

гуморальных факторов, опосредующих фагоцитарные реакции, проводили на модели опсонической функции в системе альтернативного пути активации комплемента. C3b и IgG-зависимую адгезию определяли по феномену сорбции нейтрофилов на гранулах C3-сефадекса и IgG-сефарозы, неспецифическую адгезию — на гранулах полиметакрилата. Колонизационную резистентность оценивали экспресс-методом тестирования «оральных стрептококков» буккального эпителия.

Результаты: В целом показатели адгезивных функций нейтрофилов не зависели от гестационного возраста. При показателе антимикробного резерва реактивности нейтрофилов (разница индуцированного и спонтанного НСТ-теста) ниже 15 частота развития пневмонии на фоне вирусной респираторной инфекции возрастала в 8 раз, при показателе менее 10 точность прогноза составила 75%. При ослаблении опсонического резерва альтернативного пути активации каскада комплемента частота возникновения пневмонии по сравнению с детьми с нормальными показателями возрастала в 3 раза, причем снижение опсонической функции предшествовало развитию

клиники токсикоза. Индекс C3b-зависимой адгезии позволял четко прогнозировать и дифференцировать локализованные (при индексе более 0,3) и генерализованные (индекс — менее 0,2) формы гнойно-воспалительных заболеваний. При уменьшении уровня естественной колонизации буккального эпителия (норма 1,8-2,0 балла) ниже 1 балла инфекционный процесс развивался у каждого второго пациента, при этом дисбиотические нарушения в ротовой полости проявлялись до развития клинических симптомов и в 90% случаев сочетались с нарушением состава микрофлоры кишечника.

Заключение. Таким образом, под контролем комплекса диагностических маркеров можно получить объективную информацию о состоянии здоровья ребенка. Своевременный перевод новорожденных в группу высокого риска и адекватная коррекция терапевтических воздействий, направленных на восстановление функционального потенциала колониальной резистентности и системы опсоно-фагоцитарной защиты, позволяет предупредить развитие критических состояний у недоношенных детей.

615.03:616.235

О.И. ПИКУЗА, Л.Ф. ГАЛИМОВА, Е.А. САМОРОДНОВА

Казанский государственный медицинский университет

Характеристика риноцитограммы детей с острой бронхолегочной патологией на фоне терапии «Деринатом»

Актуальность. В поддержании резервов адаптации организма большая роль отводится мукозальному иммунитету, от функциональной активности которого во многом зависит течение острой респираторной патологии. В сложной системе защитно-приспособительных реакций значимую функцию выполняет клеточный аппарат слизистых оболочек, для исследования которого целесообразно использование комплекса методов цитологической диагностики. В его основе лежит качественная и количественная оценка клеточных элементов. В наших исследованиях использованы риноцитограмма (РЦ) — процентное соотношение клеток — и цитологический статус (ЦС), характеризующий морфологию элементов с их ранжированием. В ранее опубликованных работах показано, что их изучение может служить дополнительным дифференциально-диагностическим критерием. В то же время исследования в данном направлении крайне ограничены.

Цель работы. Дать характеристику цитологического статуса назального секрета у больных с острой пневмонией и бронхитом, оценить эффективность иммуномодулятора «Деринат» в терапии этих заболеваний.

Пациенты и методы. Всего нами было обследовано 104 ребенка дошкольного возраста. Из них 35 условно здоровых детей вошли в группу контроля, а из 69 пациентов с острой бронхолегочной патологией 34 (с острой внебольничной пневмонией (ОВП) — 14 и острым бронхитом (ОБ) — 20)

получали на фоне основной терапии препарат «Деринат» по схеме: 0,25%-ный раствор интраназально по 2 капли 4 раза в день в каждый носовой ход в течение 7 дней. Группа сравнения состояла из 35 детей, получавших традиционную терапию: 15 — с диагнозом ОБ, 20 — ОВП. В ходе исследования применяли метод мазков-отпечатков со слизистой носа. В риноцитограммах определяли количество нейтрофилов, эпителиальных клеток с оценкой морфологических изменений в клетках до и после лечения. Среди популяции нейтрофилов и эпителиальных клеток нами выделены клетки I типа без признаков деструктивных изменений ядра и цитоплазмы, II типа с дегенеративными изменениями цитоплазмы (вакуолизация) и III типа с дегенеративными изменениями ядра и цитоплазмы (вакуолизация цитоплазмы, кариорексис и кариолизис, гиперили гипосегментация ядер).

Результаты: При проведении исследования РЦ и ЦС у условно здоровых детей дошкольного возраста преобладающей была популяция эпителиальных клеток ($83 \pm 6,2\%$; 70-90%), из них эпителиоциты I типа — 88%, II типа — 11,5%, III типа — 0,5%. Нейтрофилы составили в среднем $8 \pm 0,75\%$ (от 7 до 15%), клетки I типа составили 82%, II типа 14,5%, III типа 3,5%. Эозинофилы у подавляющего большинства здоровых детей (60%) не встречались, в среднем их содержание было $3,5 \pm 0,29\%$, максимальное количество эозинофилов в мазке-отпечатке составило 4%, при этом клеток с процессами



видимой дегрануляции цитоплазмы не выявлялось. В отличие от здоровых у детей с острой бронхолегочной патологией выявлены как количественные, так и качественные изменения в РЦ и ЦС. Обращало на себя внимание возрастание количества нейтрофилов в группе болеющих ОБ до $11,0 \pm 1,2$ и еще более значительно у детей с ОВП ($37,1 \pm 2,5$). Деструктивные процессы чаще отмечались у больных с ОВП, при этом степень деструктивных процессов колебалась в пределах III и IV уровня выраженности. Напротив, в мазках у больных с острым бронхитом преобладали эпителиальные клетки, причем деструктивные изменения в них фиксировались чаще по сравнению с острой пневмонией. Учитывая выявленные патологические изменения мукозального иммунитета слизистых носа, в терапию детей с ОБ и ОВП нами был включен препарат «Деринат», обладающий иммуномодулирующим и репарационным действием. После проведенного лечения в риноцитограммах было отмечено достоверное снижение количества нейтрофилов при

одновременном увеличении эпителиальных клеток с нормальной морфологией по сравнению с РЦ детей, получавших только традиционную терапию. Также наблюдался положительный эффект влияния препарата в виде уменьшения количества нейтрофилов с токсигенной зернистостью и эпителиальных клеток с деструкцией ядра.

Закключение. Таким образом, нами показана целесообразность использования неинвазивного метода мазков-отпечатков со слизистой носа у здоровых детей и пациентов, имеющих заболевания органов дыхания. Установленные неоднозначные количественные и морфологические изменения клеточного состава назоцитограмм отражают, по-видимому, глубину поражения респираторного тракта и косвенно позволяют судить о состоянии иммунологической защиты организма. Включение в комплексную терапию иммуномодулятора «Деринат» активизирует функциональное состояние местного иммунитета, а следовательно повышает эффективность проводимой терапии.

616.411.31-07-006-053.2

М.С. ПОСПЕЛОВ, А.А. АХУНЗЯНОВ, Р.Я. ЯФЯСОВ, А.П. БАИМОВ, Р.Х. ИСМАГИЛОВ

Детская республиканская клиническая больница, г. Казань
Казанский государственный медицинский университет

Диагностика и видеолапароскопическое лечение непаразитарных кист селезенки у детей

В настоящее время в современной хирургии существует несколько методов лечения непаразитарных кист селезенки.

В хирургическом отделении Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ за 2009 год находилось на лечении 4 ребенка с непаразитарными кистами селезенки. Девочек — 3 и мальчик — 1. Возраст от 13 до 15 лет. Всем больным проведены общеклинические исследования, УЗ исследование и РКТ. Клиническая симптоматика кист селезенки отсутствовала у 2 пациентов. Жалобы на боли в животе в левой подреберной области предъявляли 2 детей. У пациентов с болями в животе отмечено его усиление при физической нагрузке. При объективном осмотре спленомегалия и признаки объемного образования не выявлено.

Кисты селезенки у всех пациентов диагностировались при ультразвуковом сканировании, проведенном по поводу болевого синдрома (у 2 больных) и при обследовании по поводу соматического заболевания у 2 пациентов. У 2 пациентов киста располагалась в верхнем полюсе селезенки, у 2 — в нижнем. Объем кист составил от 60 до 100 мл. По структуре у 3 больных была однокамерная киста, у 1 — многокамерная. По данным рентгеновской компьютерной томографии регистрировали изменения плотности ткани селезенки, которые позволяли дифференцировать кистозное образование от опухоли, указывали точную локализацию и структуру кист, что помогало выбрать точки оптимальной установки троакаров для хирур-

гического вмешательства. Трем больным показания к хирургическому вмешательству выставлялись по факту диагностики, а 1 больному — в ходе наблюдения с УЗИ контролем в связи с нарастанием объема кисты. Все больные были оперированы лапароскопическим способом. Оперативное вмешательство заключалось в пункции кисты под контролем лапароскопа, иссечении выступающей части кисты с последующей обработкой внутренней выстилки монополярной и биполярной коагуляцией. Операцию заканчивали установкой трубчатого дренажа в полость кисты селезенки. Дренаж удаляли на 2-3 сутки. Послеоперационный период протекал у всех детей без осложнений. Все больные выписаны на 10 сутки после проведения контрольного УЗ сканирования, по результатам которого остаточные полости не выявлены. Отдаленные результаты прослежены у всех больных на сроках от 2 до 6 месяцев. По данным УЗИ остаточные полости в тканях селезенки не выявлены.

Таким образом, в настоящее время в диагностике кист селезенки основную роль играет УЗ исследование и рентгеновская компьютерная томография. Органосохраняющие операции являются методом выбора в лечении кист селезенки, одним из таких методов является видеолапароскопия. Видеолапароскопический способ удаления кист селезенки является малотравматичным, что позволяет сократить длительность лечения больных.