

ISSN 2072-0297



МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

международный научный журнал



16+

16
2017
Часть I

Кадомцева Л. В., Игамбердиева С. Характеристика пиковой скорости выдоха при артериальной гипертензии	45	Стяжкина С. Н., Шигабутдинова И. М., Виноградова Е. В. Структура заболеваемости хроническим парапроктитом в I РКБ города Ижевска.....	78
Казакова Т. С., Нурмамедова Е. Э. Методы проведения антропометрических исследований с целью определения состояния физического здоровья	47	Султанова Д. Д., Миртаджиева З. Д. Микробиологический спектр возбудителей хронических риносинуситов у детей	81
Каледа С. П., Уринов Т. С., Исмоилов С. А., Турсунова Х. Н. Динамика проводимой терапии у пациентов с внепищеводными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	50	Тимошилов В. И., Луценко Ю. С., Шин Е. С., Шумилин М. Е., Дроздова Е. Л., Сидоров Г. А. Представления студентов-медиков об инфекциях, передаваемых половым путем, и пути их формирования: гендерный аспект	82
Касымов И. А., Мухаммадиев Х. Х. К вопросу этиологической диагностики бактериальных и вирусных менингитов	52	Улугов А. И. Метаболизм структурных компонентов соединительной ткани у детей с бронхиальной астмой	86
Маматова М. Р., Муфтайдинова Ш. К., Мамадиева М. С. Акушерские и перинатальные исходы у женщин с вирусным гепатитом С	55	Умарходжаев Ф. Р., Искандаров М. М., Юлдашев А. Ж., Эргашев Б. Н., Умарходжаева К. Ф. Тактика хирургического лечения тяжёлых форм осевых деформаций позвоночника	88
Мамедова Г. Б., Каттабеков А. С., Таджиева Н. А. Применение информационных технологий в первичном звене здравоохранения	57	Файзиев А. Н. Иммунологический статус детей раннего возраста с бронхиальной астмой при недифференцированной дисплазии соединительной ткани	92
Махмудова Н. Р. Влияние хронического гломерулонефрита на структурно-функциональное состояние сердца при артериальной гипертензии	59	Ханкелдиева Х. К., Абдуллаева М. Э., Тожибоев Т. Т. Применение Магне В6 с целью коррекции состояния соединительной ткани при ювенильной дисменорее	94
Мухамедова Б. И., Хамдамов У. И., Рузметов У. У. Эффективность лейкопозз стимулирующего препарата Кобальт-30 в таблетках и методы количественного определения	61	Хасанов Х. у., Жумаев О. А., Акбарова М. С., Сабиров Ш. Ю. Результаты хирургического лечения лекарственного устойчивого туберкулеза легких при различных сроках антибактериальной подготовки.....	97
Носирова У. Ф., Абдукадилова М. К., Амизян Н. М. Комплексная оценка центральной и церебральной гемодинамики у детей, родившихся от матерей с фетоплацентарной недостаточностью	64	Ходжаева С. М., Бабабекова Н. Б. Оптимизация лечения очаговых алопеций у детей	100
Пулатова С. Ш. Влияние С-реактивного белка на течение артериальной гипертензии	69	Шарипова З. У., Ашурова Д. Т., Турсунова О. А. Эффективность ступенчатой антибактериальной терапии в лечении пневмонии у детей	102
Садыкова Г. К., Мухамедханова М. И. Характеристика эпилептической энцефалопатии без судорожных пароксизмов у детей	71	Шокирова С. М., Негматшаева Х. Н., Юлдашева О. С., Ибрагимова С. Р. Программные меры обучения в школах будущих матерей в условиях СВП в Республике Узбекистан	104
Севко Д. В. Оптимальный кристаллоидный раствор	73		
Скорляков В. В., Бабиев В. Ф., Кещян С. С., Стагниева И. В., Бойко Н. В. Диагностика и тактика лечения шейного лимфаденита	75		

Иммунологический статус детей раннего возраста с бронхиальной астмой при недифференцированной дисплазии соединительной ткани

Файзиев Абитджан Нишанович, кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский педиатрический медицинский институт (Узбекистан)

Независимо от наличия дисплазии соединительной ткани у детей раннего возраста с бронхиальной астмой имеет место снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета при повышении IgE. Дисплазия соединительной ткани обуславливает более выраженные нарушения в иммунном статусе у детей с бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дисплазия соединительной ткани, дети раннего возраста

Актуальность. Одним из наиболее частых хронических заболеваний у детей является бронхиальная астма (БА). При этом данные официальной статистики не соответствуют истинной распространенности БА, уровень которой по результатам эпидемиологических исследований составляет от 1 до 18% [1]. Несмотря на большое количество исследований по изучению механизмов развития БА, не все звенья патогенеза расшифрованы, при этом иммунной системе отводится решающая роль в формировании и поддержании хронического воспаления дыхательных путей, преимущественно аллергического характера, но известны случаи заболевания и с неаллергическим воспалением [3]. Соединительная ткань, составляя около 50% массы тела, является единым комплексом клеток, волокон и основного вещества, объединенных общностью происхождения и выполняемых функций. СТ обеспечивает структурную поддержку других тканей, выполняя морфогенетическую, пластическую, защитную, трофическую и опорно-механическую функции [2, 4].

Внимание к проблеме БА, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани, обосновано ранним дебютом развития тяжелых форм заболевания, осложнений, трудностями подбора программ ведения детей [4].

Цель исследования: изучить иммунологический статус детей с бронхиальной астмой (БА) и недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) в раннем возрасте.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 48 детей с бронхиальной астмой, из них основную группу составили 30 детей с БА и НДСТ, группу сравнения составили — 18 детей с БА. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста.

Диагноз ставился на основании жалоб, объективного осмотра, лабораторных и рентгенологических методов исследования согласно классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (1995). При постановке диагноза бронхиальной астмы использована классификация GINA (2002, 2006).

Результаты исследования: у 59,6% больных с НДСТ отмечаются анамнестические и клинические признаки иммунологической недостаточности (частые ОРЗ, герпес, крапивница и т. д.), подтверждающиеся сдвиги в системе клеточного и гуморального иммунитета.

Проведенные исследования показали, что у детей раннего возраста как основной, так и группы сравнения клеточный иммунитет был сниженным. При этом у больных детей с БА в зависимости от наличия НДСТ прослеживался более выраженный иммунодефицит, чем у больных детей без НДСТ. Так в период обострения в основной группе отмечается выраженный дефицит относительного содержания Т-лимфоцитов CD3 ($P < 0,001$). Нами не выявлено достоверных отличий в абсолютных величинах CD3+ клеток ($P > 0,05$). Совсем иная картина получена

Таблица 1. Относительные показатели клеточного иммунитета у детей раннего возраста с БА, ($M \pm m$) %

Показатель	Контрольная группа	Основная группа, n=30	Группа сравнения, n =18
CD 3+	58,8±2,0	45,3±1,2**	53,0±3,2 °
CD 4+	34,6±1,8	24,3±2,07**	29,6±1,7* °
CD 8+	22,9±1,0	35,3±1,9**	28,7±2,7* °
CD 4/ 8	1,51±0,09	0,68±0,08**	1,03±0,1** ° °
CD 16+	15,1±0,8	29,3±1,8**	22,3±3,1* °
CD 20+	26,0±3,2	17,9±2,7*	23,2±3,3** °
Лимф, %	40,9±1,9	39,8±2,4	48,7±2,5* °

Примечание: достоверность различия от контроля: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$; от данных основной группы: ° ° — $P < 0,001$; ° — $P < 0,05$.

при определении содержания Т-лимфоцитов (CD3+) в периферической крови у больных детей без НДСТ (табл. 1).

Относительное количество их умерено уменьшилось до $52,4 \pm 2,2\%$ ($P < 0,05$), а абсолютные показатели наоборот превышали показатели контроля ($P < 0,05$). Важно подчеркнуть, что более глубокие нарушения в иммунной системе регистрировались на уровне иммунорегуляторов (Т-хелперов и, в большей степени, Т-супрессоров). ИРИ в группе у больных детей без НДСТ составил $1,03 \pm 0,1\%$ в то время, как у больных детей с ДСТ составил $0,68 \pm 0,08\%$. Следовательно, у больных детей с НДСТ прослеживаются более глубокие иммунодиспропорции со снижением содержания в крови Т-хелперов и увеличением Т-супрессоров.

CD 16+ -лимфоциты относятся к категории основных эффекторов врожденного иммунитета. Их относительное и абсолютное содержание в кровотоке детей с БА без НДСТ было соответственно в 1,5 и 2,2 раза выше контроля ($p < 0,001$). Наиболее высокий уровень CD 16+ -клеток наблюдался у детей с БА и НДСТ — $29,3 \pm 1,8\%$ и 879 ± 49 кл/мкл ($p < 0,001$).

При иммунном ответе, наряду с Т-лимфоцитами, основными гуморальными эффекторами иммунитета являются В-лимфоциты. Относительное содержание В-лимфоцитов, выявляемое по экспрессии CD20+ -рецепторов в периферической крови у больных при БА с ДСТ и без ДСТ имело достоверную тенденцию к снижению

Наименьшая экспрессия CD20+ отмечена у детей при БА с НДСТ ($p < 0,001$). Нами не выявлено достоверных различий в абсолютных величинах CD20+ клеток у больных детей основной группы ($p > 0,05$). Тогда как у детей без НДСТ отмечалось повышение количества CD20+ как в сравнении с контрольными данными, так и группой детей с НДСТ ($p < 0,001$). Оценка функционального состояния CD20+ -лимфоцитов у больных БА до 3-х лет по продукции основных классов иммуноглобулинов А, М, G выявила угнетение этих систем в острой фазе БА. В среднем содержание иммуноглобулинов А, М, G у детей основной группы было в 1,6 раза ниже контроля, а у детей группы сравнения — в 1,1 раза ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2. Показатели гуморального иммунитета у детей раннего возраста с БА

Показатель	Контрольная группа	Основная группа, n=12	Группа сравнения, n=9
Ig A г/л	0,90±0,05	0,6±0,05**	0,8±0,06* °
Ig M г/л	1,29±0,10	0,8±0,07**	1,02±0,02* °
Ig G г/л	10,5±0,35	6,5±0,3**	8,2±0,8* °
Ig E пг/мл	54,5±3,8	167,2±9,9**	138,7±10,2** °

Примечание: достоверность различия от контроля: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$, от данных основной группы: ° ° — $p < 0,001$; ° — $p < 0,05$.

При исследовании концентрации IgE у детей с БА обнаружено его повышение во всех группах. Уровень IgE у детей основной группы превышал контрольные значения в 3,1 раза, а группы сравнения — в 2,5 раза ($p < 0,05$).

Изучение основных маркеров активации лимфоцитов показало, что у детей обеих групп относительные значения маркера CD25+ были достоверно сниженными. Наиболее низкий уровень CD25+ -маркеров наблюдался у детей при БА с ДСТ — $19,7 \pm 1,7\%$ ($p < 0,001$). Эти данные указывают на то, что при БА с НДСТ происходит угнетение функциональной активности Т-лимфоцитов.

При изучении уровня CD38+ (маркера активированных Т- и В-лимфоцитов) и CD95+ (маркера апоптоза) обнаружено увеличение лимфоцитов с рецепторами CD38+ и CD95+, превышающими контроль. При этом у детей с НДСТ содержание CD95+, CD38+ было выше, чем у детей группы сравнения ($p < 0,05$).

Заключение: у детей раннего возраста с БА различной этиологии (с НДСТ и без НДСТ) глубоко нарушено функционирование системы иммунитета: снижается уровень CD3+ -лимфоцитов, CD4+ -хелперов, CD20-лимфоцитов и ИРИ, достоверно возрастают относительные значения CD8+ и CD16+ -клеток. Наибольшие изменения отмечаются в содержании иммуноглобулинов IgA, IgM и IgG, особенно IgE. Характерно повышение экспрессии активационных маркеров Т- и В — лимфоцитов CD35+ и CD95+. По-видимому, повышение активации пролиферативных маркеров иммунной системы тесно связано с патогенетическими механизмами формирования атопического варианта бронхиальной астмы. Наиболее высокий уровень диспропорции между иммунорегуляторными клеткам наблюдался у детей с БА с ДСТ. Дальнейший анализ показал, что глубина нарушений в экспрессии СД маркеров субпопуляций лимфоцитов имела четкую взаимосвязь с клиническим течением БА.

Литература:

1. Балан, Э.Б. Th-феномен иммунного ответа как фактор риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста // Цитокины и воспаление. — 2004. — № 4. — с. 26–28.

2. Беляева, О.В., Вишневская О.И. Синдром системной дисплазии соединительной ткани у детей с бронхолегочной патологией // Вестн. РГМУ. — 2005. — № 3 (42). — с. 121.
3. Шибельгут, Н.М. Клинико-биохимические проявления недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани у беременных с варикозной болезнью вен малого таза // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2010. — Т. 6, № 1. — С. 56–60
4. Шабалов, Н.П. Современное состояние проблемы дисплазий соединительной ткани и значение данной патологии для клинической практики педиатра / Н.П. Шабалов, Н.Н. Шабалова // Педиатрия. — 2013. — Т. 92, № 4. — С. 6–13.

Применение Магне В6 с целью коррекции состояния соединительной ткани при ювенильной дисменорее

Ханкелдиева Хурматхон Камчиевна, ассистент;

Абдуллаева Мавжуда Эргашевна, кандидат медицинских наук, ассистент;

Тожибоев Темур Топволди угли, студент

Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)

Боль как ощущение страдания — частая причина обращения молодых пациенток к гинекологу, хотя болезненные менструации нередко рассматриваются девушками как нечто само собой разумеющееся. Дисменорея отмечается у 31–52% девушек, при этом у части из них эта патология приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоматического статуса [6].

Дисменорея представляет собой циклично повторяющийся полиэтиологический нейроэндокринный синдром, значительно снижающий, вплоть до полной потери работоспособности девушки во время менструации, что определяет актуальность изучения проблемы.

В публикациях ряда исследователей дисменорея перечислена как одно из многих проявлений дисморфизма соединительной ткани (ДСТ), в основе которого лежат, чаще всего, врожденный или приобретенный длительный дефицит внутриклеточного магния [2, 5]. Предъявляемые ими жалобы на колющие и тянущие боли в области сердца без иррадиации, аритмии, раздражительность, нарушенный ночной сон, вегетативные кризы, многочисленные страхи, утомляемость, нарушение потоотделения, беспричинные обмороки, частые головокружения при резком вставании и в первой половине дня, сосудистые нарушения в конечностях многими предшественниками расценивались только отклонениями со стороны вегетативной нервной системы. Вместе с тем, опыт, накопленный терапевтами, кардиологами и ревматологами, свидетельствует о тесной обусловленности подобных проявлений врожденными или приобретенным длительным дефицитом внутриклеточного магния [6]. Биохимическое исследование крови пациенток с дисменореей на содержание уровня электролитов подтвердило недостаточное содержание магния в сыворотке крови у 70% больных.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов (коллагена) или основного вещества

и проявляющаяся в снижении её прочности. Это конституциональная слабость соединительной ткани. Коллагеновые дефекты могут быть связаны с взаимодействием наследственных факторов и факторов окружающей среды. Внутритазовая фасция постоянно реагирует на механические воздействия и обмен веществ, гормональную и неврологическую активность. [2, 9]. Основным компонентом соединительной ткани являются коллагеновые волокна. Соединительная ткань непрерывно обновляется, подвергается перестройке в ответ на нагрузку и повреждение [1, 2]. Интенсивность биосинтеза фибробластами коллагена зависит от многих факторов: наследственных, гормональных, обменных. Исследования, выполненные в последние годы, свидетельствуют о наличии эстрогенных и прогестероновых рецепторов в клетках эпителия влагалища, соединительной ткани, поперечно-полосатых мышц тазового дна и круглых связок матки [1, 3].

Целью исследования явилось изучение влияния лечебного воздействия препарата Магне В6 на функциональное состояние соединительной ткани.

Обследованы 64 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13–17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 30 девушек, у которых была выявлена умеренно-выраженная дисплазия соединительной ткани (от 10 до 16 баллов). Во 2-ю группу вошли 34 девушек без клинических признаков дисплазии соединительной ткани.

Признаки дисплазии соединительной ткани выявлены с применением балльной шкалы Яковлева В. М. (1992) [7]. Они включали следующие критерии выраженности дисплазии соединительной ткани:

Малые признаки (1 балл): астенический тип телосложения или недостаточная масса тела; мышечная гипотония и низкие показатели манометрии; уплощение свода