

составил 60,0% и 15,0% соответственно. При высокой реактивной тревожности величина относительного риска (RR) составила 2,7; а при повышенной персональной тревожности – RR=1,08. Атрибутивный риск соответственно равен 53,0% и 7,4%.

Таким образом, использование метода тестирования психологического статуса матерей, имеющих младенцев, с последующей их психологической реабилитацией позволило бы снизить младенческую смертность на 53,0% и 7,4% соответственно.

Саидова А.Я., Каримова М.Н., Ахрарова Ф.М.  
**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ЦИТОКИНОВ  
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** На существенную роль иммунологических нарушений в развитии бронхиальной астмы указывают большинство исследователей. Экспрессия цитокинов, их количественное содержание в значительной степени определяют реакцию организма с последующим развитием соответствующих клинических, биохимических, иммунологических проявлений, что может служить ранним прогностическим маркером течения заболевания.

**Цель исследования.** Оценить прогностическую значимость ключевых цитокинов в течении бронхиальной астмы у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 54 детей, больных бронхиальной астмой в возрасте от 3,5 до 16 лет. Изучена хронология развития аллергии, оценен соматический статус и динамика показателей цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-1RA.

**Результаты и обсуждение.** Изучение хронологии «аллергического марша» у обследуемых больных показало, что у 29 (53,7%) больных проявления аллергии начались с признаков пищевой аллергии, у 21 (38,9%) – атопического дерматита, у 4 (7,4%) – аллергического ринита.

Клинически бронхиальная астма у обследованных больных проявлялась типичными приступами экспираторной одышки, сухого приступообразного кашля, сухих хрипов. При спирометрическом исследовании отмечалось нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному или смешанному типу. Пикфлоуметрически выявлена степень бронхоспазма и оценена эффективность проводимой терапии. Изучение профиля цитокина IL-1 $\beta$  и его физиологического антагониста IL-1RA у обследованных нами детей с БА показало, что у большинства пациентов при поступлении отмечалось 2-х кратное увеличение IL-1 $\beta$  при сниженном показателе рецепторного антагониста. В среднем это составило 5,1 $\pm$ 0,6 и 81,1 $\pm$ 6,6 пк/мл. Избыточное количество IL-1 $\beta$ , их продолжительный интенсивный синтез является фактом прогрессирования заболевания. Отмечено достоверное снижение содержания IL-1RA, что является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим об истощении цитокинпродуцирующей способности клеток – продуцентов при длительной антигенной стимуляции. Индекс соотношения IL-1RA/IL-1 $\beta$  равнялся 16,1 $\pm$ 2,4, что указывало на воспалительный диссонанс.

**Вывод.** Таким образом, изучение показателей ключевых цитокинов у детей, больных с бронхиальной астмой даст возможность более эффективно контролировать течение заболевания для предотвращения неблагоприятного исхода заболевания.

Сафроненко Л.А., Селина А.Н., Лемешко Е.С.  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ  
У ДЕТЕЙ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ**

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону*

Внегоспитальная пневмония (ВП) - одно из самых частых заболеваний, обуславливающих около 5-20% детских смертей в мире (В.К. Таточенко, 2012г.).

С целью изучения особенностей клиники и антибактериальной терапии (АБТ) ВП в г. Ростове-на-Дону проанализированы 319 историй болезни детей, лечившихся по поводу ВП в 5 детских стационарах города в течение 2011 года.

В результате исследования выявлены доминирование детей раннего возраста (41%), частая связь ВП с ОРВИ (66%). На догоспитальном этапе заболевание диагностировано в 42%. Клиника и результаты лабораторно-инструментальных исследований свидетельствовали о типичной ВП в 67% случаев. В остальных 33% - отсутствие признаков интоксикации, наличие симптомов бронхита, в том числе обструктивного, отсутствие лейкоцитоза, нейтрофилеза, нечеткие рентгенологические изменения позволили ретроспективно трактовать эти пневмонии либо как атипичные, либо сомневаться в их наличии.

АБТ в стационаре была начата с первого дня госпитализации. В 2/3 случаев независимо от «типичности» ВП и тяжести течения назначались цефалоспориновые антибиотики третьего поколения. Лишь в 11,8% использовался амоксицилин, являющийся, согласно рекомендациям, основным препаратом для стартовой АБТ ВП. Макролиды применялись в 10,5 %. Без необходимого обоснования в истории болезни АБТ в 4% случаев начата с аминогликозидов. В 25% случаев ВП был проведен 1 курс АБТ. Несмотря на положительную динамику, в 42% назначались 2 курса АБТ без должной аргументации в ИБ. В 1/3 случаев дети получили 3 и более курсов, хотя осложненное течение ВП отмечалось лишь в 11%. Продолжительность АБТ составляла в среднем 11,6 дней, количество антибактериальных препаратов на 1 больного - 2,6.

Выводы:

1. В 1/3 анализируемых историй болезни диагноз ВП представлялся недостаточно аргументированным, что можно объяснить как ростом числа атипичных пневмоний (вирусные?), так и гипердиагностикой заболевания.
2. В 75 % случаев выявлено несоответствие АБТ ВП рекомендациям современных стандартов, как по количеству АБП, так и по продолжительности лечения.
3. Выявленные особенности АБТ делают высоким риск нежелательных лекарственных реакций АБП и способствуют формированию региональной антибактериальной резистентности.

Сенаторова А.В., Волосовец А.П., Рига Е.А., Бойченко А.Д.

### **ОЦЕНКА ПУПОВИННОГО КРОВОТОКА ПРИ БИХОРИАЛЬНОЙ БИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНЕ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Целью исследования явилось изучение пуповинного кровотока при бихориальной, биамниотической двойне

Исследовали пуповинный кровоток в сроке 35-38 недель с определением максимальной скорости тока крови ( $V_{max}$ ), минимальной скорости тока ( $V_{min}$ ), индекса резистентности (IR), систоло-диастолического отношения (S/D) на аппарате Philips HD7 XE (Италия) у 26 беременных женщин с бихориальными биамниотическими двойнями, у 27 женщин с одноплодной беременностью и нормальным развитием плода и у 10 женщин с одноплодной беременностью и задержкой внутриутробного развития плода. Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета «Statistica 7.0».

Медианными значениями и квартильными распределениями  $V_{max}$  у 1-го плода из двойни 41,1 (35,3;48,3) см/с, у 2-го из двойни - 34,6 (27,7;54,6) см/с, при одноплодной беременности 41,4 (27,4;47,2) см/с, у плодов с задержкой внутриутробного развития плода 43,1(36,3;47,4) (KW ANOVA  $p>0,05$ );  $V_{min}$  у 1-го плода из двойни 16,6 (11,85;20,9)см/с, у 2-го из двойни - 14,2 (9,7;21,5) см/с, при одноплодной беременности 17,3 (10,1;23,8) см/с, у плодов с задержкой внутриутробного развития плода 14,6 (11,8;17,1) (KW ANOVA  $p>0,05$ ); IR у 1-го плода из двойни 0,61 (0,46;0,65) , у 2-го из двойни - 0,53 (0,47;0,61), при одноплодной беременности 0,55 (0,5;0,58) , у плодов с задержкой внутриутробного развития плода 0,61 (0,52;0,72) (KW ANOVA  $p>0,05$ ); S/D у 1-го плода из двойни 2,24 (1,92;2,75) , у 2-го из двойни - 2,4 (1,85;2,73) , при одноплодной беременности 2,21 (1,9;2,35) , у плодов с задержкой внутриутробного развития плода 2,8 (2,2;3,8) (KW ANOVA  $p<0,05$ , MWодноплодная, звук  $p<0,05$ ; MWдвойня, звук  $p<0,05$ ).

Таким образом, наибольшие значения систоло-диастолического отношения S/D (2,8) регистрируются при одноплодной беременности с задержкой внутриутробного развития плода. При бихориальной биамниотической двойне не обнаруживается изменений пуповинного кровотока в сравнении с одноплодной беременностью при нормальном развитии плода.

Сенаторова А.С., Муратова Е.Г.\*

### **ИЗУЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет  
Харьковская областная детская клиническая больница\*, Украина*

Цель работы: усовершенствование диагностики диабетической нефропатии на ранних стадиях ее развития путем изучения экскреции цистатина С с мочой у детей с сахарным диабетом 1-го типа.

Материалы и методы. В работу включены данные 83 детей возрастом от 11 до 18 лет с СД 1-го типа. В зависимости от длительности СД I типа дети были разделены на 3 группы: 1-я группа – дети с продолжительностью СД от 1 до 2 лет (n=18); 2-я группа - от 2 до 5 лет (n=24); 3-я группа - более 5 лет (n=41). В контрольную, 4-ю группу, включены 10 практически здоровых детей без патологии почечной и эндокринной систем. Содержание цистатина С в утренней моче изучалось с помощью иммуноферментного анализа на анализаторе «Labline-90»