

у 15— гематурическая), длительность заболевания до 1 года была у 18 детей; у 8 детей — хронический вторичный пиелонефрит. Препарат назначался из расчета 1 таблетка на 6 кг массы тела в активный период заболевания в 2-3 приема за 40 мин. до еды. Продолжительность лечения вобэнзимом больных ГН составила 2 -4,5 мес., пациенты с пиелонефритом получали препарат 2 - 5 недель. Вобэнзим хорошо сочетался с различными медикаментами, побочных эффектов не наблюдали. Отсутствие эффекта отмечено у мальчика двух лет, у которого нефротический синдром протекал на фоне дисплазии почек. При лечении вобэнзимом наблюдалось более быстрое снижение клинико-лабораторной активности ГН, улучшались реологические свойства крови, снижался уровень белков острой фазы воспаления, нормализовались уровни холестерина и β -липопротеидов, восстанавливались показатели клеточного и гуморального звеньев гомеостаза. У больных ГН, получавших цитостатики, глюкокортикоиды, улучшалась переносимость их. У всех детей с пиелонефритом нормализация анализов мочи наступала к 5-7 дню, исчезновение бактериурии — к 4-5 дню лечения.

Следует отметить, что у пациентов с сочетанной патологией почек и органов пищеварения улучшился аппетит, уменьшилось вздутие живота, сократилась печень, ликвидировался синдром вторичной мальабсорбции.

В период клинико-лабораторной ремиссии заболеваний почек вобэнзим использовался от 1 до 3 мес. в половинной дозе от лечебной.

Таким образом, включение вобэнзима в комплексное лечение детей с ГН и ПН способствовало повышению эффективности терапии.

Кристаллографические исследования мочи у детей с заболеваниями почек

Н. А. Хрушева, А. А. Шварцбейн, Е. В. Кононенко, Н. С. Жижина
Кафедра детских болезней педиатрического факультета УГМА,
Областная детская клиническая больница, г. Екатеринбург

В последние годы наряду с традиционными лабораторными исследованиями широко применяются структурные диагностические тесты, основанные на поляризационно-оптическом анализе биологических жидкостей организма. Целью исследования явилось обнаружение структурных маркеров при исследовании мочи у детей с патологией органов мочевой системы (ОМС). Применялась методика исследования мочи ЛИТОС, разработанная в МОНИКИ (1997).

Проведено обследование 30 детей в возрасте с 3 до 14 лет с заболеваниями почек: у 18 из них диагностирован острый гломерулонефрит (ОГН) нефротический синдром, у двух — люпус нефрит, у 10 больных — вторичный пиелонефрит. Дети находились на лечении в нефрологическом отделении ОДКБ г. Екатеринбурга. Контрольную группу составили 15 здоровых детей такого же возраста и 9 детей — до 1 года жизни. Всем пациентам были сделаны традиционные лабораторно-инструментальные методы исследования, принятые в нефрологической практике.

Нефротический синдром ОГН у наблюдаемых детей проявлялся выраженными отеками, массивной протениурией (суточная экскреция белка превышала 3 г в сутки), гипопротенемией, гиперлипидемией, ускоренной СОЭ — 45-58 мм/час. Системная красная волчанка у двух девочек (11 и 13 лет) имела острое течение, максимальную — III степень активности. Люпус-нефрит явился проявлением моновисцерита у одной из больных, у другой наряду с поражением почек имели отмечены и другие симптомы: увеличение лимфоузлов, полиартрит, эритема лица в виде "бабочки", гепатомегалия. Дебют нефротического синдрома протекал у девочек бурно — с гематурией, гипертензией, нарушением функции почек. Лабораторные и инструментальные данные указывали на высокую степень активности патологического процесса. В начале заболевания диагностировались лейкопения, анемия, тромбоцитопения. У одной больной не были выявлены LE-клетки, но у детей обнаружены антитела к нативной ДНК и эластину, превышающие нормативные показатели в 10 раз. Диагностированы ДВС-синдром, эндотоксикоз II - III степени, протеолиз, увеличение среднемолекулярных пептидов. Вторичный пиелонефрит у наблюдаемых нами больных протекал на фоне урологической патологии и (или) дизметаболических нарушений, пузырно-мочеточниковых рефлюксов, нейрогенных дисфункций мочевого пузыря. Мочевой синдром наряду с лейкоцитурией и бактериурией проявлялся умеренной или минимальной протениурией. При нормальном уровне белка в сыворотке крови имелась диспротеинемия: снижение содержания альбуминов, увеличение α_2 - и γ -глобулинов. Было зарегистрировано умеренное повышение β -липопротеидов. СОЭ была повышена — 24-40 мм/ч.

Исследование мочи методом ЛИТОС сочеталось с кристаллографией открытой капли и микроскопией осадка мочи стандартным методом. Анализ структур выполнялся на микроскопах МБИ-6 и Люмам при увеличении $\times 140$ (при световой и поляризационно-оптической микроскопии). По методике ЛИТОС

введение альбумина в каплю мочи обуславливает кристаллизацию белкового кольца по периметру и формирование зоны дендритной кристаллизации в центре. Ширина кольца свидетельствует о наличии белка в образце мочи.

Нами проведены исследования препаратов мочи с белком и без белка в проходящем свете, а также в поляризованном свете, дающие представление о наличии, количестве и структуре оптически активных компонентов.

В итоге составлена таблица анализируемых структурных признаков, включающая: дендриты различных типов, сферолиты, прямоугольные огранные игольчатые кристаллы. Учитывались форма ветвей, тип роста (с центром, без центра, слонстый), локализация кристаллов в капле (на периферии, в промежуточном кольце, в центре), ячеистая морфология и растрескивание образца.

У детей контрольной группы в препаратах мочи имелось небольшое количество коротких октаэдрических солевых дендритов с тонкими ветвями, часто крестообразной формы и игольчатые кристаллы. Большая часть поля зрения как по периферии, так и по центру препарата свободна от кристаллических структур. Наиболее "чистыми" являлись препараты мочи детей первого года жизни. При введении альбумина формировалось чистое прозрачное белковое кольцо по краю.

В препаратах мочи у детей с ОГН, нефротическим синдромом в период начальных проявлений болезни было отмечено наличие огранных кристаллов моногидрата холестерина, крупных сферолитов и массивных дендритов. Введение альбумина приводило к растрескиванию капли.

У детей с люпус-нефритом наряду с вышеописанными кристаллами были выявлены массивные двулучепреломляющие дендриты, занимающие до двух полей зрения с ростом из центра. Следует отметить отсутствие кристаллов холестерина у этих детей. Введение альбумина в препарат создавало морфологию "паркета", растрескивания вплоть до глубоких трещин, пересекающих дендриты.

У детей с пиелонефритом типичными структурами являлись дендриты, размеры которых варьировали от 30 до 100 мкм, максимальные размеры были отмечены на остроте процесса. При этом отмечались со ступенчатым ростом ветви, часто встречались 60° дендриты, кристаллические структуры занимали практически все поля

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