

этом на ранних сроках беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что может привести к плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. В связи с этим АГ повышает риск возникновения преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гестоза с характерными осложнениями для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова, Е. И. Артериальная гипертензия у беременных / Е. И. Баранова. — М.: Медицина. — 2006. — № 12(1). — С. 7–15.
2. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению / А. Л. Верткин [и др.] // РКЖ. — 2003. — № 6. — С. 59–65.
3. Давидович, И. М. Артериальная гипертензия и беременность: механизмы формирования, эффективность амлодипина / И. М. Давидович, И. А. Блощинская, Т. А. Петричко // РМЖ. — 2003. — № 4. — С. 197–200.
4. Оксид азота: роль в развитии осложненной беременности и их профилактике у женщин с гипертонической болезнью и хроническим нефритом / О. В. Зозуля [и др.] // Тер. арх. — 1997. — № 6. — С. 17–20.

УДК: 616.24 – 002.1 – 053.37

ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Чернобровкин А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пневмония — одно из наиболее распространенных, а зачастую и тяжело диагностируемых заболеваний у детей раннего возраста.

Высокая частота встречаемости острой пневмонии у детей раннего возраста объясняется иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка, широким диапазоном возбудителей заболевания, социально-экономическим и экологическим неблагополучием в регионе.

Цель исследования

Изучение особенностей течения острой внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, проживающих в городе Гомеле и Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы 50 историй болезни детей раннего возраста, находившихся в инфекционном отделении № 1 УЗ «ГОДКБ» с диагнозом острая пневмония в период с января по ноябрь 2011 г.

Результаты исследования

Согласно медицинской документации наиболее часто с острой внебольничной пневмонией госпитализируются дети в возрасте 2–3 лет. В этом возрасте было госпитализировано 23 (46 %) пациента, в возрасте от 1 до 2 лет — 15 (30%) детей, до 1 года — 12 (24 %). Во все возрастные периоды болеют примерно одинаково мальчики (26) и девочки (24), 52 и 48 % соответственно. Из числа поступивших в стационар 34 (68 %) пациента — жители города, 16 (32 %) — жители села.

В большинстве случаев (68 %) больные дети поступают в стационар по направлению участкового педиатра в связи с отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения, из них симптоматическое лечение амбулаторно получало 19 (38 %) пациентов, антибактериальную терапию — 15 (30 %). Экстренно каретой скорой помощи было доставлено 16 (32 %) детей, амбулаторное лечение которым не проводилось.

Причиной госпитализации в стационар, наряду с отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения, явилась степень тяжести общего состояния. 27 (54 %) детей госпитализированы в тяжелом состоянии, 23 (46 %) ребенка — в состоянии средней степени тяжести (таблица 1).

Таблица 1 — Зависимость степени тяжести общего состояния от возраста

Возраст	Дети первого года жизни		От 1 до 2 лет		От 2 до 3 лет	
Степень тяжести	тяжелое состояние	средней степени тяжести	тяжелое состояние	Средней степени тяжести	тяжелое состояние	средней степени тяжести
		8 (16 %)	4 (8 %)	11 (22 %)	4 (8 %)	8 (16 %)

Характер вскармливания детей на первом году жизни имеет большое значение для здоровья детей и взрослых. Нами была проанализирована зависимость степени тяжести общего состояния госпитализированных детей от длительности естественного вскармливания на первом году жизни (таблица 2).

Таблица 2 — Зависимость степени тяжести общего состояния от длительности естественного вскармливания

Возраст	От 0–1 месяца		От 0 до 3 месяцев		От 0 до 6 месяцев		Более 6 месяцев	
Степень тяжести	тяжелое состояние	средней степени тяжести						
		5 (10 %)	3 (6 %)	2(4 %)	4 (8 %)	4 (8 %)	5 (10 %)	5 (10 %)

Из таблицы 2 видно, что чем длительнее сохранялось грудное вскармливание, тем легче протекала пневмония.

При поступлении в стационар основными жалобами родителей больных детей были: повышение температуры тела — у 45 (70 %) пациентов, кашель — у 42 (84 %) пациентов, насморк — у 19 (38 %) пациентов. Субфебрильная температура отмечалась у 18 (36 %) пациентов, фебрильная — у 17 (34 %), у 15 (30 %) пациентов температура оставалась на нормальных цифрах. У 39 (78 %) детей отмечался продуктивный кашель и лишь у 3 (6 %) — сухой. У 14 (28 %) детей острая пневмония протекала с одышкой, из них в половине случаев (14 %) одышка носила экспираторный характер и в 14 % случаев — смешанный.

Оценивая объективный статус поражения легких, выявлено, что у детей раннего возраста острая пневмония протекает с малохарактерной локальной симптоматикой: приглушение перкуторного звука отмечалось только у 3 (6 %) детей, у 7 (14 %) детей — корочный звук (дети с обструктивным синдромом), у 43 (30 %) больных — легочный звук.

Аускультативная картина легких характеризовалась большим разнообразием (таблица 3).

Таблица 3 — Данные аускультации легких детей раннего возраста с острой пневмонией

		Хрипы		
проводные	сухие	влажные		
		крупнопузырчатые	среднепузырчатые	мелкопузырчатые
6 (12 %)	14 (28 %)	2 (4 %)	10 (20 %)	22 (44 %)

Согласно проанализированной медицинской документации у детей раннего возраста наиболее часто встречается очаговая пневмония — в 70 % случаев, в том числе очагово-сливная (32 %), сегментарная пневмония диагностирована у 11 (22 %) детей, интерстициальная — у 4 (8 %). Правосторонняя — в 48 % случаев (у 24 пациентов), двусторонняя — в 36 % случаев (у 18 детей), левосторонняя — в 16 % (у 8 детей).

Показатели общего анализа крови характеризовались: нейтрофильным лейкоцитозом (34 пациента, 68 %), палочкоядерным сдвигом (23 пациента, 46 %), лимфоцитозом (7 пациентов, 14 %), повышением СОЭ более 15 мм/час (34 пациента, 68 %, из них у 13 (26 %) детей — более 30 мм/час). У 10 пациентов (10 %) отмечалась анемия легкой степени тяжести.

Выводы

1. Острая пневмония у детей раннего возраста встречается во все возрастные периоды с преобладанием на третьем году жизни, очаговая по форме с преимущественной локализацией в правом легком.

2. Дети чаще госпитализируются в тяжелом состоянии по направлению участкового педиатра в связи с неэффективностью амбулаторного лечения.

3. Клиническая картина характеризуется выраженностью общеинтоксикационного синдрома и разнообразием локальной симптоматики, воспалительными изменениями общего анализа крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник педиатра / Под ред. М. Я. Студеникина. — М.: Издатель Пресс, Полиформ-3, 1997. — 400с.
2. Студеникин, М. Я. Экология и здоровье детей / Под ред. М. Я. Студеникина, А. А. Ефимовой. — М.: Медицина, 1998. — 384 с.
3. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2001. — 268 с.

УДК 575.174.015.3:61:575

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА БЕЛКА P53 В КУРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Чияла Р., Климова Е. А., Кохтенко Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. В. Трубникова

Учреждение образования

«Курский государственный медицинский университет»

г. Курск, Российская Федерация

Введение

Белок p53 — это транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл. Он в не мутированном состоянии выполняет функцию супрессора образования злокачественных опухолей. Мутации гена Trp53 обнаруживаются в клетках около 50 % раковых опухолей, поэтому ген принято считать протоонкогеном, «стражем генома». Продукт гена p53 — белок p53 является фактором, который запускает транскрипцию группы генов и который активируется при накоплении повреждений ДНК. Результатом активации p53 является остановка клеточного цикла и репликации ДНК, а при сильном стрессовом сигнале запуск апоптоза. В этой связи проблема поиска ассоциаций полиморфизмов в данном гене с развитием различных заболеваний является значимой и актуальной на сегодняшний день.

Цель исследования

Анализ распространенности полиморфизма гена белка p53 в Курской популяции при различных мультифакториальных заболеваниях.

Материалы и методы исследования

Выделение геномной ДНК осуществляли из замороженной (-20°C) венозной крови стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование проводили методом ПЦР ПДРФ (анализ длин рестрикционных фрагментов). Для оценки соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга (РВХ) и для сравнения распределений генотипов и частот аллелей в выборках больных и здоровых лиц использовали критерий χ^2 Пирсона. Ожидаемую гетерозиготность рассчитывали по Nei.

Результаты исследования

По данным научной литературы, частота встречаемости мутантного аллеля гена 72P в европейской популяции составляет 0,391. Для общей популяции Курской области