лост. При нито един болен не се е наложило прекъсване на лечението поради непоносимост на нифедипина.

Изводи

1. Нифедипинът, приложен самостоятелно в доза 40 mg дневно, е ефикасен в 86,1% от болните с лека и в 60,0% от болните с умерена хипертония.

2. Съчетаването на нифедипина с бета-блокер, диуретик или клонидин усилва ефекта му.

3. При дневна доза до 40 mg страничните явления са редки, незначителни и преходни.

4. Нифедипинът, приложен самостоятелно или в съчетание с бета-блокери, диуретици или клонидин, е отлично средство за лечение на леката и умерената артериална хипертония.

Книгопис. І. Томов, И.л: Лечение на болестите на сърцето. С., Мед. и физк., 1982. — 2. Doyle, A. E. In: Handbook of Hypertension. Vol. 5. Clinical Pharmacology of Antihypertensive Drugs. Ed. A. E. Doyle. Elsevier Sci. Publs., 1984, 390—402. — 3. Heidland, A. et al. *Contr. Nephrol.*, 33, 1982, 254—269. — 4. Kleinblosem, C. H. et al. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 37, 1985, 565—574. — 5. Leutzenhieser, R., M. Epstein, *Am. J. Physiol.*, 249, 1985, 619—629. — 6. McCarron, D. *Amer. J. Med.*, 78, 1985, Suppl. 28, 27—34. — 7. Moreira, J. et al. *Nephron*, 41, 1985, 314—319. — 8. Raemsch, K. D., J. Sommer. *Hypertension*, Suppl. II, 1983, 18—24. — 9. Triggle, D. J. In: *Calcium Antagonists*, 1981, 1—18.

Д. Монова, С. Джонева, Н. Симеонова, В. Димитрова, М. Стоянова, Ал. Койчев, Г. Стефанов, И. Ангелова, И. Чакърски, Н. Беловеждов — **Нифедипин при лечении артериальной гипертонии**

Резюме. Сообщаются результаты применения нифедипина у 39 больных с артериальной гипертонией. Гипертонической болезнью страдал 31 больной, а у 7 была налицо симптоматическая гипертония. С легкой гипертонией были 26 больных, с умеренной — 10 и с тяжелой — 3. У 22 больных (66,6%) — 16 с легкой и 6 с умеренной гипертониями артериальное давление нормализовалось в результате самостоятельного применения 40 мс нифедипина в день. У 16 больных удалось овладеть артериальной гипертонией после прибавления бета-блокатора, диуретика или клонидина. Только у одного больного не удалось достигнуть терапевтического эффекта. Эффект наступает в среднем на 3-й — 4-й день лечения при самостоятельном применении нифедипина и спустя 4—6 дней после включения двойного сочетания. У отдельных больных отмечались незначительные и преходящие побочные явления. Нифедипин, примененный самостоятельно или в сочетании с бетаблокатором, диуретиком или клонидином, является отличным средством для лечения легкой или умеренной артериальных гипертоний.

D. Monova, S. Džoneva, N. Simeonova, V. Dimitrova, M. Stojanova, A. Kojčev, G. Stefanov, I. Angelova, I. Čakărski, N. Beloveždov — **Nifedipin in the Treatment of Arterial Hypertension**

Summary. The results are reported from the administration of nifedipin to 39 patients with arterial hypertension. Thirty one of the pateints suffered from hypertonic disease, and 8 had symptomatic hypertension. Light hypertension was established in 26 of the patients, moderate — 10 and grave — 3. In 22 of the patients (66.6%) — 16 with light and 6 with moderate hypertension, the arterial pressure was normalized by the administration of nifedipin alone, 40 mg daily. In 16 patients the arterial hypertension was coped with the addition of beta-blockers, diuretic and clonidine. Only one patient failed to respond to the treatment. The effect advanced on 3 th—4 th day on the average with the treatment with nifedipin alone and after 4—6 days after the inclusion of the double combination. Negligible and transitory adverse effects were observed in single patients. Nifedipin, admi-

3/1

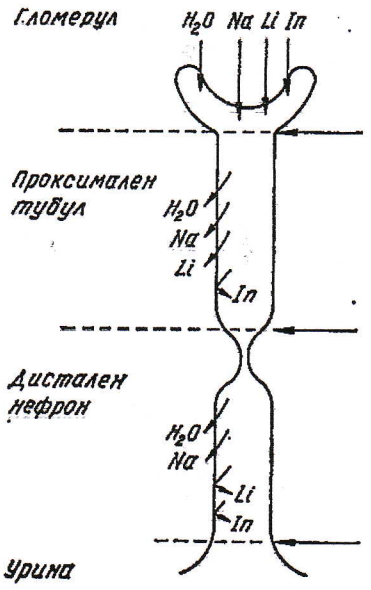
СЪПОСТАВКА НА ДИАГНОСТИЧНАТА НАДЕЖДНОСТ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗОТОПНИТЕ И НЯКОИ РУТИННИ КЛИРЪНСОВИ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ ЕСЕНЦИАЛНА И СИМПТОМАТИЧНА ХИПЕРТОНИЯ

Ал. Койчев, Е. Накова, А. Симеонова, К. Цачев, З. Тонева, В. Димитрова

МА, НИФ, Клиника по терапия на вътрешните болести и клинична фармакология, ръководител проф. Н. Беловеждов
Катедра по клинична лаборатория, ръководител проф. Д. Дочев
Научен институт по рентгенология и радиобиология, директор проф. И в. Николов

Ключови думи: *електролитни клирънси, изотопни клирънси, литиев клирънс, хипертонична болест, симптоматична бъбречна хипертония*

В диагностичната практика при изясняване функцията на бъбреците и степента на засягането им от болестния процес при хипертонична болест (ХБ) и при хронични бъбречни заболявания (ХБЗ) със симптоматична хипертония много важна роля имат различните клирънси от екзогенен и ендогенен характер. С помощта на ендогенния креатининов и екзогенния изотопен клирънс с ^{169}Yb-ЕДТА се определя рутинно в ежедневието с.ойността на гломерулната филтрация, а с екзогенния изотопен клирънс с ^{131}I-хипуран — тази на ефективния бъбречен плазмоток[2, 4, 10]. Електролитните клирънси на Na, Ca, Cl, Mg дават възможност за по-комплексна и цялостна оценка на дейността на нефрона — за неговите филтрационни и резорбционни възможности [1,2,3,4]. Напоследък в много страни като ценен рутинен метод е въведен и клирънсът на Li, с помощта на който се разграничава функционалното състояние на проксималния тубул от това на дисталния, което дава възможност за по-детайлно изучаване на отделните части на нефрона[10] (фиг. 1). С тази работа ние си поставихме цел да проверим диагностичната сигурност на изброените клирънси при определяне на бъбречната функция и размера на засягането ѝ при болни с есенциална и симптоматична хипертония, като съпоставим получените резултати помежду им и определим надеждността на всеки един от тях като критерий за оценка на същата.



Фиг. 1. Тубулна реабсорбция и отделяне на литий, вода, натрий и инулин

Материал и методи

В Клиниката по терапия на вътрешните болести и клинична фармакология, Централната клинична лаборатория — II база при Катедрата по клинична лаборатория и Радиоизотопната лаборатория — база 2 бяха изследвани следните групи лица, разпределени, както следва: 46 болни с хипертонична болест II стадий, установена по критериите на СЗО, 51 болни с хронични бъбречни заболявания (предимно пиелонефрити и гломерулонефрити) и контролна група от 10 здрави лица (табл. 1). Болните

Изводи

1. За изясняване на ранните фази при засягане на бъбречната функция най-голяма диагностична стойност показват електролитните, докато останалите използувани за такава цел клирънси не дават някакви съществени отклонения от нормата.

2. При хроничните бъбречни заболявания с възпалителен характер — пиелонефрити и гломерулонефрити, най-съществени и ценни за оценка на бъбречната функция са данните от клирънсите на Na, K, Ca и Cl, а при хипертоничната болест — този на литиевия клирънс.

3. При хипертонична болест литиевият клирънс в условията на солно обременяване показва, че увеличената екскреция на натрий и вода от проксималния тубул се дължи и на засилени компенсаторни механизми, участвуващи в отговора на бъбрека в регулацията за запазване нивото на артериалното налягане в нормалните му граници.

Книгопис. I. Беловеждов, Н. Функционална диагностика на вътрешните болести. С., Мед. и физк., 1984, 169—186. — 2. Дочев, Д. Клинична лаборатория. С., Мед. и физк., 1983, 183—190. — 3. Ando, K. et al. *Jap. Circulat. J.*, 49, 1985; 9, 984—989. — 4. Britton, K. E. *Cardiology*, 72, 1985, Suppl. 1, 22—29. — 5. Kincaid-Smith, P. *Clin. Exp. Hyper. — Theory and Practice, A6*, 1984, 172, 471—491. — 6. Ledingham, J. G. G. *J. Hypertension*, 3, 1985, Suppl. 2, 33—35. — 7. Pocock, S. J. et al. *Br. Med. J.*, 289, 1984, 5, 872—875. — 8. Ratschek, M. et al. *Clin. Nephrol.*, 25, 1986, 5, 221—226. — 9. Samuelson, O. et al. *Acta Med. Scand.*, 215, 1984, 3, 305—311. — 10. Thomsen, K. *Nephron*, 1984, 2, 217—223.

Ал. Койчев, Е. Накова, А. Симеонова, К. Цачев, З. Тонева, В. Димитрова — *Сопоставление диагностической надежности результатов изотопных и некоторых рутинных клиренсовых исследований при эссенциальной и симптоматической гипертонии*

Резюме. В Клинике терапии внутренних болезней и клинической фармакологии базы 2, Центральной клинической лаборатории при Кафедре клинической лаборатории и Радиоизотопной лаборатории — базы 2 были исследованы 40 больных с гипертонической болезнью II стадии, 51 больной с хроническими пиелонефритами и гломерулонефритами и контрольная группа из 10 здоровых лиц. У всех больных, во время свободного от каких бы то ни было лекарств периода, была проведена группа клиренсовых методов для изучения функции выделительной системы и определения степени ее поражения на самых ранних фазах рассматриваемых заболеваний. При помощи изотопных клиренсов с ^{169}Ув-ЭДТА для определения гломерульной фильтрации, ^{131}У-гипуранол для эффективного почечного тока плазмы крови, электролитных клиренсов Na, K, Ca, Cl и креатинина, величины водной экскреции, а также и недавно введенного во многих странах литиевого клиренса у каждого исследованного определялись тяжесть повреждения почек на основе отклонений от их нормальных параметров, а также и участие в них разных частей нефрона. Полученные результаты доказывают, что наибольшую ценность для оценки почечной функции при хронических почечных заболеваниях имеют электролитные клиренсы Na, K, Ca, Cl, а для гипертонической болезни — литиевый.

Ключевые слова: *электролитные клиренсы, изотопные клиренсы, литиевый клиренс, гипертоническая болезнь, симптоматическая почечная гипертония*

Al. Koychev, E. Nakova, A. Simeonova, K. Tsachev, Z. Toneva, V. Dimitrova — *A Comparison of the Diagnostic Reliability of the Results of Isotopic and Some Routine Clearances in Essential and Symptomatic Hypertension*

Summary. 40 patients with arterial hypertension II stage, 51 patients with chronic pyelonephritis and glomerulonephritis and a control group of 10 healthy persons were examined during a free from medicamentous treatment peroid by a group of clearance tests in order to study the excretory system function and the degree of its affection in the earliest phases of the diseases studied. By means of

the isotopic clearances of ^{169}Yb-EDTA for determinations of the glomerular filtration, ^{131}I-hippuran for effective renal plasma circulation, the electrolytic clearances of Na, K, Ca, Cl and creatinine, the volume of the water excretion and the lithium clearance, the degree of the renal lesion was determined in every patient examined by the deviations from the normal values and the role of the different nephron sections as well. The results of the study revealed that the best tests for evaluation of the renal function in chronic renal diseases are the electrolyte clearances of Na, K, Ca, Cl, and in arterial hypertension — the lithium clearance.

Key words: *electrolyte clearances, isotopic clearances, lithium clearance, arterial hypertension, symptomatic renal hypertension*

Вътр. бол. — XXVII, 1988, № 1
Vätr. bol. — XXVII, 1988, No. I

Постъпила — декември 1986
Received — December 1986

КЛИНИКОХИМИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА РЕПРЕЗЕНТАТИВНА ГРУПА СЛУЖАЩИ В ГР. ПАЗАРДЖИК. РЕФЕРЕНТНИ ИНТЕРВАЛИ НА ЛИПИДНИ ПОКАЗАТЕЛИ

Н. Атанасов, С. Кацарова, З. Михайлова, Д. Велкова

ВМИ, Пловдив, Медицински факултет — Пазарджик, Окръжна клинична болница, Централна клинична лаборатория
ръководител ст.н.с II ст. д-р Н. Атанасов

Ключови думи: *атеросклероза, липидни показатели, клиникохимично проучване, референтни интервали на липидни показатели*

През лятото на 1985 г. с клиникохимичен анализатор РА-1000, Техникон, Централната клинична лаборатория проведе скринiращо клиникохимично проучване сред близо 600 работоспособни служители от 4 предприятия на гр. Пазарджик.

Целта на настоящата работа са референтните интервали на липидни показатели, получени при строго съблюдавани аналитични и преданалитични условия, а също и оценка на мястото на репрезентативната група по отношение на рисковите стойности за атеросклероза.

Материал и методи

Лицата, включени в референтната група, се подбраха съобразно изискванията на IFCC[12] от клинично здравите и трудоспособни служители на възраст от 20 до 60 години. Венозна кръв се взе при седящо положение на донора сутрин между 7,30 и 11 часа на гладно. С набори на Бьорингер в кръвния серум се определиха триглицериди (ТГ) по изцяло ензимен метод (№ 470 694), общ холестерол (ОХ) по метода ХОД-ПАП (№ 236 691) и холестерол в липопротеини с висока плътност (Х-ЛПВП) след обработка с фосфоволфрамат и магнезиев хлорид (№ 543 004). Изчисли се отношението ОХ:Х-ЛПВП и холестерол в липопротеини с ниска плътност (Х-ЛПНП) по формулата на Friedewald, чиято валидност бе наскоро потвърдена[5].

Определянията се извършиха на анализатор РА-1000, калибриран с калибратор Техникон (028 T03-1291-62) и контролиран на всеки диск с монитрол I-E (LTD-200) и монитрол II-E (PTD-103 от фирмата „Мерц и Дейд".

Обработката на резултатите се извърши по непараметричен начин[13] чрез създаден за целта пакет програми за компютър „Правец-82"[1].

4/1

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

КЪСНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО НА МЕМБРАНОЗНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Н. Беловеждов, Р. Робева, В. Димитрова

МА, НИВБ, Клиника по вътрешни болести и терапия, ръководител проф. Н. Беловеждов

Ключови думи: *мембранозен глоумерулонефрит, кортикостероиди, антикоалгуланти, имуносупресори*

Мембранозният гломерулонефрит (МГН) е една от често срещащите се форми на хроничните гломерулонефрити, която при възрастни е може би най-съществената причина за възникване на нефрозен синдром[14]. Независимо че е морфологично добре дефиниран и клинично много подробно изучен, съществуват твърде противоречиви становища по отношение на естествената еволюция на болестта, целесъобразността, вида и показанията за лечение, както и за ефекта на терапията върху преживяемостта.

Според някои автори МГН е с относително доброкачествен естествен ход и твърде висок процент на преживяемост[9, 15], докато според други[6] до хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) достигат голяма част от болните. Съществуват противници на патогенетичното лечение[7, 10, 23], както и негови активни привърженици[1, 3, 5, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20].

Използваните терапевтични схеми се различават значително помежду си. Най-често прилагани са кортикостероидите в дози, вариращи от 30 mg/24 h[12] до 60—100 mg/24 h, давани ежедневно или алтернираще[5, 7, 10, 11, 19] със или без начален „пулс" от 1000 mg метилпреднизолон[14]. След получените от G. Lagrue и сътр.[13] окуражаващи резултати с хлорамбуцил започват опити за самостоятелно или по-често в комбинация с кортикостероиди използуване на имуносупресори[8, 17, 18, 23]. Напоследък се съобщава и за резултати от комбинираното прилагане на имуносупресори, антикоагуланти и антиагреганти[15, 20].

Целта на настоящото проучване е да се прецени ефектът от лечението върху преживяемостта на болните с МГН.

Материал и метод

Проучени са 27 болни с идиопатичен МГН (18 жени и 19 мъже), системно диспансерно наблюдавани и лекувани в Клиниката по вътрешни болести и терапия при Научния институт по вътрешни болести — София. При всички диагнозата е поставена след светлинномикроскопско и имунофлуоресцентно изследване на материал от пункционна бъбречна биопсия. Не са включени болни, при които са налице данни за системен lupus erythematodes, ревматоиден артрит, неоплазми.

Продължителността на болестта е отчетена от момента на първата клинична изява (протеинурия, отоци), а на наблюдението — от първото пролежаване и вземане на диспансерен учет към клиниката до март 1988 г.

Изследвани са системно протеинурията, серумният общ белтък и албумин. Нефрозен синдром се приема при протеинурия повече от 3,5 g/24 h, серумен общ белтък, по-малко от 60 g/l, серумен албумин — под 30 g/l, наличие на отоци. Пълна ремисия е налице, когато са ликвидирани клиничните и лабораторните признаци на гломерулонефрита, бъбречната функция е запазена или стабилизирана

Присъединяваме се към C. Ponticelli и сътр.[17], както и към останалите привърженици на активното лечение, че МГН е болест, подлежаща на терапия, чрез която в повечето случаи може да се постигне трайна ремисия и да се запази бъбречната функция.

В заключение може да се каже, че лечението на МГН с патогенетични средства, съобразено с индивидуалните особености на болния, създава възможност за висока преживяемост и подобряване на качеството на живота.

Цитирана литература: 1. Беловеждов, Н. Патогенетични и клинико-терапевтични проучвания при хроничните гломерулонефрити. Докт. дис. С., 1984. — 2. Сепетлиев, Д. Медицинска статистика. С., Мед. и физк., 1980, 206. — 3. Тишков, И. Хронични гломерулопатии — клинична характеристика и възможности за комплексно лечение. Докт. дис. С., 1988. — 4. Belovezhdov, N., R. Robeva, V. Genova. *Int. Urol. Nephrol.*, 18, 1986, 193. — 5. Collaborative Study of the Adult Idiopathic Nephrotic Syndrome. *New Engl. J. Med.*, 301, 1979, 1301 — 1306. — 6. Davison, A. M. et al. *Clin. Nephrol.*, 22, 1984, 61—64. — 7. Donadio, J. V. et al. *Kidney Int.*, 33, 1988, 708—715. — 8. Ehrenreich, T. el al. *New Engl. J. Med.*, 295, 1976, 741—746. — 9. Hill, A. B. A Short Textbook of Medical Statistics. London etc., Hodder and Stoughton, 1977. — 10. Honkanen, E. *Clin. Nephrol.*, 25, 1986, 122—128. — 11. Hopper, J., P. Trew, C. Biava. *Nephron*, 29, 1981, 18—24. — 12. Kobayashi, Y. et al. *Nephron*, 30, 1982, 210—219. — 13. Lagrue, G. et al, *Kidney Int.*, 8, 1975, 274 (Abstr.). — 14. Mallick, N. P., C. A. Short, J. Manos. *Nephron*, 34, 1983, 209—219. — 15. Murphy, B. F., K. F. Fairley, P. S. Kincaid-Smith. *Clin. Nephrol.*, 30, 1988, 175—181. — 16. Noel, L. H. et al. *Am. J. Med.*, 66, 1979, 82—90. — 17. Ponticelli, C. et al. *New Engl. J. Med.*, 310, 1984. 946—950. — 18. Ponticelli, C. (Principal discussant in Nephrology Forum). *Kidney Int.*, 29, 1986, 927—940. — 19. Ramzy, M. H. et al. *Clin. Nephrol.*, 16, 1981, 13—19. — 20. Shearman, J. D. et al. *Clin. Nephrol.*, 30, 1988, 320—329. — 21. Warwick, G., J. M. Boulton-Jones. *Lancet*, 2, 1988, 8624, 1361. — 22. Wehrmann, M. et al. *Clin. Nephrol.*, 31, 1989, 67—76. — 23. Western Canadian Glomerulonephritis Study Group. *Can. Med. Assoc.*, 115, 1976, 1209—1210.

Н. Беловеждов, Р. Робева, В. Димитрова — *Поздние результаты лечения мембранозного гломерулонефрита*

Резюме. Изучены 27 больных с мембранозным гломерулонефритом (МГН), леченных активно кортикостероидами, антикоагулянтами, а некоторые из них и иммуносупрессорами. Преобладают мужчины (70,4%). Почечной биопсией нефрозный синдром обнаружен у 88,9%, протеинурия менее 3,5 g/24h найдена у 11,1%, артериальная гипертония — у 18,5%, а почечная недостаточность — у 14,8%. В конце наблюдения 15 больных (55,6%) оказались в полной и 4 (14,8%) в частичной ремиссии. У 8 (29,6%) больных налицо хроническая почечная недостаточность и трое из них перешли на хронический гемодиализ. Сравнивая больных с и без хронической почечной недостаточности, обнаруживается статистическая значимость для прогноза только наличия поврежденной почечной функции во время почечной биопсии, а также и большей продолжительности болезни.

Выживаемость активно леченных нами больных равняется 100% на 5-й год и 94,9% — на 10-й год, что дает нам возможность принять, что мембранозный гломерулонефрит является болезнью, позволяющей посредством лечения в большинстве случаев достичь стойкой ремисии и сохранить почечную функцию.

Ключовые слова: *мембранозный гломерулонефрит, кортикостероиды, антикоагулянты, иммуносупрессоры*

N. Belovezhdov, R. Robeva, V. Dimitrova — *Late Results of Membranous Glomerulonephritis Treatment*

Summary. 27 patients with membranous glomerulonephritis treated with corticosteroids, anticoagulants and some with immunosuppressors are discussed. Men prevailed. Nephrotic syndrome proved by renal biopsy was found in 88,9%, proteinuria under 3,5 g/24 h — in 11,1%, arterial hy-