

ческой бляшки. Полученные результаты могут быть использованы в качестве дополнительных критериев, которые позволят прогно-

зировать развитие кардиоваскулярных осложнений в госпитальном периоде острого коронарного синдрома.

Сведения об авторах статьи:

Мухаметова Эльвира Тахировна – врач ГБУЗ НО ГКБ № 38. Адрес: 603000, г. Нижний Новгород, ул. Чернышевского 22. E-mail: muhametova.elwira@yandex.ru

Шаленкова Мария Алексеевна – д.м.н., доцент, консультант ГБУЗ НО ГКБ № 38. Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Чернышевского 22. E-mail: mshalenkova@yandex.ru

Михайлова Зинаида Дмитриевна – к.м.н., консультант ГБУЗ НО ГКБ № 38. Адрес: г. Нижний Новгород, ул. Чернышевского 22. E-mail: zinaida.mihailowa@yandex.ru

Абанин Алексей Михайлович – к.м.н., доцент, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России. Адрес: г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1. E-mail: 617000@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Ступаков, И.Н. Смертность от ишемической болезни сердца в Российской Федерации / И.Н. Ступаков // Здравоохранение. – 2008. – № 7. – С. 21-34.
2. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries / P. Widimsky [et al.] // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31. – P. 943-957.
3. Эрлих, А.Д. Острый коронарный синдром без подъёмов сегмента ST в практике российских стационаров: сравнительные данные регистров РЕКОРД-2 и РЕКОРД / А.Д. Эрлих, Н.А. Грацианский // Кардиология. – 2012. – № 10. – С. 9-16.
4. Динамика воспалительного процесса у больных с острым коронарным синдромом и больных со стабильной стенокардией. Сообщение 1. Биохимические и иммунологические аспекты / В.В. Кухарчук [и др.] // Кардиологический вестник. – 2007. – № 2. – С. 48-55.
5. Иммуновоспалительные реакции при остром коронарном синдроме / Р.Г. Оганов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – № 5. – С. 15-19.
6. Салахова, Г.М. Клинико-диагностическое значение маркеров воспаления при ишемической болезни сердца: дис.... канд. мед. наук. – Челябинск, 2009. – 105 с.
7. Оценка изменений уровня цитокинов, сывороточного неоптерина и С-реактивного белка у больных инфарктом миокарда / Г.Е. Кубенский [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 5. – С. 12-15.
8. Динамика изменений воспалительно-окислительных биомаркеров в крови при остром коронарном синдроме / Ю.И. Рагино [и др.] // Кардиология. – 2012. – № 2. – С. 18-22.
9. Динамика воспалительного процесса у больных с острым коронарным синдромом и стабильной стенокардией. Сообщение II. Биохимические, иммунологические и клинические аспекты / К.А. Зыков [и др.] // Кардиологический вестник. – 2011. – № 1. – С. 23-32.
10. Li-ping, H. Early C-reactive protein in the prediction of long-term outcomes after acute coronary syndrome: a meta-analysis of longitudinal studies / H. Li-ping, T. Xin-yi, L. Wen-hua // Heart. – 2010. – Vol. 96. – P. 339-346.
11. Шахнович, Р.М. Прогностическое значение маркеров воспаления и NT-proBNP при различных вариантах лечения пациентов с ОКС / Р.М. Шахнович, Е.В. Шрейдер, М.Я. Руда // Кардиологический вестник. – 2008. – № 2. – С. 7-14.
12. Возможность использования N-терминального фрагмента мозгового натрий-уретического пропептида как маркера мультифокального атеросклероза у больных инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST / Барбараш О.Л. [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 3. – С. 12-18.
13. Джаниани, Н.А. Прогнозирование и профилактика сердечно-сосудистых осложнений у перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 46 с.

УДК 616.24-002-053.31-036

© В.В. Виктор, А.И. Фатыхова, Р.З. Богданова, С.С. Куватов, 2013

В.В. Виктор¹, А.И. Фатыхова², Р.З. Богданова³, С.С. Куватов² ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

²МБУЗ «Городская детская клиническая больница №17», г. Уфа

³ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Для оценки прогностических критериев течения пневмонии у новорожденных нами был применен оформленный в виде программного пакета алгоритм «Синдромальный анализ данных». Резюмируя данные сравнительного частотного анализа факторов риска и тех, что вошли в синдром, мы пришли к следующим выводам: факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных в нашем исследовании явились следующие признаки: мужской пол плацентарная недостаточность, кесарево сечение. Асфиксия новорожденного является ключевым моментом для реализации пневмонии у новорожденных. Прогноз развития пневмонии у доношенного новорожденного ребенка как математическая модель болезни зависит не от одного конкретного фактора риска, а опосредуется суммарным влиянием таких составляющих, как асфиксия при рождении на первой минуте, эффективность реанимации в течение первых пяти минут от рождения (оценка по шкале Апгар на 5-й минуте), возраст матери, масса тела и гестационный возраст младенца, длительность безводного периода более 24 часов и наличие респираторной терапии с рождения. Применение прогностической шкалы признаков пневмонии у новорожденных позволяет оптимизировать терапию и увеличить эффективность лечения в неонатальном периоде.

Ключевые слова: новорожденные, факторы риска и прогноз развития пневмонии.

V.V. Viktorov, A.I. Fatykhova, R.Z. Bogdanova, S.S. Kuvatov
RISK FACTORS AND PROGNOSIS OF PNEUMONIA IN TERM NEWBORNS

To develop and evaluate prognostic criteria during neonatal pneumonia we used a designed as a unique software package algorithm "syndromic analysis". Summarizing data of the comparative analysis of the frequency of risk factors and those that are included in the syndrome, we came to the following conclusions: risk factors of pneumonia in term infants in our study were the following characteristics: male sex, placental insufficiency, cesarean section; birth asphyxia is the key to the realization of pneumonia in infants; forecast of development of pneumonia in a full-term newborn infant as a mathematical model of the disease does not depend on one particular risk factor. But the total effect is mediated by components such as: birth asphyxia at 1 minute, the effectiveness of resuscitation in the first five minutes of birth (Apgar score at 5 minutes), maternal age, body weight and gestational age of the baby, the duration of rupture of membranes for more than 24 hours and the presence of respiratory therapy at birth. Using prognostic score signs of pneumonia in infants helps to optimize therapy and to increase the effectiveness of treatment in the neonatal period.

Key words: newborns, risk factors and prognosis of pneumonia.

Заболеваемость пневмонией составляет около 1% среди доношенных и около 10% среди недоношенных детей и достигает до 40% у новорожденных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, на различных видах респираторной терапии [3]. В 2007 году M.D. Nissen опубликовал данные о том, что ежегодно в мире от пневмонии умирает от 750000 до 1,2 млн. новорожденных, что составляет 10 % от мировой детской смертности. Врожденная пневмония – термин, используемый для обозначения воспаления в легких, развившегося у плода еще до рождения или в течение 3-х суток после рождения, при котором поражение легких является основной формой заболевания или частью генерализованного инфекционного процесса (код МКБ X - P23) [1]. Однако при выявлении пневмонии у ребенка в возрасте старше 48 часов, находящегося в условиях акушерского или педиатрического стационара, довольно трудно провести дифференциальный диагноз между врожденной и нозокомиальной пневмониями (код МКБ J класс X – болезни органов дыхания), поскольку клиническая манифестация часто не имеет специфических отличий. Этиология и эпидемиология врожденных и нозокомиальных пневмоний отличаются в зависимости от популяции, к которой принадлежит младенец, установок клиники, особенностей перинатального периода, гестационного возраста и определений пневмонии, принятых в данном регионе [2]. В нашем исследовании мы применяем термин неонатальная пневмония (НП), объединяющий врожденную, аспирационную и приобретенную пневмонии [3].

Цель исследования – разработать прогностический синдром неонатальной пневмонии на основе оценки социальных, материнских, клинических факторов риска у доношенных новорожденных. Для достижения этой цели изучались влияние социальных, анте- и интранатальных, клинических и антропометрических факторов риска, оценивалась их информативность, на основании последних

формировался прогноз развития пневмонии у доношенных новорожденных.

Материал и методы

Для выполнения задач исследования были сформированы две выборки доношенных новорожденных: контрольная группа – здоровые доношенные дети (n=100) и группа доношенных больных с пневмонией (n=27).

Критерии включения в группу новорожденных с пневмонией: наличие дыхательных расстройств (ДН) с первых часов от рождения, потребовавших проведение респираторной терапии. Критерии исключения – врожденные аномалии развития. В группу контроля вошли доношенные новорожденные из физиологического детского отделения родильного дома. Исследование проведено на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская детская клиническая больница №17 городского округа г. Уфа Республики Башкортостан».

Статистическая обработка данных исследований и математический синтез синдромального прогноза проводились в отделе медико – биологической статистики ФГУ «Всероссийский институт глазной и пластической хирургии «Аллоплант»».

Анализ клинических данных исследуемых проводился на основе документации: медицинской карты больного стационара и истории развития новорожденного роддома, установленных статистических форм, которые послужили базой для разработки тематической карты.

Все показатели, полученные при исследовании, вносились в электронную базу данных в виде таблицы «объект–признак», которая далее подвергалась поэтапной многоплановой математико-статистической обработке. Данные исследования представляли собой пространное (226 показателей) многомерное, т.е. выраженное в виде набора разномасштабных, точно измеряемых или неточных («порядковых») количественных, а также каче-

ственных («категоризированных», «классификационных») показателей. Это позволяло достаточно полно описать самые различные аспекты состояния объектов (новорожденных и их матерей).

Нами было обследовано всего 127 доношенных новорожденных. Основные клинические характеристики исследуемых групп представлены в табл. 1.

Таблица 1
Характеристика пациентов, включенных в исследование

Параметры	Доношенные здоровые новорожденные, контрольная группа (n=100)	Доношенные новорожденные с пневмонией, основная группа (n=27)
Вес при рождении, г., M±s, (диапазон, г)	3504 ± 407 (2017 ÷ 4360)	3408 ± 611 (2450 ÷ 4940)
Мужской пол, абс. (%)	41 (41%)	20 (74%)
Женский пол, абс. (%)	59 (59 %)	7 (26%)

Клиническое обследование новорожденных обеих групп проводилось по стандартной схеме и включало следующие параметры: сбор анамнеза (изучение выписок из роддомов, расспрос матерей), данные осмотра, антропометрия, оценка физического развития, степени зрелости, задержки внутриутробного развития по таблицам перцентилей, оценка степени асфиксии при рождении по шкале Апгар, выявление симптомов дыхательной недостаточности (оценка по шкале Доунса). Рентгенография органов грудной клетки выполнялась у постели больного передвижным рентгеноаппаратом «Mobildraiv» в положении больного лежа на спине. Исследование общих показателей крови проводили на гемоанализаторе «Sisindex-KX 21» (Япония), биохимических показателей крови – на гемоанализаторе «Sapphire 400». При документированном инфекционном поражении легких, подозрении на внутриутробную инфекцию исследовали: иммунограмму, иммуноферментный анализ или полимеразную цепную реакцию на наличие ДНК предполагаемого возбудителя.

В группе контроля у всех наблюдавшихся новорожденных при рождении состояние оценивалось как удовлетворительное, отмечалось физиологическое течение раннего периода адаптации. Они не имели соматических расстройств и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4 – 5-е сутки жизни.

Все больные дети с рождения имели ДН II – III степеней, нуждались в интенсивной терапии и реанимации, и после стабилизации гемодинамики были переведены в ОРИТН ГДКБ № 17 из роддомов г. Уфы на 1–2-е сутки жизни. На основании данных анамнеза,

клинической картины и лабораторных исследований им был поставлен диагноз пневмония. Всем детям из данной группы проводилась комплексная интенсивная терапия: респираторная, антибактериальная, инфузионная, парентеральное питание, посиндромное лечение. Респираторная терапия включала: оксигенотерапию – 6 (22%) больных, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) – 34 (64%) ребенка, метод спонтанного дыхания под постоянным положительным давлением (СДППД) – 8 больных (15%). На фоне проводимой терапии состояние 25 детей стабилизировалось, и они были переведены в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения, а впоследствии выписаны домой. У двух детей отмечалась полиорганная недостаточность, приведшая к летальному исходу. Выживаемость в группе больных составила 93%, летальность 7% (n=2).

Согласно главной цели исследования, мы прежде всего попытались решить проблему создания математической модели прогноза развития неонатальной пневмонии. Нами был применен оформленный в виде уникального программного пакета алгоритм «Синдромальный анализ данных» (SAND), разработанный в ИППИ РАН В.Г. Труновым [4]. Формирование базы данных, а также все расчеты, выходящие за рамки применения метода «SAND» осуществлялись с применением современных программных пакетов математико-статистической обработки данных [5].

Результаты и обсуждение

При сравнительном анализе социально-демографических факторов (семейное положение, наличие профессиональной вредности, образовательный уровень, род занятий) статистически значимых различий у матерей, родивших здоровых доношенных новорожденных и новорожденных с пневмонией, обнаружено не было. В то же время медико-социальный фактор – регулярное наблюдение беременной женщины – показал статистически значимые различия: все 100% матерей, родивших здоровых новорожденных, состояли на учете, в то время как из группы больных регулярно наблюдались 92 % женщин ($t_p=0,044$). Средний возраст родильниц составил: для группы контроля – $25,7 \pm 4,4$ года; в основной группе – $27 \pm 5,6$ года ($p>0,20$). В распределении родильниц по возрастным категориям (до 18 лет, от 18 до 24 лет, от 25 до 29 лет и старше 30 лет) статистической значимости различия не достигли, хотя необходимо отметить увеличение удельного веса возрастных родильниц старше 30 лет в под-

группе больных новорожденных (37 % против 20 % у здоровых).

При анализе распределения детей по полу в группе доношенных новорожденных обнаружилось статистически значимое преобладание мальчиков в группе больных пневмонией: 74% против 41% ($\chi^2=8.04$, $df=1$, $p=0.005$, $OR=4.11$; 95% CI 1.48–12.47). Таким образом,

мужской пол является фактором риска возникновения пневмонии у доношенных новорожденных.

Из подгруппы факторов анте- и интранатального риска приводим только те, для которых были выявлены статистически значимые различия (табл. 2).

Таблица 2

Анте- и интранатальные факторы риска развития пневмонии у доношенных новорожденных				
Признак	Здоровые доношенные новорожденные	Больные неонатальной пневмонией	p	Отношение шансов (OR) CI %
	n_i $p_i \pm s_p$ CI % N = 99	n_i $p_i \pm s_p$ CI % N = 26		
Гестоз	47 47,47±5,0 37,30–57,80	19 73,08±8,7 52,20–88,40	0,02	3,00 (1,08 – 9,16)
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	N = 100 5 5,00±2,2 37,3–57,8	N = 25 8 32,00±9,3 14,9–53,5	0,004	8,94 (2,21 – 38,22)
Отслойка плаценты	N = 100 3 3,00±1,7 0,6–8,5	N = 27 7 25,93±8,4 11,1–46,3	0,001	11,3 2,28 – 71,58
Оперативное родоразрешение	N = 100 8 8,00±2,7 3,5–15,2	N = 27 19 70,0±8,0 51,4–85,2	0,001	27,31 8,10 – 95,02

Примечание. Здесь и далее N – объем выборки; n_i – частота признака в выборке; p_i – выборочная доля признака в %; s_p – стандартная ошибка доли; CI % – 95% доверительный интервал для доли; p – уровень значимости; OR – отношение шансов при 95 % доверительном интервале для отношения шансов.

Анализируя табличные данные, мы пришли к выводу, что факторами риска развития пневмонии у новорожденных детей являются следующие осложнения, отмечавшиеся у беременных и рожениц: наличие гестоза ($\chi^2=5,42$, $df=1$), хроническая фетоплацентарная недостаточность ($tf=0,004$), отслойка плаценты ($tf=0,001$) и родоразрешение посредством кесарева сечения ($\chi^2=45,75$, $df=1$). Отмечается преобладание первородящих первобеременных родильниц в группе больных новорожденных (44,5% против 39% у здоровых), в то время как первородящих повторнобеременных было больше (24%) среди матерей здоровых детей против 18,5 % у больных. Однако статистической значимости эти различия не достигли. Доля повторнородящих повторнородящих (37% в контроле против 37% у больных) была идентичной. Таким образом, первые роды вне зависимости от порядкового номера беременности не явились для доношенных детей фактором риска развития пневмонии. Абсолютное количество предшествующих беременностей в группах исследуемых также значимо не различалось. Анализ клинических признаков, отражающих состояние новорожденного при рождении, выявил влияние асфиксии (оцененной по шкале Апгар) и задержки внутриутробного

развития плода (ЗВУР) на формирование дыхательных расстройств у доношенных новорожденных. Различия по шкале Апгар к концу первой и пятой минут жизни определяли с помощью критерия Манна-Уитни. Для здоровых доношенных детей медиана оценки по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 7 баллов, разброс 1÷8 баллов. Для группы больных пневмонией: медиана 4 балла, разброс 1÷7 баллов. Стоит отметить, что в группе здоровых детей не было пациентов с тяжелой асфиксией (оценка по шкале Апгар 1-3 балла), в то время как в группе больных они составляли практически половину (48 %); соотношение среднетяжелой асфиксии и нормальных показателей (оценка по шкале Апгар 4–7 и от 8 до 10 баллов соответственно) в группах здоровых доношенных и больных пневмонией составило 21% против 48 %; 79 % против 1 % ($tf=0,001$), различия статистически значимы.

Сумма пациентов со среднетяжелой и тяжелой асфиксиями к концу первой минуты жизни в группах контроля – 21% и в группе больных – 96 % составила соотношение шансов $OR=97,81$ (95 % CI 13,86 – 4057,9). Следовательно, асфиксия и результат оценки по шкале Апгар от 1 до 7 баллов на первой минуте жизни являются фактором риска разви-

тия пневмонии у доношенных детей. Оценка асфиксии на 5-й минуте жизни для группы контроля: медиана 8 баллов, разброс 0÷9 баллов. В группе больных медиана 6 баллов, разброс 2÷8 баллов. Оценка по шкале Апгар до 7 баллов на 5-й минуте жизни также имела статистически значимую разницу (24% в контроле против 97% у больных, $t_p = 0.001$) и оценка явилась фактором риска развития пневмонии: $OR=82.33$; 95 % CI 11.82 -1685.03.

Таблица 3

Распределение доношенных детей
в зависимости от физического развития

Показатель	Здоровые доношенные дети N=100	Больные пневмонией доношенные дети N=27	p
	n_i $p_i \pm S_p$, CI %	n_i $p_i \pm S_p$, CI %	
Нормальное физическое развитие	81 81.00 $\pm$ 3.9 71.9 – 88.2	23 85.19 $\pm$ 6.8 66.3 – 95.8	T ϕ =0.009
Задержка внутри- утробного развития	1 1.0 $\pm$ 3.0 0.00 – 5.40	3 11.11 $\pm$ 6.00 2.40 – 29.2	
Крупные дети	18 18.00 $\pm$ 3.8 11.0 – 26.9	1 3.70 $\pm$ 3.6 1.00 – 19.00	

Оценка физического развития в группах доношенных новорожденных детей имела статистически значимую разницу (табл. 3).

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что задержка внутриутробного развития плода является фактором риска развития пневмонии у доношенных новорожденных ($t_p = 0.03$, $df = 1$, $OR = 12.38$, 95 % CI 0,921 – 655,9). В то же время крупная масса тела детей не ассоциируется ни как протективный фактор, ни как фактор риска ($OR=0,00$).

Таким образом, исходя из вышеизложенных данных, факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных в нашем исследовании явились следующие признаки: мужской пол [6], плацентарная недостаточность, кесарево сечение; асфиксия новорожденного (является ключевым моментом для реализации пневмонии у новорожденных) [7,8,9,10].

Наиболее информативные признаки развития пневмонии у новорожденных основной группы представлены в табл. 4.

Таблица 4

Прогностические признаки пневмонии у доношенных новорожденных

Признак	Интервал значений признака или его смысловое значение	Вес признака, балл
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте после рождения	1 – 5 баллов	1
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте после рождения	1 – 7 баллов	1
Степень доношенности по гестационному возрасту (ГВ)	ГВ 37 -38 недель	1
Масса при рождении, г	2353,2 – 2594,3	1
Возраст матери, лет	До 16 или старше 36 лет	1
Длительность безводного периода, ч	Более 24 часов	1
Потребность в респираторной терапии	Необходимость ИВЛ, СДППД и дотации O_2 с рождения	1
Пороговая сумма		4 балла

Прогностический порог для включения объекта в данный синдром пневмония составляет 4 и более балла из 7 возможных. При этом вероятность точного обнаружения (истинно положительный результат) 100 %, ошибка II рода (ложноположительный результат) 3%. Признаки в таблице приводятся в убывающей для прогноза значимости.

Комментируя прогностические признаки, вошедшие в синдром пневмония, мы считаем необходимым выделить первые позиции: оценку по шкале Апгар, гестационный возраст, массу при рождении, возраст матери. В соответствии с их местоположением в таблице отметим, что асфиксия при рождении является наиболее важным прогностическим признаком реализации пневмонии. Гестационный возраст в группе больных пневмонией имеет тенденцию к уменьшению: если для здоровых характерно 38 и более недель, то у больных – 37-38 недель. Возрастной интервал матерей больных новорожденных более «растянут» и

характеризуется такими крайними точками, как 16 лет и старше 36 лет. Последнее подтверждает влияние биологического возраста матери на реализацию заболеваний у новорожденных. Масса при рождении как критерий здоровья ребенка также подтвердила свою значимость в нашем прогнозе, поскольку видно, что данный параметр у больных пневмонией новорожденных находится на крайней границе нормы для доношенных детей, в интервале 2353 – 2594 г против 3800 – 4100 г у здоровых.

Длительность безводного периода более 24 часов многократно описана как фактор риска развития пневмонии. В нашем исследовании подтвердилась роль данного признака. Дотация кислорода или проведение респираторной терапии с рождения, сопряженные с асфиксией при рождении, приводят к вторичному дефициту сурфактанта и повреждению легких. Следовательно, вполне логично они

могут служить прогностическим признаком развития пневмонии у новорожденных.

Резюмируя данные сравнительного частотного анализа факторов риска и тех, что вошли в синдром, мы пришли к следующим выводам.

Прогноз развития пневмонии у доношенного новорожденного ребенка как математическая модель болезни зависит не от одного конкретного фактора риска: пола, опера-

тивного родоразрешения, наличия хронической фето-плацентарной недостаточности, а опосредуется суммарным влиянием таких составляющих, как: возраст матери, продолжительность безводного периода более 24 часов [11], масса тела и гестационный возраст младенца, асфиксия при рождении новорожденного, эффективность реанимационных мероприятий в течение первых пяти минут жизни, наличие респираторной терапии с рождения.

Сведения об авторах статьи:

Викторов Виталий Васильевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционного центра ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: victorov.vv@yandex.ru

Фатыхова Альбина Изаиловна – к.м.н., зав. отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных МБУЗ ГДКБ №17. Адрес: 450065, г. Уфа, ул. Свободы, 29. Тел. (347) 267-58-77. E-mail: fatalufa@mail.ru.

Богданова Рамиля Заитовна – к.м.н., зав. отделением новорожденных родильного дома ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132. E-mail: ramzaibog@rambler.ru

Куватов Салават Сафийевич – к.м.н., главный врач МБУЗ ГДКБ №17. Адрес: г. Уфа, ул. Свободы 29. Тел. (347) 263-38-51, 283-82-20.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов, В.В. Заболевания легких при беременности /под ред. А.Г.Чучалина, В.И.Краснопольского, Р.С. Фассахова / В.В. Архипов [и др.]. – М.: Издательство «Атмосфера», 2002. –88 с.
2. Ипполитова, Л.И. Особенности ранней адаптации новорожденных, извлеченных с помощью кесарева сечения / Л.И. Ипполитова // материалы ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины «Новые технологии в перинатологии». – М., 2006. – С.27-28.
3. Мандрыкина, Ж.А. / Генетические факторы при спорадическом самопроизвольном прерывании беременности в I триместре гестации / Ж.А. Мандрыкина, Ю.Э. Доброхотова, Р.И.Озерова [и др.] // Материалы III Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины и VI съезда РАСПМ «Современная перинатология: организация, технологии и качество». – М., 2008. – С.35.
4. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.
5. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
6. Серебрякова, Е.Н. Роль медико-социальных аспектов в формировании здоровья новорожденных / Е.Н. Серебрякова, Д.К. Волосников // Материалы III Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины и VI съезда РАСПМ «Современная перинатология: организация, технологии и качество». – М., 2008. – С. 49.
7. Трунов, В.Г. Сравнение нескольких критериев остановки при построении решающего правила по ограниченной выборке / В.Г. Трунов // Математическая обработка медико-биологической информации. – М.: Наука, 1976. – С. 58-64.
8. Couto R.S. Risk factors for nosocomial infection in a neonatal intensive care unit / R.S. Couto, T.M.Pedrosa, C.P. Tofani et al. / Infection control & Hospital Epidemiology. – 2006. – Vol.27, № 6. – P.571-575.
9. Nissen, M.D. Congenital and neonatal pneumonia. / M.D. Nissen // Pediatric Respiratory Reviews. – 2007. – Vol. 8, № 3. – P.195 – 203.
10. Torday, J.S. The sex difference in fetal lung surfactant production / J.S. Torday, H.C. Nielsen // Exp. Lung Res. – 1987. – vol. 12: – P. 1 – 19.
11. Van der Zwet W.C. / Nosocomial infections in a Dutch neonatal intensive care unit: surveillance study with definitions for infection specifically adapted for neonates / Van der Zwet W.C., A.M. Kaiser, van Elburg R.M., et al. // Journal of hospital infection. – 2005. – Vol. 61, № 4. – P.300-311.

УДК 6.61.616.2.

© А.Ж. Нуриахметова, Р.М. Файзуллина, 2013

А.Ж. Нуриахметова, Р.М. Файзуллина КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

С целью изучения клинико-анамнестических особенностей у детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания был проведен анализ анамнестических и клинических данных 167 детей (81 ребенок с диагнозом рецидивирующий бронхит, 14 детей с хроническим бронхитом, 12 детей с проявлениями хронического бронхита на фоне аномалий развития трахеобронхиального дерева и 60 практически здоровых детей). Было установлено, что отягощенный семейный анамнез по заболеваниям органов дыхания, рождение прежде срока, перенесенная внутриутробная пневмония, рождение в асфиксии, низкий вес при рождении, рождение путем кесарева сечения, пассивное курение predispose к развитию рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний.

Ключевые слова: анамнез, рецидивирующие и хронические бронхолегочные заболевания органов дыхания.