



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



ОБЩЕСТВО ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



Союз педиатрических
работников
Санкт-Петербурга
и Ленинградской области



ФЕДЕРАЛЬНОЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛСКОЕ
ЦЕНТРОЕДИНИЦА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО
ПРОФИЛИТИЧЕСКОГО ИНТЕРЕСА



КОМПЕТЕНТНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПО ВОПРОСАМ
ОПТИМИЗАЦИИ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



КОМПЕТЕНТНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПО ВОПРОСАМ
ОПТИМИЗАЦИИ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



IX РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**«АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА»**
совместно с ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»

МАТЕРИАЛЫ

13–14 ДЕКАБРЯ 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Клинические особенности атопического дерматита у детей дошкольного возраста <i>Ахроров Х. Х., Набиева Д. Д.</i>	7
Динамика показателей иммунного статуса у детей, больных псориазом, в процессе проводимой терапии <i>Бабобекова Н. Б.</i>	12
Специализированные продукты в рационе питания детей и взрослых с глютеновой энтеропатией <i>Гапонова Л. В., Полежаева Т. А., Матвеева Г. А.</i>	18
Инородное тело левого главного бронха (клинический случай) <i>Горбатов В. А., Пигачева О. Ю., Шулепин Д. В.</i>	22
Оценка свойств кожи как предиктор патогенетической терапии <i>Заславский Д. В., Соболев А. В., Скрек С. В., Волькенштейн П., Юновидова А. А., Козлова Д. В., Агакишизаде Н. Э., Никитина А. Э.</i>	29
Динамика течения атопического дерматита от грудного до подросткового возраста <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	32
Клиническое значение провокационных проб с аллергенами <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	33
Динамика показателей периферической крови и иммунного статуса в приступном и внеприступном периоде бронхиальной астмы у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	34
Влияние гипоаллергенных диет на течение аутизма у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i>	36
К вопросу о механизмах специфической иммунотерапии <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.</i>	37
Макрофаги и специфическая иммунотерапия <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Хоан Суан Б.</i>	38
Особенности некоторых показателей иммунитета у детей с хроническим гнойным средним отитом <i>Шайхова М. И.</i>	40

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Шайхова М. И.

*Ташкентский педиатрический институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Патология среднего уха остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии, так как является одним из основных источников, приводящая к тугоухости и инвалидности ребёнка. Большое количество научных работ, исследующих различные аспекты лечения гнойных средних отитов, следствием которых являются деструктивные изменения, в том числе и в системе цепи слуховых косточек, позволили в настоящее время более глубоко понять данную сложную проблему [1,3]. Однако данное направление в отологии по-прежнему остается не до конца изученным, а многие вопросы еще окончательно не решены [5]. Одним из таких деструктивных патологических процессов является хронический гнойный средний отит (ХГСО), от которого, по данным различных авторов, страдает от 1,5 до 4% населения в мире, из них дети составляют 1,5% [2,5].

На фоне современных достижений оториноларингологии на сегодняшний день хронический гнойный средний отит (ХГСО) довольно часто встречается в практике. Даже, несмотря на снижение показателей заболеваемости ХГСО ввиду своевременной санации верхних дыхательных путей и правильного лечения острого отита, его распространенность остается достаточно высокой и достигает 1% среди всего заболеваемости детского возраста [1,6], и составляет 20–25% от числа лечившихся по поводу заболеваний ЛОР-органов в стационарных условиях [4,7].

Однако в настоящее время ХГСО стал возникать в более раннем возрасте, течение заболевания заметно изменилось: оно стало скрытое, часто латентное, но, несмотря на это, более упорное и агрессивное с деструктивным процессом в среднем ухе. При этом характер патологических изменений в височной кости, остеомиелит, не зависит от формы ХГСО (мезо-, эпи- или эпимезотимпанит) [1].

При этом одним из показателей иммунной системы у больных с ХГСО является изучение уровня интерлейкинов. Как отмечают ряд

авторов, интерлейкины индуцируют «острофазовые реакции» - лихорадку, лейкоцитоз, продукцию и секрецию острофазных белков, экспрессию интегринов, хемотаксис гранулоцитов [2, 3, 5].

Материалы и методы исследования. Были изучены и проанализированы истории болезни, а также результаты инструментально-лабораторных исследований 32 детей, от 7 до 14 лет, с ХГСО в отделение отоларингологических заболеваний клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Всем больным проводилось комплексное клиническое (выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, тщательный анализ лечения), общее клинико-лабораторные исследования, включая определение уровней Т-лимфоцитов, его субпопуляции (CD3+, CD4+, CD8+). Также проведены оториноларингологическое (риноскопия), аудиологическое (пороговая аудиометрия, акустическая импедансометрия) исследования, совместно с бактериологическим исследованием содержимого выделяемого из уха. При необходимости проводили рентгенологическое обследование. С целью исследования иммунной системы данным пациентам проводили определение уровня IL 1 и IL 2 в сыворотке венозной крови, методам реакции бласттрансформации.

Все исследуемые дети были разделены на 3 группы в зависимости от формы ХГСО: 1 группа — больные дети с хроническим гнойным эпитимпанитом — ХГЭТ (n = 8; 25%); 2 группа — больные дети с хроническим гнойным эпимезотимпанитом — ХГЭМТ (n = 11; 34,37%); 3 группа — больные дети с хроническим гнойным мезотимпанитом — ХГМТ (n = 13; 40,63%).

При оценке иммунного статуса мы основывались на предложенной В.М. Земсковым (1996), методике условного выделения 3 степеней иммунодефицитного состояния: I степень — снижение иммунологических показателей на 1–33%; II степень — снижение на 36–66%; III степень — снижение на 67–100%.

Исследование проводилось после письменного разрешения родителей или опекунов на клинико-лабораторные исследования. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере «Pentium- IV» с использованием прикладных программ Office 2007, SPSS 10.0, Биостат. Использовались методы параметрической и непараметрической статистики: проверялись гипотезы о равенстве средних (t-критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, двухвыборочный критерий Уилкоксона), проверка на нормальность закона распределения

в изучаемых выборках проводилась при помощи пользовательской функции Normsmp- 1, реализованной на языке программирования высокого уровня VBA (Лапач С.Н. с соавт., 2002).

Результаты и обсуждение. При анализе клинической картины ХГСО особое внимание обратило на себя внимание следующие жалобы пациентов: боль в ухе или околоушной области — $n = 30$ (93,75%) детей; гноетечение из уха — $n = 29$ (90,63%); головокружение — $n = 22$ (68,75%); снижение слуха — $n = 28$ (87,5%); периодический подъем температуры тела — $n = 31$ (96,88%); быстрая утомляемость — $n = 21$ (65,63%).

При обследовании обнаружено: у $n = 5$ (15,63%) — горизонтальный мелкограмашистый спонтанный нистагм, направленный в сторону больного уха; симптомы общей интоксикации — $n = 19$ (59,58%); отставание в физическом развитии — $n = 17$ (53,13%).

Как показали наши исследования средняя разница до лечения у детей с рецидивирующим ХГСО наблюдается снижение CD3+ в среднем на 14,6% и CD4+ на — 4,31%. При этом повышается уровень CD8+ на 17,1% и 0-лимфоцитов на 12,3%, что свидетельствует о нарушении идентификации ростковых клеток в тимусе, с образованием не дифференцированных нулевых клеток лимфоцитов.

У детей с мезотимпанитом уровень Т-лимфоциты (Т-РОК) на 8,9% ниже по отношению к эптитимпаниту. В то время как разница уровня CD8+ составляла 11,4%, CD4+ — 2,4%.

Также нами было отмечено, что чем тяжелее протекает патологический процесс у детей с ХГСО, тем иммунодефицитное состояние усугубляется. В данном случае у детей с мезотимпанитом по отношению к группе детей с эптитимпанитом, наблюдается разница в показателях клеточного иммунитета в 1,3 раза. Полученные данные свидетельствуют, что при мезотимпанитах идёт нарушение клеточного иммунитета на всех факторах дифференцировки лимфоцитобразования, с повышением не дифференцированных 0-лимфоцитов. Так как данные клетки были увеличены по отношению к норме при эптитимпанитах на 9,5%, при мезотимпанитах на 15,1%.

При сопоставлении полученных данных с оценкой иммунного статуса предложенной В.М. Земсковым (1996). У детей с эптитимпанитом наблюдается иммунодефицитное состояние I степени, а у детей с мезотимпанитом I-II степени. При проникновении микроба в макроорганизм первой клеткой, которая вступает в борьбу с ним, является

тканевой макрофаг. Он поглощает и переваривает микробы, представляя их антигенные пептиды Т- и В-клеткам и инициируя тем самым развитие клеточного и гуморального ответа.

По нашим исследованиям, уровень IL-1 β у детей с ХГСО до лечения в среднем составил 805,86 пг/мл. При этом было отмечено, что данный уровень меняется в зависимости от формы ХГСО. Как показали наши исследования, самый низкий уровень IL-1 β наблюдался у детей с ХГЭМТ (813,73 пг/мл), что возможно связано с тяжестью патологического процесса, что отражается на нейроиммунных взаимодействиях.

Как показали наши наблюдения, уровень IL-2 — несколько ниже по отношению к уровню IL-1 β , что в среднем составлял 7,58%. Данная разница возможно связано с возрастными особенностями организма ребёнка, так как одним из свойств IL-2 является фактором роста и активации естественных киллеров, В-лимфоцитов и Т-лимфоцитов, что и было подтверждено в ходе нашего исследования. При этом, основным эффектом IL-2 является запуск пролиферации антиген-активированных Т-лимфоцитов и стимуляция натуральных киллерных лимфоцитов. Исследование IL-2 показало, что уровень данного интерлейкина также варьирует в зависимости от локализации и тяжести патологического процесса. Наблюдался снижение его уровня, как и IL-1 β , в среднем снижение доходило до 10,13%. Наименьший уровень IL-1 β и IL-2 наблюдался у детей с ХГЭМТ (79,6% и 71,57% соответственно).

Как показали исследование интерлейкинов, их уровень находится в прямой зависимости от клиники воспалительного процесса, в частности наблюдается их снижение при гнойных процессах, что свидетельствует об ослаблении иммунной системы у этих больных.

Общеизвестно, что воспаление по сути своей является защитной реакцией организма, направленной на ограничение очага повреждения, элиминацию повреждающего агента (инфекционного возбудителя) и восстановление целостности тканей. С этой точки зрения хроническое воспаление можно расценивать как результат недостаточной эффективности защитных механизмов макроорганизма в борьбе с патогенным микробом. Одним из факторов защитного механизма являются именно интерлейкины. Антагонист рецептора интерлейкина-1 блокирует связывание интерлейкинов 1 α и 1 β (IL-1 α и IL-1 β) с рецептором. Ингибирующее действие антагониста имеет важное физиологическое значение в организации иммунного ответа и в развитии воспалительного процесса при различных патологиях.

Вывод. Уровень IL 1бета и IL 2 в крови у детей с хроническим гнойным средним отитом варьируется в зависимости от локализации патологического процесса, так наименьший уровень IL 1бета наблюдается при эпимезотимпаните (813,73 пг/мл), более высокий при эпитимпаните (838,17 пг/мл). Также, при анализе состояние клеточного иммунитета отмечается снижение CD4+ (4,7% при норме $9,01 \pm 1,41\%$), с одновременным увеличением CD8+ (59,5% при норме $42,4 \pm 2,37\%$) и 0-лимфоцитов (38,3% при норме $26,0 \pm 5,0$).

Список литературы

1. Баранов К.К., Богомильский М.Р., Минасян В.С. Современные подходы к диагностике и лечению обострений хронического среднего гнойного отита у детей // Вестник РГМУ. 2015. — №1. — С. 41–43.
2. Васильева Надежда Игоревна Особенности применения топических антибактериальных препаратов в терапии воспалительных заболеваний полости носа, носоглотки и околоносовых пазух у детей // ВСП. 2012. — №5. — С. 142–148.
3. Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Корвяков В.С., Кондратчиков Д.С., Пацинина О.А., Умаров П.У., Михалевич А.Е., Медеулова А.Р. Тактика ведения и результаты хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом // Альманах клинической медицины. 2016. — №7. — С. 814–820.
4. Минасян В.С., Баранов К.К. Хирургическое лечение острого гнойного среднего отита // Лечебное дело. 2016. — №4. — С. 64–66
5. Новоселецкий В.А., Хоров О.Г. Современное состояние вопросов этиопатогенеза патологии, приводящей к деструкции цепи слуховых косточек (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. 2015. — №1 (43). — С. 9–15.
6. Ханфар Аднан, В. П. Ситников Особенности показателей тимпанометрии при экссудативном среднем отите у детей // Проблемы здоровья и экологии. 2008. — №4 (18). — С. 74–78.
7. Чиркова И.Б., Абдулкеримов Х.Т., Карташова К.И., Колесникова А.В., Тушнолобов И.М. Некоторые особенности реконструктивной хирургии при хроническом среднем гнойном отите в детском возрасте // ПМ. 2015. — №2-2 (87). — С. 89–91.