

строма створовых ворсин, состоящая из коллагеновых волокон. При увеличении в 900 раз внутренняя структура створовой ворсины представлена цитотрофобластами, напоминающими кораллоподобные разрастания. Наружная поверхность терминальных ворсин покрыта сплошным ковром микроворсинок. Форма покрывных микроворсинок (1 мкм) игольчатая. Купола терминальных ворсин округлые или фестончатые. На поверхности ворсин определяются синцитиальные узлы округлой формы (7-10 мкм), покрытые микроворсинками. В основании хориальной пластинки визуализируются микроворсинки, что свидетельствует о продолжающемся формировании новых ворсин.

В основной группе стереомикроскопическое изображение зоны плаценты, прилегающей к амниону, с характерными проявлениями хориоамнионита. Амниотическая оболочка выглядит дряблой, мутной, складчатой, с множеством разрывов. Терминальные, промежуточные и створовая ворсины близко расположены, древовидной формы. На изображении створовая ворсина (500 мкм) с отходящими от нее промежуточными ворсинами, однако диаметр их резко уменьшен и сопоставим с диаметром терминальных ворсин (50 мкм). В ворсинах второго и третьего порядка множество колбовидных утолщений, свидетельствующих об этапе повышенной функциональной активности. При увеличении в 900 раз створовая ворсина представляет собой сморщенную ткань, микроворсинчатый покров практически не различим. Стереомикроскопическое изображение терминальных ворсин имеют сходную картину: сморщены, без микроворсин, близко расположены. Встречаются синцитиальные почки. В межворсинчатом пространстве отсутствуют юные ворсины.

При незначительном увеличении в контрольной группе участки плаценты, прилегающей к плацентарному ложу, визуализируются как множество терминальных ворсин в сочетании с поврежденными в процессе отделения якорными ворсинами. Форма терминальных ворсин закрученная, диаметр ворсин 40-50 мкм. Структура ворсин однородна. Просматривается микроворсинчатый покров. Терминальные ворсины имеют достаточно большое количество перетяжек, почковидных выступов (диаметр 5 мкм) напоминают ветви деревьев. При увеличении в 900 раз прослеживаются синцитиальные узлы в виде холмов или виноградин, пальцеобразные выросты. Терминальные ворсины плотно покрыты микроворсинками (1,25 мкм). На поверхности терминальных ворсин множество синцитиальных почек (5-9 мкм), которые по своей форме имитируют морских ежей. Межворсинчатое пространство заполнено «юными» ворсинками (3-5 мкм), и элементами материнской крови.

Стереорульстраструктурное исследование плаценты, прилегающей к плацентарному ложу, в основной группе показало, что при длительном безводном промежутке ворсины приобретают овальные очертания, терминальные ворсины плотно прилегают к друг другу, утолщаются (60-70 мкм), укорачиваются. Между ними распространяются нити фибрина. Створовые ворсины (200-300 мкм) в свою очередь истончаются. Приобретают спиралевидную закрученность, на них появляются борозды и даже трещины. Однако при значительном увеличении прослеживается сохраненный микроворсинчатый покров. Синцитиальных почек крайне мало (3-6 мкм). Терминальные ворсины близко расположены, окончания их имеют округлую форму, укорочены (105 мкм). Межворсинчатое микроокружение скудное, отсутствуют юные ворсины, изредка единичные эритроциты и нити фибрина.

Таким образом, при сравнении стереорульстраструктуры зон плаценты, прилегающих к амниону и к плацентарному ложу, следует отметить, что признаки плацентита присутствуют во всех слоях плаценты. Однако более выраженные деструктивные изменения определяются в зоне прилегания к амниону, что позволяет предположить о вторичности повреждения плаценты, связанные с восходящей инфекцией при разрыве околоплодных мембран и нарастании безводного промежутка.

СОВРЕМЕННАЯ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Елизарова С.Ю., Королева И.В.,
Сидорович О.В., Нестеренко О.В.

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава РФ, Саратов, Россия*

Применение селективных иммуносупрессоров (ИС) является перспективным направлением в терапии рецидивирующего нефротического синдрома (НС) у детей.

Оценивалась безопасность и эффективность ИС у 11 детей в возрасте от 5 до 14 лет с диагнозом НС. Дебют заболевания зарегистрирован в возрасте от 9 мес до 9 лет. Стаж заболевания к моменту начала лечения ИС составил от 1,5 до 10 лет. До начала лечения ИС все дети получали глюкокортикоиды (преднизолон или метилпреднизолон, в дозе 2 мг/кг/сут, в период обострения, с постепенным снижением до поддерживающей). Показанием к назначению ИС явилось рецидивирующее течение НС. Одному ребенку терапия была начата при первом эпизоде НС (в связи с гормонорезистентностью). Все дети получали циклоспорин А в дозе 4-5 мг/кг/сут, под контролем его содержания в сыворотке крови. Позднее трем больным циклоспорин был

заменен на микофенолаты из расчета 20-25 мг/кг/сут. в связи с рецидивированием НС на фоне циклоспорина.

На фоне лечения у всех больных значительно снизилась частота рецидивов. Отмечено существенное улучшение показателей крови и мочи. Удалось снизить дозу преднизолона до поддерживающей, у половины – полностью отменить. Значительно уменьшился кушингоидный синдром. Побочные эффекты в виде преходящей тошноты отмечались у 2 детей, гипертрихоз у 2, гингивальная гиперплазия у 1 ребенка, у 1 больного после перенесенного гриппа развилась долевая пневмония, в связи с чем циклоспорин был отменен.

Лечение НС селективными ИС эффективно, препараты достаточно хорошо переносятся, число побочных эффектов невелико. Применение препаратов ограничивает их высокая стоимость, в связи с чем дети получают лечение в рамках высокотехнологичной медицинской помощи.

ОЦЕНКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Нестеренко О.В., Елизарова С.Ю., Сидорович О.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Одним из факторов возникновения, прогрессирования и рецидивирования хронических пиелонефритов у детей являются нарушения уродинамики.

Мы обследовали 54 ребенка в возрасте 5-15 лет с вторичным хроническим пиелонефритом, находящихся на лечении в клинике факультетской педиатрии. Учитывая вариабельность клинической картины, для объективизации оценки расстройств мочеиспускания использовалась квалиметрическая Таблица оценки расстройств мочеиспускания, составленная на основании рекомендаций Международного комитета по удержанию мочи у детей с учетом возрастных нормативов в модификации Е.Л.Вишневого (2011г.) По таблице проводилась балльная оценка количественных (число мочеиспусканий в сутки, средний эффективный объем мочевого пузыря, соотношение ночного и дневного диуреза) и качественных (императивные позывы и недержание, непроизвольное мочеиспускание во время дневного и ночного сна) характеристик. Суммарный балл расстройств мочеиспускания, подсчитанный в результате заполнения таблицы, являлся одним из ведущих критериев при оценке выраженности клинического симптомокомплекса расстройств мочеиспускания и эффективности различных видов терапии.

Мы обнаружили, что у 25% (13) детей отсутствовали расстройства мочеиспускания, у 50% (27 детей) отмечались расстройства мочеиспускания легкой степени, а у 25% - средней сте-

пени. У большинства детей расстройства мочеиспускания включали в себя уменьшение среднего эффективного объема мочевого пузыря, наличие императивных позывов на мочеиспускание. Необходимо также отметить, что при традиционном расспросе родителей эти нарушения не были указаны и только при регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий и тщательном детальном поиске симптомов были выявлены указанные изменения. Таким образом, у детей с вторичным пиелонефритом были выявлены нарушения мочеиспускания различной степени. Своевременная и упорная коррекция нарушенного пассажа мочи будет являться ключевым патогенетическим звеном в профилактике рецидивов микробно-воспалительного процесса и развития хронической болезни почек у детей.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЯДА БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА

Сергеева О.Н., Глухова Т.Н., Понукалина Е.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им.В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

В трех группах беременных с различной степенью тяжести гестоза были изучены интегративные биохимические параметры крови. Как оказалось, в группе из 20 беременных с легким течением гестоза снижалось содержание альбуминов и повышался уровень α_1 -глобулинов крови. В то же время не было выявлено изменения уровня общего белка в крови, трансаминаз (АЛТ, АСТ, ЛДГ), молекул средней массы (МСМ) в крови по сравнению с показателями женщин с физиологическим течением беременности. В группе из 25 беременных со среднетяжелым течением гестоза выявлено снижение содержания общего белка и альбуминов в сыворотке крови, повышение содержания $\alpha 1$ и $\alpha 2$ -глобулинов. Одновременно отмечено возрастание уровня общего холестерина и снижение содержания холестерина α -липопротеидов сыворотки крови; повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ; уровень молекул средней массы прогрессивно возрастал по отношению к такому показателю в контрольной группе. У 20 беременных III группы с тяжелым течением гестоза отмечено дальнейшее прогрессирование гипопроteinемии, гипоальбуминемии, диспротеинемии, гиперхолестеринемии, нарастание активности АЛТ и АСТ, лактатдегидрогеназы по сравнению с предыдущими группами беременных. В группе беременных с тяжелой формой гестоза отмечено дальнейшее снижение уровня холестерина α -липопротеидов как по отношению к показателям здоровых беременных, так и беременных с легкой формой гестоза. Отмечено также существенное повышение уровня молекул средней массы: он превышал как показате-