

аминогликозиды (46% и 22%), цефалоспорины (36% и 14%).

На третьем году антибиотики были назначены у 94% детей в 1-й группе и у 54% детей во 2-й ($p < 0,001$), наиболее часто пенициллинового ряда (82% и 82%), цефалоспоринового ряда (50% и 14%), аминогликозиды (38% и 11%) .

Кратность курсов антибактериальной терапии в 1-й группе на первом году жизни составила 3,4, во 2-й группе – 1,2 , на втором году жизни в 1-й группе 4,1 и 1,1, на третьем году жизни – 3,6 и 1,1, соответственно.

Также широко в лечении детей использовали НПВС. На первом году жизни их применяли у 84% детей 1-й группы и у 70% детей 2-й группы ($p < 0,05$), на втором году – у 92% детей 1-й группы и у 70% детей 2-й ($p < 0,001$), на третьем – у 94% и 54%, соответственно ($p < 0,001$). Чаще всего назначали парацетамол: на первом году – в 64% случаев, на втором – в 72% и на третьем – в 76%.

Выводы. Таким образом, исходя из проведенного исследования, следует, что широкая распространенность ОРИ среди детей и нерациональная и необоснованная терапия антибактериальными препаратами и НПВС в раннем возрасте могут являться одними из основных провоцирующих факторов развития бронхиальной астмы у детей.

Список литературы:

1. Tricia, M. The Importance of Prenatal Exposures on the Development of Allergic Disease: A Birth Cohort Study Using the West Midlands General Practice / M. Tricia [et al.] // Database Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2002; V. 166:827. – P. 832.
2. Celedon, J. Lack of association between antibiotic use in the first year of life and asthma, allergic rhinitis, or eczema at age 5 years / J. Celedon [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2002; V. 166 (1). – P. - 72-75.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Волкова О.А. - ассистент

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии №2, Гродно, Беларусь, ped2@grsmu.by*

In article the data about presence of the general risk factors of development of a bronchial asthma and adiposity at early children's age is cited. 5 groups of risk factors in the perinatal period of development of the child which can lead to increase of risk of development of a bronchial asthma and adiposity are allocated.

Keywords: children, bronchial asthma, adiposity, risk factors.

Актуальность и социальная значимость проблемы лечения и реа-

билитации детей, страдающих бронхиальной астмой, определяют прогрессирующее течение заболевания с развитием тяжелых форм и угрожающих для жизни состояний, вовлечением в процесс различных органов и систем, неблагоприятным влиянием на рост и развитие ребенка, а также ранней инвалидизацией [1].

В настоящий момент достигнут определенный прогресс в изучении механизмов развития бронхиальной астмы в детском возрасте. Доказано, что заболевание имеет наследственную предрасположенность, что подтверждено семейными, близнецовыми и генетико-эпидемиологическими исследованиями [2].

Изучение течения интранатального периода у пациентов с бронхиальной астмой показало, что дети, подвергшиеся в родах специальным родоразрешающим пособиям, или рожденные матерями, у которых беременность осложнялась угрозой прерывания, плацентарной недостаточностью и гестозом, имеют повышенный риск перинатальных повреждений нервной системы и развития бронхиальной астмы.

Особое значение придается характеру вскармливания на первом году жизни. Показано, что грудное вскармливание оказывает определенный защитный эффект в отношении развития атопических заболеваний в первые годы жизни ребенка. В исследовании, представленном в Берлине на встрече Европейского общества пульмонологов, показано, что при грудном вскармливании значительно снижается число аллергических расстройств [3].

Несмотря на определенные успехи в расшифровке причин, влияющих на формирование и течение бронхиальной астмы, остается еще много вопросов, требующих изучения и исследования. Например, согласно ряду исследований, доказана связь между ожирением и увеличением риска развития бронхиальной астмы у детей.

Количество больных астмой и ожирением стремительно возрастает в развитых странах [4]. В связи с данным фактом, исследователи пытаются найти связь между этими состояниями. Ясно, что какая-то взаимосвязь существует, но может ли одно из этих состояний привести к другому? Предполагают, что избыточный вес может увеличивать давление и нагрузку на дыхательные пути в легких, приводя, таким образом, к сужению просвета бронхов. Возможно также, что ожирение увеличивает восприимчивость организма к веществам в окружающей среде, которые вызывают астму [5].

Однако люди с астмой далеко не всегда страдают излишним весом, поэтому необходимы дальнейшие исследования в этой области, которые прольют свет на природу взаимосвязи избыточного веса и бронхиальной астмы, особенно в детском возрасте.

Цель исследования: установить комплекс факторов риска развития и прогрессирования бронхиальной астмы у детей в зависимости от массы тела.

Для реализации поставленной цели были проанализированы ха-

рактер наследственной патологии, наличие факторов риска в антенатальном, интранатальном и младенческих периодах развития детей с бронхиальной астмой.

Объект и методы исследования: анамнестические данные были получены путем анкетирования пробандов и их родителей и выкопировки данных из истории развития ребенка. При изучении наследственной отягощенности учитывалось наличие бронхиальной астмы и другой аллергической патологии, а также избытка массы тела и ожирения у родителей пробанда и родственников 1-й и 2-й степени родства. При изучении анамнеза жизни обследованных детей обращали внимание на характер течения беременности и родов, вес и рост ребенка при рождении, наличие патологических состояний в раннем возрасте, продолжительность грудного вскармливания на первом году жизни, перенесенные заболевания. При сборе анамнеза заболевания выяснили жалобы пациента, а также возраст, в котором были зафиксированы первые признаки обструкции.

Обследовано 93 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет с верифицированным диагнозом бронхиальная астма, что явилось критерием отбора пациентов. Все дети были разделены на 2 группы: в I группу (19 детей) включили пациентов с избытком массы тела (критерий включения - значение индекса массы тела ребенка свыше 85-й перцентили для данного возраста и пола), во II (74 ребенка) – с нормальной массой тела. Группы имели отличия по половому составу: девочек в группе с избытком массы было значительно больше, чем в группе без избытка (52,6% и 33,7% соответственно, $p < 0,05$).

У всех пациентов была исследована наследственная отягощенность по наличию у родственников аллергических заболеваний (бронхиальной астмы, поллиноза, атопического дерматита, бытовой сенсibilизации и др. аллергопатологии), бронхиальной астмы в отдельности, а также по избытку массы тела и ожирению. Полученные данные проанализированы в зависимости от массы тела обследованных детей.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов обеих групп имели близких родственников (I и II степени родства) с разнообразными аллергическими заболеваниями. Однако бронхиальная астма достоверно чаще встречалась у родственников детей с избытком массы тела, чем у родственников пациентов с нормальной массой тела (57,8%; 39,1%; $p < 0,05$). Ожирение у родственников также достоверно чаще было у детей из первой группы, чем из второй (84,2%; 29,7%; $p < 0,01$).

При изучении раннего периода жизни детей было выделено 5 групп факторов риска неблагоприятного воздействия на организм в антен- и интранатальные периоды: 1) социально-биологические факторы риска; 2) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; 3) наличие экстрагенитальных заболеваний у матери; 4) осложнения периода беременности; 5) осложнения интранатального периода.

При изучении 1 группы факторов (социально-биологических) оце-

нивали возраст отца и матери на момент рождения ребенка, профессиональные вредности во время беременности, вредные привычки родителей, антропометрические данные родителей. Установлено, что влияние этих неблагоприятных факторов испытывали пациенты обеих групп (первой группы – 33,7%, второй группы – 31,5%, $p>0,05$). Выявлено, что в обеих группах определенное количество матерей продолжали курить во время беременности (в первой группе – 26,3%, во второй – 17,5%, $p>0,05$), а также имело место пассивное курение (I гр.- 31,6%, II гр.- 22,9%, $p>0,05$). По данным ряда публикаций, активное и пассивное курение женщины во время беременности ведет к неправильному развитию и повреждению мерцательного эпителия дыхательных путей и альвеол плода, что в дальнейшем способствует развитию хронических заболеваний дыхательного тракта, в том числе бронхиальной астмы. Установлено, что достаточно большое количество детей как первой, так и второй группы (I гр.- 26,3%, II гр.- 21,6%, $p>0,05$) родились от матерей старше 30 лет.

Ко 2 группе факторов риска отнесен неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез, который состоит из наличия абортов и выкидышей перед данными родами, бесплодия и истмико-цервикальной недостаточности в анамнезе, невынашивания беременности, преждевременных родов, предшествующих гинекологических операций и акушерских пособий, рубец на матке. По данным факторам риска выявлены достоверные различия в группах (в I гр. – 46,3%, во II гр. – 18,9%, $p<0,01$).

К третьей группе факторов риска (экстрагенитальные заболевания матери) относили заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем и заболевания почек. Наличие экстрагенитальной патологии достоверно чаще регистрировалось у матерей детей первой группы (94,7%), чем у пациентов второй группы (70,2%) ($p<0,05$). Также достоверно чаще матери детей первой группы страдали патологией сердечно-сосудистой системы (57,9%), чем матери детей второй группы (33,7%) ($p<0,05$).

Четвертая группа факторов риска включала патологию беременности. Выявлено, что у матерей пациентов первой группы в 1-м триместре беременности (36,8%) достоверно чаще, чем во второй группе (12,2%) отмечался гестоз ($p<0,01$). В ходе ряда исследований доказано, что гестоз может привести к «замедленному и асинхронному созреванию» сердечно-сосудистой и нейрогуморальной систем, а также истощению потенциала вегетативной нервной системы. Установлено, что многие матери в 1-м и 2-м триместрах беременности перенесли острую респираторную инфекцию (первая группа – 47,4%, вторая группа – 22,9%; $p<0,05$).

Пятая группа включала осложнения интранатального периода и оценку состояния плода. Наличие гипоксии плода достоверно чаще отмечалось в первой группе пациентов (26,3%), по сравнению со второй

группой (10,8%), $p < 0,05$. С массой тела, недостаточной для срока гестации, родились 26,3% детей первой группы и 24,3% детей второй группы ($p > 0,05$). С массой тела, превышающей 4000 г, родились 21% детей из первой группы и 12,1% детей второй группы ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты, позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Наличие у близких родственников бронхиальной астмы и ожирения существенно увеличивает риск развития аналогичной патологии у детей.

2. Все дети первой группы и подавляющее большинство второй группы испытывали воздействие неблагоприятных факторов на протяжении антенатального и интранатального периодов жизни: активное и пассивное курение матерей во время беременности, возраст матери свыше 30 лет, неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания матери, патология периода беременности и родов.

Список литературы:

1. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы: пересмотр 2006 г. - Мн. 2006. – 76 с.

2. Огородова, Л.М. Значение генетических предикторов для первичной профилактики бронхиальной астмы у детей / Л.М. Огородова [и др.] // Педиатрия. - 2005. - № 6. - С.4-6.

3. Локшина, Э.Э. Маркеры аллергического воспаления у детей из группы высокого риска по развитию бронхиальной астмы / Э.Э. Локшина, О.В. Зайцева // Педиатрия. - 2006. - № 4. - С. 94-97.

4. Лютина, Е.И. Эпидемиология бронхиальной астмы в детском возрасте / Е.И. Лютина [и др.] // Педиатрия. - 2005. - № 4. - С. 111-114.

5. Либерман, И.С. Метаболический синдром в свете эволюционно-генетических закономерностей / И.С. Либерман // Рос. кардиологич. журнал. - 2002. - № 1. - С. 14-18.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Врублевская Е.Л. – ассистент

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии №2, Гродно, Беларусь, ped2@grsmu.by*

Fetoplacental insufficiency (FPI) can lead to hypoxic damage of fetal