

3. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний носа и околоносовых пазух.- Курск, 2002.- 191с.

4. Плужников, М.С. Оториноларингология и технический прогресс / М.С. Плужников // Вестн. оториноларингологии. – 2008. – №4. – С. 7-12.

5. Труфанов Г.Г., Алексеев К.Н. Лучевая диагностика заболеваний околоносовых пазух и полости носа (Конспект лучевого диагноста).- СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011.- 224 с.

REFERENCES

1. Ilin S. N., Nozdrevatykh O. V. *Kompyuternaya tomografiya v diagnostike zabolevaniy visochnykh kostey: Rukovodstvo dlya vrachey* [CT in the diagnosis of diseases of the temporal bones: a guide for doctors]. St. Petersburg, PSP-Print Publ., 2010. 115 p.

2. Klimenko K. E. Algoritm otsenki kompyuternoy tomografii pered provedeniem endoskopicheskikh operatsiy na okolonosovykh pazukhakh [Algorithm for evaluating CT before endoscopic operations of the paranasal sinuses]. *Vestnik otorinolar - Herald of otorhinolaryngology*, 2013, No. 2, pp. 46-51.

3. Piskunov I. S. *Kompyuternaya tomografiya v diagnostike zabolevaniy nosa i okolonosovykh pazukh* [CT in the diagnosis of diseases of the nose and paranasal sinuses]. Kursk, 2002. 191 p.

4. Pluzhnikov M. S. Otorinolaringologiya i tekhnicheskii progress [Otolaryngology and technical progress]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2008, No. 4, pp. 7-12.

5. Trufanov G. G., Alekseev K. N. *Luchevaya diagnostika zabolevaniy okolonosovykh pazukh i polosti nosa (Konspekt lucheвого диагноста)* [Radiological diagnosis of diseases of the paranasal sinuses and nasal cavity (Radiological diagnostician)]. St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2011. 224 p.

6. Moon I. J. et all. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses. *Rhinology*, 2011, Vol. 49, No. 3, pp. 309-314.

7. Cashman E.C., Mac Mahon P.J., Smyth D. Computed tomography scans of paranasal sinuses before functional endoscopic sinus surgery. *World Journal of Radiology*, 2011, No. 3, Vol. 8, pp. 199-204.

М.И. Маҳмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, М.Д. Шоев, Ш.Д. Муродов, З.Х. Назаров

МОҲИЯТИ ТОМОГРАФИЯИ КОМПЮТЕРӢ ДАР ТАШХИС ВА БАНАҚШАГИРИИ ҶАРРОҲИҶОИ СИМУЛТАНӢ (МУШТАРАК) ҲАНГОМИ ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ ЯҚҶОИ КОВОКИИ БИНӢ ВА ҶАВФҲОИ НАЗДИБИНИГӢ

Мухимият. Дар айни замон томографияи компютерӣ (ТК) дар ташхиси бемориҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ (ЧНБ) ба таври васеъ истифода бурда мешавад. Гузаронидани тадқиқоти ТК ЧНБ ба ҳамаи беморони гирифтори эътилолиятҳои яқҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ хеле муҳим мебошад, зеро он ба табибон барои гирифтани маълумоти муфассал дар бораи ҳолати ковокии бинӣ ва ҳамаи ҷавфҳои наздибинигӣ имконият медиҳад.

Мақсади тадқиқот. Омузиши имкониятҳои ТК дар ташхис ва банақшагирии ҷарроҳиҳои симултанӣ (муштарак) ҳангоми эътилолиятҳои яқҷояи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ба 120 бемор бо эътилолиятҳои яқҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ тадқиқоти ТК бинӣ ва ЧНБ бо дастгоҳи мултисериалии спиралии ширкати Toshiba дар проексияҳои аксиалӣ ва коронари бо фосилаи 4мм ва бо ғафсии бурриши 4мм гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар ТК ЧНБ 120 бемори шубҳаҳои гӯшу гӯлӯ ва бинии ММТ ҶТ бо эътилолиятҳои яқҷояи бинӣ тағйиротҳои патологӣ хислати гуногундоштаи ҷавфҳои наздибинигӣ низ дар 115 (95,8%) бемор муайян карда шуд. Эътилолияти ҷавфи чоғи боло дар 36 (30,0 %), ҷавфи туршакл дар 19 (15,8 %) ва ҷавфи пешона дар 8 (6,7 %) беморон муайян гардид. Дар 52 (38,8 %) бемор иллатебии ду ва ё зиёда ҷавфҳо мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Тадқиқоти ТК бинӣ ва ЧНБ ба ҳамаи беморони гирифтори эътилолиятҳои яқҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ мақсаднок аст, зеро он ба риноҷарроҳ имконият медиҳад, то дар бораи ҳолати ҳамаи ҷавфҳои наздибинигӣ ва дуруст ба нақша гирифтани пайдарҳамӣ ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ дар ноҳияи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ маълумоти муфассал дошта бошад.

Калимаҳои калидӣ: томографияи компютериӣ бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, эътилолиятҳои яқҷояи бинӣ

УДК 616.5-002-053.2;612.017.4

М.П. Носирова, Н.Ш. Абдуллаева, Н.К. Кузибаева

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Кафедра клинических дисциплин ХГМУ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Носирова Матлюба Пулатовна – к.м.н., доцент кафедры семейной медицины №1 ТГМУ, им. Абуали ибни Сино тел.: (+992) 907-97-72-02; e-mail matiyuba61@mail.ru

Цель исследования. Изучить состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 50 больных АД в возрасте от 2 до 13 лет. Больные разделены по степени тяжести заболевания. Изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета. Для оценки степени тяжести определялся индекс SCORAD.

Результаты и их обсуждение. У детей с легкой степенью заболевания показатели Т-лимфоцитов и их субпопуляций незначительно отличались от нормы, но имели тенденцию к снижению. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением выявлено значительное, статистически достоверное ($P < 0,001$) снижение всех показателей иммунного статуса.

Заключение. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания выявлен дисбаланс в различных звеньях иммунной системы, что способствовало дальнейшей хронизации процесса, отягощало клиническое течение, ухудшая прогноз заболевания, приводя к срыву компенсаторно-адаптивных механизмов, усиливало развитие вторичной иммунной недостаточности, что диктовало необходимость раннего диагностирования заболевания и своевременного назначения этиопатогенетического лечения.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, иммунитет.

M.P. Nosirova, N.Sh. Abdullaeva, N.K. Kuzibaeva

IMMUNE STATUS INDICATORS OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Department of Family Medicine № 2 Tajik State Medical University after Abuali ibni Sino,
Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery of the Republic of Tajikistan
Department of Clinical Disciplines, KhSMU

Aim. To study the state of cellular and humoral immunity in patients with atopic dermatitis.

Material and methods. 50 patients with atopic dermatitis aged 2-13 were observed. Patients were divided according to severity and the state of the disease. The state of cellular and humoral immunity was studied. The degree of severity was assessed by SCORAD index identification.

Result. The study of cellular and humoral immunity showed that in children with mild disease, T-lymphocyte and their subpopulations slightly deviated from the norm, but tended to decrease in comparison to the control group. Patients with moderate and severe course showed statistically significant ($P < 0.001$) decrease in all parameters of the immune status.

Conclusion. Patients with a moderate and severe course of the disease showed an imbalance in various parts of the immune system. That contributed to the further chronicity of the process. It aggravated the clinical course and worsened the prognosis of the disease, leading to the disruption of compensatory adaptive mechanisms. Secondary immune deficiency increased indicating the need for early diagnosis of the disease and timely administration of etiopathogenetic treatment.

Keywords: children, atopic dermatitis, immunity.

Актуальность. По данным ВОЗ, аллергические заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, а в ближайшие 20–30 лет выйдут на первое место. На долю дерматозов приходится 56-66,4% всех форм аллергических заболеваний, среди которых преобладает атопический дерматит (АД) [1, 2]. Атопический дерматит (АД) – хронический аллергический дерматоз у больных с генетической предрасположенностью к атопии, с рецидивирующим течением, возрастными особенностями клинических проявлений, в основе которых лежат иммунопатологические механизмы [3, 4]. Начало АД происходит чаще всего в детстве, его распространенность у детей составляет от 15% до 25% [7]. В развитии ослож-

ненных форм данной патологии важная роль принадлежит иммунологическим нарушениям [5, 6]. Поэтому характерные нарушения в иммунной системе при атопическом дерматите являются своего рода диагностическим критерием и отражают глубину поражения [8]. Учитывая тенденцию к неуклонному росту заболеваемости среди населения и частым рецидивам АД, а также развитие тяжёлых форм дерматозов, на наш взгляд, особую актуальность представляет изучение показателей иммунного статуса у больных детей с атопическим дерматитом.

Цель исследования. Изучить состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением находились 50 больных в возрасте от 2 до 13 лет с диагнозом «Атопический дерматит», находившихся на амбулаторном лечении в ГЦЗ №12 и на стационарном в Городском центре кожных и венерических болезней г. Душанбе. В качестве контрольной группы обследованы 20 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. Для оценки степени тяжести АД был подсчитан индекс SCORAD. Основными формами АД были экссудативная, которая наблюдалась у 15 больных, эритематозно-сквамозная - у 10, эритематозно-сквамозная с лихенификацией - у 17, лихеноидная - у 5, пруригинозная - у 3 больных.

Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными обследованиями, включающими: осмотр, сбор анамнестических данных, исследование общего анализа крови, мочи, кала, кал на наличие яиц паразитов, инструментальными методами исследования, по показаниям УЗИ внутренних органов, проводили иммунологическое обследование.

Нами проведено иммунологическое исследование 50 детей с АД в возрасте от 2 до 13 лет, которых мы разделили по степени тяжести состояния: 20 (40%) - с легкой степенью, 20 (40%) - средней тяжести и 10 (20%) - с тяжелой степенью.

Для оценки степени выраженности нарушений иммунного статуса изучены следующие показатели: иммуноглобулины А, М, G, E, ЦИК (методом ИФА), CD3, CD4, CD8, CD20, CD95, CD16, CD32 и фагоцитарная активность определялись с помощью моноклональных антител методом непрямого розеткообразования на гемоанализаторе mindray.

Проводились консультации специалистов: дерматолога, иммунолога, аллерголога.

Оценка тяжести АД определялась по индексу SCORAD, который учитывает распространенность кожных поражений, интенсивность клинических проявлений, субъективные симптомы.

Статистическая обработка результатов исследований производилась на персональном ком-

пьютере с использованием прикладного пакета Statistica 6.0 (StatsoftInc., США). Вычислялись средние значения (M) и их ошибки (\pm) для абсолютного значений и относительных величин (p) для качественных значений. Множественные сравнения средних величин проводили методом ANOVA (H – критерий Краскела–Уоллиса), парные сравнения по U–критерию Манна–Уитни. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Среди обследованных нами больных АД лёгкая степень была определена у 20 (40%), в основном были больные с экссудативной (n=10), эритематозно-сквамозной формами (n=10) заболевания, с 1-2 обострениями в год, продолжительностью ремиссии 6-8 месяцев. Среднетяжёлое течение выявлено у 20 больных (40%) с эритематозно-сквамозной с лихенификацией (n=18) и лихеноидной формой заболевания (n=2), частота обострения 3-4 раза в год, длительность ремиссии 2-3 месяца. Тяжёлое течение имелось у 10 (20%) пациентов, не менее 5 обострений в течение последнего года при непродолжительной ремиссии в 1-2 месяца или персистирующее течение заболевания - это больные с эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией (n=4), лихеноидной (n=3), пруригинозной (n=3) формами заболевания. С учётом площади поражения кожных покровов выделяли ограниченный (n=34), распространенный (n=16) АД. У детей с экссудативной формой АД индекс SCORAD варьировал в интервале от 8 до 10 баллов; у детей с эритематозно-сквамозной формой - от 17 до 25 баллов; у детей с эритематозно-сквамозной с лихенификацией - от 19 до 26 баллов; у больных с лихеноидной и пруригинозной - в пределах 34-41 баллов.

Согласно поставленной цели исследования, нами изучался иммунный статус (клеточный и гуморальный) здоровых детей (n=20) для определения и подтверждения критериев нормы клеточного и гуморального иммунитета (табл. 1).

Таблица 1

Показатели иммунного статуса у здоровых детей

Маркёры	Контрольная группа	Колебания нормальных показателей	В %
CD3	60,7 \pm 0,9	55-69	%
CD4	38,0 \pm 0,7	34-44	%
CD8	19,0 \pm 0,4	17-23	%
CD20	21,2 \pm 0,6	18-30	%
CD95	28,0 \pm 0,5	25-35	%
CD25	16,1 \pm 0,5	13-25	%
CD71	18,7 \pm 0,6	15-25	%
CD32	52,4 \pm 0,8	40-60	%
CD16	8,6 \pm 0,3	6-12	%
IgE	23,1 \pm 5,6	0-74	МЕ/л
IgA	0,44 \pm 0,03	0,27-2,3	г/л
IgM	0,59 \pm 0,03	0,15-1,8	г/л
IgG	5,3 \pm 0,2	5,0-15,32	г/л
ЦИК	119,7 \pm 0,2	0-120	ЕД

Как видно из таблицы 1, все показатели как клеточного, так и гуморального иммунитета у здоровых детей были в пределах нормы.

У обследованных (n=50) больных отмечались выраженные сдвиги показателей иммунологической реактивности (табл. 2).

Таблица 2

Средние показатели клеточного и гуморального звена иммунитета у детей с атопическим дерматитом в разгар болезни с различной степенью тяжести заболевания

Показатели (M±m)	Контрольная группа n=20	Основная группа			p
		легкая степень n=20	средняя степень n=20	тяжелая степень n=10	
CD 3	60,7±0,9	46,5±0,5 p ₁ <0,05	38,5±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	33,2±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 4	38,0±0,7	31,3±0,3 p ₁ <0,05	26,4±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	23,1±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 8	19,0±0,4	14,2±0,2 p ₁ <0,05	11,0±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	7,9±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 20	21,2±0,6	16,3±0,2 p ₁ <0,05	13,7±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	10,3±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 95	28,0±0,5	21,5±0,3 p ₁ <0,05	17,8±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	13,4±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 25	16,1±0,5	10,8±0,2 p ₁ <0,05	7,9±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	4,1±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 71	18,7±0,6	12,1±0,4 p ₁ <0,01	9,0±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	5,9±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 32	52,4±0,8	38,1±1,6 p ₁ <0,05	31,9±0,4 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	24,7±0,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
CD 16	8,6±0,3	4,5±0,1 p ₁ <0,05	2,7±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	1,6±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001
IgE	23,1±5,6	81,3±5,6 p ₁ <0,01	115,4±3,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	128,9±33,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	<0,001
IgA	0,44±0,03	0,35±0,04 p ₁ >0,05	0,36±0,04 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	0,68±0,06 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001 p ₃ <0,001	<0,001
IgM	0,59±0,03	0,46±0,05 p ₁ >0,05	0,39±0,05 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	0,19±0,02 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01 p ₃ <0,05	<0,001
IgG	5,25±0,16	4,50±0,12 p ₁ <0,05	4,12±0,14 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	3,74±0,15 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05 p ₃ >0,05	<0,001
ЦИК	124,2±1,0	102,8±1,6 p ₁ <0,05	70,3±1,4 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	53,0±0,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами (по F -критерию Краскела-Уоллиса - ANOVA); p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе; p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при легкой степени в основной группе; p_3 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при средней тяжести в основной группе (p_1 - p_3 высчитывались по U -критерию Манна-Уитни).

В соответствии с представленными в таблице данными, у больных с лёгкой степенью АД показатели T -клеток и их субпопуляций отличались от таких же показателей контрольной группы ($p < 0,05$), но они носили транзиторный характер. Это были больные в основном младшего возраста с экссудативной формой и лёгкими проявлениями болезни, связанными с нарушением диеты, ранним введением прикормов, смесей и соков. При отмене аллергенов эти явления уменьшались или проходили. Проведенный сравнительный анализ больных со средней и тяжелой степенью АД с контрольной группой показал более выраженное снижение T -лимфоцитов (CD3), T -хелперов (CD4), T -супрессоров (CD8), B -лимфоцитов (CD20), апоптоза (CD95), рецептора к IL (CD25), рецептора пролиферации (CD71), фагоцитоза (CD32) и NK -клеток (CD16) ($p < 0,001$).

При сравнении больных со средней степенью тяжести заболевания с легкой выявлена статистическая значимость различий показателей $p < 0,05$, а с тяжелой степенью $p < 0,001$, что говорит о снижении иммунного статуса у больных с АД. При сравнении данных от средних значений в контрольной группе до тяжелой степени в основной группе видно линейное убывание значений в показателях маркеров CD и ЦИК, при этом изменения между данными средней тяжести и тяжелой степенью незначительны ($p > 0,05$).

По данным таблицы, отмечено снижение уровней сывороточных иммуноглобулинов A, M, G при всех степенях тяжести заболевания: при средней степени $p_1 < 0,05$, при тяжёлой $p_2 < 0,01$, но имеется выраженная гипериммуноглобулинемия E, которая превышала содержание его в сыворотке практически здоровых детей контрольной группы от 3,5 до 5,5 раз. Родители больных со средней и тяжелой степенью АД были с наследственной отягощенностью по аллергии. Кроме того, у большинства больных имелась сопутствующая патология (аллергическая и неаллергическая). У 80% больных выявлена глистная инвазия. Всё это способствовало снижению показателей иммунного статуса, который ассоциирован с повышенной восприимчивостью к инфекциям и срывом компенсаторно-адаптивных механизмов организма. Сравнительная характеристика клеточно-гуморального иммунитета у больных с АД в период ремиссии с контрольной группой и разгаром болезни показала положительную динами-

ку. Выявлена статистическая значимость различий показателей, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$) и с периодом разгара ($p_1 < 0,05$ - $p_2 < 0,01$), что говорит о повышении иммунитета у детей с АД.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с АД различной степени тяжести в разгар болезни позволили выявить дисбаланс звеньев иммунитета. Стойкий иммунологический дисбаланс способствовал дальнейшей хронизации соматической патологии, отягощая её клиническое течение и ухудшая отдаленный прогноз.

Установлено, что в патогенезе АД значимое место в функционировании иммунной системы отводится снижению показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

передать ссылки!!

1. Маланичева Т.Г., Денисова С.Н., Вахрамеева С.Н. Атопический дерматит у детей – современные особенности течения и диагностика // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2012.- №2.- С.109-117.
2. Романенко В.Н., Романенко К.В., Ермилова Н.В. Иммунный статус больных атопическим дерматитом // Университетская клиника.-2017.- Т.13, №1.- С.31-34.
3. Сизякина Л.П., Пенечко Е.М., Андреева И.И. Возможности заместительной интерферонотерапии в лечении атопического дерматита // Медицинский совет.- 2017.- №11.- С.84-87.
4. Шевченко И.М., Титкова Е.В. Факторы риска и особенности дебюта атопического дерматита у детей первого полугодия жизни // Медицинские науки.- 2015.- №8(13).- С.125-127.

REFERENCES

1. Malanicheva T. G., Denisova S. N., Vakhrameeva S. N. Atopicheskiy dermatit u detey – sovremennyye osobennosti techeniya i diagnostika [Atopic dermatitis in children - modern features of the course and diagnostics]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii - Russian journal of perinatology and pediatrics*, 2012, No. 2, pp.109-117.
2. Romanenko V. N., Romanenko K. V., Ermilova N. V. Immunnyy status bolnykh atopicheskim dermatitom [Immune status of patients with atopic dermatitis]. *Universitetskaya klinika - University clinic*, 2017, Vol. 13, No.1, pp. 31-34.
3. Sizyakina L. P., Penechko E. M., Andreeva I. I. Vozmozhnosti zamestitelnoy interferonoterapii v lechenii

atopicheskogo dermatita [Possibilities of interferon replacement therapy in the treatment of atopic dermatitis]. *Meditsinskiy sovet - Medical council*, 2017, No. 11, pp. 84-87.

4. Shevchenko I. M., Titkova E. V. Faktory riska i osobennosti debyuta atopicheskogo dermatita u detey pervogo polugodiya zhizni [Risk factors and features of atopic dermatitis debut in children of the first half year of life]. *Meditsinskie nauki - Medical sciences*, 2015, No. 8 (13), pp. 125-127.

5. Novak N., Simon D. Atopic dermatitis: from new pathophysiologic insights to individualized therapy. *Allergy*, 2011, Vol. 66, No. 7, pp. 830-839.

6. Beikert F. C., Langenbruch A. K., Radtke M. A., Kornek T., Purwins S., Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Archives of Dermatological Research*, 2014, p. 279-286.

7. Mark Boguniewicz Donald, Leung Y.M. The ABC's of managing patients with severe atopic dermatitis. *Journal of allergy and clinical immunology*, 2014, Vol. 132, pp. 38-41.

М.П. Носирова, Н.Ш. Абдуллоева, Н.К. Кузубаева

Нишондиҳандаҳои масуният дар кӯдакони гирифтори дерматити атопикӣ

Кафедраи тибби оилавии № 2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

Маркази илмию клиникӣ тибби атфол ва ҷарроҳии кӯдакони ҶТ

Кафедраи фанҳои клиникӣ ДДТХ

Хулоса

Мухимият. Мувофиқи маълумотҳои СҶТ бемориҳои алергикӣ яке аз ҷойҳои асосиро дар байни

бемориҳои гуногун мегиранд ва дар 20-30 соли оянда ҷои аввалро ишғол мекунад. Дерматозҳо, ки 56-66,4% ҳамаи шаклҳои бемориҳои алергиро ишғол мекунад, дар байни онҳо дерматити атопикӣ афзоиш ёфта истодааст.

Мақсади таҳқиқот. Омузиши ҳолати гуморали ва ҳуҷайравии масунияти бадан дар кӯдакони гирифтори дерматити атопикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар назорат 50 нафр беморони гирифтори дерматити атопикӣ аз синни 2 то 13 сола буданд. Ҳолати гуморалӣ ва ҳуҷайравии масунияти беморон омӯхта шуд. Барои арзёбии дараҷаи вазнини бемори нишондиҳандаи SCORAD муайян карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Омӯзиши гуморали ва ҳуҷайравии масуният нишон дод, ки дар кӯдаконе, ки дараҷаи сабук мебошанд, нишондиҳандаҳои Т-лимфоситҳо каме фарқ мекунад, аммо дар муқоиса бо гуруҳи назорат камтар ба назар мерасанд. Дар беморони дараҷаи миёнавазнин ва вазнин аҳамияти назаррас ба назар мерасад ($P < 0.001$) камшавии ҳамаи параметрҳои ҳолати имунӣ ошкор карда шуд.

Хулоса. Дар натиҷаи таҳқиқоти иммуни дар беморони дараҷаи миёнавазнин ва вазнин ҳолатҳои гуногун дар системаи гуморали ва ҳуҷайравии иммуни мушоҳида карда шуд, ки ба марҳилаи минбаъдаи равандҳо мусоидат мекунад, ҳолати клиникиро бадтар намуда, потенциали ин бемориро бад мекунад. Бойси монанди механизмҳои мутобиксози, афзоиши норасоии масуният гардида, зарурати пешгирии бемориро ва сари вақт таин кардани таъбири этиопатогениро пешниҳод мекунад.

Калимаҳои калиди: масуният, дерматит атопикӣ, кӯдакон.

УДК 616.61-01-053.32

¹А.А. Одинаев, ²А.М. Мурадов, ²Т.Ш. Икромов, ³О.В. Шумилина

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ»

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: +(992)900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой характеристики почек у детей с острым повреждением почек.

Материал и методы исследований. Проанализированы результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. В зависимости от формы и причин возникновения ОПП пациенты разделены на 3 группы: преренальные - 90, ренальные – 34 и постренальные – 20 больных.

Ультразвуковое исследование проводили полипозиционно с продольным и поперечным сканированием во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Всего было проведено более 430 комплексных ультразвуковых исследований в разных стадиях ОПП, от 2 до 4 раз каждому больному; в В-режиме определяли длину, толщину, ширину почек.