

Моносова О.Ю., Тимофеева А.М.

ИССЛЕДОВАНИЕ В КОПРОФИЛЬТРАТАХ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ IGE- И IGG-АНТИТЕЛ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА (БКМ), БЕЛКУ КОЗЬЕГО МОЛОКА, СЕКРЕТОРНОГО IGA И C- РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.

ФГБУ «НИИ питания» РАМН, г. Москва.

Введение. Согласно современным представлениям реализация аллергического воспаления происходит на фоне изменений различных иммунных факторов. Если нарушения системного иммунитета у детей с атопическим дерматитом (АД) изучены благодаря многочисленным исследованиям, то оценка состояния мукозального звена носит противоречивый характер, т.к. не учитывались такие факторы, как питание ребенка, микробиоты кишечника и т.д.

Цель. Целью настоящего исследования явилось определение в копрофильтратах аллергенспецифических IgE- и IgG-антител к белку коровьего молока (БКМ), белку козьего молока (БКЗМ), sIgA и C- реактивного белка (СРБ).

Пациенты и методы. В проведенном исследовании под наблюдением находилось 58 детей. Распределение детей по тяжести АД было следующим: 10 (17.25%) детей с тяжелым течением, 10 (17.25%) ребенка - со средне-тяжелым, 38 (65.5%) детей с легким течением заболевания. Все дети находились на искусственном вскармливании. В анамнезе у 32.7 % детей наследственность была отягощена по материнской линии, 13.7% по линии отца, 8,6%- по обеим линиям. Возраст детей составил от 0 мес. до 2 лет. Дети были разделены на 2 группы: 1) до года 2) старше 1года. При сравнении групп детей с АД по длительности заболевания: 1) длительность заболевания до 6 мес, 2) длительность заболевания более 6 мес. При анализе клинических симптомов заболевания у наблюдаемых больных было обнаружено, что у большинства детей имел место гастроинтестинальный синдром (ГИС) проявляющийся в основном изменениями стула, сопутствующие симптомы срыгивания, кишечные колики, метеоризм, а также ферментопатией (по данным анализа кала на углеводы). Констипация и частый стул встречались до лечения у детей в 15.4% , в 20.5% встречался запор, в 64.1% случаев нормальный стул. В связи с наблюдениями дети были разделены на три группы. При определении аллергенспецифических АТ к пищевым аллергенам (БКМ и БКЗМ) были выделены следующие группы детей: в первой группе (n= 26) со стулом без патологических изменений у 42.3% отмечалось изолированное образование специфических IgE АТ, у 30.7% - изолированное образование специфических IgG АТ, у 27% IgE+ IgG опосредованный иммунный ответ. Во второй группе (n= 12) с диареей 42,3% имели смешанный IgE+ IgG -опосредованный иммунный ответ и 41.7% отсутствие специфического иммунного ответа. В третьей группе (n=16) с запором наблюдалось в основном изолированное образование специфических IgE АТ у 50% пациентов, смешанный IgE+ IgG -опосредованный иммунный ответ- 31.25%, изолированное образование специфических IgG АТ- 12.5% и 6.25% отсутствие специфического иммунного ответа.

Для количественного определения в копрофильтратах аллергенспецифических IgE- и IgG-антител к БКМ, БКЗМ, sIgA и СРБ использовался иммуноферментный метод с коммерческими диагностическими наборами.

Результаты. Проведенное исследование показало, что у детей обеих возрастных группах отмечалось увеличение IgE к БКМ от $1,05 \pm 0,14$ до $1,7 \pm 0,7$ МЕ/мл, IgG к БКМ от $2,15 \pm 0,5$ до $2,3 \pm 0,8$ МЕ/мл, умеренное увеличение IgE к БКЗМ от $0,48 \pm 0,2$ до $0,62 \pm 0,4$ МЕ/мл, IgG к БКЗМ от $0,73 \pm 0,3$ до $2,24 \pm 1,1$ МЕ/мл. Уровень общего IgE оставался в пределах нормы $0,43 \pm 0,1$ МЕ/мл. У детей страдающих АД более 6 мес. снижаются показатели IgE и IgG к пищевым аллергенам, а уровень общего IgE остается в пределах в нормы.

Во всех группах у детей с атопическим дерматитом отмечается снижение sIgA до $977,6 \pm 455$ МЕ/мл и увеличение уровня СРБ до $35,8 \pm 33$ МЕ/мл.

На фоне использования адаптированного продукта с пребиотиком наблюдались следующие изменения: резко снижались IgE к БКМ $0,34 \pm 0,1$ МЕ/мл, IgE к БКЗМ от $1,37 \pm 0,6$ МЕ/мл Уровень общего IgE оставался в пределах нормы $0,56 \pm 0,1$ МЕ/мл. У детей с АД во всех группах отмечается снижение уровня СРБ до $3,26 \pm 0,6$ МЕ/мл, sIgA оставался сниженным.

Выводы. Таким образом, у детей раннего возраста с АД мукозальный иммунитет характеризовался наличием сенсibilизации к БКМ и его фракциям, снижением sIgA и увеличением СРБ, степень выраженности которых зависела от возраста детей, длительности заболевания и выраженности гастроинтестинального синдрома.

Набиев З.Н., Ганиев Ш.С., Шарипов П.Ш.

ФАГОЦИТАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. Обструктивный пиелонефрит (ОП) у детей – распространенное патологическое состояние, обычно осложняющее течение разнообразных пороков развития мочевых путей: врожденный гидронефроз и врожденный уретерогидронефроз.

Цель. Изучить фагоцитарные нарушения при обструктивном пиелонефрите у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 125 детей (57 мальчика и 68 девочек) в возрасте от 1 до 15 лет с ОП. Вторичный воспалительный процесс осложнял течение врожденного гидронефроза (ВГ) у 86 (68,8%) больного, врожденный уретерогидронефроз (ВУГ) у 39 (31,2%) больных. Проводили общеклинические, клинико-лабораторные, инструментальные и иммунологические исследования. Больным с ВГ II-III степени были прооперированы по Андерсону-Хайнсу и больным с (ВУГ) выполнена операция по Коэну. Используя в качестве фагоцитируемого объекта частицы латекса, по методу Потаповой С.Г. с соавт. (1977). Фагоцитарный индекс рассчитывали как среднее количество частиц латекса, результаты выражали в процентах при постановке НСТ-теста проводили латексом, подсчитывали количество клеток.

Результаты исследований и их обсуждения. Фагоцитарные нарушения у общей группы больных с ОП при поступлении в стационар проявлялись в достоверном снижении показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса и НСТ-теста. Перед выпиской из стационара у них регистрировались те же нарушения, только принимающие более умеренный характер. Спустя 3 месяца после выписки у общей группы больных регистрировалось лишь снижение активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса. Через год после выписки из стационара у общей группы больных достоверных изменений системы фагоцитоза отмечено не было.

Выводы. 1. У детей с острым пиелонефритом, осложняющим течение врожденных обструктивных уропатий, выявляются сдвиги показателей неспецифической резистентности организма, в частности его клеточного звена.

2. При успешной оперативной коррекции основной патологии и адекватном лечении вторичного пиелонефритического процесса эти нарушения могут быть скорректированы в отдаленном периоде без применения иммуностимулирующих препаратов.

Набиев З.Н., Ганиев Ш.С., Бадалов Ш.А.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Нарушения мочеиспускания в детском возрасте имеют достаточно широкую распространенность (8-17%) и могут приводить к необратимым процессам мочевыводящих путей, однако доминирует узкопрофессиональный подход к проблеме.

Цель исследования. Улучшения качества оказания медицинской помощи детям с патологией мочеиспускания.

Материал и методы. За последнее 4 года работы Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии обследовано более 1000 детей с жалобами на нарушение мочеиспускания и недержание мочи. Проведенное обследование позволило выявить следующие патологии: гидронефроз, пузырно – мочеточниковый рефлюкс, варикоцеле, инфекции мочевой системы, солевые нарушения, нейрогенный дисфункции мочевого пузыря. Этим больным проводится прием узкие специалисты (невропатолог, уролог, нефролог, гинеколог), проводятся лабораторная и функциональная диагностика (ультразвуковое обследование, оценка состояния уродинамики нижних мочевых путей, рентгенологическое обследование).

Результаты и их обсуждения. На основании результатов обследования проводится дифференцированная терапия выявленной патологии (консервативная и хирургическая) с учетом выявленных нарушений, комплексная терапия в сочетании традиционных (физиолечение, фармакотерапия), нетрадиционных (гомеопатия, лазеротерапия) и традиционных хирургических методов лечения, что позволяет повысить клиническую эффективность терапии патологии мочеиспускания у детей.

Заключение. Организация Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии позволила повысить уровень качества оказания лечебно-диагностической помощи детям с патологией мочеиспускания. Проводить массовый скрининг урологической, неврологической, нефрологической и гинекологической патологии у детей оказывать лечебную помощь на ранних этапах развития заболевания и дифференцированно, в зависимости от выявленной патологии, избежать в большинстве случаев госпитализации детей, что ведет к повышению экономической эффективности оказываемой помощи.