

для исследования получали при пункции коленных суставов. Уровень ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург). Уровень растворимого рецептора ИЛ-6 (рИЛ6) определяли количественным иммуноферментным методом (ОМБ, г. Москва). Определение показателей цитокинового статуса в синовиальной жидкости больных проводилось до начала терапии и спустя 6 месяцев после лечения зинаксином.

Результаты определения исходного уровня цитокинов провоспалительного действия в синовиальной жидкости у больных ОА показали достоверное повышение концентрации ИЛ-1 β в $1,8 \pm 0,2$ раза ($p < 0,05$), ИЛ-6 в $2,2 \pm 0,3$ раза ($p < 0,05$), ФНО- α в $2,3 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля (ИЛ-1 β – $15,4$ пг/мл, ИЛ-6 – $6,1 \pm 1,9$ пг/мл, ФНО- α – $32,4 \pm 4,6$ пг/мл). Изучение содержания рИЛ-6 в синовиальной жидкости больных ОА показало его увеличение на $25,6 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$) в сравнении с контролем ($1617,5 \pm 32,3$ мг/л).

Изследование динамики лабораторных показателей спустя 6 месяцев после проведенной терапии зинаксином показало следующие результаты: снижение среднего уровня исследуемых показателей составило соответственно: ИЛ-1 β – на $44,2 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$), ИЛ-6 – на $46,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$), рИЛ-6 – на $15,6 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), ФНО- α – на $36,4 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$).

Выводы

1. У больных остеоартрозом имеет место повышение уровня цитокинов провоспалительного (ИЛ-1 β , ИЛ-6, рИЛ-6, ФНО- α) действия в синовиальной жидкости.

2. Зинаксин обладает корригирующим влиянием на провоспалительную цитокинемию у больных остеоартрозом.

ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ

Хетагурова Ю.Ю., Зангиева М.Р.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Владикавказ, e-mail: margo-zangieva@yandex.ru

Изучение церебральной ишемии (ЦИ) у новорожденных детей остается одной из наиболее важных задач в неонатологии и педиатрии. Перинатальные поражения центральной нервной системы занимают

ведущее место в структуре заболеваемости и смертности детей в неонатальном периоде и в раннем возрасте. Рассматриваемая проблема актуальна, поскольку по данным иностранных авторов (Levene M.I., Kornberg J., William T.N.C., 1985; Khan M.A., Indian J., 1992), гипоксически-ишемическая энцефалопатия у доношенных новорожденных встречается с частотой 1,8–6,0:1000. В России перинатальная энцефалопатия диагностируется по данным отечественных авторов, в пределах, от 350–400 до 712:1000 детей до года (Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2003; Белоусова Т.).

Цель исследования. Определить взаимосвязь между характером постнатальной адаптации и тяжестью церебральной ишемии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 79 детей с церебральной ишемией легкой и средней степени тяжести (основная группа), в нее вошли 36 доношенных новорожденных с легкой степенью тяжести ЦИ – 1 подгруппа, 43 доношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ – 2 подгруппа и 36 здоровых доношенных составили группу сравнения. За время пребывания в родильном доме новорожденные получали адекватную терапию по традиционной схеме.

Результаты. Особенности клинической характеристики периода ранней неонатальной адаптации представлены в таблице. В основной группе у детей, перенесших церебральную ишемию, кефалогематома чаще встречалась в подгруппе доношенных детей со средней степенью тяжести ЦИ (4,3%). Генерализованный цианоз чаще встречался в подгруппе доношенных со средней степенью тяжести ЦИ ($p < 0,05$). Проявления местного цианоза, преимущественно в виде акро- и периорального цианоза мы наблюдали у детей всех групп. Отечный синдром появлялся в виде пастозности, отеков стоп, век и половых органов, достоверно чаще среди детей основной группы, чем в группе сравнения (26,5% и 16,6% соответственно, $p < 0,05$). Мышечная гипотония (с формированием экстензорной позы) достоверно чаще наблюдалось в основной группе, чем в группе сравнения (32 и 8,3% соответственно, $p < 0,05$). Необильные точечные петехиальные кровоизлияния в кожу подлежащей части и кровоизлияния в склеры у детей основной и группы сравнения встречались с равной частотой, достоверно чаще они наблюдались у доношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ, чем у доношенных с легкой степенью тяжести ЦИ и здоровых (32,5, и 8,3, и 11,1% соответственно, $p < 0,05$).

Клинические особенности раннего неонатального периода

Параметры	Основная группа n = 79						Группа сравнения n = 36	
	1 подгруппа n = 36		2 подгруппа n = 43		Всего n = 79		Абс.ч.	%
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%		
Асфиксия при рождении	2	5,5	10	23,2	12	15,2	0	0
Обвитие пуповины	13	36,1	12	27,9	25	31,6	13	36,1
Состояние: тяжелое	0	0	5	11,6	5	6,3	0	0
Средней тяжести	8	22,2	32	74,4	40	50,6	0	0
удовлетворительное	28	77,7	6	13,9	34	43	36	100
Кефалогематома	0	0	4	4,3	4	5,1	0	0
Родовая опухоль	5	13,9*	6	13,9	11	14	7	19,4*
Цианоз: общий	1	2,7*	7	16,3*	8	10,1	0	0
местный	14	38,9	30	69,8	44	55,7	15	41,6
Желтуха с рождения	0	0	8	18,6*	8	10,1	0	0
с 1 суток	8	22,2	7	16,3	15	19	1	2,8*
со 2 и более суток	5	13,9	37	86,05	42	53,2	4	11,1*
Точечные кровоизлияния	3	8,3	14	32,5*	17	21,5	4	11,1*
Отечный синдром	5	13,9	16	37,2	21	26,6*	6	16,6*
Гипертонус	9	25	19	44,2*	28	35,4	6	16,6*
Мышечная гипотония	7	19,4	19	44,2	26	32*	3	8,3*

Примечание. * $p < 0,05$.

Выводы. Таким образом, у детей, которые перенесли церебральную ишемию, имело место более неблагоприятное течение раннего неонатального периода и чаще отмечались такие признаки, как кефалогематома, изменение цвета кожных покровов, желтушный и отечный синдромы, петехиальные кровоизлияния и изменения мышечного тонуса. Для доношенных со средней степенью тяжести ЦИ характерно раннее появление желтухи, цианоз при рождении, кровоизлияния в кожу и склеры, повышение мышечного тонуса. Доношенные с легкой степенью тяжести имеют сходные со здоровыми новорожденными проявления ранней неонатальной адаптации, кроме более раннего начала конъюнкционной желтухи и более высокой частоты мышечной гипотонии.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Хузиханов Ф.В., Гатина Д.Н., Аюпова Г.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, e-mail: dil3262@yandex.ru

В литературе имеются сообщения о существенном влиянии медико-биологических факторов на возникновение и развитие аллергических заболеваний. Так, по данным ряда авторов, возникновение алергозов в 20-22% случаев связано с влиянием наследственной предрасположенности (А. Адо, 1975; А.К. Брашквесцкий, 1975; D. Amoto, 1976, Р.М. Хайтов, Н.И. Ильина, 2009). Г.Б. Федосеев (1975) обнаружил, что среди больных, страдающих алергозами в 32,8% случаев выявлены аллергические заболевания у близких родственников. По мнению А.Д. Адо (1978) 50% больных аллергическими заболеваниями имеют в ряде поколений родственников, страдающих аллергической патологией.

В настоящее время общепризнано влияние патологических изменений в организме на аллергическую заболеваемость (А.Д. Адо, 1976; Р.Х. Бурнашева, 1976; Н.И. Кольцова, 1982; А.В. Богова, 1984, Н.И. Вишнякова, 1984, 1990, А.А. Ярилин, 2010 и др.). Так, по данным Н.И. Вишнякова (1984), 37% больных в возрасте от 15 лет и старше переболели в детстве алергозами, 53,9% страдают сопутствующей патологией. Этот же автор отмечает, что лица, страдающие аллергическими болезнями, в 79,8% случаев в прошлом неоднократно болели острыми респираторно- вирусными заболеваниями, болезнями желудочно-кишечного тракта. У лиц, страдающих аллергическими заболеваниями, в 37% случаев выявлено, что они в анамнезе перенесли различные заболевания желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

В последние годы наблюдается значительный прогресс в изучении механизмов развития алергопатологии. Благодаря достижению в области клеточной, молекулярной и генетической иммунологии и алергологии раскрыт иммунопатогенез многих аллергических болезней, в частности атопической природы (Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, Р.Я. Мешкова, 2011).

Вместе с тем, следует сказать, что имеющиеся данные в литературе в основном посвящены выяснению наличия в анамнезе тех или иных медико-биологических факторов, попытка найти взаимосвязи с этими факторами возникновения аллергической заболеваемости. Однако, сила влияния на развитие аллергической заболеваемости до настоящего времени не изучены. На наш взгляд, такие данные необходимо для определения приоритетности факторов риска,

а также для разработки мероприятий по комплексной профилактике аллергических заболеваний.

Изучение показало, что среди жителей г. Казани аллергические заболевания в детском возрасте перенесли 5,7% обследованных, перенесенные острые вирусные инфекции, грипп и др. встречаются у 61%, хронические заболевания органов дыхания регистрируется в 5% случаев, заболевания органов пищеварения выявлены у 7% обследованных взрослых. Наличие аллергических заболеваний у близких родственников отмечается у 8,9%, симптомов аллергических заболеваний у 36% обследованных больных.

Таблица 1

Сила влияния медико-биологических факторов на возникновение аллергической заболеваемости у взрослых

Ранговое	Неблагоприятные медико-биологические факторы	Однофакторный комплекс Степень влияния (η2 = %, P)
1	Перенесенные ранее аллергические заболевания	η2 = 23,4%, P < 0,001
2	Заболевания органов пищеварения	η2 = 6,0%, P < 0,01
3	Наличие аллергических заболеваний у родственников	η2 = 4,9%, P < 0,05
4	ОРВИ, грипп	η2 = 3,9%, P < 0,05
5	Заболевания органов дыхания	η2 = 3,7%, P < 0,05
6	Пол	η2 = 2,6%, P < 0,05

В целях изучения силы влияния этих неблагоприятных факторов на развитие аллергической заболеваемости у взрослых нами составлены семь однофакторных и семь двухфакторных комплексов.

Как видно из табл. 1 наиболее сильное влияние среди неблагоприятных медико-биологических факторов, на развитие аллергической заболеваемости оказывают перенесенные аллергические заболевания – η2 = 23,4% (P < 0,01), второе место в иерархии влияния, среди приведенных нами факторов, занимает фактор заболевания органов пищеварения – η2 = 6,0%, (P < 0,01). Третье место занимает фактор наличия аллергических заболеваний у родственников η2 = 4,9%, (P < 0,05). Затем идут влияния факторов: ОРВИ, грипп – η2 = 3,9%, (P < 0,05), заболевания органов дыхания – η2 = 3,7%, (P < 0,05). Среди указанных медико-биологических факторов пол не оказывал существенного влияния – η2 = 2,6%, (P < 0,05).

Для изучения силы и иерархии влияния медико-биологических факторов на развитие аллергической заболеваемости в зависимости от возраста были составлены 7 двухфакторных дисперсионных комплексов, данные о которых приведены в табл. 2.

Проведенный двухфакторный дисперсионный анализ выявил, что перенесенные ранее аллергические заболевания оказывают существенное влияние на развитие аллергической заболеваемости во всех возрастных группах. Доля влияния этих факторов колеблется от 12,2 до 50,6% (P < 0,001).

Влияние на возникновение аллергической заболеваемости заболеваний органов пищеварения проявляется во всех возрастных группах (P < 0,001) кроме возраста 50-59 лет (P > 0,05).

Фактор наличия аллергических заболеваний у родственников проявился с 15 летнего возраста до 59 лет (P < 0,05), лишь в возрасте старше 60 лет этот фактор не оказывал существенного влияния (η2 = 2,7%, P < 0,05).