

зрения. При введении альбумина в белковом кольце происходила кристаллизация солей, наблюдались растрескивания и ячеистый рост.

В период становления клинко-лабораторной ремиссии отмечено уменьшение количества и размеров кристаллических образований, снижение растрескивания при введении альбумина.

Кристаллизация по типу сферолитов характерна для липидсодержащих сред и может свидетельствовать о появлении в моче липидных, белково-липидных компонентов сыворотки крови и аналогичных элементов мембран за счет деструкции клеток почечной ткани. Явление растрескивания обусловлено резким различием удельного объема среды в жидком и твердом состояниях и изменением сцепления с подложкой (стеклом).

Таким образом, установлено, что при различных нозологических формах нефрологической патологии существуют качественные и количественные структурные проявления в препаратах мочи, что позволило выявить морфологические маркеры кристаллов данной биологической жидкости, отражающие патогенетические сдвиги в организме.

Функциональное состояние кишечника у детей с аллергодерматозами.

А.А. Шварцбейн, Н.Ф. Чернова, Л.А. Анохина

Кафедра детских болезней УГМА, ГДБ № 19, ОНПЦ г. Екатеринбург

Одним из значимых механизмов формирования АД, особенно в раннем возрасте, является истинная пищевая аллергия и другие виды непереносимости пищи, которые тесно связаны с функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта, дисбактериозом кишечника.

В комплексной оценке состояния кишечника у детей с аллергодерматозами (АД), находившихся на лечении в ОНПЦ, использовались наряду с учетом клинических проявлений, исследования копрограмм, состава микробной флоры и паразитофауны толстого кишечника, проба с Д-ксилозой, ректороманоскопия.

Обследованы 117 детей в возрасте от 4 месяцев до 14 лет с АД. Истинная экзема была диагностирована у 42 детей, себорейная экзема у 11, нейродермит у 62 детей. Мальчиков было 60, девочек - 57. У 2/3 обследованных детей кожный процесс имел диффузный характер

с давностью поражения от нескольких месяцев до нескольких лет. Анализ анамнеза показал высокий удельный вес больных с перинатальной патологией (88%), ранним искусственным вскармливанием (67%), появлением первых кожных высыпаний в связи с введением в питание пищевых продуктов (73% детей). Манифестация кожных проявлений у многих детей сопровождалась клиническими проявлениями кишечного синдрома в виде длительного нарушения характера стула, с тенденцией к его учащению, с повышенным содержанием в нем слизи, вздутием живота, болевым синдромом или запорами. Пальпаторно отмечалось урчание кишечника, положительный симптом Образцова, болезненность в точках Поргеса. У 2/3 детей в периоды обострения появлялись симптомы интоксикации, снижалась масса тела. Копрологические синдромы - креатореи, стеатореи, амилореи - у большинства детей отражали нарушение ферментативной функции желудочно-кишечного тракта. При изучении микробного пейзажа толстой кишки обращало на себя внимание снижение общего количества кишечной палочки, лакто- и бифидобактерий (у 45% детей), при повышении содержания условно-патогенной флоры - клебсиелла, протей, цитробактер, стафилококк и др., часто в различных комбинациях (53% детей).

Всем детям проводилась проба с Д-ксилозой: определялась экскреция Д-ксилозы с мочой за 5 часов и ритм её выведения, отражающий функцию дистального и проксимального отделов тонкой кишки. Преимущественное снижение экскреции за счет нарушения функции проксимального отдела отмечено у 16 детей, за счет дистального отдела - у 17 человек, у 42 детей имелось умеренное нарушение абсорбции на всем протяжении толстой кишки, особенно выраженное у детей раннего возраста. В 36% случаев изменений в экскреции Д-ксилозы отмечено не было.

Лечение препаратом энтеролом в дозе 2 порошка в сутки в течение 10 дней проведено 11 детям с низкими значениями суммарной экскреции Д-ксилозы. После курса лечения у семи детей выявлена нормализация этого показателя, у двух достигнута отчетливая положительная динамика и лишь у двух детей с продолжительным диспепсическим синдромом не было восстановления значений экскреции Д-ксилозы. Нормализация клинического синдрома коррелировала с лабораторными данными. У 52 детей она сопровождалась улучшением и кожного процесса. Выводы:

1. Нарушения всасывания в тонкой кишке различной степени тяжести по тесту с Д-ксилозой выявлены у 64% детей, имеющих клинику АД в сочетании с кишечными дисфункциями.

2. По-видимому, у большинства детей эти изменения носят транзиторный, обратимый характер, о чем свидетельствует положительная динамика результатов с Д-ксилозой на фоне лечения энтерологом.

3. Используемый лабораторный тест высокоинформативен, неинвазивен, не требует больших экономических затрат.

Опыт лечения хронического вирусного гепатита С у детей Интроном А

Л.В.Кокарева, Е.П. Новожилова

Кафедра детских болезней педиатрического факультета УГМА

Областная детская клиническая больница

Проблема лечения хронических гепатитов, учитывая широкую распространенность и прогрессирующее течение многих форм этой группы заболеваний, является одной из ключевых в современной гепатологии.

В гастроэнтерологическом отделении ОДКБ №1 за 1997-1998 гг. было пролечено 6 детей с хроническим вирусным гепатитом С в возрасте от 6 до 14 лет. Все дети поступили в отделение в состоянии средней тяжести с явлениями астеновегетативного синдрома, гепатомегалией и спленомегалией. У трех из них регистрировался синдром цитоллиза, АНCV у всех были отрицательными. Маркеры репликации вируса гепатита С (HCV РНК) были выявлены у всех больных с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Учитывая этиологию и длительность заболевания (более трех лет), отсутствие эффекта от симптоматической терапии, которая проводилась всем детям ранее, до поступления в наш стационар, для лечения применили Интрон А по схеме: 3 млн. ед. 3 раза в неделю, подкожно, в 20 часов. В течение 2-3 недель от начала лечения в условиях стационара проводилось наблюдение за переносимостью препарата и функциональным состоянием печени. В дальнейшем лечение проводилось до 6 месяцев и с контролем через 3 и 6 месяцев от начала лечения.