

ляция ГЭР в альвеолярных макрофагах, чего не отмечается в группе сравнения и у больных АР.

В БАЛ больных БА, особенно тяжелой формы, обнаруживаются также альвеолоциты II типа с деструкцией ядра и органелл. В некоторых макрофагах наблюдаются множественные цитофагосомы, а также везикуляция цитоплазмы и наличие фагосом с осмиофильным содержимым.

Мы можем констатировать, что трансформация АР в БА происходит в разных возрастных группах. Однако наиболее уязвимыми в этом отношении являются подростки, которые вовремя не получают десенсибилизирующую терапию АР. В этих случаях эпителиальные клетки как слизистой носа, так и слизистой бронхов подвергаются постоянной альтерации. При этом повреждаются не только РК, но и БК, расположенные в органах дыхательной системы и повсеместно в пищеварительном тракте, вызывая тем самым различные нарушения в этих органах. Одновременно с этим происходят изменения в иммунных реакциях в ответ на альтерацию эпителия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адо А.Д., Шустова В.И., Польнер С.А. Клинико-функциональная и аллергологическая характеристика сезонного аллергического ринита. Клиническая медицина, 1988, №2, с. 59-61
2. Бархина Т.Г., Гушин М.Ю., Голованова В.Е., Польнер С.А. Клеточно-гуморальные механизмы патогенеза бронхиальной астмы, Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция патологоанатомов с международным участием, Красноярск, октябрь 2008, с.82-85.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ НЕФРОПАТИЙ ПРИ СИНДРОМЕ «МАЛОЙ» ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

Вялкова А.А., Буракова А.И.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Оренбург, Россия

Актуальность проблемы ранней диагностики нефропатий при синдроме «малой» почки у детей обусловлена высокой частотой врожденных, наследственных и приобретенных заболеваний почек, приводящих к формированию хронической почечной недостаточности уже в детском возрасте.

«Малая» почка чаще выявляется случайно при ультразвуковом и(или) рентгеноурологическом исследовании. Однако данные методы не позволяют четко дифференцировать врожденную гипоплазию почек и приобретенную патологию с развитием вторично-сморщенной почки, что тре-

бует дополнительного обследования больных с целью верификации диагноза.

Для оптимизации ранней диагностики этого заболевания особый интерес представляют комплексные исследования по изучению структурно-функционального состояния почек, внутривисцеральной гемодинамики на разных стадиях формирования рефлюкс-нефропатии у детей.

Доказана возможность использования лабораторных критериев с оценкой уровня микроальбуминурии для раннего выявления и прогноза течения рефлюкс-нефропатии (Махачев Б.М., Длин В.В., 2004; Мирошниченко А.Г., 2006; D.C.Hanbury et al., 1992; C.D.Goonasekera et al., 1996; A.Kaminska et al., 2000).

В основу настоящей работы положены результаты сравнительного комплексного нефрологического и урологического обследования 120 детей с нефропатиями в возрасте от 1 мес до 18 лет, в том числе 70 детей с рефлюкс-нефропатией различных степеней (А-В и С-Д), 30 детей с гипоплазией почки, 20 детей с рефлюкс-уропатией.

Углубленное обследование всех детей с гипоплазией почки, ПМР и РН, помимо стандартных методов диагностики, включало ультразвуковое исследование почек с использованием конвексных абдоминальных датчиков в 3,5 и 5 МГц в импульсно-волновом доплеровском режиме (ДГ) и режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК). При ЦДК оценивали признаки очагового, диффузного или парциального обеднения интра-ренального сосудистого рисунка, симметричность гемодинамических показателей, наличие турбулентности кровотока. При ДГ (на уровне сегментарных, междольевых и дуговых артерий) оценивались стандартные скоростные и резистивные характеристики – максимальная систолическая и минимальная диастолическая скорости кровотока, систоло-диастолический коэффициент, индексы – резистентности и пульсационный.

Для сравнительной оценки состояния функции почек и ренального кровотока у пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР), РН и гипоплазией почки нами сопоставлены данные функционального почечного резерва, микроальбуминурии, суточного мониторинга артериального давления, цветового доплеровского картирования, доплерографии почек и динамической нефросцинтиграфии.

По результатам полного нефро-урологического обследования дети были разделены на следующие клинические группы: больные с РН: I (n=30) – односторонняя РН А и В степени; II (n=30) – односторонняя РН С и D степени тяжести; III (n=30) – дети с 2-сторонней РН; IV (n=30) – дети с гипоплазией почки. Объединение детей со степенью А и В; С и D обусловлено тем, что между группами А и В; С и D

не выявлено достоверных различий показателей по данным УЗИ. Проведенный параметрический анализ выявил, что нарушения показателей УЗИ в режиме ЦДК достоверно чаще встречались у больных с РН по сравнению с ПМР и у пациентов с РН С и D степени по сравнению с РН А и В степени: по показателю турбулентности кровотока, при РН А и В степени по сравнению с ПМР – по всем показателям, кроме локации редких, истонченных, деформированных сосудов. У большинства больных с РН по ЦДК кровотоков был резко обеднен (78,8%), не прослеживался до капсулы почки. У детей с гипоплазией почки (100%) кровотоков прослеживался до капсулы почки. При сравнении показателей доплерографии у здоровых детей, больных с ПМР без ренального поражения и детей с рефлюкс-нефропатией установлено, что у больных с рефлюкс-нефропатией показатели внутривисцеральной гемодинамики характеризовались достоверным снижением скоростных показателей и индексов резистивности относительно группы детей с ПМР по показателям Vs, Vd, Ri, и детей контрольной группы – по показателям Vs, Vd, Ri, Pi. Наиболее информативным для ранней диагностики РН является показатель диастолической скорости: так, у больных с РН А и В ст $Vd=5,94\pm 0,99$ мм/сек, тогда как у детей с ПМР $Vd=10,7\pm 1,68$ мм/сек, $p<0,05$. Нами выявлено снижение скоростных показателей при РН. Способность максимальной систолической скорости (Vs) к повышению сохранена в 50% случаев при РН А-В степени и в 27,3% - при 2-сторонней РН, минимальной диастолической (Vd) – только в 3,5% случаев при 2-сторонней РН, индекса резистентности (Ri) – в 40% при РН А и В степени, 25% - при 2-сторонней РН, при гипоплазии почки индекс резистентности оставался в пределах нормы (100%), пульсационного индекса (Pi) – в 33,3% при РН А и В степени, 9,1% при РН С и D степени, 33,3% при 2-сторонней РН. Таким образом, нами установлены достоверные различия в характеристике показателей внутривисцеральной гемодинамики у детей с гипоплазией почки, ПМР и РН. Выявлена зависимость гемодинамических показателей от степени тяжести и локализации процесса.

Для раннего выявления РН и риска ее прогрессирования необходимо при диспансеризации детей с синдромом «малой» почки проводить комплексный клиничко-параклинический мониторинг с определением микроальбуминурии, показателей внутривисцеральной гемодинамики, функционального состояния почек и уровня артериального давления по результатам суточного мониторирования.

ПОЛИПАТИИ ЧЕЛОВЕКА – КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ СЛОЖИВШЕЙСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ

Ефремов О.Т., Каунова С.Г.

ПНИЛ «Патологическая анатомия и клиника полипатий» ЦМТ ЮУНЦ РАМН, ЦПАО АНО «МСЧ АГ и «ОАО ММК», Россия

По нашему мнению, существующий порядок государственного, статистического учета патологий, заболеваемости и смертности в России не может ни в коей мере соответствовать создавшемуся неблагоприятному положению со здоровьем населения Российской Федерации, оценке заболеваемости и смертности, а так же формирующимся в системе финансовым взаиморасчетам.

Нами предпринята попытка на основании анализа патологоанатомических протоколов оценить состояние с терминальной заболеваемостью больных в городе Магнитогорске, лечившихся в 4 городской, муниципальной больнице и стационаре АНО «МСЧ АГ и «ОАО ММК», работавших и не работавших на Магнитогорском металлургическом комбинате. Для этой цели была модернизирована система учёта в рамках, созданной в нашем лечебном учреждении группы компьютерных программ, объединенных в единую систему «Контроля технологического процесса по специальности гистология и патологическая анатомия». Изучены протоколы за 2002 - 2007 годы. За это время проведено 1108 аутопсий умерших в указанных выше лечебных учреждениях. Количество полипатий составило от 63, 1% до 72, 7%. Среди умерших от полипатий преобладали мужчины. Пик смертности от полипатий работавших на ММК пришелся на возраст 50-60, не работавших на ММК 60-70 лет. Количество куривших на момент смерти по данным составляло 22,9%, причем работавших на комбинате 17,9. Злоупотребляли алкоголем на момент смерти по данным историй болезни, протоколам аутопсий и катамнестическим данным, полученных от родственников: работавших на ММК 19, не работавших 96 умерших. Зарегистрированная длительность сочетания заболеваний составила от 1 года до 10 лет, распределение по длительности в таблице: что довольно показательно и говорит о низком уровне диспансеризации населения. Основными осложнениями (непосредственная причина смерти) приведшими больных к биологической смерти явились: тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей –14,8%; гемотампонада желудочков мозга 7,8%; гемотампонада полости перикарда 7,07%; пневмония 3,55%; фатальная фибрилляция желу-