

Особенности состояния антиэндотоксिनowego иммунитета у недоношенных новорожденных с бактериальной инфекцией и риском ее реализации

Л. А. БОЛЬШАКОВА, А. В. КУЗНЕЦОВА

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань

УДК 612.017.1-053.3

Являясь биологически активным соединением, эндотоксин вызывает каскад иммунопатологических реакций, приводящих к глубоким повреждениям иммунной системы, он способен изменять регуляцию антителогенеза, что отражается на клиническом состоянии новорожденного.

Целью работы явилось выявление дополнительных критериев доклинической диагностики бактериальной инфекции у новорожденных группы риска ее реализации.

Обследовано 57 детей раннего неонатального периода и их кормящие матери: 13 новорожденных (гестационный возраст 38-40 недель) с аспирационным синдромом; 22 ребенка (гестационный возраст 30-34 недели) с внутриутробной пневмонией; 22 недоношенных ребенка (срок гестации 30-35 недель) и их матери с неотягощенной беременностью составили контрольную группу. Кроме традиционного клинического обследования, у всех наблюдаемых пациентов определяли твердофазным иммуноферментным методом уровень антител к бактериальным антигенам и эндотоксину грамотрицательной микрофлоры (липополисахарид S. min. RE-595) в динамике заболевания; наличие бактериальной инфекции подтверждали определением прокальцитонина в крови: результат считали положительным при значении данного показателя в диапазоне 1,94-9,56 мкг/л.

Результаты исследований. У новорожденных с аспирационным синдромом и внутриутробной пневмонией выявлено

существенное снижение параметров антиэндотоксिनовой защиты к наиболее значимым бактериальным микроорганизмам, что прямо коррелировало со снижением изучаемых параметров у матерей. Уровень антител у детей с аспирационным синдромом и у их матерей составлял соответственно в мкг/мл сыворотки крови — St.aureus 4,3±0,7 — у детей (14,6±0,7 — у матерей), гликолипид 1,6±0,5 (2,1±0,5), Pr.mirabilis 1,5±0,4 (2,1±0,1), Ps.aeruginosae 2,8±0,7 (5,6±0,9), Kl.pneumoniae 2,5±0,6 (7,2±0,9), E.coli 2,5±0,4 (12,3±0,3), Str.pneumoniae 2,9±0,7 (5,8±0,8), степень корреляции между уровнем антител у матерей и их детей соответствовала значениям $r=0,86$, $p<0,01$.

При внутриутробной пневмонии изучаемые параметры как у детей, так и у матерей были значительно ниже, чем при аспирационном синдроме без клинических проявлений пневмонии. Это позволяет предполагать о значительном снижении антиэндотоксिनовой защиты в данной группе наблюдавшихся, а также о доклинической диагностике возможного бактериального заболевания у новорожденных пациентов.

Заключение: Показатели антиэндотоксिनовой гуморальной защиты коррелируют с клинической выраженностью респираторной бактериальной инфекции у новорожденных детей. Достоверное изменение их до критических значений может предполагать наличие манифестации бактериального процесса у недоношенных детей с риском его реализации.

Течение HELICOBACTER PYLORI ассоциированных гастритов у детей

В. П. БУЛАТОВ, Н. В. РЫЛОВА, Г. Н. ХАФИЗОВА

Казанский Государственный Медицинский Университет.

УДК 616.33-002-053.2

Цель исследования: определить клинико-морфологические особенности течения гастритов в зависимости от наличия инфицированности Helicobacter pylori (Hр).

Проведено исследование 98 детей с диагнозом хронический гастрит в период обострения. Первичная диагностика гастродуоденальной области у данных детей проводилась с помощью фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с биопсией слизистой оболочки желудка с целью дальнейшего обследования ребенка на инфицирование helicobacter pylori. ФЭГДС является информативным диагностическим методом, позволяющим быстро и точно визуально определить состояние внутренней поверхности стенки пищевода, желуд-

ка и двенадцатиперстной кишки, характер его поражения, а также двигательную активность верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Диагностика helicobacter pylori-инфекции в гастробиоптатах осуществлялась 2 методами. Первый метод — гистологический, который позволяет верифицировать микробное обсеменение слизистой оболочки и оценить ее состояние (воспаление, атрофия, метаплазия и др.), является золотым стандартом диагностики хеликобактерной инфекции. Специфичность данного метода исследования оценивается на уровне 97%, а чувствительность 80-90%. Второй метод — цитологический, выявляет helicobacter pylori в мазках-отпечатках, а также ас-

социированные с ними явления: инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами, и эозинофилами. По преобладанию тех или иных клеточных элементов можно косвенно судить об активности и выраженности воспаления. Цитологический метод также позволяет выявлять морфологические особенности строения ядер, цитоплазмы клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие пролиферативных процессов, злокачественные новообразования, метаплазии, дисплазии и степень их выраженности.

При обследовании детей данными методами получены следующие результаты. Ассоциация *helicobacter pylori* с эрозивной формой гастрита встречается чаще, чем при поверхностной форме (Нр в гастробиоптатах обнаружены при поверхностном гастрите в 57% случаев, при эрозивной форме — в 83% случаев). При гисто-морфологическом анализе нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка при инвазии Нр обнаружена у 59% обследованной группы детей, и у 16% детей неинфицированных Нр. Дегенеративные изменения покровно-ямочного эпителия слизистой оболочки желудка выявлены у 14% детей с хроническим гастритом ас-

социированным с Нр-инфекцией, при отсутствии инвазии Нр данных изменений не обнаружено.

Так же проведен сравнительный анализ гистоморфологической и эндоскопической картин при инвазии Нр и без нее. Моторно-эвакуационные нарушения верхних отделов желудочнокишечного тракта в виде дуоденогастрального рефлюкса встречаются у 32% больных неинфицированных Нр, и лишь у 17% детей с гастритом ассоциированным с Нр.

Таким образом, течение гастритов в зависимости от наличия инвазии Нр значительно отличается. Нр-ассоциированные гастриты имеют более тяжелое течение, чаще протекают в эрозивной форме, с гистоморфологической стороны местный воспалительный процесс несет выраженный острый характер (более чем в половине случаев выявлена нейтрофильная инфильтрация, у 14% больных дегенеративные изменения слизистой оболочки желудка). Клиническое обострение Нр-негативных гастритов чаще обусловлено диспептическим синдромом, эндоскопически выявляемый как ДГР, так как гистоморфологические признаки острого воспаления встречается значительно реже.

Оценка эффективности применения ферментного препарата «Креон 10000» при патологии органов гастродуоденобилиарной зоны у детей

В. П. БУЛАТОВ, Ю. В. МАЛИНОВСКАЯ, Н. В. РЫЛОВА, С. А. СЕНЕК, Г. Н. ХАФИЗОВА
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

УДК 615.453:616.33

Результаты научных исследований убедительно свидетельствуют о существовании механизма отрицательной обратной связи у человека, опосредованного протеазами. Экзогенные панкреатические ферменты подавляют панкреатическую секрецию, причем эффект зависит как от дозы, так и от времени применения. Если ферментный препарат назначается одновременно с приемом пищи, то торможения функции ПЖ не происходит, поскольку весь панкреатин связывается с пищей. При назначении энзимов в межпищеварительный период, эффективность купирования болевого синдрома будет определяться содержанием протеаз в препарате.

Цель: Оценить эффективность включения в состав традиционной терапии заболеваний органов гастродуоденобилиарной зоны (ГДБЗ) минимикросферического ферментного препарата «Креон 10000».

Методы: Изучение эффективности минимикросферического препарата «Креон 10000» было проведено на базе гастроэнтерологического отделения ДРКБ МЗ РТ города Казани. Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 10 до 16 лет с патологией органов ГДБЗ. Из них у 22 больных (55%) был диагностирован хронический гастродуоденит, у 5 (12,5%) — хронический гастрит, у 2 (5%) пациентов — ДЖВП, у 38 (95%) — обострение хронического холецистита или холедистохопангита. У 10 (25%) детей была выявлена патология ПЖ в виде панкреатического типа дисфункции сфинктера Одди. Дуоденогастральный рефлюкс диагностирован у 15 пациентов (37,5%). Всех детей беспокоили диспепсические

расстройства, метеоризм, признаки абдоминального дискомфорта, болевой синдром.

Препарат назначался в целях коррекции болевого и диспепсического синдромов и синдрома мальабсорбции в составе комплексной терапии заболеваний органов ГДБЗ. В нашем исследовании использовался препарат «Креон 10000», содержащий — 150 мг панкреатина (что соответствует содержанию липазы — 10000 М.Ед., амилазы — 8000 М.Ед., протеаз — 600 М.Ед.). Выбор данной формы был обусловлен удобством расчета и применения в педиатрической практике. Больным с патологией ГДБЗ, сопровождающейся болевым синдромом и синдромом экзокринной недостаточности ПЖ препарат назначался в начальной дозировке — 1000-1500 ЕД/кг/сутки 3-4 раза в день, половина разовой дозы принималась натощак, за 20 минут до еды — для торможения панкреатической секреции, другая половина — во время еды для коррекции экзокринной недостаточности. При необходимости, дозировка корректировалась индивидуально, путем повышения дозы до 2000-3000 ЕД/кг/сутки.

Результаты: Наблюдавшиеся дети были разделены на две группы. Контрольную — 1-ю группу — составили 20 детей, получавших стандартную терапию (антациды, прокинетики, желчегонную терапию, физиотерапию). 20 больным, составившим основную — 2-ю группу исследования, в комплексную терапию был включен минимикросферический препарат Креон 10000. При анализе результатов лечения констатировано, что продолжительность и выраженность объективных