

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. А. Романова, Т. В. Ишанова

Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.—проф. Н. А. Романова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

В патогенезе бронхолегочной патологии существенную роль играют аутоиммунные нарушения [2], одним из которых является возникновение циркулирующих в кровяном русле растворимых иммунных комплексов [7]. Данные литературы по освещению роли и значения циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) касаются преимущественно патологии взрослых [4, 8]. В детской практике приводятся лишь единичные сообщения о содержании ЦИК при сахарном диабете, сепсисе и заболеваниях крови [1, 3, 6].

Целью настоящей работы явилось изучение уровня и динамики ЦИК у детей раннего возраста, больных бронхолегочной патологией. Определение ЦИК проводили по методике В. Гашковой в модификации Б. А. Молотилова и соавт. [5]. Обследовано 78 больных и 15 здоровых детей в возрасте от 6 мес до 3 лет. Из них от 6 мес до 1 года было 36, от 1 года до 2 лет — 31, от 2 до 3 лет — 11.

Из общего числа обследованных у 32 была пневмония (1-я группа), у 26 — пневмония на фоне аллергически измененной реактивности (2-я группа), у 20 — респираторный аллергоз (3-я группа).

Диагноз заболевания ставили на основании анамнеза, генеалогических данных, клинико-лабораторных и рентгенологических исследований. Учитывали степень дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, длительность температурной реакции, выраженность физикальных изменений в легких.

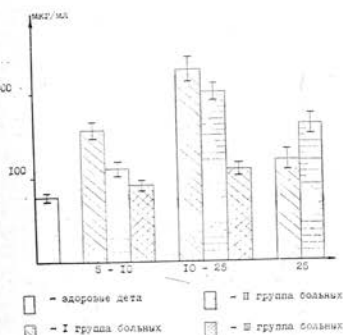
Уровень ЦИК у здоровых детей колебался от 0 до 139 мкг/мл, в среднем $79,0 \pm 9,7$ мкг/мл агрегированного гамма-глобулина (АГГ). У больных детей ЦИК определяли в динамике болезни на 5—10-й, 15—25-й день и позднее (см. рис.).

Сравнительный анализ результатов исследования ЦИК у больных бронхолегочной патологией показал, что степень и характер их накопления в динамике болезни были неодинаковы у детей с неизменной и аллергически измененной реактивностью. У больных с неизменной реактивностью содержание ЦИК коррелировало с периодами болезни и характером ее течения. В разгаре пневмоний отмечалось увеличение ЦИК с последующим (на 40—45-й дни болезни) снижением. При аллергически измененной реактивности уровень ЦИК в начале заболевания был ниже, в разгаре болезни увеличивался и по мере выздоровления не нормализовался. У больных с респираторным аллергозом колебания уровня ЦИК в динамике болезни не достоверны. Приведенные данные свидетельствуют об отклонении в иммунологической системе у больных с аллергически измененной реактивностью.

Таким образом, определение уровня и динамики ЦИК у больных бронхолегочной патологией может быть использовано в качестве дополнительного критерия для оценки исхода болезни и дифференциальной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афонин А. А., Асташевская М. И., Паверенный А. М. Педиатрия, 1981, 10.—2. Домбровская Ю. Р. Руководство по пульмонологии детского возраста. М., Медицина, 1978.—3. Кисляк Н. С., Титов В. Н., Манин В. Н., Панченко Н. Д., Досимов Ж. Б., Гуревич О. Е., Осипова О. Г., Румянцев А. Г. Педиатрия, 1981, 8.—4. Лаврова Р. Тер. арх., 1978, 10.—5. Молотиллов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д., Самерханова Л. Ч. Казанский мед. ж., 1982, 2.—6. Новикова В. И. Педиатрия, 1982, 4.—7. Роль им-



Динамика концентрации циркулирующих иммунных комплексов у детей с бронхолегочной патологией. Обозначения: по вертикали — АГГ, по горизонтали — дни заболевания.

с респираторным аллергозом колебания уровня ЦИК в динамике болезни не достоверны. Приведенные данные свидетельствуют об отклонении в иммунологической системе у больных с аллергически измененной реактивностью.

Таким образом, определение уровня и динамики ЦИК у больных бронхолегочной патологией может быть использовано в качестве дополнительного критерия для оценки исхода болезни и дифференциальной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афонин А. А., Асташевская М. И., Паверенный А. М. Педиатрия, 1981, 10.—2. Домбровская Ю. Р. Руководство по пульмонологии детского возраста. М., Медицина, 1978.—3. Кисляк Н. С., Титов В. Н., Манин В. Н., Панченко Н. Д., Досимов Ж. Б., Гуревич О. Е., Осипова О. Г., Румянцев А. Г. Педиатрия, 1981, 8.—4. Лаврова Р. Тер. арх., 1978, 10.—5. Молотиллов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д., Самерханова Л. Ч. Казанский мед. ж., 1982, 2.—6. Новикова В. И. Педиатрия, 1982, 4.—7. Роль им-

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

И. А. Ким

*Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского института
усовершенствования врачей им. В. И. Ленина*

Диагностика и лечение острых заболеваний внепеченочных желчных путей иногда представляют значительные трудности, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Данная проблема сложна и тем, что иногда при воспалении желчного пузыря, не поддающегося консервативной терапии, трудно решиться на экстренную операцию, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, так как операционный риск у них слишком высок. Оперативное вмешательство также чрезвычайно опасно для больных с длительно протекающей механической желтухой, поскольку в послеоперационном периоде у них возможно прогрессирование имеющейся печеночной недостаточности. В таких случаях в качестве лечебного метода оправдана лапароскопическая холецистостомия [2]. По методике, предложенной И. Д. Прудковым (1974), необходимо вывести дно желчного пузыря и прикрепить к коже брюшной стенки. Однако при резко инфильтрированной и отечной стенке желчного пузыря, а также при его плотном сращении с краем печени выводить его дно и фиксировать к коже брюшной стенки не представляется возможным. Все это значительно ограничивает возможности проведения лапароскопической холецистостомии по данной методике. В таких случаях показана чреспеченочная холецистостомия [1, 3].

В нашей клинике проведено 496 лапароскопических исследований при различных заболеваниях органов брюшной полости, в том числе 356 при заболеваниях внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы. Кроме лапароскопической диагностики, выполнен ряд лечебных мероприятий под контролем лапароскопа: 1) канюляция круглой связки печени для пролонгированной новокаиновой блокады при остром холецистите и панкреатите (146 больных); 2) дренирование брюшной полости с целью проведения перитонеального диализа в лечении острого панкреатита (42); 3) промывание желчного пузыря и желчных протоков (62); 4) наложение лапароскопической холецистостомы в лечении острого холецистита, панкреатита и механической желтухи (26).

Чреспеченочная холецистостомия, по нашему мнению, имеет ряд недостатков: 1) она не дает четкого представления о направлении иглы в паренхиме печени, так как невозможно проконтролировать лапароскопом ее проведение и поэтому неизвестно место пункции желчного пузыря; 2) при малейшей попытке изменения продвижения иглы повреждается паренхима печени, что грозит кровотечением и желчеистечением; 3) велика вероятность перфорации противоположной стенки желчного пузыря из-за невозможности контроля за направлением иглы.

Поэтому представляем модификацию методики лапароскопической холецистостомии через дно желчного пузыря с помощью иглы-троакара с мандреном. Длина иглы-троакара — 250 мм, наружный диаметр — 3,0 мм, внутренний — 2,8 мм.

Под контролем лапароскопа производится пункция желчного пузыря у его дна с помощью иглы-троакара. Во время пункции через дно желчного пузыря весь процесс можно четко контролировать лапароскопом. Кроме того, создаются условия свободного манипулирования иглой-троакаром, так как она фиксирована только в одной точке (в толще брюшной стенки), что уменьшает вероятность перфорации противоположной стенки желчного пузыря. Свободное маневрирование иглой-троакаром позволяет установить катетер в просвете пузыря в любом положении, что невозможно при транспеченочном наложении холецистостомы, поскольку в этом случае игла фиксирована в двух точках (в толще брюшной стенки и в толще паренхимы печени), что значительно уменьшает возможность манипуляции иглой.

Этапы лапароскопической холецистостомии по предлагаемой методике представлены на рис. 1 а, б, в, г. При проведении лапароскопической холецистостомы иглой-троакаром должны быть соблюдены следующие правила: 1) между мандреном и стен-