

Гипоксия специфически стимулирует функцию фибробластов, проявляющих при пониженном содержании кислорода большую митогическую активность. В результате фибробласты продуцируют большое количество гликозаминогликанов, которые являются основным компонентом жидкости, заполняющей полость гигоммы.

Около 75% лимфангиом формируются в шейном отделе, причем большая доля в задней части, 3-10% имеют распространение в средостение, и менее 1% - расположено только в средостении.

Проблемы в установлении точного диагноза влекут за собой трудности в выборе правильной тактики лечения пациентов. Наиболее часто предпочтение отдается хирургическим методам лечения – как с точки зрения радикальности, так и с точки зрения окончательной верификации образования. Оперативное лечение дает отличные результаты в случаях шейной локализации лимфангиомы, а при ее распространении на лицо и в средостение хирургическая методика представляет не столь эффективной.. Нерадикально выполненная операция несет в себе риск развития рецидивов. Существуют и другие подходы к лечению лимфангиом – простое дренирование, лазерное иссечение, высокочастотная абляция и коагуляция, радиологическое лечение. В последнее время все больше внимания уделяется склеротерапии, которая в некоторых ситуациях ставится ключевым методом в лечении лимфангиом. В качестве склерозирующего агента можно использовать блеомицин, ОК-432. В исследовании I. Sanlialp и соавт. Отличные результаты (полное исчезновение образования) были получены у 53,4% пациентов, еще у 26,7% было отмечено уменьшение размеров лимфангиомы более чем на ½ объема и лишь у 6,6% результаты были расценены как неудовлетворительные, т.е. образование уменьшилось незначительно или не уменьшилось вообще. У оставшихся 13,3% пациентов, имевших распространённую форму лимфангиом, исчезли макрокисты. Худшие результаты лечения были получены у тех, которым предварительно проводилась хирургическое лечение.

Вывод

Применение малоинвазивных методик позволило добиться значительного уменьшения объема лимфангиомы и избежать хирургического лечения более чем в половине случаев. При этом исключены такие тяжелые осложнения, как лимфорейя, нагноение, а также рецидив.

При расположении лимфангиом в средостении возможно интраоперационное применение СВЧ гипертермии и склеротерапии. Применение метода активной аспирации при кистозных лимфангиомах показало очень хорошие результаты и представляется нам перспективным. При кистозных лимфангиомах внутренних органов применяется чрескожная пункция, активная аспирация, склеротерапия. Таким образом, можно констатировать, что появилась достойная альтернатива хирургическому методу лечения непростых сосудистых опухолей – лимфангиом.

Литература

1. Бабич И.И., Леонтьева Ю.П. Вопросы патогенеза и лечения гигом у детей.// Детская хирургия.-2002.-№4.
2. Гаиров А.Д., Сафарова А.Н., Баратов А.К., Камолов А.Н. Комбинированное лечение лимфангиодисплазий. // Хирургия.- 2012.-№3.
3. Галкина О.Л., Савельева Н.А., Громцева О.В. О кистозной гигоме и синдроме Тернера и о том, как просто поставить точку в процессе формирования клинической гипотезы на основании эхографических данных. // Пренатальная диагностика.- 2012.№2.
4. Копытова Е.И. Кистозная гигома шеи и расширение яремных лимфатических мешков в сочетании с увеличением толщины воротникового пространства у плода: сходства и различия.// Пренатальная диагностика.-2007.-№3.
5. Степанова А.В. Случай лимфангиомы шеи плода с распространением в средостение. // Пренатальная диагностика.- 2013.- №3.

References

1. Babich I.I., Leont'eva Ju.P. Voprosy patogeneza i lechenija gigrom u detej.// Detskaja hirurgija.-2002.-№4.
2. Gaibov A.D., Safarova A.N., Baratov A.K., Kamolov A.N. Kombinirovannoe lechenie limfangiodisplazij. // Hirurgija.- 2012.-№3.
3. Galkina O.L., Savel'eva N.A., Gromceva O.V. O kistoznoj gigrome i sindrome Ternera i o tom, kak prosto postavit' točku v processe formirovaniya klinicheskoj gipotezy na osnovanii jehograficheskikh dannyh. // Prenatal'naja diagnostika.- 2012.№2.
4. Kopytova E.I. Kistoznaja gigroma shei i rasshirenie jaremnyh limfaticeskikh meshkov v sochetanii s uvelicheniem tolshhiny vorotnikovogo prostranstva u ploda: shodstva i razlichija.// Prenatal'naja diagnostika.-2007.-№3.
5. Stepanova A.V. Sluchaj limfangiomy shei ploda s rasprostraneniem v sredostenie. // Prenatal'naja diagnostika.- 2013.- №3.

Малужинская Н.В.¹, Петрова И.В.², Полякова О.В.³, Корягина П.А.⁴, Кожевникова К.В.⁵, Токарева А.А.⁶ Капичникову Л.В.

¹Доктор медицинских наук, ²Кандидат медицинских наук, ³Кандидат медицинских наук, ⁴Клинический интерн, ⁵Аспирант,

⁶Аспирант, Волгоградский государственный медицинский университет

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аннотация

В статье рассмотрены – показатели физического развития детей с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и низкой массой тела в зависимости от дотации белка с учетом центильных кривых.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, физическое развитие, вскармливание детей .

Maluzginskaja N.V.¹, Petrova I.V.², Polyakova O.V.³, Koryagina P.A.⁴, Kozhevnikova K.V.⁵, Tokareva A.A.⁶ Kapichnikovu L.V.

¹Doktor of Medical Sciences, ²Kandidat of Medical Sciences, ³Kandidat of medical sciences, ⁴Klinichesky intern, ⁵Aspirant, ⁶Aspirant, Volgograd State Medical University.

ANALYSIS OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN PRETERM INFANTS.

Abstract

The article deals with - physical development of children with extremely low birth weight, very low birth weight and low birth weight, depending on the subsidies given protein centile curves.

Keywords: preterm infants, physical development, feeding children.

Благодаря современным технологиям неонатологии могут сохранить жизнь многим недоношенным детям с экстремальной и очень низкой массой тела. Рождение детей с экстремально низкой массой тела происходит в условиях действия резких стрессовых факторов, при острых осложнениях беременности. Факторами высокого риска рождения ребёнка с массой тела 1000-2499 грамм являются хронические заболевания и патология матери, приводящие к длительным нарушениям питания, роста и развития плода [4]. Поэтому одной из важнейших задач в выхаживании таких детей является адекватное вскармливание, учитывающее не только потребности в питательных веществах, но и анатомо-физиологические особенности. При вскармливании недоношенных детей делается акцент на повышение дотации белка детям с массой тела до 1000 граммов – 4,0 г/кг/сутки, 1001 – 1800 граммов – 3,5 г/кг/сутки, от 1801 граммов – 3,0 г/кг/сутки. Основопологающим критерием адекватного вскармливания преждевременно родившихся детей являются показатели физического развития (в особенности динамика массы тела) [3].

В ходе работы будут оцениваться показатели физического развития у детей, рожденных с низкой (НМТ), очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в возрасте двух месяцев жизни в зависимости от дотации белка с учетом центильных кривых Американской ассоциации Академии педиатрии по физическому развитию глубоко недоношенных детей в

сравнении с оценочными таблицами по физическому развитию недоношенных детей Г.М. Дементьевой 2000 г., Н.П. Шабалова 2004 г. [1].

Ретроспективно был произведен анализ историй болезни 41 недоношенного новорожденного, находившегося на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей № 2 в ГУЗ КБ№5. Статистический анализ проводился с использованием пакета встроенного в MS Office Excel, различия между группами определялись при достоверности $p < 0,05$.

Недоношенные дети были разделены по массе тела на группы: первую группу составили дети с НМТ < 2500 г ($n=12$), вторую – с ОНМТ < 1500 г ($n=14$), третью с ЭНМТ < 1000 г ($n=16$) (табл. 1).

Таблица 1 - Характеристика недоношенных детей, включенных в исследование

Показатели	Группа 1 (n=12)	Группа 2 (n=14)	Группа 3 (n=16)
Масса тела при рождении, г (M±m)	1924±55	1332±38*	930±67^
Длина при рождении, см (M±m)	44±0,45	37±0,63*	37±0,64^
Окружность головы при рождении, см (M±m)	31±1,51	28±0,26*	24±1,7^
Гестационный возраст (M±m)	33±0,74	31±0,39*	27±0,75^

Примечание: достоверность различий приведена между показателями группы 1 и 2: * - $p < 0,05$; группы 2 и 3: ^- $p < 0,05$.

В зависимости от клинической картины поражение центральной нервной системы (ЦНС) диагностировалось у недоношенных детей во всех группах; бронхолегочная дисплазия – во 2 группе у 10 новорожденных, в 3 группе – у 7 новорожденных; синдром мальабсорбции – в 3 группе – у 2 новорожденных; ретинопатия недоношенных – во 2 группе у 4 детей, в 3 группе – у 6 новорожденных (табл. 2).

Таблица 2 - Структура заболеваемости недоношенных детей, включенных в исследование

Показатели	Группа 1 (n=12)	Группа 2 (n=14)	Группа 3 (n=16)
Ишемия мозга, %	100%	100%	100%
ВЖК I-II степени, %	80%	57%*	38%*^
ВЖК III степени, %	8%	14%*	56%*^
Бронхолегочная дисплазия, %	0%	71%	44%^
Ретинопатия недоношенных, %	0%	29%	38%
Синдром мальабсорбции, %	0%		12%

Примечание: достоверность различий приведена между показателями группы 1 и 2; 1 и 3: * - $p < 0,05$; группы 2 и 3: ^- $p < 0,05$.

На грудном вскармливании находились 8 детей: из 1 группы – 5 новорожденных, из 2 группы – только 3 ребенка. Из них дополнительно получали обогатитель грудного молока Nutrilon (Россия, Москва) 4 ребенка: из 1 группы – 1 новорожденный, из 2 группы – 3 детей. Специализированные молочные смеси для недоношенных (Similak neosure, Similak special (Эбботт Лэбораториз С.А., Испания), Prenutrilak (Россия, Москва)) получали 25 новорожденных: из 1 группы – 4 новорожденных, из 2 группы – 5, из 3 группы – 16. Частичное парентеральное питание с белковой добавкой Аминовен инфант (Фрезениус Каби Австрия Гмбх) получали 21 новорожденных: в 1 группе – 2 детей, во 2 группе – 3 детей, в 3 группе – 16 детей соответственно. Таким образом, все новорожденные получали дифференцированное питание с учетом физиологической потребности в белке (табл.3).

Таблица 3 - Виды вскармливания недоношенных детей, включенных в исследование

Показатели	Группа 1 (n=12)	Группа 2 (n=14)	Группа 3 (n=16)
Грудное молоко, %	42%	21%	
Обогащенное грудное молоко, %	8%	21%	
Смесь для недоношенных, %	33%	36%	100%
Частичное парентеральное питание, %	17%	21%	100%

В таблице 4 показана динамика физического развития детей ко 2 месяцу жизни. В 1 группе по центильным кривым определен дефицит массы тела (менее 10 центиля) у 7 детей, по среднемесячным прибавкам всего у 2-х детей; во 2 группе по центильным кривым – у 7 детей, по среднемесячным прибавкам – у 1 ребенка; в 3 группе – у 16 и у 8 детей соответственно.

Таблица 4 - Оценка физического развития ко второму месяцу жизни по центильным кривым и среднемесячным прибавкам

Показатели	Группа 1 (n=12)				Группа 2 (n=14)				Группа 3 (n=16)			
	≤10-й центили	≥10-й центили	Среднемес. прибавка		≤10-й центили	≥10-й центили	Среднемес. прибавка		≤10-й центили	≥10-й центили	Среднемес. прибавка	
			N*	<N			N*	<N			N*	<N
Масса тела, г, %	58	42	83	17	50	50	93	7	100	-	50	50
Длина тела, см, %	-	100	100	-	14	86	86	-	31	69	100	-
Окружность головы, см, %	33	58	75	25	7	93	71	29	69	31	69	31

Выявлены существенные различия в оценке физического развития детей 2-го месяца жизни между центильными кривыми Американской ассоциации Академии педиатрии и таблицей среднемесячных прибавок в весе по Н.П. Шабалову. Это связано с тем, что центильные кривые основаны на антропометрических исследованиях популяции детей, проживающих на территории США.

Необходимой является разработка стандартных центильных кривых, основанных на антропометрических данных популяции детей, в том числе и недоношенных, рожденных в Российской Федерации.

Для вскармливания глубоко недоношенных новорожденных впервые месяцы жизни оптимальным является дифференцированное вскармливание с учетом физиологической потребности в белке.

Рекомендовано обогащение грудного молока при невозможности грудного вскармливания для обеспечения адекватной нутритивной поддержки при вскармливании недоношенных детей. Необходимо использование специализированной молочной смеси для недоношенных детей.

Литература

1. Шабалов Н.П. Неонатология 5-е издание, дополненное и исправленное. Москва «МЕДпресс-информ» 2009.
2. Г.А. Алямовская, Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова, 2013 «Особенности физического развития глубоко недоношенных детей на первом году жизни».
3. А.Б. Дуленков, О.В. Потапова, О.И. Милева, В.П. Гераскина Современные задачи вскармливания недоношенных 2. детей // Практика педиатра. — 2008. — № 1. — С.38—40.
4. Малюжинская Н.В., Полякова О.В., Петрова И.В., Кожевникова К.В., Корягина П.А., Клиточенко Г.В. анализ структуры заболеваемости недоношенных детей в Волгоградской области. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 2014, № 3(51), С 71-72.

References

1. Shabalov NP Neonatology 5th edition, additions and corrections. Moskva «MEDpress-inform» 2009.
2. GA Alyamovsky, ES Keshishian, ES Sakharov, 2013 "Features fizicheskogorazvitiya extremely premature infants in the first year of life."
3. AV Dulenko, OV Potapov, OI Mileva, VP Geraskina Modern problems feeding preterm children 2 // pediatric practice. - 2008. - № 1. - S.38-40.
4. Malyuzhinskaya NV Polyakova OV Petrova IV, Kozhevnikov, KV, Koriagina PA, Klitochenko GV analysis of the structure of morbidity in preterm infants in the Volgograd region. Bulletin of Volgograd State Medical University in 2014, № 3 (51), С 71-72.

Яссер Халед Абдель Карим Масадех¹, Пригуло О.А.², Филоненко Т.Г.³

¹Аспирант, ²Д.мед.н., профессор, ³доцент, Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского».

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ CD68 МАКРОФАГОВ В КОЖЕ И СЛИЗИСТОЙ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ АССОЦИИРОВАННОМ С ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ

Аннотация

Обследовано 36 больных псориазом с индексом PASI от 3 до 27 баллов, у которых была позитивная реакция при определении титра антител к эндомизию (ЭМА) класс IgA. При эндоскопическом и гистологическом анализе слизистой 12-ти перстной кишки выделены 3 группы больных псориазом и целиакией в зависимости от стадии целиакии: 1 группа (n = 17) - инфильтративная стадия, 2 группа (n = 12) - гиперпластическая. 3 группа (n = 7) – атрофическая стадия. Увеличение количества CD68+ макрофагов в воспалительном инфильтрате слизистой 12-ти перстной кишки и коже в зависимости от стадии является важным моментом в понимании патогенеза аутоиммунного процесса при псориазе ассоциированном с глютенковой энтеропатией. Наличие межэпидермальных CD68+ макрофагов в атрофическую стадию является гистологической особенностью псориазического поражения кожи у больных с глютенковой энтеропатией.

Ключевые слова: псориаз, целиакия, макрофаги, иммуногистохимия

¹Yasser Khaled Abdel Karim Masadeh, ²Pritulo O., ³Filonenko T.

¹Phd, ²MD, ³associate professor, State Institution "Crimea State Medical University named after S.I. Georgievsky".

ESPECIALLY THE EXPRESSION OF CD68 MACROPHAGES IN THE SKIN AND MUCOSAL 12 DUODENAL ULCER IN PATIENTS WITH PSORIASIS ASSOCIATED WITH GLUTEN ENTEROPATHY

Abstract

Patients by psoriasis associated with gluten enteropathy 36 is inspected patients by psoriasis with the index of PASI from 3 to 27 marks which had a positive reaction at determination of title of antibodies to endomisium (EMA) class of IGA. At the endoscopic and histological analysis of duodenum mucous membrane are selected 3 groups of patients by psoriasis and celiac disease depending of stage of celiac disease; 1group (n = 17) is the infiltrative stage, 2 group (n = 12) - hyperplastic. 3 group (n = 7) is the atrophy stage. Increase of amount of CD68 macrophages in inflammatory infiltration of duodenum mucous membrane and a skin is an important moment in understanding of pathogeny of autoimmune process at psoriasis associated with gluten enteropathy. A presence of interepidermal CD68 macrophages in atrophy stage is the histological feature of psoriasis defeat of skin at patients with gluten enteropathy.

Keywords: psoriasis, celiac disease, macrophage, immunohistochemistry

Связь болезней кожи с патологией кишечника известна давно. Особенно подробно изучены поражения кожи, ассоциированные с целиакией [1,9,10,11,15,17].

Глютенчувствительная целиакия или глютенковая энтеропатия (ГЭП) - заболевание тонкой кишки, обусловленное иммунным ответом на растительный белок глютен. Сложности диагностики ГЭП связаны с чрезвычайным разнообразием клинических проявлений от крайне тяжелого нарушения всасывания на фоне хронической диареи до малосимптомного течения или проявлением внекишечных симптомов, в том числе и псориаза [3,7,13,15,18].

Развитие иммунного ответа на глиадин при ГЭП определяется активацией иммунной системы, ассоциированной со слизистой оболочкой тонкой кишки. Парфенов А.И. предположил, что имеет место развитие двух вариантов развития иммунного ответа и формирования специфических антител в экстрацеллюлярном матриксе собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки [3]. Первый путь осуществляется посредством макрофагов, захватывающих глиадин с последующей передачей информации Т- и В-лимфоцитам. Т-хелперы интенсивно экспрессируют антигены гистосовместимости HLA DR, активирующие рецепторы CD40L на В лимфоцитах и вызывают пролиферацию и дифференцировку плазматических клеток, продуцирующих антитела к глиадину. С другой стороны иммунный ответ на глиадин связан с образованием комплекса глиадина с тканевой трансглутаминазой, который обладает сродством к HLA DQ2 или HLA DQ8 на В-лимфоцитах и активизирует пролиферацию и дифференцировку плазматических клеток, которые синтезируют антитела к глиадину. Новь образованный комплекс глиадина с ТТГ приводит к образованию антиглиадиновых антител, антител к ТТГ (АТТГ) и эндомизию. Дезаминированный глиадин активирует синтез провоспалительных цитокинов Т-лимфоцитами. Увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ) – неспецифический ответ на повреждение эпителиоцитов – является самым ранним морфологическим проявлением целиакии [7,13,18,19,20].

Псориаз, как мультифакторное хроническое рецидивирующее заболевание, также имеет сходные звенья патогенеза с ГЭП и сопровождается развитием аутоиммунных реакций в коже, доказанное многочисленными исследователями [2,4,6,12,16]. Согласно этим данным псориаз рассматривается как аутоиммунное заболевание, которое может быть системным проявлением целиакии или ассоциированным с целиакией, так как повышение кишечной проницаемости тонкой кишки снижает барьерную функцию и позволяет токсинам проникать из кишечника сначала в гуморальную среду, а затем – в кожу с последующим появлением