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 Сафыйевич – 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 предрасполагают к развитию рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний.

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

A.Zh. Nuriakhmetova, R.M. Faizullina
**CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES IN CHILDREN WITH RECURRENT
AND CHRONIC RESPIRATORY DISEASES IN THE INDUSTRIAL REGION**

In order to study the clinical and medical history of the children with recurrent and chronic respiratory diseases anamnestic and clinical data in the 167 children (81 children with recurrent bronchitis, 14 children with chronic bronchitis, 12 children with chronic bronchitis and anomalies of the tracheobronchial tree, and 60 healthy children) have been analyzed. It was found that burdened family history of respiratory diseases, premature birth, intrauterine pneumonia, asphyxia, low birth weight, birth by C-section, passive smoking predispose to recurrent and chronic bronchopulmonary diseases.

Key words: medical history, recurrent and chronic bronchopulmonary diseases.

Заболевания органов дыхания – актуальная проблема педиатрии, обусловленная широким распространением и риском формирования хронических форм, имеет важное медико-социальное значение [6,8,11].

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости детей респираторной патологией, в том числе хроническими заболеваниями органов дыхания (ОД) [2,6,8,11]. Так, в Республике Башкортостан только за 2011г. распространенность болезней ОД среди детей до 14 лет включительно с диагнозом, установленным впервые, составила 100729,5 случая на 100 тыс. детей. Одной из причин роста частоты хронических заболеваний ОД может являться возрастающая антропогенная нагрузка на организм (техногенные загрязнители), способствующая развитию воспаления [1]. Кроме того, формированию хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе, особенно у детей раннего возраста, способствуют частые респираторные вирусные инфекции, снижение иммунореактивности, пассивное курение и др. [2,6,7,8,9,11]. Повторные эпизоды воспаления в бронхах и легких могут приводить к необратимым морфологическим изменениям, нарушению функций дыхательной системы и формированию хронической патологии [9, 11].

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-анамнестических особенностей у детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, проживающих в промышленном регионе.

Материал и методы

Нами обследовано 107 детей в возрасте от 4 до 14 лет (средний возраст $8,0 \pm 3,05$ года) с рецидивирующими и хроническими заболеваниями ОД, находившихся на лечении в пульмонологических и педиатрических отделениях ГБУЗ РДКБ и ГКБ №17, г. Уфы.

В ходе наблюдения и проведения обследования основная группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от установленного диагноза. В I подгруппу с рецидивирующим бронхитом (81 человек, 75,7%) были

включены дети с повторными эпизодами бронхитов более 2–3 раз в год на фоне респираторных вирусных инфекций, сопровождающихся субфебрильной температурой, кашлем, диффузными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких [5]. Дети с диагнозом хронический бронхит были разделены на отдельные подгруппы (II и III). Подгруппу II с диагнозом хронический бронхит (14 детей, 13,1%) составили дети, имеющие в анамнезе не менее 2-3 обострений заболевания в год на протяжении двух и более лет подряд при наличии продуктивного кашля и разнокалиберных влажных хрипов в легких [5]. Подгруппу III составили дети (12 человек, 11,2%) с выявленными при фибробронхоскопии (ФБС) аномалиями развития трахеобронхиального дерева (ТБД).

Из исследования исключались дети с муковисцидозом, первичной цилиарной дискинезией, отягощенным аллергическим анамнезом, $\alpha 1$ -антитрипсиновой недостаточностью, туберкулезом.

В контрольную группу вошли 60 практически здоровых детей в возрасте от 4 до 14 лет (средний возраст $9,33 \pm 2,7$ года), в анамнезе которых наблюдались острые респираторные заболевания не более 3 раз в год.

Исследование включало в себя сбор анамнеза жизни и заболевания, физикальное и общеклиническое обследование (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови), инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, спирография, фибробронхоскопия по показаниям). Верификация диагноза проводилась в соответствии с критериями Международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра и рабочей классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей (2008г.) [5].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакетов прикладных программ STATISTICA V.6.0: критерий хи-квадрат (χ^2) для оценки различий частот данных между выборками, точный критерий Фишера, критерий Манна-Уитни и значение p.

Результаты и обсуждение

В результате клинико-anamnestического обследования больных детей нами выявлено, что в основном хронические и рецидивирующие заболевания органов дыхания (ОД) наблюдались у детей в возрасте 4-7 лет, что составило 46,7% клинических случаев. По данным литературы, у детей в возрасте 3-7 лет частые рецидивирующие заболевания ОД обусловлены недостаточным иммунологическим опытом, физиологическими особенностями детского организма (более низкая барьерная функция слизистых оболочек, в том числе и стенок бронхов, относительно меньшая способность к синтезу гуморальных антител, особенности воспалительной реакции, фагоцитоза, синтеза цитокинов), а также неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды [6, 7, 11]. С возрастом у ребенка повышается общая резистентность организма к инфекциям, устанавливается иммунологический статус. Так, у обследуемых нами детей старше 7 лет наблюдалось снижение уровня заболеваемости ОД (35,51%), а наименьший процент заболеваемости хроническими заболеваниями ОД наблюдался среди детей 12-14 лет (7,76%). Дети с рецидивирующим бронхитом составили 75,7% (81 чело-

век), с хроническим бронхитом – 24,3% (26 детей). В 11,2% случаев (12 детей) по результатам фибробронхоскопии выявлены аномалии развития ТБД с проявлениями хронического бронхита (аномалии ветвления бронхов, аплазия бронхов, дисплазия бронхов, дивертикул трахеи или бронха, рубцовые деформации трахеи, аномалия развития хрящей трахеи, гипоплазия левого легкого).

Анализ факторов риска развития заболеваний ОД у обследованных детей представлен в таблице. Так, курение является одной из наиболее частых причин загрязнения воздушной среды помещений химическими соединениями. В табачном дыме содержится более 4000 вредных компонентов, значительная часть которых попадает в дыхательные пути как самих курильщиков, так и окружающих их людей. Дыхательный тракт детей подвергается интенсивному воздействию табачного дыма вследствие пассивного курения. Табачный дым для пассивного курильщика имеет большее токсическое воздействие, обладает особым раздражающим воздействием на дыхательные пути, поражает нижние отделы дыхательного тракта, способствуют развитию персистирующего воспаления и оксидативного стресса в клетках легких [8,9,10,11,12].

Таблица

Факторы		Клинико-anamnestические данные обследованных детей					
		Группа и подгруппы обследованных					
		Основная группа			Рецидивирующий бронхит (I подгруппа) (n=81)	Основная группа (n=107)	Контроль (n=60)
		Хронический бронхит		без аномалий ТБД (II подгруппа) (n=14)			
		аномалии ТБД (III подгруппа) (n=12)					
Пренатальные	Курение в семье	100% (n=14)	83,3% (n=10)	67,9% (n=55)	73,8%* (n=79)	43,3%* (n=26)	
	Отягощенный семейный анамнез по заболеваниям органов дыхания	14,3% (n=2)	8,3% (n=1)	13,6% (n=11)	13,1%* (n=14)	3,3%* (n=2)	
	Внутриутробная пневмония	–	16,7% (n=2)	12,4%* (n=10)	11,2% (n=12)	1,7%* (n=1)	
Постнатальные	Преждевременное рождение (28-35 недель)	–	41,7% (n=5)	13,6% (n=11)	15%* (n=16)	5%* (n=3)	
	Кесарево сечение	–	50%* (n=6)	16,1% (n=13)	17,8% (n=19)	18,3%* (n=11)	
	Асфиксия в родах	21,4% (n=3)	16,7 (n=2)	12,4% (n=10)	14%* (n=15)	3,3%* (n=2)	
	Масса при рождении, г	3256±402	2902±552*	3221±71	3191±599	3289±461*	
	Пневмония в анамнезе	14,3% (n=2)	33,3% (n=4)	34,6% (n=28)	31,8%* (n=34)	3,3%* (n=2)	

* Статистически достоверные результаты (p<0,05).

В нашем исследовании 73,8% детей основной группы являлись пассивными курильщиками (p=0,0001), что согласуется с многочисленными исследованиями, подтвердившими негативное воздействие пассивного курения на состояние дыхательного тракта [8,9,10,11,12]. Так, американскими учеными установлено, что риск развития хронических заболеваний органов дыхания у детей в возрасте 0-2 лет увеличивается в 2 раза при курении матери до и после беременности [10]. У детей школьного возраста риск развития бронхолегочной патологии при курении в се-

мье увеличивается в 1,4 раза [10]. В исследовании, проведенном российскими коллегами, было отмечено, что в 61,1% случаев часто болеющих детей имело место пассивное курение [8].

Кроме того, нами установлено, что в семьях с отягощенным анамнезом по заболеваниям респираторной системы дети в 4 раза чаще страдают хроническими заболеваниями ОД (p=0,039). Это может быть обусловлено тем, что ребенок подвергается повышенному риску инфицирования и интоксикации болезнетворными агентами в семье, помимо упо-

мянутых выше эндогенных и экзогенных факторов риска [2,14].

Известно, что дети, перенесшие респираторную патологию в неонатальном периоде, в последующем в 2-3 раза чаще болеют пневмониями, бронхитами, острыми респираторными заболеваниями [15], что согласуется с результатами нашего исследования. Так, у детей, перенесших внутриутробную пневмонию, рецидивирующий бронхит развивался в 7 раз чаще по сравнению со здоровыми детьми ($p=0,046$). Врожденная пневмония обычно проявляется при рождении ребенка как результат трансплацентарного инфицирования, проникновения возбудителей в легкие плода из околоплодных вод или при прохождении по инфицированным родовым путям матери [3]. Немаловажное значение при развитии врожденной пневмонии имеют сопутствующие инфекционные заболевания матери, тяжелая перинатальная патология плода (внутриутробная гипоксия и асфиксия) [14]. Асфиксия в родах в 4 раза чаще выявлялась у обследуемых детей с хроническими заболеваниями ОД по сравнению со здоровыми детьми ($p=0,028$). Асфиксия в родах может быть обусловлена внутриутробной гипоксией плода на фоне соматической патологии матери или акушерско-гинекологических осложнений [14].

При анализе данных анамнеза жизни нами выявлено, что преждевременное рождение предрасполагает к развитию бронхолегочной патологии ($p=0,02$). Хронический и рецидивирующий бронхиты у недоношенных детей встречались в 3 раза чаще. Существует гипотеза, что преждевременные роды независимо от состояния респираторного тракта новорожденных могут оказывать неблагоприятное воздействие на рост легких в течение первых пяти лет жизни, что предрасполагает присоединение инфекционных респираторных заболеваний, развитие осложнений и хронизации воспалительного процесса. В нашем исследовании половина детей с аномалиями трахеобронхиального дерева, рожден-

ных путем кесарева сечения, страдали хроническим бронхитом ($p=0,018$). Одними из ведущих механизмов патогенеза хронических заболеваний органов дыхания при родоразрешении путем кесарева сечения считаются недостаточность первичной выработки сурфактанта и неполное раскрытие альвеол [4].

Выявлены следующие клинико-анамнестические особенности у обследованных детей:

1. В группе обследованных детей с рецидивирующим бронхитом чаще выявлялись дети, рожденные прежде срока, отмечалось чаще наличие отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям органов дыхания и внутриутробной (врожденной) пневмонии по сравнению с контрольной группой детей.

2. У детей с хроническим бронхитом по сравнению с группой детей с рецидивирующим бронхитом заболевание начиналось в более раннем возрасте.

3. Низкая масса тела при рождении и рождение путем кесарева сечения чаще отмечались в группе детей с хроническим бронхитом и аномалиями ТБД по сравнению с контрольной группой и в большем проценте случаев, чем в группе хронического бронхита без аномалий ТБД, встречалась в анамнезе перенесенная пневмония.

4. У всех детей с заболеваниями ОД по сравнению с контрольной группой чаще выявлялись рождение в асфиксии, наличие фактора пассивного курения.

Выявленные нами особенности анамнеза у детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания позволяют сформировать группы риска и разработать ранние профилактические мероприятия.

В связи с этим необходимо дальнейшее широкое и комплексное изучение патогенетических механизмов и молекулярно-генетических аспектов предрасположенности детей к развитию хронических заболеваний органов дыхания как многофакторной патологии.

Сведения об авторах статьи:

Нурнахметова Айгуль Жамильевна – аспирант кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: annamoonflower@yandex.ru

Файзуллина Резеда Мансафовна – д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян, Н. А. Химические элементы в среде обитания и экологический портрет человека / Н. А. Агаджанян, А. В. Скальный. – М.: КМК, 2001. – 83 с.
2. Иванов, В.А. Состояние здоровья часто болеющих детей и повышение эффективности их санаторного оздоровления / В.А. Иванов, Н.В.Шарапов, А.Л. Заплатников // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 21. – С. 1559-1566.
3. Коган, А.Х. Модулирующая роль CO_2 в действии активных форм кислорода / А.Х. Коган, С.В. Грачёв, С.В. Елисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 224 с.

4. Полиморфизм генов белков сурфактанта b и d как фактор предрасположенности к развитию дыхательных нарушений у новорожденных / Л.И. Хамидуллина [и др.] // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 1. – С. 51-55.
5. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей / Геппе Н.А. [и др.] // Трудный пациент. – 2009. – Т. 7, №1-2. – С. 25-39.
6. Розина, Н.Н. Хронические заболевания легких у детей / Н.Н. Розина, Ю.Л. Мезирницкий. – М.: Практика, 2011. – 48 с.
7. Роль полиморфных вариантов генов матриксных металлопротеаз (MMP1, MMP9 и MMP12) в формировании предрасположенности к хроническим заболеваниям респираторной системы у детей / О.С. Целуосова [и др.] // Медицинская генетика. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 11-19.
8. Факторы риска и состояние общей реактивности у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями / Н.Н. Третьякова [и др.] // Забайкальский медицинский вестник. – 2010. – №1. – С. 23-26.
9. Barnes P.J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ P.J. Barnes // **N. Engl. J. Med.** – 2000. – Vol. 343. – P.269-280.
10. Cook D.G. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research / D.G. Cook, D.P. Strachan // *Thorax*. – 1999. – Vol. 54. – P.357-66.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) revised. – 2011. – P. 90.
12. Jaakkola J.J. Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and respiratory health in Russian children /J.J. Jaakkola, A.A. Kosheleva, B.A. Katsnelson, S.V. Kuzmin, L.I. Privalova, J.D.Spengler // *Respir Res.* – 2006. – №28. – P.7-48.
13. Moss T.J. Respiratory consequences of preterm birth / T.J. Moss // *Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.* – 2006. – Vol.33, № 3. – P. 280-284.
14. Respiratory illness in families of preterm infants with chronic lung disease // J.P. de Winter [et al.] // *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal.* – 1995. – Vol. 73, № 3. – P. 147-152.
15. Respiratory symptoms in preterm infants: burden of disease in the first year of life / I.A. Pramana [et al.] // *Eur. J. Med.* – 2011. – Vol.16, № 5. – P. 223-230.

УДК: 618.4:616-089.888.61:616.211-053.3-07-097:578.245

© Ю.Д. Еникеева, Р.Р. Мунасыпова, Л.Ф. Азнабаева, Э.Н. Ахмадеева, 2013

Ю.Д. Еникеева, Р.Р. Мунасыпова, Л.Ф. Азнабаева, Э.Н. Ахмадеева
**ДИНАМИКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК НОСА
 У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РОДРАЗРЕШЕНИЯ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Целью исследования было определение состояния местного иммунитета слизистых оболочек у доношенных новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. Под наблюдением находились 58 доношенных новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения. В группу контроля вошли 30 доношенных новорожденных, родившихся через естественные родовые пути. Установлено, что у детей, извлеченных путем кесарева сечения, в сравнении с детьми, родившимися в результате физиологических родов, имеются особенности формирования интерфероновой системы. У новорожденных, родившихся при плановой операции кесарева сечения, отмечаются более высокие значения интерфероновой системы, которые нормализуются к возрасту 1-го месяца; у новорожденных, родившихся путем экстренного кесарева сечения, к 1-му месяцу формируется интерфероновая недостаточность.

Ключевые слова: новорожденные, местный иммунитет, кесарево сечение.

Y.D. Enikeeva, R.R. Munasypova, L.F. Aznabayeva, E.N. Akhmadeeva
**FORMATION OF LOCAL IMMUNITY OF NASAL MUCOUS MEMBRANES IN
 TERM INFANTS, DEPENDING ON THE METHOD OF DELIVERY**

The aim of the study was to determine the condition of the local mucosal immunity in full-term infants, depending on the method of delivery. We observed 58 full-term infants born by cesarean section. The control group included 30 full-term infants born vaginally. It was found that children born by cesarean section compared with children after physiological childbirth have peculiarities of the interferon system formation. Infants born by elective caesarean section have higher values of the interferon system, which are normalized to the age of 1 month; interferon failure is formed in the newborns born by emergency caesarean section at first month.

Key words: newborns, local immunity, cesarean section.

Рождение ребенка сопровождается началом сильной атаки чужеродными веществами и антигенами на его систему иммунитета [1]. Первый контакт с факторами окружающей среды происходит посредством слизистых оболочек (СО). Их состояние определяет эффективность защиты от окружающих факторов, а их несостоятельность способствует развитию заболеваний. СО имеют ряд защитных функций, которые препятствуют присоединению патогенного фактора к эпителиальному слою, способствуют выведению чужеродного материала из организма, обеспечивают уничтожение патогенного фактора и

его элиминацию. Совокупность этих функций составляет понятие местного иммунитета [2,6].

В иммунной системе СО выделяют гуморальные и клеточные факторы. Гуморальные факторы – продукты жизнедеятельности всех клеток СО, – представлены интерферонами, лизоцимом, системой комплемента, антителами [2,5,7].

Формирование интерфероновой системы у новорожденных зависит от состояния матери. Известно, что у детей, родившихся от матерей с очагами инфекции, достоверно снижена интерферонпродуцирующая способ-