

В.И. МОРОЗОВ, Г.А. ТАГИРОВА, И.Г. МУСТАФИН

Казанский государственный медицинский университет

612.363.017.1-053.2

Иммунный дисбаланс при аппендикулярном перитоните у детей

Клиническая диагностика, стадийность и тяжесть течения аппендикулярного перитонита у детей непосредственно зависят от динамики воспалительного процесса в брюшной полости, индукторами которого являются инфекционные агенты и выделяемые ими продукты, а также компоненты поврежденных тканей. Важная роль при этом состоит в привлечении к очагу инфекции клеток иммунной системы с последующей активацией и элиминацией инфекта. Развитие интраабдоминального воспалительного процесса сопровождается в организме иммунологическими сдвигами, обуславливая возникновение системного иммунного дисбаланса.

Цель: изучение и анализ количественного изменения лимфоцитарных субпопуляций, оценка наличия и степени иммунного дисбаланса у детей с различными формами аппендикулярного перитонита.

Материалы и методы. В исследование включены 15 детей в возрасте 8-14 лет: с местным перитонитом — 7, распространенным — 8. Аппендэктомия выполнена лапаротомным доступом у 6 детей, лапароскопически — у 9. У всех пациентов проводилась пролонгированная перидуральная анестезия, санация, дренирование брюшной полости. Дренажи устанавливались в полость малого таза, боковые каналы брюшной полости, удалялись на 2-3 сутки после операции.

Забор периферической крови исследуемых пациентов проводился перед операцией, а также в 1-е, 5-е, 9-10-е сутки после операции.

Моноуклеары цельной периферической крови окрашивались по стандартной методике с использованием набора Multitest TBNK 6-color, содержащего моноклональные антитела

к CD45, CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/56 молекулам, — для идентификации лимфоцитарных субпопуляций. Все образцы анализировались на проточном цитометре FACSCanto II.

Результаты и выводы. У всех детей до операции выявлено снижение уровня CD3+/CD8+лимфоцитов, NK-клеток с повышением содержания NKT субпопуляции, что свидетельствует, на наш взгляд, о феномене «перераспределения» клеток с концентрацией эффекторов в органе-«мишени» — воспаленном червеобразном отростке.

У пациентов с местным перитонитом до операции количество Т-лимфоцитов в пределах возрастной нормы, с распространенным — снижено.

В первые сутки после операции у всех детей выявлялось снижение содержания Т-лимфоцитов, NK, NKT, CD3+/CD8+ клеток.

Нормализация всех показателей иммунограммы у детей с местным перитонитом наблюдалась к 5-7 суткам после операции, с распространенным — к 9-10 суткам. У пациентов после лапароскопической аппендэктомии восстановление исследуемых параметров опережало на 3-4 суток по сравнению с пациентами, оперированными лапаротомным доступом.

Таким образом, изучение фенотипа лимфоцитарных субпопуляций является важной частью объективной оценки истинных возможностей иммунной системы в условиях интраабдоминальной инфекции в организме, а также степени индуцированного ею иммунного дисбаланса, что, соответственно, улучшит лечебно-диагностическую тактику ведения пациентов, повысит возможность прогнозирования течения аппендикулярного перитонита у каждого ребенка.

616.62-008.222-053.2

В.И. МОРОЗОВ, А.А. АХУНЗЯНОВ, Л.Ф. РАШИТОВ, Р.С. БАЙБИКОВ

Казанский государственный медицинский университет

Консервативное лечение детрузорно-сфинктерной диссинергии у детей

Обследовано 133 ребёнка с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) в возрасте от 3 до 14 лет (63 мальчика, 70 девочек). У 53 из 133 детей (39,8%) по данным неинвазивных методов обследования (урофлоуметрия [УФМ], УЗИ почек и мочевого пузыря) имелись признаки инфравезикальной обструкции.

С целью исключения органической природы обструкции всем 53 детям проводилась цистоскопия с калибровкой уретры. Функциональная инфравезикальная обструкция у этой группы больных была обусловлена негрубой неврологической патологией нервной системы на различных её уровнях. В анамнезе у всех больных этой группы определялись «цыпочки» (начи-



нали ходить на 1 году жизни, вставая на «цыпочки») вследствие негрубой спастики мышц-сгибателей нижних конечностей. На микционных цистоуретрограммах определялось сужение и нечеткое контрастирование средней уретры. При проведении поднаркозной калибровки уретры (перед цистоскопией) у этих детей определялась ригидность тканей средней уретры. При проведении данного исследования больные подолгу не могли расслабить мышцы промежности и произвести произвольное мочеиспускание для выполнения третьего снимка. Данные профилометрии уретры свидетельствовали о повышенном давлении (до 100 мм рт.ст.) в проекции мембранозной части уретры. Таким образом, результаты обследования данной группы больных

позволили выставить диагноз «детрузорно-сфинктерная диссинергия» вследствие гипертонуса (нерасслабления) мышц уrogenитальной диафрагмы. Лечение больных проводилось консервативно под контролем результатов параклинических методов обследования: УФМ, профилометрии уретры, УЗИ и МЦУГ. Наряду с базисной терапией, направленной на очаг поражения нервной системы, назначались миорелаксанты центрального действия (мидокалм или сирдалуд), что позволило снизить уретральное сопротивление, разрешить функциональную инфравезикальную обструкцию и её осложнения (пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс, обструктивный пиелонефрит) у этих детей.

616.62-008.223-053.2

В.И. МОРОЗОВ, Т.П. МАКАРОВА, Д.Б. МИРОЛЮБОВА

Казанский государственный медицинский университет

Синдром энуреза у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря

Энурез рассматривается как патологический синдром у детей после трех, максимум четырехлетнего возраста. По данным литературы ночное недержание мочи наблюдается у 30% детей в возрасте до 4 лет, у 10% детей — до 6 лет, у 3% — до 12 лет и у 1% — старше 18 лет. В дневном урологическом стационаре ДРКБ обследовано 72 ребенка с ночными недержаниями мочи в возрасте от 4 до 14 лет, из них 50 мальчиков и 22 девочки. Наряду с ночным, периодически отмечалось недержание мочи и во время дневного сна у 12 из 72 детей (17%).

Проведено комплексное уронефрологическое и неврологическое обследование всех больных, которое включало в себя: оценку суточного ритма произвольных мочеиспусканий, общий анализ мочи, урофлоуметрия, УЗИ почек и мочевого пузыря, уродинамические исследования (ретроградная цистометрия). Электромиография с мышц, выпрямляющих спину в области ромбовидного треугольника. По показаниям с целью исключения органической инфравезикальной обструкции проводилась

калибровка уретры с последующей видеоуретроцистоскопией (15 детей).

В результате проведенных исследований в 75% наблюдений диагностирована нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (у 68,0% — гипертонический или гиперактивный мочевой пузырь, у 7,0% — гипорефлекторный мочевой пузырь). У всех детей с гиперактивным мочевым пузырем отмечались клинически поллакиурия, императивные позывы и микции, императивные неудержания мочи. У всех больных этой группы имеется отягощенный перинатальный анамнез и определялась негрубая неврологическая симптоматика. Лечение основного очага поражения ЦНС в сочетании с препаратами, расслабляющими гладкую мускулатуру детрузора (дриптан, сияуменс), позволило добиться полного излечения энуреза у данной группы больных после проведения двух, трех курсов терапии с интервалом в три месяца.

616.61-053.2

В.К. МРАСОВА, Т.П. МАКАРОВА, Н.В. ОСИПОВА, С.А. СЕНЕК, И.Н. ЧЕРЕЗОВА, О.В. КОНДРАТЬЕВА, А.А. АНДРЕЕВА

Казанский государственный медицинский университет

Частота хронической почечной недостаточности у детей

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — состояние, развивающееся вследствие необратимого нарушения почечных гомеостатических функций при любом прогрессирующем заболевании почек. Хроническое заболевание почек независимо от этиологии требует определенных терапевтических уси-

лий, направленных на отдаление наступления терминальной стадии ХПН.

Целью нашего исследования явилось определение структуры заболеваний детей, приведших к развитию ХПН, сроков