

внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (11,2%). Родовая травма ушла с лидирующих позиций на 4-е место (9,9%).

Таким образом, к 2000 году 10-кратное увеличение частоты ОКС в СК привело к двукратному снижению ПС с изменением структуры ее причин; частота выполнения ОКС в 10% от общего количества родов была признана оптимальной для существующей на тот момент ситуации. В то же время частота ОКС в СККПЦ достигла 24%, тогда как ПС снизилась лишь до 22,4‰ с уменьшением доли недоношенных детей (до 47%). В структуре причин ПС лидировала внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, на второе место вышли аномалии развития плода. СДР переместился на третье место.

Таким образом, в СККПЦ к 2000 г. значительное увеличение частоты ОКС привело к незначительному снижению ПС при относительно стабильной структуре ее причин.

В дальнейшем наблюдалось постоянное возрастание частоты выполнения ОКС как в СК, так и в СККПЦ, главным образом, за счет беременных с оперированной маткой (формирование «порочного круга»): структура показаний к ОКС стабилизировалась, но увеличение ее частоты приняло неуправляемый характер. К 2008 году частота ОКС в СК достигла 15%, что сопровождалось снижением ПС до 8,9‰. В СККПЦ частота ОКС достигла 26,6%, сопровождаясь снижением ПС до 16,4‰.

На первый взгляд, создается впечатление, что увеличение частоты оперативного родоразрешения по-прежнему сопровождалось снижением ПС; углубленный же анализ заставляет это опровергнуть. С 2000 по

2008 г. снижение ПС было достигнуто за счет улучшения качества реанимационно-лечебной помощи недоношенным новорожденным; в группе же доношенных новорожденных в 2000 г. составляла 33%, в 2008 г. – 43%).

За 2009 год частота ОКС в СККПЦ увеличилась до 29,9%, что сопровождалось повышением ПС до 19,9‰, как за счет доношенных, так и недоношенных детей.

Заключение. Таким образом, в настоящее время в условиях СККПЦ увеличение частоты ОКС с целью снижения ПС нецелесообразно.

Литература

1. Савельева, Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. – 2008. – №3. – С. 10-15.
2. Чернуха, Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2005. – №5. – С. 8-12.

Ключевые слова: перинатальная смертность, кесарево сечение

PERINATAL MORTALITY DEPENDING ON CESAREAN DELIVERY RATE

NEZH DANOV I.G., NEREDKO YE.G., ERLICH I.I., TELEGINA I.V.

Key words: perinatal mortality, cesarean section

© О.В. Никогосова, В.В. Зотова, 2010
УДК:618.33-022.7-08-053.2

АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

О.В. Никогосова, В.В. Зотова
Областная детская больница, Ростов на Дону

В мире количество здоровых детей едва достигает 6% [2], 70% патологии приходится на перинатальный период [3,4]. Среди причин ведущее место занимают перинатальные инфекции [1,5]. Механизмы формирования противoinфекционного иммунитета до сих пор раскрыты недостаточно.

Цель исследования: изучение особенностей иммунного и цитокинового статуса у детей с перинатальными инфекциями и разработка комплексной абилитации.

Материал и методы. Обследовано 618 детей с верифицированной инфекцией: до 1 года – 81,2%, от 1 до 2 лет – 10,4%, от 2 до 3 лет – 8,4% детей. Контрольная группа – 30 условно здоровых детей. Обследование включало сбор анамнеза, из-

учение соматического и неврологического статуса, лабораторно-инструментальные и общеклинические методы исследования. Для идентификации возбудителя и определения степени активности процесса использована программа иммунологического обследования, включающая верификацию патологического агента и определение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Корреляционные взаимосвязи прослежены по 72 клинико-лабораторным показателям.

Результаты и обсуждение. По этиопатогенетическому фактору дети распределились следующим образом: сочетанная герпесвирусная инфекция – 23,5%, цитомегаловирусная инфекция – 21,7%, токсоплазмоз – 16,1%, инфекция, вызываемая вирусом простого герпеса, – 15,9%. У 2,4% детей обнаружен вирус коревой краснухи. Микст-инфекция, представленная различными сочетаниями хламидий, токсоплазм и герпесвирусов, диагностирована в 20,4% случаев. Клиническое обследование выявило полисистемность поражения: патология ЦНС – 100%; гепатолиенальный синдром – 74,9%; патология мочевы-

Никогосова Ольга Викторовна, доктор медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии №1 РостГМУ, заведующая отделением реабилитации ГУЗ ОДБ г.Ростова на Дону, тел: 2970672, 89286184567.

водящей системы – 71,4%, органов зрения – 40,1%, сердечно-сосудистой системы – 17,3%; бронхолегочной системы – 10,3% больных детей. Врожденные пороки составили 62,5%. При исследовании получены данные, свидетельствующие о повышении экспрессии провоспалительных цитокинов ИЛ-1 и ФНО- α , ICAM-1, снижении экспрессии ИФН- γ и ИЛ-4. Констатируется снижение зрелых форм Т-лимфоцитов, повышение цитотоксических и естественных киллерных клеток, снижение числа CD4⁺ (Th1 и Th2) лимфоцитов, дисгаммаглобулинемия.

По методам лечения больные разделены на группы: первую группу (n=100) составили дети, получавшие симптоматическую терапию, вторую (n=518) – противoinфекционную и иммунокорригирующую. Учитывая особенности патогенеза, в терапии больных целесообразным является комбинированное использование препаратов с различным механизмом действия. Их выбор зависел от вида возбудителя, степени активности процесса и состояния иммунного и цитокинового статуса. В качестве этиопатогенетических средств использовали: специфические противoinфекционные препараты (аномальные нуклеозиды, тинидазол, дараприм и др.); цитокиновые препараты (лейкинферон, ронколейкин); производные интерферона- α (виферон); индукторы интерферона (циклоферон); иммуномодуляторы (тималин, тимоген, тактивин). Саногенетическое воздействие оказывалось антиоксидантами – активаторами биоэнергетического метаболизма; ноотропами и другими симптоматическими средствами. При динамическом обследовании иммунного и цитокинового статуса оказалось, что у больных I группы сохранялась высокая спонтанная экспрессия ИЛ-1, ФНО- α и ICAM-1, в то время как индуцированная экспрессия оказалась ниже. У больных, получивших специфическую терапию, спонтанная экспрессия внутриклеточных цитокинов снизилась, однако показателей контрольной группы не достигла. Констатируется повышение индуцированной экспрессии ИЛ-1, ФНО- α и ICAM-1, которое свидетельствует о восстановлении функциональной активности лимфоцитов и моноцитов. При оценке клеточного иммунитета у больных, получавших симптоматическую терапию, отмечено увеличение числа CD3⁺ лимфоцитов, возможно, за счет их функциональной незрелости. После проведения курса специфического лечения констатируется нормализация количества CD3⁺ –лимфоцитов. Практически не изменились после симптоматического лечения субпопуляции Т-лимфоцитов, а у сравниваемой группы больных Th2 после лечения достоверно ($p < 0,05$) изменились и приблизились к норме. Низкое содержание Th1 лимфоцитов, по-видимому, связано с дефектом выработки ИФН- γ . При оценке гуморального иммунитета отмечена нормализация IgG, A, M и ЦИК после специфического лечения, у больных после

симптоматической терапии дисгаммаглобулинемия сохранялась. Определение уровней специфических антител выявило улучшение исследуемых показателей после проведения курса иммунокорригирующей и противoinфекционной терапии. При сравнении клинических характеристик в последней группе больных выявлено значительное улучшение. Так, у детей, получивших специфическую терапию, симптоматика сохранилась в 33,5%, в то время как при получении симптоматической терапии – у 77,0% больных. Улучшение клинического состояния коррелирует с улучшением лабораторных данных. Нормализация показателем иммунного и цитокинового статуса, формирующих противoinфекционный иммунитет, способствовала наступлению стойкой ремиссии инфекций, улучшению клинического состояния больных и уменьшению их инвалидизации.

Заключение. У детей с верифицированными перинатальными инфекциями выявлен широкий спектр органных поражений, нарушения иммунного и цитокинового статуса. Применение противoinфекционной и иммунокорригирующей терапии значительно улучшает результаты лечения, способствуя стойкой ремиссии инфекций.

Литература

1. Володин, Н.Н. Классификация перинатальных поражений у новорожденных / Н.Н. Володин, А.С. Петрухин, А.С. Бурклява, Л.Т. Журба, С.О. Рогаткин, О.В. Тимонина // Мед. консультация. – 2000. – №2. – С. 12-26.
2. Кулакова, Т.П. Динамика состояния нервно-психического здоровья детей и подростков в школьный период жизни / Т.П. Кулакова // Сб. «Здоровье, развитие, личность». – М., Медицина. – 1990. – С. 27-54.
3. Пузин, С.Н. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов / С.Н. Пузин, Н.Ф. Деметьева // Мед-соц. экспертиза и реабилитация. – 2002. – №2. – С. 3-6.
4. Сердюкова, Г.Н. Охрана здоровья детей и подростков / Г.Н. Сердюкова, У. Клейнпетер // Сб. «Здоровье, развитие, личность». – М., Медицина. – 1990. – С. 14-26.
5. Федорова, М.В. Диагностика и терапия внутриутробных инфекций / М.В. Федорова, Т.Г. Тареева // Рос. мед. журнал. – 1997. – №1. – С. 20-22.

Ключевые слова: перинатальные инфекции

ABILITATION OF CHILDREN WITH PERINATAL INFECTIONS

NIKOGOSOVA O.V. ZOTOVA V.V.

Key words: perinatal infection