

## ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадов, М.С. Асоев, М.М. Умаров,  
Ш.А. Абдуназаров**

### САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ЛАПАРОСКОПИИ СИЛИ ШИКАМ

**Мақсади тадқиқот.** Бехтаргардони натиҷаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии сили шикам, бо истифодаи видеолапароскопия.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқот дар асоси таҳлили натиҷаҳои ташхис ва табобати 106 бемор, ки бо ташхиси сили шикам бистарӣ гаштаанд, гузаронида шудааст.

Бо назардошти баҳои аниқ додан ба натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ, беморони сили шикам ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ 60 (56,6%) бемор шомил гашт, ки онҳо амалиётҳои лапароскопӣ гузаронида шуданд, гурӯҳи назоратӣ - 46 (43,4%) бемор, ки бо намуди кушода амалиёт гузаронида шудаанд. Мавриди ташхиси сили шикам шикоятҳои бемор, анамнез, муоинаи объективӣ, ташхисҳои лабораторӣ ва инструменталӣ ба назар гирифта шуданд.

**Натиҷаҳо.** Беморӣҳое, ки бо “ниқоби” он аз ҳама зиёдтар ба шубҳаҳои ҷарроҳӣ бистарӣ мегар-

данд, ин перитонити сабабаш номаълум 44(41,5%), аппендитситаи шадид 23(21,7%) ва ногузароғии шадиди рӯдаҳо 15 (14,2%) мебошанд.

Дар баробари ташхиси ултрасадо ва ТК, усули гистологӣ дар ташхиси сили шикам вазифаи калидино мебозад. Тибқи меъёрҳои клиникаю-морфологӣ, шакли аз ҳама маълум экссудативӣ 30 (28,3%) мебошад. Шакли экссудативно-часпишӣ дар 25 (23,6%) ҳолатҳо бо усули видеолапароскопӣ муайян гардида, дар 28 (26,4%) - мавриди лапаротомия. Шакли казеозно-реши дар 6 бемори гурӯҳи асосӣ ва 3 бемори гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд. Дар 6 бемори шакли казеозно-решии перитонити силӣ бо усули лапароскопӣ пораҳои дорои массаҳои казеозӣ, решҳои андозаашон то 5-7 мм, ки дар сифоқпардаҳои париеталӣ ва виссералӣ, ҳамзамон лиҳомҳои виссеро-париеталӣ муайян карда шуданд. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 3 (5,0%) ҳолат гурӯҳи асосӣ ва 6 (13,0%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ба назар расид.

**Хулоса.** Амалиёти видеолапароскопия дар ҳолатҳои таъҷили имконияти қоҳиш додани вақти ташхиси ниҳоиро дар 60% муҳаё намуда, миқдори натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати беморони сили шикамро то 45% қоҳиш медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** сили шикам, ташхис, томографияи компютерӣ, видеолапароскопия.

УДК 616.921.8-153.2-08

**М.Дж. Маджонова, Н.М. Ходжаева, Г.М. Саидмурадова**

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С КОКЛЮШЕМ

*Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»*

**Ходжаева Нигина Муродовна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

**Цель исследования.** Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов в комплексной лечении коклюша у детей.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 144 детей с момента рождения до 17 лет с диагнозом коклюш, которые в зависимости от метода терапии были разделены на 4 группы. Первая группа больных получила только базисную терапию, остальные группы в дополнение к базисной терапии получили иммуномодуляторы направленного действия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При сравнительной оценке частоты встречаемости основных симптомов коклюша в группе больных, находившихся на иммунотерапии, было установлено положительная динамика по сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии. В периоде разгара болезни (до лечения) показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных всех групп достоверно не отличались между собой. В периоде реконвалесценции, у всех групп больных, получавших иммуномодуляторы, показатели клеточного и гуморального звена иммунитета имели тенденцию к повышению, за исключением IgG, который был повышен во всех группах.

**Заключение.** Таким образом, применение иммуностимулирующих препаратов в терапии коклюша у детей, по-

зволило добиться более ранней нормализации основных клинических проявлений коклюша у детей, нарушенных иммунорегуляторных механизмов, а также цитокиновой регуляции.

**Ключевые слова:** коклюш, иммунитет, дети, иммуномодуляторы.

*M.J. Madzhonova, N.M. Khodzhaeva, G.M. Saidmuradova*

## MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN WITH PERTUSSIS

*Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University*

*Khodjaeva Nigina Murodovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University.*

**Aim.** To assess the clinical and immunological effectiveness of immunomodulating drugs in the treatment of pertussis.

**Material and methods.** 144 children with a diagnosis of pertussis were observed from birth till the age of 17. Patients were divided into 4 group depending on the method of therapy received. The first group of patients received only basic therapy, the remaining groups in addition to basic therapy received targeted immunomodulators.

**Results and its discussion.** The comparative assessment of the frequency of the main symptoms of pertussis in the group of patients on immunotherapy, a positive dynamic was found compared with the group of children on basic therapy. In the period of the disease before treatment, the indicators of cellular and humoral immunity in patients of all groups did not significantly differ. In the period of convalescence in all groups of patients receiving immunomodulators, indicators of the cellular and humoral immunity tended to increase with the exception of IgG, which was high in all group.

**Conclusion.** The use of immunotropic drugs in the treatment of pertussis in children made it possible to achieve an earlier normalization of the main clinical manifestation of pertussis, impaired immunoregulatory mechanisms and cytokine regulation in childre.

**Keywords:** pertussis, immunity, children, immunomodulator.

**Актуальность.** Лечение коклюша остаётся одной из актуальных проблем педиатрии в связи с длительностью болезни риском развития осложнений и присоединения интеркуррентных инфекций. Учитывая, что при коклюше выявляются изменения функции иммунной системы, определяющие, клинические варианты течения болезни, их тяжесть, развитие вторичных инфекций и осложнений [1, 3], частота развития которых варьирует от 6% до 76% [4, 5, 7, 8] были включены в терапию иммуномодулирующие препараты направленного действия. В статье представлен сравнительный анализ эффективности комплексной терапии в сопоставлении с традиционными методами лечения.

**Цель исследования.** Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов в комплексной лечении коклюша у детей.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 144 больных с коклюшем с момента рождения (0 месяца) до 17 лет, госпитализированных в инфекционное отделения Городского медицинского центра №1 имени К. Ахмедова г. Душанбе в период 2017-2018 гг. В зависимости от характера проводимой терапии и результатов обследования было выделено 4 группы

больных:

1. группа - 59 больных со среднетяжёлой, тяжёлой и лёгкой формами коклюша, в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся на базисной терапии.
2. группа - 28 больных раннего возраста со среднетяжёлой и лёгкой формами болезни, которые наряду с базисной терапией получали иммуномодулятор «Анаферон детский» в каплях.
3. группа - 38 больных аналогичного возраста с тяжёлой формой коклюша, которые наряду с базисной терапией получали «Виферон» в свечах.
4. группа - 19 больных в возрасте от 3 до 17 лет со среднетяжёлой, тяжёлой и лёгкой формами коклюша дополнительно к базисной терапии получали «Полиоксидоний» в/м.

Оценка клинической эффективности лечения больных с коклюшем, находившихся на различных методах терапии, проведена на основании изучения следующих показателей: частота и продолжительность спазматического кашля, частота апноэ, частота репризов, продолжительность диспепсических явлений, частота возникновения осложнений [5, 6]. Сравнительная оценка эффективности иммунной терапии с включением иммуномодулятора дополнялось изучением показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также концентрация

некоторых ключевых плазменных цитокинов.

Больные получавшие различные схемы лечения, были сопоставимы по возрасту, форме тяжести заболевания, сроком начало этиотропного и комплексного лечения. Критериями клинической эффективности терапии коклюша служили: укорочение сроков госпитализации, уменьшение частоты спазматического кашля и репризов, апноэ, а также частоты осложнений.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы «Statistica10.0» (StatSoftInc., США). Межгрупповые сравнения по количественным показателям выполнялись по Н-критерию Краскела-Уоллиса. Уровень статистической значимости принимали при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Продолжительность основных клинических симптомов у больных на фоне иммунной терапии и базисной терапии приведено в таб. 1. Из приведённой таблицы следует, что у группы детей получавших иммунотропную терапию наблюдалась положительная динамика по сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии. При сравнительной оценке частоты встречаемости основных симптомов заболевания в группе больных, находившихся на иммунотерапии, было установлено сокращение продолжительности спазматического кашля, цианоза, частоты апноэ и репризов и других симптомов по сравнению с группой детей, находившихся на традиционной терапии.

**Таблица 1.**

**Продолжительность клинических проявлений у больных на фоне иммунотерапии и базисной терапии, дни (M±m)**

Клинические проявления	Иммуномодуляторы			Базисная терапия (n=59)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
	Виферон (n=38)	Анаферон (n=28)	Полиоксидоний (n=19)		
	1	2	3		
Температура	2,41±0,12	-	2,21±0,14	3,29±0,11	>0,05
Тошнота	3,06±0,17	1,84±0,22 $p_1 > 0,05$	2,42±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	3,76±0,24 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,05$	<0,01
Рвота	3,0±0,17	1,78±0,22 $p_1 > 0,05$	2,20±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	3,56±0,24 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,05$	<0,01
Кашель	8,54±0,33	7,29±0,26 $p_1 <$	7,05±0,18 $p_1 < 0,01$ $p_2 >$	11,17±0,41 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Гиперемия	7,84±0,28	6,89±0,29 $p_1 > 0,05$	6,00±0,45 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	11,49±0,27 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
Цианоз	5,60±0,29	5,29±0,44 $p_1 > 0,05$	4,95±0,57 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	7,05±0,42 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,01$	<0,01
Мокрота	5,58±0,14	5,00±0,10 $p_1 < 0,05$	5,58±0,37 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	6,27±0,22 $p_1 < 0,05$ $p_2 <$	<0,05
Реприз	7,86±0,44	7,29±0,33 $p_1 > 0,05$	7,47±0,45 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	12,0±0,32 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<
Апноэ	7,87±0,25	6,09±0,35 $p_1 < 0,05$	6,21±0,49 $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	10,31±0,36 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001

Синкопальное апноэ	3,08±0,22	1,33±0,08 p <sub>1</sub> <0,01	-	6,66±0,20 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
Высовывание языка	6,39±0,15	6,39±0,16 p <sub>1</sub> >0,05	5,89±0,27 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	8,22±0,35 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>3</sub> <0,001	<0,001
Набухание шейных вен	5,66±0,13	5,68±0,19 p <sub>1</sub> >0,05	4,53±0,58 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	6,15±0,31 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> <0,05	<0,05
Одутловатость лица	5,62±0,16	4,73±0,42 p <sub>1</sub> >0,05	4,71±0,53 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	6,94±0,34 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> <0,05	<0,05
Беспокойства	4,34±0,23	4,50±0,42	4,47±0,33	5,17±0,34	>0,05
Тахикардия	4,47±0,17	3,89±0,31 p <sub>1</sub> >0,05	3,95±0,39 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	6,80±0,24 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>3</sub> <0,05	<0,05
Одышка	3,17±0,19	3,71±0,23 p <sub>1</sub> >0,05	3,11±0,11 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	5,36±0,23 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> <0,05	<0,05
Втяжение грудной клетки	3,94±0,23	2,71±0,23 p <sub>1</sub> <0,05	3,11±0,11 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	5,27±0,22 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,01	<0,01
Хрипы	7,21±0,23	6,93±0,21 p <sub>1</sub> >0,05	6,14±0,22 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	9,64±0,23 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> >0,01 p <sub>3</sub> <0,001	<0,01
Вздутие живота	3,19±0,21	2,21±0,12 p <sub>1</sub> >0,05	2,01±0,13 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	5,39±0,15 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,001	<0,001
Диарея	3,50±0,20	2,43±0,21 p <sub>1</sub> >0,05	3,16±0,16 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	5,29±0,13 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,01	<0,01
Боль в грудной клетке	6,16±0,16	5,21±0,21 p <sub>1</sub> >0,05	5,68±0,54 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	8,56±0,20 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,001	<0,001
Интоксикация	3,16±0,11	-	3,37±0,21	4,15±0,09	>0,05
Катаральные симптомы	3,50±0,16	3,18±0,10 p <sub>1</sub> >0,05	3,26±0,15 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	6,58±0,15 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,001	<0,001
Носовые кровотечения	3,32±0,16	3,29±0,16 p <sub>1</sub> >0,05	2,95±0,32 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	6,44±0,13 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,001 p <sub>3</sub> <0,001	>0,05
Судороги	2,05±0,05	-	3,16±0,16 p <sub>1</sub> >0,05	5,16±0,16 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>3</sub> <0,01	<0,01

Примечание: p<sub>1</sub>, p<sub>2</sub>, p<sub>3</sub> – статистическая значимость различия показателей между соответствующими (1, 2, 3 и 4) видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни).

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у больных на фоне иммунотерапии и базисной терапии, дни ( $M \pm m$ )

Показатели	Контр-я группа (n=15)	Иммуномодуляторы			Базисная терапия (n=59)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
		Виферон (n=38)	Анаферон (n=28)	Полиоксидоний (n=19)		
		1	2	3	4	
Разгар болезни						
IgA	1,11±0,15	0,86±0,05	0,82±0,04	0,75±0,09	0,92±0,07	>0,05
IgM	1,17±0,13	1,38±0,05	1,29±0,06	1,34±0,08	1,4±0,10	>0,05
IgG	9,85±1,51	10,09±0,13	9,66±0,19	9,51±0,21	10,14±0,44	>0,05
CD3+	60,2±5,1	48,38±1,3 $p_k < 0,001$	46,80±1,58 $p_k < 0,001$	43,0±1,3 $p_k < 0,001$	44,84±1,2 $p_k < 0,001$	<0,001
CD4+	46,8±5,21	26,66±0,7 $p_k < 0,001$	25,82±0,68 $p_k < 0,001$	26,74±0,53 $p_k < 0,001$	27,16±0,5 $p_k < 0,001$	<0,001
CD8+	20,34±3,09	15,89±0,30 $p_k < 0,01$	15,07±0,35 $p_k < 0,01$	15,63±0,48 $p_k < 0,01$	15,98±0,5 $p_k < 0,01$	<0,01
CD95+	30,13±4,34	16,74±0,4 $p_k < 0,001$	16,68±0,44 $p_k < 0,001$	16,47±0,93 $p_k < 0,001$	16,88±0,5 $p_k < 0,001$	<0,001
Период реконвалесценции						
IgA	1,11±0,15	1,38±0,05 $p_k < 0,05$	1,47±0,05*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$	1,65±0,05*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	1,14±0,07 $p_k > 0,05$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$	<0,001
IgM	1,17±0,13	2,45±0,06 $p_k < 0,001$	2,66±0,08*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,01$	2,67±0,06*** $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	1,71±0,11 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
IgG	9,85±1,51	14,91±0,10*** $p_k <$	16,18±0,15*** $p_k <$	16,08±0,25*** $p_k <$	14,35±0,69 $p_k >$	<
CD3	60,2±5,1	48,74±1,11 $p_k < 0,01$	49,68±0,48*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$	50,26±0,75*** $p_k < 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	43,33±0,79 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
CD4	46,8±5,21	30,42±0,46 $p_k < 0,001$	30,00±0,60*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$	31,79±0,61*** $p_k < 0,01$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	26,90±0,46 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001
CD8	20,34±3,09	16,71±0,24 $p_k > 0,05$	17,25±0,29*** $p_k > 0,05$ $p_1 > 0,05$	17,53±0,36*** $p_k > 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	16,00±0,35 $p_k < 0,05$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	<0,05
CD95	31,1±0,15	21,08±0,36* $p_k < 0,001$	20,86±0,51*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$	21,32±0,63*** $p_k < 0,001$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	18,10±0,37 $p_k < 0,001$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	<0,001

Примечание:  $p_k$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе;  $p_1, p_2, p_3$  – статистическая значимость различия показателей между соответствующими (1, 2, 3 и 4) видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни); \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения (по T-критерию Вилкоксона).

Так, продолжительность спазматического кашля в группе детей, получавших препарат «Виферон» был достоверно короче, по сравнению с контрольной группой ( $8,54 \pm 0,33$  против  $11,17 \pm 0,41$  дней  $p < 0,001$ ). Выделение мокроты при применении данного препарата исчезало на  $5,58 \pm 0,14$  против  $6,27 \pm 0,22$  дней, ( $p < 0,01$ ). Частота апноэ различной степени выраженности сокращалась на  $7,87 \pm 0,25$  против  $10,31 \pm 0,36$  дней ( $p < 0,01$ ), также сократилось продолжительность таких симптомов как: высовывание языка ( $6,39 \pm 0,15$  против  $8,22 \pm 0,35$  дней  $p < 0,001$ ), набухание шейных вен  $5,66 \pm 0,13$  против  $6,15 \pm 0,31$  дней  $p < 0,05$ , одышка  $3,17 \pm 0,19$  против  $5,36 \pm 0,23$   $p < 0,001$ , боль в грудной клетке  $6,16 \pm 0,16$  против  $8,56 \pm 0,20$  дней  $p < 0,01$ . При сравнительном анализе других основных симптомов, при применении иммуномодулятора Виферон также наблюдались достоверные различия.

При применении Анаферона детского было выявлено сокращение продолжительности таких симптомов как: спазматический кашель  $7,29 \pm 0,26$  против  $11,17 \pm 0,41$  дней, ( $p < 0,001$ ); реприз  $7,29 \pm 0,33$  против  $12,00 \pm 0,32$  дней ( $p < 0,001$ ); высовывание языка  $6,39 \pm 0,16$  против  $8,22 \pm 0,35$  дней ( $p < 0,001$ ), цианоз  $5,29 \pm 0,44$  против  $7,05 \pm 0,42$  ( $p < 0,001$ ), отхождение мокроты  $5,00 \pm 0,10$  против  $6,27 \pm 0,22$  дней ( $p < 0,05$ ).

Следует подчеркнуть, что главным механизмом действия анаферона детского является коррекция функции натуральных антител к  $\gamma$ -интерферону [8]. В исследовании, проведенном Бабаченко И.В (2005), показано, что включение Анаферона детского в лечение коклюшной инфекции у детей, способствовало снижению частоты развития интеркуррентных ОРВИ в 2-2,5 раза по отношению к контрольной группе, сокращению частоты пневмоний и бронхитов с 50% до 20% [6].

При изучении клинических проявлений нами было выявлено, что при применении иммуномодулятора «Полиоксидоний», наблюдалось положительная динамика в клиническом течение коклюша. Сроки исчезновения основных симптомов при коклюше у детей: кашель, цианоз, гиперемия, апноэ, отхождение мокроты, высовывание языка, набухание шейных вен, беспокойство, одышка, втяжение грудной клетки, боли в грудной клетки, были достоверно короче по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ).

Динамика клеточно-гуморальных факторов защиты больных коклюшем при различных методах лечения представлена в таб. 2.

В периоде разгара болезни (до лечения) показатели клеточного и гуморального иммунитета

у больных всех групп достоверно не отличались между собой, что свидетельствует о сопоставимости сравниваемых групп. Для периода разгара болезни характерна депрессия клеточного звена иммунитета [9]. В периоде реконвалесценции, у всех групп больных получавших иммуномодуляторы, показатели клеточного звена иммунитета имели тенденцию к повышению, и выражались в достоверном повышении количества Т-лимфоцитов ( $CD_3+48,74 \pm 1,11\%$ ,  $p_1 < 0,001$ ;  $49,68 \pm 0,48\%$ ,  $p_2 < 0,001$ ;  $50,26 \pm 0,75\%$ ,  $p_3 < 0,001$  соответственно I, II, III группы по сравнению с IV группой, получивших только базис-терапию) и их субпопуляции ( $CD_4+$  и  $CD_95+$ ) по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию ( $p_{1,2,3} < 0,001$ ). Также к периоду реконвалесценции в I, II, III группах больных достоверно возрастала концентрация Ig A ( $1,38 \pm 0,05$   $p_1 < 0,05$ ;  $1,47 \pm 0,05$   $p_2 < 0,01$ ;  $1,65 \pm 0,05$   $p_3 < 0,001$ ) и Ig M ( $2,45 \pm 0,06$   $p_1 < 0,001$ ;  $2,66 \pm 0,08$   $p_2 < 0,001$ ;  $2,67 \pm 0,06$   $p_3 < 0,001$ ), в сыворотке крови по сравнению с группой больных получивших базисную терапию. Однако концентрация IgG была повышена во всех группах.

Применение иммуномодулирующих препаратов в комплексе с базисной терапией приводит к заметному нарастанию показателей клеточно-гуморальных звеньев иммунитета [2, 8]. Состояние цитокинового статуса больных коклюшем при различных методах лечения представлено в табл. 3.

**Таблица 3**  
**Состояние цитокинового статуса больных коклюшем при различных методах лечения пг/мл.**

Показатели	Терапия		U-критерий Манна-Уитни
	Иммуномодуляторами (n=10)	Базисная терапия (n=20)	
До лечения			
ИФН- $\gamma$	$0,64 \pm 0,49$	$0,33 \pm 0,04$	$< 0,01$
IL4	$1,28 \pm 0,58$	$1,10 \pm 0,47$	$> 0,05$
IL6	$9,00 \pm 3,87$	$9,77 \pm 1,31$	$> 0,05$
После лечения			
ИФН- $\gamma$	$15,75 \pm 0,55^{***}$	$1,01 \pm 0,12^{***}$	$< 0,001$
IL4	$5,54 \pm 1,0^{***}$	$3,61 \pm 1,08^{***}$	$< 0,001$
IL6	$5,30 \pm 2,01^{***}$	$6,86 \pm 1,14$	$< 0,01$

Примечание: \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до лечения (по U-критерию Вилкоксона).

При проведение анализа цитокинового профиля было установлено, что у больных первой группы, находившихся на иммунотропной терапии, по

сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии (вторая группа), к периоду реконвалесценции наблюдалось достоверное повышение уровня ИФН $\gamma$  15,75 $\pm$ 0,55 против 1,01 $\pm$ 0,12 2-ой группы, ( $p < 0,001$ ), ИЛ-4 5,54 $\pm$ 1,0 против 3,61 $\pm$ 1,08 2-ой группы, ( $p < 0,001$ ), за исключением ИЛ-6, который в периоде разгара был повышен 9,00 $\pm$ 3,87 против 9,77 $\pm$ 1,31 2-ой группы, ( $p < 0,05$ ) и имел тенденцию к снижению к периоду реконвалесценции 5,30 $\pm$ 2,01 против 2-ой группы 6,86 $\pm$ 1,14 ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Таким образом, применение иммуностропных препаратов в терапии коклюша у детей, позволило добиться более ранней нормализации основных клинических проявлений коклюша у детей, нарушенных иммунорегуляторных механизмов, а также цитокиновой регуляции. Учитывая наличие иммунодефицитного состояния при коклюше у детей патогенетически обоснованным является применение современных иммуностропных препаратов, в частности «Виферон» среди детей раннего возраста при тяжёлой форме коклюша, «Анаферон детский» среди детей аналогичного возраста при лёгкой и среднетяжёлой формах коклюша, а также «Полиоксидоний» у детей с 3-х до 17 лет при всех формах тяжести. Следует подчеркнуть, что наряду с высокой эффективностью данные препараты являются безопасными иммуномодуляторами. При применении вышеперечисленных иммуномодуляторов у больных не отмечалось побочных действий, что позволяет применять данные иммуномодуляторы в комплексной терапии коклюша у детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8 см. в REFERENCES)

1. Епифанцева Н.В. Коклюш: полиморфизм генов противовоспалительных цитокинов / Н.В. Епифанцева // Врaч-аспирант. -2011.-Т.47.-№4.-С.454-458.
2. Зоидбоева Н.З. Иммунологическая характеристика пациентов с микотическим поражением лёгких / Н.З. Зоидбоева, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев, Н.А. Садуллаева //Здравоохранения Таджикистана. -2019.-№4.-С.27-34.
3. Маянский А.Н. Возбудитель коклюша/ А.Н. Маянский //Вопросы диагностики в педиатрии. -2010.-Т.2.-№3.-С.12-16.
4. Панасенко Л.М. Эффективность и безопасность применения иммуномодуляторов в профилактике осложнений у больных коклюшем/ Л.М. Панасенко //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. -2012.-Т.85.-№3.-С.138-142.
5. Симованьян Э.Н. Иммуноориентированная те-

рапия при инфекционных заболеваниях в педиатрии/ Э.Н. Симованьян // Поликлиника. -2007.-№1.-С.58-61.

6. Сипачева Н.Б. Эпидемиология и вакцинопрофилактика коклюша/Н.Б. Сипачева, Е.В. Русакова, Т.А. Семенов //Здоровье населения и среда обитания.-2011.-№12.-С.34-36.

7. Таран О.Н. Особенности интерферонового статуса часто болеющих детей и пути их коррекции в комплексной терапии острых респираторных вирусных инфекций / О.Н. Таран, О.В. Клименко // Здравоохранения Таджикистана. - 2015. - № 1. - С. 126-128.

#### REFERENCES

1. Epifantseva N. V. Koklyush: polimorfizm genov protivovospalitelnykh tsitokinov [Pertussis: anti-inflammatory cytokine gene polymorphism]. Vrach-aspirant - Postgraduate doctor, 2011, Vol. 47, No. 4, pp. 454-458.
2. Zoidboeva N. Z. Immunologicheskaya kharakteristika patsientov s mikoticheskim porazheniem lyogkikh [Immunological characterization of patients with mycotic lung disease]. Zdravookhraneniya Tadzhiqistana – Healthcare of Tajikistan, 2019, No. 4, pp. 27-34.
3. Mayanskiy A. N. Vozbuditel koklyusha [Pertussis causative agent]. Voprosy diagnostiki v pediatrii - Diagnostic issues in pediatrics, 2010, Vol. 2, No. 3, pp. 12-16.
4. Panasenko L. M. Effektivnost i bezopasnost primeneniya immunomodulyatorov v profilaktike oslozhneniy u bolnykh koklyushem [Efficiency and safety of the use of immunomodulators in the prevention of complications in patients with pertussis]. Byulleten VSNTS SO RAMN - Bulletin of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, 2012, Vol. 85, No. 3, pp. 138-142.
5. Simovanyan E. N. Immunoorientirovannaya terapiya pri infektsionnykh zabolovaniyakh v pediatrii [Immune therapy for infectious diseases in pediatrics]. Poliklinika - Polyclinic, 2007, No. 1, pp. 58-61.
6. Sipacheva N. B. Epidemiologiya i vaksinoprofilaktika koklyusha [Epidemiology and vaccine prevention of pertussis]. Zdorove naseleniya i sreda obitaniya - Public health and habitat, 2011, No. 12, pp. 34-36.
7. Taran O. N. Osobennosti interferonovogo statusa chasto boleyushchikh detey i puti ikh korrektsii v kompleksnoy terapii ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiy [Features of the interferon status of frequently ill children and the ways of their correction in the complex therapy of acute respiratory viral infections]. Zdravookhraneniya Tadzhiqistana – Healthcare of Tajikistan, 2015, No. 1, pp. 126-128.
8. Sreenan C. D. Osiovich H. Neonatal pertussis requiring extracorporeal membrane oxygenation Pediatric Surgery International, 2001, Vol. 17, No. 2-3, pp. 201-203.

## ХУЛОСА

М.Ч. Мачонова, Н.М. Хочаева,  
Г.М. Саидмурадова

### РАВИШҶОИ МУОСИР ОИДИ ТАБОБАТИ СУЛФАКАБУТАК ДАР КӮДАКОН

**Мақсади таҳқиқот.** Баҳодихӣ ба таъсиринокии саририю масъунии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати кӯдакони гирифтори сулфакабутак.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳти назорати мо 144 бемор ббо ташхиси сулфакабутак дар сини аз таваллуд то 17 сола қарор доштанд, ки вобаста аз хусусияти табобат кӯдакони бемор ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якум танҳо табобати асосиро гирифтанд, гуруҳҳои боқимонда бар илова ба табобати асосӣ маводҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуданд.

**Натиҷа ва муҳокимаи он.** Дар натиҷаи сан-

чиши мукоисавии басомади вохурии аломатҳои асосии бемори дар гуруҳҳое, ки доруҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуда чараёни мусоби назар ба гуруҳе, ки танҳо табобати асосиро қабул намуда буданд, муайян карда шуд. Дар давраи шадиди бемори (то табобат) нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморали бозътимод байни хама гуруҳҳои беморон фарқият надошт.

Дар давраи сихатшавӣ дар хама гуруҳҳои беморон нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморали майл ба баландшавӣ доштанд, гайр аз IgG, ки дар хамаи гуруҳҳои беморон баланд буд.

**Хулоса.** Хамин тавр, истифодабарии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати беморони гирифтори сулфакабутак имкон дод, ки тезтар аломатҳои асосии сулфакабутак дар кӯдакон, механизми вайроншудаи масъунитидоркунанда ва инчунин танзими ситакинҳо муътадил гардониданд.

**Калимаҳои асосӣ:** сулфакабутак, масъунит, доруҳои масъунитбаландкунанда, кӯдакон.

УДК 616.352-007.253-616.353-002.3-556.16.06

Д.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов, Д.Д. Давлатов

### ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕКТЕНОЗА АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ПАРАПРОКТИТА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, Таджикистан

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино; 734032, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел.: +992918612808, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

**Цель исследования.** Разработать объективные прогностические факторы риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ и проспективное исследование 170 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Группы формировали с учетом характера течения послеоперационного периода: в первую группу вошли пациенты со сложными свищами прямой кишки с развитием пектеноза анального сфинктера (83) и во вторую – с гладким течением послеоперационного периода (87).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера в 23,6% случаях развивается различной степени недостаточности анального сфинктера. Объективным прогностическим фактором риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, являются перенесенные формы: (анаэробная клостридиальная, неклостридиальная и рецидивирующая), локализация (задняя стенка прямой кишки), вид вызываемой острой парапроктит инфекции (анаэробная клостридиальная и неклостридиальная).

**Заключение.** Объективными критериями прогноза развития недостаточности анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера, являются индекс тяжести пектеноза анального сфинктера и степень дисфункции свища прямой кишки.

**Ключевые слова:** сложные формы парапроктита, пектеноз анального сфинктера, прогнозирование.