

3. Белоусова И.С. Обоснование и эффективность применения L-карнитина в лечении детей с гиперреактивным мочевым пузырём. Рос.вести перинатологии и педиатрии / И.С.Белоусова, Е.Л.Вишневский, В.С.Сухоруков, Е.И.Шабельникова/ 2004 – С. 51-55

4. Madersbacher H.G. Neurogenic bladder dysfunction /Curr Opin Urol./ H.G. Madersbacher / 1999.Jul; – 9 (4) – 303–307

УДК: 616. 618.24-07-08-08.053.5

Л.А. Мухамадиева, Ш.А. Юсупов, Г.Р. Рустамова
НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра 3-Педиатрии и медицинской генетики
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

L.A. Muxamadieva, SH.A. Yusupov, G.R. Rustamova
**NEW METHODS TREATMENT IN CHILDREN WITH CHRONIC
BRONCHITIS**

Department of 3- pediatric and medical genetic
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Republic of Uzbekistan

Контактный E-mail: mlola@bk.ru

Аннотация. Улучшение результатов лечения детей с хроническим бронхитом, для профилактики прогрессирования болезни и снижения частоты обострений. Использование эндобронхиально аутоотрансплантации макрофагальных клеток респираторного тракта со стимуляцией полиоксидонием у детей с хроническим бронхитом при неэффективности стандартного лечения, положительно повлияло на течение воспалительного процесса в бронхах, что было подтверждено улучшением клинических симптомов, цитологии бронхоальвеолярно-лаважной жидкости и иммунологических показателей.

Annotation. Improvement of treatment results endobronchial autotransplantation of macrofagle cells of respiratory tract with polioxidoniym stimulation in children with chronic bronchitis. The usage of endobronchial autotransplantation of macrofagle cells of respiratory tract with polioxidoniym stimulation in children with chronic bronchitis positively influencedon the flow of inflammatory process in bronchus, that is has been confirmed by improvement of clinical signs, cytologicbronchoalveolar – lavash fluid and immunological indicators.

Ключевые слова: эндобронхит, полиоксидоний, альвеолярные макрофаги, иммуноглобулины.

Keywords: Endobronchitis, autotransplantation, polioxidoniym, of alveolar macrofags, immunoglobulins.

Хронический бронхит у детей может быть проявлением целого ряда других бронхолегочных страданий (приобретенных, врожденных, наследственных), дифференциация которых нередко представляет определенные сложности [4,5,6,7,8,12].

Сложность проблемы хронического бронхита нашла в определенной степени свое отражение и в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр ВОЗ, 1995), где значатся разные наименования (варианты) хронического бронхита простой, слизисто-гнойный, смешанный, и др.), которые клинически трудно различимы, что вызывает определенные сложности в повседневной практике [5,9].

Нарушение дренажной функции бронхов способствует возникновению инфекционного процесса, активность и рецидивы которого в значительной степени зависят от местного иммунитета бронхов и развития вторичной иммунологической недостаточности [3,5,13].

Цель исследования – улучшение результатов лечения детей с хроническим бронхитом, для предотвращения прогрессирования болезни и снижения частоты обострений.

Материалы и методы исследования

Обследовано 27 детей с хроническим бронхитом и 22 здоровых ребенка, в возрасте от 3 до 15 лет. Больным были проведены следующие исследования определение числа Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+), естественных киллеров (CD_{16}^+), В-лимфоцитов (CD_{20}^+) модифицированным методом Гурарий Н.И. (1981)[2]; концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, G, М в периферической крови по методу Manchini G. et.al (1965); Для цитологического анализа бронхоальвеолярно-лаважной жидкости (БАЛЖ) собирали 5 – 6 порций бронхиальных смывов. После тщательного перемешивания аспирированную жидкость подвергали цитологическому анализу: разводили физиологическим раствором 1:20 и подсчитывали клеточные элементы в 25 больших квадратах камеры Горяева. Соотношение альвеолярных макрофагов нейтрофильных гранулоцитов и лимфоцитов изучали в мазках из центрифугата бронхоальвеолярного смыва, окрашенных по Романовскому–Гимзе, на основании подсчета 100 клеток.

Результаты исследования и их обсуждение

Аутотрансплантацию макрофагальных клеток респираторного тракта (АМКРТ) со стимуляцией полиоксидонием осуществляли следующим образом. Во время бронхоскопии из устьев сегментарных бронхов донорского участка без признаков эндобронхита производили лаваж 0,85 % раствором хлорида натрия и полиоксидония в дозе 0,1 мг\кг затем субстрат вводили в бронхи пораженной зоны после их промывания физиологическим раствором до появления чистых вод.

В первую группу вошли 12 детей, которые получили традиционное лечение. Во вторую группу вошли 15 детей, которым были проведено аутотрансплантация макрофагальных клеток респираторного тракта со стимуляцией полиоксидонием.

Как следует из представленных данных (таблица 1), у детей 1-й группы, под влиянием базисного лечения показатели иммунной системы изменились незначительно, большинство показателей иммунного статуса либо практически не изменились, либо изменились, но разница до и после лечения статистически была недостоверной ($P > 0,05$).

Таблица 1

Иммунологические показатели детей с хроническим бронхитом
получавших аутотрансплантацию макрофагальных клеток респираторного
тракта со стимуляцией полиоксидонием, ($M \pm m$)

Анализируемые показатели	Практически здоровые дети n=22	I группа n=12		II группа n=15	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Лимфоциты, %	34,6 $\pm$ 2,3	31,9 $\pm$ 0,6	32,2 $\pm$ 1,1	31,8 $\pm$ 0,2	33,1 $\pm$ 1,2
CD3 ⁺ , %	61,5 $\pm$ 2,2	45,6 $\pm$ 0,6	46,8 $\pm$ 2,4	44,6 $\pm$ 2,4	55,9 $\pm$ 0,2
CD4 ⁺ , %	39,2 $\pm$ 2,1	22,8 $\pm$ 2,2	26,9 $\pm$ 2,1	23,0 $\pm$ 2,1	37,1 $\pm$ 1,5
CD8 ⁺ , %	19,5 $\pm$ 1,8	14,8 $\pm$ 0,3	15,9 $\pm$ 1,3	14,8 $\pm$ 0,5	19,1 $\pm$ 0,1
ИРИ (CD4/ CD8)	2,0 $\pm$ 0,1	1,5 $\pm$ 0,4	1,7 $\pm$ 0,4	1,6 $\pm$ 0,2	1,9 $\pm$ 0,3
CD16 ⁺ , %	10,2 $\pm$ 1,3	17,9 $\pm$ 1,8	16,6 $\pm$ 1,2	17,8 $\pm$ 1,4	11,0 $\pm$ 0,7
Фагоцитоз, %	58,5 $\pm$ 2,3	46,4 $\pm$ 1,2	49,6 $\pm$ 2,5	46,0 $\pm$ 1,6	56,8 $\pm$ 1,3
ЦИК	1,01 $\pm$ 0,1	2,1 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,6	1,8 $\pm$ 0,2	1,2 $\pm$ 0,2
CD20 ⁺ , %	16,4 $\pm$ 0,5	37,2 $\pm$ 1,8	34,6 $\pm$ 2,1	37,2 $\pm$ 1,2	22,8 $\pm$ 1,6
IgG, мг/%	938,3 $\pm$ 17,6	1836,4 $\pm$ 32,8	1759,2 $\pm$ 23,2	1788,6 $\pm$ 31,6	1356,2 $\pm$ 20,8
IgA, мг/%	107,97 $\pm$ 3,6	179,6 $\pm$ 3,4	169,6 $\pm$ 4,1	156,4 $\pm$ 3,8	121,2 $\pm$ 3,4
IgM, мг/%	90,7 $\pm$ 2,8	206,8 $\pm$ 4,4	199,9 $\pm$ 4,1	179,8 $\pm$ 4,2	126,8 $\pm$ 3,4

Примечание: а - достоверность различий показателей I группы до и после лечения; б – достоверность различий показателей между II группы до и после лечения.

Динамика иммунологических показателей у больных под влиянием АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием показали значительную эффективность терапии по сравнению с детьми получавших традиционное лечение. При этом отмечалось достоверное повышение содержания Т-лимфоцитов (CD3⁺,%) до 55,9 $\pm$ 0,2% по отношению к исходным данным ($P < 0,001$), больше в II- группе, чем I группе. Субпопуляции CD4⁺ - лимфоцитов, также повышались после лечения в II группе по отношению к исходным данным ($P < 0,001$). Субпопуляции лимфоцитов, несущие маркеры CD8⁺, также имели положительную динамику, при сравнении показателей CD4⁺, CD8⁺ -

лимфоцитов послелечения больше во II- группе, чем I- группе больных ($P<0,01$).

Соответственно индекс иммунной регуляции в группе больных, получивших АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием, приближался к нормативным показателям, в отличие от показателей ИИР в I-группе, где он оставался стабильно низким.

После лечения показатели CD_{16}^{+} лимфоцитов у детей II- группы достоверно отличались от I- группы после лечения $16,6\pm1,2\%$ ($P<0,01$).

Уровень CD_{20}^{+} -лимфоцитов у больных II- группы, достоверно ($P<0,001$) снизился до $22,8\pm1,6\%$ по отношению к исходным данным.

Результаты эндобронхиальной цитогаммы при хроническом бронхите у детей в зависимости от вида аутоотрансплантации представлены в таблице 2.

Таблица 2

Эндобронхиальная цитогамма при хроническом бронхите у детей в зависимости от вида лечения. ($M\pm m$)

Клеточные элементы	Нейтрофилы (%)	Лимфоциты (%)	Альвеолярные макрофаги (%)	Цитоз ($10^9/л$)
Норма	$9,6\pm1,5$	$8,3\pm1,6$	$82,1\pm3,1$	$0,8\pm0,03$
1 - группа АМКРТ с физиологическим раствором $n=12$				
До лечения	$79,8\pm1,6$	$4,8\pm0,8$	$15,2\pm3,2$	$4,2\pm1,2$
После лечения	$72,2\pm3,6$	$9,2\pm1,6$	$18,6\pm3,1$	$2,2\pm0,2$
2-группа АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием $n=15$				
До лечения	$78,9\pm 2,2$	$9,6\pm0,6$	$19,6\pm2,0$	$2,8\pm0,5$
После лечения	$54,8\pm2,5$	$12,1\pm2,0$	$32,0\pm2,8$	$1,8\pm0,3$

Как видно из представленных данных при АМКРТ с физиологическим раствором было незначительное улучшение показателей после проведения аутоотрансплантации макрофагальных клеток респираторного тракта по сравнению с детьми II группы. Все показатели до лечения указывают на выраженный воспалительный процесс в бронхах, и представляет диагноз гнойного эндобронхита несомненным.

При АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием показатели до лечения схожи с показателями предыдущей группой: в цитогамме преобладают нейтрофильные лейкоциты, снижено количество альвеолярных макрофагов и увеличено количество цитоза. После лечения АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием отмечается увеличение количества альвеолярных макрофагов до $32,0\pm2,8\%$, снижается количество нейтрофилов до $54,8\pm2,5\%$, увеличивается

количество лимфоцитов до $12,1 \pm 2,0\%$ и снижается количество цитоза до $1,8 \pm 0,3\%$.

Выводы:

Таким образом, эффективность использования АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием у детей с хроническим бронхитом положительно повлияло на иммунологические показатели детей.

Анализ показателей БАЛЖ у детей, получавших, лечение АМКРТ со стимуляцией полиоксидонием показал эффективность дифференцированного метода лечения, что выражалось в снижении количества нейтрофильных лейкоцитов в 1,4 раза, увеличение количества альвеолярных макрофагов в 3,0 раза, увеличении количества лимфоцитов 1,2 раза, снижении количества цитоза в 2,9 раза по сравнению с детьми контрольной группы. Это приводит к усилению фагоцитоза, что указывает на регрессию воспалительного процесса в бронхах и перехода гнойного эндобронхита в катаральный.

Литература:

1. Бубнова Н.И. Хронические неспецифические заболевания легких у детей. / Н.И. Бубнов, В.В. Ерохина, Л.К. Романова / М. – 2000 – С.351-357
2. Гурарий Н.И. Количественный анализ Т- и В – лимфоцитов и их антиген связывающих субпопуляций у здоровых и больных пневмонией детей / Н.И. Гурарий // Автореф. дисс. канд. мед.наук / Самарканд – 1981 – С. 23
3. Калущий П.В. Педиатрия / П.В. Калущий, Е.С. Шварцкопф, Р.В. Окушко / 2011 – 90 – №1 – С.124-126
4. Капранов Н.И. Фармакотерапия при бронхолегочных поражениях у детей, больных муковисцидозом / Н.И. Капранов // Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии / М. – 2002 – С. 267
5. Кушелевская О.В. Частота микоплазменной и хламидийной инфекции у детей с врожденными пороками развития легких и бронхов / О.В. Кушелевская, И.В.Зубкова, Т.Б. Сенцова // Вопросы совр. педиатрии / 2006 – Т.5 – №1 – С. 321
6. Латыпова Ш.А. Роль NO-ергической системы в формировании рецидивирующих форм бронхитов у детей и принципы их лечения. / Ш.А. Латыпова // Автореф. дисс. канд.. мед.наук / Ташкент – 2011
7. Палеев Н.Р. Хронический бронхит. //Болезни органов дыхания / Н.Р. Палеев, В.А. Ильченко / М.: Медицина – 2000 – С. 287
8. Рачинский С.В. Место хронической пневмонии и хронического бронхита в бронхолегочной патологии у детей / С.В. Рачинский, В.К. Таточенко, И.Б. Волков // Педиатрия / 2004 – №1 – С. 58-66
9. Резолюция конгресса XIV конгресса Педиатров России с международным участием “Актуальные проблемы педиатрии» / Российский педиатрический журнал / 2010 – №3 – С.61
10. Розина Н.Н. Трудный пациент. Клинические формы хронических воспалительных заболеваний лёгких у детей: критерии диагностики и принципы терапии / Н.Н. Розина / Архив – №10 – 2007

11. Шамсиев Ф.М. Структура заболеваемости органов дыхания в регионах республики. / Ф.М. Шамсиев, У.А. Каримов, Н.Д. Азизова // Вестник врача общего профиля / Самарканд – 2004 – №4.(32) – С. 113-115

12. Dombi V.H. Primary ciliary dyskinesia, immotile cilia syndrome, and Kartagener syndrome: diagnostic criteria. / Schweizerische Medizinisch Wochenschrift. J. Suisse de Med / V.H. Dombi, H. Walt / 1996 – V.126 – Nil – P.421-433

13. Kitz R. Immunoglobulin levels in bronchoalveolar lavage fluid of children with chronic chest disease. / R. Kitz / Pediat. Pulmon – 2000

УДК 616.61-008.6

Г.И. Мухаметшина, Д.В. Чехомова, Н.С. Журавлёва
СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

G.I. Mukhametshina, D.V. Chekhomova, N.S. Zhuravleva
THE STRUCTURE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS IN THE SVERDLOVSK REGION

Department of hospital pediatrics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: mygulnara@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены структура пациентов педиатрического отделения № 3 ГБУЗ СО "ОДКБ №1" с хронической почечной недостаточностью, особенности анамнеза и преморбидного фона.

Annotation. The article describes the structure of pediatric patients of hospital department №3 of State budgetary healthcare institution of Sverdlovsk region, Children's regional clinical hospital №1, with chronic renal failure, features of anamnesis and premorbid background.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек, перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почек

Keywords: chronic renal failure, chronic kidney disease, peritoneal dialysis, hemodialysis, renal transplantation.

Заболевания почек занимают важное место среди пандемий хронических неинфекционных болезней из-за значительной распространенности в