteroid and Immunosuppressive medicines

Summary. The results are reported from the treatment of 17 patients with diffuse glomerulonephritis in lupus erythematoses disseminatus (16 females and 1 male, aged from 16 to 54, average age of 29.0), carried out during the period 1976—1982. All patients were treated with a combination of anticoagulants, corticosteroids and immunosuppressives in the course of 11 to 82 months (23.9 months on the average). By the end of 1978, corticosteroids were administered 3 times daily, whereafter — once in the morning or every second day. Complete clinical-laboratory remission was attained in 13 patients (76.4%). Any treatment to those patients was discontinued for 19 to 86 months (54.6 months on the average). Only in one patients recurrence was observed, coped with the respective treatment. Two of the patients died, after 43 and 82-month treatment respectively, of pulmonary pneumonia and another 2 — of complications: associated with corticosteroids. With the combined treatment with anticoagulants, corticosteroids and immunosuppressives complete clinical-laboratory remission could be attained with a duration of over 4 1/2 years on the average in 3/4 of the treated. The combined treatment could preserve or restore the renal function, if renal insufficiency had not developed or developed but not very advanced. The maintenance of the complete clinicallaboratory remission does not need a constant administration of corticosteroids or other pharmaceuticals. Lethality in the patients with diffuse lupus glomerulonephritis is still high. The single and alternative administration of corticosteroids reduces the risk of adverse effects.

Вътр. бол. — XXVI, 1987, № 1
Vătr. bol. — XXVI, 1987, No. 1

Постъпила — август 1986
Received — August 1986

**АНТИАКТИНОВИ АНТИТЕЛА ПРИ БОЛНИ С ОСТЪР ИНФАРКТ
НА МИОКАРДА И ИНТЕРМЕДИЕРЕН СИНДРОМ**

Г. Станкушева, К. Николов

МА, НИВБ, Катедра по пропедевтика на вътрешните болести, ръководител проф. Д. Добрев
Катедра по алергология, ръководител проф. Г. Костурков

Актинът е контрактилен протеин, който съществува в две форми: глобуларна и фибрилерна. Освен в мускулната той се установява и в други клетки: чернодробни, туморни, фибробласти¹⁵, париетални⁶, тромбоцити, а също и в някои низши организ-

Ди-
.0%
ите
ве-
ии.
Б е-
т р.
ти,
т. —
тр.
чни
Ра-
). —
А 1-
h i-
- 14.
Ser.
- 17.
Шп.
3.

случая пора-
ектни белези

нического диагноза с анатомическим. Подчеркиваются самые важные различия рассматриваемых показателей.

Таблица 2
зствения и

II. Popiliev — Analysis of Some Indices in Deceased from a Single and Repeated Myocardial Infarction

(32 болни)

Summary. The author analyzes the percentage of deceased, age distribution, participation of risk factors, mean number of days at the hospital of the deceased, some clinical symptoms of the disease, complications, anatomic localization of the disease, ECG changes, anatomically established aneurysms and rupture, as well as the non-coincidence of clinical and anatomical diagnosis in both forms of the disease. The most important discrepancies in the indices discussed are underlined.

процент

Вътр. бол. — XXVI, 1987, № 1
Vătr. bol. — XXVI, 1987, No. 1

Постъпила — септември 1986
Received — September 1986

3.1
15.6
3.1

невризми и руп-
евризма се уста-
М1, з. 7. Послед-
тна сърдечна де-
нфаркт на тези
вените руптури,
при ПИМ. Това
зненията са раз-

ненията на клинич-
Докато при ПИМ
юдните с първи и
диагноза има при
тези 4 болни 3 са
ни някои други
са били изследва
юграмата не е ни
з.

Медицина, 1971.
зов, Е. И. (ре-
С. Повторение
ина, В. П. И-
i., 206, 1979, 367-

инственого или по-
процент умерших
их в стационаре, не-
локализацию, болез-
ке и несовпадения

НИФЕДИПИН ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ

Д. Монова, С. Джонева, Н. Симеонова, В. Димитрова,
М. Стоянова, А. Койчев, Г. Стефанов, И. Ангелова,
И. Чакърски, Н. Беловеждов

МА, НИФ, Катедра по клинична фармакология,
ръководител проф. Н. Беловеждов

Калциевите антагонисти, които блокират избирателно бавните калциеви кана-
ли в сарколемата на съдовите гладкомускулни и миокардни клетки, навлязоха ши-
роко при лечението на артериалната хипертония. Основен механизъм на тяхното
действие е пълното и обратимо потискане на калциевия транспорт в миокардното
мускулно влакно и съдовата гладкомускулна клетка. Липсата на калций пречи на
активирането на лековерижната миозинкиназа, която катализира прехвърлянето
на фосфати от АТФ до леките вериги на миозина. Тъй като само фосфорилираната
форма на миозина взаимодейства с актина, съдовата гладка мускулатура се от-
пуска^{1, 2}. Съществуват редица данни за различни отклонения в калциевия метабо-
лизъм у експериментални животни и в ограничен размер у хора с хипертония, които
се коригират от калциевите антагонисти³.

Нифедипинът се абсорбира почти напълно след приемане под езика или през
уста⁴. Най-голяма част от лекарството се всмуква в тънките черва. Поради мета-
болизиране на част от приетото количество в черния дроб (ефект на първото пре-
минаване) биодостъпността на нифедипина при орално приемане е от 56 до 77%.
Върхови плазмени нива се постигат след 1 до 2 часа. При приемане под езика това
става много по-бързо. Още на 6. min в кръвта се установяват значителни серумни
концентрации. Нифедипинът се свързва във висок процент с плазмените белтъци.
Има черендробен клирънс на излъчване. Плазменият му полуживот е 4—5 часа.
Не се установява значима корелация между плазмените нива на нифедипина и го-
лемината на хипотензивния ефект^{2, 5}.

Калциевите антагонисти запазват и дори увеличават гломерулната филтра-
ция. Пози ефект се дължи поне отчасти на избирателното им действие върху рези-
стенцията на аферентните гломерулни артериоли⁶. Това ги прави особено подхо-
дими при болни с хронична бъбречна недостатъчност, където ефектът им е особено
благоприятен^{4, 7}.

Честотата на страничните явления се колебае между 4 и 17%. Нежеланите проя-