



действиями, с улучшением крово- и лимфообращения, стимулирующей репаративных процессов. Было обследовано и пролечено 113 детей (63 мальчика и 50 девочек) в возрасте 8-15 лет с вторичным хроническим обструктивным пиелонефритом с сохранной функцией почек. Применялись общеклинические, клинико-лабораторные, биохимические, бактериологические, инструментальные и иммунологические методы. Из общего числа наблюдаемых больных 55,7% составляли мальчики. У 47,9% больных выявлена наследственная отягощенность в отношении заболеваний мочевой системы.

При поступлении в стационар у всех пациентов констатировались не только жалобы и клинические проявления, характерные для обострения заболевания, но и выраженные изменения параметров иммунологической реактивности. На этом сроке отмечались увеличение абсолютного количества CD3-клеток, уменьшение относительного и абсолютного количества CD4-лимфоцитов, снижение ИРИ, повышение относительного и абсолютного количества CD20-лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов G, A, M и уровня ЦИК, тотальное снижение исследуемых показателей фагоцитоза, повышение уровня провоспалительных цитокинов, как минимально низкий определялся уровень ИФН- α .

Наблюдаемые нами дети с ОП были подразделены на две группы в зависимости от проводимой терапии. Больным первой группы (78 пациентов) после оперативной коррекции врожденных обструктивных уропатий проводилось комплексное общепринятое лечение пиелонефрита согласно современному протоколу ведения больных с этой патологией (Коровина Н.А. и соавт., 2007 г.). Больным второй группы (35 пациентов) наряду с указанным выше комплексным общепринятым лечением через 3 месяца после выписки из стационара проводился курс МИЛТ (аппаратом «РИКТА-02/1» (M1) с использованием 50% уровня мощности инфракрасного и лазерного излучения). Курс МИЛТ состоял из 10 сеансов, проводимых ежедневно 1 раз в день.

У детей первой группы при выписке из специализированного стационара была зафиксирована неоднозначная картина иммунологических нарушений: снижение относительных чисел CD3- и CD4-клеток, низкие значения ИРИ, повышение относительно и абсолютного количества CD20-лимфоцитов, выраженное повышение уровней IgG, IgA, концентрации ЦИК в сыворотке

крови, снижение исследуемых фагоцитарных показателей. Не нивелировались выявленные иммунные нарушения и через 3 месяца. На этом сроке констатировались повышение абсолютного и относительного содержания CD4-лимфоцитов, повышение абсолютного количества CD3- и CD8-лимфоцитов, увеличение относительного и абсолютного числа CD20-клеток, уровней сывороточных IgG, IgA, IgM, существенное увеличение соотношения CD3-лимфоциты/CD20-лимфоциты, отмечалось уменьшение ФАН, ФИ и кислородзависимого киллинга в НСТ-тесте, повышение уровня ИЛ-1 β и ФНО- α , очень низкой сохранялась активность ИФН- α .

У больных второй группы через 3 месяца после выписки из стационара отмечалось увеличение абсолютного и относительного содержания CD3-лимфоцитов, абсолютного количества CD4-лимфоцитов, а также абсолютного и относительного числа CD8-клеток в периферической крови по сравнению с больными первой группы, где на данном сроке указанные показатели оставались ниже возрастных норм. Кроме того, снижались (превышенные в первой группе) абсолютное количество CD20-лимфоцитов, намечалась выраженная тенденция к снижению токсических концентраций ЦИК в сыворотке. Существенной коррекции у больных, пролеченных с использованием МИЛТ, подверглись показатели неспецифической резистентности: было зафиксировано приближение к нормальным показателям содержания провоспалительных цитокинов, значительно повысился уровень ИФН- α . Существенных различий между показателями фагоцитоза у больных первой и второй группы констатировано не было.

Катамнестическое наблюдение, которое осуществлялось в течение 3 месяцев после выписки детей из стационара, показало, что в первой группе больных ОП, получавших комплексное общепринятое лечение, несмотря на проводимую согласно протоколу амбулаторно терапию, в ряде случаев (6,4%) возникали обострения пиелонефрита. Среди больных второй группы (общепринятое лечение + МИЛТ) обострений ОП зафиксировано не было. Данные, полученные в ходе наблюдений и исследований, указывают на высокую клинико-лабораторную и иммуномодулирующую эффективность комплексного лечения в сочетании с магнитоинфракрасной лазерной терапией у детей с обструктивным пиелонефритом.

616-053.32(1-21)

А.Р. КАЛИМУЛЛИНА, В.Р. АМИРОВА

Башкирский государственный медицинский университет

Структура факторов риска рождения недоношенных детей в крупном промышленном городе

Невынашивание беременности до настоящего времени остается серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. По данным международной медицинской статистики, в экономически развитых странах преждевременно рождается 5-11% детей.

Недоношенные новорожденные составляют группу наибольшего риска перинатальных потерь и инвалидности в отдаленные периоды жизни. Преждевременные роды сопровождаются экстраординарным увеличением смертности и заболеваемости среди новорожденных (Шабалов Н.П., 2004). На сегодняшний

день в индустриальных странах мира вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70%, в заболеваемость – 75% (Wen Shi Wu и соавт., 2004). Неблагоприятными отдаленными последствиями недоношенности, кроме неврологических, являются дыхательные (bronхолегочная дисплазия), офтальмологические (ретинопатия недоношенных), психо-интеллектуальные и поведенческие нарушения (Doyle L.W. и соавт., 2001).

Целью настоящего исследования явилось изучение характера и структуры факторов риска рождения недоношенных детей в условиях крупного промышленного города.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 102 родившихся недоношенными детей, проживающих в г. Уфа. Гестационный возраст детей колебался от 31 нед. до 37 нед., масса тела при рождении – от 1600 г. до 2700 г. Исследование проводили с помощью специально разработанной карты, включающей основные характеристики биологического и медицинского анамнеза преждевременно родившихся детей.

При изучении биологического анамнеза было выявлено, что возраст родителей исследуемых детей в каждом третьем случае превышал 30 лет, моложе 20 лет было 8 (7,8%) матерей и 6 (5,9%) отцов.

От первой беременности родились 34 (33,3%) детей, от повторной – 68 (66,7%), при этом 1/3 детей родилась от пятой и более по счету беременности. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (предшествующие аборт, выкидыши, мертворождения) имел место у 46 (45,1%) матерей. У 61 (59,8%) женщин беременность протекала на фоне хронической экстрагенитальной патологии. В структуре соматической пато-

логии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – гипертоническая болезнь, расстройства вегетативной нервной системы (27,5%), заболевания ЖКТ (19,6%), эндокринопатии (9,8%).

Хронические воспалительные заболевания половой сферы (вагинит, кольпит, сальпингоофарит) встречались у 64 (62,7%) матерей. Ведущие позиции в этиологической структуре указанной патологии занимали грибы рода *Candida*, хламидии, микоплазмы, цитомегаловирус.

Осложненное течение беременности имело место у 91 (89,2%) матерей. Обращала на себя внимание высокая частота встречаемости гестозов 1-й и 2-й половины беременности, которые наблюдались у 80 (78,4%) женщин и более чем в половине случаев имели тяжелое течение (гестоз III степени). Среди других осложнений беременности наиболее часто регистрировались анемия (71,6%), угроза прерывания беременности (53,9%), хроническая фето-плацентарная недостаточность (36,3%), гестационный пиелонефрит (11,8%), многоводие и маловодие (по 9,8%). У каждой третьей матери имелось 2 и более осложнений беременности.

Таким образом, основными факторами риска, ассоциирующимися с преждевременными родами, по нашим данным, являются осложненное течение беременности (тяжелые гестозы, анемия, угроза прерывания беременности), воспалительные заболевания половой системы (в т.ч. специфической этиологии), соматическая патология матери. Полученные данные необходимо учитывать при организации лечебно-профилактических мероприятий на этапах оказания медицинской помощи матери и ее преждевременно родившемуся ребенку.

616.36-002-07-053.2

**А.А. КАМАЛОВА, Г.М. БИКМУЛЛИНА, А.Р. ШАКИРОВА, А.Х. ОДИНЦОВА,
М.Ш. ЗАЙНЕТДИНОВА, Г.В. ЦУЦОЛ**

Казанский государственный медицинский университет
Детская республиканская клиническая больница, г. Казань
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Аутоиммунный гепатит в детском возрасте: вопросы диагностики и терапии

Цель: изучение особенностей течения и катамнеза детей с аутоиммунным гепатитом (АИГ).

Материал и методы: Работа проведена на базе гастроэнтерологических отделений ДРКБ и РКБ МЗ РТ г. Казани. Проанализировано течение болезни 17 детей с АИГ за период с 1995 по 2009 гг. Продолжительность наблюдения в условиях двух клиник составила от 3 до 13 лет. Средний возраст детей в дебюте заболевания составил 12,8 лет. Среди пациентов преобладали девочки (68%). Длительность заболевания у 45% больных составила 10-14 лет, у 34% — 6-7 лет, у 21% — 2-4 года.

Результаты: Аутоиммунный гепатит в педиатрической практике является редкой патологией, однако, по данным РКБ, частота этого заболевания возрастает в 4 раза, 28% из них имеют

дебют в детском возрасте. С возрастом больных увеличивается частота перекрестных синдромов (АИГ в сочетании с первичным билиарным циррозом (ПБЦ) — 25%, с первичным склерозирующим холангитом (АИГ/ПСХ) — 7,6%, с аутоиммунным холангитом (АИГ/АИХ) — 2,5%), в 13% случаев сочетание АИГ и др. иммунных синдромов (из них диабет у 25%, аутоиммунный тиреоидит у 34%). С увеличением стажа заболевания, несмотря на проводимую терапию, увеличивается частота развития цирроза печени (на 32,5%), присоединение других аутоиммунных заболеваний (так, у 1 больной через 5 лет манифестации АИГ дебютировал неспецифический язвенный колит (НЯК), системный васкулит).

При диагностике АИГ была использована балльная система, предложенная Международной группой по изучению АИГ. До