

трольной группе при исследовании отделяемого влагалища чаще отмечался рост *Streptococcus lactis*, *Streptococcus haemophilus*, *Candida* и *Corynebacterium*, а *Staphylococcus coagul* высевались реже, чем в основных группах. Во всех трех группах выявлено снижение концентрации *Lacto*- и *Bifidobacterium*.

При бактериологическом обследовании сходная структура БВ во всех трех группах характеризовалась типичными для БВ изменениями: резко сниженным уровнем лактобактерий; активизацией условно-патогенных энтеробактерий и кокковой флоры. После курса лечения повторяли обследование, которое включало гинекологический осмотр, постановку аминотеста, определение рН влагалищного секрета, бактериоскопическое и молекулярно-биологическое исследование вагинального отделяемого. В I группе сравнения после проведенного бальнеолечения пациентки в 100% наблюдений отметили исчезновение неприятного запаха и зуда половых органов. Только у 3 (5%) пациенток I группы сохранились жалобы на выделения из п/п, дискомфорт во влагалище, диспареунию. Субъективно все отмечали улучшение состояния, хорошую переносимость лечения, отсутствие бальнеореакций. Во II группе сравнения у 12 (24%) пациенток сохранились патологические выделения из половых путей, у 10 (20%) – неприятный запах, у 13 (26%) – дискомфорт во влагалище, у 6 (12%) – диспареуния и у 2 (4%) – зуд половых органов.

Наихудшие результаты отмечены в контрольной группе, где, несмотря на лечение, у 18 пациенток (36%) сохранились выделения из половых путей, у 22% – запах, у 24% – дискомфорт во влагалище. Клинические показатели результатов лечения во II группе сравнения были в 1,3 раза, а в контроле – в 1,5 раза хуже, чем в I группе сравнения. В I группе сравнения после проведения бальнеолечения по критериям Amsel отмечен положительный результат у 58 (96,6%) пациенток: исчезли характерные выделения, нормализовалась кислотность, аминотест стал отрицательным. Лишь у 2 (3,3%) пациенток остались положительный аминотест и щелочная реакция влагалищного отделяемого и у 1 (1,7%) – характерные выделения из половых путей. Во II группе сравнения положительный результат по критериям Amsel отмечен у 43 (86%) пациенток. Характерные выделения сохранились в 6 раз чаще чем в I группе, положительный аминотест – в 3 раза чаще, щелочная реакция влагалищной среды – в 4 раза чаще. В контрольной группе положительный результат лечения отмечен у 36 (78%) беременных. Характерные выделения сохранились в 14 раз чаще, положительный аминотест – в 3 раза чаще, щелочная реакция влагалищной среды – в 5 раз чаще, чем в I группе.

После бальнеолечения у пациенток I группы в мазках, окрашенных по Граму, уменьшилось число лейкоцитов (у 90% – единичные), увеличилось количество лактобациллярной флоры на 31,7%, исчезли «ключевые клетки» и *Gardnerella* и лишь в единичных случаях сохранились *Leptotrix* (3,4%) и *Mobiluncus* (1,7%). Во II группе также произошли нормализация показателей лейкоцитарной реакции – умеренная – 16%, единичные лейкоциты – в 84% наблюдений. Количество лактобациллярной флоры увеличилось до 60%, т.е. на 12%. У 3 (6%) пациенток сохранились *Leptotrix*, у 2 (4%) *Mobiluncus*, у 1 (2%) *Gardnerella*.

Кокковая флора обнаружена после лечения в 2 раза чаще, чем в I группе (40% во II группе против 20% в I группе). В контрольной группе умеренная лейкоцитарная реакция сохранилась у 20% пациенток, исчезли «ключевые клетки», *Gardnerella*, *Leptotrix*, *Mobiluncus*. Не произошло достоверного увеличения лактобациллярной флоры (52% до лечения и 56% после) и уменьшения кокковой флоры (48% до лечения и 44% – после).

Таблица 3

Видовой и количественный состав микрофлоры влагалища в обследованных группах до и после лечения (lgKOE/мл)

Микроорганизмы	I группа n=60		II группа n=50		Контрольная группа n=50	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>Lactobacillus</i> spp.	1,13±0,18	4,78±0,84	1,32±0,11	2,87±0,62	2,01±0,9	2,29±0,75
<i>Bifidobacterium</i> spp.	2,43±0,16	5,12±0,49	2,51±0,32	4,23±0,37	2,45±0,21	3,67±0,61
<i>Streptococcus lactis</i>	4,41±0,24	2,86±0,13	4,78±0,29	3,11±0,51	5,76±0,28	4,59±0,84
<i>Staphylococcus (coagul-)</i>	5,17±0,24	2,37±0,33	5,69±0,63	2,68±0,32	4,63±0,37	2,02±0,16
<i>Corynebacterium</i> spp.	5,21±0,32	2,64±0,28	4,01±0,36	2,28±0,25	3,62±0,41	2,87±0,91
<i>Streptococcus (haem-)</i>	5,63±0,27	2,18±0,01	5,84±0,35	2,49±0,58	6,03±0,39	2,76±0,89
<i>Enterobacteriaceae</i> spp.	4,56±0,41	1,17±0,43	5,13±0,51	2,80±0,34	4,67±0,29	2,15±0,26
<i>Escherichia coli</i>	4,23±0,09	1,35±0,71	4,72±0,18	2,37±0,16	4,58±0,32	2,83±0,65
<i>Candida</i> spp.	3,16±0,18	1,27±0,32	2,97±0,94	1,68±0,37	3,89±0,36	3,01±0,23
<i>Bacillus</i> spp.	5,72±0,41	1,69±0,45	4,18±0,11	2,25±0,38	2,61±0,4	1,98±0,64
<i>S. aureus</i>	5,08±0,32	1,02±0,18	3,98±0,72	1,88±0,76	5,05±0,14	2,64±0,51
<i>Pentastreptococcus</i>	4,7±0,23	2,33±0,62	4,62±0,34	2,91±0,18	4,18±0,11	3,07±0,43

В I основной группе сравнения использование бальнеолечения подавило условно-патогенную микрофлору и способство-

вало колонизации влагалища лактофлорой, концентрация которой после лечения возросла более чем на 3 порядка, и составила 4,78±0,84 lgKOE/мл. Содержание условно-патогенной факультативно-анаэробной микрофлоры значительно уменьшилось с достоверным различием до и после бальнеолечения. Концентрация стрепто-, пепто- и стафилококков и грибов уменьшилось на 2 порядка, а энтеробактерий и кишечной палочки – на 3 порядка, бактериоидов и золотистого стафилококка – на 4 порядка. Во II группе после проведенного комбинированного лечения произошло уменьшение стрептококков на 1-3 порядка, стафилококков – на 3 порядка, пептококков – на 2 порядка, корине- и энтеробактерий – на 2 порядка, но в то же время увеличение концентрации лактобактерий произошло только на 1,5 порядка, а бифидобактерий – на 2 порядка, что достоверно меньше, чем в I группе.

В контрольной группе, где пациентки получали лечение только во время беременности, не было достоверного увеличения роста концентрации лактобактерий (2,01±0,9 lgKOE/мл и 2,28±0,75 lgKOE/мл), а бифидобактерий увеличилась на 1 порядок. Концентрация стрептококков, коринебактерий, бактериоидов, пептококков уменьшилась на 1 порядок. Уменьшение концентрации грибов недостоверно (3,89±0,36 lgKOE/мл против 3,01±0,65 lgKOE после лечения). Значительные уменьшения концентраций отмечены у энтеробактерий – 2,5 порядка, кокков – 2-3 порядка, гемолитического стрептококка – на 3,5 порядка.

Бальнеотерапия местными водами позволяет добиться улучшения вагинального микроценоза у многорожавших пациенток с БВ, снижения содержания условно-патогенной флоры и колонизации влагалища лактофлорой, что и определяет более высокую эффективность в лечении бактериального вагиноза.

Литература

1. Анкирская А. С. // Акуш и гин. 2005. №3. С.10–13
2. Власов С.В. Минеральные воды курорта Усть-Качка в лечении бактериального вагиноза: Дис... канд. мед. наук. Пермь. 2005. С.107
3. Захарова Т.В., Волков В.Г., Лисицина Т.В. // Акуш. и гин. 2005. №1. С.40–42
4. Кира Е.Ф., Муслимова С. З. // Акуш. и гин. 2008. №1. С.3–5
5. Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Калинина В.С. // Поликлиническая гинекология / Под ред. В.Н. Прилепской. М., 2004. С.37–47
6. Побединский Н.М., Аксенова О.А., Аксенова М.Г., Молоцков В.А. // Акуш. и гин. 2006. №6. С.24–27

TREATMENT OF MULTIGIVEN BIRTH WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS WITH USE OF LOCAL BALNEOLOGICAL FACTOR.

K.M DURPALOVA, N.S-M OMAROV

Summary

High frequency of Bacterial Vaginosis (BV) revealed at pregnant women leads to such complications as premature birth, antenatal break waters, postnatal including postoperative endometritis. Set of medical schemes applied at pregnant women testify to their low efficiency. In our article results of using of local balneological factors in complex BV treatment at multigiven birth women are given, that application of local mineral waters leads to fast liquidation of clinical displays of BV, normalization the flora of vagina, increase of lactobacillaris flora and to reduction of is conditional-pathogenic flora.

Key words: multigiven birth women

УДК 616.053.31-616.831-005

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ю. Ю. ХЕТАГУРОВА*

Ключевые слова: церебральная ишемия, факторы риска

Проблема церебральной ишемии у новорожденных сохраняет свою актуальность по причине высокой частоты и большой значимости для дальнейшей жизни ребенка [1]. Поэтому в центре внимания остаются такие вопросы, как определение роли неблагоприятных факторов в патогенезе перинатальных поражений ЦНС, оценка степени риска для беременной женщины и плода, поиск достоверных критериев ближайшего и отдаленного про-

* Северо-Осетинская ГМА, г. Владикавказ

гноза развития ребенка. В возникновении постгипоксического поражения ЦНС значимую роль играют факторы риска. В исследованиях большое внимание уделяется состоянию новорожденных в первые сутки жизни [2]. Однако нельзя не учитывать и такие факторы, как здоровье матери во время беременности, течение беременности и родов, их осложнения [1,4]. Факторы риска развития перинатальной патологии подразделяются на демографические, социально-экономические, материнские, плодово-материнские, плацентарные, родовые, неонатальные [3,5,6]. Этот перечень настолько велик, что не всегда представляется возможным оценить степень угрозы для нервной системы плода и новорожденного. Выявление достоверных маркеров риска развития ЦИ позволит выделять новорожденных для проведения индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий. Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению раннего периода перинатальных гипоксических поражений ЦНС, остаются недостаточно изученными факторы риска развития церебральной ишемии в зависимости от степени тяжести и срока гестации при рождении.

Цель работы – изучение факторов риска у новорожденных детей, перенесших ЦИ легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы. Нами проведен анализ данных соматического, гинекологического анамнеза, клинических особенностей течения беременности и родов у 154 женщин по данным медицинской документации и индивидуальной карты обследования ребенка. Основную группу составили 118 матерей, у которых родились дети с церебральной ишемией (ЦИ), из них 39 недоношенных со средней степенью тяжести ЦИ, 43 доношенных со средней степенью тяжести ЦИ и 36 доношенных детей, перенесших легкую степень тяжести ЦИ. В группу сравнения вошли 36 женщин, родившие практически здоровых детей. Статистический анализ вели с помощью пакета программ SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc., USA) версия 14.0, русифицированная.

Результаты. Во всех семьях имел место благополучный социальный анамнез. В основной группе удовлетворительные материально-бытовые условия наблюдались у 85% женщин, в группе сравнения в 97,2%. Анализ возрастной структуры не выявил существенной разницы среди женщин обеих групп. При этом, большую часть составили женщины в возрасте от 21 до 30 лет (62,7% в основной и 69,4% в группе сравнения), однако матерей до 20 лет в первой группе было в 2,5 раза больше, чем во второй группе. В основной группе в 50,8% случаев дети родились от 1 беременности, в группе сравнения в 41,6% случаев. В первой группе недоношенные и доношенные со средней степенью тяжести церебральной ишемии рождались в 2 раза чаще, чем доношенные с легкой степенью ЦИ (61%, 58% и 30% соответственно). Первородящие в основной группе составили 70,3%, а в группе сравнения – 55,5%. Недоношенные и доношенные со средней степенью тяжести церебральной ишемии от первых родов составили 84,6% и 72,1% соответственно, доношенные с легкой степенью ЦИ – 50%. В городе проживал 80,5% матерей основной группы и 94,4% матерей из группы сравнения.

Наличие вредных привычек (курение во время беременности) отметили 5,1% матерей основной группы и 5,5% – группы сравнения, пассивное курение – 39,8% и 22,2% женщин соответственно. У отцов вредные привычки были в 62,7% случаев в основной группе и в 41,6% – в группе сравнения. Наличие высшего образования было равнозначно (44,7% и 44,4%), но в основной группе число матерей, доношенных новорожденных, перенесших ЦИ легкой степени тяжести, со средним образованием в 3 раза превысило число матерей в группе сравнения (16,1% и 5,5% соответственно) ($p<0,05$). В основной группе имели высшее образование 36,4% отцов, причем у отцов доношенных новорожденных с легкой степенью ЦИ высшее образование было у 13,8% ($p<0,05$), в группе сравнения – у 41,6% отцов.

Профессиональные вредности в 2,5 раза встречались чаще у матерей основной группы, чем в группе сравнения (13,5% и 5,5% соответственно) ($p<0,05$). Частота профессиональных вредностей отцов сопоставима – 16,9% в 1-й и 16,6% во 2-й группе. Состояли в браке 61% матерей основной группы, матери недоношенных

новорожденных со средней степенью тяжести только в 46,1% случаев, в группе сравнения брак был зарегистрирован у 91,6% матерей. Структура патологии в группах представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура соматической патологии у матерей обследованных детей

Показатели	Основная группа n = 118								Группа сравнения n=36	
	1 подгруппа n=39		2 подгруппа n=43		3 подгруппа n=36		Всего n = 118			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<i>Возраст:</i>										
до 20 лет	2	5,1	3	7	4	11,1	9	7,6*	1	2,8*
21-30 лет	27	69,2	29	67,4	18	50	74	62,7	25	69,4
старше 30 лет	10	25,7	11	25,6	14	38,9	35	26,7	10	27,8
<i>Соматические заболевания:</i>										
Сердечно-сосудистые	7	17,9	9	20,9	8	22,2	24	20,3	4	11,1
ЛОР-органы	5	12,8	4	10,2	5	13,8	14	11,9	5	13,9
Хр. болезни органов дыхания	2	5,1	8	18,6	6	16,6	16	13,5	3	8,3
Эндокринные	4	10,2	6	13,9	8	22,2	18	15,3	3	8,3
Хр. болезни органов пищеварения	9	23,1	16	37,2	10	27,7	35	29,7	7	19,4
Заболевания мочевыводящих путей	7	17,9	8	18,6	8	22,2	23	19,5	6	16,6

*- $p<0,05$

Ведущее место среди экстрагенитальных заболеваний в обеих группах занимает хроническая патология. При этом в основной группе чаще, чем в группе сравнения имели место хронические заболевания органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь, холецистит, дисфункции билиарного тракта) – 29,7%, эндокринные (ожирение, заболевания щитовидной железы, гиперандрогения) – 15,3%, сердечно-сосудистой системы (гипотония, нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь) – 20,3%. Анализ гинекологических заболеваний у матерей основной группы и группы сравнения установил следующие различия (табл. 2).

Таблица 2

Гинекологические заболевания, перенесенные женщинами

Диагноз	Основная группа n = 118								Группа сравнения n=36	
	1 подгруппа n=39		2 подгруппа n=43		3 подгруппа n=36		Всего n = 118			
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Эрозия шейки матки	9	23,1	8	18,6	12	33,3	29	24,6	9	25
ИПП	12	30,7	14	35,9	8	22,2	34	29,8*	4	11,*
Молочница	14	35,9	18	41,9	9	34,7	41	34,7*	4	11,*
Бесплодие	2	5,1	2	4,6	1	2,8	5	4,2	2	5,5

*- $p<0,05$

Отягощенный гинекологический анамнез выявлен у женщин обеих групп, но в основной группе достоверно чаще имели место инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, гарднереллез и др.) – 29,8% против 11,1% ($p<0,05$) и молочница 34,7% и 11,1% соответственно ($p<0,05$).

При оценке репродуктивной функции достоверных отличий между группами и подгруппами выявлено не было, у каждой четвертой женщины в анамнезе отмечался искусственный аборт (табл. 3). Первая беременность и первые роды чаще других встречались у матерей недоношенных новорожденных, перенесших ЦИ средней степени тяжести.

Таблица 3

Характеристика репродуктивной функции у матерей обследованных детей

Показатели	Основная группа n = 118								Группа сравнения n=36	
	1 подгруппа n=39		2 подгруппа n=43		3 подгруппа n=36		Всего n = 118			
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Самостоят. выкидыши	5	12,8	6	13,9	6	16,6	17	14,4	5	13,9
Искусств. аборты	9	23,1	10	23,3	7	19,4	26	22,1	10	27,8
Преждеврем. роды	1	2,6	1	2,3	2	5,5	2	3,4	1	2,8
Первородящие	33	84,6	31	72,1	19	50	83	70,3	19	50
Повторяющиеся	24	61,5	25	58,2	11	30,5	60	50,8	15	41,6

Изучение особенностей течения настоящей беременности (табл. 4) показало, что ведущим осложнением в основной группе была угроза ее прерывания (61,01%). Этот показатель был достоверно ($p<0,05$) выше аналогичного группы сравнения. Не выявлено достоверных различий в частоте проявлений раннего токсикоза в сравниваемых группах. Ранний токсикоз диагностирован у 62 (52,5%) женщин основной группы и у 19 (52,7%) женщин группы сравнения. Экстрагенитальные заболевания во время беременности (ОРВИ, анемия, обострения хронических заболеваний) гораздо чаще наблюдались у матерей основной группы, чем в группе сравнения (75,4% и 52,7% соответственно). Водянка

беременных достоверно чаще встречалась у матерей из группы сравнения (41,6%) в отличие от основной группы (19,5%) ($p<0,05$), что объясняется присутствием в основной группе беременностей, которые окончились на ранних сроках. Нефропатия в равной степени встречалась в обеих группах, но достоверно чаще ($p<0,01$) нефропатия II–III ст. встречалась у матерей недоношенных новорожденных, перенесших ЦИ средней ст. тяжести.

Таблица 4

Особенности течения настоящей беременности

Факторы	Основная группа n= 118								Группа сравнения n=36	
	1 подгруппа n=39		2 подгруппа n=43		3 подгруппа n=36		Всего n= 118			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ранний токсикоз	23	58,9	30	69,8	19	52,7	62	52,5	19	52,7
Водянка берем-х	5	12,8	6	13,9	12	33,3	23	19,5*	15	41,6*
Нефропатия I ст.	4	10,3	5	11,6	7	19,4	16	13,6	7	19,4
Нефропатия II-III ст.	9	23,1**	1	2,3**	3	8,3**	13	11,01	3	8,3**
Угроза прерывания	27	69,2	29	67,4	16	44,4	72	61,01*	8	22,2*
Заболевания во время	29	74,4	31	72,1	29	80,6	89	75,4	19	52,7
Газовое предлежание	6	15,6	0	0	4	11,1		8,5*	1	2,8*

*- $p<0,05$, ** - $p<0,01$

Частота патологических состояний у женщин, родивших детей с ЦИ, оказалась выше, чем у женщин, родивших здоровых детей. Структура основных осложнений родовой деятельности и родов у матерей обследованных детей (табл.5).

Таблица 5

Основные осложнения родовой деятельности и родов

Факторы	Основная группа n = 118								Группа сравнения n=36	
	1 подг. n=39		2 подг. n=43		3 подг. n=36		Всего n = 118			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Раннее излитие околоплод. вод	9	23,1	16	37,2	10	27,8	35	29,7	12	33,3
Длит. безводный промежуток	5	12,8*	15	34,9*	6	16,7*	26	22,03*	2	5,6*
Патол. х-р околоплод. вод	5	12,8	8	18,6*	3	8,3*	16	13,6	6	16,7
Акушер. Манип.	9	23,1	18	41,9*	10	27,8	38	32,2	7	19,4*
Стремит. роды	4	10,3	5	11,6	4	11,1	13	11,01	3	8,3
Затяжные роды	3	7,7	12	27,9*	2	5,5	17	14,4	3	8,3*
Кесарево сечение	24	61,5*	14	32,6	15	41,6	53	44,9	10	27,7*
Стим-я родовой деятельности	3	7,7	5	11,6	6	16,7	14	11,9	4	11,1
Обезболивание	9	23,1	18	41,9	19	52,7	36	30,5	15	41,6

*- $p<0,05$, ** - $p<0,01$

При оценке течения родовой деятельности и родов мы выявили, что роды у женщин основной группы достоверно чаще осложнялись длительным безводным промежутком по сравнению со II группой (22,03% и 5,6% соответственно ($p<0,01$), причем различия были и внутри основной группы между матерями, дети которых родились доношенными со средней степени тяжести ЦИ и недоношенными и доношенными с легкой степенью тяжести ЦИ (34,9% и 12,8%, 16,7% соответственно ($p<0,05$).

Раннее излитие (29,7% и 33,3%) и патологический характер околоплодных вод (13,6% и 16,7%) одинаково часто встречались в обеих группах, однако, достоверно установлено, что изменения околоплодных вод (многоводие, маловодие, изменение запаха и цвета) чаще встречались у матерей, доношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ, по сравнению с матерями доношенных с легкой степенью тяжести ЦИ (18,6% и 8,3% соответственно ($p<0,01$). Акушерские манипуляции (прием Кристеллера, эпизиотомия, амниотомия, ручное отделение последа) чаще применялись в подгруппе доношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ, чем в группе сравнения (41,9% и 19,4% соответственно ($p<0,05$), достоверных различий между группами выявлено не было. Стремительные роды, обезболивание и стимуляция родовой деятельности с одинаковой частотой наблюдались в обеих группах. Затяжные роды достоверно чаще происходили у матерей, доношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ, чем в группе сравнения (27,9% и 8,3% соответственно ($p<0,05$). Кесарево сечение с большей частотой встречалось в основной группе (44,9%), чем в группе сравнения (27,7%), достоверно чаще оперировали матерей недоношенных

новорожденных со средней ст. тяжести ЦИ, чем матерей здоровых новорожденных (61,5% и 27,7% соответственно ($p<0,05$).

Выводы. Проведенное исследование выявило ряд особенностей состояния здоровья, социально-экономического и образовательного уровней, образа жизни у матерей детей, перенесших церебральную ишемию разной степени тяжести и разного гестационного возраста, которые оказывают неблагоприятное влияние на плод и диктуют необходимость соответствующих профилактических мероприятий и дифференцированных программ по выхаживанию и лечению каждого новорожденного.

Литература

- 1.Бараинев Ю. И. Перинатальная неврология. М.:Триада-Х, 2001.С. 251–269.
- 2.Попович Р. С. Перинатальные поражения центральной нервной системы: факторы риска, клиника, диагностика и динамика восстановительного периода (на примере Республики Саха (Якутия). Дис. ... канд. мед. наук.М.2007.
- 3.Саютина С. Б. и др. Факторы риска и прогнозирования развития перинатальных гипоксически-ишемических поражений нервной системы у новорожденных. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга: Мат-лы ежег. научно-практ. конф. / Под ред. А. Ю. Савченко. Омск: Изд-во ОмГПУ, 2000. С. 136.
- 4.Степанов А.А. Церебральная ишемия у детей первых месяцев жизни: современные критерии диагностики и принципы лечения: Дис. ... докт. мед. наук. М.2007.
- 5.Язык Г.В. Рук-во по неонатологии. М.:Гардарики, 2004. С.21–27.
- 6.Kleigman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia PA: Saunders Publishers; 2007.

УДК 616. 248-053.2 2-097

РОЛЬ ИММУНОЭНДОКРИННЫХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОВТОРНЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Н.Н.УСЕЙНОВА*

Повторные заболевания органов дыхания у детей раннего возраста представляют серьезную медико-социальную проблему, остающуюся одной из приоритетных в отечественной педиатрии. В раннем возрасте, когда бурно происходит становление нейроэндокринной и иммунной систем, лежат истоки хронических и рецидивирующих заболеваний органов дыхания [2,4]. Отмечается рост заболеваний, которые сопровождаются бронхообструктивным синдромом (БОС). За 5 лет их доля среди патологии дыхательных путей возросла в 1,6 раза [8]. Группа детей с БОС состоит из больных с атопией и больных инфекционно-воспалительными заболеваниями бронхолегочной системы. Проблема дифференциальной диагностики БОС с бронхиальной астмой (БА) у детей, особенно раннего возраста, остается сложной [6]. В России БА страдает от 3 до 12% детского населения [4]. Две трети из них заболевают в первые 3 года жизни [7], при этом чем младше ребенок, тем больше дифференциальный ряд патологии, в клинике которой имеется БОС [6, 7]. Исходом БОС любого генеза, возникшего у детей в первые 3 года жизни, в 42% случаев является БА. В возрастном аспекте наиболее прогностически неблагоприятным для развития БА у детей является возникновение первого эпизода бронхообструкции в возрасте от 1 до 3 лет [11]. Поскольку в патогенезе БА иммунологические, нейромедиаторные и гормональные нарушения играют ведущую роль, в раннем возрасте особую значимость приобретает рассмотрение не только качественных и количественных характеристик иммунного статуса, но и экстраиммунных факторов, модулирующих специфические иммунные реакции. Если острое заболевание сопровождается стрессорной реакцией, основным событием которой является выброс глюкокортикоидов в кровь, то при частых рецидивах, по-видимому, идет истощение коры надпочечников, благодаря чему уровень стероидных гормонов в крови может не соответствовать адекватному ответу на стрессогенный фактор. Таким образом, на фоне частых обострений при рецидивирующем воспалительном

* Ростовский ГМУ, 344022, г.Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер.. 29. Тел.(863) 292-35-01, E-mail: neurochemistry@yandex.ru