

# **ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

**периодический научно-практический медицинский журнал**

---

2009, Том 1, № 1

---

Журнал основан  
в 2009 году

Учредитель –  
Национальный центр  
охраны материнства и  
детства при Министерстве  
здравоохранения  
Кыргызской Республики

Журнал зарегистрирован  
Министерством юстиции  
Кыргызской Республики.  
Регистрационный номер  
1519

Адрес редакции: 720038,  
Кыргызская Республика,  
г. Бишкек,  
ул. Ахунбаева 190.

## **Главный редактор**

К.А. Узакбаев – доктор медицинских наук

## **Заместители главного редактора**

Г.М. Саатова – доктор медицинских наук, профессор

Ш.А. Сулайманов – доктор медицинских наук

А.Б. Фуртикова – кандидат медицинских наук, с.н.с.

## **Редакционная коллегия**

Д.К. Кудаяров – доктор медицинских наук, профессор,  
академик НАН КР

Т.С. Буйлашев – доктор медицинских наук, профессор

Л.Д. Рыбалкина – доктор медицинских наук, профессор

М.С. Мусуралиев – доктор медицинских наук, профессор

Б.Т. Тулебеков – доктор медицинских наук, профессор

И.М. Юлдашев – доктор медицинских наук

К.А. Адамалиев – доктор медицинских наук, профессор

С.Дж. Боконбаева – доктор медицинских наук, профессор

Н.Р. Керимова – доктор медицинских наук, профессор

Т.О. Омурбеков – доктор медицинских наук

Р.М. Кадырова – доктор медицинских наук, профессор

А.А. Кангельдиева – доктор медицинских наук, с.н.с.

Т.Т. Мамырбаева – доктор медицинских наук, доцент

И.Б. Медведева – кандидат медицинских наук

## **Ответственный секретарь**

А.С. Эшалиева – кандидат медицинских наук

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>	<b>CONTENTS</b>
Приветственное слово министра здравоохранения Кыргызской Республики Мамбетова М.А.	Salutation of the Minister of Healthcare of Kyrgyz Republic Mambetov M. A.
Приветственное слово директора НЦОМиД Узакбаева К.А.	Salutation of the Head of National Center of Maternity and Childhood Welfare Uzakbaev K.A.
<b><i>Передовые статьи</i></b>	<b><i>Editorials articles</i></b>
Здоровье – начало жизни <i>Кудаяров Д.К.</i>	Health is the spring of life <i>Kudayarov D.K.</i>
Основные направления научных исследований по акушерству и гинекологии Национального центра охраны материнства и детства <i>Рыбалкина Л.Д.</i>	The basic directions of scientific researches on obstetrics and gynaecology of the National Center of Maternity and Childhood Welfare <i>Rybalkina L.D.</i>
<b><i>Акушерство и гинекология</i></b>	<b><i>Obstetrics and gynaecology</i></b>
Репродуктивная система человека в условиях экологического неблагополучия <i>Рыбалкина Л.Д., МаксUTOва Э.М., Омошова О.Ж.</i>	Reproductive system of the person in conditions of ecological trouble <i>Rybalkina L.D., Maksutova I.M., Omoshova O.J.</i>
Оценка состояния неотложной акушерской помощи в Кыргызской Республике, как фактора снижения материнской смертности <i>Ишеналиева Ч.А.</i>	Estimation of urgent obstetric help in Kyrgyz Republic, as a factor of decrease maternal death rate <i>Ishenalieva Ch.A.</i>
Социально-психологические аспекты беременности у подростков <i>Медведева И.Б.</i>	Social and psychological aspects of pregnancy in adolescents <i>Medvedeva I.B.</i>
Современные взгляды на ведение беременности и родов у женщин с лейомиомой матки <i>Агайдаров Р.Д.</i>	Modern consideration on woman pregnancy and deliveries with leiomyoma <i>Agaidarov R.D.</i>
<b><i>Педиатрия</i></b>	<b><i>Paediatrics</i></b>
Реализация прав детей Кыргызстана на охрану здоровья на примере выполнения Государственной программы «Новое поколение» (Обзор данных) <i>Буйлашев Т.С., Соколинская С.Г.</i>	Realization of the rights of children of Kyrgyzstan on health protection on an example of performance of the State program “New generation” (the Review of data) <i>Bujlashev T., Sokolinskaja S.</i>
Итоги и перспективы научных исследований по проблеме бронхолегочной патологии у детей в Кыргызской Республике <i>Кабаева Д.Д., Фуртикова А.Б.</i>	Results and perspectives of scientific research of bronchopulmonary pathology among children of the Kyrgyz Republic <i>Kabaeva D.D., Furtikova A.B.</i>

*Нарицына Л.М., Ахмедова Х.Р.,  
Сватковская О.В., Шайдерова И.Г.,  
Омуралиева Т.У., Михайлова В.В.*

Реабилитация детей больных бронхиальной  
астмой  
*Ашералиев М.Е.*

Концепция ранней первичной профилак-  
тики сердечно-сосудистых заболеваний в  
Кыргызстане  
*Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.*

Ревматическая лихорадка в Кыргызстане:  
распространенность, последствия, страте-  
гия контроля  
*Саатова Г.М., Накажима Т., Омурзакова  
Н.*

Геморрагический васкулит у детей  
*Кучербаев А.А.*

Подходы к профилактике алиментарно-  
зависимых заболеваний у детей раннего  
возраста в Кыргызской Республике  
*Мамырбаева Т.Т., Анарбаева А.А.*

Фактическое питание детей и подростков в  
различных регионах Кыргызской Респуб-  
лики  
*Саржанова К.С.*

Внутисердечная кардиодинамика у детей с  
острой и рецидивирующей патологией лег-  
ких, осложненной бронхообструктивным  
синдромом  
*Шайдерова И.Г.*

### ***Детская хирургия***

Эхинококкозы головного мозга у детей  
*Оморев Т. М.*

*Naritsyna L.M., Ahmedova H.R.,  
Svatkovskaya O.V., Shaiderova I.G.,  
Omuralieva T.U., Mihailova V.V.*

The rehabilitation of children with bronchial  
asthma  
*Asheraliev M.E.*

The concept of early primary preventive  
maintenance of cardiovascular diseases in  
Kyrgyzstan  
*Saatova G.M., Furtikova A.B.*

Rheumatic fever in Kyrgyzstan: prevalence,  
consequences, strategy of control  
*Saatova G.M., Nakajima T., Omurzakova N.*

Hemorrhagic vasculitis in children  
*Kucherbaev A.A.*

Approaches to prevention of alimentary de-  
pendent diseases of small children in the  
Kyrgyz Republic  
*Mamyrbaeva T.T., Anarbaeva A.A.*

Practical nutrition of children and teenagers  
in different regions of the Kyrgyz Republic  
*Sarjanova K.S.*

Intracardiac hemodynamics at children with  
acute and relapsing pathology of the lungs  
complicated by the bronchoobstructive  
synrome  
*Shaiderova I.G.*

### ***Paediatric surgery***

Cerebral ehinococcosis in children  
*Omorov T.M.*

***Уважаемые коллеги!***

*Охрана материнства и детства – является одной из приоритетных задач здравоохранения не только в Кыргызской Республике, но и во всем мире.*

*Состояние здоровья матери и ребенка, уровень оказания им медицинской помощи, показатели материнской и младенческой смертности являются основными индикаторами социально-экономического благополучия страны.*

*Важным направлением стратегии улучшения качества оказания медицинской помощи матерям и детям должно быть повышение профессионального уровня врачей акушеров-гинекологов, педиатров, детских хирургов.*

*В этой связи решение о создании специализированного научно-практического медицинского журнала «Здоровье матери и ребенка» является актуальным и своевременным.*

*Символично, что журнал «Здоровье матери и ребенка» будет выпускаться Национальным центром охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, являющимся ведущим лечебным учреждением третичного уровня и обладающим большим опытом и потенциалом организации здравоохранения, научных исследований и практических наработок в области охраны здоровья матери и ребенка.*

*Надеемся, что в журнале будут публиковаться научные и практические статьи на актуальные проблемы охраны материнства и детства. Журнал должен стать интересным изданием для широкого круга читателей и полезным для практического здравоохранения.*

*Желаю творческого успеха журналу «Здоровье матери и ребенка».*

***Министр здравоохранения  
Кыргызской Республики***

***Мамбетов М.А.***

**Дорогие коллеги!**

Мы рады представить Вам первый номер научно-практического медицинского журнала «Здоровье матери и ребенка». Учредителем журнала является Национальный центр охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Особенно необходимо отметить, что наше медицинское общество впервые получит журнал, на страницах которого будут публиковаться актуальные проблемы акушерства-гинекологии, педиатрии и детской хирургии, адаптированные для нашей страны.

Основной целью издания журнала является стремление к улучшению качества оказания медицинской помощи матерям и детям совместными усилиями медицинских работников и общественных организаций Республики, доведение информации до наших коллег и читателей о современных подходах в ведении больных детей и беременных женщин, журнал поможет активному внедрению передовых методов диагностики и лечения, повышению квалификации и уровня профессиональных знаний медицинского персонала.

Журнал ориентирован как на научных работников, так и на практических врачей, а также для всех, кого интересуют проблемы охраны здоровья матери и ребенка. В журнал предполагается включить рубрики по разделам: «Обзор литературы», «Оригинальные статьи», «В помощь практическому врачу», «Клинические наблюдения» и др.

Журнал «Здоровье матери и ребенка» будет издаваться регулярно. Мы надеемся, что наш журнал будет востребованным у широкого круга врачей и научных работников в Республике и за ее пределами. Мы также надеемся, что наше общение будет двухсторонним.

Вместе с Вами, в том числе и с помощью журнала «Здоровье матери и ребенка», мы будем стремиться улучшить качество оказания медицинской помощи матерям и детям нашей республики.

**С уважением,**

**главный редактор журнала «Здоровье матери и ребенка»,**

**директор Национального центра охраны материнства и детства**

**при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики,**

**доктор медицинских наук**

**Узакбаев К.А.**

## **ЗДОРОВЬЕ – НАЧАЛО ЖИЗНИ**

**Кудаяров Д.К.**

## **HEALTH IS THE SPRING OF LIFE**

**Kudayarov D.K.**

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В настоящей статье приведены материалы по младенческой заболеваемости и смертности в Кыргызской Республике, структура причин младенческой смертности. Показатель младенческой смертности за 2008 год вырос на 31,2% и составил 27,3 на тысячу живорожденных, что требует проведения определенных организационных работ в системе здравоохранения. Ежегодный рост врожденных пороков развития среди детей вызывает необходимость разработки единой государственной программы по снижению рождения детей с пороками развития.

**Ключевые слова:** младенческая смертность, врожденные пороки развития.

**Resume.** Materials on child sickness rate and mortality in the Kyrgyz Republic as well as structure of infant mortality reasons are given in the present article. Over the period of 2008 the rate of infant mortality made up 27,3% per a hundred live-born, i.e. it have risen to 31,2%. It demands to carry out certain organizational works in the system of health care. Annual percentage of birth defects among children generates a need for the development of single government program on reduction of disabled children birth from childhood.

**Key words:** child mortality, birth defects.

В Декларации Всемирного Форума в защиту детей (1990 г.) записано: «Нет ни одной проблемы, заслуживающей большей степени приоритета, чем защита и обеспечение развития детей. От них зависит выживание, стабильность и прогресс всех народов, а в конечном итоге – и человеческой цивилизации в целом».

«Пока не будет должной заботы о детях, не разрешится ни одна из насущных проблем, над которыми уже давно бьется человечество» - отмечает Детский Фонд ООН.

Индикатором благополучия страны является именно уровень младенческой и материнской смертности, потери общества вследствие младенческой смертности в мире превышают потери от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний вместе взятых.

Материнство и детство – единый биологический процесс, взаимообусловленный и взаимосвязанный между собой, в котором рост и развитие, течение многих заболеваний детей исходят от состояния здоровья матери. Поэтому девиз «Здоровая мать – здоровый ребенок – здоровая нация» вполне правомочен.

Уровень здоровья матерей и детей в Кыргызской Республике значительно отстают от таковых в развитых странах, поэтому акушерские и педиатрические проблемы в обозримом будущем останутся, безусловно, актуальными и наиболее приоритетными. На сегодня в Кыргызстане более 52% населения являются женщины и дети. Дети до 16 летнего возраста составляют 39%, а до 18 лет – 45% населения.

Несмотря на то, что рождаемость в республике имеет тенденцию к снижению (29, 3 на 1000 населения в 1990 г., 21,4 в

2005 г. с последующей стабилизацией в пределах 23,2 в 2006; 24, 1 в 2008 годы), младенческая и материнская смертность за последние 5-6 лет значительно выросла (младенческая смертность с 20, 8 в 2003 г. до 29, 0 в 2005 г.; 30, 6 в 2007 и 27, 8 в 2008 году; материнская смертность с 53, 1 в 2003 г. до 61, 0 в 2005 г.; 62, 0 в 2007 г. и 58, 9 в 2008 году).

Заболеваемость детей за последние годы имеет явную тенденцию к росту, что особенно заметно в группе новорожденных детей. Сравнительно с 2000 годом отмечается рост внутриутробной асфиксии и гипоксии на 22%, инфекций перинатального периода на 19,1%, внутриутробных родовых травм на 13,1%. Показатель младенческой смертности в 2008 году в республике по сравнению с 2003 годом вырос на 31,2%. Рост младенческой смертности связывают с введением критериев живо- и мертворождаемости ВОЗ. Однако эти критерии составляет всего лишь 10-14% от общей младенческой смертности. Тем не менее, экспертная оценка смертности свидетельствует о том, что в 70,3% случаях смерть полновесных детей была предотвратима, в 22, 2% - условно предотвратима и только лишь в 3,7% - не предотвратима [1].

В структуре причин материнской смертности доминируют акушерские кровотечения, тяжелые, осложненные формы гестозов, гнойно-септические заболевания, а в структуре младенческой смертности первое место занимает перинатальная патология, болезни органов дыхания и врожденные аномалия развития, что связано с экономическим спадом, кризисом и разрушением некоторых структур здравоохранения в результате проводимых реформ.

При таком положении дел ликвидация НИИ акушерства и педиатрии в течение 4-х лет, как единого центра выполнявшего координирующую и организационно-методическую роль в течение более 45 лет дало свое отрицательное последствие.

Ослабление организации медицинской службы в первичных звеньях здравоохранения, тотальная ликвидация ФАПов и участковых больниц в отдаленных районах

республики, сокращение детских стационарных коек (обеспеченность детскими койками на 100 000 населения в Российской Федерации – 55,7, в Казахстане – 126,0, а в Кыргызстане составляет всего лишь – 35,6), ликвидация облздравотделов, главных специалистов по материнству и детству, педиатрических должностей в центрах семейной медицины дало рост заболеваемости и смертности детей и матерей. Только за 2005 год по сравнению с 2004 годом выросла младенческая смертность на 14,5%, перинатальная смертность - на 12,2%, мертворождаемость - на 6, 8%, ранняя неонатальная смертность - на 16,9%.

Увеличилось число родов на дому, не повышается процент детей находящихся на исключительно грудном вскармливании, возросла рождаемость детей с врожденными патологиями. В Кыргызстане ежегодно рождается от 2,8% до 4,1% детей с врожденными заболеваниями, что составляет от 28 до 41 на каждую тысячу новорожденных. Таким образом, ежегодно появляется на свет 1000 – 1500 детей с врожденными и наследственными патологиями, 90-95% из них составляют инвалиды с детства, требующие пожизненную финансовую поддержку от государства. Больные с наследственной и врожденной патологией занимают около 30%. На лечение и выхаживание этого контингента больных государство вынуждено расходовать огромные средства, что имеет негативное социально-экономическое значение. Это вызывает необходимость разработки единой государственной программы акушер-гинекологов и педиатров по снижению частоты рождения детей инвалидов с детства.

Хронические формы заболеваний являются с большой частотой уже в дошкольном возрасте, а к окончанию школы признаки хронических болезней имеют не менее 40% подростков (если же учесть наличие функциональных изменений в состоянии их здоровья, то этот процент будет в 1, 5 – 2 раза выше). В настоящее время относительно здоровыми считаются всего лишь 12% женщин детородного возраста и 10% школьников старших классов.

Всемирная организация здравоохранения отмечает, что средняя продолжительность жизни современного человека должна составлять около 120 лет. Но, к сожалению, сегодня данный показатель составляет всего лишь до 70 лет, на целых 50 лет короче. Эксперты ВОЗ установили, что лишь на 12-15% состояние здоровья человека зависит от организации медицинской помощи, столько же приходится на его генетические особенности, а 70% определяется образом жизни.

Как же сберечь свое здоровье? Что имеется в виду под здоровым образом жизни? Это рациональное питание, крепкий сон, занятия спортом, а также состояние окружающей среды. Здоровый человек должен всегда находиться в движении. Такова непреложная истина, которая доказана и восточной и западной медициной за долгие тысячелетия их существования. А для движения, как мы знаем, требуется огромное количество энергии, восполнить которое может только правильное и рациональное питание, в составе которого обязательно должны быть витамины и микронутриенты.

Известно, что дефицит железа вызывает развитие анемии, дефицит йода – задержку умственного развития до кретинизма, дефицит витаминов (витамина «А» и фолиевой кислоты) вызывают множество врожденных пороков развития (ксерофтальмия, спинномозговая грыжа и др.).

Сегодня анемией страдают 51,9% женщин детородного возраста и 80% беременных женщин, 83% детей раннего возраста. Дефицитом йода страдают до 70% детей и женщин детородного возраста. Недостаток витамин «А» имеется у 32,9% детей.

Дефицит белка выявлен у детей – жителей городов и сел от 31,7% до 42,3% случаев. Дефицит энергии у детей городов и сел раннего возраста - 17,5 и 18,3% соответственно, у дошкольников - 12,2 – 12,7%, у школьников - 16,1 – 16,3%. Задержка в физическом развитии у 15,5% детей до 7 лет, у 16-22% детей - 8-13 лет.

В сельской местности более 60% семей не в состоянии удовлетворить минимальную физиологическую потребность детей в основных продуктах питания, в то время как детский организм моментально реагирует на нарушения питания. Многие дети начинают недоедать уже с рождения, так как неполноценное питание беременных и кормящих матерей способствуют снижению процента грудного вскармливания в республике.

Недоедание является фактором риска развития у детей рахита, анемии, хронических расстройств питания, желудочно-кишечных и инфекционных заболеваний. Заметное отставание в физическом развитии детей раннего возраста проживающих в сельской местности, объясняется патологией внутриутробного развития и родов, высокой частотой фоновых и инфекционных заболеваний.

В стране отсутствует промышленное производство детских молочных и лечебных смесей, централизованная поставка прекращена с 1991г., ликвидированы хорошо работавшие в республике три цеха детского питания, обеспечивавшие молочными продуктами детей раннего и дошкольного возраста, беременных женщин. На содержание молочных кухонь ежегодно государством выделялось 20 млн. сомов в виде дотации. В настоящее время поставками детского питания занимаются коммерческие структуры без учета потребностей в ассортименте, гарантии безопасности продуктов, с нарушением правил их транспортировки, хранения и сбыта.

В НЦОМид работает отдел детского питания, где разработан ряд продуктов лечебного и диетического питания, пищевые добавки и биопрепараты. Разработаны и выпускаются 4 вида биолакта, которые были удостоены Государственной премии Кыргызской Республики, широко внедрялись в Кыргызстане и выпускались в производственном виде в 15 странах бывшего Союза. Однако, развал Союза и сокращение финансового и материально-технического обеспечения отрицательно повлияли на широкое внедрение этого продукта.



Что касается детей школьного возраста, то отмечается значительный рост болезней желудочно-кишечного тракта. Соматически здоровых детей в школах при врачебных осмотрах регистрируется всего лишь 10%.

Наши обследования показали, что у детей школьников до 14 лет искривление позвоночника встречается 1,9% случаев, нарушение осанки в 5,4%, дефекты речи - 1,0%, слуха - 0,7%, понижение зрения - 1,6%, задержка роста у 1,4%. Более 6 тысяч детей являются инвалидами по разным причинам.

Такое положение дел отрицательно сказывается не только на гармоничном физическом, но и на нервно-психическом и интеллектуальном развитии детей, что является уже реальной угрозой для сохранения генофонда нации.

Особенно опасно для растущего организма экологическое неблагополучие. По данным ВОЗ в экономически слабо развитых странах 80% всех заболеваний детей обусловлено экологическими факторами. На территориях с наиболее загрязненной воздушной средой г. Бишкек по сравнению с чистыми зонами симптомы бронхиальной астмы выше в 2, 9 раза среди школьников 13-14 лет и в 3 раза среди детей 6-7 лет. Заболеваемость атопическим дерматитом в Кыргызстане составляет от 56,6% до 86, 1%, которая в ближайшие 10 лет может увеличиться в два раза.

Факторами риска для здоровья школьников стали перегрузки из-за увеличения объема и сложности учебных программ, особенно в школах привилегированного типа (гимназии, лицеи), куда дети поступают на конкурсной основе и зачастую без медицинского осмотра, хотя именно в таких заведениях существенно повышена интенсивность учебного процесса, нередко используются новые программы без учета гигиенических требований. Школьные уроки в таких профильных учебных учреждениях зачастую становятся «уроками выживания», особенно для наиболее уязвимых учащихся младших классов. Значительные перегрузки не про-

ходят бесследно и приводят к выраженному утомлению, невротоподобным реакциям, неблагоприятным колебаниям артериального давления, к недосыпанию, ограничению двигательной активности, что очень необходимо для развития детей.

Серьезной проблемой стал сегодня повсеместный рост инфекционных и паразитарных инфекций, дающих множество отрицательных последствий здоровью населения. Рост зараженности глистными инвазиями в некоторых регионах юга страны доходит до 60%.

Среди социально обусловленной патологии немалую роль играет вовлечение подростков в сферу вынужденной трудовой занятости, нередко принимающей формы «скрытой эксплуатации» несовершеннолетних. Увеличивается социальное сиротство, беспризорность детей, что создает постоянно тлеющий очаг инфекции с угрозой заболеваемости туберкулезом, педикулезом, чесоткой, венерическими заболеваниями. В республике только по официальным данным более 1500 детей – сирот и, наверное, не меньше таковых при живых родителях.

Непоправимый урон здоровью детей наносит распространение форм сексуального поведения, вредных опасных привычек – табакокурение, алкоголизм, наркомания, на фоне которых растет детская преступность и проституция.

Значительное увеличение контингента подростков с отклонениями здоровья стало причиной непригодности многих молодых людей к службе в армии, к активному труду. Опасные привычки, асоциальное поведение подростков становятся предметом серьезной озабоченности не только медиков, педагогов, психологов и родителей, но и должно быть озабоченностью государства.

В настоящее время в республике полным ходом продолжается реформа системы здравоохранения, созданы «семейные врачи», где работают врачи общей практики. Эти преобразования осуществляются за счет разрушения существующей педиатри-

ческой службы, неоправданно считая педиатрию частью терапии.

В действительности, педиатрия – это не только вся медицина, смещенная в детский возраст, а самостоятельная отрасль медицинской науки и практики, включающая такие разделы, которых нет и в помине в медицине взрослых. К ним относятся физиология и патология роста, физического и интеллектуального развития, становление нервной и репродуктивной системы.

Педиатрам известно, что клиническая картина большинства заболеваний детей существенно отличается от таковой у взрослых. Существует понятие «преморбидное состояние», стоящее на грани между здоровьем и болезнью.

Одной из актуальных проблем педиатрической службы является проблема здорового ребенка. Принципы постоянного наблюдения за состоянием здоровья и развитием ребенка должен соблюдаться свято. Как правило, при этом учитывается «социально-бытовое окружение», о чем неоднократно напоминал корифей педиатрии М.С. Маслов.

Роль педиатра сводится к тому, чтобы предугадать и предупредить развитие патологического процесса, а это не под силу семейному врачу, не ведущему на практике как такового диспансерного учета. Решать

эти проблемы необходимо именно педиатрам.

В данном аспекте особую актуальность приобретает подготовка квалифицированных специалистов со знанием педиатрической службы.

Однако, в центрах семейной медицины ликвидирована должность врача педиатра, что отрицательно сказывается на службе здравоохранения. Специалисты терапевты и акушеры-гинекологи, работающие как семейные врачи зачастую не могут решать педиатрических проблем в связи с отсутствием специальной подготовки. Неоправданно сокращена подготовка педиатров в медицинской академии, что требует расширения педиатрического факультета с достаточным набором студентов. Представляется неоспоримым, что проблема охраны здоровья детей и матерей является приоритетной и мероприятия по ее улучшению должны осуществляться на государственном уровне. Так в Национальной программе «Манас Таалими» подчеркивается необходимость сохранения приоритета охраны материнства и детства.

Необходимо восстановить штаты педиатров в первичных звеньях здравоохранения, главных специалистов по материнству и детству в районах и городах, возвратить ликвидированные детские койки в процессе реформы здравоохранения.

#### **Литература**

1. Буйлашев Т.С., Кошмуратов А.Г., Карабаева Н.К., Насырова Н.М. Итоги и перспективы деятельности центра в области ме-

дицино-социальных проблем педиатрии // Материалы съезда педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики.- Бишкек, 2005.- С. 10-11.

УДК 618.2/7:618.1]-001.8

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО АКУШЕРСТВУ И  
ГИНЕКОЛОГИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТ-  
СТВА**

*Рыбалкина Л.Д.*

**THE BASIC DIRECTIONS OF SCIENTIFIC RESEARCHES ON OBSTETRICS AND GY-  
NECOLOGY OF THE NATIONAL CENTER MATERNITY AND CHILDHOOD WEL-  
FARE**

*Rybalkina L.D.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье представлены основные направления научных исследований НЦОхМиД за период 1963-2009 гг., их новизна и практическая значимость.

**Ключевые слова:** научные исследования, акушерство и гинекология.

**Resume.** In paper the basic directions of scientific researches of National Center of Maternity and childhood welfare for the period 1963-2009, their novelty and the practical importance are presented.

**Key words:** scientific researches, obstetrics and gynecology.

Постановлением ЦК КП Киргизии и Совета Министров Киргизской ССР в 1961 году при Министерстве здравоохранения был открыт научно-исследовательский институт охраны материнства и детства, ныне именуемый Национальным центром охраны материнства и детства (НЦОхМиД).

С самого начала его работы МЗ Киргизии была определена его роль как головного учреждения по проблемам акушерства-гинекологии и педиатрии.

Направления научно-исследовательской работы КНИИОхМиД во все времена в основном определялись нуждами здравоохранения республики.

Руководителями научных исследований с 1961 по 2009 гг. являлись: Лехтман М.Н., Лебедева И.М., Рыбалкина Л.Д., Чернова Н.Е., Асымбекова Г.У., Керимова Н.Р., Медведева И.Б.

В Киргизии в годы открытия КНИИОхМиД наблюдались высокие показатели материнской (1.08 на 1000 родов) и младенческой смертности, в структуре которой значительную долю составляли перинатальные причины.

Наиболее высокими показателями отличались отдаленные районы сельской местности.

В структуре материнской смертности ведущее значение имели акушерские кровотечения (48,5%), поздние токсикозы и септические послеродовые осложнения.

Ввиду вышеуказанного в тематику акушерского отдела были включены научные исследования организационного характера, как то: - изыскание и разработка новых (прогрессивных) организационных форм развития акушерско-гинекологической помощи населению, особенно в сельской местности и в зоне отгонного животноводства; - изучение причин распространенности акушерской и гинекологической патологии, причин материнской заболеваемости и смертности, факторов, влияющих на их уровень с целью определения методов прогнозирования их и предупреждения.

Исследования организационно-методического характера проводились с 1961 по 2004 гг. под руководством и при непосредственном участии Н.Е.Черновой [39, 40, 41].

В первую очередь определены потребности сельского населения в акушерской помощи [38, 39]. Разработаны и повсеместно внедрены системы организации сельского родовспоможения и первичной медико-санитарной помощи для диспансерного наблюдения беременных в условиях высокогорных отгонных пастбищ (колхозные роддома, фельдшерско-акушерские пункты) и определена их роль в приближении к сельскому населению стационарной помощи в родах.

Изучена эффективность оказания специализированной помощи женщинам сельской местности в зонах отгонного животноводства и в отдаленных горных районах отделениями санитарной авиации, выездными комплексными бригадами высококвалифицированных врачей.

В связи с высоким уровнем материнской смертности целевое назначение приобрело изучение её причин, на основе глубокого ретроспективного анализа первичной медицинской документации погибших женщин.

В результате проведенного анализа [41] были определены группы риска по материнской смертности: пожилые, часто и многоорожающие женщины с короткими интергенетическими интервалами, с осложненными предшествующими беременностями и родами, с наличием многоплодия, многоводия, перенашивания беременности и др.

При этом каждая вторая женщина погибала от акушерских кровотечений, зачастую вследствие запоздалого оказания медицинской помощи. Разработанное методическое письмо [40] по профилактике акушерских кровотечений в родах, повсеместно внедряемое путем проведения выездных семинаров для врачей, акушеров женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов позволило снизить долю погибающих матерей от кровотечений и перевести их на второе место по частоте в структуре материнской смертности.

Проведенными исследованиями также было установлено, что чаще всего женщины от кровотечений погибали на фоне раз-

вившегося ДВС-синдрома при поздних токсикозах беременности и при абдоминальном родоразрешении.

Плашкевич В.Е. [29] была проведена клиническая оценка особенностей системы гемостаза у женщин с тяжелым гестозом в динамике операции кесарева сечения. В результате проведенного исследования было выделено у женщин с «чистой» нефропатией 2 варианта ДВС-синдрома – хроническая компенсированная и подострая формы.

В группе женщин с сочетанными с экстрагенитальной патологией гестозов выявлена только тяжелая подострая форма ДВС-синдрома, отличающаяся более выраженной хронометрической и структурной гипокоагуляцией, более высоким (на 30%) уровнем ПДФФ на фоне значительного снижения резервных возможностей системы гемостаза.

Было установлено: в случаях тяжелой формы позднего гестоза уже вначале операции кесарева сечения можно выявить признаки реальной угрозы срыва компенсации гемостаза на основе оценки гемостазиологических признаков – удлинения показателя АЧТВ более 48 секунд, снижения активности ингибитора свертывания крови антитромбина III менее 50%, повышения концентрации продуктов распада фибрина и фибриногена – более  $60 \times 10^3$  г/л, прогрессирующей тромбоцитопении (число тромбоцитов менее  $10^5$ /мкл).

Выделение женщин с тяжелыми поздними токсикозами в группу риска по коагулопатическим кровотечениям, внедрение обязательного исследования у них состояния свертывающей системы крови перед родоразрешением и при выборе срока и метода родоразрешения, динамического контроля за системой гемостаза во время оперативного родоразрешения, организация бригады врачей в составе анестезиолога, акушера-гинеколога, лаборанта, оснащенной необходимыми средствами контроля и коррекции угрозы срыва гемостаза в 1992-1993 гг. позволили не допустить ни одного случая гибели матери от акушерских кровотечений по всей Чуйской области, явив-

шейся пилотным районом для внедрения разработанной методологии.

Второе место по частоте в структуре причин материнской смертности занимали поздние токсикозы беременности.

Проблемой поздних гестозов в акушерском отделе с 1970 года занимались М.П.Шаповал [43], Н.Р.Керимова [18, 17], Е.А.Кибец [21], М.И.Амян [1], Г.С.Биялиева [8].

М.П.Шаповал [43] выявлено, что поздний токсикоз беременных характеризуется своеобразной иммунологической перестройкой организма, сопровождающейся усиленным биосинтезом комплементсвязывающих и гемагглютинирующих антиплацентарных антител. Интенсивность и динамика этого процесса зависят от тяжести болезни, отражая наличие плацентарной гиперизосенсибилизации организма.

Состояние организма женщин, перенесших поздний токсикоз беременных, характеризует стойкая плацентарная гиперизосенсибилизация со сложным комплексом нарушений муколитической системы крови, принимающей участие в гомеостатической регуляции проницаемости гистогематических барьеров.

Работы [1, 8, 17, 18, 19, 20, 21] были направлены на изыскание методов прогнозирования, диагностики на доклиническом уровне и предупреждение тяжелых проявлений гестоза.

Н.Р.Керимовой [18], помимо общеизвестных методов диагностики доклинических проявлений ОПГ-гестоза была доказана целесообразность использования оценки структурно-функционального состояния клеточных мембран, таких как общие фосфолипиды, Ph, повышение фракции ЛФХ, снижение активности мембранных ферментов АТФ-азы, при одновременном повышении индекса ионной проницаемости и фосфолипазной активности.

С целью нормализации структурно-функциональных изменений и приостановления патологического процесса наряду с общеизвестной коррекцией доклинических проявлений ОПГ-гестоза было доказано положительное влияние внутривенного

введения антиоксиданта унитиола по 5 мг ежедневно в течение 5-7 дней. Было рекомендовано во всех женских консультациях организовать кабинеты доклинической диагностики ОПГ-гестоза.

Далее было проведено углубленное исследование феномена структурообразования в крови и определена этиопатогенетическая значимость изменений интрамембранного метаболизма эритроцитов для диагностики и терапии ОПГ-гестоза [18].

Была доказана более высокая реактивная лабильность кинетики структурообразования по сравнению с реактивной лабильностью интрамембранных трансформаций, что позволило автору рассматривать интрамембранные нарушения в качестве предикторов метаболической дестабилизации, а кинетику структурообразования – в качестве её маркера.

На основании проведенного исследования предложены для практического родовспоможения критерии определения степени тяжести ОПГ-гестоза на основании сочетания анализа его клинически манифестных признаков с дифференциально-диагностическими критериями структурообразования в крови по образцам сыворотки крови.

В результате исследований Амян М.И. [1] были разработаны критерии диагностики угрозы развития позднего гестоза у женщин с артериальной гипертензией и с хроническим пиелонефритом, а Кибец Е.А. [20] прогнозирование течения беременности и послеродового периода на основе оценки гемодинамического статуса у женщин с гестозом; определены варианты гемодинамических нарушений для выбора рациональной тактики, объективной оценки тяжести гестоза, контроля за эффективностью проводимой терапии, прогноза исхода беременности и родов, течения послеродового периода.

Биялиевой Г.С. [8] на основе оценки состояния мочевыделительной системы у женщин с преэклампсией разработан метод прогнозирования отдаленных результатов перенесенной преэклампсии с целью решения вопроса о возможности планирования и

вынашивания последующих беременностей. При этом установлено, что наиболее значимыми маркерами тяжести преэклампсии, отражающими функцию мочевыделительной системы являются уменьшение суточного диуреза, протеинурия, снижение КФ. У родильниц, перенесших преэклампсию тяжелой степени эти признаки сохраняются более 42 суток пуэрперия, тогда как у родильниц с легкой преэклампсией нормализация функции мочевыделительной системы происходит до 42-х суток.

Исследования почечного кровотока показали возможность использования интегральных показателей почечной гемодинамики для оценки прогноза течения родов и послеродового периода у женщин с преэклампсией тяжелой степени, даны рекомендации определения процессов структурообразования сыворотки крови и индексов сосудистого сопротивления почечного кровотока в динамике послеродового периода (1, 7, 42 сутки). Прогрессирующий характер динамики сосудистого сопротивления, сохранение твердокристаллического полиморфизма свидетельствуют о тяжести течения преэклампсии, о вероятности неблагоприятных перинатальных исходов, о формировании почечной патологии и вторичной гипертензии [8].

Полученные данные явились основанием для дачи рекомендаций по обязательному клинико-лабораторному обследованию женщин, перенесших тяжесть ОПГ-гестоз перед планированием последующих беременностей.

С самого начала основания института охраны материнства и детства все проводимые исследования были ориентированы на перинатальные исходы независимо от планируемой тематики.

Так, Рыбалкиной Л.Д. [30] исследования были направлены на вопросы диагностики истинного перенашивания беременности, особенностей течения беременности и родов, исхода их для матери, плода и новорожденного; разработана методика ведения переносимой беременности и родов, изложенная в методических рекомендациях [32].

Следующим этапом её исследований были прогнозирование и профилактика акушерской и перинатальной патологии при угрозе невынашивания беременности [31].

На основе выделения факторов, способствующих преждевременному прерыванию беременности, патологическому течению родов у женщин с сохраненной беременностью, определения их весомости, впервые была разработана и внедрена в практическое здравоохранение система индивидуального последовательного прогнозирования и предупреждения угрозы невынашивания, акушерской и перинатальной патологии в условиях угрозы прерывания и после сохранения беременности, представляющая по своей сути новое научное прогностическо-профилактическое направление.

В качестве прогностического критерия исхода беременности в случаях угрозы её прерывания предложено определение медьоксидазной активности крови.

Предложен метод диагностики наличия резервных возможностей плода по данным его сердечной деятельности, регистрируемой методом токографии в ответ на внутривенное введение матери 5 мл 5% раствора унитиола в смеси с 20 мл 40% раствора глюкозы.

Асымбековой Г.У. [6] впервые были представлены номограммы физического развития плода в гестационном периоде 36-43 нед. с учетом пола плода и паритета матери для предгорного региона республики (в центилях).

Выявлена популяционная частота нарушений внутриутробного развития вне пределов 10-90 центили и уточнены факторы риска развития этих нарушений.

Уточнена сравнительная характеристика чувствительности, специфичности и прогностическая значимость методов оценки внутриутробного роста и развития плода. Продемонстрирована возможность предупреждения нарушений роста плода путем своевременного проведения профилактических мероприятий и раннего лечебного воздействия при осложнениях гестацион-

ного процесса и экстрагенитальной патологии матери.

Следующим этапом проведения исследований явилась разработка его внутриутробного развития [12], при внутриутробном инфицировании [2,3,10], антенатальной диагностики хронической гипоксии плода и перинатальных исходов в зависимости от степени её выраженности [23].

По проблеме перинатальной охраны плода и репродуктивной функции женщин впервые в республике проведены исследования по изучению распространенности токсоплазмоза и резус-принадлежности крови среди населения.

Установлены пути заражения токсоплазменной инфекцией (при контакте со скотом), её крайне негативное влияние на внутриутробный плод: при заражении в раннем сроке беременности – гибель плода, в более позднем – рождение детей с уродствами. Разработано и внедрено методическое письмо о методах обследования, диагностики, клиники, профилактики и лечения токсоплазмоза [10].

По материалам исследования распространенности Rh–принадлежности крови, впервые установлено, что среди европейского населения доля лиц с Rh–отрицательной кровью составляет 15,0%, а среди среднеазиатского населения – 2,5-5,0%. Разработаны методические рекомендации по определению резус-принадлежности крови и определению анти-резус антител из сыворотки, высушенной на бумаге [9], утвержденные УМСом МЗ КР и сыгравшие значительную роль в снижении перинатальных потерь от ГБН.

Проблемой неблагоприятного влияния экосреды на репродуктивное здоровье и перинатальные исходы акушерский отдел НЦОхМиД занимается с 1970 года и по настоящее время.

Так как Кыргызстан – горная страна и 60% её населения проживает в горных регионах, в первую очередь, ученых интересовали особенности становления и функционирования репродуктивной системы женщин, проживающих на разных высотах.

Марковой Л.А. [24] впервые установлено, а Доолотовой А.А. [12] подтверждено запаздывание физического и полового развития девочек-девушек-горянок и помимо того, установлен [12] более высокий уровень по сравнению с низкогорьем, показателей нарушений реализации функции репродукции (гинекологической заболеваемости, бесплодия эндокринного генеза, невынашивания беременности, мертворождений), высокий уровень смертности детей первых пяти лет жизни после рождения (48,2% из числа родившихся в эти годы). Жизнь в условиях высокогорья предъявляет высокие требования к сердечно-сосудистой системе. Нагрузка на сердечно-сосудистую систему даже при физиологическом течении беременности резко возрастает, что нередко является причиной неблагоприятного исхода беременности и родов как для матери, так и для плода и новорожденного. Доказано, что к исходному уровню функциональное состояние сердечно-сосудистой системы даже у практически здоровых женщин с физиологическим течением беременности приходит к норме лишь через 3 года [12].

Высокая соматическая заболеваемость женщин фертильного возраста, высокая частота родов (каждая третья – рожала через год и каждая третья женщина – через 2 года) в условиях высокогорья названы причинами высокой материнской, перинатальной и детской смертности [12].

Предупредить это можно было только разумным планированием беременности путем внедрения современных методов контрацепции. Именно эту работу в последующем в республике возглавил автор проведенного исследования [12].

Работами А.П.Милованова, Л.Д.Рыбалкиной, А.Н.Борзых [26, 27] на основе оценки морфофункционального состояния плаценты женщин – жительниц разных высот были вскрыты механизмы адаптации фетоплацентарной системы, направленные на вынашивание беременности в условиях высокогорья, которые скрываются при перемещении женщин на разные высоты.

Иманказиевой Ф.И. [14] при изучении иммунного статуса у коренных жительниц высокогорья при неосложненном течении гестационного процесса в родах и послеродовом периоде впервые показана зависимость степени изменения клеточных иммунных реакций у беременных, рожениц и новорожденных от высоты местности. Проведенное исследование позволило установить, что во время беременности в послеродовом периоде у женщин развивается состояние частичного физиологического транзиторного иммунного дефицита. Степень снижения количества активности Т и В-лимфоцитов у женщин-горянок по сравнению с беременными низкогогорья более выражена, а восстановление параметров иммунитета у них замедлено, что является одной из вероятных причин повышенной чувствительности женщин-горянок к инфекции.

Таким образом, рекомендации ученых по охране репродуктивного здоровья женщин-горянок были сведены к их оздоровлению, рациональному планированию семьи и к предупреждению перемещения беременных женщин на разные высоты.

Особое внимание уделялось проблеме охраны репродуктивного здоровья женщин, занятых в разных отраслях народного хозяйства республики:

А.П.Беляева [7] в условиях горно-обрабатывающего сурьмяного комбината, Ишеналиева Ч.А. [16], Арзыкулова Б.О. [4] на производстве полупроводников, Тарасенко Л.Я. [37] на выращивании и послеурожайной обработке сахарной свеклы и табака. В условиях жаркого климата юга республики Тенишева Л.Х [38] изучала медико-социальные аспекты невынашивания беременности, а Джаманкулова Ф.С. [11] провела сравнительную оценку репродуктивного здоровья женщин двух разных по социально-экономическим условиям сельских регионов республики.

В процессе исследования совместно с гигиенистами выявлялись повреждающие производственные факторы, разрабатывались меры профилактики, в основном

направленные на улучшение условий труда и разработку превентивных мер.

Л.Д.Рыбалкиной, А.К.Шаршеновым, Н.Дж.Шоонаевой [33] подтверждены факты более высокой соматической и гинекологической заболеваемости, осложненного течения гестационного процесса и родов, неблагоприятного исхода их у женщин – жительниц экологически неблагоприятных регионов г. Бишкека.

Впервые, с целью снижения неблагоприятных перинатальных исходов, использована для реабилитации женщин экологически неблагоприятного региона с отягощенным репродуктивным анамнезом и клинически доказана высокая эффективность БАД с целью выведения из организма накопившихся ксенобиотиков и замены их жизненно необходимыми витаминно-минеральными комплексами и антиоксидантами.

В работе показана предпочтительность проведения комплекса превентивных мер на этапе преконцепционной подготовки, так как действию ксенобиотиков могут подвергаться и половые клетки, и процесс нидации плодного яйца.

С 1996 г. в Кыргызской Республике проводится реформирование здравоохранения в аспекте программы «Манас». Исраиловой З.А. [15] изучены показатели репродуктивного здоровья девочек - будущих матерей и женщин фертильного возраста (гинекологическая и соматическая заболеваемость вне и во время беременности, осложнения гестационного процесса, исход родов для матери, плода и новорожденного, анализ материнской смертности, репродуктивного поведения) в условиях реформирования здравоохранения в динамике 1996-2004 гг, определены факторы риска нарушений репродуктивного здоровья. Доказана неэффективность использования имеющихся ресурсов на данном этапе проведения реформ на уровне амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев акушерско-гинекологической службы.

Гинекологическую заболеваемость у девочек-подростков изучали Маркова Л.А. [24], Асаналиева Л.У. [5], Исраилова З.А.,



Медведева И.Б. [25]. С 2007 г. проблему научных исследований по ювенильному акушерству и гинекологии возглавила Медведева И.Б., поставившая целью исследование особенностей физического и полового развития будущих матерей, юных жительниц г. Бишкека, Чуйской и Иссык-Кульской областей и связи их с особенностями течения беременности и родов у подростков.

В результате проведенного исследования определен высокий риск осложнения беременности анемией (5,2%), пиелонефритом (14,4%), угрозой невынашивания (21,1%), поздними гестозами (8,1%), родов – патологическими кровотечениями (3,8%), обусловленных плотным прикреплением плаценты и в 7,5% - гипотонией матки на фоне поздних гестозов.

На основе полученных данных разработана комплексная программа сохранения и повышения репродуктивного потенциала девочек-подростков в Кыргызской Республике.

Гинекологическая заболеваемость женщин фертильного возраста изучалась всеми авторами, занимающимися проблемой репродуктивного здоровья. Однако, как на решение самостоятельной проблемы были направлены проведенные исследования Стакеевой Ч.А. [36] по выявлению возможностей предупреждения перехода острых воспалительных заболеваний органов малого таза в хронические.

Оценку эффективности применения лазерного излучения в комплексном лечении хронических неспецифических болезней женских тазовых органов при бесплодии проводила Назаралиева С.Б. [28].

Рыскельдиевой В.Т. [35] гинекологическая заболеваемость и нарушения функции репродукции у женщин изучались в зависимости от применяемого метода регуляции рождаемости.

За период существования КНИИОх-МиД (ныне НЦОхМиД) по акушерству и гинекологии было издано 3 монографии, 5 учебных пособий для практических врачей и студентов, разработаны клинические протоколы по основным направлениям аку-

шерской службы, 28 методических рекомендаций; подготовлено 3 доктора и 38 кандидатов медицинских наук.

В настоящее время основным научным направлением акушерского отдела НЦОхМиД является определение роли и величины индивидуальной антропогенной нагрузки в формировании патологии репродуктивной системы у девочек-девушек – будущих матерей, у женщин фертильного возраста и в пре- и постменопаузе, у мужчин с патологией мочевыделительной и генитальной систем. Основной целью их является выявить повреждающие факторы окружающей среды и их уровень в условиях конкретных санитарно-гигиенических ситуаций и связь с различными нарушениями репродуктивной функции: с бесплодием в семье, с патологией шейки матки, с прерыванием беременности и гибелью плодного яйца в ранних сроках; определение степени влияния интенсивности антропогенной нагрузки и различных её компонентов на формирование хронической фето-плацентарной недостаточности у женщин после угрозы невынашивания беременности и связи с патологией развития плода и здоровьем новорожденного.

Конечной целью исследований является оценка эффективности эфферентных методов в качестве профилактических и лечебных мероприятий в составе традиционной терапии при различных видах нарушений в репродуктивной системе.

## Литература

1. Амян М.И. Совершенствование диагностики и реабилитационных мероприятий при прегестозах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1998.- 24 с.
2. Айманбетова Г.М. Особенности становления репродуктивной функции, течение беременности и родов у женщин-носительниц HBs-антигена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1992.- 21 с.
3. Алайдарова Ж.С. Модель перинатальной охраны плода при внутриутробном инфицировании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2002.- 22 с.
4. Арзыкулова Б.О. Особенности течения беременности и родов, послеродового периода и состояние новорожденных у работниц производства полупроводников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1997.- 19 с.
5. Асаналиева А.У. Клинико-этиологические особенности вульво-вагинитов у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1999.- 22 с.
6. Асымбекова Г.У. Антенатальная оценка роста и развития плода в условиях женской консультации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1989.-22 с.
7. Беляева А.П. Влияние сурьмы на менструальную и детородную функцию женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1966.- 22 с.
8. Биялиева Г.С. Функциональное состояние мочевыделительной системы у женщин с преэклампсией. Прогнозирование и отдаленные результаты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2004.- 26 с.
9. Буренкова Л.В. Определение резус-антител в сыворотке крови, высушенной на бумаге, для диагностики резус-иммунизации (Методические рекомендации).- Фрунзе, 1979.- 17 с.
10. Житкова Г.М. Клинические и морфологические особенности токсоплазмоза в акушерстве: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1965.- 26 с.
11. Джаманкулова Ф.С. Репродуктивное здоровье женщины сельской местности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1998.- 18 с.
12. Доолотова А.А. Репродуктивное поведение и планирование беременности у жительниц разных высот: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1994.- 16 с.
13. Израилова А.С. Модель перинатальной охраны плода при задержке его развития: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1997.- 23 с.
14. Иманказиева Ф.И. Иммунный статус у коренных жительниц высокогорья при неосложненном течении гестационного процесса в родах и в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1990.- 23 с.
15. Израилова З.А. Репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста Ошской области в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2006.- 21 с.
16. Ишеналиева Ч.А. Репродуктивное здоровье женщин, занятых на производстве полупроводников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1994.- 16 с.
17. Керимова Н.Р. Прогнозирование гестоза и возможности его предупреждения на доклинической стадии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1990.- 23 с.
18. Керимова Н.Р. Феномен структурообразования в крови и этиопатогенетическая значимость изменений интрамембранного метаболизма эритроцитов при диагностике и терапии ОПГ-гестоза: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.- Бишкек, 1998.- 40 с.
19. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д., Фунлоэр И.С. Диагностическая и прогностическая значимость лабильности структурообразования в крови при ОПГ-гестозе.- Бишкек, 1998.- 123 с.
20. Керимова Н.Р., Кибец Е.А., Рыбалкина Л.Д. и др. Соотношение центральной и периферической гемодинамики и превентивной терапии гемодинамических нарушений.- Методические рекомендации.- Бишкек, 2006.- 26 с.
21. Кибец Е.А. Прогнозирование течения беременности и послеродового периода на основе оценки гемодинамического статуса у женщин с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек.- 2000.- 21 с.
22. Кудаярова А.С. Клинико-иммунологические аспекты бактериального вагиноза у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2001.-22 с.
23. МаксUTOва Э.М. Хроническая гипоксия плода: антенатальная диагностика, перинатальные исходы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Бишкек, 2002.-20с.
24. Маркова Л.А. Физическое и половое развитие, гинекологическая заболеваемость у девочек Киргизии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1975.- 20 с.
25. Медведева И.Б. Оценка репродуктивного потенциала девочек-подростков.-

Проблемы репродуктологии.- Москва, 2009.- С.153-155.

26. Милованов А.П., Рыбалкина Л.Д. Возможные механизмы повреждения и адаптации плаценты при беременности, протекающей в экстремальных условиях // Морфофункциональное состояние системы «мать-плацента-плод-новорожденный» в экстремальных условиях: Тез. докл.- Москва-Фрунзе, 1989.- С.17-21.

27. Милованов А.П., Рыбалкина Л.Д., Борzych А.Н., Захарова Ю.И. Динамика плацентарно-плодовых связей в III триместре беременности и в родах у женщин-киргизок, проживающих в высокогорье // Морфофункциональное состояние системы «мать-плацента-плод-новорожденный» в экстремальных условиях: Тез. докл.- Москва-Фрунзе, 1989.- С.20-25.

28. Назаралиева С.Б. Оценка эффективности применения лазерного излучения в комплексном лечении хронических неспецифических болезней женских тазовых органов при бесплодии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Бишкек, 2001.- 22 с.

29. Плашкевич В.Е. Клиническая оценка особенностей системы гемостаза у женщин с тяжелым гестозом в динамике операции кесарево сечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1993.- 21 с.

30. Рыбалкина Л.Д. Перенашивание беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1966.- 22 с.

31. Рыбалкина Л.Д. Прогнозирование и профилактика акушерской и перинатальной патологии при угрозе невынашивания беременности: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.- Киев, 1988.- 37 с.

32. Рыбалкина Л.Д. Диагностика и лечение перенашивания беременности.- Методические рекомендации.- Фрунзе, 1967.- 18 с.

33. Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К., Шоонаева Н.Дж. Оптимизация наблюдения женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом в условиях экологического неблагополучия.- Бишкек, 2005.- 120 с.

34. Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К., Назаралиева С.Б., Израилова А.С., Шоонаева Н.Д. Оптимизация прекоцепционной подготовки и ведения беременности у женщин в условиях экологического неблагополучия.-

Информационное письмо.- Бишкек, 2005.- 21 с.

35. Рыскельдиева В.Т. Гинекологическая заболеваемость и нарушения репродуктивной функции городских женщин в зависимости от метода регуляции рождаемости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1998.- 22с.

36. Стакеева Ч.А. Острые воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и причины их хронизации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1995.- 24 с.

37. Тарасенко Л.Я. Репродуктивная функция женщин, занятых на немеханизированных процессах труда при выращивании сахарной свеклы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1985.- 20 с.

38. Тенишева Л.Х. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности в условиях жаркого климата юга республики Кыргызстан: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1992.- 20 с.

39. Чернова Н.Е. Организация родовспоможения и методика расчета потребностей в родильной помощи в сельских районах Киргизии: Автореф. дис. ... канд. мед.наук.- Фрунзе, 1963.- 22 с.

40. Чернова Н.Е., Борzych И.В. Профилактика акушерских кровотечений в условиях женской консультации.- Методическое письмо.- Фрунзе, 1967.-32 с.

41. Чернова Н.Е. Смертность беременных, рожениц и родильниц и факторы, влияющие на её уровень: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.- Москва, 1984.-34с.

42. Чернова Н.Е., Чернышева Е., Маркова Л.А. и др. Особенности репродуктивной функции женщин в условиях агропромышленного комплекса (АПК) при различной интенсивности применения пестицидов и регуляторов роста растений: Отчет инф. № 01.86.004950, 1989.- 54 с.

43. Шаповал М.П. Гистогематические барьеры, муколитическая система крови и плацентарная изосенсибилизация при нормальной и осложненной поздним токсикозом беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Фрунзе, 1972.- 7с.

44. Шоонаева Н.Дж. Профилактика перинатальных потерь у женщин с нарушениями функции репродукции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2005.- 22 с.



*Акушерство и гинекология*  
УДК 618.1:614.7

*Obstetrics and gynaecology*

## **РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ**

*Рыбалкина Л.Д., МаксUTOва Э.М., Омошова О.Ж.*

## **REPRODUCTIVE SYSTEM OF THE PERSON IN CONDITIONS OF ECOLOGICAL TROUBLE**

*Rybalkina L.D., Maksutova I.M., Omoshova O.J.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье показана необходимость определения индивидуальной антропогенной нагрузки у людей с нарушениями функции репродукции. Выделены нозологические формы заболеваний, с наличием которых пациенты подлежат обследованию.

**Ключевые слова:** Экология, репродуктивная система человека.

**Resume.** The article has to need observe of individual anthropogenic made on people with damage reproductive function. The nozologic forms of disease indicated, when patients to must observed.

**Key words:** Ecology, reproductive system of human.

Снижение качества окружающей среды, риск крупных техногенных аварий и деградация природных экосистем в наши дни становятся реальной угрозой для жизни и здоровья человека и препятствием для устойчивого социально-экономического развития.

Темпы техногенных изменений биосферы опережает адаптационные возможности человека. На этой основе возникают экологически зависимые сдвиги и патологические изменения в различных органах и системах человека, снижается продолжительность жизни, появляются новые болезни неясной этиологии [1, 2, 6, 3].

Усложняющаяся из года в год экологическая обстановка является одной из главных причин неблагополучия, сложившегося в области материнства и детства и проявившегося высокой частотой осложнений беременности и родов, перинатальной и ранней детской смертности, врожденных пороков развития, заболеваемости и инвалидности детей [4, 7, 10, 15, 16, 17, 18].

Большинство проведенных исследований в этой области касаются изучения вопросов влияния экологического неблагополучия на беременную женщину, на формирование осложнений беременности и родов, фетоплацентарной недостаточности, состояния плода и новорожденных. Имеются попытки разработки методов предупреждения патологии беременности и родов, неблагоприятного исхода их для матери, плода и новорожденного [11, 12].

Особого внимания заслуживает вопрос влияния экологического неблагополучия не только на женскую, но и на мужскую репродуктивную систему.

Имеющиеся сведения в литературе обращают внимание на увеличение числа бесплодных браков в условиях экологического неблагополучия, подчеркивая влияние производственных факторов на репродуктивную функцию женщин [14]. Однако, другие исследования в условиях эксперимента на белых беспородных крысах, выявили выраженный гонадотоксический эффект, что проявилось в увеличении количе-

ства неподвижных и малоподвижных форм сперматозоидов в 1,7 и 2,7 раза, достоверное уменьшение числа подвижных сперматозоидов на 72% и, соответственно, тенденцию к снижению общего числа сперматозоидов в семенной жидкости [8].

Таким образом, что касается фертильной функции женщин и мужчин, генитальной патологии в условиях экологического неблагополучия, то, во-первых, их мало; во-вторых, в основном они отражают только факт чаще наблюдаемой патологии в неблагоприятных условиях, в сравнении с экологически более благополучными регионами, без учета фактической антропогенной нагрузки на каждого человека [7].

Знание этих вопросов необходимо, так как в условиях повседневной жизни человек подвергается воздействию большого количества химических загрязнителей воздушной среды на работе, дома, в театре, транспорте, на улице.

В настоящее время накоплены многочисленные данные об отдельных химических загрязнителях атмосферного воздуха, воздушной среды жилых и общественных зданий, производственных помещений, салонов автотранспорта, дана гигиеническая оценка их влияния на состояние здоровья населения.

Однако имеющаяся информация не дает полного представления о химической нагрузке, получаемой жителем крупного города в течение суток, года или всей жизни.

Таким образом, возникает настоятельное требование времени – разработка проблемы интегрального выражения реальной химической нагрузки на население, обусловленной загрязнением воздушной среды, объектов пребывания человека в условиях крупного современного города, тем более признанного экологически неблагополучным, каким является г. Бишкек [9].

Для этого в основу формирования групп населения должен быть положен один признак: уровень воздействия реаль-

ной химической нагрузки на каждого исследуемого, с учетом факторов возраста, состояния здоровья.

При определении реальной антропогенной нагрузки используется специальная методика, учитывающая суммарное загрязнение воздушной среды в различных условиях, вида деятельности и времени пребывания человека в конкретных условиях по формуле:

$$S = \frac{e}{E} \times C_i \times t$$

где: S – реальная химическая нагрузка;  $C_i$  – показатель загрязненности воздушной среды в конкретных условиях; t – длительность воздействия в долях до суток; e – конкретные условия.

Сравнительная оценка гинекологической заболеваемости женщин в экологически неблагоприятных условиях г. Бишкека не проводилась.

Для проведения такого исследования в первую очередь необходимо определить группы лиц населения и нозологические формы заболеваний, которые могут быть реально обусловлены экологическим неблагополучием, что явилось целью настоящего исследования.

Методология проводимого исследования была сведена в первую очередь к проведению сравнительной оценки гинекологической заболеваемости женщин г. Бишкека и в целом по республике по данным официальной статистики.

Второй задачей было поставлено проведение ретроспективного исследования амбулаторных карт, женщин фертильного возраста и мужчин для выделения нозологических форм, подлежащих исследованию.

Результаты исследования основных показателей гинекологической заболеваемости по данным официальной статистики за 2007 год из расчета на 100000 населения составили [5]:

- болезни мочеполовой системы - 130,4, в том числе
- воспалительные заболевания женских половых органов (сальпингит, оофорит и др.)- 3361,7
- эндометрит – 931,5
- расстройства менструаций – 585,8
- нарушения в пре- и постменопаузе – 261,9
- женское бесплодие – 243,8
- эрозии шейки матки и эктропион – 931,5
- другие заболевания женских половых органов – 684,7

Официальных данных частоты мужского бесплодия в Кыргызской Республике нет.

Проведенный анализ первичной документации больных, обратившихся за медицинской помощью в консультацию «Брак и семья» НЦОМиД за 2008 год показал:

В 2008 году всего посетили консультацию 11294 больных, из них обращение было первичным у 5821 чел. – 51,5%, вторичным у 5473 чел. (48,46%), в том числе из города Бишкека 3372 чел. (29,9%) и сельских 7922 чел. (70,14%), жителей Чуйской области – 3762 чел. (33,3%).

Наиболее частыми нозологическими формами у женщин были воспалительные заболевания гениталий (41,8%), патология шейки матки (21,2%), нарушения менструального цикла (20,4%), бесплодия в браке (17,7%), ретенционные кисты и другие доброкачественные образования яичников (14,0%), лейомиомы матки (13,5%), состояния в пре- и постменопаузе (11,9%).

Из 1958 мужчин, обратившихся к урологу, у 519 (26,5%) выявлена патология мочеполовой системы, в том числе у 259 (13,2%) – бесплодие.

В гинекологическое отделение НЦОхМиД были направлены больные с са-

мопроизвольными выкидышами в ранних сроках беременности, составлявшие 34,2 %, от числа всех абортов.

По данным Мариповой Ж.А. (2007 г) частота самопроизвольных выкидышей в экологически неблагоприятных регионах, неразвивающейся беременности, анэмбрионий превышает эти показатели более благополучного региона г. Бишкека: 7,4 и 0,35%, 5,4 и 0,7%; соответственно.

Таким образом, и по данным официальной статистики и на основании анализа первичной документации пациентов консультации «Брак и Семья» НЦОхМиД в структуре гинекологических заболеваний ведущее место занимают по ранговой значимости воспалительные процессы органов малого таза, патологические состояния шейки матки (эрозии, эктропион, дисплазия), нарушения менструального цикла у женщин фертильного возраста, опухолевидные образования яичников, нарушения в пре- и постменопаузе.

По данным консультации «Брак и Семья» особого внимания заслуживает и лейомиома матки, высокая частота самопроизвольного прерывания беременности в ранних сроках, бесплодие в браке.

На основании этих данных, и данных о том, что более высокая частота гинекологической заболеваемости наблюдается у женщин экологически неблагоприятных регионов, следует предполагать их связь с экологическим неблагополучием. Эти данные совпадают с мнением авторов Л.С. Цеолкович, Г.В. Рогачева [13].

Для подтверждения этих факторов необходимо определение индивидуальной антропогенной нагрузки у женщин и мужчин со всеми названными видами заболеваний гениталий.

### **Литература**

1. Агаджанян Н.А. Экология человека: современное состояние и перспективы развития // Вест. АМН СССР.- 1989.- № 8.- С. 4-8.

2. Агаджанян Н.А., Кулаков В.И., Зайдиева Т.Д., Атанязова О.А. Экологические факторы и репродуктивная функция // Экология человека. – 1994.- № 1.- С. 94-105.

3. Айламазян Э.К. Пути оценки репродуктивной функции женщин в неблагоприятных экологических условиях. – СПб, 2001.

4. Вельтищев Ю.Е. Экологическая дегермированная патология детского возраста // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - № 2.- С. 26-33.

5. Заболеваемость лиц женского пола отдельными заболеваниями.- Отчет МЗ КР.- 2007.

6. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др. Руководство по охране репродуктивного здоровья.- М., 2001. - С. 504-560.

7. Марипова Ж.А. Влияние антропогенного загрязнения формальдегидами на репродуктивную функцию женского организма и перинатальные исходы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2007. – 22 с.

8. Намазбаева М.А., Мукашев М.А., Гулаева О.В. и др. Воздействие на нарушение репродуктивной функции организма // Гигиена и санитария.- 2005.- №5.- С. 72.

9. Национальный доклад о состоянии окружающей среды в Кыргызской Республике.- Бишкек, 1998. - 28 с.

10. Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Фадеева Е.Г. и др. Влияние уровня загрязнения территории проживания беременных на исходе беременности // Вестник. – 1997.- № 4.- С. 82-83.

11. Рыбалкина Л.Д., Назаралиева С.Б., Вичкапова О.А. и др. Отчет о научно- исследовательской работе «Патогенические основы профилактики осложнений гестационного процесса гипертензивными нарушениями у

женщин в условиях экологического неблагополучия».-Бишкек, 2006. – 65 с.

12. Рыбалкина Л.Д., Шаршенов А.К. Оптимизация наблюдения женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом в условиях экологического неблагополучия.- Бишкек, 2005.- 121 с.

13. Цеолкович Л.С., Рогачева Г.В. Репродуктивная функция у женщин проживающих в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды // Акушерство и гинекология.- 1998. - №2.- С. 24-27.

14. Филиппов О.С. Причины и факторы развития бесплодия среди населения Сибири // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2002. -№3.- С.-47.

15. Шарапова О.В., Кулаков В.И., Дмитриев Д.А., Воронцова Г.М. Факторы риска перинатальной смертности в Чувашской республике // Орг. здравоохранения. - 1999. - С.40-42.

16. Шаршенова А.А. Гигиенический мониторинг и оценка медико-экологической безопасности территории Кыргызской Республики: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.- Бишкек, 2008. – 32 с.

17. Шаршенов А.К., Тухватшин Р.Р. Репродуктивная функция женщин и перинатальные потери в условиях экологического неблагополучия. - Бишкек, 2008.- 32 с.

18. Шоонаева Н.Дж. Профилактика перинатальных потерь у женщин с нарушениями функции репродукции: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2005. – 22 с.



УДК 614.1:618.3+618.5+618.7

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, КАК ФАКТОРА СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ  
СМЕРТНОСТИ**

*Ишеналиева Ч.А.*

**ESTIMATION OF URGENT OBSTETRIC HELP IN KYRGYZ REPUBLIC, AS A FACTOR  
OF DECREASE OF THE MATERNAL DEATH RATE**

*Ishenalieva Ch.A.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Оказанию качественной неотложной акушерской помощи в республике препятствует отсутствие своевременной доставки беременных, рожениц и родильниц в учреждение, оказывающее неотложную акушерскую помощь, связанное с отсутствием транспорта, периодическими отключениями электричества и воды в учреждении, неуккомплектованностью оборудованием. Эти факторы усугубляются слабыми навыками работников здравоохранения по оказанию экстренной акушерской помощи, недостаточной обеспеченностью обученными специалистами, владеющими всеми сигнальными функциями.

**Ключевые слова:** неотложная акушерская помощь, беременные, роженицы, родильницы, материнская смертность.

**Resume.** Rendering qualitative urgent obstetric help in republic is interfered by absence of modern delivery of pregnant lying-in women and puerperal in the establishment rendering of the urgent obstetric help, connected with absence of transport, periodic switching-off of an electricity and water in establishment, the equipment. These factors are aggravated with weak skills of workers of public health services on rendering emergency obstetric the help, insufficient security the trained experts owning all alarms functions.

**Keywords:** urgent obstetric help, pregnant, parturient woman, puerperal, maternal death.

Большое значение в снижении материнской смертности имеет своевременная квалифицированная неотложная акушерская помощь (НАП). Подходы к решению проблемы материнской смертности (прогноз скрининга риска в родах, предупреждение и раннее обнаружение осложнений, безопасные роды, инициативы по просвещению и мобилизации населения) не дали ожидаемых результатов в снижении её показателя. Только при решении вопросов обеспечения своевременной квалифицированной НАП можно достичь снижения материнской смертности.

Бывшая система здравоохранения имела значительную ориентацию на доро-

гостоящее стационарное лечение, обуславливающее большое количество больничных коек и врачей. Финансирование здравоохранения, при ежегодном его снижении, регулировалось нормативами, в основе которых лежала мощность лечебно-профилактических учреждений. В результате большого вливания финансовых средств в стационарную службу первичный уровень здравоохранения испытывал большую нехватку ресурсов. В 1996 г. начался процесс реформирования системы здравоохранения в рамках Национальной программы «Манас». В ходе реформирования разработаны механизмы социальной защиты населения через обязательное медицин-

ское страхование, получили развитие новые механизмы финансирования учреждений здравоохранения, проведена реструктуризация учреждений здравоохранения, направленная на усиление первичной медико-санитарной помощи. На первичном уровне произошло создание Центров семейной медицины и Групп семейных врачей (акушеры-гинекологи, педиатры, терапевты). Первичную медико-санитарную помощь населению осуществляют ГСВ, в составе которых функционируют ФАПы, где работают медицинские работники на уровне сообщества (характерны исключительно для сельской местности). Работниками первичного звена оказывается амбулаторная помощь, дородовый уход за беременными, оказание при необходимости помощи в родах на дому и послеродовый уход, консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи. На вторичном уровне предоставляется квалифицированная стационарная помощь в областных (ООБ), территориальных (ТБ) и городских (ГБ) больницах, родильных домах, перинатальных центрах, гинекологических больницах. Условно к третьему уровню можно отнести Национальный госпиталь, Национальный центр охраны материнства и детства, Кыргызский Научный центр репродукции человека [3].

Из-за отсутствия транспортного сообщения между населенными пунктами, недостаточности санитарного автотранспорта, коммуникаций, материальных возможностей для большинства жителей отдаленных населенных пунктов квалифицированная медицинская помощь практически недоступна, что является одной из существенных причин материнской смертности, в т.ч. на дому. Качество оказываемой НАП не всегда является удовлетворительным и достаточным.

На данном этапе система здравоохранения остается малодоступной, особенно для социально незащищенных слоев населения. В 485 малых населенных пунктах

отсутствуют медицинские учреждения, в 70 селах нет аптечной сети. 75% ФАП и ГСВ не соответствуют современным требованиям из-за недостаточности медицинского оборудования и инструментария, лабораторий.

В республике имеются 3 частных учреждения с родильными койками: «Исида», «Клиника проф. Асымбековой Г.У.», клиника в г. Ош на базе филиала городской территориальной больницы (роды, операции кесарево сечение, гинекологические операции).

По республике отдаленность ФАП от ГСВ составляет от 1,5 до 70 километров, от ЦСМ до ТБ – от 2 до 98 километров, от ФАП до ТБ – от 1 до 160 километров [4].

Чистая питьевая вода поступает в учреждения через государственную водопроводную систему. В весенне-летний период имеет место отключение или недостаточное количество поступающей питьевой воды, что является одной из причин распространения внутрибольничной инфекции. В случае, когда водопроводной сети нет или она не функционирует, воду либо качают насосом, либо приносят из колодца или родника. Особенно, это имеет место в южных регионах республики. В 15,6% территориальных больниц нет чистой питьевой воды для выполнения необходимых функций.

Для своевременного и качественного обеспечения НАП большое значение имеет наличие средств связи, транспорта, средств для его содержания и ремонта, топлива. В 62,5% учреждений имеется телефон. Особенно низкий этот показатель в Баткенской, Таласской, Иссык-Кульской областях. Даже в г. Бишкек обеспеченность телефонами составляет 66,7%. В Баткенской, Жалалабатской, Иссык-Кульской областях на момент проведения исследования не функционировало от 30 до 50% имеющихся телефонов. То есть, в Баткенской области обеспеченность телефонной связью составляет лишь 25,0%, из них еще и не функциониру-

ет 30,0% телефонов. Аналогичная картина в Иссык-Кульской и Нарынской областях. Мобильными телефонами и радиосвязью лечебные учреждения не обеспечены ни в одном регионе республики. Лишь 53,1% медицинских учреждений имеют в своем распоряжении машины скорой помощи. Необходимо отметить, что эти машины скорой помощи обслуживают не только пациентов, нуждающихся в НАП, но и больных других профилей (хирургический, терапевтический и другие). Из 17 больниц, снабженных транспортом, 70,6% отмечают, что для непрерывного обслуживания имеющегося количества машин недостаточно. Менее всего транспортом обеспечены учреждения Нарынской области. Кроме машин скорой помощи некоторые учреждения имеют легковые автомобили (18,8% больниц республики) для обеспечения urgentной службы. Почти каждое второе лечебное учреждение (43,7%) не имеет в наличии источников по содержанию и ремонту транспортного средства в случае необходимости.

По республике от 25,0 до 22,9% врачей акушеров-гинекологов не владеют парентеральным введением препаратов, от 34,4 до 28,1% – ручным отделением и инструментальным удалением плаценты, 31,2% – операцией кесарева сечения. В некоторых областях (Таласская, Баткенская, Жалалабатская) третья часть акушеров и медсестер не владеют парентеральным введением препаратов, переливанием крови.

В районах в определенных ситуациях (например, большая нагрузка на врача или акушерку в родильном зале) отмечается взаимозаменяемость среднего персонала и врачей. Ручное удаление плаценты и инструментальное удаление остатков плаценты проведено в 87,5% и 84,4% исследованных родильных учреждений, причиной невыполнения также было отсутствие показаний. Наиболее низкий показатель ручного удаления плаценты в Нарынской области (66,7%), инструментального удаления – в

Баткенской (50,0%) и Иссык-Кульской (66,7%) областях, хотя в этих регионах отмечается высокий показатель послеродовых кровотечений. Принятие родов путем вакуум-экстракции или наложения щипцов отмечено в 40,6%. Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения было отмечено почти во всех родовспомогательных учреждениях (93,8%). Не проводились операции лишь в участковых больницах, где нет обученных врачей и условий. В 34,4% – были проведены плодоразрушающие операции, в 20,0% – показанные операции не были проведены вследствие отсутствия обученного персонала. Источниками для переливания крови в 55,4% явились централизованные банки крови, в 35,4% – банки крови учреждений, в 9,2% – кровь была взята у членов семьи. Следует отметить, что при получении крови из банков, родственники впоследствии восстанавливают полученную кровь путем донорства своей крови. При проведении оперативного вмешательства в 80,0% применялась обычная анестезия, в 20,0% – перидуральная анестезия.

#### Материнская смертность.

Всего по республике в 2008 году умерло во время беременности, в родах и в послеродовом периоде 75 женщин. Показатель материнской смертности составил 58,9 на 100000 живорожденных, что на 10,7% ниже по сравнению с 2007 годом [1, 2].

Рост показателя преимущественно регистрируется в Ошской (+ 50,3%), Джалаалабадской (+26,2%) и Иссык-Кульской (2007г. -109,6/11 случаев; 124,1/13 случаев; + 13,2%) областях. Таким образом, самая высокая материнская смертность в областях с наибольшей плотностью родов и наименьшей обеспеченностью кадрами и оборудованием.

В структуре причин материнской смертности акушерские кровотечения занимают первое место – 29,8% (2007г. – 52,2%). Причинами акушерских кровотечений являлись послеродовые гипотониче-

ские кровотечения и кровотечения, связанные с отслойкой плаценты [1, 2]. Анализ случаев показывает несвоевременное, не в полном объеме и некачественное оказание медицинской помощи. Следует признать, что в стационарах медицинский персонал не готов к оказанию экстренной акушерской помощи. На втором месте по причинам материнской смертности находятся гипертензивные нарушения беременности (ГНБ) – 26,3% (2007г. – 22,4%). Позднее выявление ГНБ и случаи запущенности данного осложнения, недооценка тяжести состояния беременных при поступлении в родильные отделения, неадекватная терапия преэклампсии тяжелой степени и несвоевременное решение вопроса о родоразрешении приводят к возникновению тяжелых осложнений.

Следует отметить, что 59,7% умерших женщин поступили в родильные отделения или родильные дома в удовлетворительном состоянии и угрожающие осложнения развились во время нахождения в стационаре, 37,3% - в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, 3% - в агональном состоянии, умерли на дому или по дороге в лечебное учреждение - 7,5%.

В 45,9% смерть беременных, рожениц и родильниц наступила в районной ТБ, 35,1% – в областной объединенной больнице, 18,9% – в городском родильном доме. 64,8% умерших женщин поступили в родильный стационар в удовлетворительном состоянии, 32,4% - в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, 2,7% - в агональном. 83,8% случаев материнской смерти были предотвратимы, 10,8% - условно предотвратимы и 5,4 % - непредотвратимы.

Нормальные роды в медицинских учреждениях республики ведут обученные акушерки в присутствии врача акушера-гинеколога.

Оказание качественной экстренной помощи в значительной степени зависит от обеспеченности, укомплектованности, уровня квалификации акушерских кадров.

Обеспеченность лечебных учреждений республики, оказывающих НАП согласно штатного расписания после проведенного I этапа реформирования, от требуемого количества персонала составляет: акушерами гинекологами – 100,0%; неонатологами – 93,8%; терапевтами – 37,5%; акушерками – 62,5%; медсестрами – 84,4%; процедурными медсестрами – 59,4%; медсестрами-неонатологами – 90,6%; младшим медперсоналом – 75,0%.

Отмечается несоответствие истинной нуждаемости в кадрах для оказания НАП и наличием кадров в соответствии с утвержденным штатным расписанием. В Жеты-огузском и Тонском районах Иссык-Кульской области по штатному расписанию положен 1 врач анестезиолог-реаниматолог, который обеспечивает экстренную службу всех отделений ТБ. Таким образом, если врач нужен в двух отделениях параллельно, одно из отделений остается без анестезиологического или реанимационного обеспечения. Аналогичная картина наблюдается и в других районах республики. Возникает необходимость пересмотра штатного расписания в учреждениях в соответствии с уровнем и нуждаемостью оказываемой акушерской помощи.

Наиболее плохо обеспечены кадрами Баткенская, Жалалабатская, Иссыкульская области. В некоторых регионах обеспеченность на 100,0% объясняется тем, что количество выделенных ставок превышает количество физических лиц. Например, в Иссыкульской, Баткенской областях один врач занимает 2 ставки и вместо положенных 4 врачей работают 2. На 50,0-75,0% составляет обеспеченность акушерками и медсестрами в Баткенской и Жалалабатской областях. При этом в г. Бишкек отмечается избыток врачей, которые занимают по 0,5 ставки, не имея достаточной нагрузки, теряют свою квалификацию.

При проведении исследования выявлено, что на практике не все врачи акушеры-гинекологи, неонатологи владеют сиг-

нальными функциями, которым их обучают в учебных учреждениях, а именно парентеральным введением препаратов, удалением плацентарной ткани, принятием нормальных родов и с тазовым предлежанием, операцией кесарева сечения, реанимацией новорожденного, обеспечением анестезии. Чаще всего всеми перечисленными функциями владеют лишь заведующие отделений, которые обеспечивают urgentную службу. В сельской местности, где имеется дефицит кадров и взаимозаменяемости, парентеральное введение препаратов проводят акушерки, медсестры и большинство врачей.

В 93,8% медицинских учреждений для выполнения лабораторных исследований имеются лаборатории, которые обеспечивают круглосуточное обслуживание не только акушерских и гинекологических пациентов, но и других профилей (хирургический, терапевтический и другие).

Медицинские препараты, используемые для оказания НАП, в необходимом количестве имеются почти во всех лечебных учреждениях. В дневное рабочее время доступ к препаратам осуществляется через старшую акушерку или больничную аптеку. В ночное время и выходные дни используется запас медикаментов, оставляемых для экстренных случаев. Доступа к аптеке в ночное время и выходные дни нет ни в одном исследованном учреждении.

Во всех исследованных лечебных учреждениях отмечается недостаточное количество постельного белья, пеленок для пеленания, медицинских халатов и костюмов, прикроватных тумбочек, столов для пеленания, имеющиеся кровати находятся в непригодном состоянии. В родильных стационарах, оказывающих НАП, обеспеченность тонометрами и фонендоскопами составляет от 46,9% до 59,4%, весами для новорожденных - 59,4%, акушерскими инструментами - от 28,1 до 53,1%. Отмечается крайне недостаточная обеспеченность учреждений инструментами, шовным и пе-

ревязочным материалом, стерильными перчатками.

На областной или республиканский уровень женщины должны поступать по направлению районных специалистов. Однако на практике беременные или родильницы часто поступают туда самостоятельно или при экстренных случаях по линии «Скорой помощи». По результатам исследования на областной или республиканский уровень с направлением поступили 122 женщины с патологией беременности и родов, т.е. 0,2% от общего количества родов. Такой низкий процент поступлений можно объяснить отсутствием материальных и транспортных возможностей, а также отсутствием системы перенаправлений или регионализации. Поэтому часто беременные женщины с патологией остаются дома и поступают в стационар вторичного типа в тяжелом или критическом состоянии, завершая беременность инвалидностью или смертью.

**Заключение.** Результаты исследования показали, что охват медицинской помощью при родах высок (98%), однако отмечается недостаточное качество этой помощи. Оказанию качественной НАП в республике препятствует отсутствие своевременной доставки беременных, рожениц и родильниц в учреждение, оказывающее НАП, связанное с отсутствием транспорта, периодическими отключениями электричества и воды в учреждениях, оборудованием. Эти факторы усугубляются слабыми навыками работников здравоохранения по оказанию экстренной акушерской помощи, недостаточной обеспеченностью обученными специалистами, владеющими всеми сигнальными функциями.

Официальная статистика о материнской и перинатальной смертности основана исключительно на данных системы регистрации актов гражданского состояния. Наличие существующих проблем с паспортизацией и внутренней миграцией населения приводит к снижению эффективности

данной системы, и получение точной информации о рождаемости и смертности представляет значительные трудности. Кроме того, не исключается возможность сокрытия случаев смертности медицинскими работниками во избежание наказания за неудовлетворительные показатели ЛПО (лечебно-профилактические организации).

#### **Литература**

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2007 г. – Республиканский медико-информационный центр МЗ КР, 2008.- 18 с.

2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2008 г. .- Республиканский ме-

В республике аудит материнской смертности не является анонимным, и после заключения и разборов почти всегда принимаются соответствующие меры административного наказания по отношению к работникам, вовлеченным в оказание НАП, что затрудняет оценку факторов риска и прямых причин неблагоприятного исхода.

дико-информационный центр МЗ КР, 2009.- 19 с.

3. Оценка реформ в области финансирования системы здравоохранения Кыргызской Республики (1996-2005), 2005.- Проект Анализа политики здравоохранения, ВОЗ/DFID.

4. Информационные материалы семинара «Сокращение Материнской Смертности в Центральном-Азиатском регионе».- Душанбе, 2005. - С. 38-40.

УДК 612.63.66+618.6.+612.662.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ**

*Медведева И.Б.*

## **SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PREGNANCY IN ADOLESCENTS**

*Medvedeva I.B.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** *Представлен анализ состояния репродуктивного здоровья девочек-подростков в социально – психологическом аспекте. Обоснована необходимость разработки и внедрения комплекса охранорепродуктивных мероприятий, направленных на повышение репродуктивного потенциала девочек-подростков.*

**Ключевые слова:** *девочки-подростки, репродуктивное здоровье.*

**Resume.** *This work presents published data pertaining to the social and psychological aspect of the reproductive condition of adolescent females. It is necessary to develop and introduce a set of reproduction prevention measures in order to increase the reproductive potential of adolescent females.*

**Key words:** *adolescent females, reproductive condition.*

Вопросы ювенильного акушерства все больше привлекают к себе внимание. Исследования последних лет свидетельствуют о росте подростковой беременности, и в этой связи, наблюдается резкое увеличение заболеваемости и смертности в этой возрастной группе. Беременность в подростковом возрасте наблюдается во всех странах с постоянно нарастающей частотой (1-4%) и в настоящее время возрастает процент беременных моложе 16 лет. Несмотря на общеизвестное снижение частоты беременности вследствие применения контрацептивных средств в середине 60 – х годов и постоянное уменьшение родов, в особенности в Европе, Америке, частота беременности у подростков и молодежи непрерывно возрастает [4, 13, 14, 41].

Частота подростковой беременности неодинакова в разных странах. Чем выше показатель подростковой беременности, тем выше общий показатель фертильности. Частота подростковой беременности намного превышает тот же показатель развитых стран. Причины такого различия

очевидны. Например, в Швеции, несмотря на то, что средний возраст начала половой жизни ниже соответствующего показателя многих стран, частота подростковой беременности невелика, что объясняется широким распространением контрацептивных средств. Однако, такая ситуация не является лишь попыткой клиницистов усовершенствовать службу планирования семьи или улучшить доступность методов контрацепции. Важное значение имеют также и другие факторы, как сексуальное воспитание подрастающего поколения, поддержка со стороны общества и др. В Японии низкий показатель частоты подростковой беременности, вероятно, обусловлен существующими семейными традициями, даже замужние женщины не пользуются контрацептивами. В развивающихся странах крепки традиции в отношении раннего замужества. Каждый год в США беременеет одна из десяти женщин в возрасте от 15 до 19 лет, тогда как в Китае почти не существует проблемы подростковой беременности [56]. Первородящие в возрасте до 18

лет в крупных городах составляет 1,5 - 2,0% [18].

Обусловленное акселерацией ускорение полового созревания подростков и одновременно ослабление внешнего контроля за их поведением, плюс либерализация «взрослых» норм половой морали и ломка традиционных стереотипов маскулинности и фемининности застали наше общество и школу врасплох. Нормативные ориентации сегодняшних юношей и девушек существенно расходятся с представлениями их отцов и дедов. К тому же, сами эти ориентации весьма противоречивы. С одной стороны, налицо прогрессивная тенденция к индивидуализации любовных отношений, которые регулируются не столько материальными расчетами и внешними нормами, сколько собственными чувствами и установкой любящих. С другой стороны, налицо угроза дегуманизации отношений между мужчиной и женщиной, рост сексуального отчуждения, нестабильность интимных отношений, превращения сексуальности в предмет массового потребления, лишенного подлинного человеческого тепла и интимности.

Задача состоит не в том, чтобы «уберечь» юношей и девушек от сексуальности – это невозможно, и не нужно, а в том, чтобы научить их управлять этой стороной общественно личностной жизни. Старшеклассники должны знать не только биологию пола, но и иметь ясные представления о социальных и психологических аспектах проблемы. Обращаясь к половозрелым юношам и девушкам, нужно апеллировать не только к доводам наивного биологического эгоизма («смотри, не повреди своему здоровью»), а к взрослому чувству социальной и моральной ответственности, призывая их тщательно взвешивать серьезность своих чувств, меру своей социальной зрелости, трудности раннего материнства, материальные и иные сложности раннего брака.

Половые отношения, сфера деликатная, здесь часто проявляется то, что еще Ф. Энгельс называл «ложной мещанской стыдливостью». Некоторые родители и учителя выступают против полового просвещения в школах, так как все необходимые знания якобы содержатся в курсах биологии. Однако, медико – биологические исследования показывают, что наши юноши и девушки дремуче невежественны в вопросах анатомии и физиологии пола, деторождения и ухода за младенцами. По результатам анкетирования главными источниками информации по вопросам пола у подростков остаются сверстники и старшие товарищи: о родовом акте – в 40% случаев, роли отцовства – в 80%, сущности беременности – в 30%, половых извращениях в 63%, признаках беременности – в 40%, противозачаточных средствах – в 65%. Между тем информация, получаемая от сверстников, всегда не полна и очень ошибочна. Половая жизнь начинается сегодня, как правило, без брака и нередко до окончания школы. Учащение беременности у девочек в возрасте моложе 18 лет связано, с одной стороны, с более ранним соматическим созреванием, что выражается главным образом с более ранним наступлением менархе и более ранним вступлением в брак, с другой, с так называемым, «процессом сексуальной либерализации».

Подростки относятся в настоящее время к сексуальным проблемам проще; они свободны от страха, чувства вины и конфликтов. Принципиальный отказ от половых отношений у незамужних считается в настоящее время необычным явлением. Кроме того, лишь очень малое число подростков, считают девственность положительным явлением. Развитие нравов привело от понятия «добрачия» и «моногамия» до вступления в брак, к понятию последовательного «добрачия». Но при критической оценке так называемого «процесса сексуальной либерализации» можно сделать вывод, что это не обязательно является



«сексуальным освобождением», а представляет собой включение в предварительно запланированное сексуальное поведение. Многие считают, что беременность у подростков большей частью нежелательна и создает для юной матери значительную нагрузку. Однако, обследование беременных и родивших подростков показывает, что беременность была запланирована и что к прерыванию беременности (в том числе и ретроспективно) они большей частью и не стремились [8, 9, 10, 29, 34, 35].

Подростки должны знать, что сексуальная неразборчивость, случайные половые связи и частая смена половых партнеров способствует распространению венерических заболеваний и других инфекций, передаваемых половым путем. В детской среде ежегодно регистрируется около 14 тысяч венерических заболеваний: в 66% у девочек [5, 11, 15, 21, 24, 25].

В последние годы в нашей и в других странах резко увеличилась заболеваемость так называемыми «малыми» формами. Они часто протекают бессимптомно, поэтому накапливаются по 3 – 4 сразу и очень плохо поддаются лечению, вызывая в дальнейшем бесплодие, врожденные уродства и заболевания у детей [38, 42, 43].

Для девушек-подростков сексуальная неразборчивость означает повышенный риск злокачественных опухолей матки. Грозную опасность представляет для всех СПИД. Неизбежное следствие относительно ранних половых связей при низкой половой культуре – увеличение количества случайных и нежелательных беременностей среди несовершеннолетних. Конечно, «покрывать грех» нередко приходилось и раньше, а современная молодежь придает юридическому оформлению своих отношений гораздо меньшее значение, чем старшие. Однако, незапланированные беременности несовершеннолетних часто влекут за собой серьезные человеческие трагедии. В одном случае прибегают к аборту, а каждый шестой аборт среди нерожавших при-

водит к бесплодию, в другом выход находят в вынужденном и часто непрочном «браке вдгонку», в третьем случае юная девушка обрекает себя на нелегкую судьбу одинокой матери. Девочки, преждевременно начавшие половую жизнь, за редким исключением, выросли в неблагополучных семьях с одним родителем или в условиях педагогической запущенности или наоборот, мелочной опеки [1, 2, 3, 6, 12, 15, 26].

Данные США показывают, что женщины, рожавшие в первый раз в раннем возрасте, рожают последующих детей с более короткими интервалами и часто внебрачно, сталкиваются с более тяжелыми семейными проблемами [32, 33, 36], хуже образованны [39, 40, 45, 47], материально мало обеспечены [53, 58].

Сталкиваясь с этими отрицательными последствиями, можно предположить, что дети матерей-подростков будут находиться в относительно плохом положении (у них меньше академических способностей, больше тенденций вступления в брак в раннем возрасте, ранней беременности и др.) [16, 57, 60, 61]. Частой причиной вышеуказанного является тот факт, что такие матери чаще всего воспитывают своих детей без отца или без поддержки своих родителей. С социальной точки зрения факт рождения ребенка неблагоприятно отразится не только на матери, но и на самом ребенке, о его отце, в особенности, если он тоже подросток [6, 19, 20, 22, 23].

Нравственный ригоризм («нельзя допускать ранних половых связей») превращается, таким образом, в свою противоположность, способствует росту общественного индивидуального неблагополучия. Подготовка к браку, к семье, частью которого является половое воспитание – трудное дело, много спорного и неясного. Но, как и всякая работа, она предполагает высокий профессионализм [17, 27, 28].

Единой точки зрения на то, какой возраст следует относить к подростковому при беременности и родах не имеется. По

данным одних авторов [37, 44, 46] это возраст 14-17 лет, по данным других [7, 30, 31, 48, 49, 50, 52] к подросткам относятся женщины до 20 лет. В отечественном здравоохранении принято чрезмерно узкое понимание подросткового возраста, как возраста 15-17 лет. Справедливо оценивать такой подход как социально - административный, так как важнейший в онтогенезе человека период – пубертатный, определяющий как общее здоровье женщины, так и ее фертильность, остается за пределами внимания врачей. Еще на симпозиуме АПН СССР по вопросу возрастной периодизации (1965) к подросткам были отнесены девушки в возрасте 12-15 лет. С учетом сроков соматического, психологического и социального созревания представляется оптимальным предложение экспертов ВОЗ (1977) считать подростками лиц в возрасте 10-20 лет, как это принято в большинстве стран мира [51, 54, 59, 64].

Подростковый возраст – чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека, недаром его считают критическим, трудным. Именно в этот период завершается формирование всех морфологических и функциональных структур организма; под влиянием половых гормонов происходит нейроэндокринная перестройка, заметно меняется тонус вегетативной нервной системы, регулирующий темпы роста и развития, в результате чего оконча-

тельно реализуется индивидуальная генетически детерминированная программа развития организма [30, 31, 55, 62, 63].

### **Заключение**

Несмотря на то, что общество в наше время не поощряет беременность у школьников, оно выдвигает против этого очень мало убедительных аргументов и не предлагает альтернатив в образе жизни или профессиональных возможностях. Ситуация осложняется также недостаточно развитым половым воспитанием и незнанием приемов контрацепции.

Сам по себе возраст девочки-подростка, собирающейся стать матерью, не является столь грозной проблемой, однако он создает социальные, моральные, экономические и юридические трудности. Беременная школьница становится взрослой, не перестав быть ребенком, а у нас не предусмотрены ни общественные, ни законодательные нормы, которые помогли бы ей справиться с таким положением. Как медики-профессионалы мы обязаны принимать во внимание тот социальный контекст, в котором приходится жить таким молодым девушкам, и те обстоятельства, в которых возникла беременность.

Необходимо трезво взглянуть на предстоящие вмешательства, возникающие при ювенильной беременности и их следствия.

### **Литература**

1. Акунц К.Б., Авакян Г.С., Арутюнян М.М. Особенности становления менструальной функции у женщин с невынашиванием беременности // Тез. докл. 2-ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.30.
2. Астахов В.М. Влияние психоэмоционального состояния на становление репродуктивной функции у девочек // Тез. докл. 2-ой научно-практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1999. т.1. – С.62.

3. Богатырева Р.В. Первичная плацентарная недостаточность у юных первородящих // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1999. т.1. – С.64.
4. Богданова Е.А., Федоров В.В., Сухих В.О. Деятельность ВОЗ в области охраны репродуктивного здоровья подростков // Акушерство и гинекология. – 2002. – №1.-С.3-4.
5. Брюхина Е.В., Казимирова Н.В., Костримитина Е.В. Особенности лечения беременности у подростков // Тез. докл. 2 – ой

Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.31.

6. Брюхина Е.В., Сафронов О.В. Особенности развития плода у несовершеннолетних беременных по данным ультразвукового исследования // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.1. – С.65.

7. Влияние размеров таза на исход родов / Баширова М.С., Чернуха Е.А., Волобуев А.И. и др. // Вопросы охраны материнства и детства.-1999.-№ 4.-С.33.

8. Гумилевская Р.М., Комысова Н.А. Некоторые аспекты становления сексуального поведения девочек – подростков // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.32.

9. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков.- СПб, 2000. - 384 с.

10. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб, 2001.- С. 85-86.

11. Иващенко Л.А. Беременность и роды в подростковом и юном возрасте // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.33.

12. Камалов А.Х. Ультразвуковое исследование толщины костей в диагностике узкого таза // Материалы 3-го съезда акушеров – гинекологов Узбекистана.- Ташкент, 1990.- С.147-149.

13. Керимкулова Н.В. Профилактика и пути коррекции нарушений репродуктивной функции в семье // Сб. науч. трудов ВНИЦ охраны материнства и детства.- М., 2004.- С.100-104.

14. Крупко-Большова Ю.А. Беременность и роды у несовершеннолетних на Украине // Акушерство и гинекология. – 2002. – М 9.-С.29-31.

15. Левитас С.Г. Проблема беременности у подростков: пути решения // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.34.

16. Леонов И.Т., Орел В.И. Медико-социальная характеристика здоровья юных матерей в период беременности и родов // Вопр. охраны материнства и детства.- 2005.- № 4.- С.47-49.

17. Леонов И.Т., Орел В.И., Юрьев В.К. Здоровье детей, рожденных юными матерями // Педиатрия.- 2003.- № 3.-С.65-66.

18. Материалы Международного семинара по охране материнства и детства (ЮСАИД) / Под ред. Н.А.Каюповой, Т.К.Чуваковой.- Алматы, 2003.- 14 с.

19. Матт К.М. Оценка репродуктивного здоровья девушек – основа подготовки к материнству // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.37.

20. Особенности течения беременности у несовершеннолетних с экстрагенитальной патологией / Вогдашкин Н.Г., Тучкина И.А., Лесовская М.А. и др. // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.1. – С.65.

21. Перфильева Г.Н., Абакумова Р.И., Ананьина Л.П. Профилактика непланируемой беременности у подростков // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.38.

22. Программа по снижению материнской смертности / Под ред. Н.А. Каюповой.- Алматы, 2005.-12 с.

23. Профилактика и лечение резус – иммунизации в сохранении репродуктивного здоровья у юных первобеременных / Аряев Н.Л., Мерикова Н.Л., Луценко О.С. и др. // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.1. – С.61.

24. Прохоров В.Н., Величина С.В., Ломаев А.И. К вопросу прерывания беременности в поздних сроках у подростков // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.39.

25. Руководство по контрацепции: Русское международное издание / Под ред. Р.А. Хэтчер: Пер. с англ.-М.: Медицина, 2004.- 504 с.

26. Рыбалова Л.Ф., Модная Е.Ю., Брюхина Е.В. Особенности течения родов у юных первородящих // Тез. докл. 2 – ой Всесоюз. конф. по гинекологии детей и подростков. – М., 1990. – С.40.

27. Савченко Ю.Б., Пшеминская О.М. Оценка риска апоплексии плаценты у юных беременных // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подрост-

кового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.2. – С.65.

28. Свирский А.А. Иммунный статус у юных первобеременных с заболеваниями почек // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.1. – С.75.

29. Сырица А.О. Результат изучения нервно – психологического напряжения в период беременности у студенток // Вопр. охраны материнства и детства.-2001.-№1.-С.51-52.

30. Цыбульский В.Н., Кожухарь А.В. Течение беременности, родов и послеродового периода у юных первородящих // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.2. – С.75.

31. Шадрина Т.Н. Течение беременности, родов у юных женщин и состояние здоровья их детей // Казан. мед. журн.-2002.-73(3).-С.203-205.

32. Шаповал Н.В., Кожухарь А.В. Роды у несовершеннолетних, страдающих токсикоманиями // Тез. докл. 2 – ой научно – практич. конф. врачей гинекологов дет. и подросткового возраста Украины. – Одесса, 1995. т.2. – С.70.

33. Швецов А.Г. Организация и методика исследования и оценки физического развития и состояния здоровья детей и подростков: Учеб. метод. рек.- Караганда, 2004.- 61 с.

34. Яковлева Э.Б., Середа Э.П., Середенко Л.П. Значение образа жизни в профилактике беременности у подростков // Материнство и детство.-2003.-№6-7.-С.36-37.

35. Яковлева Э.Б., Середенко Л.П., Костенко В.С. Психосоциальные проблемы профилактики беременности у подростков // Педиатрия.-2003.-№10.-С.85-88.

36. Гуркин Ю.А. Механизм ухудшения здоровья потомства // Тез. сб. «Перинатальные грани репродуктологии и детской гинекологии».- СПб.-2004.-С.103.

37. Прохоров О.В. Оценка состояния новорожденных у юных матерей // Тез. Сб. «Перинатальные грани репродуктологии и детской гинекологии».- СПб.-2004.-С.49-51.

38. Arenson J.D. Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers // J Pediatric Nursing. - 2004. – Vol.9, N.4. – P.251-257.

39. Armatage R.J., Luckas M.J. A randomized trial of 2 regimens for the administration of vaginal prostaglandins (gemeprost) for the induction of midtrimester abortion // Aust N.Z. Obst. Gyn. - 1996. – Vol.36, N.3. – P.296-299.

40. Barnet B., Duggan A.K., Wilson M.D. et al. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers // Pediatrics. - 1995. – Vol.96, N.4. – P.659-666.

41. Beilenson P.L., Miola E.S., Farmer M. Politics and practice: introducing Norplant into a school-based health center in Baltimore // American Journal of Public Health. - 1995. – Vol.85, N.3. – P.309-311.

42. Biswas A., Roy S. A comparative study of the efficacy and safety of synthetic prostaglandin F<sub>2</sub> derivative and 15-methyl prostaglandin F<sub>2α</sub> in the termination of midtrimester pregnancy // J. Indian. Med. Assoc. - 1996. – Vol.94, N.8. – P.292-293.

43. Bloom K.C. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents among post-partum and post-abortion adolescents // Contraception. - 1995. – Vol.44, N.5. – P.284-289.

44. Blumenthal P.D., Wilson L.E., Remsburg R.E. et al. Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortion adolescents // Contraception. - 2004. – Vol.50, N.5. – P.451-460.

45. Bolden L., Williams B.G. A measurement of self-esteem in pregnant teenagers // Clinical Nursing Research. - 2005. – Vol.4, N.2. – P.223-231.

46. Bozkaya H., Mocan H., Usluca H. et al. A retrospective analysis of adolescent pregnancies // Gynecologic & Obstetric Investigation. - 2006. – Vol.42, N.3. – P.146-150.

47. Burrows R., Rosales M.E., Alayo M. et al. Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescents // Revista Medica de Chile. - 2003. – Vol.122, N.5. – P.510-516.

48. Camp B.W. Adolescent mothers and their children: changes in maternal characteristics and child developmental and behavioral outcome at school age // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. - 2005. – Vol.17, N.3. – P.162-169.

49. Chapman S.J., Grispens M., Owen J. et al. Complications of midtrimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery //

Am. J. Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol.175, N.7. - P.89-92.

50. Chen H.M., Jin J.C. Body image cognition, behavior and social support of married pregnant adolescents during the third trimester // Kaohsiung Journal of Medical Sciences. - 1996. - Vol.12, N.6. - P.370-380.

51. Dukewich T.L., Borkowski J.G., Whitman T.L. Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors // Child Abuse & Neglect. - 2006. - Vol.20, N.11. - P.1031-1047.

52. Erickson P.I. Contraceptive methods: do Hispanic adolescents and their family planning care providers think about contraceptive methods the same way? // Medical Anthropology. - 2004. - Vol.17, N.1. - P.65-82.

53. Fitzpatrick C.C., Fitzpatrick P.E., Turner M.J. Profile of patients attending a Dublin adolescent antenatal booking clinic // Irish Medical Journal. - 1997. - Vol.90, N3. - P.96-97.

54. Flanagan P.J., Coll C.G., Andreozzi L. et al. Predicting maltreatment of children of teenage mothers // Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. - 2005. - Vol.149, N.4. - P.451-455.

55. Flanagan P.J., McGrath M.M., Meyer E.C. et al. Adolescent development and transitions to motherhood // Pediatrics. - 2004. - Vol.96, N.2. - P.273-277.

56. Gallais A., Robillard P.Y., Nuissier E et al. Adolescence et maternité en Guadeloupe. A propos de 184 observations // Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction. - 2006. - Vol.25, N.5. - P.523-527.

57. Gordon C.P. Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy // Adolescence. - 2006. - Vol.31, N.123. - P.561-584.

58. Kendall J., Peterson G. A school-based mental health clinic for adolescent mothers // Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing. - 2005. - Vol.9, N.2. - P.7-17.

59. Kosunen E.A., Rimpela M.K. Towards regional equality in family planning: teenage pregnancies and abortions in Finland from 1976 to 1993 // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. - 1996. - Vol.75, N.6. - P.540-547.

60. Neighbors B.D., Forehand R., Bau J.J. Interparental conflict and relations with parents as predictors of young adult functioning // Development & Psychopathology. - 2001. - Vol.9, N.1. - P.169-187.

61. Ostrovskaya E.A., Susloparov L.A., Tatarova N.A. The particularities of the schoolgirl nutrition // Abstracts. XII World Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology - Helsinki, Finland, 1998.

62. Ostrovskaya E.A., Susloparov L.A., Tatarova N.A. "Little mammy" - the programme of obstetric aid in adolescents // Adol. Gynec. Reprod. Menop. - 1998. - Vol.10, N.4. - P.378.

63. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні: Ситуаційний аналіз / Українська Асоціація планування сім'ї. - Київ, 1999. - 92 с.

64. Stevens-Simon C. McAnarney E.R. Roghmann K.J. Forbes G.B. Composition of gestational weight gain in adolescent pregnancy // Journal of Maternal-Fetal Medicine. - 2006. - Vol.6, N.2. - P.79-86.

УДК 618.14-006.363:618.3/5]-08

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ**

*Агайдаров Р.Д.*

**MODERN CONSIDERATION ON WOMAN PREGNANCY AND DELIVERIES  
WITH LEIOMYOMA**

*Agaidarov R.D.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Одной из самых важных проблем акушерско – гинекологической практики является проблема роста частоты и «омоложения» лейомиомы матки. Зачастую, лейомиома стала являться находкой при диагностике беременности у женщин от 20 до 25 лет. Наиболее часто встречающимися осложнениями беременности при лейомиоме являются невынашивание и фето – плацентарная недостаточность. В родах при имеющейся лейомиоме чаще возникают аномалии родовой деятельности, показания к оперативному родоразрешению и послеродовые кровотечения. Таким образом, сочетание беременности с лейомиомой требует строгого и индивидуального контроля со стороны врача акушера – гинеколога и самой пациентки.

**Ключевые слова:** лейомиома, беременность, роды, плод.

**Resume.** On of the main problems of obstetrics and gynecology practice is the problem of growth of frequency and uterus rejuvenation of leiomyoma. Often, leiomyoma became the finding of pregnancy diagnostic of women from 20 to 25 years old. The most often meet complications of pregnancy by leiomyoma are child bearing and feto-placental insufficiency. In this delivery with leiomyoma appear anomalies of delivery activity, evidences for operation delivery and after birth bleeding. In this way, combination pregnancy with leiomyoma demand strict and individual control by the gynaecologist and of course by the patient.

**Key words:** leiomyoma, pregnancy, labor, a fruit.

Среди множества важных проблем акушерско-гинекологической практики беременность у женщин с лейомиомой матки в последние годы приобретает все большее значение, так как с одной стороны возрастает число женщин, страдающих этим заболеванием в возрасте 20-25 лет, с другой – ежегодно возрастает число женщин старше 30 лет, не успевших реализовать свою детородную функцию, частота лейомиомы у которых достигает 17-20% [1, 2, 4, 7, 10, 12]. При этом о наличии опухоли, как правило, женщина и врач впервые узнают с наступлением беременности.

В таком случае перед врачом стоит проблема решения вопроса о возможности

вынашивания наступившей беременности или ее прерывания, особенностях наблюдения таких женщин в период гестации, ведения родов.

Ряд исследователей указывает на возможность у некоторых женщин неосложненного течения беременности и самопроизвольного родоразрешения через естественные родовые пути. Однако, у большинства беременных с лейомиомой матки возникают серьезные осложнения и развивается фетоплацентарная недостаточность. Наиболее часто встречающимися осложнениями являются угрожающее прерывание беременности и невынашивание. В связи с этим в литературе обсуждается вопрос о

возможности вынашивания беременности, поскольку, по данным многих авторов, как в прошлые годы, так и в настоящее время, при данной патологии частота невынашивания беременности колеблется от 30 до 75 %. Это осложнение чаще всего вызывается нарушением гормональной функции яичника, возможно, деформацией полости матки и повышением ее сократительной активности и возбудимости при недостаточной способности к расслаблению. Пока не установлена четкая зависимость частоты невынашивания от размеров опухоли, количества узлов на матке и их локализации. Мнения отдельных авторов на этот счет противоречивы. Возможно вынашивание беременности при наличии больших узлов и их большом количестве; в то же время может не вынашиваться беременность и при наличии на матке одного узла. Отсутствует и четкая связь с расположением узлов. Очень неблагоприятна локализация плаценты в области узла, в таких случаях, как правило, значительно выражены клинические проявления угрожающего невынашивания беременности и часто последняя прерывается [2, 3, 8, 9, 13].

Роль лейомиомы матки в развитии невынашивания беременности до сих пор не определена, однако 15-22% женщин с лейомиомой матки страдают привычным невынашиванием.

Проводимые исследования, рядом авторов, позволили установить, что наиболее частой патологией как у беременных с лейомиомой матки, так и с рубцом на матке после миомэктомии остается угроза прерывания беременности. Эта патология чаще диагностируется у беременных с рубцом на матке после миомэктомии и почти в два раза чаще у пациенток из группы после лапаротомной миомэктомии. У обследуемых с рубцом на матке после миомэктомии, помимо частой диагностики угрозы прерывания беременности, серьезной проблемой остается возможность определения состоятельности или несостоятельности рубца на

матке из – за недостоверности ультразвуковых критериев.

Сложность проблемы лейомиомы матки и беременности несомненна еще и потому, что общеизвестен факт быстрого роста лейомиомных узлов во время беременности, иногда наблюдающийся их некроз [3, 5, 6, 10, 14]. В этом случае может присоединиться инфекционное воспаление, тромботические или тромбоэмболические осложнения [7, 8].

Таким образом, наиболее опасным, хотя и более редким, является некроз лейомиоматозного узла вследствие нарушения целостности питающих узлов сосудов. Наряду с этим возможны неправильные положения плода, маточные кровотечения при подслизистом расположении узлов, аномалии развития плода, послеродовые кровотечения, поздние гестозы беременных. Наличие лейомиомы может неблагоприятно сказываться на развитии и питании плода, на что указывали еще акушеры-гинекологи прошлых лет. Особенно актуален этот вопрос в настоящее время, поскольку во многих странах мира наблюдается снижение рождаемости.

В работах, касающихся состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с лейомиомой, указывается, что лейомиома матки является одним из факторов развития фетоплацентарной недостаточности, а это, в свою очередь, может способствовать задержке внутриутробного развития плода и даже его антенатальной гибели. Возрастает частота фетоплацентарной недостаточности при наличии множественных узлов на матке и при расположении плаценты в проекции узла. Особенно способствует возникновению фетоплацентарной недостаточности интрамуральное расположение узлов, при котором особенно выражены нарушения маточно-плацентарного кровообращения. При расположении плаценты в области крупного интрамурального узла происходят истончения участков плаценты, повышения отложения фибриноида, выра-

женные атрофические и дистрофические изменения в ней, что приводит к снижению основных функций плаценты [2, 5, 7, 11].

В то же время в организме беременных с лейомиомой матки развиваются компенсаторно-приспособительные реакции, направленные на нормальное развитие плода, в том числе и в плаценте, появление новых молодых ворсин хориона, улучшается кровоток в ворсинах.

Таким образом, причинами развития плацентарной недостаточности при лейомиоме матки являются снижение кровотока в плаценте и наличие в ней структурных изменений, изменение соотношения уровня гормонов фетоплацентарного комплекса и воздействие неблагоприятных факторов, усугубляющих эти изменения [5, 8, 10, 14].

В зависимости от этих характеристик различают низкую и высокую степень риска возникновения возможных осложнений беременности при наличии лейомиомы матки. К низкой степени риска относятся ситуации, когда лейомиоматозные узлы расположены межмышечно или подбрюшинно; в дне или в теле матки; размерами до 5-6 см в диаметре; в количестве не более 4; деформации полости матки нет; структура узлов по данным ультразвукового исследования (УЗИ) не изменена; узлы расположены вдали от плаценты. О высокой степени риска возникновения осложнений свидетельствует: межмышечное или подслизистое расположение узлов; их расположение в нижних отделах матки; размеры узлов 7 см и более; более 5 лейомиоматозных узлов; деформация полости матки лейомиоматозными узлами; нарушение структуры лейомиоматозных узлов по данным УЗИ; плацента располагается в проекции лейомиоматозных узлов [1, 5, 7, 9, 10].

В наибольшей степени это выражено при расположении плаценты в проекции лейомиоматозного узла, что проявляется нарушением строения и функции плаценты, и влечет за собой недостаточное поступление к плоду кислорода и питательных ве-

ществ, и в некоторых случаях – задержку развития плода. В этом случае возможна также и преждевременная отслойка плаценты, сопровождающаяся кровотечением, и угроза невынашивания беременности [3, 4, 7, 8, 14].

В оценке степени риска определенное значение имеют возраст беременной, перенесенные заболевания; наследственная отягощенность. При высокой степени риска осложнений для матери и плода вопрос о возможности сохранения и пролонгирования беременности решается строго индивидуально. Строгими показаниями для прерывания беременности являются: подозрение на злокачественное перерождение опухоли, расположение миомы в шейке матки; большие размеры и множественность лейомиоматозных узлов, охватывающих большую часть тела матки; подслизистое расположение узлов; нарушение кровоснабжения узла [2, 5, 9].

Таким образом, при возникновении беременности трудно предсказать ее течение и исход. Все акушеры-гинекологи, занимающиеся данной проблемой, указывают на значительное увеличение частоты осложнений при беременности и в родах, а также перинатальной патологии. Общеизвестно, что течение и исход беременности зависят от локализации и размеров опухоли, расположения плаценты, состояния фетоплацентарной системы [2, 7, 14]. Важно помнить, что во время беременности происходит увеличение размеров миоматозных узлов, поэтому необходимо расценивать клиническое значение каждого узла, исходя не из тех размеров, которыми он обладает в настоящий момент, а учитывая его возможности увеличения [1, 5, 8, 9, 11].

Беременность на фоне неадекватного кровоснабжения матки и активно протекающих некробиотических процессов в лейомиоматозных узлах не показана. Одним из объективных показателей кровоснабжения миометрия может служить регистриру-



емая максимальная артериальная скорость кровотока в маточных артериях.

Течение беременности, родов и послеродового периода у данного контингента женщин сопровождается рядом осложнений. В связи с длительным течением угрозы прерывания у пациенток с лейомиомой матки и высоким риском развития на этом фоне острой дегенерации узлов часто беременным необходима длительная госпитализация для проведения терапии, направленной не только на лечение, но и на профилактику данной патологии. Сохранение беременности при наличии узлов лейомиомы размером более 100 мм., выявленных в первом триместре, возможно, но ведение беременности у таких пациенток требует от акушеров тщательного наблюдения и проведения своевременных профилактических и лечебных мероприятий, поскольку неэффективность терапии острого нарушения питания опухоли может привести к необходимости экстренного оперативного лечения и к преждевременному прерыванию беременности [3, 10, 12].

Роды на фоне миомы матки иногда так же могут протекать с отклонениями от нормы. Узлы миомы больших размеров, расположенные около шейки матки, могут являться механическим препятствием для рождающегося плода. В таких случаях возникает необходимость в операции кесарева сечения. Следует отметить, что во время

таких операций в высоко квалифицированных акушерско-гинекологических учреждениях возможно параллельное удаление узлов. При естественном течении событий в родах у женщин с миомой матки чаще возникает дискоординированная родовая деятельность, слабость, что требует тщательного индивидуального наблюдения во время родов и своевременного решения вопроса о кесаревом сечении при отклонении от нормального течения родов. В третьем периоде родов несколько чаще встречается неполное отделение плаценты, снижение сократительной способности матки. Эти осложнения чреваты повышенной кровопотерей. В послеродовом периоде чаще бывает замедленное обратное развитие матки, особенно при большом количестве узлов [4, 7, 11, 14].

Таким образом, имеющаяся в литературе информация свидетельствует о том, что сочетание беременности с лейомиомой матки требует, как от беременной, так и от наблюдающего эту пациентку врача, пристального внимания к характеру течения беременности и к состоянию плода. Необходимо проводить целенаправленную профилактику возможных осложнений, а при необходимости, своевременное их лечение. Следует заблаговременно госпитализировать беременную в стационар для решения вопроса о сроках и способе родоразрешения.

#### **Литература**

1. Базанов П.А., Волков Н.И. Миома матки и нарушения репродуктивной функции // Проблемы репродукции. - 2002. - №4. - С. 16-18.
2. Буянова С.Н., Логутова Л. С., Бабунашвили Е.Л., Горбунов Т. Н. Репродуктивный прогноз при миоме матки // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - № 3. - С. 47-49.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки. - М.: МЕДпресс-информ, 2001. - С. 78-80.

4. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. - М.: МЕДпресс-информ, 2001. - С. 342.
5. Кустаров В.М. Консервативная миомэктомия при операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 2001.- №2. - С. 54-55.
6. Краснополяский В.И., Сергеев П.В., Гаспарян Н.Д. и др. Беременность и прогестеронзависимая миома матки // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003.- № 3. - С. 55-57.
7. Краснополяский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. - М: Миклош, 2005. - 162 с.
8. Краснополяский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки //

Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - № 5. - С. 74-76.

9 Сидорова И.С. Миома матки. - М.: МИА, 2003. - С. 27-32.

10 Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. М.: МИА, 2006. - С. 64-65.

11 Cobellis L, Pecori E., Cobellis G. Hemostatic technique for myomectomy during cesarean section // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2002. - Vol. 79. - P. 261.

12 Cooper N.P., Okolo S. Fibroids in pregnancy - common but poorly understood // Obstet. Gynecol. Surv. - 2005. - Vol. 60. - P. 132.

13 Ehigiegba A.E., Ande A.B., Ojobo S.I. Myomectomy during cesarean section // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2001. - Vol. 75. - P. 21.

14 Jabiry-Zieniewicz Z., Gajewska M. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas // Ginekol. Pol. - 2002. - Vol. 7. - P. 271.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСТАНА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ» (Обзор данных)**

*Буйлашев Т.С., Соколинская С.Г.*

**REALIZATION OF THE RIGHTS OF CHILDREN OF KYRGYZSTAN ON HEALTH PROTECTION ON AN EXAMPLE OF PERFORMANCE OF THE STATE PROGRAM "NEW GENERATION" (the review of data)**

*Bujlashev T., Sokolinskaja S.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье приводятся данные за последние 5 лет об эффективности проводимых мероприятий в области охраны здоровья детей, гарантированных Государственной программой «Новое поколение».

**Ключевые слова:** дети, право, здоровье, организация здравоохранения.

**Resume.** In the article we give some data about efficiency of spent actions in the field of health protection of children guaranteed by the State program "New generation".

**Key words:** children, right, health, health service organization.

Законодательство Кыргызской Республики (КР) в области обеспечения прав детей гарантируется Конституцией КР, Кодексом КР о детях, и другими нормативными правовыми актами КР. Кодекс КР о детях принят Жогорку Кенешем КР 9 июня 2006 г. Целями Кодекса является защита гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, законных интересов и свобод детей. В области здравоохранения статья 36 Кодекса гласит: «Каждый ребёнок имеет неотъемлемое право на жизнь, охрану, и укрепление здоровья». Инструментом для исполнения этого основного положения Кодекса являются Национальная программа «Манас таалими», Государственная программа «Новое поколение» и др. Разработаны Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 г. (2006 г.) и Перинатальная программа (приказ МЗ КР № 315 от 20/6/08), ориентиро-

ванные на практические действия для решения проблем в области охраны материнства и детства.

Настоящий обзор касается исполнения Государственной программы «Новое поколение» с 2005 г. в НЦОхМиД, итогов мониторинга её ключевых положений в области медицинского обслуживания детей, а также оценки партнёрского сотрудничества между медицинскими и международными организациями. Госпрограмма «Новое поколение» разработана для реализации Декларации в плане действий «Мир, пригодный для жизни детей», принятых резолюцией S-27/2 на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по положению детей, в мае 2002г, а также государственной политики КР в отношении семьи и детей. Программа «Новое поколение» в новой редакции утверждена Постановлением Правительства КР от 30/9/04 №728, носит

многосекторный характер и рассчитана на период до 2010 г.

В период реформирования здравоохранения в КР в 2004 г. стоял вопрос о разработке механизма бесплатного лечения и медикаментозного обеспечения детей до 2 лет. По программе государственных гарантий на 2005 г. (№110 от 26/2/05) бесплатное медицинское обслуживание и лечение получали дети до 1 года. Таких детей через клиники НЦОхМиД в 2005 г. прошло 2374 (20%). Дети других возрастных групп имели льготы по инвалидности, льготы также распространялись на детей из Детских домов или интернатов, из многодетных семей и детей «чернобыльцев». В 2006 г. сфера предпочтений детям расширилась: согласно Постановлению Правительства КР от 30/1/06 №46 «О программе Государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью» бесплатное лечение было гарантировано детям до 5 лет включительно. Таких детей в 2008 г. в клиники НЦОхМиД поступило 4250 (33,5%).

С начала реализации действующего Постановления Правительства остро стоял вопрос о восстановлении индустрии детского питания и 100% обеспечения им детей раннего возраста. В течение последних 5 лет в республике функционируют 5 детских молочных кухонь, из них 2 государственные (гг. Бишкек, Ош) и 3 частные (гг. Жалалабат, Кара-Балта, Таш-Кумыр). Мощность государственных кухонь составляет 400 литров молочной продукции в день, частных – 100-200 литров. Существующие кухни независимо от формы собственности обеспечивают примерно 10% от потребности населения в детском питании. Что касается производственного отдела питания НЦОхМиД, то мощность его производства за 5 лет выросла на 25%. В Центре в настоящее время производятся закваски детского и лечебного питания, препараты лекарственного назначения по 12 наименованиям, внедрены в производство витами-

низированные кисломолочные продукты «Витабаланс», «Лактобаланс», «Биовит» для профилактики микронутриентной недостаточности. Все молочные кухни республики обеспечиваются заквасками для биолакта и творога.

Для решения актуальных задач, стоящих перед научной и практической педиатрией в воспитании здорового ребёнка, особое место занимают вопросы питания детей. За минувшие 5 лет разработана Национальная политика продовольственной безопасности детей. Она включает в себя следующие основополагающие документы:

- Закон «О защите грудного вскармливания и регулирования маркетинга продуктов искусственного питания детей» (сотрудники НЦОхМиД в числе разработчиков);

- Физиологические нормы потребления энергии и пищевых ингредиентов для детей и подростков (0-17 лет) с учётом рекомендаций ВОЗ, разработаны совместно с кафедрой гигиены Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА). Результаты исследования вошли в методические рекомендации «Питание детей школьного возраста» и «Питание в детских дошкольных образовательных организациях».

- Пересмотрены и разработаны нормы питания для детей, находящихся в домах ребёнка, Детских домах и Школах-интернатах.

- Сотрудники отдела питания НЦОхМиД участвовали в подготовке и разработке «Концепции Национальной политики в области здорового питания населения КР на период до 2010 г.».

В целях улучшения качества медицинской помощи детям на уровне первичного звена ЛПО по искоренению микронутриентной недостаточности, исполнения Национальной политики в области здорового питания населения КР на 2005-2010 гг. и внедрения программного компонента ВОЗ «Здоровье/питание матери и ребёнка»,

в НЦОхМиД создан Республиканский Центр по профилактике микронутриентной недостаточности. Повсеместно в республике проведена саплементация витамином А детей до 5 лет и родильниц. По данным мониторинга, саплемент получили 98% детей и 74% женщин (в первые дни после родов). Этой работе предшествовала значительная подготовительная и координационная деятельность Центра: для ЛПО всех уровней изданы методические рекомендации «Недостаточность витамина А у детей», во всех областях республики проведены семинары по саплементации витамином А и фортификации продуктов питания железом.

По данным Республиканского медицинского информационного центра (РМИЦ), в 2004 г. анемия, связанная с дефицитом железа (ЖДА), обнаружена более чем у 100.000 человек, у детей до 14 лет этот показатель составил 3547 на 100 тыс. населения. Целями развития тысячелетия (ЦРТ), система здравоохранения и Национальная стратегия сокращения бедности ориентированы на снижение заболеваемости ЖДА к 2010 году на 30%. Для достижения ЦРТ разработаны программы по снижению анемии у детей до 3 лет жизни, лактирующих и беременных женщин (7-16 недель). Контрольные исследования проводятся через 3 и 6 месяцев. В экспедиционных условиях (Нарынская область) осмотрено 890 человек, из них 420 детей. Все нуждающиеся были обеспечены антианемическим препаратом «Спринклз». В 2008 г. показатель заболеваемости ЖДА по некоторым позициям снизился и составил у детей до 14 лет 2248,6, у детей до 1 года - 9306,6 на 100 тыс.

Подобная работа по профилактике анемии была проведена и в Таласской области (пилотные районы Бакай-Атинский, Кара-Бурунский). В этих районах осмотрены и обследованы 8000 детей и 200 женщин, больных ЖДА. Они также пролечены антианемическим препаратом «Спринклз», а сведения о результатах лечения обобщены

в клиническом руководстве по диагностике, профилактике и лечению ЖДА (2008 г.). По материалам руководства, проведены семинары для врачей первичного звена по профилактике и лечению ЖДА у детей и женщин (г. Каракол, Джеты-Огузский район, Нарынская область). Эта работа осуществлена при финансовой поддержке ЮНИСЕФ. Поскольку успех профилактики анемии зависит не столько от системы здравоохранения и предоставления медицинских услуг, но от образа жизни и культуры здоровья в целом, сотрудниками НЦОхМиД проводились беседы и лекции для населения, которые посетили 1500 человек. В работе с населением эффективно использовано партнерство с сельскими Комитетами здоровья, с которыми проведены тренинги по вопросам рационального питания и профилактики анемии.

По проекту АБР изучена распространенность гельминтозов и зависимость анемии от инвазии паразитов у женщин в 4 пилотных районах Ошской области. Инвазия паразитов выявлена у 50%, анемия – у 53% обследованных. Проведена дегельминтизация инвазированных. Для лечения ЖДА сведения переданы в ГСВ по месту жительства.

Обследование и бесплатное лечение детей с анемией ясельного и дошкольного возрастов проведено в районе новостройки г. Бишкек (Келечек).

Что касается третьего нутриента, подлежащего коррекции, йода, то в 2005 г. в НЦОхМиД для выполнения поставленной задачи было создано научное подразделение по изучению особенностей эндокринной патологии у детей. Сотрудники подразделения приняли участие в разработке Национальной программы «Снижение уровня йододефицитных заболеваний в КР на 2003-2007 гг.». В рамках упомянутой программы обследовано детское население Чуйской области на наличие патологии щитовидной железы, разработана программа по выявлению и коррекции нарушенной

функции щитовидной железы, проведена саплементация детей йодсодержащими препаратами.

Для врачей ЛПО всех уровней разработаны и изданы методические рекомендации «Йододефицитные заболевания: зобная эндемия у детей республики. Профилактика», по материалам рекомендаций проведены выездные семинары с медработниками Чуйской и Таласской областей.

Если для оценки эффективности проводимых мероприятий использовать в качестве индикатора распространённость патологии щитовидной железы (эндемический зоб), можно отметить благоприятную динамику показателей. Так, по данным РМИЦ, в 2004 г. заболеваемость эндемическим зобом среди детей до 14 лет в КР составила 5160 на 100 тыс., в 2008 г. она снизилась и составила 3087,7‰. В Чуйской области, где проводились научные исследования, эти показатели зарегистрированы соответственно на уровне 3950,2‰ - в 2004 г. и 2939‰ - в 2008 г.

Программой предусмотрено восстановление здравниц с использованием природных источников и ресурсов (озеро Иссык-Куль, спелеолечебница Чон-Туз) для реабилитации детей с хроническими формами заболеваний. НЦОхМиД не входит в число исполнителей программы, но представляет информацию в рамочных границах на примере больных бронхиальной астмой и атопическими дерматозами. При выписке из стационара рекомендации о курортном лечении получают 90% больных, но, в связи с переходом на коммерческую деятельность оздоровительных учреждений на озере Иссык-Куль и спелеолечебницах Чон-Туз и низким социальным статусом больных, санаторно-курортное лечение получают не более 3 детей в год из числа нуждающихся.

В направлении исправления случившихся перекосов в период реструктуризации объектов здравоохранения предпринимаются некоторые шаги. Так, по заданию

Минздрава сотрудником НЦОхМиД проведена экспертная оценка работы детского санатория Ак-Суу, обосновано предложение о придании ему статуса Национального реабилитационного учреждения.

В структуре причин перинатальной смертности в 14,4% случаев обозначены врождённые аномалии развития (РМИЦ, 2004 г.). Они стоят на 3 месте по частоте, после асфиксии и незрелости. В Центре «Брак и семья» проводится прекоцепционная подготовка к беременности и родам, позволяющая оздоровить супружеские пары и предупредить рождение больных детей и детей с врождёнными пороками развития (инвалидов). Центр рассчитан на 11 тыс. посещений в год. Ежегодно здесь обследуются и получают лечение примерно 200 пар с бесплодием и 300 – с воспалением, у половины их них наступает беременность.

Вопросам вредного влияния отходов промышленного производства и хвостохранилищ на здоровье населения в последнее время уделяется повышенное внимание. Международное сообщество выделяет финансовые средства на нивелирование вредного воздействия на здоровье населения и санитарное оздоровление этих зон. Работа по изучению состояния здоровья детей в отчуждённых зонах осуществляется сотрудниками НЦОхМиД с 2005 г. Медицинское обследование 223 детей в возрасте 10-17 лет проведено на территории хвостохранилища промышленных отходов кремний добывающего завода села Орловка. Обнаружено, что патология печени и почек чаще встречается в группе детей, занимающихся тяжёлым физическим трудом, в сочетании с проживанием в неблагополучной экологической зоне. Изучено влияние экосреды на здоровье детей в экологически неблагополучном районе Бакай-Ата. В районах хвостохранилищ первичная помощь оказана 160 детям в пгт. Минкуш и 350 – в селе Барскоон (2005 г.). Мониторинг состояния здоровья детей этих мест не проводился из-

за отсутствия финансирования. Поскольку проведенные исследования разрозненны и не выявили специфической региональной патологии, а также из-за отсутствия единого методологического подхода при обработке материала, судить о специфике и объеме патологических расстройств у детей в указанных зонах нет возможности. В течение 2009-2010 гг. планируется провести мониторинг и унифицировать подходы к оценке клинических исследований, т.е. разработать программу действий.

Раннему выявлению и профилактике заболеваний в детских дошкольных учреждениях и школах МЗ КР и Департамент здравоохранения г. Бишкек уделяют большое внимание. Индикаторами успеха проводимой работы являются объем мероприятий по обеспечению медико-санитарного надзора и улучшение показателей здоровья детей. В НЦОхМиД с 2006 г. ведутся научные исследования по изучению заболеваемости школьников. Регулярные осмотры проведены в 6 средних школах г. Бишкек. Всего осмотрено 4512 детей. Установлено, что самой частой патологией у школьников являются заболевания ЖКТ (70%) и билиарной системы (92%).

Сотрудники НЦОхМиД приняли участие в реализации Проекта ВОЗ «Здоровые школы». В пилотных районах (г. Кызыл-Кия, Карасуйсий и Араванский районы Ошской области) осмотрены школьники различных возрастных групп. Проведено анкетирование школьников, их родителей и учителей по вопросам формирования ЗОЖ. Такие же исследования проведены во всех областях республики.

Разработана и представлена в МЗ КР Региональная Интегрированная Программа «Профилактика болезней органов дыхания среди детского населения Кыргызстана» до 2015 г.

Проведено обследование 250 детей ясельного возраста, проживающих в новостройке «Келечек» г. Бишкек с целью скрининга ЖДА. По результатам исследо-

вания установлено, что ЖДА страдают 89% детей первых 3 лет жизни. Все они бесплатно пролечены сульфатом железа.

Сравнительные данные по заболеваемости детей до 14 лет в статистическом справочнике РМИЦ приводятся только по республике. В 2004 г. заболеваемость детей в республике на 100 тыс. составила 45373,9, в 2008 г. – 31394,0. Уменьшение заболеваемости, возможно, связано и с проводимыми по программе мероприятиями, но в большей степени, по-видимому, зависело от качества медицинского наблюдения, обращаемости населения, благоприятной ситуации в стране и др.

Известно, что первый этап реформы здравоохранения был направлен на укрепление звена первичной медико-санитарной помощи при концентрации ресурсов в сфере оказания специализированных медицинских услуг (1998-2003 гг.). Второй этап реформы направлен на восстановление справедливого доступа населения к медицинским услугам и рассчитан до 2010 г. В области педиатрии этот тезис предполагается реализовать в качественное улучшение медико-социального обеспечения детей в ЛПО (запрет на перепрофилирование и закрытие ЛПО детского профиля, внедрение концепции школьной медицины). Для решения этой задачи МЗ КР и сотрудниками НЦОхМиД разработан проект «Национальная стратегия по охране здоровья детей и подростков в КР». Программа представляет собой комплексное решение проблем в области охраны здоровья детей и подростков и отражает основные направления, стратегические цели и задачи политики Министерства здравоохранения в данной области. Ее реализация будет строиться на основе национального законодательства, приоритетах прав человека, принципах гендерного равенства и развития партнерства в соответствии с международными обязательствами Кыргызской Республики, путем выполнения плана мероприятий, совершен-

ствования нормативно-правовой базы, механизмов управления.

Целью программы является снижение заболеваемости и смертности среди младенцев и детей до пяти лет путем внедрения комплекса стратегий, направленных на удовлетворение потребностей младенцев и детей раннего возраста в профилактических и лечебных услугах здравоохранения, а также потребностей подростков в профилактических и лечебных услугах репродуктивного здравоохранения.

Достижение целей программы будет способствовать достижению целей страны, обозначенных в Государственной программе реформы системы здравоохранения «Манас таалими» и достижению международным сообществом ЦРТ, в частности, ЦРТ 4 - «Снижение детской смертности», ЦРТ 5- «Совершенствование защиты материнства» и ЦРТ 6 «Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями».

В процессе реализации Программы будет использован подход, предполагающий самое активное участие всех партнеров с вовлечением системы здравоохранения и медицинских работников, сельских комитетов здоровья, членов сообщества, семей (в том числе людей старшего возраста).

Социально-экономическая ситуация в республике диктует необходимость пересмотра норм содержания детей-сирот в госучреждениях, а также детей, оставшихся без попечения родителей. С учётом минимальной потребительской корзины и рекомендаций ВОЗ на этот счёт в НЦОхМиД совместно с КГМА разработаны нормы потребления БЖУ и калорий для всех возрастных групп детей и взрослых. Разработанные нормы позволят научно обосновать достаточное обеспечение калорийного и витаминного питания детей в госучреждениях.

Питание детей в Домах ребёнка, Детских домах, Интернатах явилось предметом изучения при исследовании на тему: «Ме-

дики-социальные аспекты охраны здоровья детей из группы повышенного риска в Кыргызской Республике».

В рамках названной НИР впервые в КР проведено комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья детей, воспитывающихся без родителей.

Выявлен низкий уровень физического развития детей, воспитывающихся в детских домах. Так, масса тела детей до 1 года лишь в 19,5% случаев соответствует норме, у большинства детей она ниже нормы (68,3%). Такая же картина отмечается и в других возрастных группах. Существенных нарушений в организации питания детей обследуемых учреждений не выявлено.

Отставание в физическом развитии этих детей в значительной мере связано с наличием тяжелого соматического заболевания (расщелина твердого неба, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны желудочно-кишечного тракта, врожденные пороки сердца, глубокая умственная отсталость и т.д.), или с инфекционной патологией.

Дети с ограниченными возможностями, по показателям первичной инвалидности РМИЦ, составили в 2004 г. 15,6 на 10 тыс. населения. Общество признаёт необходимость медицинских и социальных предпочтений этой категории больных. В 2006 г. вышло Постановление Правительства «Об утверждении Комплекса мер Государственной поддержки инвалидов на 2006-2010 гг.». Программой «Новое поколение» предполагалось на базе детских учреждений создать лечебно оздоровительные комплексы для детей с особыми нуждами. На базе НЦОхМиД такой комплекс не создан, однако в клинических отделениях проходят лечение более 1000 детей-инвалидов в год. Для детей раннего возраста с нарушениями ЦНС разработана и апробирована программа реабилитации с использованием новейших технологий. В результате улучшились качество обслужи-



вания этих детей и доступ к социальным услугам. Обследование и лечение инвалидов проводится бесплатно, в том числе бесплатно оказываются высокотехнологичные виды медицинской помощи (гемодиализ, шунтирование, коррекция врождённых пороков, обследование на ЯМРТ) для части детей. К концу срока выполнения программы количество детей-инвалидов несколько сократилось (12,9 на 10 тыс. населения в 2008 г.), улучшилось качество их жизни.

Укрепление репродуктивного здоровья подростков и снижение уровня нежелательной беременности и аборт в последнее время выходит из тени дискриминирующих стереотипов в обществе и включено в несколько декларирующих документов: «Национальная стратегия репродуктивного здоровья населения КР до 2015 г.», «Кыргызстан жаштары», «Новое поколение» и др. Программа реабилитации несовершеннолетних с ранней беременностью - предмет научных исследований, проводимых в НЦОхМиД, рассчитанных на 2 года. Консультативный приём девочек-подростков г Бишкек и республики ведётся в НЦОхМиД. Разработана информационно-образовательная программа по предупреждению беременности у девочек-подростков для населения и методическое пособие для врачей ЦСМ. Через средства СМИ и прямого общения на лекциях в средних школах, СУЗах, ВУЗах повышается информированность подростков и родителей по вопросам здорового сексуального и репродуктивного поведения путём внедрения ИОП (ЗОЖ, методология «Шаг за шагом»). На лекциях в учебных заведениях только в 2008 г. присутствовало более 3,5 тыс. слушателей. Удовлетворяются запросы молодёжи в контрацептивах.

Итак, выполнение Госпрограммы «Новое поколение» на конец 2008 г. выглядит следующим образом:

- Программа реализует ряд мер в рамках государственной политики в области охраны здоровья детей и подростков;

- Детям обеспечивается гарантированное государством оказание медицинской помощи, включая высокотехнологичные её виды;

- Обеспечивается научное обоснование применения мер по экологическому оздоровлению мест скопления промышленных отходов (на примере нарушения здоровья детей, проживающих в этих местностях);

- Разрабатывается (совершенствуется) механизм учёта детей с особыми нуждами;

- При сокращении до минимума базы для производства детского питания в республике, сохраняется научный и производственный потенциал отдела питания НЦОхМиД, способный при должном финансировании восстановить индустрию детского питания. Разработаны и законодательно закреплены основные направления «Концепции Национальной политики в области здорового питания населения КР на период до 2010 г.»;

- Проводятся значительные работы по профилактике микронутриентной недостаточности и связанных с нею патологических состояний (вит. А, железо, йод);

- Проводятся исследования в области социальной педиатрии.

- Статистические данные показателей здравоохранения по большинству позиций имеют положительную динамику.

Вместе с тем, необходимо остановиться на проблемах, сопровождающих выполнение настоящей программы и снижающих эффективность проводимых конкретных мероприятий:

- Очевидно, что охрана здоровья детей на современном этапе нуждается в правовом и ресурсном обеспечении.

- Проекты, финансируемые международными организациями, выполняются только в пилотных районах.

- Отсутствие финансирования не позволяет перенести накопленный положительный опыт в организации профилактики

ческих мероприятий в пилотных районах для внедрения повсеместно в республике.

- Проводимые исследования носят разрозненный характер, а отсутствие системного подхода при планировании работ снижают их ценность для организации здравоохранения.

Анализ показал, что для оценки измерения достижений результатов проводимой работы, недостаточно разработаны механизмы индикативных показателей или отсутствие доступной информации о них.

### **Пути преодоления барьеров**

Необходимы более тщательная проработка темы (проект) на стадии планирования, обоснование актуальности и финансового обеспечения, перспективные проработки для организации внедрения в республике, затем забота о привлечении спонсорских средств, отчёт, доступный для организаторов здравоохранения, медицинской общественности и органов самоуправления на местах.

- Для наиболее актуальной тематики необходим госзаказ с достаточными объёмами финансирования (например, перинатальная охрана плода) по системе выделения транша.

- Усиление контроля за целенаправленным расходованием средств и выплата последнего транша при улучшении соответствующих качественных показателей здравоохранения в области охраны материнства и детства.

- Долгосрочные планы нуждаются в значительных финансовых вложениях, поэтому требуют политического решения со стороны правительства.

УДК: 612.2+615.835.2+616.233-002+616-053

**ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО  
ПРОБЛЕМЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Кабаева Д.Д., Фуртикова А.Б., Наричына Л.М., Ахмедова Х.Р.,  
Сватковская О.В., Шайдерова И.Г., Омуралиева Т.У., Михайлова В.В.*

**RESULTS AND PERSPECTIVES OF SCIENTIFIC RESEARCH  
OF BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY AMONG CHILDREN  
OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

*Kabaeva D.D., Furtikova A.B., Naritsyna L.M., Ahmedova H.R.,  
Svatkovskaya O.V., Shaiderova I.G., Omuralieva T.U., Mihailova V.V.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Представлен краткий обзор основных результатов многолетних исследований, проводимых отделом пульмонологии по изучению особенностей течения бронхолегочной патологии у детей Кыргызстана. Рассмотрены проблемы совершенствования, повышения качества и эффективности помощи детям с бронхолегочной патологией.

**Ключевые слова:** пневмония, бронхит, гипоксия, адаптация.

**Resume.** Overview of the main results of long-term research implemented by Pulmonology Section on studying peculiarities of broncho-pulmonary pathology course among children of Kyrgyzstan is given. Problems of improving quality and efficiency of care to children having bronchopulmonary pathology are examined.

**Key words:** pneumonia, bronchitis, hypoxia, adaptation.

Болезни органов дыхания продолжают занимать ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности. Бронхолегочная патология составляет значительную часть в структуре заболеваемости и смертности детей в Кыргызской Республике. В связи с этим, проблема повышения качества и эффективности помощи детям с бронхолегочной патологией занимает особое место в ряду приоритетных направлений педиатрической науки [1, 2, 3, 4].

Для решения данной проблемы в 1974 г. в НЦАиП создан отдел пульмонологии, который первоначально состоял из 3 подразделений: аллергологии, респираторной патологии, лаборатории бактериологии. Первым руководителем отдела являлся Г.А. Комаров. Позднее дано обоснование к открытию научного подразделения реанимации и интенсивной терапии.

В 1982 г. все структурные подразделения были объединены в единый отдел респираторной патологии с группой интенсивной терапии, которым руководила Г.И. Рыжикова (1982-1993 гг.).

С 1992 г. в самостоятельные подразделения выделились отделения аллергологии и интенсивной терапии.

Научная работа отдела пульмонологии велась в следующих направлениях:

- изучение эпидемиологии и социально-гигиенических аспектов бронхолегочной патологии в различных регионах республики Кыргызстан;

- изучение особенностей этиологии, клиники, патогенеза основных форм острых, рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний с последующей разработкой эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации в условиях гор, жаркого климата, современ-

ного сельскохозяйственного производства, интенсивного применения пестицидов, различных отраслей промышленности;

- разработка обоснований к перспективному использованию уникальных среднегорно-морских условий побережья озера Иссык-Куль и микроклимата высокогорных соляных шахт Кочкорского района при реабилитации детей с патологией органов дыхания. Исследования проводились в комплексе с лабораторией биохимических исследований, отделением функциональной диагностики, кафедрой педиатрии КГМА.

Основой всех мероприятий явились эпидемиологические исследования по распространенности болезней органов дыхания у детей республики с учетом всего многообразия факторов, способных прямо или опосредованно влиять на развитие патологии. Был проанализирован обширный материал, собранный в различных зонах страны (59181 наблюдение). Разработана и впервые применена методика трехэтапного выборочно-сплошного клинико-эпидемиологического исследования. Получены новые данные, освещающие влияние горного климата Внутреннего Тянь-Шаня и Памиро-Алая на распространенность, структуру и особенности клинического течения неспецифических бронхолегочных заболеваний у детей.

Проведены проспективные когортные исследования, направленные на выявление истинной распространенности всех форм аллергических и неспецифических воспалительных бронхолегочных заболеваний в зависимости от высоты местности, уклада и условий жизни, социально-демографических, медицинских, экологических и других причин, способствующих развитию заболеваний. Применен углубленный комплексный многофакторный анализ причин формирования патологии.

Изучены клинические и параклинические особенности адаптации к горноморскому климату побережья озера Иссык-Куль (1660м. над уровнем моря) у детей в возрасте 7-14 лет, больных наиболее распространенными формами бронхолегочной патологии – хронической пневмонией,

бронхиальной астмой, рецидивирующим бронхитом. Оценена динамика показателей, характеризующих состояние высшей нервной деятельности, функцию кардиореспираторной системы, гормонального статуса, факторы неспецифической резистентности и иммунологической реактивности. Получены свидетельства высокой эффективности использования горного и горноморского климата побережья Иссык-Куль в комплексе лечебных мероприятий при бронхолегочных заболеваниях у детей.

Сотрудники КНИИАиП впервые в педиатрической практике и пульмонологии республики доказали высокую эффективность уникального сочетания микроклимата соляных шахт и высокогорья в лечении бронхиальной астмы у детей.

Особое место уделено изучению механизмов развития затяжного течения острых пневмоний.

Разработаны рекомендации по интенсивной терапии пневмоний у детей раннего возраста на высокогорье, тактике инфузионной терапии, применению сердечных гликозидов, антигипоксантов, рациональному использованию антибиотиков.

Разработан комплекс реабилитационных мероприятий для предупреждения прогрессирования и развития инвалидизирующих форм заболеваний, определены объемы мероприятий по диспансеризации.

Разносторонние исследования сердечно-сосудистой системы проводились у детей старшего возраста с патологией органов дыхания. Было установлено, что возникающие при бронхиальной астме, рецидивирующем бронхите и хронической пневмонии нарушения вегетативной, адреналово-надпочечниковой системы, функции дыхания, а также гипоксия и гипоксемия, хроническая интоксикация оказывают негативное влияние на центральную и периферическую гемодинамику.

Оценено влияние различных предрасполагающих факторов, способствующих развитию и неблагоприятному течению БЛЗ в детском возрасте. Определены основные механизмы развития тяжелых форм бронхолегочной патологии у детей. Изуче-

ны особенности острых пневмоний, которым предшествовали острые кишечные заболевания и тяжелые преморбидные отягощения.

Доказана зависимость структуры и распространенности бронхолегочной патологии у детей, проживающих в сельской местности, от уровня применения пестицидов и регуляторов роста растений, наличия профессиональных вредностей у родителей – работников сельско-хозяйственного производства.

Доказана необходимость постоянного бактериологического мониторинга за этиологически значимой флорой. Изучена роль атипичных возбудителей в генезе БЛЗ.

Завершены темы НИР по изучению обструктивного синдрома при патологии респираторного тракта у детей, по мониторингу этиологически значимых патогенов в генезе острых бронхолегочных заболеваний и клинико-функциональных особенностей их развития, течения, исходов у детей в современных условиях.

На основании проведенных 29 исследовательских тем разработаны и внедрены в практику здравоохранения 17 методических рекомендаций, инструктивных указаний, писем, 2 приказа МЗ КР. Все они направлены на раннее выявление заболевших, правильное проведение диагностики, качественное лечение и реабилитацию детей с БОД.

В последнее десятилетие в силу ряда объективных социально-экономических причин сократились научные исследования проблемы бронхолегочной патологии, существенно снизилась возможность реабилитации детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями в уникальных условиях озера Иссык-Куль, применения

высокогорной спелеотерапии (уникальное сочетание микроклимата соляных шахт и горного климата) в лечебных целях в высокогорных соляных шахтах Чон-Туз.

Внедрение результатов НИР в практическое здравоохранение позволило снизить младенческую смертность от болезней органов дыхания, добиться уточнения структуры БЛЗ, оптимизировать программы комплексной терапии профильных больных в соответствии с этиологией и особенностями течения пневмонии. Благодаря международному сотрудничеству, обучению на семинарах по респираторной патологии, алгоритмы обследования больных и их реабилитации регулярно уточняются в соответствии с международными стандартами.

В перспективе следует направить усилия научной общественности на оптимизацию и повсеместное внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания, использовать накопленный опыт собственной работы, стран СНГ, дальнего зарубежья. Продолжить научные исследования по углубленному изучению основных причин, приводящих к развитию атипичных, тяжелых форм острых БЛЗ, факторов, способствующих неблагоприятному прогнозу, инвалидизации. Разработать новые подходы к проведению этиотропного лечения, современные протоколы, стандарты терапии основных форм БЛЗ на разных уровнях оказания медицинской помощи детям республики. Следует расширять возможности включения в комплекс реабилитационных мероприятий у детей с БЛЗ использование горно-морского климата озера Иссык-Куль, высокогорных соляных шахт Чон-Туз.

### **Литература**

1. Антибактериальная терапия пневмоний у детей. Пособие для врачей, КМАХ.- 2000.

2. Практическая пульмонология детского возраста (справочник) / Под ред. В.К. Таточенко.- 3-е изд.- М., 2006.

3. Заплатников А.Л., Иванов В.А., Лепинова И.В. Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике врача-педиатра // Русский медицинский журнал.- 2005.

4. Болезни органов дыхания у детей / Под ред. С.В. Рачинского, В.К. Таточенко.- 1988.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Ашералиев М.Е.*

## **THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA**

*Asheraliev M.E.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье представлены основные этапы реабилитации детей больных бронхиальной астмой. Рекомендованы мероприятия в целях повышения качества профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, качество жизни, реабилитация, алгоритмы диагностики, мониторинг, дети.

**Resume.** In this work is presented the basic stage of rehabilitation children with bronchial asthma. The measures of increase quality of prophylactic, diagnostics, rehabilitation and therapeutic care are recommended.

**Key words:** bronchial asthma, quality of life, rehabilitation, algorithm of diagnosis, monitoring, children.

В целом, ситуация по аллергическим заболеваниям в Кыргызской Республике (КР) остается неблагоприятной, что обусловлено нарастанием аллергических заболеваний – ринита, пищевой аллергии, крапивницы, отека Квинке, бронхиальной астмы (БА). В учреждениях первичного звена здравоохранения не создано необходимых условий для обеспечения ранней диагностики и лечения аллергических болезней. Отсутствует профилактическая работа и специфическая профилактика БА, диспансерное наблюдение аллергологических больных, особенно детского и подросткового возраста, не решены вопросы медицинской реабилитации аллергологических больных [1-3].

Уровень подготовки участковых педиатров, семейных врачей недостаточен для ведения больных всех нозологических форм аллергических болезней.

При недостаточности финансирования здравоохранения не получили широкого использования экономически эффективные формы организации лечения больных аллергологического профиля – дневные стационары в поликлиниках, стационары дневного пребывания больного. Метод медико-экономического анализа позволяет

оценить затратную эффективность используемых лечебных схем. Рекомендуемые схемы лечения имеют цену эффективности, превышающую величину затрат при сравнении с ранее известной схемой лечения.

В целях повышения качества профилактической работы, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи больным БА рекомендуются следующие мероприятия:

- Для снижения медико-социальной нагрузки на общество, необходимо разработать экономически обоснованные схемы первичной и вторичной профилактики для различных территориальных регионов КР и для различных социально-экономических групп населения.

- В целях улучшения оказания медицинской помощи населению, оптимальных выборов в лечении и рационального использования финансовых средств необходимо разработать клинические протоколы по БА.

- В амбулаторно-поликлинических учреждениях специалистами - аллергологами улучшить амбулаторный и диспансерный контроль за аллергологическими больными. Наладить диспансерное наблюдение за больными, страдающими БА.

- Улучшить и наладить проведение медицинской реабилитации аллергологических больных.

- Активно использовать дневные стационары и стационары дневного пребывания больного.

- Уменьшить длительность пребывания больного БА в специализированных отделениях стационаров третичного уровня, используя экономически эффективные и обоснованные лечебно-диагностические схемы.

- В целях улучшения оказания высококвалифицированной диагностической, лечебной и консультативной помощи больным БА создать коечный фонд аллергологических отделений при многопрофильных больницах, в том числе для дневного пребывания больного.

- Планировать эпидемиологические исследования с применением унифицированных методов и критериев диагностики аллергических болезней, позволяющих установить их истинную распространенность в популяции.

- Прогнозировать реальные медико-социальные последствия БА, состояние здоровья населения.

- В научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждениях внести дополнения в программы повышения квалификации врачей по аллергологии в педиатрии.

- Повысить осведомленность заинтересованных органов (местных и республиканских) и населения о возрастающих медико-социальных потерях общества, вызванных БА.

- Издать приказ МЗ КР о «Совершенствовании аллергологической помощи детям в Кыргызской Республике».

- Создать реабилитационное отделение аллергологии в составе «Детского оздоровительного комплекса» для всей республики.

**Реабилитационное отделение аллергологии детского оздоровительного комплекса.** Содержание работы отделения аллергологии: физическая и психическая реабилитация больных аллергическими за-

болеваниями путем применения природных, бальнеологических, физиотерапевтических и элиминационных факторов детям, профилактика рецидивирования, осложнений, прогрессирования заболеваний, формирования инвалидизации, социально-психологическая адаптация этого контингента больных.

**Задачи:**

- Снизить заболеваемость у детей с аллергическими заболеваниями

- Повысить уровень индекса здоровья детского населения

- Предупредить хронизацию аллергических болезней

- Определить этапность реабилитации детей с аллергическими заболеваниями.

- Повысить качество жизни больных с аллергическими заболеваниями.

Оптимальные сроки пребывания: от 24 до 40 дней.

**Виды реабилитации:**

- Климатотерапия

- Талассотерапия

- Бальнеотерапия

- Диетотерапия (гипоаллергенная диета)

- Элиминация

Показания для направления детей в реабилитационное аллергологическое отделение:

- Дети группы риска с неблагоприятным преморбидным аллергическим фоном.

- Бронхиальная астма легкая и средней тяжести в периоде ремиссии.

- Аллергический ринит в период обострения в другой местности.

- Атопический дерматит в периоде ремиссии.

- Реконвалесценция острой аллергической рецидивирующей крапивницы и отека Квинке в периоде ремиссии.

- Аллергический ларинготрахеит.

- Аллергический конъюнктивит.

**Противопоказания:**

**А. Абсолютные:**

- Иммунодефицитное состояние.

- Хроническая эмфизема легких.

- Поликистоз легких.

- Легочное кровотечение.

- Муковисцидоз.

- Гормонозависимая бронхиальная астма.
- Коллагеноз.
- Приступный период бронхиальной астмы.
- Обострение атопического дерматита.

Б. Относительные:

- Нетяжелый приступ бронхиальной астмы.
- Ангина и другие инфекционные заболевания.
- Эпилепсия или судорожный синдром.
- Соматические и нервно-психические заболевания.

Обязательные обследования:

- Осмотр врача аллерголога.
- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Кал на яйца глистов и простейшие.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- Функция внешнего дыхания и пикфлоуметрия.
- Измерение артериального давления.
- Исследование на бактерионосительство.
- Осмотр стоматолога, ЛОР врача.

**Совершенствование аллергологической помощи детям в Кыргызской Республике.** В целях снижения частоты аллергических заболеваний у детей, совершенствования организации аллергологической помощи детям в КР необходимо утвердить положения об организации деятельности отделений:

1.1. Положение об организации деятельности аллергологического отделения стационара для детей.

1.2. Положение об организации деятельности аллергологического кабинета детской поликлиники.

1.3. Положение об организации деятельности дневного аллергологического стационара для детей.

Руководителям органов управления здравоохранения областей КР и г. Бишкек необходимо:

2.1. Обеспечить организацию оказания этапной медицинской помощи, внедрение современных организационных форм медицинского обеспечения детей с аллергологической патологией.

2.2. При формировании региональных целевых программ по охране материнства и детства предусматривать мероприятия по

оказанию специализированной медицинской помощи детям, страдающим аллергическими заболеваниями и детям из группы высокого риска развития атопии.

### **Положение об организации деятельности аллергологического отделения стационара для детей**

1. Аллергологическое отделение для детей в возрасте от 0 до 16 лет (далее отделение) организуется в составе Национального центра охраны материнства и детства.

2. Отделение возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач-педиатр, имеющий дополнительное профессиональное образование по специальности «Аллергология - иммунология». При назначении на должность заведующего отделением учитывается наличие сертификата и квалификационной категории по специальности «Аллергология - иммунология».

3. В отделении работают врачи, имеющие сертификат по специальности «Аллергология - иммунология».

4. Должности медицинского и другого персонала отделения устанавливаются в соответствии со штатами детского специализированного отделения.

5. Должностные инструкции работников отделения разрабатываются и утверждаются руководителями лечебного учреждения.

6. Аллергологическое отделение стационара оказывает экстренную и плановую помощь детям, страдающим:

6.1. Бронхиальной астмой самостоятельно или в сочетании с атопическим дерматитом, аллергическим ринитом, аллергическим конъюнктивитом.

6.2. Экзогенным аллергическим альвеолитом.

6.3. Аллергическим бронхолегочным аспергилезом.

6.4. Атопическим дерматитом.

6.5. Отеком Квинке.

6.6. Крапивницей.

6.7. Аллергическим контактным дерматитом.



6.8. Аллергическими ринитами (тяжелое течение).

6.9. Поллинозами.

6.10. Пищевой и лекарственной аллергией.

6.11. Аллергическими реакциями на укусы насекомых.

6.12. Анафилактическим шоком.

6.13. Сывороточной болезнью.

6.14. Острыми токсико-аллергическими состояниями.

7. В отделении обеспечивается проведение следующих методов диагностики и лечения:

7.1. Общие клинические, иммунологические, функциональные, электрофизиологические, рентгенологические, эндоскопические.

7.2. Специфическая аллергологическая диагностика.

7.3. Специфическая иммунотерапия (аллерговакцинация).

7.4. Восстановительное лечение.

8. В соответствии с функциями и задачами отделение обеспечивает:

8.1. преемственность в работе с профильными детскими кабинетами поликлиник.

8.2. Обследование и лечение детей с аллергическими заболеваниями.

8.3. Обследование детей с аллергической патологией при решении экспертных вопросов (установление инвалидности, профессиональная медицинская консультация по освобождению от школьных экзаменов и др.).

8.4. Систематический анализ отделенных результатов лечения больных с профильной патологией.

8.5. Освоение и внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики аллергических заболеваний.

8.6. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам детской аллергологии.

9. Отделение работает под методическим руководством главного внештатного детского аллерголога МЗ КР.

### **Положение об организации деятельности дневного аллергологического кабинета для детей**

1. Кабинет оказания помощи детям с аллергологической патологией организуется в составе отделения специализированной помощи поликлиники, оказывает специализированную врачебную помощь детям. Создается из расчета 1 кабинет на 50 тысяч детского населения.

2. Кабинет возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач-педиатр, имеющий дополнительное профессиональное образование по специальности «Аллергология-иммунология». При назначении на должность заведующего кабинетом учитывается наличие сертификата и квалификационной категории по специальности «Аллергология-иммунология».

3. Должности медицинского и другого персонала кабинета устанавливаются по действующим штатным нормативам поликлиник.

4. В кабинете работают врачи-педиатры, имеющие дополнительное профессиональное образование по специальности «Аллергология-иммунология».

5. Должностные инструкции работников кабинета разрабатываются и утверждаются руководителями поликлиники на основании типовых должностных обязанностей.

6. Задачами аллергологического кабинета являются:

6.1. Раннее выявление аллергологических заболеваний у детей и подростков и оказание им квалифицированной лечебной помощи.

6.2. Специфическая аллергологическая диагностика с целью выявления причинно-значимых аллергенов.

6.3. Организация и проведение специфической иммунотерапии (аллерговакцинации).

6.4. Коррекция глюкокортикоидной и базисной терапии.

6.5. Организация и проведение противорецидивного лечения больных аллергологическими заболеваниями.

6.6. Проведение консультаций по направлениям специалистов поликлиники и госпитализация больных в аллергологическое отделение стационара.

6.7. Диспансерное наблюдение детей с аллергическими заболеваниями.

6.8. Внедрение в практику работы кабинета новых методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации детей с аллергическими заболеваниями.

6.9. Оформление санаторно-курортной карты при направлении ребенка на санаторно-курортное лечение.

6.10. Участие в оформлении направления ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы при назначении инвалидности.

6.11. Анализ распространенности аллергических заболеваний у детей в районе деятельности поликлиники и разработка на этой основе плана мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания больных с аллергической патологией.

6.12. Проведение тематических конференций, семинаров для врачей, работающих в поликлинике, по вопросам профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями.

6.13. Проведение работы среди родителей и детей-подростков по профилактике и раннему выявлению аллергических заболеваний.

6.14. Ведение учетно-отчетной документации, составление ежегодных отчетов о работе кабинета по утвержденным формам.

7. Кабинет в своей работе использует все лечебно-диагностические службы поликлиники.

### **Положение об организации деятельности дневного аллергологического стационара для детей**

1. Дневной аллергологический стационар для детей (далее – стационар) организуется в составе детских консультативно-диагностических центров и консультативных поликлиник, имеющих комплекс вспомогательных диагностических служб.

2. Стационар возглавляет заведующий, на должность которого назначается врач-педиатр, имеющий дополнительное профессиональное образование по специальности «Аллергология-иммунология». При назначении на должность заведующего учитывается наличие сертификата и квалификационной категории по специальности «Аллергология-иммунология».

3. Должностные инструкции работников Стационара разрабатываются и утверждаются руководителями на основании типовых должностных обязанностей.

4. Стационар осуществляет проведение диагностики в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе, своевременное оказание квалифицированной помощи детям с аллергическими заболеваниями, не нуждающимся в круглосуточном пребывании в условиях стационара.

5. Основными задачами Стационара являются:

5.1. Преемственность в работе с профильными кабинетами поликлиник.

5.2. Диагностика аллергических заболеваний у детей.

5.3. Специфическая аллергологическая диагностика.

5.4. Обследование детей с аллергическими заболеваниями при решении экспертных вопросов (установление инвалидности, годности к военной службе, проведение медицинской профессиональной ориентации и консультирования, оформление и продление временной нетрудоспособности и др.).

5.5. Определение объема базисной и восстановительной терапии и анализ её эффективности при аллергологической патологии у детей.

5.6. Организация и проведение специфической иммунотерапии причинно-зависимыми аллергенами.

5.7. Проведение иммуномодулирующей терапии.

5.8. Определение показаний к санаторно-курортному лечению.

5.9. Проведение консультаций по направлению специалистов учреждения и/или направление на госпитализацию в

аллергологическое отделение стационара для детей.

5.10. Ведение отчетно-учетной документации, составление ежегодных отчетов

**Литература**

1. Ашералиев М.Е., Кудаяров Б.Д. Современные аспекты системы оказания медицинской помощи детям с бронхиальной астмой.- Бишкек, 2004.- 150 с.

о работе Стационара по утвержденным формам.

2. Ашералиев М.Е. и соавт. Организация и проведение занятий в детской аллергошколе. - Бишкек, 2005. – 132 с.

3. Ашералиев М.Е. Пути повышения эффективности терапии и качества жизни у детей, больных бронхиальной астмой. - Бишкек, 2009. – 190 с.

УДК 610.208

## **КОНЦЕПЦИЯ РАННЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.**

### **THE CONCEPT OF EARLY PRIMARY PREVENTIVE MAINTENANCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN KYRGYZSTAN**

**Saatova G.M., Furtikova A.B.**

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Разработанная концепция первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане направлена на реализацию Национальной программы реформы здравоохранения «Манас таалими». Необходимость разработки профилактических мероприятий вызвана тем, что сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре общей смертности населения в Кыргызстане. На их долю приходится почти половина всех случаев смерти. В отсутствие научно-обоснованных сроков профилактического вмешательства обоснованным является его начало в детском и подростковом возрасте, когда начинается формирование факторов риска ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Представлены конкретные стратегические пути и подходы к ранней профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, факторы риска.

**Resume.** The developed concept of primary preventive maintenance of cardiovascular diseases in Kyrgyzstan is directed on realization of the National program of reform of public health services "Manas Taalimi". Necessity of development of preventive actions is caused by that cardiovascular diseases win first place in structure of the general death rate of the population in Kyrgyzstan. On their share half of all cases of death is necessary almost. For the lack of the scientifically-proved terms of preventive intervention its beginning at children's and teenage age when formation of risk factors cardiovascular diseases begins is proved. Concrete strategic ways and approaches to early preventive maintenance cardiovascular diseases are presented.

**Key words:** cardiovascular diseases, preventive maintenance, risk factors.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре причин смертности в Кыргызстане, составляя почти половину (47,7%) всех случаев ежегодных смертей. Болезни сердца составляют главную причину потери трудоспособности, выхода на инвалидность, и как следствие, увеличение затрат на медицинское обеспечение и социальную поддержку.

Рост смертности от ССЗ, особенно в молодом трудоспособном возрасте, преждевременная потеря трудоспособности наносят значительный экономический ущерб, как семьям, так и экономике страны.

Значительная распространенность коронарной болезни сердца и гипертонической болезни в нашей стране, высокий уровень инвалидизации и смертности от них диктуют необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний. В настоящее время забота о здоровье подрастающего поколения является весьма актуальной медицинской задачей и является главным приоритетом социальной политики государства. В Национальной программе реформы здравоохранения «Манас таалими» на 2006-2010 гг. приоритетной задачей признана профилактика наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний

сердечно-сосудистой системы, определяющих основные причины смертности и инвалидизации населения.

Профилактика ССЗ в детском и подростковом возрастах имеет первостепенное значение для улучшения состояния здоровья у взрослых и увеличения ожидаемой продолжительности жизни [1].

Проведенное нами выборочное одномоментное популяционное исследование школьников по выявлению факторов риска ССЗ, выявило, что 58,6% школьников имеют факторы риска развития ССЗ, 31,6% - отягощенную наследственность, 18,2% - вредные привычки, 9,1% - занимаются оздоровительной физкультурой и спортом, 42,3% - средний и 26,7% - низкий уровень двигательных возможностей, у 69,4% - снижены функциональные показатели физического развития, 42,4% - имели положительное отношение к здоровому образу жизни.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости раннего выявления факторов риска ССЗ, изучения морфо-функциональных показателей в комплексной оценке состояния здоровья детей. Формирование здорового образа жизни должно стать важным и основным мероприятием по первичной профилактике ССЗ.

Привычки поведения, вызывающие проблемы со здоровьем, обычно формируются в детском и подростковом возрасте. Доказано, что уже в детском возрасте формируются факторы риска развития атеросклероза, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца (ИБС) [2, 5, 6].

Известно, что коренной перелом в этом плане может наступить только в случае широкого проведения первичной профилактики ССЗ среди лиц из группы повышенного риска, к которым, прежде всего, относятся дети родителей, перенесших инфаркт миокарда или инсульт в возрасте до 50 лет, или имеющих в семейном анамнезе артериальную гипертонию [3, 4].

Общеизвестно, что основными факторами риска возникновения ССЗ являются курение, употребление большого количе-

ства жиров, малоподвижный образ жизни, употребление алкоголя и наркотики.

Анализ, проведенный в развитых странах, показывает, что внедрение школьных программ по охране и укреплению здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученного эффекта как 1:14 [7].

При разработке стратегических мероприятий нами учитывался зарубежный опыт внедрения профилактических стратегий (Миннесотская и Потакетская программы здорового сердца, Станфордский проект пяти городов, CINDI - Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), Европейские методические рекомендации по профилактике ССЗ, а также результаты демонстрационных проектов, проводимых в различных странах СНГ с участием международных организаций. Эти программы продемонстрировали высокую эффективность снижения преждевременной смертности, связанной с ССЗ и другими хроническими болезнями.

Научной основой предлагаемых мероприятий является концепция выявления факторов риска и воздействие на них.

Центральной для предлагаемых мероприятий является концепция интеграции, которая подразумевает, что факторы риска, связанные с образом жизни, являются общими как для ССЗ, так и для других неинфекционных заболеваний. Мероприятия способствуют объединению усилий, направленных на контроль этих факторов риска, и служат эффективным средством для снижения числа новых случаев не только ССЗ, но и других социально-значимых заболеваний.

В основу мероприятий положен принцип межсекторального сотрудничества - комплексный интегральный подход, объединяющий возможности и ресурсы всех структур, имеющих отношение к формированию здорового образа жизни, укреплению здоровья и к профилактике неинфекционных заболеваний. В процессы профилактики ССЗ вовлекаются не только службы здравоохранения со своими преимуще-

ственно лечебными функциями, но также и другие социальные секторы (образование, культура, социальная защита, физическая культура и спорт), общественные и профсоюзные организации, средства массовой информации. Именно такое партнерство может способствовать выбору людьми здорового образа жизни.

Для предупреждения развития ССЗ в основу мероприятий были положены две стратегии:

1. Популяционная, основанная на мониторинге ССЗ и их факторов риска; разработке политики, законодательства, создании межсекторального сотрудничества и партнерства; просвещении населения, привлечении средств массовой информации (СМИ) к формированию здорового образа жизни и снижению факторов риска.

2. Стратегия воздействия на контингент высокого риска, направленная на выявление лиц с факторами риска, оценку степени риска развития и прогрессирования ССЗ, коррекцию риска (рациональное питание, отказ от курения, достаточная физическая активность, коррекция метаболических нарушений, гипотензивная терапия, антитромбоцитарная терапия, интервенционные и хирургические методы).

Мероприятия предусматривают, прежде всего, воздействие на индивидуальные привычки людей и будут осуществляться по двум основным направлениям:

1. Формирование понимания у людей необходимости позитивных изменений в образе жизни и поддержка их стремления к таким изменениям, в том числе путем повышения их медико-гигиенических знаний, создания соответствующих мотиваций в отношении к своему здоровью, выработки умения и навыков здорового образа жизни;

2. Создание условий, способствующих улучшению качества жизни и укреплению здоровья населения.

Рекомендации по профилактике заболеваний и укреплению здоровья, а также их внедрение основаны на принципах доказательной медицины.

**Цель стратегии** - Разработка и внедрение программ охраны и укрепления здоровья детей и подростков, направленных на профилактику возникновения социально значимых ССЗ (ИБС, артериальная гипертензия, инсульты, инфаркты).

### **Компоненты стратегии**

- Выявить среди детей и подростков частоту и устойчивость основных факторов риска развития социально значимых ССЗ.

- Изучение истинной распространенности факторов риска возникновения болезней органов кровообращения в Кыргызстане. Разработать и внедрить программы прогнозирования болезней органов кровообращения у детей с высоким риском их возникновения.

- Предоставить практическим врачам и населению доступную информацию о выявлении в кыргызской популяции детей с высоким риском развития ССЗ и методах их профилактики.

- Повышение уровня образования медицинских работников и систематическое их обучение принципам ранней профилактики заболеваний органов кровообращения.

- Разработать стандарты и оптимизировать сроки начала проведения мероприятий по профилактике социально значимых ССЗ.

- Улучшение состояния здоровья детей с высоким семейным и популяционным риском ССЗ путем оптимизации специализированной кардиологической службы и внедрения в практику здравоохранения современных технологий профилактики болезней органов кровообращения.

- Разработка и внедрение программ профилактических мероприятий, направленных на снижение риска развития социально значимых ССЗ (ИБС, артериальная гипертензия, инсульты, инфаркты), и ориентация на позитивную концепцию здоровья и рациональный общесемейный образ жизни (пропаганда здорового образа жизни).

- Разработка и внедрение эффективных профилактических мероприятий, и повышение культуры здоровья с активным

вовлечением населения, сообществ, СМИ, неправительственных организаций (НПО).

- Создание системы мониторинга здоровья и факторов риска развития ССЗ среди детей и подростков.

- Совершенствование информационно-аналитической базы по ССЗ среди детей и подростков с целью эффективного мониторинга.

### **Реализация стратегии**

Стратегия позволит снизить формирование поведенческих факторов риска развития ССЗ среди детей и подростков, что будет способствовать улучшению демографической ситуации в Кыргызстане.

В комплекс обязательного профилактического обследования школьников будет разработан и внедрен ряд исследований,

необходимых для выявления факторов риска развития социально значимых ССЗ.

Будут разработаны критерии формирования среди детей и подростков группы риска по развитию социально значимых ССЗ, и выделены критерии взятия на учет и длительность диспансерного наблюдения за этой категорией детей, будут обозначены оптимальные сроки и объемы профилактических мероприятий у детей с риском развития ССЗ.

Разработка и внедрение эффективных профилактических мероприятий, основанных на положительной мотивации, позволит улучшить состояние здоровья детей и подростков, снизить риск развития ССЗ и продлить жизнь трудоспособной части населения Кыргызстана.

### **Литература**

1. Щербакова М.Ю., Старцева А.И. Профилактика сердечно-сосудистой патологии у детей группы высокого риска // Лечащий врач.- 2003.-№ 2.- С. 24-28.

2. Dixon L.B., McKenzie J., Shonnon B.M. et al. The effects of changes in dietary fat on the food group and nutrient intake of 4- to 10-year-old children // Pediatrics.- 1997.- Vol. 100, N. 5.- P. 863-872.

3. Fernandez-Britto J.E., Wong R., Contreras D. Atherosclerosis in children and youth. A morphometric multinational investigation of WHO/ISFC (1986-1996) // Atherosclerosis.- 2000.- Vol. 151, N. 7.- P. 168.

4. Kavey R.W., Daniels S.R., Lauer R.M. et al. American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood // Circulation.- 2003.- Vol. 107, N. 11.- P. 1562-1566.

5. Le nuove raccomandazioni per prevenire l'aterosclerosi // Doctor Pediatra.- 2000.- N. 5.- P. 21-29.

6. Olson R.E. Is it wise to restrict fat in the diets of children? // J. Am. Diet Assoc.- 2000.- Vol.100, N. 1.- P. 28-32.

7. Yanagi H., Tanaka M., Hirano C. et al. School-based intervention trial for cardiovascular health // Nippon Koshu Eisei Zasshi.- 1997.- Vol. 44, N. 3.- P. 174-183.

УДК 616.12-002.77

**РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА В КЫРГЫЗСТАНЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПОСЛЕДСТВИЯ, СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ**

*Саатова Г.М., Накажима Т., Омурзакова Н.*

**RHEUMATIC FEVER IN KYRGYZSTAN: PREVALENCE, CONSEQUENCES, STRATEGY OF CONTROL**

*Saatova G.M.<sup>1</sup>, Nakajima T.<sup>2</sup>, Omurzakova N.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Национальный центр охраны материнства и детства,  
Бишкек, Кыргызская Республика,

<sup>2</sup>Институт геномных исследований, Университет Св.Марианны,  
Кавасаки, Япония,

<sup>3</sup>Национальный центр кардиологии и терапии,  
Бишкек, Кыргызская Республика,

**Резюме.** Непрерывный рост удельного веса ревматической лихорадки среди детского населения в Кыргызстане и существующая опасность появления эпидемических вспышек заболевания делают проблему ревматической лихорадки актуальной для здравоохранения. Трудности своевременной диагностики ревматической лихорадки, низкий иммунологический ответ на стрептококковую инфекцию, отсутствие выраженных экссудативных реакций организма, приводят к частому формированию латентных форм, и прогрессирующему поражению эндотелиальной ткани сердца и сосудов.

**Ключевые слова:** ревматическая лихорадка, дети, распространенность, смертность, инвалидность, профилактика.

**Resume.** Continuous growth of relative density of a rheumatic fever among the children's population in Kyrgyzstan and existing danger of occurrence of epidemic flashes of disease do a problem of a rheumatic fever actual for public health services. Difficulties of duly diagnostics of a rheumatic fever low immunity function the answer to a streptococcal infection, absence expressed exudative reaction of organism, lead to frequent formation of latent forms, and progressing defeat connective tissue to a fabric of heart and vessels.

**Key words:** Rheumatic fever, children, prevalence, death rate, physical inability, preventive maintenance.

Распространенность ревматической лихорадки (РЛ) среди детей в Кыргызстане за последние 12 лет неоднозначна в различные периоды социально - экономического развития страны [1].

В 90 годы в республике медицинская помощь была доступна всем слоям населения, функционировала система диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми. В этот период уровень распространенности ревматизма колебался в пределах с 0,9 до 0,85 на 1000 детского населения, в половине случаев регистрировались необратимые последствия (хроническая ревма-

тическая болезнь сердца (ХРБС), ревматические пороки сердца (РПС) 0,4 на 1000 населения). В 2000 году регистрация ревматизма у детей возросла на 44,5% и составила 1,34 на 1000 детского населения преимущественно за счет острой ревматической лихорадки (ОРЛ) (0,82 на 1000 населения), ХРБС регистрировались в 3 раза реже (0,51 на 1000) (рис. 1).

В эти годы система первичного здравоохранения, на которую должны быть возложены мероприятия по первичной и вторичной профилактике ревматизма, оказалась не укомплектована специалистами,



необходимым оборудованием и детскими койками [2]. В силу этого, к 2006 году регистрация ревматизма среди детского населения сократилась на 75%, как в стадии ОРЛ, так и ХРБС и составила 0,34 на 1000 детского населения. То есть приблизилась к уровню регистрации ревматизма в развитых странах.

Среди подростков общее количество выявленных больных ревматизмом снизилось в среднем на 14,3%, и составило в 2006 году 2,2 на 1000 населения (рис. 2).

В целом по Кыргызстану за последние 10 лет увеличилось количество инвалидов в связи с последствиями перенесенного ревматизма среди детей в 13 раз, среди взрослых и подростков - в 1,3 раза (рис. 3).

Тяжелые последствия ОРЛ (ХРБС и РПС) выявляются преимущественно в высокогорных регионах республики (Нарын-

ской, Таласской, Иссык-Кульской областях и южных регионах Кыргызстана) (рис. 4).

На 150% возросла смертность от последствий ревматизма среди детей, на 33% - среди подростков и на 7,5 % - среди взрослых (рис. 5).

#### **Истинная распространенность стрептококковой инфекции и последствий перенесенного ревматизма среди детей школьного возраста по результатам эпидемиологического обследования**

По результатам проведенных нами эпидемиологических исследований ревматизм среди школьников на стадии сформированного порока сердца, впервые выявлен у 0,72 на 1000 школьников, из них в 52% случаев с отягощенной наследственностью [3].

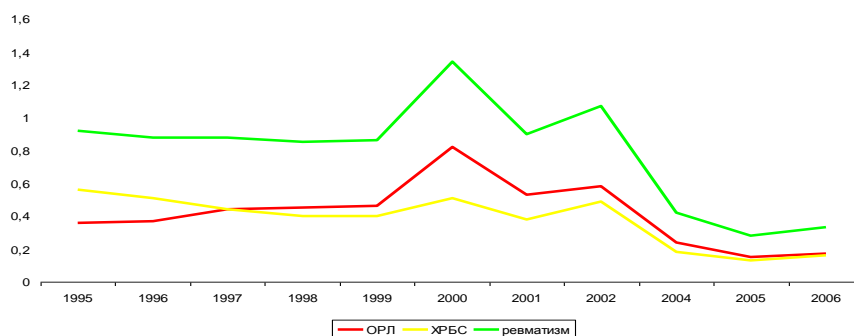


Рис. 1. Динамика распространенности строй ревматической лихорадки и ее последствий среди детей в Кыргызстане на 1000 детского населения (по данным Республиканского медико-информационного центра МЗ КР).

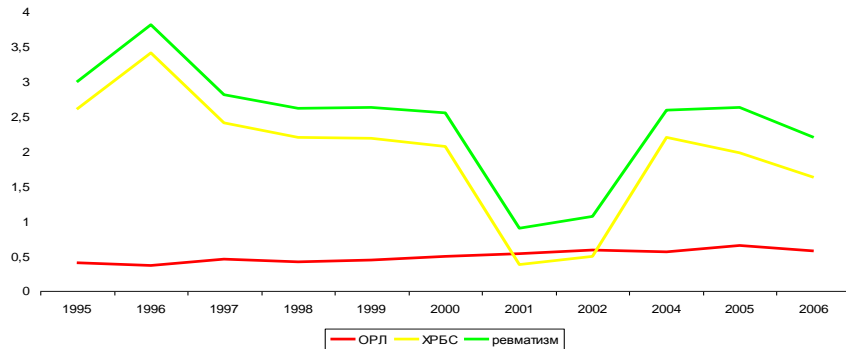


Рис. 2. Динамика распространенности острой ревматической лихорадки и ее последствий среди подростков в Кыргызстане на 1000 населения (по данным республиканского медико-информационного центра МЗ КР).

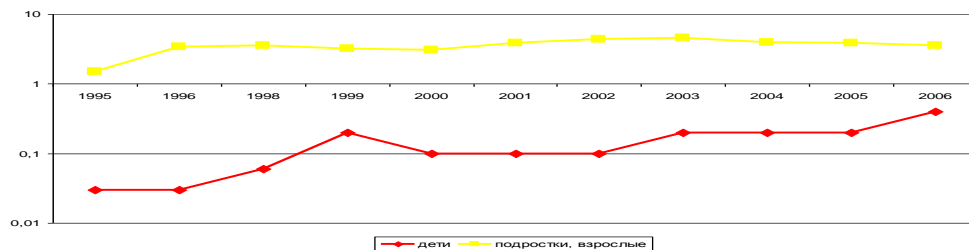


Рис. 3 Удельный вес инвалидности среди детей и подростков в связи с хронической ревматической болезнью сердца на 10000 населения (по данным республиканского медико-информационного центра МЗ КР).

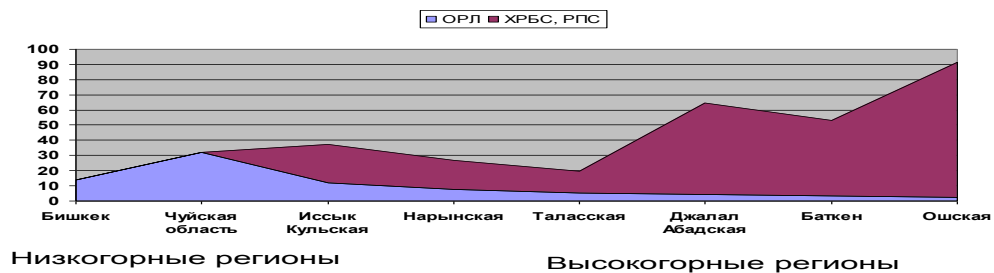


Рис. 4 Регистрация последствий перенесенной острой ревматической лихорадки у детей, проживающих в различных регионах Кыргызстана.

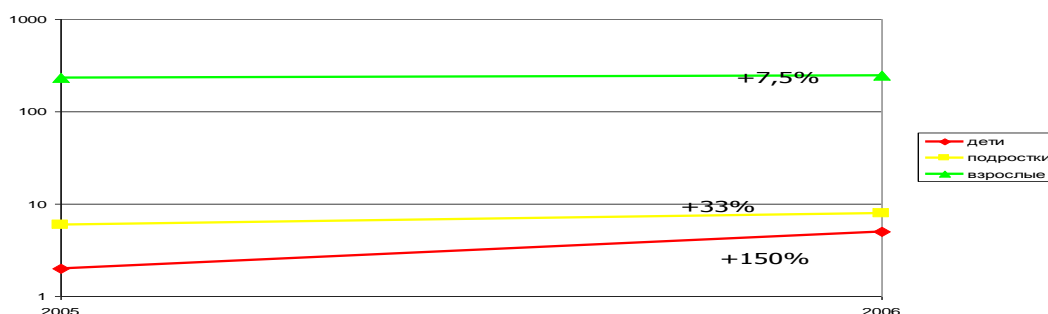


Рис. 5. Количество больных умерших от последствий перенесенной ревматической лихорадки в Кыргызстане (по данным Республиканского медико-информационного центра МЗ КР).

По данным официальной статистики, составленной по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), впервые выявленные последствия ревматизма зарегистрированы у 0,08 на 1000 детского населения. Такое несовпадение показателей является свидетельством не достаточной диагностики ОРЛ, низкой регистрации последствий перенесенного ревматизма на уровне первичного звена медицинской помощи.

У школьников очаги носоглоточной инфекции выявлены у 1,73, из них тонзиллит - у 0,92 на 1000 населения [3]. При первичном анализе микробиологических структур, выделенных из зева школьников при формировании коллектива, уровень инфицированности стрептококком группы А (СГА) составил 56%, а через 5 месяцев он возрос до 82%. Штаммы СГА были высоко чувствительны к бензилпенициллину и цефалоспорином, резистентность к макролидам составила 51,3%. Примечательно, что большинство микроорганизмов, выделенных из глубоких тканей миндалин, полученных при тонзилэктомии, продуцировали бета – лактамазы, обуславливающие клиническую неэффективность антибактериальной терапии.

Возможные причины роста ОРЛ в Кыргызстане:

- Периодическая цикличность появления и исчезновения агрессивной стрептококковой инфекции.

- Изменение микрофлоры носоглотки при хронических тонзиллитах, рост бета - лактамазопродуцирующих микроорганизмов.

- Ослабление настороженности к последствиям рециркуляции вирулентных штаммов стрептококка.

- Неадекватная тактика ведения больных с хроническими и острыми тонзиллитами, фарингитами.

- Отсутствие теоретических подходов к прогнозированию постстрептококковых заболеваний.

- Малая информативность классических бактериологических методов диагностики, как следствие изменений культурально-морфологических свойств стрептококка.

### **Некоторые особенности патогенеза ревматизма и других стрептококковых ревматических заболеваний в Кыргызстане**

Особенности иммунитета у жителей высокогорья накладывают отпечаток на иммунопатологические особенности развития ревматизма, обеспечивая низкий иммунологический ответ на СГА, отсутствие выраженных экссудативных

реакций организма, частое формирование латентных форм ревматизма, и прогрессирующее поражение эндотелиальной ткани сердца и сосудов [3].

Несмотря на разный уровень реактивности организма, при латентном и ярком течении болезни отмечается одинаковое напряжение иммунопатологического процесса и болезнетворное воздействие стрептококка. У детей высокогорья при субклиническом (латентном) проявлении РЛ выявлены антикардиальные антитела с той же частотой, что и у детей с ярким течением болезни (рис. 6).

Изучение антигенов гистосовместимости как «супергенов», моделирующих иммунный ответ через Т- и В-клеточное взаимодействие, выявило значимые ассоциации ревматизма с антигенами A11, B27, B35, Cw2, Cw3, DR5, DR7, аллелями антигенов HLA Cw2,3; DR5,7; B13B27; A9A11 [4]. Высокий риск развития ХРБС отмечен также у носителей В-клеточного антигена, выявляемого с помощью моноклональных антител D8/17 (рис. 7). Ассоциация аллелей антигенов Cw2, Cw3, DR 5,7 с повышенным соотношением иммунорегуляторных клеток Т-лимфоцитов, снижением CD4+, CD25+ супрессорных клеток подтверждает иммуногенетическую чувствительность в происхождении РЛ и ее последствий (рис. 8).

Таким образом, иммуногенетическая чувствительность обеспечивает основу, на которой взаимодействие перекрестно реагирующих антигенов и макрофагов в присутствии антигенов HLA DR, Cw, D8/17 может вызвать формирование аутореактивных супрессорных клеток. Влияние стрептококковых антигенов на супрессорные клетки сцеплено с локусом Cw, DR, а повышение гуморальной реакции - с локусом В-клеточного антигена (D8/17).

Представленные особенности нарушения иммунного гомеостаза при ревматизме у детей в условиях высокогорного Кыргызстана объясняют некоторые особенности проявлений острой ревматической лихорадки у детей в условиях высокогорной гипоксии:

- субклиническое течение ревматической лихорадки,
- порок сердца формируется после первого эпизода острой ревматической лихорадки,
- высокая вероятность формирования комбинированных пороков сердца.
- суставной синдром проявляется артралгиями,
- редки экстракардиальные проявления ревматизма (анулярная эритема, ревматические)

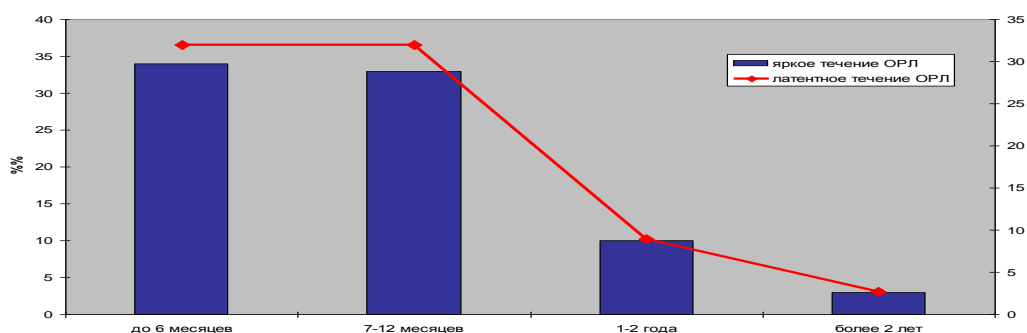


Рис. 6. Динамика обнаружения антикардиальных антител у детей, перенесших острую ревматическую лихорадку с ярким и латентным течением.

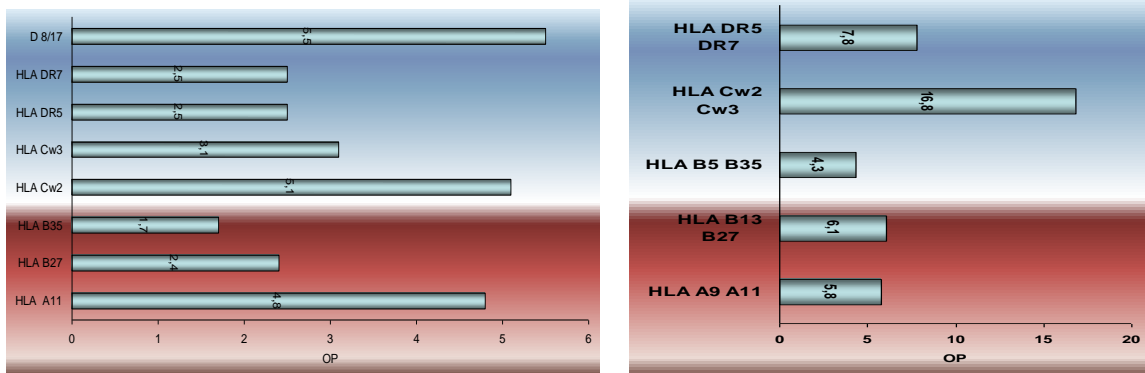


Рис. 7. Особенности распределения антигенов HLA и аллелей у детей кыргызской популяции, перенесших ревматическую лихорадку (РЛ).

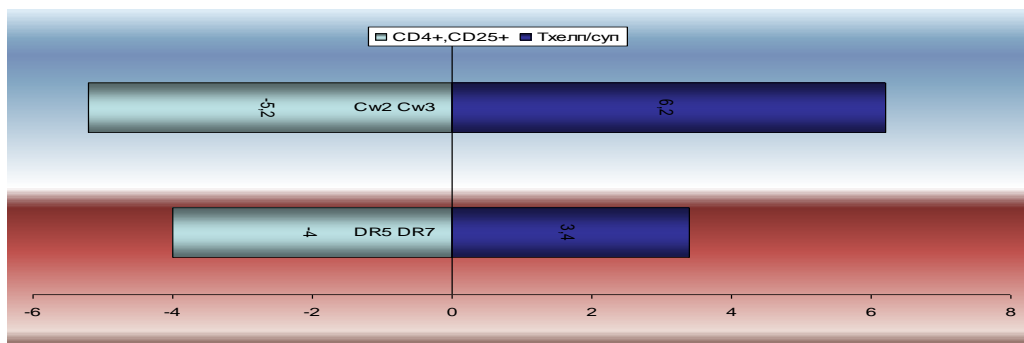


Рис. 8. Ассоциация аллелей антигенов HLA с основными показателями иммунологических нарушений при ревматической лихорадке у детей кыргызской популяции (г).

Особенности течения хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) у детей в условиях высокогорья (преимущественное поражение правых отделов сердца, быстрое развитие и прогрессирование сердечной недостаточности) обусловлены преимущественной перегрузкой правых отделов сердца, когда тотальная альвеолярная гипоксия еще более суживает артериолярное русло легких с формированием дополнительного гемодинамического барьера.

**Стратегия контроля над ревматической лихорадкой в Кыргызстане**

Нам представляется важным изучение опыта применения программ WHF (2005) профилактики ревматизма в Тихоокеанском регионе, обозначенных ВОЗ как наиболее эффективные в контроле над ревматизмом [6]. Программы эффективны и выполнимы даже при небольших вложениях по опыту островов Фиджи и штата Керала (Индия). Программы первичной и вторичной профилактики могут быть выполнены и при существующей системе здравоохранения без дополнительных крупных капиталовложений [5].

Ревматизм это наиболее предотвратимое заболевание из всех ревматических заболеваний. Поэтому проблема снижения распространения РЛ и ее осложнений во многом управляемая и решаемая задача. Первые и повторные эпизоды РЛ могут быть предотвращены своевременной и соответствующей профилактикой.

Нами разработан Проект Региональной Интегрированной Программы «Профилактика ревматической лихорадки и ее последствий среди детей и подростков в Кыр-

#### **Литература**

1. Саатова Г.М. Заболеваемость детского населения Кыргызстана ревматизмом (анализ за 6 лет) // Вестник КРСУ. – 2006.- №3.- С. 28-32.

2. Саатова Г.М. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний среди детского населения Кыргызстана и перспективы ее решений // Известия ВУЗов.- 2004.- С. 45-48.

3. Саатова Г.М., Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б. Состояние и перспективы научных исследований по проблемам социально-значимых заболеваний детского населения вы-

гызстане», целью которого является разработка и внедрение эффективных мер профилактики ревматической лихорадки и ее осложнений для снижения заболеваемости, смертности и инвалидизации детского населения путем совершенствования организации медицинской помощи на всех уровнях здравоохранения.

Разработанная программа основана на рекомендациях ВОЗ и составлена на опыте программ по контролю за ревматизмом.

сокогорного Кыргызстана // Наука и новые технологии.- 2008.- №1-2.- С. 76-78.

4. Saatova G. Condition of the helth service system reforming in Kyrgyzstan // International Journal of Rheumatic Diseases.- Vol. 11, spp.1. – 2008.- P. 24-26.

5. Stollerman G.H. Rheumatic Fever // Lancet. - 1997. - Vol. 349.- P. 935-942.

6. Visvanathan K., Manjarez R.S., Zabriskie J.B. Rheumatic Fever // Curr Treat Options Cardiovasc Med. – 1999. – Vol. 1, N.3. – P.253-258.

УДК 616.002-005.1(575.2)

## ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ У ДЕТЕЙ

*Кучербаев А.А.*

## HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN

*Kucherbaev A.A.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье обсуждаются данные о результатах исследования 1753 детей в возрасте от 3 до 15 лет, больных геморрагическим васкулитом. Приведена клиническая характеристика геморрагического васкулита с поражением почек у детей и уточнены клинико-лабораторные показатели трансформации почечного синдрома при геморрагическом васкулите в посткапилляротоксический нефрит.

**Ключевые слова:** васкулит, дети.

**Resume.** In article data about results of research of 1753 children at the age from 3 up to 15 years receiving hospital treatment of hemorrhagic vasculitis are discussed. The clinical characteristic of hemorrhagic vasculitis with renal disorder in children is given and clinical-laboratory parameters of renal syndrome transformation to postcapillarotoxic nephrite at hemorrhagic vasculitis are specified.

**Key words:** vasculitis, children.

В структуре геморрагических диатезов наиболее распространенным заболеванием является геморрагический васкулит, относящийся к группе первичных системных васкулитов.

Геморрагический васкулит (ГВ) – распространенное заболевание в детском возрасте, которое протекает тяжело, нередко принимает рецидивирующее течение с вовлечением в патологический процесс почек, с нарушением их функции и формированием хронического гломерулонефрита с исходом в хроническую почечную недостаточность [1, 2, 3, 5, 6, 8].

Несмотря на то, что впервые ГВ был описан в XIX веке, до сих пор до конца не изучены вопросы патогенеза и классификации, не выработано единой тактики лечения ГВ.

Наиболее опасным при ГВ является поражение почек, которое, по данным разных авторов, встречается у 25,0-100,0% больных детей [4, 9, 11], хотя клинические признаки почечного синдрома обнаруживаются намного реже.

В нашей республике изучению геморрагических диатезов посвящены единичные исследования. В работах А.А.Ильина (1984) освещены вопросы классификации и особенности клинического течения ГВ.

Распространенность и особенности клинического течения почечного синдрома при ГВ среди детей в республике ранее не изучены.

### Материал и методы исследования

Исследование посвящено изучению факторов риска формирования капилляротоксического нефрита у детей.

Методика исследования была условно разделена на несколько этапов.

На начальном этапе была разработана карта для изучения особенностей клинического течения различных форм геморрагических диатезов, куда входит ГВ.

Источниками информации явились утвержденные МЗ КР официальные медицинские документы: индивидуальная карта развития ребенка Ф-112/у, история болезни стационарного больного Ф-3/г, выписка из

медицинской карты амбулаторного, стационарного больного Ф-027/у.

На втором этапе, исходя из целей и задач настоящего исследования был проведен ретроспективный и сравнительный анализ случаев ГВ у детей, получивших стационарное лечение в отделении гематологии КНИИАиП на протяжении 20 лет (1981-2000).

За рассматриваемый период в отделение гематологии было госпитализировано 1753 ребенка с диагнозом ГВ. Различные проявления почечного синдрома были зарегистрированы у 398 (22,7%) больных. В отделение нефрологии за исследуемый период поступило 114 детей с различными формами капилляротоксического гломерулонефрита.

На третьем этапе проводили отбор исследуемых групп для изучения клинических проявлений различных форм почечного синдрома у детей с ГВ и детей поступивших в отделение нефрологии с диагнозом капилляротоксический гломерулонефрит.

Вначале заполнялись специально разработанные карты, в которые вносили сведения о социально-гигиенических условиях жизни, здоровье родителей, беременности и родов, периоде новорожденности, наследственности, перенесенных и сопутствующих заболеваний. Особое внимание при выкопировке информации обращали на динамику и особенности клинических проявлений почечного синдрома и капилляротоксического гломерулонефрита.

В разработку были взяты все случаи почечного синдрома при ГВ и капилляротоксического гломерулонефрита, поступивших в отделение нефрологии КНИИАиП. Помимо клинического наблюдения проводились биохимические показатели крови и мочи, посев мочи на стерильность.

Объектом исследования явились дети в возрасте от 3 до 15 лет и их семьи. Единцей исследования явились ребенок и его семья.

Таким образом, настоящая работа основана на результатах изучения климато-географических, социальных, биологиче-

ских и медицинских факторов у 398 детей с различными формами почечного синдрома при ГВ по данным комплексного исследования.

### **Результаты и обсуждение**

Типичными проявлениями ГВ являются кожный, геморрагический, суставной, абдоминальный и почечный синдромы.

Началу ГВ у детей обычно предшествует продромальный период после перенесения ребенком ангины, гриппа, ОРВИ, обострения хронического тонзиллита, фарингита или другого аллергического воздействия. Этот период может продолжаться от 4 до 14 дней. Он сопровождается повышением температуры, недомоганием, снижением аппетита [10].

Заболевание может начаться с любого симптома. Наиболее характерным и ведущим в постановке диагноза является кожный геморрагический синдром, который наблюдается у всех больных детей. Кожные высыпания служат первым проявлением ГВ, хотя в ряде случаев они появляются на фоне суставного или абдоминального синдрома. Сыпь представляет собой мелкоточечные кровоизлияния, петехии, иногда – уртикарные и пятнисто-папулезные элементы, которые в динамике превращаются в геморрагическое пятно. Высыпания располагаются симметрично на стопах, голенях, бедрах, ягодицах, разгибательной поверхности предплечий и плеч, в области пораженных суставов, геморрагии могут сливаться в обширные участки, на месте которых может образоваться некроз. Характерной чертой кожного синдрома является волнообразность высыпаний, обычно наблюдаются 2-4 и более волны высыпаний.

Суставной синдром у 67 (16,6%) детей характеризовался симметричным поражением чаще крупных сосудов – коленных, голеностопных, лучезапястных и локтевых, реже в процесс вовлекались плечевые и мелкие суставы кистей. Боли, отек и гипотония пораженных суставов держались в течение 2-3 дней, затем затихали. Сустав-



ной синдром также как и кожный имел волнообразное течение.

Клиническими проявлениями абдоминального синдрома у 278 (69,9%) являлись: приступообразные боли в животе различной интенсивности, повторная, многократная рвота, иногда жидкий стул с примесью крови, иногда желудочно-кишечное кровотечение. Боли в животе носили приступообразный характер и не имели четкой локализации. Длительность абдоминального синдрома очень вариабельна, от нескольких приступов в течение 2-3 дней до 8-10 волн в течение 1 месяца.

Одним из наиболее важных и опасных проявлений ГВ, определяющим его тяжесть и прогноз, является поражение почек. Вовлечение в патологический процесс почек всегда тревожный синдром, он утяжеляет прогноз и ставит под сомнение возможность полного выздоровления ребенка.

Изменения в почках являются одним из проявлений ГВ и обусловлены функциональными и морфологическими изменениями, наступающими в сосудистой системе.

Различные проявления почечного синдрома были зарегистрированы у 387 детей (22,1%) из 1753 больных с ГВ за период с 1981 по 2000 гг.

Клинические проявления почечного синдрома у большинства детей регистрировались от первых 2 недель до 3-4 недель и более стационарного лечения.

В дебюте ГВ с поражением почек изолированный кожный синдром отмечался у 24 детей (6,1%) из 387, кожно-суставной у 64 (16,6%), кожно-абдоминальный у 29 (7,4%). Наиболее часто присоединение ренального синдрома отмечено при сочетанном поражении кожи, суставов и желудочно-кишечного тракта (кожно-суставно-абдоминальной форме) у 270 детей, что составило 69,9%.

У детей с установленным диагнозом капилляротоксического нефрита клинико-лабораторные исследования, проводимые в динамике, позволили классифицировать почечные изменения у 114 детей следующим образом: смешанный вариант (нефритический синдром, артериальная гипертен-

зия и гематурия) был выявлен у 24 (21,1%) детей, стойкий нефротический синдром – у 27 (23,7%), гематурическая форма – у 30 (26,3%) детей, изолированный мочевого синдром (транзиторная микрогематурия и следовая протеинурия) – у 10 (8,8%) детей.

Смешанный вариант выявлен у 24 (21,1%) детей, характеризовался умеренно выраженными отеками, артериальной гипертензией, макро- и микрогематурией, протеинурией от 1 до 2 грамм в сутки.

У 11,9% детей с нефротическим синдромом наблюдались выраженные отеки. Почти у 60,0% больных выявлены отеки вен, поясницы и нижних конечностей, протеинурия более 3 грамм в сутки у 26 больных, гиперхолестеринемия колебалась у 85 больных от 7 до 12 ммоль на литр.

У детей с гематурической формой у 30 (21,7%) детей течение заболевания проявлялось мочевым синдромом, длительной стойкой гематурией (от микро- до макрогематурии) и сочетание небольшой протеинурии до 1,5 грамм в сутки. Из экстраренальных признаков нефрита отмечались пастозность мягких тканей, у 6 больных кратковременная артериальная гипертензия, у 5 детей отмечалось стойкое нарушение азотвыделительной функции почек.

Изолированный мочевого синдром у 8,8% детей проявлялся гематурией и протеинурией без гипертензии и отеков.

Диагноз капилляротоксического нефрита 50 (43,9%) больным был выставлен в течение года после перенесенного ГВ, 26 (22,8%) детям в течение 1-3 лет после перенесенного ГВ, 10 (8,8%) детям после 3-х лет, 7 (6,1%) детям – после 5 лет после перенесенного ГВ.

Несвоевременная диагностика поражения почек после перенесенного ГВ указывает на отсутствие диспансеризации детей на участке, что приводит к формированию хронического гломерулонефрита.

Из 114 детей 54 (47,4%) были мальчики и 60 (62,0%) – девочки.

Основная масса поступивших детей была из сельской местности и составила 79,8% (91), городских жителей – 20,2% (23). Из вышеописанного видно, что у детей, проживающих в сельской местности, почки в 4 раза чаще вовлекаются в патологический процесс, по всей видимости, это

связано с условиями жизни в сельской местности (отсутствие стационарного отопления, горячей воды, канализации и др.) и отсутствия диспансеризации.

При ГВ с почечным синдромом 82 (20,6%) ребенка поступили на 30-45 день болезни (поздняя госпитализация после лечения по месту жительства). Симптом Пастернацкого был положительным уже при поступлении - у 81 (21%) ребенка. Выраженные отеки вплоть до асцита были отмечены при поступлении - у 4 (0,9%) больных, умеренные отеки голеней - у 10 (2,6%) больных, пастозность век, лица, кистей, нижних конечностей, поясницы отмечались у 68 (17,0%).

У детей с капилляротоксическим нефритом отечный синдром отмечался у 42 (36,8%) детей. Выраженные отеки отмечались у 5 (11,9%) больных, умеренные отеки голеней, поясницы - у 7 (16,7%) детей, пастозность лица, нижних конечностей, поясницы отмечались у 30 (71,4%) больных.

Как видно из таблицы 1, у всех детей отмечалась сопутствующая патология, причем у одного и того же больного выявлено не менее 3-4 очагов инфекции, тем самым поддерживался патологический процесс в почках.

По нашим исследованиям у 239 (60,0%) детей больных ГВ с почечным синдромом отмечалась следовая протеинурия

(0,09-0,28 г/л в сутки), которая наблюдалась в течение 1,5 месяца. У 105 (92,1%) детей с капилляротоксическим нефритом отмечалась протеинурия различной степени. Из них у 45,6% отмечалась протеинурия от 1 до 3 и более г/сутки (табл. 2).

В период клинико-лабораторной ремиссии поступило 9 (7,95%) детей.

Эритроцитурия отмечалась у 117 больных (29,4%) из 398 при ГВ с почечным синдромом: из них у 28 (7,0%) детей эритроцитурия более  $3 \times 10^6$  в сутки, а у 89 (22,4%) детей в пределах  $2-3 \times 10^6$ .

У 281 (70,6%) больных детей с почечным синдромом эритроциты в анализах мочи были в пределах нормы.

Лейкоцитурия более  $2 \times 10^6$  была отмечена у 51 (12,8%) больного.

Как явствует из таблицы 3, показатели азотистого обмена и холестеринемия были заметно выше у детей с развившимся капилляротоксическим нефритом сравнительно с детьми, имевшими проявления почечного синдрома на фоне течения ГВ.

Таким образом (табл. 4), клинические и клинико-лабораторные показатели тяжести почечного процесса оказались значительно более выраженными при развитии капилляротоксического нефрита, прогностически неблагоприятного часто по формированию хронической почечной недостаточности (ХПН).

Таблица 1

Сопутствующая патология у детей при поражении почек  
с геморрагическим васкулитом

Нозологическая форма	ГВ без почечного синдрома n=50		ГВ с почечным синдромом n=398		Капилляротоксический нефрит n=114	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЛОР-патология (хр. тонзиллит, гайморит, синусит и др.)	13	26,0	224	54,6	82	71,9
ДЖВП, гастриты	15	30,0	80	20,2	26	22,8
Глистная инвазия	9	18,0	49	12,3	14	15,8
Патология мочевыводящих путей	2	4,0	35	8,8	15	13,2
Кариес	11	22,0	143	36,0	60	52,6

Таблица 2

Показатели протеинурии больных ГВ с почечным синдромом и  
капилляротоксическим нефритом

Протеинурия	ГВ с почечным синдромом		Капилляротоксический нефрит	
	N	%	N	%
Больше 3 г/сутки	-	-	26	22,8
1-3 г/сутки	-	-	26	22,8
Следовая протеинурия	239	60,0	53	46,5

Итого:	239	60,0	105	92,1
--------	-----	------	-----	------

Таблица 3

Биохимические показатели крови у больных детей при геморрагическом васкулите с поражением почек

Биохимические показатели крови	ГВ с почечным синдромом		Капилляротоксический нефрит	
	N	M±m	N	M±m
Остаточный азот (ммоль/л)	78	17,6±2,1	103	21,3±5,2
Мочевина (ммоль/г)	82	5,1±1,0	105	6,9±2,5
Креатинин (мкмоль/л)	34	83,0±14,2	42	112,5±30,1
Холестерин (ммоль/л)	59	4,6±1,3	85	10,0±3,8

Таблица 4

Клинико-диагностические критерии поражения почек у детей при геморрагическом васкулите

Симптомы	Почечный при ГВ	Капилляротоксический нефрит
Дебют заболевания	через 2-3 недели	через 6 месяцев
Длительность заболевания	до 50 дней	от 1 до 5 лет
Артериальная гипертензия	норма	повышено
Отеки	умеренные	выраженные
Белок	минимальный	выраженный
Эритроциты	единичные	макрогематурия
Остаточный азот	норма	повышено
Мочевина	норма	незначительно
Креатинин	норма	повышен
Холестерин	норма	повышен
Прогноз	частично благоприятен	неблагоприятный с исходом в хр. гломерулонефрит и ХПН

Бактериурия была выявлена у 18 (4,5%) пациентов с почечным синдромом и у 25 (21,9%) с капилляротоксическим нефритом. Бактериурия была представлена следующими штаммами с достоверными диагностическими: титрами *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus vulgaris*.

Изменения со стороны почек на УЗИ при ГВ с почечным синдромом в виде «отежности паренхимы почек, отсутствие четкости контуров ЧЛЗ» – были отмечены в 27,5% случаев (109), а при капилляротоксическом нефрите – в виде «утолщения паренхимы, неравномерной паренхимы, отсутствие четких контуров ЧЛЗ» отмечено у

37 (32,5%) больных. У 4 (3,5%) больных данные за патологию в мочевыводящей системе были выявлены при экскреторной урографии.

#### Выводы

1. Поражение почек у больных ГВ определяет тяжесть состояния больного и прогноз не всегда является ранним симптомом.

2. ГВ с почечным синдромом в 29,5% случаях может трансформироваться в капилляротоксический нефрит.

3. У больных при ГВ возможны различные варианты гломерулонефрита: нефротическая форма – 23,7%, гематурическая форма – 26,3%, смешанная форма – 21,1%.



## **Литература**

1. Ананченко В.Г., Иммухамбетова А.А. Вопросы патогенеза, клиники, диагностики и методические основы коррекции иммунокомплексного синдрома // Советская Медицина.- 1985.- № 5.- С. 79-82.
2. Балабина Н.М. Клинико-патогенетическая характеристика геморрагического васкулита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Новосибирск, 1987.- 24 с.
3. Баркаган Л.З. Вопросы трансфузиологии и гематологии в педиатрической практике.- Баку, 1977.- С. 167-169.
4. Беркод Р. // Руководство по медицине: Пер с англ.- 1997.- Т.1.- С. 818, 894.
5. Бочков Н.П., Захаров А.Ф., Иванов В.И. Медицинская генетика. Рук-во для врачей.- М.: Медицина, 1984.- 368 с.
6. Вельтишев Ю.Е., Барашнев Ю.И., Казанцева Л.З. Болезни с наследственным предрасположением // Педиатрия.- 1985.- № 7.- С. 69-73.
7. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д., Андреева Н.Е. Патология иммунных комплексов // Тер. архив.- 1994.- № 1.- С. 3.
8. Выговская Я.И., Логинский В.Е., Захарчук Л.С. Циркулирующие иммунные комплексы и иммунная система при геморрагическом васкулите // Тер. архив.- 1990.- № 7.
9. Дехтярева Э.М., Копылева О.Д. Особенности поражения почек при геморрагическом васкулите у детей // Вопросы охраны материнства и детства.- 1986.- № 10.- С. 14-17.
10. Ильин А.А. Геморрагический васкулит у детей. – Л.: Медицина, 1984. - 112 с.
11. Miller D.K. // Blood Disease of Inf and childhood.- 1995.- Ch. 20.- Part 4.- P. 910-915.

УДК: 613.2:616-053 ]-084 (575.2)

## **ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АЛИМЕНТАРНО - ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

*Мамырбаева Т.Т., Анарбаева А.А.*

### **APPROACHES TO PREVENTION OF ALIMENTARY DEPENDENT DISEASES OF SMALL CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

*Mamyrbaeva T.T., Anarbaeva A.A.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Фактическое питание детей раннего возраста в Кыргызстане характеризуется низкой распространенностью исключительно грудного вскармливания и неадекватным прикормом. Установлено, что большинство специалистов семейной медицины не уверены в преимуществах исключительно грудного вскармливания, и негативных последствиях недостаточного или избыточного питания. Мероприятия по улучшению питания у детей раннего возраста должны включать предоставление медицинским работникам научно обоснованной информации о ближайших и отдаленных последствиях недостаточного или избыточного питания и широкую пропаганду полноценного питания.

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, прикорм, нарушение питания.

**Resume.** Small children's actual nutrition in Kyrgyzstan is characterized by lower prevalence of exclusively breast feeding, non-adequate complementary feeding. It is established that most of family medicine specialists are not sure in advantages of exclusively breath feeding up to 6-month age of a child, consequences of insufficient or redundant feeding. Activities to improve the feeding of small children should include providing health workers with science-based information about breath feeding, near and far coincidences of insufficient or redundant feeding, advancing their consulting skills, wide propaganda of adequate feeding.

**Key words:** breast feeding, complementary feeding, malnutrition.

Питание относится к тем ведущим факторам внешней среды, которые определяют качество жизни человека и воздействуют на его организм с момента зачатия и до самых последних мгновений жизни. Поэтому адекватное возрасту и состоянию здоровья сбалансированное питание рассматривается как важнейший фактор формирования физического, интеллектуального и социально-адаптированного здоровья, профилактики и комплексной программы лечения многих заболеваний человека.

Высокие темпы роста, физического и психического развития детей раннего возраста предопределяют необходимость постоянного поступления с пищей комплекса всех пищевых веществ, включая белки и аминокислоты, жиры и жирные кислоты,

углеводы и микронутриенты (витамины, макро- и микроэлементы) и др.

Для младенцев в течение первых 6 месяцев «золотым стандартом» кормления является исключительно грудное вскармливание, которое обеспечивает ребенка молоком в достаточном количестве и достаточного качества для удовлетворения возрастающих потребностей растущего организма до достижения им возраста примерно 6 месяцев.

С целью изменения ранее существовавшей практики кормления новорожденных в родовспомогательных учреждениях и для успешного внедрения рекомендаций ВОЗ по грудному вскармливанию с 1994 г. издан ряд приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

(№ 155 от 1994 г. «О мерах по совершенствованию грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях Кыргызской Республики», № 19 от 1996 г. «Об организации работы родильных домов (отделений) и внедрении исключительно грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях республики», № 173 от 2004 г. «О внедрении исключительно грудного вскармливания в практику родовспомогательных учреждений, детских отделений и в Центрах семейной медицины», № 174 от 2004 г. «О проведении сертификации родовспомогательных учреждений по программе «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания»» и др. В 1996 г. создан Национальный комитет по поддержке и поощрению грудного вскармливания при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

С 1999 г. в стране внедряется «Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку», цель которой - охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания. В настоящее время в родовспомогательных учреждениях, которые удостоены Международного звания «Больницы доброжелательного отношения к ребенку», происходит около 50% всех родов.

Определенная работа проведена и по совершенствованию законодательной базы защиты и поощрения грудного вскармливания. В декабре 2008 года принят Закон Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей».

Между тем, все еще остается низким уровень исключительно грудного вскармливания детей в течение первых 6-ти месяцев жизни. Так, по данным MICS III [5] 64,7% матерей начинали кормить своих новорожденных малышей грудью в течение первого часа после родов, только 43,7% детей в возрасте от 0 до 3 месяцев и 35,6% детей в возрасте от 0 до 5 месяцев находились на исключительно грудном вскармливании. Однако по данным выборочных исследований, которые проведены в 2007-

2008 гг., показатели исключительно грудного вскармливания были несколько ниже и колебались от 13,7-14,5% в Нарынской области до 23,7- 29,5% в Таласской, Иссык-Кульской и Чуйской областях. При этом 12,3-14,1% матерей начинали давать новорожденным детям в стенах родильного дома: воду, чай, молочные смеси, коровье/козье молоко, курдючный жир. К 6 месяцам каждый второй ребенок (44,6%) получал жидкие каши, буламык, коровье/козье молоко. В то же время в рацион питания 42,5% детей начинали вводить прикорм позже 7-ми месяцев. В возрасте 6-ти месяцев, в котором рекомендуется введение дополнительного питания, только 12,2% матерей начинали давать прикорм.

Анализ результатов анкетирования специалистов семейной медицины (врачи, фельдшера, медицинские сестры) и качественного исследования их убеждений показал, что мероприятия, проводимые в течение последних 15 лет, не убедили медицинских работников в важности исключительно грудного вскармливания. Так, практически все медицинские работники считали, что прикорм на самом деле можно давать, начиная с 3,5-4-х месячного возраста, и аргументировали: «Мы своим детям начинали давать пищу с семейного стола с 3-х месяцев, а воду – почти с роддома, и ничего плохого не было». Более того, каждый второй специалист семейной медицины считал: «с 3-х месяцев можно давать ребенку буламык, особенно перед сном, и ребенок ночью будет спать спокойно». Были также мнения: «до 1 года своих детей кормили исключительно грудным молоком, и дети росли, не отставали в весе и не болели. И на участке есть такие дети. Почему бы нет? Что в этом плохого?», «избыточная масса тела ребенка связана с частым прикладыванием к груди по его требованию, нельзя давать грудь при малейшем беспокойстве ребенка». При этом следует подчеркнуть, что при тестировании с целью оценки уровня знаний по вопросам питания детей первого года жизни практически все (96,7%) специалисты семейной медицины

отвечали, что «ребенка следует кормить исключительно грудью до 6 месяцев».

Сложившаяся ситуация по фактическому питанию детей раннего возраста, ответственность за организацию которого возложена на специалистов семейной медицины при отсутствии государственной политики в области питания детского и взрослого населения страны, не способствует снижению распространенности заболеваний, связанных с недостаточным или избыточным питанием. Так, по данным выборочных исследований распространенность анемии среди детей в возрасте 6-36 месяцев в отдельных регионах страны достигает до 77,8-83,2% [4], каждый третий (32,9%) страдает недостаточностью витамина А [6], 13,7% детей – низкорослостью [5].

Естественно, что такая ситуация не может не оказать своего отрицательного влияния на состояние здоровья детского и взрослого населения. Исследованиями последних лет показано, что отдаленными последствиями дефицита микронутриентов у детей раннего возраста являются: задержка физического и умственного развития, ухудшение способности к обучению, внимания, сосредоточенности и усидчивости, изменение поведения, снижение активности иммунной системы, утяжеление течения любых болезней, что затрудняет их лечение [8].

Рационализация питания детей связана, в первую очередь, с решением социально-экономических и управленческих проблем. Весьма важными подходами к рационализации питания детей является регулярный контроль за практикой грудного вскармливания, своевременностью введения полноценного прикорма и мониторинг физического развития детей раннего возраста с целью выявления существующих проблем и принятия адекватных мер по их устранению.

Безусловно, на решение женщины, как кормить своего ребенка, существенное влияние оказывают установки практического здравоохранения, предыдущий опыт кормления ребенка, реклама искусственных

молочных смесей промышленного производства, мнение и убеждение членов семьи и друзей, культурные и национальные традиции и другие факторы. Следовательно, мероприятия по пропаганде грудного вскармливания должны быть направлены на изменение в представлениях общественности о приемлемости кормления грудью не только дома, но и в общественных местах, подчеркивать, что грудь – это орган для кормления ребенка. В материалах, предназначенных для различных групп населения, следует особо подчеркивать сообщения о том, что грудное молоко единственно приемлемое питание для ребенка в течение первых 6-ти месяцев его жизни, которое обеспечивает его всеми необходимыми питательными веществами и защитными факторами.

Медицинские работники должны владеть необходимыми знаниями и навыками консультирования для того, чтобы убеждать матерей в важности исключительно грудного вскармливания и своевременного введения полноценного прикорма, целесообразности продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более. А для изменения убеждения самих работников системы семейной медицины необходима специальная подготовка по улучшению их навыков консультирования, предоставление им научно обоснованной информации о преимуществах грудного вскармливания, ближайших и отдаленных последствиях раннего искусственного и смешанного вскармливания, дефицитного или избыточного питания.

Существенный вклад в улучшение питания детей раннего возраста могут внести улучшение обеспеченности детей микронутриентами путем обогащения витаминно-минеральными комплексами, которое более физиологично, нежели прием аптечных поливитаминных таблеток и витаминно-минеральных комплексов [1, 2, 4, 7]. Эти продукты представляют собой сухие порошки с заданным витаминным и минеральным составом, что позволяет легко дозировать объем потребляемого продукта и



количество получаемых с ним микронутриентов.

К достоинствам подобных продуктов следует также отнести легкость их приготовления, удобство при транспортировке на значительные расстояния, микробиологическую безопасность, длительные сроки хранения (до 1-2 лет) и высокую стабильность входящих в их состав витаминов и минералов [1, 3].

Определенный позитивный опыт в использовании витаминно-минеральной пищевой добавки в профилактике и искоренении микронутриентной недостаточности среди детей раннего возраста накоплен в Монголии. Так, в Монголии в 2001-2003 гг. проводилась оценка эффективности домашнего обогащения прикорма детей в возрасте 6-35 месяцев с помощью витаминно-минеральной пищевой добавки «спринклз». Достигнутый охват употребления спринклза в 88% в течение 13 месяцев позволил сократить распространенность анемии с 46% до 25% среди детей в возрасте 6-35 месяцев [7]. Аналогичные исследования в пилотных районах Кыргызской Республики также показали эффективность использования витаминно-минеральной

пищевой добавки в качестве обогатителя домашней пищи в снижении распространенности анемии среди детей раннего возраста [4].

Не менее важное значение в рационализации питания детей имеет информирование населения о важности обеспечения женщин детородного возраста полноценным, сбалансированным питанием, особенно во время беременности и лактации, и о том, что истощение, анемия, йододефицитные и многие другие заболевания у женщины не являются причиной отказа от кормления грудью.

Создание координационного органа, возможно на правительском уровне, который будет заниматься вопросами рационального питания, обеспечением участия широких слоев населения, местных органов самоуправления, неправительственных организаций, образовательных организаций и научно-исследовательских институтов в контексте всеобъемлющего плана профилактики неинфекционных болезней, связанных с нерациональным питанием, должно быть составной частью стратегии предупреждения ухудшения здоровья и замедленного развития детей.

#### **Литература**

1. Злоткин С. Порошки с питательными микроэлементами для борьбы с анемией у детей. *PloS Medicine*, 2005, vol. 2. – P. 24-28.

2. Йёнг Д.Л., Яп Й, Ченг К. Приятие потребителем домашнего пищевого железообогатителя // Матер. Международной консультативной группы по пищевой анемии, Перу, 2004.

3. Кристофайдс, С. Злоткин, К. Шауэр. Влияние «микроэлементов спринклз» на лечение и профилактику дефицита железа у 4-18-месячных младенцев коренного населения Канады // Матер. XIV Международного конгресса по диететике в Чикаго, Иллинойс, США, 2004.

4. Ландин Е., Щют Т., Токтобаев Н. Изучение перспективной когорты детей младшего возраста и беременных и кормящих

женщин с целью тестирования эффективности спринклз в борьбе с анемией в Кыргызстане, 2008.-67 стр.

5. Мониторинг положения детей и женщин, Кыргызская Республика. Кластерное обследование по многим показателям, НСК КР, ЮНИСЕФ, 2006. – 211 стр.

6. Недостаточность витамина А среди детей в возрасте 6-59 месяцев в Кыргызской Республике, ЮНИСЕФ, 2004.

7. Effectiveness of Home-Based Fortification of Complementary Foods with Sprinkles in integrated Nutrition Program to Address Rickets and Anemia // World Vision Mongolia, Ulaanbaatar, 2005. – P. 55.

8. Martorell R. The nature of child malnutrition and its long term implications. *Food and nutrition bulletin*, 1999, 20. – P. 288–292.

## **ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Саржанова К.С.*

## **PRACTICAL NUTRITION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN DIFFERENT REGIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

*Sarzhanova K.S.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме:** Изучение фактического питания проводилось у 2050 детей раннего (1-3 года), дошкольного (4-6 лет) и школьного возраста (7-17 лет) во всех регионах Кыргызской Республики. Анкетно-опросным методом путем 24-часового воспроизведения питания заполнялись пищевые дневники и рассчитывалось суточное потребление основных нутриентов (белки, жиры, углеводы и энергия) по таблицам химического состава пищевых продуктов. При этом установлено, что содержание белков, жиров, углеводов и энергетическая ценность суточного рациона значительно ниже рекомендуемых Россией норм (1991), особенно в сельской местности среди подростков. В то же время по нормам ВОЗ (1985) потребление энергии оказалось в пределах нормы во всех возрастных группах детей, а содержание белка в суточном рационе было в 1,5-2 раза выше рекомендуемых норм, особенно среди детей раннего и дошкольного возраста.

**Ключевые слова:** фактическое питание, дети, подростки, структура пищевого рациона.

**Resume.** Study of practical nutrition was carried out at 2050 children of early age (1-3 years old), preschool age (4-6 years old) and school age (7-17 years old) in all regions of the Kyrgyz Republic. Food diaries were filled in on the basis of the questionnaire method by 24 hours of nutrition reproduction and daily intake of basic nutrients (proteins, fats and carbohydrates) was calculated in accordance with the tables of chemical composition of food. At the same time it was established that the content of carbohydrates and energy value of daily ration is quite lower then recommended norms in Russia (1991) especially in the countryside among the teenagers. Thenadays in accordance with the norms of WHO (1985) energy intake was within normal limits in all children age groups and protein content in daily ration was in 1.5 -2 times higher then recommended norms, especially among children of early and pre-school age.

**Key words:** practical nutrition, children, teenagers, dietary intake structure.

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье нации. Правильное и рациональное питание обеспечивает гармоничный рост и развитие детей, предупреждает развитие заболеваний, повышает умственную и физическую работоспособность, стимулирует неспецифические факторы иммунитета и создает условия для адекватной адаптации организма к различным экстремальным условиям окружающей среды. Особое значение имеет правильное и здоровое питание в

детском возрасте, когда формируются основные физиологические, метаболические, иммунологические механизмы, определяющие здоровье человека на протяжении всей его последующей жизни [1, 2, 3].

В последние годы научно доказано, что многие хронические заболевания у взрослых (ожирение, сахарный диабет, болезни желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, атеросклероз, желчекаменная и мочекаменная болезни и др.) формируются на фоне

нарушений питания в детском возрасте, особенно в раннем периоде их развития. Отсюда следует, что рациональное питание, адекватное физиологическим потребностям организма детей, начиная с раннего возраста, способствует сохранению здоровья, повышению работоспособности и увеличению продолжительности жизни всего населения [4].

Питание должно обеспечивать сбалансированность поступления энергии в организм в соответствии с его энерготратами, равновесие поступления и расходования основных пищевых веществ с учетом дополнительных потребностей организма, связанных с ростом и развитием [5, 6, 7]. Поэтому проведение мониторинга за обеспеченностью суточного рациона населения, особенно детей, нутриентами и сбалансированностью рациона во всем мире является одной из важнейших проблем.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение фактического питания и структуры пищевого рациона детей и подростков в Кыргызской Республике.

### **Материалы и методы**

Фактическое питание изучалось у 2050 детей, проживающих в разных регионах республики, с учетом возраста (1-3 года, 4-6 лет, 11-13 лет, 14-17 лет), пола (мальчики и девочки) и места их проживания (город, село). Изучение фактического питания проводилось путем 24-часового (суточного) воспроизведения питания (1) и заполнения пищевых дневников с последующим расчетом содержания пищевых ингредиентов и энергии в пищевом рационе. Из числа 2050 детей в городах (гг. Бишкек, Ош, Жалалабад, Баткен, Талас, Нарын, Каракол, Токмок) анкетированы 1309 детей и 741 ребенок в разных районах республики (Кара-Суйский, Сузакский, Таласский, Ат-Башинский и Сокулукский).

Для оценки сбалансированности рациона питания детей проведен анализ структуры потребляемой пищи по данным записей 7-и дневных пищевых дневников.

Для этого были определены и составлены группы основных пищевых продуктов и блюд с указанием частоты их потребления в течение одной недели наблюдения. Анализ структуры питания выборочно проведен среди школьников в возрасте от 10 до 17 лет с учетом особенностей пищевого рациона в условиях города Бишкек (школа-гимназия № 70 и многопрофильная гимназия № 6 —АУВКА) и трех сел (с. Савай Карасуйского района, с.Кызыл-Туу Сокулукского района и с.Ат-Башы Ат-Башинского района) в различных регионах республики.

Расчет химического состава пищевых продуктов производился по данным справочных таблиц И.М.Скрухина, М.Н.Волгарева (1994) [2], а при определении состава национальных блюд использовали некоторые данные М.К.Эсенамановой с соавт. (2000) [3].

Полученные данные обрабатывались с помощью специального пакета статистических программ Epi-info 6; вычислялись среднеарифметические, ошибки отклонения от среднеарифметической, достоверность различий по непараметрическим методам.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Результаты исследования по фактическому питанию детей разных возрастных групп по сравнению с рекомендуемыми нормами ВОЗ (1985) и России (1991) оказались неоднозначными и находились в широких пределах колебаний. Это связано с тем, что нормы потребления пищевых веществ и энергии, рекомендуемые Россией, являются завышенными, а данные ВОЗ — заниженными. Так, данные фактического питания детей раннего возраста (1-3 года), которые отражены в таблице 1, указывают, что суточное потребление энергии у детей, проживающих в городах и селах, при сравнении с нормами ВОЗ (1985) находятся в пределах рекомендуемых величин, а в гг. Жалалабад, Нарын и Токмок даже превышают эти нормы.

В то же время результаты средней энергетической ценности пищевого рациона данной группы детей по сравнению с нормами России (1540 ккал) оказались ниже рекомендуемого уровня на 17,5% в городах ( $1269,8 \pm 90,4$  ккал) и на 27,7% в селах ( $1112,6 \pm 83,3$  ккал). Полученные данные по фактическому потреблению белка детьми раннего возраста, проживающих в селах ( $35,4 \pm 5,3$  г) и городах ( $40,2 \pm 5,8$  г) соответ-

ственно были в 2,4-2,7 раза выше рекомендуемых норм по ВОЗ (14,5 г), а по сравнению с нормами России (53 г в сутки) они оказались в 1,3-1,5 раза ниже этих норм. При этом дефицит потребления жиров выявлен у 25,6% детей в городах и у 33,5% в селах, что является статистически достоверным ( $P < 0,05$ ).

Таблица 1

Среднесуточное потребление энергии и пищевых веществ у детей раннего, дошкольного и школьного возраста ( $M \pm m$ )

Возраст детей	Городские дети					Сельские дети				
	Число детей (n)	Энергия (ккал)	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)	Число детей (n)	Энергия (ккал)	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)
1-3 года	218	$1269,8 \pm 90,4$	$40,2 \pm 5,8$	$39,4 \pm 5,8$	$156,0 \pm 12,4$	109	$1112,6 \pm 83,3$	$35,4 \pm 5,3$	$35,2 \pm 4,7$	$160,3 \pm 14,4$
4-6 лет	221	$1729,6 \pm 96,5$	$49,0 \pm 5,7$	$48,2 \pm 5,8$	$258,2 \pm 14,5$	124	$1580,8 \pm 92,5$	$41,4 \pm 5,1$	$42,0 \pm 5,8$	$262,0 \pm 12,5$
7-10 лет	215	$1970,4 \pm 84,6$	$57,4 \pm 5,7$	$56,3 \pm 5,8$	$300,4 \pm 15,2$	117	$1919,7 \pm 82,1$	$55,3 \pm 5,2$	$54,5 \pm 5,5$	$302,0 \pm 16,3$
11-13 лет (мал.)	158	$2226,6 \pm 84,9$	$62,9 \pm 6,2$	$62,0 \pm 6,8$	$350,4 \pm 20,1$	85	$2137,5 \pm 80,8$	$58,7 \pm 5,8$	$57,9 \pm 6,5$	$345,4 \pm 18,2$
11-13 лет (дев.)	168	$1902,1 \pm 89,5$	$58,2 \pm 5,6$	$57,8 \pm 5,3$	$298,5 \pm 16,8$	92	$1954,0 \pm 71,2$	$55,0 \pm 5,7$	$54,8 \pm 5,5$	$310,2 \pm 15,6$
14-17 лет (мал.)	159	$2721,8 \pm$	$69,2 \pm 7,4$	$69,8 \pm 7,2$	$454,2 \pm 15,8$	108	$2665,4 \pm 89,5$	$66,8 \pm 7,0$	$65,4 \pm 7,8$	$452,4 \pm 16,6$
14-17 лет (дев.)	170	$2165,9 \pm 85,6$	$59,9 \pm 8,7$	$60,7 \pm 5,8$	$345,0 \pm 12,8$	106	$2164,2 \pm 77,8$	$58,6 \pm 6,9$	$57,8 \pm 6,9$	$352,4 \pm 15,2$

Сопоставление результатов исследований по фактическому питанию во всех возрастных группах детей проводилось по суточному потреблению энергии и белков, так как в рекомендациях ВОЗ указываются только эти основные показатели. При изучении химического состава пищевого рациона детей дошкольного возраста (4-6 лет) выявлено недостаточное потребление энергии по данным России (1970 ккал). Так, потребление энергии при сопоставлении с нормами ВОЗ (1715 ккал) были выше на 0,8% в городах ( $1729,6 \pm 96,5$  ккал) и на 7,8% ниже в селах ( $1580,8 \pm 92,5$  ккал), а по отношению к нормам России дефицит был более выраженным и соответственно составил 12,2% у городских и 19,7% - у сельских детей. В то же время потребление белка как в селах ( $41,4 \pm 5,1$ ), так и в городах ( $49,0 \pm 5,7$ ) было выше в 2,0-2,5 раза, чем нормы ВОЗ (19,7 г), а по отношению к нормам России (68 г) отмечался дефицит на 28% в городах и на 39,1% - в селах.

Следует указать, что все анкетированные дети в возрасте 1-3 года и 4-6 лет не посещали детские дошкольные учреждения и получали домашнее питание с общего семейного стола. Фактическое питание детей в возрасте 7-10 лет показывает, что по отношению к нормам России потребление энергии было дефицитным на 16,1%, белка - на 25,4%, жира - на 28,7% в городах, а в селах соответственно на 18,3%, 28,2%, 31,0%.

При сопоставлении результатов фактического потребления энергии и белка с нормами ВОЗ выявлено, что энергетическая ценность пищевого рациона у городских ( $1970,4 \pm 87,6$  ккал) и у сельских детей ( $1919,7 \pm 82,1$  ккал) находилась в пределах рекомендуемых величин, а потребление белка оказалось в 2 раза выше норм ВОЗ (28,3 г) как у сельчан, так и у горожан. Энергетическая ценность суточного рациона оказалась немного заниженной только у детей, проживающих в городах Талас и Ка-

ракол, в селе Кызыл-Туу. При изучении химического состава питания детей-школьников в возрасте 11-13 лет отмечено также определенное несоответствие содержания основных нутриентов рекомендуемым нормам России как среди мальчиков, так и среди девочек. Так, у городских школьников среди мальчиков/девочек соответственно выявлен дефицит потребления энергии на 19,0/23,9%, белка - на 30,0/29,0% и жира - на 32,6/31,2%, а в сельской местности дефицит потребления энергии выявлен соответственно у 22,3/21,8%, белка у 34,7/33,0% и жира - у 37,0/34,7% детей. Отсюда видно, что недостаточное потребление белка и жира у городских мальчиков и девочек было примерно одинаковым, а у сельских детей дефицит был более выраженным.

При сопоставлении результатов фактического питания детей 11-13 лет с нормами ВОЗ получилось, что суточное потребление белка среди мальчиков/девочек соответственно было выше на 49,4/41,2% в городах и на 42,5/33,5% - в селах. При этом соотношение белков, жиров и углеводов у детей 11-13 лет в среднем составило 1:1:5,5, что указывает на углеводистую ориентацию рациона.

Данные химического состава пищевого рациона детей старшего школьного возраста (14-17 лет) указывают, что потребление белка превышает рекомендуемые нормы ВОЗ среди мальчиков/девочек соответственно на 21,0/29,0% у сельчан и на 25,4/31,8% у городских детей. При этом энергетическая ценность рациона питания была незначительно повышена у городских девочек (2,6%) и мальчиков (1,2%), в то время как в сельской местности наблюдалось некоторое снижение потребляемой энергии на 3,2% у мальчиков и на 2,5% - у девочек. Среднесуточное содержание углеводов в пищевом рационе среди мальчиков/девочек 14-17 лет соответственно составило 450/350 ккал в день. При этом соотношение белков, жиров и углеводов получилось 1:1:6,5, что указывает на несбалансированность питания.

При сравнении результатов фактического потребления пищевых веществ и энергии с рекомендуемыми Россией нор-

мами отмечался выраженный их дефицит, особенно среди сельских девочек и мальчиков. Так, среди городских девочек-школьниц дефицит потребления энергии выявлен у 16,7%, белка - у 33,4% и жира - у 32,5%, а среди сельских учениц эти показатели соответственно составили - 16,8%, 35,0% и 35,8%. В то время как потребление энергии ниже рекомендуемых норм отмечено у 9,3%, белка - у 29,4% и жира - у 30,2% городских мальчиков-школьников, а у сельских юношей соответственно они составили - 11,1%, 31,8% и 34,6%. При сравнении результатов исследований по фактическому питанию во всех возрастных группах прослеживается определенная закономерная последовательность. Так, показатели потребления энергии и белка, незначительно выше у городских детей в возрасте 1-3 года, 4-6 лет, 7-10 лет, чем у сельских детей аналогичного возраста. В препубертатном (11-13 лет) и пубертатном (14-17 лет) периодах развития детей наблюдаются достоверные различия по потреблению энергии и белка по половым признакам, что проявляется значительно более высокими показателями у мальчиков по сравнению с девочками, особенно в городах.

Следует признать, что при определении фактического питания детей и взрослых существует определенная условность и относительность, так как количество и объем потребляемой пищи точно указать не представляется возможным, поэтому применяются методы сравнения пищевых дневников с эталонными данными различных объемов стандартных порций и величин, что не исключает возможность незначительных ошибок и погрешностей в расчетах. Тем не менее, результаты изучения фактического питания дают ориентировочное, иногда и полное, представление о характере и структуре питания населения, в том числе и детей, в целом.

На основании анализа семидневных пищевых дневников установлено, что структура фактического питания детей-школьников несбалансированна и нерациональна, особенно в сельской местности. В пищевом рационе детей отмечается высокий уровень потребления хлеба и хлебобулочных изделий, чая и сахара

на фоне относительно низкого удельного веса в среднесуточных рационах мясных и молочных продуктов, свежих овощей и фруктов, что отражено в таблице 2.

При этом ассортимент и продуктовый набор у школьников г. Бишкек более разнообразный по сравнению с рационом питания сельских школьников. Подавляющее большинство городских школьников ежедневно включали в пищевой рацион мясные (68,2%), молочные продукты (61,7%), овощи (68,2%), картофель (65,4%), фрукты

и ягоды (53,8%), масло растительное (87,5%) и сливочное (53,8%), сладости (58,5%) и сахар (86,5%). Питание городских детей отличалось также присутствием в рационе рыбы, колбас, кофе, какао, бобовых и экзотических продуктов, а также наличием в домашнем меню разнообразных блюд национальной, европейской и смешанной кухни, что крайне редко встречалось среди сельских школьников.

Таблица 2

Структура семидневного пищевого рациона городских и сельских школьников в республике

Основные группы продуктов	г. Бишкек (104 детей)				с. Савай (110 детей)				с. Кызыл-Туу (80 детей)				с. Ат-Баши (56 детей)			
	Частота потребления продуктов (%)				Частота потребления продуктов (%)				Частота потребления продуктов (%)				Частота потребления продуктов (%)			
	ежедневно	через день	1 раз в нед.	не потребляет	ежедневно	через день	1 раз в нед.	не потребляет	ежедневно	через день	1 раз в нед.	не потребляет	ежедневно	через день	1 раз в нед.	не потребляет
Хлеб и хлебобулочные продукты	100	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-
Мясо и мясопродукты	68,2	31,7	-	-	40,9	36,4	17,3	5,4	37,5	43,7	12,5	6,2	45,4	32,1	17,8	3,6
Молоко и молокопродукты	61,7	23,0	12,5	2,8	54,5	38,2	7,3	-	56,2	35,0	8,7	-	66,0	33,9	-	-
Рыба и рыбопродукты	-	-	43,3	56,7	-	-	-	100	-	-	2,5	97,5	-	-	3,6	96,4
Крупы, макаронные изделия, лапша	9,6	46,3	44,1	-	-	20,0	54,5	25,4	31,2	50,0	18,7	-	35,7	44,6	19,6	-
Овощи и бахчевые	68,2	24,0	7,7	-	41,0	10,0	27,1	-	40,5	20,0	7,0	-	16,5	18,7	10,6	4,3
Фрукты и ягоды	53,8	26,9	19,2	-	47,3	33,5	19,2	-	40,0	47,5	12,5	-	33,9	44,6	17,8	3,6
Картофель	65,4	34,6	-	-	46,3	33,6	20,0	-	61,2	31,2	7,5	-	62,5	37,5	-	-
Масло сливочное, топленое	53,8	46,1	-	-	30,9	36,4	23,6	-	36,2	37,5	26,2	-	44,6	48,2	7,1	-
Масло растительное	87,5	12,5	-	-	81,8	18,2	-	-	85,0	15,0	-	-	41,0	35,7	12,5	10,9
Сахар	86,5	7,8	-	-	45,4	22,7	-	31,8	93,7	6,2	-	-	80,3	19,6	-	-
Варенье, мед, кондитерские изделия	58,5	33,6	7,9	-	60,0	27,3	12,7	-	56,2	37,5	6,2	-	32,1	46,4	21,4	-
Колбасные изделия	30,8	25,8	43,3	-	-	-	-	100	-	-	20,0	80,0	-	-	-	-
Бобовые (фасоль, соя, горох)	8,6	11,5	17,3	62,6	-	-	-	100	-	-	6,2	93,7	-	-	-	-
Чай	10	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-

	0															
Кофе, какао	5,8	11,5	20,2	62,5	-	-	-	92,7	-	-	5,0	95,0	-	-	-	100

Пищевой рацион детей в сельской местности отличался высоким потреблением хлеба и хлебобулочных изделий, чая и относительно однообразием домашней кухни, включающей в основном ассортимент национальных блюд. Причем структура пищевого рациона сельских школьников отличалась также по региональным признакам. Например, в с. Савай Ошской области редко включают в рацион питания крупы, макароны и лапшу, вместо них широко применяется рис, выращенный на своих плантациях, который отличается особым вкусом и питательностью.

Если в северных регионах (с. Кызыл-Туу, с. Ат-Башы) макаронные изделия, лапшу использовали в пищевом рационе в течение 1-2 дней 80% школьников, то на юге (с. Савай) только 20%, причем 25,4% не употребляли их в течение одной недели наблюдения. Ежедневно потребляют сахар только 45,4% школьников с. Савай, а 31,8% вообще не включают сахар в свой рацион питания, при этом чай пьют в основном с вареньем, сухофруктами, и это скорее связано с привычками и традициями питания южного региона, так как даже в обеспеченных семьях сахар не пользуется спросом.

В то время как в г. Бишкек, Чуйской и Нарынской областях 80-90% детей употребляют сахар ежедневно. В общей структуре суточного рациона питания сельских школьников наблюдается недостаточное потребление мясных продуктов, в том числе мяса птиц, особенно в с.Кызыл-Туу (37,5%), а в с.Ат-Башы свежих овощей (32,1%) и фруктов (33,9%), растительного масла (41%). Блюда из рыбы и бобовых культур (фасоль, соя, горох), салаты в пищевом рационе сельского населения крайне редко используются, даже среди городского

населения они еще не нашли широкого применения.

### Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что данные фактического питания и структура пищевого рациона детей и подростков, проживающих в различных регионах, городах и селах Кыргызской Республики значительно отличаются.

Изучение структуры пищевого рациона детей школьного возраста показало, что они питаются нерационально и несбалансированно, особенно в сельской местности, и он нуждается в корректировке качественного состава. Ежедневное употребление мяса и мясных продуктов среди сельских школьников составило 58,9%, овощей и фруктов — 38,8%, сливочного масла — 37,2%, что в 1,4-1,5 раза меньше, чем среди городских детей. Причем в течение одной недели не включались в пищевой рацион мясо у 5%, рыба и бобовые продукты — у 97,9% сельских детей.

Результаты исследований фактического питания детей раннего, дошкольного и школьного возрастов показали, что энергетическая ценность (ккал/сут) в пределах рекомендуемых норм ВОЗ, а содержание белков, жиров и углеводов завышено, особенно среди детей раннего и дошкольного возраста. Однако, при сопоставлении данных фактического питания детей и подростков нашей республики с рекомендуемыми нормами в России (1991) они оказались дефицитными. Это требует разработки региональных физиологических норм потребления энергии и пищевых веществ (белки, жиры, углеводы) для детей и подростков нашей республики с учетом результатов данных исследований и рекомендаций ВОЗ.

### Литература

1. Мартинчик А.Н., Батурин А.К., Феоктистова А.И. и др. Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания.- М., 1996.- С. 1-24.
2. Химический состав пищевых продуктов. Справочник / Под ред. И.М. Скрухина, М.Н. Волгарева.- М., 1994.
3. Эсенаманова М.К., Касымов О.Т., Жакыпов К. Питание и здоровье.- Бишкек, 2000.

4. Справочник по диетологии / Под ред. В.А.Тутельяна, М.А.Самсонова.- М., 2002, - С. 11-40.
5. Руководство по детскому питанию / Под ред. В.А.Тутельяна, И.Я.Коня.- М., 2004.- С. 222-245.
6. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения // Вопросы питания.- 1992.- № 2.- С. 6-15.
7. Energy and protein requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation.- Geneva,

World Health Organization, 1985 (WHO Technical re-

port Series, N 724).



УДК 616.12-073.97+007+4

**ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ КАРДИОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ**

*Шайдерова И.Г.*

**INTRACARDIAC HEMODINAMICS AT CHILDREN WITH ACUTE AND RELAPSING PATHOLOGY OF LUNGS COMPLICATED BY THE BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME**

*Shaiderova I.G.*

*Кыргызско-Российский Славянский университет,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** *Объект исследования – больные дети первых трех лет жизни. Методы – клинические, электро- и эхокардиографические, статистические. Результаты – показана направленность и степень участия сердца в компенсации патологического процесса в легких и бронхах в зависимости от возраста, нозологической формы заболевания, тяжести патологии, наличия бронхообструктивного синдрома.*

**Ключевые слова:** *дети раннего возраста, острый бронхит, острая пневмония, рецидивирующий бронхит, кардиогемодинамика.*

**Resume.** *Object – sick children of first three years. Methods – clinical, electrocardiography, echocardiography, statistical. Results – was shown direction and stage of heart participation in compensation of pathology severity and presence of bronchoobstructive syndrome.*

**Key words:** *early age children, acute bronchitis, acute pneumonia, relapsing bronchitis, cardiodynamics.*

Одним из частых синдромов, сопровождающих бронхолегочную патологию у детей, является бронхообструкция [1, 2], симптомы которой негативно отражаются на клинической картине заболевания. Патогенез бронхообструктивных проявлений сложен, имеет свои отличия у детей раннего возраста и требует включения дополнительных механизмов адаптации. Следует подчеркнуть, что у детей первых лет жизни в реализации обструктивных процессов преобладающее значение имеют морфологические изменения трахеобронхиальной стенки в виде отека и набухания слизистой, тогда как иммунопатологические реакции, гиперреактивность бронхов, нейрогуморальные и нервно-психические механизмы, характерные для старших детей, в раннем детском возрасте имеют меньшее значение [3].

**Целью данного исследования** было определение зависимости кардиодинамических взаимоотношений и бронхообструкции у детей с острой неспецифической бронхолегочной патологией.

**Объект исследования**

Под наблюдением находилось 145 детей с острым бронхитом, острой пневмонией и рецидивирующим бронхитом. Возраст детей от 1 месяца до 3-х лет. Контролем служили 88 здоровых детей того же возраста.

**Собственные данные**

Обследованные были распределены на 2 возрастные группы: 1 гр. – от 1 месяца до 1 года (66 детей), 2 гр. – от 2 до 3 лет (79 детей).

Среди больных первой возрастной группы не имели клинических признаков обструкции 25 детей, что составило 37,8%

от числа обследованных детей младшей возрастной группы (66). В этой группе наличие бронхообструктивного синдрома (БОС) выявлено у 62,2% (41 больной). В составе 79 обследованных детей с острой и рецидивирующей патологией старшей возрастной группы (2-3 года) наличие бронхообструкции было выявлено у 43 больных (54,4%), не имели БОС 36 детей (45,5%).

Как видно из представленных данных, дети с симптомами БОС преобладали в обеих возрастных группах. Можно лишь отметить, что среди детей первого года жизни это преобладание было существенное: 62,2 и 54,4% соответственно.

В таблицах 1 и 2 представлены результаты сравнения показателей внутрисердечной гемодинамики у обследованных детей с таковыми у здоровых аналогичного возраста и в зависимости от наличия бронхообструкции.

Проведенные данные позволили заключить, что у детей с острой и рецидивирующей патологией легких и бронхов первых трех лет жизни, независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов БОС, отмечались однонаправленные изменения показателей внутрисердечной гемодинамики, указывающие на интенсификацию деятельности сердца. По большинству исследуемых показателей выявлены высокодостоверные различия.

Исключение у младших детей составили лишь толщина миокарда, индекс соотношения полостей и процент увеличения внутреннего диаметра левого желудочка ( $\Delta S$ ), а у детей старше года – толщина миокарда, межпредсердной перегородки, фракция изгнания и увеличение диаметра левого желудочка.

Таблица 1

Показатели Эхо-КГ у детей 1-го года жизни при бронхиальной патологии в зависимости от наличия или отсутствия БОС

Показатели	Здоровые n-36	Больные дети 1-го года жизни		Достоверность различия		
		без БОС n-25	с наличием БОС n-41	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>
Морфометрические показатели в мм						
КДР	20,01±0,54	24.54±0,85	23,55±0,49	<0,001	<0,001	>0,05
КСР	12,09±0,29	15,97±0,83	15,69±0,48	<0,001	<0,001	>0,05
ЛП	9,66±0,29	10,95±0,47	10,95±0,31	<0,01	<0,01	>0,05
ПЖ	7,36±0,33	10,00±0,45	10,04±0,26	<0,001	<0,001	>0,05
Тм	4,97±0,14	5,06±0,09	5,10±0,07	>0,05	<0,05	>0,05
МЖП	3,81±0,13	4,8±0,13	4,75±0,10	<0,001	<0,001	>0,05
МПП	3,77±0,14	4,78±0,13	4,81±0,10	<0,001	<0,001	>0,05
Ао	10,0±0,20	10,82±0,42	10,73±0,32	<0,05	>0,05	>0,05
Показатели центральной гемодинамики						
КДО в мл	13,40±0,84	22,28±1,97	20,12±1,03	<0,001	<0,001	>0,05
КСО в мл	2,72±0,27	7,70±1,17	6,80±0,66	<0,001	<0,001	>0,05
УО в мл	10,48±0,64	13,92±1,19	13,44±0,59	<0,05	<0,001	>0,05
ЧСС за 1 мин	121,47±0,9	146,30±2,74	155,78±2,27	<0,001	<0,001	<0,05
МО в л	3	2,12±0,15	2,06±0,10	<0,001	<0,001	>0,05
УИ в мл/м <sup>2</sup>	1,25±0,07	37,22±2,72	35,00±2,00	<0,05	<0,05	>0,05
СИ в л/м <sup>2</sup>	25,54±2,52	5,48±0,41	5,42±0,34	<0,001	<0,001	>0,05
ИОД в мл/м <sup>2</sup>	2,98±0,34	56,08±4,68	53,09±3,18	<0,001	<0,001	>0,05
	34,2±2,93					
Коэффициенты соотношения сердечных структур						
ФИ в %	78,13±1,81	67,39±2,62	68,87±1,89	<0,001	<0,001	>0,05

ИСП в усл.ед.	0,37±0,01	0,41±0,24	0,42±0,05	>0,05	>0,05	>0,05
ΔS в %	38,89±1,39	34,95±1,63	34,41±1,17	>0,05	<0,05	>0,05
ММЛЖ в г	21,1±1,28	29,15±1,96	27,69±1,07	<0,001	<0,001	>0,05

Примечание: P<sub>1</sub> и P<sub>2</sub> – достоверность различий с группой здоровых детей;

P<sub>3</sub> – достоверность различий между больным БОС и без БОС.

Таблица 2

Показатели Эхо-КГ у детей 2-го – 3-го года жизни при бронхиальной патологии в зависимости от наличия или отсутствия БОС

Показатели	Здоровые n-52	Больные дети 1-го года жизни		Достоверность различия		
		без БОС n-36	с наличием БОС n-43	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>
Морфометрические показатели в мм						
КДР	24,93±0,36	29,72±0,50	28,09±0,62	<0,001	<0,001	>0,05
КСР	15,759±0,2	19,19±0,42	18,31±0,44	<0,001	<0,001	>0,05
ЛП	2	13,0±0,30	12,51±0,31	>0,05	<0,001	>0,05
ПЖ	12,31±0,26	11,72±0,31	11,46±12,23	<0,001	<0,001	>0,05
Тм	7,36±0,17	6,01±0,10	5,86±0,12	>0,05	>0,05	>0,05
МЖП	5,94±0,11	5,38±0,12	5,38±0,10	<0,05	>0,05	>0,05
МПП	4,95±0,11	5,37±0,13	5,34±0,11	>0,05	>0,05	>0,05
Ао	4,93±0,12	12,82±0,22	12,23±0,24	>0,05	>0,05	>0,05
	12,24±0,25					
Показатели центральной гемодинамики						
КДО в мл	22,56±0,88	34,81±1,40	32,08±1,40	<0,001	<0,001	>0,05
КСО в мл	6,79±0,30	11,73±0,66	10,93±0,60	<0,001	<0,001	>0,05
УО в мл	15,63±0,68	23,12±1,05	21,69±0,96	<0,001	<0,001	>0,05
ЧСС за 1 мин	108,91±1,0	119,72±1,37	138,18±2,37	<0,001	<0,001	<0,001
МО в л	4	2,76±0,12	2,97±0,12	<0,001	<0,001	>0,05
УИ в мл/м <sup>2</sup>	1,55±0,06	40,90±1,82	38,9±1,77	<0,001	<0,001	<0,001
СИ в л/м <sup>2</sup>	24,51±1,38	4,89±0,21	5,26±0,26	<0,001	<0,001	>0,05
ИОД в мл/м <sup>2</sup>	2,65±0,18	62,29±2,60	57,94±2,77	<0,001	<0,001	>0,05
	38,26±1,65					
Коэффициенты соотношения сердечных структур						
ФИ в %	67,87±1,09	65,94±1,34	67,20±1,13	>0,05	>0,05	>0,05
ИСП в усл.ед.	0,30±0,07	0,39±0,12	0,40±0,08	<0,05	<0,05	>0,05
ΔS в %	36,37±0,69	35,13±1,06	35,83±0,86	>0,05	<0,05	>0,05
ММЛЖ в г	35,78±1,16	49,68±1,90	43,86±1,80	<0,001	<0,001	<0,05

Примечание: P<sub>1</sub> и P<sub>2</sub> – достоверность различий с группой здоровых детей;

P<sub>3</sub> – достоверность различий между больным БОС и без БОС.

Сравнение изучаемых показателей в зависимости от наличия или отсутствия БОС позволило выявить достоверное преобладание у детей с бронхообструкцией частоты сердечных сокращений в обеих возрастных группах, в старшей возрастной группе, кроме того, отмечалось снижение

ударного индекса (P< 0,001) и массы миокарда левого желудочка (P< 0,05).

В таблице 3 представлены данные о частоте типов внутрисердечной гемодинамики у детей с бронхообструктивным синдромом и без такового.

Таблица 3

Распределение обследованных детей с БОС в зависимости от типа внутрисердечной гемодинамики

Тип гемодинамики	Больные 1-го года жизни				Больные 2-го года жизни			
	без БОС		с наличием БОС		без БОС		с наличием БОС	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Эукинетический	10	40	14	34,1	16	44,4	16	37,2
Гиперкинетический	13	52	17	41,5	15	41,7	13	30,2
Гипокинетический	2	8	10	24,4	5	13,9	14	32,6
Итого:	25	100	41	100	36	100	43	100

Как видно из представленных данных, несмотря на отсутствие отличия большинства параметров внутрисердечных взаимоотношений у больных с БОС по отношению к соответствующим показателям по анализируемым группам, типы гемодинамики имели значимые различия. Последние заключались в достоверном увеличении в обоих возрастных группах числа детей с гипокинетическим вариантом гемодинамики, появление которого косвенно указывает на снижение диапазона компенсаторных возможностей у большего числа детей на фоне обструкции.

## Выводы

### Литература

1. Алексеев В.П. Этиология и клинко-патогенетические варианты осложненных форм острых бронхолегочных заболеваний у детей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.- Бишкек, 2001.- 39 с.
2. Поданова Е.А., Троякова М.А., Чернышова Н.И. Особенности рецидивирующего бронхита у детей раннего возраста // 13 Нац. Конгресс по болезням органов дыхания.- Санкт-Петербург.- 2003.- С.188.
3. Nussbaum E. Flexible fiberoptic bronchoscopy and laryngoscopy in infants and children // Laryngoscopy.- 1985.- Vol. 24.- P. 370-382.

Наличие БОС не меняет направленности изменения внутрисердечной гемодинамики у детей раннего возраста с острой и рецидивирующей бронхолегочной патологией.

Изменения внутрисердечной гемодинамики при БОС характеризуются увеличением относительно здоровых детей основных морфометрических показателей, параметров центральной гемодинамики, массы миокарда левого желудочка и снижением фракции выброса.

У детей с бронхообструктивным синдромом отмечается тенденция к снижению числа больных с эу- и гиперкинетическим типами внутрисердечной гемодинамики на фоне достоверного увеличения пациентов с гипокинезией сердца.



*Детская хирургия*

*Paediatric surgery*

УДК 616.831-002.951.21-053.2

## ЭХИНОКОККОЗЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

*Оморев Т. М.*

### CELEBRAL EHINOCOCCOSIS IN CHILDREN

*Omorov T.M.*

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме:** У 109 больных с эхинококкозом головного мозга изучены особенности динамики клинического течения. Выявлено несоответствие между гипертензионным общемозговым синдромом и рентгенологическими изменениями в костях черепа. Исследована хемилуминисценция (ХЛ) ликвора при эхинококковом поражении головного мозга.

**Ключевые слова:** дети, эхинококкоз головного мозга, диагностика, клиника.

**Resume:** At 109 patients with ehinococcosis of a head brain the features of dynamics (changes) of clinical current are investigated. The discrepancies between hypertensive general cerebriic syndromes and radiographics by changes in a brain are revealed. Is investigated hemoluminescence cerebrospinal liquid at ehinococcosis a defeat of a head brain.

**Key words:** children, ehinococcosis of a head brain, diagnostic, clinic.

#### Актуальность проблемы

Центрально-Азиатский регион признан эндемичным по эхинококкозу.росло число диагностированных случаев этого заболевания, увеличивается количество редких форм эхинококкоза — поражение ЦНС и, в частности, головного мозга, считающегося достаточно редкой локализацией зародышевых кист гельминта, у которого человек является промежуточным хозяином и тупиковой ветвью.

*Echinococcus granulosus* (однокамерный эхинококк) является гельминтом, способным поражать любой орган или ткань человеческого организма. Печень и легкие наиболее часто (32-66%) подвергаются воздействию паразита. Головной мозг считается достаточно редкой локализацией паразита и вовлекается в патологический процесс в 0,5-2,5% всех случаев этого заболевания [4] и в 0,2% поражения головного мозга сочетаются поражением печени и легких [1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12].

Человек является промежуточным хозяином и биологическим тупиком для

данного вида гельминта. После попадания в органы зародыши паразита образуют кисты, которые медленно и прогрессивно увеличиваются в размере.

Как известно, прогноз эхинококкоза у человека зависит от ранней диагностики и проведения своевременных хирургических и химиотерапевтических методов лечения. Если проблемы диагностики эхинококкоза внутренних органов во многом решены, то диагностика эхинококкозов головного мозга еще представляет большие трудности. Часто у таких больных диагностировались заболевания мозга другой этиологической природы (опухоль, кисты, абсцессы и др.) [4, 9]. Поздняя диагностика эхинококкозов головного мозга приводит к декомпенсированной стадии, что, соответственно, определяет неблагоприятный прогноз заболевания. Радикальным лечением эхинококкоза ЦНС считается хирургическое удаление паразитарных кист.

#### Материалы и методы

За 15 лет нами обследованы и про-

оперированны 105 больных с эхинококкозом головного мозга, что составило 0,9% от всех больных с объемными процессами головного мозга (опухоль головного мозга, киста другой этиологии, абсцесс головного мозга и др.). Предоперационный диагноз ставили на основании проведения соматоклинического, клинико-неврологического, офтальмологического, отоневрологического и нейрофизиологического осмотров с применением инструментальных методов исследования. Ведущим методом диагностики являлось проведение компьютерной томографии (38) головного мозга и ядерно-магнитная резонансная томография (27).

Лечение эхинококкоза головного мозга заключалось в хирургическом удалении внутримозговых кист методом пункции и аспирации внутривезикулярной жидкости с последующим удалением оболочек эхинококковой кисты.

### **Результаты и их обсуждение**

Первые симптомы болезни обнаруживались задолго до полного клинического проявления. На основании клинического течения заболевания (медленно нарастающих общемозговых и локального неврологических синдромов, эпилептических припадков диффузного и местного характера) был установлен диагноз объемного процесса головного мозга опухолевой природы 54 больным, у 13 - абсцесс головного мозга. У 4 больных было сочетанное поражение эхинококкозом других органов (печени и легких), что позволило обнаруженные внутричерепные объемные процессы оценить как эхинококкоз.

У 38 больных первично эхинококкоз головного мозга диагностирован по особенностям динамики клинического течения заболевания с применением компьютерной и ядерно-магнитной резонансной томографии (рис 1.)

У всех наблюдаемых больных в неврологическом статусе отмечались экзофтальм, парез отводящих нервов, ригидность мышц затылка, горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом, координаторные нарушения.

У 12 больных первым симптомом заболевания в течение 5-10 лет были клонические эпилептические припадки с последующим присоединением локальных припадков. После развития локальных двигательных припадков выявлялась, а в дальнейшем и усугублялась, очаговая пирамидная симптоматика.

У 47 больных первым симптомом заболевания была головная боль, которая носила ремиттирующе-прогрессирующий характер.



Рис. 1. На ЯМРТ визуализируется однокамерная эхинококковая киста теменно-височной области головного мозга.

У 17 больных головные боли возникли лишь в последние месяцы заболевания, через много лет после появления первого симптома заболевания (эпилептического припадка). У 9 больных головная боль была провоцирована психоэмоциональным фактором в более позднем периоде заболевания.

Эозинофилия крови отмечена у 53 из 65 больных. На длительность развития гипертензивного синдрома указывали данные рентгенологического исследования черепа, увеличение размеров черепа, зияние швов, уплощение линии основания черепа, родничковые пальцевидные вдавления, расширение диплоических вен и венозных выпускников, остеопороз спинки турецкого седла.

Рентгенологические гипертензионные изменения зависели от размеров эхинококковых пузырей и продолжительности заболевания. Интенсивность головных болей не соответствовала выраженности гипертензионных изменений черепа.

Застойные явления на глазном дне обнаружены у 63 больных, причем у 11 в связи с длительностью заболевания застой на глазном дне перешел во вторичную атрофию зрительных нервов. Развитие застоя на глазном дне можно связать с массивным боковым сдавлением головного мозга и блокадой ликворопродящей системы при вентрикулярной и паравентрикулярной локализации эхинококковых пузырей объемом 200-250 см<sup>3</sup>. Размеры эхинококковых пузырей у обследованных больных колебались от 1,3 до 12 см.

Спинномозговая жидкость у 38 больных была нормальной и у 4 - слегка изменена (умеренный лимфоцитарный плеоцитоз).

По данным исследований головного мозга с применением компьютерной томографии и ядерно-магнитной резонансной томографии эхинококковые кисты чаще локализовались в белом веществе головного мозга, преимущественно в теменно-височно-затылочных долях [8]. Эхинококковые кисты головного мозга у 53 больных имели одиночную, у 8 – множественную локализацию и у 4 - были сочетанные поражения внутренних органов. При одиночной локализации пузырей они располагались в белом веществе правого полушария лобной, теменной и височной долей и в полости бокового желудочка. При множественной локализации они располагались по 2-5 пузырей в белом веществе конвекситальной и базальной поверхности различных долей головного мозга. Тяжесть клинического течения заболевания объяснялась не величиной, а множественностью и различной локализацией эхинококковых пузырей. Нами проведены сопоставления спонтанной ХЛ с величиной содержания белка в ликворе у 17 больных. Установлено, что сверхслабое свечение ликвора не зависит от количества белка,

что свидетельствует о том, что указанное свечение как при эхинококкозе мозга, так и в контрольной группе, по-видимому, обусловлено фракционным составом белка.

Под действием ультрафиолета в биологических жидкостях образуются свободные радикалы, которые способны вступать во взаимодействие с недоокисленными жирными кислотами. При этом интенсивность фотоиндуцированной ХЛ зависит от процессов на клеточном уровне и от дозы облучения биологической жидкости.

Проведена серия опытов с целью нахождения предельных значений интенсивности свечения при эхинококкозе мозга и в контроле. Сопоставление полученных данных показало, что интенсивность фотоиндуцированной жидкости наиболее выражена при эхинококкозе мозга в контрольной группе. Это является одним из дополнительных критериев оценки метаболических изменений при эхинококкозе мозга. Можно думать, что интенсивность ХЛ фотоиндуцированной спинномозговой жидкости при эхинококкозе мозга отражает особенности метаболического свободнорадикального окисления.

### **Заключение**

На основании наших наблюдений и литературных данных в клинике и диагностике эхинококкоза головного мозга важное значение имеет:

- Наличие в анамнезе заболевания беспричинных эпизодов гипертермии;
- Появление кратковременного серозного менингита и эпилептических припадков;
- Медленно прогрессирующее течение с одним или множественными очагами поражения головного мозга;
- Несоответствие между грубыми рентгенологически-гипертензионными изменениями в костях черепа и небольшой длительностью клинического проявления заболевания с выраженным субъективным общемозговым синдромом;
- Данные КТ и ЯМРТ в определении количества, локализации, объема, консистенции эхинококковой кисты и состояния окружающих структур головного мозга;
- Хемилюминисценция цереброспинальной жидкости при эхинококкозе головного мозга является важным критерием в комплексной диагностике.



## **Литература**

1. Абада М., Галли И., Живаневский А. О диагностике однокамерного эхинококка головного мозга // *Вопр. нейрохирургии*. - 1976. - № 6. - С. 51-53.
2. Акматов Б.А. Эхинококкоз. - Бишкек, 1994. - С.6-131.
3. Акшулаков С.К., Хачатрян В.А., Махамбетов Е.Т. Эхинококкоз головного мозга. - Алматы, 2000. - 23 с.
4. Ахунбаев И.К. Эхинококкоз. - БСЭ., 1964. - Т.35. - С. 885-895.
5. Кариев М.Х., Азарова Т.Г., Маламут И.П. и др. Актуальные вопросы ангионеврологии. - Ташкент, 1990. - С. 84-85.
6. Корнянский Г.П., Васин Н.Я., Эпштейн Н.В. Паразитарные заболевания центральной нервной системы. - М., 1968. - С. 79-139.
7. Оганесян С.С. О клинике и хирургическом лечении однокамерного эхинококкоза головного мозга // *Журн. эксперимент. и клин. медицины*. - 1978. - Т. 18, № 4. - С. 55-62.
8. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Десничин П. Хирургия эхинококкоза. - М., 1985.
9. Росин В.С. Диагностика однокамерного эхинококка головного мозга // *Сов. Медицина*. - 1991. - №2. - С. 84-86.
10. Ersahin Y., Mutluer S., Cuzelbag E. Intracranial hydatid cysts in children // *Neurosurgery*. - 1993. - Vol. 332. - P. 219-224.
11. Lunardi P. et al. Cerebral hydatidosis in childhood // *Neurosurgery*. - 1990. - Vol. 36. - P. 312-314.
12. Jimenes-Mejias M.E. et al. Hidatidosis cerebral // *Med. Clin.* - 1991. - N. 97. - P. 125-132.

## **ВНИМАНИЮ АВТОРОВ**

К публикации в журнале «Здоровье матери и ребенка» принимаются передовые, оригинальные и обзорные статьи. Не принимаются материалы, ранее опубликованные или направленные в другие журналы или сборники. Поступившие статьи проходят экспертизу членов редакционной комиссии, которая принимает решение о возможности опубликования направленных материалов.

Материалы должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах и в электронном варианте (дискета 3,5 дюйма, CD-диск) в редакторе MS WORD, Times New Roman, размер шрифта — 14, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2,0 см, левое - 3,0 см, правое - 1,5 см. Страницы статьи должны быть пронумерованы последовательно. Статья должна включать разделы: актуальность, материалы и методы исследования, результаты, обсуждение, выводы, список литературы. В начале статьи приводятся УДК. Необходимо указать на русском и английском языках название работы, фамилии авторов, полное название учреждения, город, страна, где выполнена работа и резюме (не более 10 строк). В структуру резюме кратко должны входить: цель исследования, материал и методы, результаты, заключение, ключевые слова (не более 6). Статья должна быть тщательно проверена

автором: химические формулы, таблицы, дозы. Все цифровые данные должны быть приведены в единицах СИ. Список литературы должен располагаться в конце статьи, вся литература должна быть пронумерована; внутри статьи ссылки на литературу указываются соответствующим номером, заключенным в квадратные скобки; список литературы оформляется в соответствии с описанием библиографии диссертационных работ. Таблицы, рисунки, список литературы, резюме входят в объем статьи.

В конце статьи необходимо указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редколлегия может вести переписку, используя точный адрес, телефон и электронный адрес. Статьи визируются руководителем учреждения, и заверяется печатью учреждения, должны быть подписаны всеми авторами. Статьи, оформленные не по требованиям, а также отправленные по факсу не принимаются.

Адрес: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул.Ахунбаева, 190,

Национальный центр охраны материнства и детства.

тел. (996) (312) 49-42-34, 49-10-33, 62-10-44; Факс: (996) (312) 49-10-33.

E-mail: [ainash\\_eshalieva@mail.ru](mailto:ainash_eshalieva@mail.ru),  
тел.моб: 0555 992526.

Здоровье матери и ребенка  
2009, Т.1, № 1

Формат 64х90. Бумага офсетная.  
Тираж 200 экз.

Отпечатано в типографии  
ОсОО «Папирус Print»  
Ул. Киевская 137/а, тел: 0312 47 31 27