

Выводы

В семьях больных БА достаточно широко распространены различные неблагоприятные ФР, формирующие образ жизни семьи, отдельных ее членов и определяющие в конечном итоге проявление фенотипических признаков, как при наличии наследственной предрасположенности, так и при отсутствии на нее явных указаний.

Проведенные исследования в семьях больных БА указывают на неоднозначность воздействия различных факторов в развитии бронхиальной астмы. Как следует из вышеизложенного, первичная профилактика БА должна быть многофакторной и, помимо устранения всевозможных бытовых аллергенов в семьях с отягощенным в отношении аллергозов семейным анамнезом, предусматривать исключение контакта с табачным дымом, коррекцию питания и санацию желудочно-кишечного тракта, а также создание благоприятного микроклимата в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянова Л.А., Пятов М.Д., Фомина В.Г. Об иммунологической реактивности больных хроническим алкоголизмом//Тер. архив.-1979.-№3.-С.59-60.
2. Вартанян Р.В. Клинико-патогенетические закономерности респираторно синцитиального вирусного заболевания с обструктивным синдромом у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 1983.
3. Голуб Н.И. Влияние курения на состояние иммунитета и антипротеазную защиту//Тер. архив.-1996.- №1.-С.64-66.
4. Калинина Е.П., Колганова Н.А., Фурман И.Е., и др. О сочетанном поражении слизистых оболочек бронхов и желудочно-кишечного тракта при atopическом синдроме и крапивнице//Пульмонология.-1994.-№4.-С.37-39.

5. Кушнарева М.В., Деменьтьева Г.М., Виноградова Т.В. и др. Особенности иммунного ответа слизистых оболочек дыхательных путей у недоношенных детей с пневмониями//Педиатрия.-2002.-№1.- С.13-18.

6. Постовит В.А. Детские каплевые инфекции у взрослых.-М.: Медицина, 1982.-203 с.

7. Чучалин А.Г., Солдатов Д.Г. Вирусная инфекция в пульмонологии//Тер. архив.-1992.-№3.-С.3-15.

8. Evans I.R., Mullally D.L., Wilson R.W. et al. National trends in the morbidity and mortality of asthma in the US: prevalence, hospitalization and death from asthma over two decades, 1965-1984//Chest.-1987.-Vol.91.-P.65-74.

9. Martinez F.D. Role of viral infections in the inception of asthma and allergies during childhood: could they be protective//Thorax.-1994.-Vol.49.-P.1189-1191.

10. Mancini G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochemistry.-1965.-Vol.2, №3.-P.235-254.

11. Peat J.K., Salome C.M., Woolcock A.J. Factors associated with bronchial hyperresponsiveness in Australian adults and children//Eur. Respir. J.-1992.-№5.-P.921-929.

12. Peat J.K. Prevention of asthma//Eur. Respir. J.-1996.-№9.-P.1545-1555.

13. Preller L., Doekes G., Heederik et al. Disinfectant use as a risk factor for atopic sensitization and symptoms consistent with asthma: an epidemiological study//Eur. Respir. J.-1996.-№9.-P.1407-1413.

The relationship of respiratory infections in early childhood to the occurrence of increased levels of bronchial responsiveness and atopi/S.T.Weiss, I.B.Tager, A.Munoz, F.E.Speizer//Am. Rev. Respir. Dis.-1985.-№131.-P. 573-578.



УДК 618.3+616.61-0.02.3+616-053.31

Н.М.Судакова

ВЛИЯНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

РЕЗЮМЕ

Изучено состояние здоровья 120 детей в возрасте от 0 до 3-х лет жизни, родившихся у матерей с хламидийной инфекцией. В результате исследования установлено, что к 3-м годам жизни 67,5% детей уже имеют хроническую форму того или иного заболевания. В периоде новорожденности ведущее место занимают класс болезней нервной системы и инфекционная патология. После года жизни – бронхолегочная патология и болезни мочеполовой системы.

SUMMARY

N.M.Sudakova

CHLAMYDINE INFECTION EFFECT ON INFANT HEALTH

120 children aged from 0 to 3 years born from mothers with chlamydia infection have been examined. We found the 67,5% of children had been suffering from chronic diseases. During infancy the leading disturbances are nervous system diseases and infectious diseases. In patients older than one year bronchopulmonary pathology and urogenital system diseases prevail.

Проблема частой заболеваемости детей раннего возраста была актуальной как в конце XX века, так и продолжает оставаться в начале нынешнего XXI века. Это определяет приоритетность исследований по изучению факторов и причин, приводящих к формированию частой заболеваемости. По оценкам экспертов ВОЗ, в 90-х годах XX столетия в мире было зарегистрировано 89 млн. новых случаев хламидийной инфекции [3]. Данные в отечественной литературе весьма разноречивы. При этом следует обращать внимание на то, что официальная регистрация урогенитального хламидиоза (УГХ) в России началась в декабре 1993 года [2]. Иными словами проблема является актуальной и недостаточно изученной.

Инфицированные женщины в 40-60% случаев передают инфекцию новорожденным [1]. В последующем у одних детей возможно развитие хламидийной инфекции, а у других она может протекать под маской многих заболеваний, либо длительное время оставаться в латентной форме.

Исходя из вышеизложенного, цель исследования состояла в оценке влияния УГХ матери на состояние здоровья и последующее развитие детей раннего возраста.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 120 детей в возрасте от 0 до 3-х лет жизни, родившихся у женщин с УГХ. Диагноз хламидийной инфекции у беременных верифицирован методом иммуноферментативного анализа с использованием наборов тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). При этом у 83 женщин УГХ был впервые диагностирован во время настоящей беременности. Контрольную группу составили 90 детей такого же возрастного периода, родившихся у соматически здоровых женщин.

Результаты и обсуждение

При анализе состояния здоровья изучаемого контингента детей выявлены следующие существенные отклонения. Из 120 детей основной группы 20 (16,6%) родились недоношенными. Антропометрические данные новорожденных основной и контрольной групп существенно не отличались: в основной группе масса детей при рождении была $3300 \pm 72,18$ г, длина – $52,55 \pm 0,34$ см; в контрольной, соответственно, $3401 \pm 90,23$ г и $52,10 \pm 0,23$ см ($p > 0,05$).

В состоянии асфиксии находилось 37 (30,8%) детей, родившихся у матерей с УГХ, в контрольной группе таких детей не было. В раннем неонатальном периоде максимальная убыль первоначальной массы тела у младенцев контрольной группы была зарегистрирована на 4-й день жизни (3,9% от первоначальной массы при рождении), в основной группе – 8,6% ($p < 0,05$). К концу раннего неонатального периода у большинства новорожденных основной группы первоначальная масса тела не восстанавливалась, а у некоторых детей отмечался вторичный дефицит массы.

В структуре заболеваемости детей периода новорожденности нами установлено, что в основной группе функциональная и органическая патология

нервной системы выявлялась у 110 детей (91,6%), признаки внутриутробной инфекции при рождении – везикулёз был у 76 (63,2%), конъюнктивит у 63 (52,4%), пневмония у 7 (5,8%), анемия у 67 (55,8%), поражение сердечно-сосудистой системы у 54 (44,9%), врожденные пороки развития у 4 (3,3%). Острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) в периоде новорожденности отмечалась в контрольной группе у 5 детей (5,5%) в основной – у 11 (9,1%). Среди врожденных пороков развития встречались: врожденная косолапость, дисплазия тазобедренного сустава, хондродистрофия, врожденный порок сердца (дефект межпредсердной перегородки).

Учитывая известные критерии: степень выраженности хронического заболевания, функциональное состояние отдельных органов и систем, показатели физического развития и т.д. к концу первого месяца жизни в контрольной группе 80 детей (88,8%) были отнесены к I группе здоровья и 10 (11,2%) – ко II группе. У детей, родившихся у матерей с УГХ к I группе здоровья были отнесены 10 (8,3%) детей, ко II – 102 (85,1%), к III – 6 (5%), к IV – 2 (1,6%).

В течение первого года жизни в контрольной группе ОРВИ болело 12 (13,3%) детей, у 11 (12,2%) был выявлен дисбактериоз. В основной группе продолжали лидировать болезни нервной системы (82,5%), среди которых отмечалась гидроцефалия (12,5%), а так же инфекционная патология – конъюнктивит (26,6%), бронхит (44,1%), отит (35,8%) и пневмония (6,6%). ОРВИ отмечалась в 112 (93,3%) случаях, причем кратность у многих детей составила до 4-5 раз в год. Частые ОРВИ, бронхолегочная патология в сочетании со сниженной резистентностью организма способствовали развитию таких фоновых состояний как дисбактериоз (48,3%), эксцудативно-катаральный диатез (40,7%), рахит (1,6%). Следует отметить, что у 15 детей (12,4%) выявлялась инфекция мочевыводящих путей. В анализе мочи отмечалась лейкоцитурия, незначительная протеинурия. К году жизни произошло перераспределение групп здоровья. Так в основной группе большинство детей отнесены ко II и III группам, соответственно, 59 (49,3%) и 51 (42,5%). В I и IV группы здоровья включено 8 (6,6%) и 2 (1,6%) пациентов, соответственно. Дети контрольной группы имели более высокие показатели здоровья: I – 78 (86,6%), II – 12 (13,4%).

После года жизни в группе детей, родившихся у матерей с хламидийной инфекцией отмечались последствия поражения нервной системы в виде гидроцефального синдрома (7,5%), минимальной мозговой дисфункции (13,3%), миотонического синдрома (29,2%). Ведущим классом являлся класс болезней органов дыхания, где преобладали ОРВИ (100%) и бронхит (70,8%), реже отит (36,6%) и пневмония (10,0%). Поражение сердечно-сосудистой системы было у 31,6% пациентов, анемия у 61,6%. Эндокринная патология в виде увеличения щитовидной железы отмечена в 2,5% наблюдений, лимфаденопатия также в 2,5% случаев. Патология мочеполовой системы (пиелонефрит, вульвит у девочек) выявлялась у 40,8% детей. В контрольной группе у 7,7% детей отмечалась анемия, у 47,7% – ОРВИ.

К концу периода наблюдения нами было установлено, что в группе детей, родившихся у матерей с УГХ у 81 (67,5%) ребенка уже сформировалась та или иная хроническая патология (III группа здоровья), 35 (29,2%) детей были отнесены ко II группе здоровья, 4 (3,3%) – к IV группе. В контрольной группе I группа здоровья была у 56 (62,3%) детей, II – у 34 (37,7%).

Таким образом, изучая уровень заболеваемости детей, родившихся у матерей с УГХ, нами установлено, что к концу периода раннего детства у 67,5% детей течение заболевания приняло уже хроническую форму. Высокий уровень заболеваемости детей после года жизни обусловлен бронхолегочной патологией,

анемией, а также высокой частотой поражения мочеполовой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранитов В.М. Хламидиозы.-М.: МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000.-192 с.
2. Машкиллейсон М., Гомберг М.А., Соловьев А.М. К проблеме урогенитального хламидиоза //Заболевания, передающиеся половым путем.-1995.-№5.-С. 28-33.
3. Прилепская В.Н., Абуд И.Ю. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии//Русский мед. журнал.-1998.-Т.6, №5.-С.285-287.



УДК 618.2:616.248:612.21

Л.Г.Нахамчен

РЕГИОНАРНЫЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

РЕЗЮМЕ

Изучено состояние функции внешнего дыхания во время беременности у женщин с легкой формой течения бронхиальной астмы. Установлены некоторые закономерности изменений вентиляции легких, гемодинамики малого круга кровообращения и вентиляционно-перфузионных отношений в различные сроки беременности как в период ремиссии, так и во время обострений заболевания.

SUMMARY

L.G.Nahamchen

REGION LUNG FUNCTIONS IN PREGNANT WOMEN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Lung function in pregnant women with mild bronchial asthma have been studied. We found changes in regional lung ventilation, lung hemodynamics and ventilation-perfusion ratios in different gestation periods during remission and exacerbation periods.

Известно что – бронхиальная астма (БА) одно из самых распространенных и тяжелых хронических заболеваний органов дыхания. Удельный вес ее среди взрослого населения достигает 5% [7]. В последние десятилетия это заболевание все чаще встречается и у детей, причем, число заболевших в периоде раннего детства увеличивается с каждым годом [6]. Считается, что риск развития заболевания у ребенка при отягощенной наследственности матери составляет 40-50%. Хроническое аллергическое воспаление, которым характеризуется БА, во время беременности создает дополнительную аллергическую направлен-

ность у плода. В большей степени этому способствуют обострения БА во время беременности. У женщин, страдающих БА, менее трети детей рождаются в удовлетворительном состоянии [5].

Один из основных механизмов потенциального влияния БА на развитие плода – гипоксия. Частота этого осложнения развития беременности связана с нарушением адаптации аппарата внешнего дыхания будущей матери к функционированию в условиях повышенных требований во время беременности («работа на двоих»). Ранняя диагностика нарушений функции внешнего дыхания у больных БА во время беременности, т.е. до возникновения развернутой клинической картины, позволит своевременно проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение обострений БА, и создать благоприятные условия развития плода.

Целью настоящего исследования было изучение состояния вентиляции легких, гемодинамики малого круга кровообращения и вентиляционно-перфузионных отношений во время беременности у женщин с легкой формой течения БА.

Материал и методы исследования

Проведено 57 комплексных исследований функции внешнего дыхания у беременных, больных БА, в период ремиссии (I группа), в том числе 14 – в первом (I) триместре, 27 во втором (II) и 16 в третьем (III), а также 41 исследование во время обострения заболевания (2 группа): 14 – в ранние сроки, 18 – в середине и 9 в конце беременности. Результаты сравнивались с данными, полученными при обследовании здоровых женщин в аналогичные сроки беременности (контрольная группа): соответственно, 55,