



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2013. Том 5. Приложение 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

Журнал входит в список
изданий, рекомендованных
ВАК Кыргызской
Республики для публикации
результатов
диссертационных
исследований

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

Главный редактор

Узакбаев К.А. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Заместитель главного редактора

Мамырбаева Т.Т. – д.м.н., доцент (Бишкек, Кыргызстан)

Редакционная коллегия

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

Ашералиев М.Э. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Боконбаева С.Дж. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Гулиев Н.Д. – д.м.н., профессор (Баку, Азербайджан)

Кадырова Р.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Кангельдиева А.А. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Кудаяров Д.К. – д.м.н., профессор, академик НАН КР

(Бишкек, Кыргызстан)

Мусуралиев М.С. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Набиев З.Н. – д.м.н., профессор (Душанбе, Таджикистан)

Нукушева С.Г. – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

Омурбеков Т.О. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Рыбалкина Л.Д. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Саатова Г.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Юлдашев И.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Фуртикова А.Б. – к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Ответственный секретарь

Эшалиева А.С. – к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

**Материалы научно-практической конференции
«Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии»,
посвященной 50-летию Ошской межобластной
детской клинической больницы**



***4-5 октября 2013 года,
г. Ош, Кыргызская Республика***

При поддержке



Обращение к коллективу ОМДКБ
Уважаемые коллеги!



50-летие Ошской межобластной детской клинической больницы значительное событие не только для юга Кыргызстана, но и для всего медицинского сообщества нашей республики. За указанный период из больницы на 100 коек она выросла в крупный медицинский центр, оказывающий большой спектр медицинских услуг, вносящий большой вклад в сохранение и укрепление здоровья наших детей – будущего нашего государства.

Со дня основания и по сегодняшний день ваша больница полностью разделяла судьбу нашего общества, росла вместе с ним, внося также свой вклад в развитие и становление нашего государства.

Отдельно хотела бы отметить, что с момента перевода стационара в новый корпус продолжают открываться новые отделения, ведущие свою деятельность на уровне международных стандартов. В настоящее время Ошская межобластная детская клиническая больница является ведущей не только в Кыргызстане, но и в Центральноазиатском регионе.

В течение последних 20-30 лет коллектив учреждения стал уделять большое внимание использованию научного подхода в лечении больных детей, внедряя современные методы диагностики лечения заболеваний, пользуясь медицинской техникой, отвечающей мировым стандартам. Необходимо отметить, что сотрудники больницы не останавливаются на достигнутом, ставят перед собой задачи профессионального и личностного роста, так в разные годы защитили кандидатские диссертации более 40 врачей, многие из них известны не только в Кыргызстане, но и за рубежом.

Благодаря сотрудничеству администрации детской больницы с более чем 20 неправительственными организациями, работе со многими проектами удалось усилить материально-техническую базу, приобрести современную медицинскую аппаратуру.

Уважаемые коллеги! От имени Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и от себя лично от всей души поздравляю вас с 50-летним юбилеем Ошской межобластной детской клинической больницы, желаю вам крепкого здоровья, долгих лет жизни, больших успехов в работе и семейного благополучия!

Министр здравоохранения КР

Сажинбаева Д.З.

Глубокоуважаемые коллеги!



Охрана здоровья детей является одной из главных приоритетных задач политики здравоохранения Кыргызской Республики.

Важным событием в Республике считаем 50 – летний юбилей Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ), учреждения, которое вносит огромный вклад в улучшение здоровья детей в Южном регионе нашей Республики.

ОМДКБ как единое целое аккумулировало не только кадровые и материальные ресурсы, но и интеллектуальный потенциал прекрасной школы педиатров нашей страны.

При посещении клиники бросается в глаза ухоженность отделений, витает атмосфера деловитости, где каждый сотрудник без суеты со знанием дела выполняет свою работу.

Уверен, что на проводимой Вами научно-практической конференции, посвященной юбилею, будут подведены итоги деятельности ОМДКБ, поднят широкий круг вопросов и актуальных проблем педиатрии и детской хирургии на современном этапе.

Несомненно, сообщения ведущих ученых и опытных врачей республики и ОМДКБ будут способствовать ознакомлению медицинской общественности с результатами практической деятельности, новейшими достижениями в области охраны здоровья детей и подростков, разработке перспективных направлений в сфере здравоохранения.

Конференция будет способствовать внедрению передовых методов диагностики и лечения, повышению профессионального уровня врачей, объединению усилий медицинского сообщества, направленной на улучшение здоровья детей.

Желаю всем творческой атмосферы и плодотворной работы во благо здоровья будущего наших детей!

*Директор НЦОМид,
д.м.н., профессор, заслуженный врач КР*



Узакбаев К.А.

Уважаемые коллеги!



В нынешнем 2013 году Ошской межобластной клинической детской больнице исполняется 50 лет. Летопись ОМДКБ берет свое начало в далеких шестидесятих годах XX века и на протяжении всей своей истории была и остается научно-методическим и практическим центром Южного региона Республики Кыргызстан, оказывая методическую и практическую помощь районам и городам южных областей.

Развитие и реформы в ОМДКБ осуществляются в рамках Государственной программы «Здоровая нация», Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас» (1996-2005 г.), Национальных программ «Иммунопрофилактика 1, 2», Национальной программы «Манас Таалими» (2006-2010 г.), Национальной программы «Ден-Соолук» (2012-2016 г.) и других программ, разработанных при техническом содействии Европейского Бюро ВОЗ.

Без реструктуризации системы предоставления медицинских услуг, введения обязательного медицинского страхования, инициирующей прогрессивные методы финансирования, а с 2001 года системы единого плательщика и программ государственных гарантий - практически недостижимы были бы новые горизонты, поставленные в Национальных программах реформы здравоохранения Кыргызской Республики.

Высококвалифицированный врачебный состав проводит огромную работу по совершенствованию плановой и экстренной помощи региону и реализации крупных проектов в здравоохранении и активно участвует в общественно-политической жизни республики. Демографическая ситуация в течение последних 10 лет характеризовалась ежегодным ростом рождаемости, снижением уровня детской смертности. А это главный критерий эффективности проводимой работы.

Учитывая потребность здравоохранения Южного региона, увеличен набор студентов на педиатрический факультет КГМА им. И.К.Ахунбаева и ОшГУ. Кроме этого большое внимание уделяется подготовке и переподготовке детских врачей.

Материалы юбилейной конференции - коллективный труд, который отражает этапы становления и развития нашей больницы, основные направления деятельности клинических подразделений, освещает проблемы и задачи в улучшении качества медицинской помощи оказываемой детям и подросткам, отвечающей требованиям современной медицинской науки и мировым стандартам.

***Директор ОМДКБ,
к.м.н., заслуженный врач КР***

Анарбаев А.А.

50 ЛЕТ ОШСКОЙ МЕЖОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Анарбаев А.А., Маткасымова А.Т., Абдувалиева Ж.Ю.

50 YEARS OF OSH INTER-REGIONAL CHILDREN'S HOSPITAL: RESULTS AND PROSPECTS

Anarbaev A.A., Matkasymova A.T., Abduvalieva Zh.Yu.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в статье показаны основные статистические данные за последние пять лет по южному региону республики и мероприятия, направленные на улучшение здоровья детского населения и качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: дети, питание, здоровье.

Resume: the paper shows the basic statistics for the past five years, the southern region of the republic and activities aimed at improving children's health and quality of medical care.

Key words: children, food, health.

Охрана здоровья населения и в первую очередь детей находится в числе приоритетных направлений современной национальной политики. Это важнейшее условие построения сильного процветающего государства [4].

На основании постановления ЦК Киргизии и Совета Министров Киргизской ССР и Постановления Ошского обкома КП Киргизии и Обл. исполкома за № 92-55 от 7 марта 1963 года была открыта Ошская областная детская больница на базе Ошской областной клинической больницы на 100 коек.

В 1964 году количество коек увеличилось до 150 за счет открытия 30 ревматологических и 20 коек по главному профилю. Начиная с 1970 года стали открываться и другие профильные отделения в связи, с чем назрела необходимость расширения. При поддержке первого секретаря горкома партии в 1982 году начала свою деятельность Ошская межобластная детская многопрофильная больница, приоритетными направлениями которой были:

улучшение здоровья детей; оказание качественной и своевременной медицинской помощи больным детям южного региона Кыргызской ССР, улучшение качественных показателей; повышение профессионального уровня медицинских работников; оказание методической помощи детским лечебно-профилактическим учреждениям области, внедрение новых методов лечения и диагностики; создание благоприятных условий для полного исполнения своих функциональных обязанностей медицинскими работниками.

В 1996 году больница получила статус Ошской областной многопрофильной детской клинической, но на основании правительственного постановления от 10 мая 2000 года за №10 стала называться детским отделением Ошской областной объединенной больницы.

Третьего февраля 2006 года на основании приказа Минздрава КР №61 больница вышла из состава областной объединенной больницы и вновь стала функционировать самостоятельно.

В настоящее время больница развернута на 520 коек, в ней бок о бок трудятся более 100 врачей, более 400 медицинских сестер, 300 младшего медперсонала и технических работников. Их труд не остается незамеченным, многие сотрудники награждены почетными грамотами и другими знаками.

11 декабря 1972 года коллектив детской областной больницы был награжден Юбилейной Почетной Грамотой Центрального Комитета КП Киргизии, Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, Совета министров Киргизской ССР, Киргизсовпрофа «За достигнутые высокие показатели в социалистическом соревновании в честь 50-летия образования СССР».

В 1982, 1984, 1985 и 1986 годах больница была награждена дипломами, денежными премиями коллегии Министерства здравоохранения СССР и Президиума ЦК профсоюза медицинских работников за достигнутые успехи во Всесоюзном смотре работы лечебно-профилактических детских и родовспомогательных учреждений.

В 1986 году по итогам работы коллектив был награжден переходящим Красным Знаменем и денежной премией Министерства здравоохранения СССР и Президиума ЦК КП профсоюза медицинских работников. Также по итогам работы переходящим Красным Знаменем ЦК КП Киргизии, Совета министров Киргизской ССР, Киргизсовпрофа и ЦК ЛКСМ Киргизии награжден в 1987 и 1989 годах.

В 1988 году больница награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Киргизской ССР.

Звания «Лучшая организация здравоохранения» Ошская межобластная детская клиническая больница удостоилась дважды – в 2011 и 2013 годах. Решением медико-аккредитационной комиссии больнице присвоена высшая категория и вручен соответствующий сертификат в 2012 году.

В настоящее время руководство ОМДКБ работает с более 20 неправительственными организациями, тем самым находя источники для закупок необходимого оборудования, благоустройства отделений и т.д. благодаря контактам с ними за небольшой промежуток времени больница смогла приобрести необходимое на сумму свыше 99 миллионов сомов.

Уделяется пристальное внимание повышению профессионального уровня сотрудников, так, на сегодня 66% врачей и 78% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, внедрено более 60 новых методик в лечении и диагностике ряда заболеваний.

С начала образования и до сегодняшнего дня под руководством директора Анарбаева А.А., в больнице постоянно проводится работа по совершенствованию оказания медико-диагностической помощи детскому населению южного региона нашей республики, применяются новые методы оперативных вмешательств, ведется научная работа, в стенах нашей больницы работает несколько кандидатов медицинских наук, ряд молодых сотрудников готовят диссертации к защите на соискание ученой степени. Кроме того, специалисты учреждения оказывают практическую помощь коллегам районных и областных организаций здравоохранения, на месте знакомя с новшествами в медицине, на базе стационара проводятся многочисленные семинары и научно-практические конференции. За последние годы существенно укрепилась материально-техническая база, приобретена современная аппаратура, отвечающая мировым стандартам, налаживаются контакты с партнерами из стран ближнего и дальнего зарубежья. И все это делается с одной целью – сохранение жизни и укрепление здоровья детей.

За последние 5 лет по южному региону республики отмечается устойчивый рост рождаемости, соответственно и естественный прирост населения. В 2008 году этот показатель составлял по югу республики в среднем 19,1, а в 2012 году – 22,7 на 1000 населения (рис. 1).

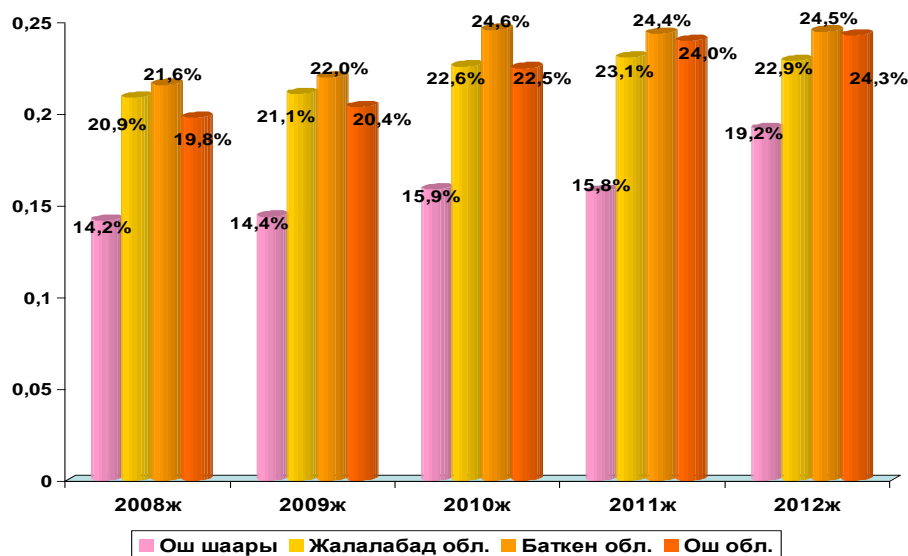


Рис. 1. Естественный прирост населения по югу республики за 2008-2012 гг.

Детское население юга республики на 2012 год составило 1024838, что составляет около 35% от общего населения. Численность детского населения за пять лет от 0 до 15 лет увеличилась на 111 662 детей (913176 - 2008 г., 1024838 - 2012 г.). Повышение данного показателя отмечается во всех областях юга республики (рис. 2).

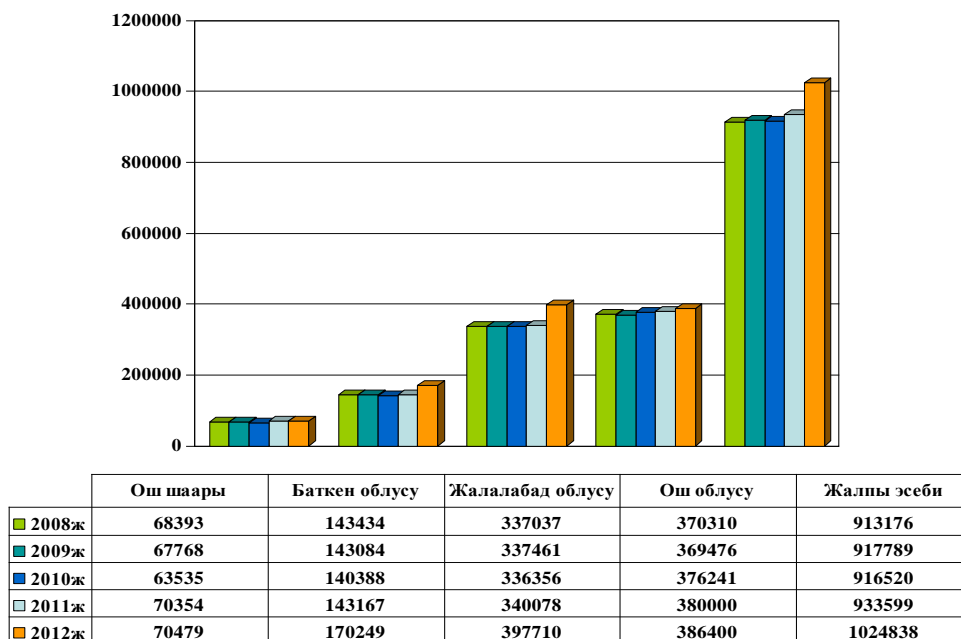


Рис. 2. Численность населения от 0 до 14 лет по южному региону республики.

Важнейшей характеристикой здоровья населения является младенческая смертность. В 2004 г. осуществлен переход Кыргызстана на международные критерии живорождения и, соответственно, младенческой смертности, когда в органах ЗАГС началась регистрация смерти новорожденных с низкой массой тела (от 500 до 1000 г) и дополнительными признаками жизни. В течение 2006-2010 гг. ежегодно от различных заболеваний, отравлений и травм из 1000 новорожденных умирал 23-31 ребенок в возрасте до одного года.

С 2008 г. в южном регионе республики начала отмечаться устойчивая тенденция к снижению показателя младенческой смертности, составив по итогам 2012 г. – 27,9 промилле (31,8 промилле в 2008 г.). Но в городе Ош наметилась повышение данного показателя, который связан с внедрением регионализации беременных и новорождённых с регионов (рис. 3).

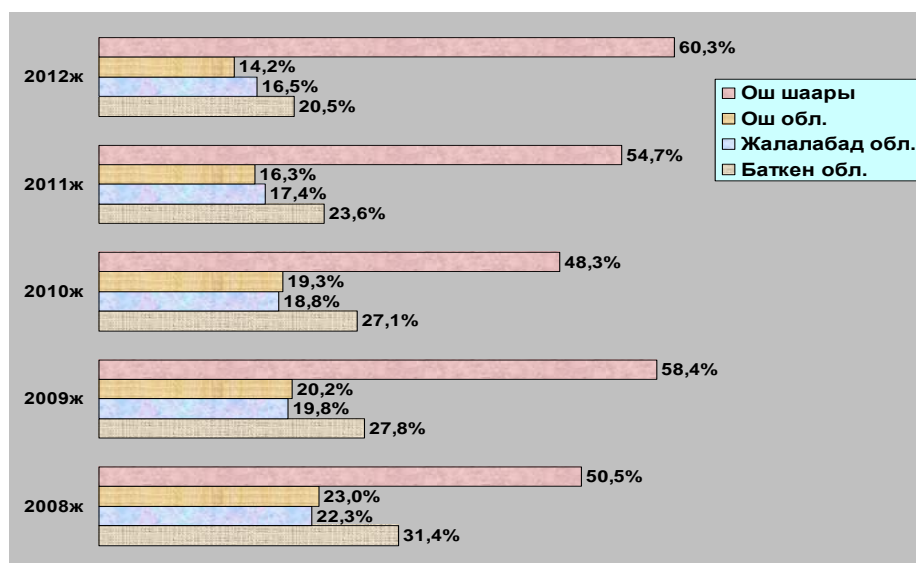


Рис. 3. Показатель младенческой смертности по югу республики за 2008-2012 гг.

Основными причинами младенческой смертности являются заболевания и состояния, возникающие в перинатальном (послеродовом) периоде: в 2010 г. – 2107 умерших, или 63,1% общего числа умерших детей в возрасте до 1 года. Далее следуют болезни органов дыхания: 496 умерших детей (14,9%), затем - врожденные аномалии (пороки развития): 421 умерший ребенок (12,6%), инфекционные и паразитарные болезни: 149 умерших детей (4,5%), из них 98 детей умерли от кишечных инфекций.

Показатель детской смертности остаётся на высоком уровне, особенно в городе Ош (рис. 4). Основными причинами смерти детей от 1 года до 5 лет, являются болезни органов дыхания, несчастные случаи и инфекционно-паразитарные. Диарея является одной из главных причин смерти детей до 5 лет во всем мире. В Кыргызской Республике смертность детей до 5 лет от диареи на 100 тыс. население составило в 2010 году – 15,4, а по югу республики – 16,6. У детей в сельских районах диарея встречается в 1,5 раза чаще, чем у детей в городских районах. При этом почти треть детей в возрасте 1-4 лет погибает от травм и отравлений из-за отсутствия присмотра.

Немаловажное значение имеют неблагоприятные факторы: недостаточное обеспечение качественной питьевой водой. Самый высокий процент потребления населением воды из родников, открытых водоёмов, рек и арычной сети составил в Баткенской (24,3%) и Ошской (21%) областях. Неудовлетворительное санитарно-техническое состояние канализационных сооружений, недостаточный уровень гигиенических навыков населения, особенно в сельской местности, низкая материальная обеспеченность, миграция, отсутствие постоянной работы, неправильное или недостаточное питание, низкая информированность населения о планировании семьи, недостаточная забота людей о своем здоровье также влияют на здоровье детей [2].

С целью снижения заболеваемости и смертности детей до 5 лет, в последние годы при финансовой поддержке детского фонда ООН в Кыргызстане проводится целый ряд мероприятий по обучению медицинских работников, работников СКЗ, КУЗ, родителей, а также проводится обеспечение необходимыми медицинскими оборудованностями и лекарственными препаратами детских отделений и стационаров [5]. Так, в июле-августе 2010 г. проводилось обучение медицинских работников «Ведению ОКИ у детей до 5 лет» в Ошской и Жалалабатской областях. Обучение проводилось ассистентами кафедры педиатрии КГМИПипК, ассистентами кафедры детских инфекций и инфекционных заболеваний КГМА, ассистентами семейной медицины учебной ЦСМ Ошской и Жалал-Абадской областей, тренерами программы ИВБДВ при НЦОМид, координаторами по детству районных ЦСМ и врачами-инфекционистами районных ТБ.

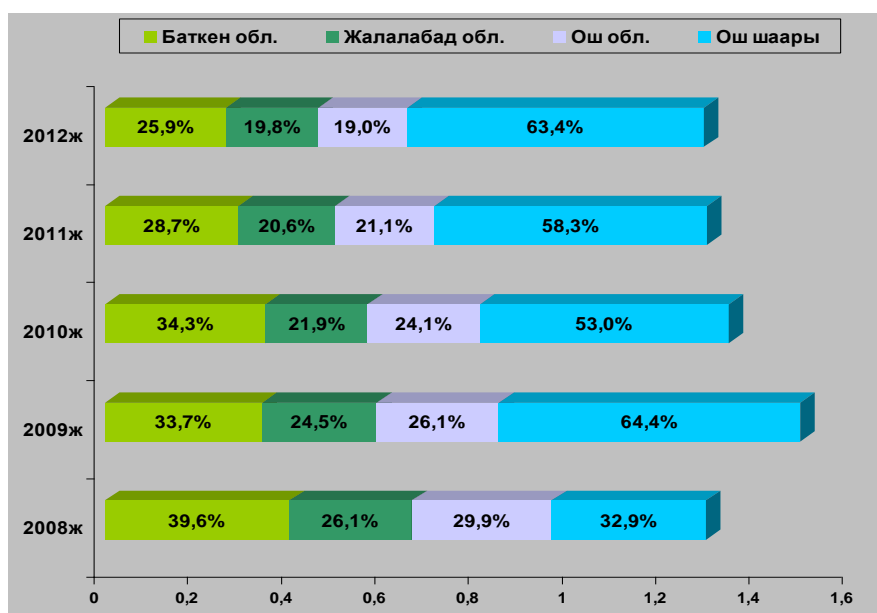


Рис. 4. Показатель детской смертности по югу республики за 2008-2012 гг.

Необходимость в обучении медицинских работников была обусловлена:

- высокой смертностью детей раннего возраста на дому и досутков от ОКИ (отчет «Социально-медицинские причины смертности детей до 2 лет, умерших дома и в первые 24 часа после госпитализации» 2009г.);

- большая часть медицинских работников первичного звена здравоохранения была обучена программе ОРИ/ОКИ и ИВБДВ в 2003-2004 гг. и с тех пор обучение не проводилось;
- клинический протокол по ОКИ (с включением цинка) у детей на уровне первичного звена здравоохранения был утвержден в 2009 г. (приказ МЗ КР №144), но не был еще распространен по ЦСМ страны;
- устарением клинических протоколов по ОКИ, включающий вторичный (стационарный) уровень здравоохранения (Бишкек, 2005 г);
- поставкой ЮНИСЕФ 35 наборов для лечения диареи у детей (которые включали некоторые препараты и минерально-витаминные добавки, до этого нами не использованные).

По инициации МЗ КР (приказ МЗ КР №373 от 20 июля 2010 г.) при технической и финансовой поддержке ЮНИСЕФ, рабочей группой в экстренном порядке было разработано учебное пособие по «Ведению ОКИ у детей до 5 лет» и «Острому тяжелому нарушению питания у детей».

В разработке пособия «Ведение острых кишечных инфекций у детей до 5 лет» были использованы клинические протоколы по острым кишечным инфекциям для первичного уровня здравоохранения (Приказ МЗ КР №144 от 15 июня 2009 г.) и адаптированный карманный справочник (ВОЗ) «Оказание стационарной помощи детям», утвержденный на расширенном Экспертном Совете МЗ КР по оценке качества клинических протоколов 16 июля 2009 г. Обучение проводилось на базе районных ТБ и ЦСМ с подготовкой по 2 тренеров (1 - координатор по детству ЦСМ и 1 врач инфекционист ТБ) для дальнейшего обучения необученных медицинских работников (МР) на местах. По Ошской области всего обучено 1781 (71%) медицинских работников. По Жалал-Абадской области обучены всего 1307 (79%) медицинских работников. МР 4 районов и 4 малых городов Жалал-Абадской области были обучены дополнительно в ноябре 2010 г.

Наряду с обучением МР национальные тренеры консультировали больных детей с диареей в отделении реанимации и кишечных инфекций ТБ, а также в ЦСМ. Обучение сопровождалось клиническим осмотром и консультацией больного ребенка в ЦСМ и ТБ. В процессе обучения внимание придавалось и применению препаратов поступивших по гуманитарной линии ЮНИСЕФ для лечения диареи у детей в частности: препараты цинка, спринклз, аквагаб, таблетки хлора для хлорирования воды и дезинфекции, нового ОРС и приготовлению каш из витаминной смеси ЮНИМИКС.

В ноябре 2010 г. разработана памятка для матери по «4 правилам лечения диареи на дому» на кыргызском языке.

Также в связи с высокой смертностью детей раннего возраста на дому и досутков от болезней органов дыхания в 2011 году проведено обучающие семинары на тему: «Ведение ОРВИ и пневмонии у детей до 5 лет» для медицинских работников Ошской, Жалал-Абадской и Баткенской областей.

По Ошской области всего обучено 2183 (87,3%) медицинских работников (включая семейных врачей, фельдшеров, медсестер и врачей стационаров, медработников скорой медицинской помощи, сотрудники ФОМСа, медицинские работники детского дома, а также преподаватели всех медицинских образовательных организаций).

В г. Жалал-Абад обучены не только медицинские работники первичного и вторичного уровней, но и представители ФОМСа, ассистенты высших и средних медицинских образовательных организаций. Обучение также проведено в отдаленных районах Жалал-Абадской области и отдельно в малых городах с привлечением медицинских работников всех ЦОВП.

По Баткенской области обучено 210 медицинских работников из них 70% врачи первичного и вторичного уровней со всей области (ТБ и ЦСМ районов, включая малые города), 20% фельдшера и 10% медсестер.

В общем, по Ошской и Жалал-Абадской областей всего обучено 4294 (88,5%) медицинских работников.

Меры по улучшению питания имеют важное значение для достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ). Сокращение масштабов недоедания оказывает огромное влияние на сокращение детской смертности.

Недоедание является всемирной проблемой общественного здравоохранения, которая актуальна и для Кыргызстана. Недоедание является причиной предотвратимых случаев смертности среди матерей и детей, задержки физического и умственного развития. Это может повлиять на их здоровье в дальнейшей жизни и их трудоспособность. Сегодня в нашей стране больше детей, чем раньше (22%) в возрасте до 5 лет умирают по причине недостаточности питания. И хотя, питание

детей в возрасте до 5 лет значительно улучшилось, начиная с конца 1990 гг., 14% в 2006 году отставали в росте. В южном регионе распространенность отставания в росте составила более 20%. Показатели распространенности анемии среди матерей и детей являются высокими. Результаты исследования МИКИ показывают, что анемия распространена как среди детей (50,6%), так и среди женщин (24,5%). Такие сохраняющиеся высокие показатели являются серьезной проблемой для общественного здравоохранения, поскольку анемия повышает риск перинатальной, материнской и детской смертности, а также нарушает когнитивное развитие детей [5].

Для устранения причин недоедания необходим комплекс мер в области общественного здравоохранения, сосредоточенных на целевой группе в возрасте от минус 9 до плюс 24 месяцев, т.е. периода так называемого «окна возможностей». Совместный проект Министерства здравоохранения, ЮНИСЕФ (при поддержке со стороны Национальных комитетов Нидерландов и Австралии), CDC/ЦЛПЗ и Швейцарского Красного креста предложили раздачу порошковых смесей питательных микроэлементов на дому (именуемый Гулазык). Всеобщий охват программы может привести к 20% относительному снижению показателя распространенности анемии и получению ежегодной выгоды в размере 1,21 миллиона долларов США в результате будущего повышения производительности труда. И в 2010 году в южном регионе Кыргызской Республики начаты мероприятия для реализации данного проекта.

Проведены обучающие семинары по «Профилактике анемии у детей в возрасте 6-24 мес. жизни путем обогащения пищи витаминно-минеральной добавкой Гулазык» медицинским работникам Ошской и Жалал-Абадской областей. По Ошской области всего обучено 1813 (75%) медицинских работников. По Жалал-Абадской области обучены 1575 (98,75%) медицинских работников включая МР из отдаленных районов и малых городов.

В процессе обучения даны рекомендации по применению микронутриентных таблеток для беременных с демонстрацией упаковки таблеток. Розданы всем обученным МР учебные пособия и памятки по применению Гулазык, а также старшим медсестрам, участковым медсестрам и фельдшерам журналы для регистрации распределения и выдачи Гулазык. В июне 2010 года в южном регионе с участием представителей местной власти, общественных лидеров запущена программа «Гулазык». На данный момент более 95% детей от 6 до 24 мес. получают Гулазык. Существующая в Кыргызстане сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи, связанная с сельским комитетом здоровья (СКЗ), являются механизмом для реализации мер по распространению порошковых смесей и поддержания высоких уровней исполнительности и осведомленности пациентов. С внедрением вышеперечисленных протоколов по ведению наиболее распространенных заболеваний у детей раннего возраста и раздачей пищевых минеральных добавок к пище в последние годы отмечается снижение заболеваемости и смертности детей, как по югу, так и по республике.

Для оптимального снижения детской смертности необходимы также эффективные вмешательства на этапе оказания медицинской помощи на уровне первичного и вторичного звеньев. Для решения данной проблемы в 1992 г. по совместной инициативе ВОЗ и ЮНИСЕФ началось внедрение глобальной стратегии - Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) [1, 3]. Её цель – снижение детской заболеваемости и смертности в развивающихся странах. Изначально основное внимание ИВБДВ уделялось оказанию первичной медико-санитарной помощи, однако всё более общепринятым становится мнение о том, для оптимального снижения смертности детей необходимо улучшения. Оказываемой медицинской помощи на уровне районных, областных больниц. Результаты научных исследований показали, что во многих развивающихся странах качество оказания стационарной помощи при тяжёлых заболеваниях у детей требует улучшения. Неадекватная сортировка и оценка состояния детей при поступлении, неправильное лечение и недостаточное наблюдение за динамикой заболевания приводят к ухудшению исходов болезни, что выражается ростом смертности. Чтобы способствовать решению данных проблем и повысить потенциальную отдачу от укрепления инфраструктуры больниц, ВОЗ разработала детальные рекомендации по оказанию стационарной помощи в условиях ограниченных ресурсов. В 2013 году после процесса оценки качества оказания стационарной педиатрической помощи в стране, во всех районах Ошской области и в пилотных районах Баткенской и Жалабадской областей начато внедрение данного пособия. Проведены обучающие семинары и розданы карманные справочники всем обученным педиатрам врачам экстренной службы.

По ОМДКБ обучено 47 врачей и 79 медицинских сестёр. Для оптимального внедрения карманного справочника в ОМДКБ издан внутренний приказ № 32 от 01.07.13 г. о внедрении карманного справочника «Оказание стационарной помощи детям». В каждом отделении составлен

план дальнейшего внедрения данного справочника, избраны ответственные лица. Проведена реконструкция приёмного отделения, построено (зал ожидания) сортировочное, проведено оснащение всем необходимым оборудованием (кислородный концентратор, электроотсос, мешок Амбу, настенные схемы, весы, ростомеры, пульсоксиметр, фонарик, питательные и аспирационные зонды, туберкулиновые шприцы для введения диазепама, груши для отсасывания) и лекарственными препаратами (диазепам, адреналин, растворы глюкозы, Рингера, физиологический раствор, сахар для лечения гипогликемии, ОРС и др.). С началом внедрения данного справочника сократилось количество госпитализаций, проводится правильная сортировка всех поступивших больных детей, улучшилось качество оказания неотложной помощи и уход за тяжёлыми больными детьми, сократилось количество инъекции.

Литература:

1. Ведение острых вирусных респираторных инфекций и пневмонии у детей до 5 лет. Учебное пособие для медработников, студ., ординаторов и интернов мед. образ. организаций. Кадырова Р.М., Землянухина Л.С., Нажимидинова Г.Т.
2. Здоровье женщин и новорождённых детей в Кыргызской Республике: оценка и обоснование вмешательства. – 2009. – 69с.
3. Карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям». Рук-во по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. Бишкек, 2012г.
4. Партнёрство Всемирный банк - Кыргызская Республика. Краткое описание программы. -2011 г.
5. Ситуационный анализ: «Улучшение экономических результатов путём расширения программ улучшения питания в КР». Версия для круглого стола. 2011. Тамар Саамах Раби, Вилма Тайлер и соавт.

СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Узакбаев К.А., Мамырбаева Т.Т., Нажимидинова Г.Т., Шукурова В.К.

STATE HEALTH SERVICES OF CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Uzakbaev K.A., Mamyrbayeva T.T., Nazhimidinova G.T., Shukurova V.K.

Национальный Центр охраны материнства и детства,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: в статье представлен анализ проблем в области охраны здоровья детей и подростков, освещены основные этапы развития медицинской помощи и задачи в улучшении качества медицинской помощи детям и подросткам.

Ключевые слова: здоровье детей и подростков, проблемы, задачи.

Resume: the paper presents an analysis of the problems in the field of child and adolescent health, highlights the key stages in the development of care and objectives to improve the quality of care for children and adolescents.

Key words: child and adolescent health, problems, challenges.

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ). Хорошее состояние здоровья детей, начиная с внутриутробного развития до подросткового возраста, является одним из источников социального и экономического развития страны.

Конституция Кыргызской Республики (КР) и Законы КР «О государственных пособиях в Кыргызской Республике», «О медицинском страховании граждан КР», «Об охране здоровья граждан в КР», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения КР», «О донорстве крови и ее компонентов в КР», «О лекарственных средствах», «О профилактике СПИДа», «О защите населения от туберкулеза», «Об охране и защите прав несовершеннолетних», «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга искусственных продуктов и средств для кормления детей», «Кодекс о детях», «Кодекс о браке и семье», и национальные и государственные программы «Иммунопрофилактика», «Программа по улучшению перинатальной помощи в КР на 2008-2017 годы» обеспечивают законодательную базу и определяют основные направления охраны здоровья детей и подростков в стране.

В стране предпринимаются определенные меры по развитию службы охраны материнства и детства, улучшению доступности и качества медицинских услуг и созданию нормативно-законодательной базы с учетом достижений современной медицинской науки и практики. Так в

рамках «Программы по улучшению перинатальной помощи в КР на 2008-2017 годы», которая направлена на внедрение системы регионализации перинатальной помощи, пересмотрены и утверждены клинические протоколы с включением приоритетных интервенций с доказанной эффективностью, проводится поэтапное расширение эффективных перинатальных технологий в ранее неохваченных областях республики, разработаны пакеты перинатальных услуг для каждого уровня предоставления медицинской помощи [5]. Внедрение принципов регионализации в оказании помощи беременным женщинам и новорожденным детям повлияло на улучшение показателя младенческой смертности за счет снижения его неонатального составляющего [6]. Благодаря внедрению регистра новорожденных улучшилась система регистрации случаев рождения и смертности новорожденных [3].

В целях улучшения здоровья детей и качества, оказываемых им медицинских услуг, внедряются программы, эффективность которых доказана на глобальном уровне. К числу этих программ относятся Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку, адекватная практика кормления детей первых двух лет жизни (исключительно грудное вскармливание детей до 6-ти месяцев, продолжительное кормление грудью до 2-х лет, своевременный и полноценный прикорм с 6-ти месяцев), обогащение домашней пищи детей в возрасте от 6 до 24-х месяцев витаминно-минеральным комплексом «Гулазык» в целях снижения распространенности анемии и других видов микронутриентной недостаточности, вакцинация, интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБВДВ) на уровне первичного звена здравоохранения, улучшение качества госпитальной помощи детям на основе рекомендаций ВОЗ и другие.

Несмотря на принятые меры, многие проблемы в области охраны здоровья детей и подростков остаются нерешенными. Оценка качества педиатрической помощи во всех больницах Нарынской, Чуйской, Иссык-Кульской и Таласской и выборочных больницах Ошской, Жалал-Абадской, Баткенской областей и гг. Ош и Бишкек в 2010-2012 гг. идентифицировала ряд проблем. Так, существующая в стране система предоставления медицинских услуг двумя (стационарная помощь и система семейной медицины) независимо действующими звеньями не обеспечивает непрерывность (преемственность) оказания медицинской помощи детям, из-за чего страдает качество оказываемых ими услуг. На качество медицинских услуг значительное влияние оказывают также отсутствие четкого определения уровней оказания медицинской помощи детям с указанием конкретных организаций, стандартов оснащения и вспомогательных структур на каждом уровне ЛПО, критерии направления и перенаправления на следующий уровень медицинской помощи, включая высокотехнологичную специализированную помощь.

Имеются пробелы и в нормативно-правовой базе первичного звена. Например, на уровне ЦСМ и ГСВ медицинские услуги населению оказывают специалисты семейной медицины, а на уровне ФАП – фельдшер, семейная медицинская сестра и акушерка или фельдшер и акушерка, т.е. на данном уровне предусматривается разделение функций: акушерка наблюдает за беременными женщинами, фельдшер, как и до реформы системы здравоохранения, оказывает педиатрическую и терапевтическую помощь. При этом у фельдшера заработная плата на 5% выше, чем у семейной медицинской сестры и акушерки.

Клиническому руководителю (или семейному врачу) ГСВ возлагается ответственность за качество услуг, оказываемых курируемым им ФАПом, но, нормативно-правовые документы не регламентируют частоту выездов куратора в ФАП, его обязанности и ответственность, не выделяются средства для организации выездов, не предусмотрена система поощрения куратора и т.д. Более того, эта система создает дополнительные сложности для пациентов из диспансерной группы и для самих работников ФАП, поскольку амбулаторные карты больных с «диспансерными» заболеваниями хранятся у куратора в ЦСМ/ГСВ. Следовательно, работники ФАП практически изолированы от предоставления услуг пациентам из диспансерной группы, хотя при наличии клинических протоколов и выписки из истории болезни с рекомендациями по дальнейшему ведению и оздоровлению они могли бы осуществлять диспансерное наблюдение и значительно разгрузить семейных врачей и узких специалистов ЦСМ/ГСВ.

Серьезную проблему представляют собой недостаточная обеспеченность врачами и «старение» кадров в системе здравоохранения. Средний возраст медицинских работников составляет 45-48 лет. Не привлекают молодых специалистов слабая оснащенность ЛПО современным оборудованием, проблемы с отоплением рабочих помещений, перебои в снабжении водой и электричеством, социально-бытовая неустроенность, участвовавшие случаи нападков на медицинских работников и сложившееся негативное общественное мнение о системе здравоохранения.

Обоснованную тревогу вызывает слабый уровень теоретических знаний и практических навыков у выпускников высших (ВУЗ) и средних учебных заведений (СУЗ) и медицинских работников. О недостаточном уровне знаний и практических навыков у медицинских работников свидетельствуют нерациональное использование имеющегося оборудования, необоснованное назначение большого количества лабораторных анализов, полипрагмазия, высокий ятрогенный риск, необоснованное причинение боли (инъекции), высокая частота необоснованной госпитализации и другие факты, выявленные в ходе оценки качества медицинской помощи [1].

В течение последних пяти лет показатели до суточной смертности среди детей первого года жизни остаются довольно высокими (19,7% в 2007г, 19,0% в 2012г.). Более того, согласно годовым отчетам больниц, из числа умерших детей 40% умирают в первые сутки госпитализации по причине позднего обращения или направления, неквалифицированного оказания неотложной помощи в догоспитальном этапе и в стационаре.

Опрос медицинских работников госпитального уровня показал, что они практически не знакомы с Кодексом о правах ребенка, не уделяют внимания игровой терапии, не поощряют доступ матерей к историям болезни своих детей [1].

Очевидно, что на уровень подготовки молодых специалистов существенное влияние оказывают обновление информационной базы учебных программ с учетом рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, эффективность которых доказана на глобальном уровне, внедрение новых методов и технических средств обучения и профессиональная компетентность преподавателей. До настоящего времени в ВУЗ и СУЗ страны преподавателем может работать любой человек с высшим медицинским образованием с или без ученой степени кандидата или доктора медицинских наук, хотя опыт многих стран показывает, что владение знаниями и клиническими навыками необязательно означает умение преподавать. Большинство преподавателей ВУЗ и СУЗ не проходили обучения преподавательским навыкам, поскольку в стране нет системы подготовки, повышения квалификации и аттестации на соответствие занимаемой должности клинических преподавателей ВУЗ и СУЗ. Ко многим преподавателям опыт приходит со временем путем проб и ошибок.

Между тем, во многих странах мира используется метод клинического обучения, который направлен на достижение компетентности и фокусируется на обучении путем тренировки практических навыков. Основной целью такого обучения является обеспечение врачей, медицинских сестер и акушерок знаниями и навыками, которые необходимы им для более безопасного и эффективного выполнения своих клинических обязанностей [4]. Обучающая программа по предоставлению базовой неотложной и специализированной реанимационной помощи детям (BLS, PALS), принятая на международном уровне, до настоящего времени не внедрены в учебные программы до- и постдипломного обучения, в критерии аттестации и отбора специалистов на вакантные должности.

С внедрением новой системы оплаты труда по количеству пролеченных случаев многие преподаватели ВУЗ и СУЗ практически отстранились от клинической работы, что не может не сказаться на качестве подготовки молодых специалистов.

Существующая система оплаты труда медицинских работников, по количеству пролеченных, способствует к росту случаев необоснованной госпитализации и искусственного продления длительности пребывания больного ребенка на койке, поскольку пребывание больного на койке менее 3-х дней не оплачивается фондом ОМС, и чем больше количество госпитализированных, тем больше оплата.

Вместе с тем, в последние годы в связи с тяжелым социально-экономическим положением в стране усиливаются отрицательные тенденции в динамике здоровья детского населения: растет численность детей и подростков с хронической патологией и функциональными отклонениями, врожденными аномалиями развития, остается высокой заболеваемость острыми инфекциями, острыми и хроническими нарушениями питания.

Опасные привычки, асоциальное поведение подростков становится предметом серьезной озабоченности медиков, родителей, психологов и педагогов. Непоправимый урон здоровью детей наносят распространение раскованных форм сексуального поведения, вредных опасных привычек – курения, алкоголизма, наркомании, детской проституции, преступности.

Серьезной проблемой является отсутствие в стране непрерывной системы информирования подростков и молодежи о том, что такое планирование семьи, сексуальность, болезни передаваемые половым путем, современная контрацепция, безопасный секс и т.д. Это связано с недостатком квалифицированных специалистов, способных заниматься половым воспитанием, и умеющих

работать именно с подростками и молодежью, отсутствием четких стандартов и норм, регулирующих различные аспекты предоставления услуг для молодежи, включая качество стандартов и норм, а также отсутствием системы сексуального образования молодежи.

Согласно данным РЦПЗ сокращение ставок детских психиатров-логопедов привело к значительному сокращению выявления детей с психическими расстройствами (заболеваемость психическими расстройствами с 5,0 в 2007 г. до 4,4 в 2011 г. из расчета на 10000 детского населения), недостаточной информированности населения о психоречевых расстройствах у детей и нарастанию стигматизации населения к психиатрии. В структуре психической патологии удельный вес умственной отсталости в два-три раза выше, чем органические психические расстройства, нарушения психологического развития и поведенческие расстройства. На протяжении последних трех лет с 2009 по 2011 год отмечается негативная тенденция в виде роста удельного веса в структуре психической патологии у детей умственной отсталости (рис. 1) [7].

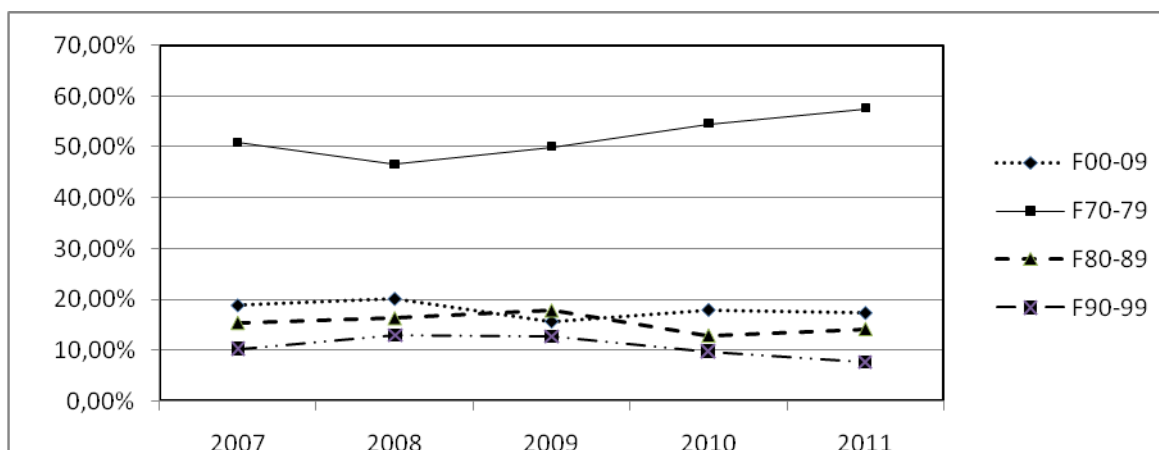


Рис. 1. Динамика наиболее распространенных психических расстройств за 2007-2011 гг. (из совместного отчета РЦПЗ и Регионального бюро ВОЗ).

Структура причин инвалидности у детей представлена врожденными аномалиями (у 31,3%), поражениями нервной системы (у 24,3%), психическими расстройствами (у 12,4%), травмой (у 7,2%), патологией органов чувств (у 6,8%), заболеваниями костно-мышечной системы (у 3,5%), онкологическими заболеваниями (у 2,3%), эндокринной патологией (у 1,8%), болезнями крови (у 1,2%), ВИЧ и СПИД (у 0,9%) и другими состояниями (у 8,3%).

Растет число призывников, непригодных к армейской службе по причине дефицита веса. В то же время нет уточненных данных о распространенности среди девочек-подростков дефицита веса, который оказывает значительное влияние на их репродуктивную функцию, следовательно, на состояние здоровья будущего поколения.

Широкое использование детского труда (дети составляют более 20% занятого населения КР) в сельском хозяйстве (в данной отрасли трудятся 95% работающих детей) оказывает значительное влияние на состояние здоровья детей и подростков. Подавляющее большинство работ опасно для здоровья неокрепшего организма. Работа может наносить вред здоровью ребенка в силу содержания и характера труда, используемых инструментов, времени или условий труда, либо за счет других факторов, которые влияют на его физическое, умственное, эмоциональное, психологическое, нравственное или духовное развитие. Риски для здоровья и опасности, которым подвергаются работники в возрасте до 18 лет, выше тех рисков, с которыми сталкиваются взрослые. Дети в связи с процессом роста и развития в большей степени подвержены рискам физических нагрузок, которые могут нанести необратимый вред их растущему организму.

Ухудшение здоровья детей обусловлено не только экономической нестабильностью, но и нарастающими масштабами загрязнения окружающей среды, широким распространением вредных привычек и социальных болезней, слабым внедрением здорового образа жизни и рядом других причин. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен. Именно поэтому проблема сохранения здоровья детей реально становится приоритетной задачей для государства.

В настоящее время политика и программы в области охраны здоровья детей и подростков внедряются системой здравоохранения без активного участия других секторов, гражданского

общества, но многие проблемы могут быть успешно решены только на уровне межсекторального взаимодействия.

Обобщая вышеизложенное можно заключить, что для достижения прогресса в области охраны здоровья детей и подростков необходимы срочные и эффективные действия со стороны государства при условии, что система здравоохранения остается ключевым звеном в улучшении здоровья детей при активном партнерском взаимодействии с другими государственными структурами, гражданским обществом, международным сообществом и СМИ при непосредственном участии самого населения.

В системе здравоохранения страны первоочередными задачами в улучшении качества медицинской помощи детям и подросткам являются:

- Совершенствование нормативной базы оказания медицинских услуг детям и подросткам (разграничение уровней оказания медицинской помощи детям и подросткам, разработка стандартов оснащения и оказания медицинской помощи детям для каждого уровня, клинических протоколов по ведению наиболее распространенных болезней на основе доказанных фактов, критериев направления/перенаправления больных и преемственности оказания медицинской помощи, положения о кураторстве и наставничестве, индикаторов непрерывного мониторинга и оценки качества медицинской помощи, пересмотр форм наблюдения за больным ребенком в стационаре и отслеживания выполнения назначений, алгоритмов оказания догоспитальной/доврачебной неотложной помощи детям и т.д.).

- Разработка и внедрение стратегии непрерывного повышения качества медицинских услуг в повседневную практику ЛПО, которая должна предусмотреть механизмы мотивации медработников и поощрять самооценку ЛПО.

- Создание консультативно-транспортной службы для внедрения системы направления и перенаправления детей на различные уровни оказания помощи, включая высокотехнологичную специализированную помощь.

- Совершенствование нормативно-правовой и создание материально-технической базы для оказания высокотехнологичной специализированной помощи детям и подросткам на третичном уровне.

- Пересмотр системы оплаты труда медицинских работников с учетом новых программ улучшения качества медицинской помощи.

- Пересмотр положений и приказов МЗ КР о ЦСМ и ФАП с целью оптимизации их взаимодействия, четкого определения функциональных обязанностей фельдшера и других работников ФАП и усиления роли медицинских работников среднего звена в проведении профилактических и оздоровительных мероприятий.

- Совершенствование системы подготовки медицинских работников путем:
 - ✓ внедрения современных стандартов образования, методов и технических средств обучения,

- ✓ разработки и внедрения механизмов регулярного обновления информационной базы учебных программ на основе доказательной медицины,

- ✓ создание системы подготовки, переподготовки, повышения квалификации преподавателей ВУЗ и СУЗ,

- ✓ разработки портрета клинического преподавателя и внедрения механизмов аттестации преподавателей ВУЗ и СУЗ на соответствие требованиям должности «клинический преподаватель»,

- ✓ внедрения в критерии аттестации и отбора специалистов на вакантные должности практические навыки по предоставлению базовой неотложной помощи детям.

- Повышение информированности родителей о правах ребенка, опасных признаках болезней, методах профилактики распространенных заболеваний детского и подросткового возраста (разработка информационно-образовательных материалов).

- Инициировать разработку Национальной межсекторальной стратегии, которая должна быть направлена на укрепление здоровья детей и подростков, создание благоприятного климата в семье и обществе для их развития и полноценной реализации интеллектуальных и физических возможностей.

Литература:

1. ВОЗ: Отчет по оценке качества стационарной помощи детям в Кыргызстане, М.Лазерини, 2012

2.

2. Изучение потребностей в оказании специализированной психиатрической помощи детям и подросткам в Кыргызской Республике // Региональное бюро ВОЗ, Республиканский центр психического здоровья МЗ КР, Бишкек, 2012.

3. Исследование полноты регистрации рождений в программных регионах Баткенской, Джалал-Абадской и Ошской областей. Отчет о проведении внешнего мониторинга реализации программы ЮНИСЕФ/ДИФИД по Социальному равенству, ЮНИСЕФ, 2012 г.

4. Корпорации JHPIEGO «Методика преподавания клинических навыков для специалистов в области репродуктивного здоровья / Р.Салливан, Р.Магарик, Ж.Бергхолд и др., 1996.

5. Материнская смертность в Кыргызской Республике: обзор тенденций. Предварительная версия. -2012 г. Всемирный Банк.

6. Отчет. Оценка детской стационарной помощи в г. Бишкек и южном регионе Кыргызстана. ЮНИСЕФ. 2013г.

7. Региональное бюро ВОЗ. Республиканский центр психического здоровья МЗ КР: Изучение потребностей в оказании специализированной психиатрической помощи детям и подросткам в Кыргызской Республике, Бишкек, 2012.

УДК 616.61-002.3: 616-053.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФИЛЬТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 15 ЛЕТ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КЫРГЫЗСТАНА

Анарбаев А.А., Матаипова А.К., Рахимова Г.М., Култаева Ж.Ч.

CLINICAL ESTIMATION OF KIDNEYS FILTRATIVE ABILITY IN CHILDREN FROM 1 YEAR TILL 15 YEARS IN SOUTH REGION OF KYRGYZSTAN

Anarbaev A.A., Mataipova A.K., Rahimova G.M., Kultaeva J.Ch.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в данной работе проведено изучение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина у больных с хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом и при почечном поражении различной этиологии. Выявлена динамика изменения скорости клубочковой фильтрации в зависимости от тяжести состояния больного, при поступлении в стационар и после лечения. Отмечены уровни соответствия результатов данного метода исследования с клиническими симптомами болезни.

Ключевые слова: дети, скорость клубочковой фильтрации, клиренс креатинина, канальцевая реабсорбция, гломерулонефрит, пиелонефрит.

Resume: in given work the study of glomerular filtration on velocity clirens creatinine in patients with chronic glomerulusnephritis, chronic pielonephritis and kidney lesion of different etiology was conducted. Track record of the change of glomerular filtration velocity depending on the state of the patient condition in admition to in patient department and after treatment was revelled. The level of the correspondence of the given result method of study with clinical symptoms of a disease was noted.

Keywords: children, velocity of glomerulus to filtering, on clirens creatinine, canalisiss tubuler reabsorption, glomerulusnephritis, pielonephritis.

Актуальность проблемы. В последние годы в нашей Республике большое внимание уделяется формированию и улучшению детской нефрологической службы. Хронические гломерулонефриты (ХГН) и хронические пиелонефриты (ХПН) и почечные поражения (ПП) - являются прогностически неблагоприятными факторами хронизации и прогрессирования острого гломерулонефрита, которое сопровождается развитием кардиоваскулярных и других нарушений [2].

Учитывая высокий уровень хронизации и осложнений острого поражения почек, возникла необходимость изучить диагностические аспекты почечных патологий. В связи с вышеизложенным, значительную практическую ценность в клинике имеет исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не только при патологии почек, но и ряда других заболеваний, диабетической нефропатии, гематологических заболеваниях, кардиоваскулярных нарушениях, сопровождающихся с нарушением функции почек.

Цель работы: выявить степень нарушения функционального состояния гломерулярного аппарата почек, тем самым определить тяжесть состояния больных детей от 1 года до 15 лет в

южном регионе Кыргызстана и уровень соответствия результатов исследования с клиническими симптомами болезни.

Материалы и методы. С сентября 2011 года в клинко-диагностической лаборатории (КДЛ) на базе Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) было проведено исследование СКФ по клиренсу креатинина у 120 больных детей с ХГН, ХПН и ПП различной этиологии.

По тяжести больных разделили на 2 группы: 1-ая группа – больные с ХГН, ХПН легкой и средней степени тяжести; 2-ая группа – больные с ХГН, ХПН и ПП тяжелой степени тяжести с осложненным течением.

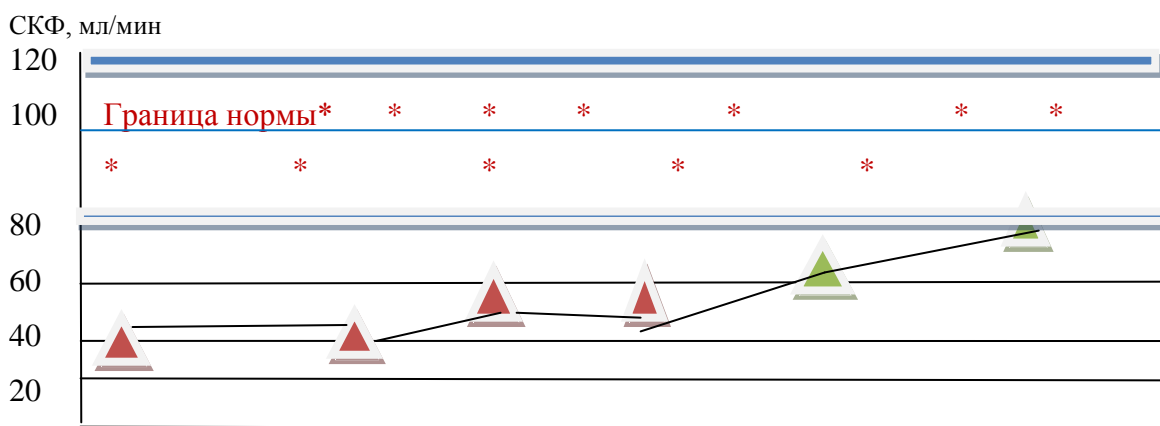
В качестве контроля проводили измерение СКФ у 20 здоровых детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Данный метод внедрен в КДЛ на базе ОМДКБ как функциональный почечный тест для определения функционального состояния гломерулярного аппарата почек, не только при лечении больных почечной патологией, но и при других заболеваниях для выявления и своевременной коррекции нарушений функции почек.

СКФ – является самым лучшим тестом, определяющим функцию почек. СКФ обычно определяют по клиренсу креатинина методом Кокрофта-Голта [3, 4] с учетом возраста, пола и массы тела и рассчитывается по формуле:

$$СКФ = \frac{U \times V}{P}, \text{ мл/мин.}$$

где U – концентрация креатинина в моче; P – концентрация креатинина в сыворотке крови; V – дебит мочи в мл/мин. В норме СКФ составляет 80-120 мл/мин.

Результаты и обсуждение. Результаты наших исследований показали, что у 104 больных детей 1- группы при поступлении в стационар отмечалось снижение СКФ в 1,7–2,5 раза (40–60 мл/мин), по сравнению с данными (рис. 1) здоровых детей (85,8–115,9 мл/мин). После лечения у данной группы больных детей наблюдалось повышение СКФ до нижней границы нормы (70,8-78,6 мл/мин).



* * - референтные показатели СКФ у здоровых детей,
▲ - показатели СКФ больных детей.

Рис. 1. Показатели СКФ у больных 1-группы с ХГН, ХПН с легкой и средней степени тяжести при поступлении в стационар и после лечения.

При исследовании СКФ у больных 2-ой группы при поступлении в стационар отмечалась снижение СКФ (рис. 2) в 2,5-3,1 раза (32,3-40,0 мл/мин), по сравнению с данными здоровых детей. После лечения у данной группы больных детей наблюдалось повышение СКФ до 65,0-67,3 мл/мин. То есть, не доходит до нижней границы нормы.

На основании полученных результатов можно сделать заключение, что снижение СКФ у 2-ой группы больных с ХГН, ХПН и ПП тяжелой степени тяжести с осложненным течением, свидетельствует о глубоком нарушении фильтрационной способности почек.

По данным литературы [1, 5], снижение СКФ может быть обусловлено гемодинамическими факторами – гипотонией, шоковым состоянием, гиповолемией, дегидратацией, выраженной

сердечной недостаточностью, повышением внутривисцерального давления, в результате затруднений в оттоке мочи и при возрастании венозного давления в почке.

Нами отмечено, что результаты исследований СКФ полностью совпадают с клиническими симптомами болезни и позволяют своевременно диагностировать нарушения в гломерулярном аппарате почек.

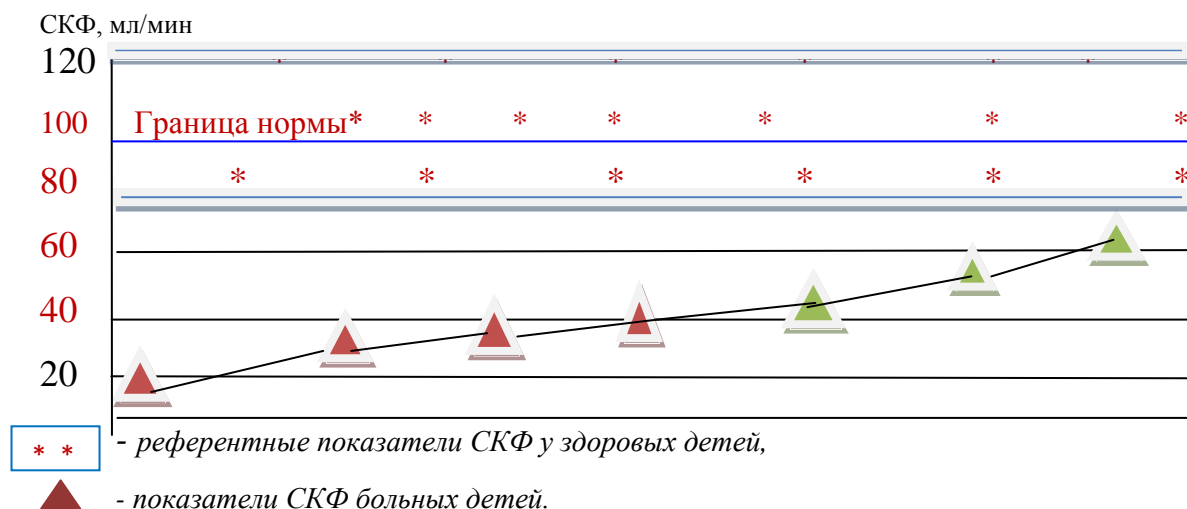


Рис. 2. Показатели СКФ у больных 2-й группы с ХГН, ХПН с тяжелой степенью тяжести при поступлении в стационар и после лечения.

Выводы: Исследование СКФ по клиренсу креатинина позволяет контролировать эффективность проводимого лечения ХГН, ХПН и ПП и определить прогноз болезни.

Данный метод позволяет своевременно выявить и корректировать нарушения в гломерулярном аппарате почек не только при патологии почек, но и при других заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции мочевыделительной системы.

Литература:

1. Аткинс Р.К. Гломерулонефриты // Нефрология и диализ. 2000. Т.2 №4. -С. 225-229.
2. Бейшебаева Н.А., Ускенбаева Д.Т., Бакасов С.С., Исаева М.И. Сравнительная характеристика нефротического и нефритического синдромов при остром гломерулонефрите у детей // Здоровье матери и ребенка-. 2000, том 1. Приложение 1. – С. 93-96.
3. Калиева Р.Р., Будайчиева Д.А., Туменбаева Д.А. Хронические заболевания почек. Бишкек, 2010. С. 11-14.
4. Маршалл В.Дж. Клиническая биохимия. М.: «БИНОМ» - «Невский диалект», 2000. – С. 69-90.
5. Меньшиков В.В. Справочник. Лабораторные методы исследования в клинике.- М.: Медицина, 1987.С. 56-75.

УДК 616-035.9 : 616-053.2 : 615.015.26

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА

Аттокурова З.Ы., Нуруева З.А., Закиров А.А., Хакимов А.С.

THE EXPERIENCE OF PLASMAPHERESIS IN CHILDREN WITH HENOC-SCHÖNLEIN

Attokurova Z.Y., Nurueva Z.A., Zakirov A.A., Khakimov A.S.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
 Ошский государственный университет,
 г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: представлены результаты применения лечебного плазмафереза у детей с геморрагическими васкулитами от 4 до 15 лет, прошедших стационарное лечение в гематологическом отделении ОМДКБ с 2011 по 2013 г. Отмечен клинический и экономический эффект при применении лечебного плазмафереза.

Проведен сравнительный анализ клиники абдоминального и кожного синдромов ГВ до и после применения ЛП.

Ключевые слова: дети, геморрагический васкулит, лечение, плазмаферез.

Resume: *the results of application of therapeutic plasmapheresis in children with hemorrhagic vasculitis from 4 to 15 years since inpatient treatment at the hematology unit OMDKB from 2011 to 2013. Marked clinical and economic effect of the application of therapeutic plasmapheresis. A comparative analysis of clinical abdominal and cutaneous syndromes GV before and after the application of the TP.*

Keywords: *children, hemorrhagic vasculitis, treatment, plasmapheresis.*

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха, геморрагический иммунный микротромбоваскулит, капилляротоксикоз, анафилактоидная пурпура) – один из самых распространенных геморрагических диатезов, относящихся к гиперсенситивным системным васкулитам, в основе которого лежат асептическое воспаление и дезорганизация стенок микрососудов, множественные микротромбообразования, поражающие капилляры кожи и внутренних органов.

В лечении геморрагического васкулита необходимо выделить базисную терапию, альтернативные средства лечения, симптоматическую или сопроводительную терапию.

В основу базисной терапии входят: соблюдение режима (ограничение двигательной активности), элиминационная (гипоаллергенная) диета, энтеросорбция, анти - или дезагрегантная и антикоагулянтная терапия, антигистаминные препараты, инфузионная терапия, глюкокортикостероиды, антибактериальная терапия.

Двигательный режим должен быть ограничен на высоте проявлений кожной, суставной и абдоминальной синдромов. Из диеты исключаются облигатные аллергены, в том числе все продукты и медикаменты, на которые когда-либо были аллергические реакции. В качестве энтеросорбентов могут быть рекомендованы энтеросорб, активированный уголь и др. препараты. Антиагрегантные средства способствуют улучшению микроциркуляции, блокируя агрегацию тромбоцитов: курантил 3-5 мг/кг/сут., 2-3 раза в день в течение 3-4 нед. В качестве антикоагулянтной терапии используется антикоагулянт прямого действия – гепарин. Суточная доза зависит от клинического варианта геморрагического васкулита и колеблется от 200 до 500 ед/кг/сут. Длительность применения гепарина от 7-10 дней, а при пурпуре с поражением почек 4-6 нед. [1, 2].

Инфузионная терапия используется для улучшения микроциркуляции, реологических свойств крови. Могут быть использованы в качестве инфузионных средств: глюкозо-новокаиновая смесь, ингибиторы протеаз, растворы среднмолекулярных протеаз и СЗП. Антибиотикотерапия показана при сопутствующих инфекциях, обострении хронических очагов инфекции, назначаются антибиотики нового поколения макролиды (сумамед, рунид, клацид) на 5-7 дней.

Глюкокортикостероиды показаны во всех случаях тяжелого течения ГВ, при буллезных, при абдоминальном и суставном синдромах, при некоторых вариантах капилляротоксического нефрита.

Плазмаферез (Па) мы рассматриваем как отдельный метод лечения при ГВ у детей. Лечебный эффект плазмафереза достигается за счет элиминации иммунных комплексов и антител, медиаторов воспаления, продуктов тканевого метаболизма. В результате восстанавливаются реологические свойства крови, деблокируется система клеточного иммунитета. У детей больных ГВ, плазмаферез дает очень высокий эффект при буллезно-некротической форме простой пурпуры, упорном волнообразном течении кожного или абдоминального синдромов [1, 2].

Цель. Изучение эффективности лечебного плазмафереза при геморрагическом васкулите у детей.

Материалы и методы. Ежегодно в гематологическом отделении ОМДКБ получают лечение до 200 больных детей, поступающих из Ошской, Жалалабадской и Баткенской областей южного региона Кыргызстана, в возрасте от 2 месяцев до 15 лет.

В структуре гематологических болезней преобладает геморрагический васкулит и занимает 43%, ЖДА до 29%, апластическая анемия и лейкозы до 5%. За 2011-2012 годы и 6 месяцев 2013 г. по отделению прошло 630 больных гематологического профиля. Из них 272 с геморрагическим васкулитом (43%). При распределении 272 детей с геморрагическим васкулитом: по полу девочки - 154 (56,6%), мальчики – 118 (43,3%). В возрастном аспекте основной процент (68%) были больные от 7 до 14 лет.

Нами был проведен плазмаферез детям с ГВ при смешанной форме, непрерывном и волнообразном рецидивировании. Необходимость лечебного плазмафереза при ГВ связано со снятием спазма микрососудов, повышением функциональной активности иммунокомплементных

клеток. Для проведения лечебного плазмафереза применялся аппарат РС-6, Кыргызского производства 2011 г. выпуска. Прерывистый плазмаферез проводился в 4 этапа: забор крови в контейнер, центрифугирование, удаление из контейнера плазмы, возврат эритроцитов. Центрифугирование проводилось 2000 об/мин, при температуре - +18-22°С., в течение 20 минут.

Лечебный плазмаферез проведен 98 детям, имеющих тяжелое течение смешанной формы ГВ с осложнениями. ЛП проведен на 3-4 день госпитализации у детей, не имеющих противопоказания (анемия II-III ст., ОПН, ХПН). Каждому больному проводилось от 2-5 сеансов через день, при строгом соблюдении гипоаллергенной диеты и постельного режима.

Результаты и их обсуждение: после 2-3 сеансов ЛП отмечался клинический эффект, т.е. купировался суставной синдром, значительно уменьшились геморрагические высыпания, исчезали буллезно-некротические высыпания, уменьшалась выраженность абдоминального синдрома. У детей положительный эффект от проведения ЛП отражался на общем состоянии, самочувствие значительно улучшалось. Необходимо отметить экономический эффект ЛП. Среднее пребывание больного на койке уменьшилось на 4-5 дней. Если до применения ЛП средняя длительность пребывания составляла в 2011 г. - 16,7 к/дней, то в 2013 г. составила 11,5 к/дней, т.е. уменьшилась на 5,2 к/дней. При проведении лечебного плазмафереза у 98 больных, которым проведено по 3-4 сеанса, экономический эффект для стационара имел ощутимый результат. Пациенты, получившие лечебный плазмаферез, имели более длительную ремиссию и поступали с рецидивами 1-3 раза в год, в зависимости от тяжести течения ГВ. Было 11 (11,2%) больных, которые в течение 5-6 месяцев имели рецидивов.

Вывод: лечебный плазмаферез, как метод лечения болезни Шенлейна-Геноха, является одним из эффективных как в медицинском, так и в экономическом отношении.

Литература:

1. Раимжанов А.Р., Джакыпбаев О.А. Геморрагический васкулит и современная антитромботическая терапия.
2. Плахута Т.Г. Современные принципы лечения ГВ у детей // Педиатрия. -1999.-№2.

УДК 616-002.951: 616-053.2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахмедова Д.П., Нуруева З.А., Матаипова А.К., Рахимова Г.М.

SPREADING AND FEATURES OF THE CLINICAL CURRENT OF LAMBLIASIS IN CHILDREN IN OSH REGION

Ahmedova D.P., Nurueva Z.A., Mataipova A.K., Rahimova G.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в данной работе проводилось сравнительное изучение частоты заболеваемости и этиологических факторов глистных инвазий, в частности лямблиоза в региональном аспекте. Изучены особенности клинического течения лямблиоза у детей в возрастном аспекте в Ошской области Кыргызской республики.

Ключевые слова: дети, гельминты, лямблиоз, инвазированность, копрология.

Resume: in given work comparative study of the frequency of diseases and etiological factors of worm invasion, in particular lamblasis in regional aspect was conducted. The particularity of the clinical current of lamblasis in children in age aspect was studied in Osh region of Kyrgyz republic.

Key words: children, helminths, lamblasis, intestinal helminthiasis, coprology.

Актуальность проблемы. В настоящее время очень актуальной остается проблема гельминтозов, в частности лямблиоза в нашей республике, особенно в южном регионе. По данным ВОЗ распространенность лямблиоза составляет 3-5% в развитых странах, а в развивающихся до 10-15%.

По результатам обследований в клинко-диагностической лаборатории (КДЛ) Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) за последние 3 года среди паразитарных заболеваний ведущее место занимает лямблиоз (47,9%), аскаридоз (31,5%), меньший процент гименолепидоз, единичные случаи тениаринхоза, фасциолеза.

Лямблиоз (синоним гиардиаз) - протозойная болезнь, характеризующаяся функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, аллергическими и другими клиническими проявлениями [1, 4]. Возбудителем лямблиоза является *Lambliia intestinalis* размером 9-12мкм, распространен повсеместно.

Широкая распространенность гельминтов, особенно лямблиоза и разнообразия клинических проявлений диктует необходимость глубокого изучения данной проблемы в региональном и возрастном аспекте.

Цель исследования. Изучить частоту, особенности клинического течения лямблиоза у детей в возрастном аспекте в Ошской области Кыргызской республики.

Материалы и методы. В данной работе проведен анализ инвазированности лямблиозом по Ошской области по данным КДЛ и отделения гастроэнтерологии ОМДКБ в период за 2011 - 2012 гг. и за 6 месяцев 2013 года. Количество обследованных детей составило 43388 человек.

Для постановки диагноза лямблиоза нами проводилось 3-х кратное копрологическое исследование кала. Часто результаты были отрицательными, даже при наличии клинической картины. Это объяснялось светлыми промежутками, когда выделение лямблий не происходит. По данным литературы [3] он может продолжаться до 21 дня. В связи с этим мы всем больным с отрицательными результатами проводили обследование кала повторно через 21-30 дней. Для выявления лямблий мы использовали макро - и микрогельминтологические, эффективные методы обогащения по Калантаряну (с флотационным раствором), Фюллеборна, основанные на определении концентрации яиц в препаратах, а также метод «толстого мазка» с целлофаном по Като [2].

Результаты и обсуждение. Результаты наших обследований 43388 детей в период с 2011 по 2012 гг. и за 6 месяцев 2013 года показали (табл. 1), что наблюдался рост заболеваемости лямблиозом от 84,1% до 92,5%.

Таблица 1.

Частота встречаемости лямблиоза по Ошской области за последние 3 года

Годы	Количество обследованных лиц	Количество выявленных лиц	Показатель частоты на 1000 обследованных
2011	17644	1484	84,1
2012	17176	1545	89,9
2013 (за 6 мес.)	8568	793	92,5

При оценке территориальной инвазированности лямблиозом по Ошской области за 3 года нами установлено, что высокая заболеваемость отмечалась в Кара-Суйском, Узгенском, Ноокатском районах и в г. Ош (табл. 2) от 8,13% до 10,97%. Меньшая заболеваемость лямблиозом наблюдалась в Араванском, Алайском и Кара-Кулжинском районах. Показатели лямблиоза детей до 15 лет были высокими от 63,8% до 66,5%.

Таблица 2.

Количественная характеристика зараженности лямблиозом отдельных районов Ошской области.

Годы Районы	2011			2012			2013		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Кара-Суу	6209	622/10	414/66	6306	919/14	297/32	2988	210/7	141/67
Ош	3601	293/8,0	187/63	4913	272/5	193/70	2249	142/6	105/74
Узген	1851	203/10	135/66	1732	158/9,1	111/70	945	83/8,7	59/71
Ноокат	1235	122/9,8	79/64,7	1277	121/9,4	70/57,8	669	69/10	48/69,5
Араван	788	139/17	86/61,8	861	61/7,08	39/63,9	372	25/6,7	17/68
Алай	623	69/76,8	53/76,8	664	52/7,83	37/71,1	328	26/7,9	21/80
Кара-кулжа	474	57/12,0	46/80,7	492	45/9,14	27/60	203	33/16	26/78

Примечание: 1 - общее количество обследованных лиц; 2 – количество и частота инвазированных лиц; 3 – количество и частота инвазированных детей до 15 лет;

- в числителе - количество выявленных лиц; в знаменателе - частота заболеваемости (%).

Следует отметить, что рост инвазированности лямблиозом населения, в том числе детей до 15 лет в вышеуказанных районах был связан со следующими факторами: недостатком санитарно-профилактических мероприятий, земледелием, бахчевой культурой, использованием открытых и грязных водоемов (арыков, каналов, рек), уплотненностью населенных пунктов и др.

Сравнительно низкая заболеваемость в Араванском, Алайском и Кара-Кулжинском районах была связана с наименьшей плотностью населения, чистотой водоисточников и др. факторами.

В последние годы большое внимание нами уделялось клиническим и диагностическим аспектам гельминтозов, в частности лямблиоза. Изучив истории болезни 2405 больных детей за последние 3 года, прошедших в гастроэнтерологическом и гепатологическом отделениях нашей клиники, были выявлены различные клинические проявления. Больные часто обращались за медицинской помощью в хронической стадии лямблиоза, что проявлялось различными формами – кишечной, внекишечной, гепатобилиарной, аллергической и смешанной.

Клинические проявления лямблиоза, отмеченные, за последние 3 года (рис. 1): 1 - эпителиальный синдром (очаги депигментации различной локализации, бледность, сухость с сероватым оттенком, ложное витилиго); 2 - гепатобилиарная патология (дискинезия желчевыводящих путей), диагностика устанавливалась на основании жалоб на боли в животе и в правом подреберье, и данных УЗИ; 3 – различные патологии желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуодениты, энтериты; 4 – аллергические проявления (рецидивирующая крапивница, дерматиты, аллергические конъюнктивиты, риниты); 5 - симптомы вторичной панкреатической недостаточности; 6 – со стороны нервной системы лямблиоз проявлялся вегетососудистой дистонией, эмоциональной лабильностью, перепадами настроения и головными болями, чаще наблюдались у девочек-подростков.

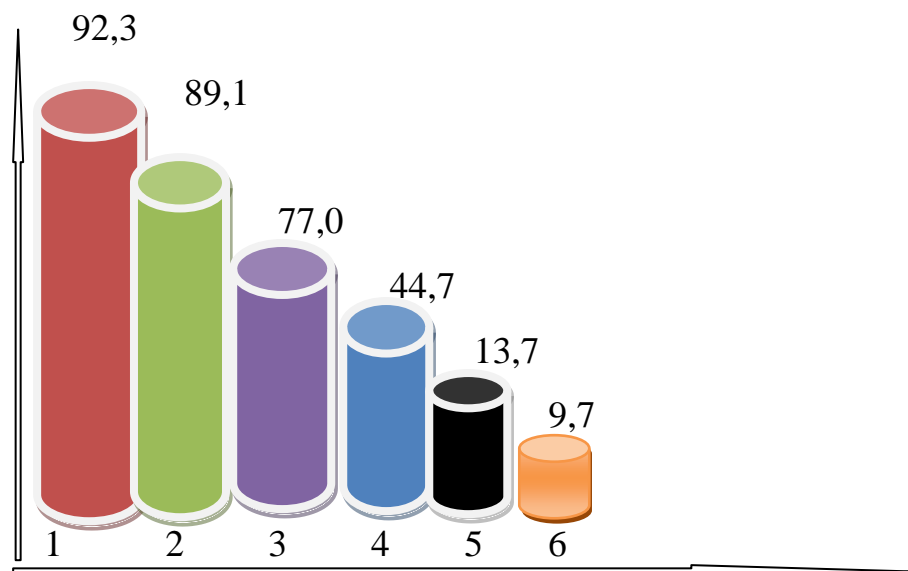


Рис. 1. Частота встречаемости различных патологий при лямблиозе у детей от 1 года до 15 лет (%).

Разнообразие клиники лямблиоза по данным литературы [3] в семиотике заболевания, различают в первую очередь симптомы поражения желудочно-кишечного тракта и нарушения питания.

В дифференциальной диагностике различных форм лямблиоза информативен эпидемиологический анамнез: посещение ребенком организованных детских коллективов, наличие домашних животных, выявление заболевания у близких родственников, употребление сырой воды из открытых источников (водоемов, каналов, арыков) и др.

Выводы:

1. Рост заболеваемости лямблиозом, выявленный в Карасуйском, Узгенском, Ноокатском районах и в г. Оше, связан с недостатком санитарно-профилактических работ, и низким санитарным состоянием сельских и городских административных учреждений, школ и детских садов.

2. В диагностике лямблиоза кроме копрологического исследования, рекомендуем широко внедрять серологические методы исследования, в частности – иммуноферментный анализ (ИФА).

3. Учитывая в динамике рост заболеваемости лямблиозом по Ошской области, рекомендуем усилить санитарно-профилактические работы во всех сферах жизни населения.

Литература:

1. Поляков В.Е., Иванова З.А., Казакова С.И. Лямблиоз у детей и подростков // Российский медицинский журнал.- 2004.- № 6.- С. -47-50.
2. Меньшиков В.В. Справочник. Лабораторные методы исследования в клинике. М.: Медицина, 1987. –С. 59-79.
3. Бандурина Т.Ю., Кнорринг Г.Ю. Лямблиоз у детей // Лечащий врач.- 2004.- № 4. –С. 60-62.
4. Тобокалова С.Т., Сыдыкова А.Б., Суранбаева Г.С., Мергенов А.Э. Гельминтозы и паразитарные заболевания. Бишкек, 2007. –С. – 31-34.

УДК 616.72-002.004.1:616-053.2

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Аширов К.Т.

DYNAMICS CLINICO-FUNCTIONAL, RADIOLOGICAL CHANGES AT VARIOUS VARIANTS OF JET ARTHRITISES AT CHILDREN

Ashirov K.T.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: на основании исследования клинко-функциональных параметров при реактивных артритах у детей и подростков, уточнены различия эволюции суставного синдрома в зависимости от начальных клинических проявлений. При затяжном и рецидивирующем реактивном артрите отмечены клинко-функциональные и рентгенологические поражения в ранней фазе болезни, коррелирующие с иммунологическими процессами на уровне общей циркуляции (в сыворотке крови).

Ключевые слова: реактивный артрит, дети, подростки, прогрессирование, исход.

Resume: on the basis of research of clinic-functional parameters at jet arthritis's at children, distinctions of evolution of an articulate syndrome depending on initial clinical displays are specified. In an origin long a jet arthritis at children the illnesses correlating with immunopathological by processes at a level of the general circulation (in whey of blood) matter microcirculation defeats from an early phase.

Keywords: jet arthritis, children, progressing, an outcome.

Клинические проявления различных форм и вариантов течения реактивных артритов (РеА) у детей и подростков во многом сходны. Это создает значительные трудности их дифференциальной диагностики, особенно на ранних этапах развития заболеваний. В разрешении диагностических задач и углублении представлений о механизмах развития различных вариантов РеА у детей, перспективно наблюдение за ними в динамике, начиная с ранней фазы. Однако этот вопрос разработан в научном плане недостаточно. Комплексные исследования с использованием клинических, рентгенологических, иммунологических и иммуногенетических методов, дающих в совокупности наиболее объективную информацию об этапах развития РеА у детей, отсутствуют.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей и динамики прогрессирования РеА у детей и подростков.

Материалы и методы исследования. Было проведено целенаправленное комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 168 детей и подростков больных реактивными артритами. Среди обследованных преобладали дети старших возрастных групп – от 9 до 15 лет (61,9%) и преимущественно мальчики (53,5%). Для диагностики РеА использовались критерии диагностики В.Амор (1986). Выделение отдельных вариантов РеА, в частности, урогенитального артрита проводилось по критериям Э.Р.Агабабовой (1985) и В.А.Завирохина (1993); постэнтероколитического артрита – по критериям Э.Р.Агабабовой и Алекберовой З.С. (1985); реактивного артрита после носоглоточной инфекции – по критериям Н.Н.Кузьминой (1989); артрита с неустановленным инфекционным агентом – по критериям Э.Р.Агабабовой (1985).

Окончательный диагноз у каждого больного был установлен и подтвержден в катанестическом наблюдении продолжительностью от 1 до 13 лет. Рентгенологическая характеристика давалась по Stoinbrocher (1949). Функциональная способность больного оценивалась по М.Г.Астапенко (1979) и включала функциональное состояние пораженных суставов, глаз и внутренних органов.

Результаты исследования. Суставной синдром в начальной фазе РеА (первые 3 месяца болезни) протекал по типу олигоартрита с преимущественным поражением суставов нижних конечностей, в том числе мелких суставов стоп. Суставы верхних конечностей в ранней фазе болезни поражались редко (табл. 1). Суставной синдром в начальной фазе болезни характеризовался преобладанием экссудативного компонента (88,9%) с высокой местной активностью, местным повышением температуры (73,2%). У 42,2% больных наблюдался периартрит, у – 35,5% - тендинит, и у 20% - ахиллодинит.

Таблица 1.

Динамика суставного синдрома при РеА в различные периоды болезни.

Локализация суставного синдрома	РеА n=168	
	Начало (3 месяца болезни)	Разгар (более 3 месяцев болезни)
Лучезапястные суставы	11,1%	26,6%
Локтевые суставы	17,8%	19,9%
Плечевые суставы	2,2%	13,3%
Межфаланговые суставы I-пальца кисти	-	-
Межфаланговые суставы II-V пальцев кисти	6,6%	13,3%
Пястнофаланговые суставы	2,2%	2,2%
Голеностопные суставы	37,7%	51,1%
Коленные суставы	57,7%	66,7%
Тазобедренные суставы	40%	62,2%
Межфаланговые суставы I-пальца стопы	4,4%	15,5%
Межфаланговые суставы II-V пальцев стоп	19,9%	24,4%
Плюснефаланговые суставы	26,5%	44,5%

В разгар болезни (через 3 месяца от начала болезни) наблюдалась генерализация суставного синдрома с учащением поражений суставов верхних конечностей (лучезапястных, локтевых и плечевых). Суставной синдром с явным преобладанием экссудативного компонента воспаления и появлением у 53,3% больных признаков умеренной пролиферации. Над пораженными суставами нарастала местная гиперемия кожи и пигментация (53,3%). У 68,9% больных отмечалась регионарная атрофия мышц до 1,5 см. Признаки периартрита нивелировались и сохранялись явления тендинита и ахиллодинита (48,9% и 26,7%). Утренняя скованность у 33,3% больных продолжалась 30 минут, и у 4,4% - до 12 часов дня. Поражение мелких суставов кистей рук при ИСАП не характерно. В разгар болезни увеличивалась вероятность поражений более крупных суставов (индекс Лансбури = 60,1+0,26) (табл. 2). Количество болезненных (ASR =4,2+0,18), и припухших суставов (ASR =3,23+0,15) было почти одинаковым, с умеренным нарушением функции (индекс Lee = 9.17+0,19) (табл. 2).

Таблица 2.

Клинико-функциональные параметры суставного синдрома при РеА на различных этапах развития болезни (M+m).

		ASR- болезненных (норма-0)	ASR – припухших (норма-0)	Индекс Ричи (норма-0)	Индекс Лансбури (норма –0)	Lee (норма-0)
РеА n=168	Начало	4,2+0,18	3,23+0,15	6,11+0,15	45,6+0,15	9,17+0,19
	Разгар	5,84+0,15	4,29+0,18	7,16+0,18	60,1+0,26	8,46+0,19

При оценке качества жизни при постэнтероколитическом и урогенном вариантах РеА в разгар болезни у 80,8% детей отмечалось ухудшение (периодическое и постоянное) физической и психосоциальной активности (табл. 3). Значительное снижение качества жизни с ограничением способности к самообслуживанию в разгар болезни наблюдалось при РеА у 16%.

Таблица 3.

Уровень качества жизни детей больных РеА в различные периоды болезни (CHAQ).

Качество жизни	РеА	
	начало	разгар
Суммарный счет физического статуса	83,1+5,0	61,3+17,0
Суммарный счет психосоциального статуса	62,2+9,7	51,4+11,4

За больными РеА проводилось динамическое наблюдение от 1 до 5 лет. У 23 больных РеА процесс завершился исчезновением воспалительных явлений в суставах через несколько недель и до 3 месяцев от начала болезни. Такой исход отмечался только у больных с первичным артритом. Из 168 больных в дальнейшем у 27 наблюдались рецидивы, у 15 - через 4-5 месяцев и у 12- через 2,5-3 года. Полное выздоровление имелось у 110 (65,4%) больных с первичным артритом, и у 19 (10,4) с рецидивирующим. У 4-х больных с первичным и у 2-х с рецидивирующим РеА в динамике исчезли признаки синовита, но беспокоили артралгии.

За 168 больными РеА проводилось динамическое наблюдение от 1 до 5 лет. У 110 (65,4%) больных РеА процесс завершился исчезновением воспалительных явлений в суставах через 3 месяца от начала болезни, из них у 24 отмечались кратковременные рецидивы. Такой исход отмечался только у больных с первичным артритом (табл. 4).

Таблица 4.

Динамика прогрессирования рецидивирующего РеА

		Третий год болезни	Пятый год болезни
Ремиссия полная		15 (55,5)	4 (14,8)
Ремиссия не полная		12 (44,4)	8 (29,6)
Количество обострений в год	2-3	9 (33,3)	4 (14,8)
	4-5	3 (11,1)	4 (14,8)
Длительность ремиссии в мес.	1-3	5 (18,5)	2 (7,4)
	4-6	10 (37,0)	6 (22,2)
Функциональные нарушения I, II ст.		6 (22,2)	6 (22,2)
Функциональные нарушения III степени		-	2 (7,4)
Рентгенологические признаки анатомической деструкции I, II стадии		6 (22,2)	4 (14,8)

Из 168 больных в дальнейшем у 31 (18,4%) больных РеА процесс принял затяжное течение с длительностью болезни до 1 года, у 27 (16,0%) - наблюдались частые рецидивы и сохранялись симптомы воспалительного заболевания. В течение 3-4-летнего наблюдения за больными этой группы имели место периоды обострения и относительной ремиссии. У 19 больных к концу третьего года заболевания удалось добиться клинико-лабораторной ремиссии заболевания, при этом в суставах отмечалось лишь незначительное ограничение объема движений.

В 8 случаях ремиссия не наступила в течение 13 лет. При данном варианте отмечена трансформация затяжного течения реактивного артрита в хронический с признаками прогрессирования, эрозивного артрита, преимущественно крупных суставов и суставов средней величины, скованность превышала 30 минут. При данном варианте дебюта хронического артрита отмечены иммунопатологические сдвиги с подавлением супрессорной активности Т-лимфоцитов, высокий ЦИК не только местно в синовиальной жидкости, но и в системе циркуляции (в сыворотке крови).

Сопоставление результатов оценки болезненности суставного синдрома - индекс Ричи (ИР) с индексом функциональных нарушений (ИФН) при РеА выявило их высокую корреляцию ($r=0,7$). Высокая связь этих показателей не подтверждается коррелятивной связью со стадией анатомической деструкции (САД) ($r=0,2$), поскольку только длительные и выраженные функциональные нарушения суставов при РеА сопровождаются рентгенологическими проявлениями затяжного РеА ($r=0,75$), отличающих от таковых при ЮХА. Высокие показатели иммунорегуляторного индекса коррелировали с рентгенологической стадией ($r=0,68$).

Выводы. Реактивный артрит с затяжным течением характеризуют: подострое начало, системность поражения, полиартрит, миграция суставного синдрома, генерализация с каждым последующим рецидивом болезни, раннее вовлечение в процесс мелких суставов и тазобедренных суставов, утренняя скованность до 30 минут и больше, раннее снижение функциональной активности больного, появление в течении 3 месяцев от начала болезни симптомов околосуставного остеопороза, через 6 месяцев болезни – сужения суставной щели, к концу года – кистовидной перестройки.

Неблагоприятный исход при РеА (затяжное и рецидивирующее течение, трансформация в хроническую форму болезни) сопровождается стойкой (более 1 месяца) высокой активностью суставного синдрома, рентгенологическими изменениями (околосуставной остеопороз) в первые 4 недели болезни, иммунопатологическими сдвигами.

Литература:

1. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты – состояние проблемы и перспективы // Ревматология.- 1985.-№1.-С. 3-5.
2. Агабабова Э.Р. Алекберова З.С. Инфекционные факторы при ревматологических заболеваниях // Современные проблемы ревматологии.-1985.- С 3-5
3. Астапенко М.Г. О новом варианте классификации ревматоидного артрита // Вопросы ревматологии.-1979.-№1.-С.3-8.
4. Завирихин В.А. О критериях диагностики болезни Рейтера // Тер. арх.- 1993.- №4.- С.65-69.
5. Кузьмина Н.Н., Насонова В.А., Гусева Н.Г. и др. Рабочая классификация и номенклатура ревматических болезней (педиатрические аспекты) // Педиатрия.- 1989.-№12.-С.10-16.
6. Amor B., Bouchet U. Delrieu F. National survey on rective Freneh Socie of Rheumatology // Rev.Rheum.Mal.Osteoartic.-1986.-v.35.-N.50 (11).-P.733-743.
7. Stoinbrocher O., Trager C.H., Batterman R.C. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. J.A.M.A., 1949, 140:659.

КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ

**Закиров А.А., Нуруева З.А., Хасилов К.Р., Арыкбаева Б.А.,
Маткасымова А.Т., Нарбаев И.С.**

CARDIOMYOPATHY OF CHILDREN

**Zakirov A.A., Nurueva Z.A., Hasilov K.R., Arykbaeva B.A.,
Matkasimova A.T., Narbayev I.S.**

Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: представлены результаты клинко-функционального обследования 87 детей с нарушениями проводящей системы и кардиомиопатией в возрасте от 1 года до 15 лет, прошедших стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении ОМДКБ с 2008 по 2012 год.

Ключевые слова: дети, кардиомиопатия, частота, структура.

Resume: the results of the statistical data on the clinic diagnosis of cardiomyopathy, conduction system of children between the ages of 1year to 15 years of previous hospitalization in cardiorheumatological OIRCCCH department from year 2008 to 2012 according to clinical material in 87 children with cardiomyopathy.

Key words: children, cardiomyopathy, frequency, structure.

Кардиомиопатия является наиболее тяжелым и прогностическим неблагоприятным заболеванием сердца, относится к неоднородной группе хронических тяжело протекающих болезней миокарда, приводящих к развитию миокардиальной дисфункции. В соответствии с клинической классификацией кардиомиопатий различают дилатационную (ДКМП), гипертрофическую (ГКМП), реструктивную (РКМП), аритмогенную (АКПЖ) (ВОЗ 1995).

Цель исследования. Изучить структуру и проявления нарушений проводящей системы сердца у детей с кардиомиопатиями.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 87 детей с кардиомиопатией от 1 года до 15 лет. Проведено комплексное клинко-функциональное обследование, включающее электрокардиографию, ЭХОКГ, рентгенологическое обследование, общеклинические и биохимические исследования (остро фазовые показатели, титр противострептококковых антител, протеинограмма).

На стационарном лечении находились преимущественно дети с дилатационной кардиомиопатией 71 (81,6%) и реже гипертрофической кардиомиопатией 16 (18,3%) (табл. 1).

В структуре обследованных больных преобладали дети, проживающие в селе, преимущественно школьного возраста, отмечено незначительное преимущество среди обследованных детей девочек (табл. 2).

Нарушения проводящей системы сердца: преобладание слабости синусового узла отмечены у 30,8% обследованных, из них при дилатационной КМП у 17,1%, гипертрофической у 13,7%

больных. АВ блокада при дилатационной КМП наблюдалась у 14,2% больных детей, гипертрофическая КМП – у 10,2% (табл. 3).

Таблица 1.

Количество детей, прошедших стационарное лечение в отделении кардиологии с 2008 по 2012 гг.

Год	Общее количество детей, получавших стационарное лечение в отд. кардиологии	Количество детей, находившихся на стационарном лечении с кардиомиопатией			
				ДКМП	ГКМП
2008	595	16	2,6%	13 (81,2%)	3 (18,7%)
2009	593	20	3,3%	16 (80%)	4 (20%)
2010	563	15	2,6%	13 (86,6%)	2 (13,3%)
2011	683	18	2,6%	15 (83,3%)	3 (16,6%)
2012	693	18	2,5%	14 (77,7%)	4 (22,2%)

Таблица 2.

Структура обследованных больных с кардиомиопатией.

	Количество	% от общего числа
Всего детей прошло	87	100,0 %
Сельских	50	57,4%
Городских	37	42,5%
Мальчиков	42	48,5%
Девочек	45	51,5%
В возрасте до 3 лет	9	11,4%
От 3 до 7 лет	17	20%
От 7 до 15 лет	61	68,5%

Таблица 3.

Нарушения проводящей системы сердца у детей с кардиомиопатией.

	Общее количество (87) из них	ДКМП	ГКМП
Слабость синусового узла	27 (30,8%)	15 (17,1%)	12 (13,7%)
АВ блокада	21 (24,5)	12 (14,2%)	9 (10,2%)
Внутри желудочковая блокада	20 (23,4%)	10 (12%)	10 (11,4%)
Блокада ПНПГ	19 (22,2%)	11 (11,4%)	8 (10,8%)

Выводы. В структуре обследованных детей преобладала дилатационная форма КМП (81,6%), реже гипертрофическая форма (18,3%).

КМП страдают преимущественно дети в возрасте от 7 до 15 лет 68,5%, чаще девочки из сельской местности (51,5%).

У детей с КМП имеются все виды нарушений проводящей системы сердца, с преобладанием слабости синусового узла (30,8%). Реже отмечены АВ блокада, внутрижелудочковая блокада и блокада ножки пучка Гисса.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРЕМОРБИДНЫХ ОТЯГОЩЕНИЙ

*Кабаева Д.Д., Наритсына Л.М., Шукурова В.К., Михайлова В.В.,
Омуралиева Т.У., Сватковская О.В., Шайдерова И.Г.*

THE CLINICAL COURSE OF PNEUMONIA IN CHILDREN IN THE BACKGROUND OF PRE-MORBID ENCUMBRANCES

*Kabaeva D.D., Naritsyna L.M., Shukurova V.K., Mihajlova V.V.,
Omuralieva T.U., Svatkovsky O.V., Shaiderova I.G.*

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

Резюме: в статье приведены результаты исследования факторов риска и особенности клинического течения острых пневмоний у детей на фоне преморбидных отягощений.

Ключевые слова: дети, пневмония, адаптивность.

Resume: the paper presents the results of a study of risk factors and clinical course of acute pneumonia in children on the background of pre-morbid encumbrances.

Key words: children, pneumonia, adaptability.

Актуальность. Болезни органов дыхания занимают лидирующее место в структуре заболеваемости детей и оказывают негативное влияние на уровень младенческой смертности. Зачастую в силу рецидивирующего течения бронхолегочного процесса в детском возрасте происходит формирование хронических заболеваний легких в старших возрастных группах. Наряду с этим некоторые исследователи указывают, что частота бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном выше, чем у детей без какой-либо сопутствующей патологии [1, 4]. Причем, формируя определенный уровень здоровья, данная ситуация определяет особое течение инфекционно-воспалительных заболеваний у данной категории детей, вплоть до подросткового возраста [2, 3].

Цель исследования. Выявить факторы риска и особенности клинического течения острых пневмоний у детей на фоне преморбидных отягощений.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были 160 детей с острой пневмонией в возрасте от 1 мес. до 12 лет с отягощенным преморбидным фоном: перинатальной патологией центральной нервной системы, гидроцефальным синдромом, детским церебральным параличом, патологией центральной нервной системы в сочетании с врожденными пороками развития. Всем больным детям проведено комплексное клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование. Статистическая обработка проводилась с учетом современных позиций, позволяющих получить достоверные результаты.

Результаты и обсуждение. При обследовании данной категории детей выявлены факторы, определяющие риск неблагоприятного течения пневмонии и их ранговая значимость. В структуре социально гигиенических факторов высокую ранговую значимость имели вредные привычки у родителей ($p < 0,05$), недостаточная материальная обеспеченность семьи ($p < 0,05$), низкий уровень информированности родителей по вопросам правильного ухода за ребенком. В структуре биологических факторов высокую ранговую значимость имели проявления отягощенного акушерского анамнеза матери ($p < 0,05$), аномалии конституции, нарушения грудного вскармливания ($p < 0,05$). В старшей возрастной группе детей с неблагоприятным течением пневмонии доминировали очаги хронической инфекции.

Осложненное течение пневмонии (обструктивный синдром, ателектазы лёгких, деструкция легочной ткани, дыхательная недостаточность) наблюдалось у 93% детей. Вирусно-бактериальная этиология острой пневмонии в сочетании с TORCH инфекцией отмечена у 60% детей.

Одной из особенностей клинической симптоматики осложненной пневмонии у детей явилось отсутствие температурной реакции на острое бактериальное воспаление, длительный субфебрилитет на фоне адекватной антибиотикотерапии (38%), отсутствие корреляции с тяжестью воспалительного процесса, показателей белого ростка периферической крови.

У детей с пневмонией, протекающей на фоне перинатальных повреждений ЦНС количество нейтрофилов было достоверно ниже возрастной нормы, и к 10 дню стационарного лечения сохранялась тенденция дальнейшего снижения этих показателей, что свидетельствовало об угнетении механизмов адаптации на острый бактериальный процесс.

Нами проведено изучение уровня основных гормонов адаптации у 47 детей с острой пневмонией, в том числе у 21 с пневмонией на фоне перинатальной патологии центральной нервной системы. Установлен достоверно высокий уровень кортизола ($p < 0,01$) в сыворотке крови у неврологически здоровых детей, в сравнении с детьми с перинатальными поражениями нервной системы (табл. 1).

Таблица 1.

Уровень кортизола при пневмонии у детей ($M \pm m$, нмоль/л).

Группы исследования	Кортизол	
	До лечения	После лечения
Основная (n = 21)	561,2 \pm 61,1	308,1 \pm 14,3***
Контрольная (n = 26)	1112,6 \pm 75,1***	488,3 \pm 63,6***
Здоровые дети (n = 10)	537,4 \pm 52,5	

Уровень ТТГ у детей раннего возраста при развитии острой пневмонии несколько повышался ($p < 0,01$), а при пневмонии на фоне перинатальной патологии центральной нервной системы определялся на уровне, достоверно не отличающемся от показателя, наблюдаемого у здоровых детей. Данные таблицы 2 также свидетельствуют о значительном падении уровня трийодтиронина у детей при пневмонии на фоне повреждений нервной системы. После проведенного лечения уровень гормона изменялся незначительно ($1,11 \pm 0,12$ против $1,20 \pm 0,14$ нмоль/л). В контрольной группе уровень тироксина при развитии пневмонии достоверно повышался ($162,7 \pm 6,8$ против $147,3 \pm 3,6$ нмоль/л в норме). Данный показатель у детей основной группы имел достоверно более низкие значения – $107,8$ нмоль/л ($p < 0,01$).

Таблица 2.

Функциональное состояние гипоталамико-тиреоидной системы при пневмонии у детей
($M \pm m$, нмоль/л).

Группы исследования	ТТГ		Т ₃		Т ₄	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная (n = 21)	1,91 $\pm 0,20$	1,93 $\pm 0,21$	1,11 $\pm 0,12^{***}$	1,20 $\pm 0,14^*$	107,8 $\pm 10,6^{***}$	132,1 $\pm 3,2^{***}$
Контрольная (n = 26)	2,13 $\pm 0,26^{***}$	1,96 $\pm 0,11^{***}$	1,39 $\pm 0,21$	1,45 $\pm 0,11^{**}$	162,7 $\pm 6,8^*$	155,2 $\pm 1,2^{**}$
Здоровые (n = 10)	1,99 $\pm 0,34$		1,48 $\pm 0,10$		147,3 $\pm 3,6$	

У 12% детей острая пневмония на фоне перинатальных поражений центральной нервной системы приняла затяжное течение, в 19% случаев - удалось достигнуть клинко-рентгенологического выздоровления, у 9% детей отмечалась хронизация бронхолегочного процесса.

Таким образом, выявленные нарушения нейрогуморальной регуляции противоинфекционного ответа и отсутствие адекватной реакции на возникновение острого воспалительного заболевания нижних отделов респираторного тракта у детей с перинатальным поражением ЦНС приводят к ухудшению исхода заболевания. Данное исследование подтверждает актуальность рассматриваемой проблемы, как с медицинской, так и социальной точек зрения и свидетельствует о необходимости разработки отдельных клинических протоколов диагностики и лечения детей с острой пневмонией на фоне патологии центральной нервной системы.

Литература:

1. Беликова М.Э. Инфекционно-воспалительная патология у новорожденных с перинатальными поражениями центральной нервной системы: иммунологические механизмы ее развития, прогнозирование, профилактика, коррекция: дис. ... док. мед. наук. - Иваново, 2008. - 278 с.
2. В.К. Таточенко Практическая пульмонология детского возраста: Справочник –3-издание. - М., 2006. - С. 97-119.
3. Плоткин П.В. Влияние перинатального поражения центральной нервной системы на возникновение, течение и исходы острых пневмоний у детей // Известия ВУЗов. - 2004. - №5. - С. 50-53.
4. Delivoria-Papadopoulos M., Mishra O.P. Mechanisms of prenatal cerebral injury in fetus and newborn // Ann. NY Acad. Sci. -2000. Vol. 900. - P. 159-168.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОКИНЕТИКА ИБЕРОГАСТ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ МОТОРИКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Мырзабекова Г.Т., Зельман О.Я., Тасбулатова Г.

EFFICIENCY OF PROKINETIC IBEROGAST AT CHILDREN WITH DYSMOTILITY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Myrzabekova G.T., Zelman O.J., Tasbulatova G.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, ДГКБ № 2,
г. Алматы, Республика Казахстан.

Резюме: *H.pylori*-ассоциированные поражения ВОПТ (верхних отделов пищеварительного тракта) часто сопровождаются моторными нарушениями. При этом гастроэзофагальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит наблюдаются при язвенной болезни 12-перстной кишки чаще (66,6%), чем при хроническом гастродуодените (33,4%). Учитывая столь высокую частоту моторно-эвакуаторных нарушений у детей, страдающих воспалительно-деструктивными заболеваниями ВОПТ, целесообразно включение прокинетиков в комплекс лечения.

Ключевые слова: *дети, язвенная болезнь, гастроэзофагальный рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс, прокинетики.*

Resume: *H.pylori*-the associated defeats of digestive tract are often accompanied by motor violations. Thus gastro-ezofagalis reflux and reflux-ezofagitis observed at ulcerous illness of 12-finger bowel more often (66,6%), than at chronic gastroduodenitis (33,4%). Taking into account so high-frequency of motoric violations for children, suffering the inflammatory-destructive diseases of digestive tract, plugging of prokinetik is expedient in the complex of treatment.

Keywords: *children, ulcerous illness, gastro-ezofagalis refluks, duodeno-gastralis reflux, prokinetiks.*

В настоящее время частой патологией в детской гастроэнтерологической практике являются нарушения моторики желудочно-кишечного тракта [1, 2]. В коррекции нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) применяются прокинетические препараты, повышающие давление в нижнем пищеводном сфинктере, улучшающие пищеводный клиренс и опорожнение желудка [3-5]. Нарушения моторики различных отделов пищеварительной трубки, а также деятельности сфинктерных аппаратов приводят к отклонениям в работе пищеварительного конвейера, влияют на полостное и мембранное пищеварение, всасывание основных пищевых ингредиентов (белки, жиры, углеводы), витаминов, макро- и микроэлементов, жидкости [4, 5]. В то же время, моторно-эвакуаторным нарушениям пищеварительного тракта придается важное значение в патогенезе многих гастроэнтерологических заболеваний, характеризующихся разнообразными по степени выраженности абдоминальными болевыми и диспепсическими синдромами.

К сожалению, используемый в педиатрии перечень прокинетических препаратов ограничен в связи с наличием отдельных побочных эффектов и отсутствием быстрого ожидаемого результата. Это диктует необходимость поиска новых лекарственных средств с целью оптимизации лечения моторных нарушений ВОПТ у детей.

Целью настоящего исследования является оценка клинической эффективности препарата Иберогаст в лечении моторно-эвакуаторных нарушений ВОПТ у детей.

Материал и методы исследования. Критериями включения были пациенты с клиническими признаками гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) при функциональных и воспалительно-деструктивных заболеваниях. Критериями исключения детей из исследования были повышенная чувствительность к компонентам препарата и прием другого прокинетического препарата.

В исследуемую группу было включено 50 детей с *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями ВОПТ и 30 детей с функциональной диспепсией. Возраст детей составил от 5 до 15 лет, проходившие стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ № 2 г. Алматы (табл. 1).

Хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 36 (72%) детей, в том числе у 11 (22%) пациентов эрозивные формы, язвенная болезнь (ЯБДК) - у 3 (6%) детей.

Всем детям была выполнена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). При эндоскопическом исследовании оценивали состояние кардиальной розетки и пилорического сфинктера, слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки,

степень выраженности гиперемии, отека, наличие и количество эрозий и язв, наличие рефлюксов. Повторное эндоскопическое исследование проводили через 12-14 дней при эрозивно-язвенном поражении.

Таблица 1.

Структура обследованных детей с гастродуоденальной патологией.

Пол	Нозологические формы								Всего	
	Функциональная диспепсия		Хронический гастродуоденит		Эрозивный гастродуоденит		Язвенная болезнь 12-перстной кишки		абс.ч	%
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%		
Мальчики	12	40	14	39	6	54,5	2	66,7	34	42,5
Девочки	18	60	22	61	5	45,5	1	33,3	46	57,5
ИТОГО	30	100	36	100	11	100	3	100	80	100

Результаты исследования. Полученные при ФЭГДС данные свидетельствуют о том, что при *H. pylori*-ассоциированных заболеваниях ВОПТ двигательные нарушения в виде ГЭР и ДГР выявлялись у 34 детей (68%), а при функциональной диспепсии у 56,6%.

У 30 пациентов при проведении гастроскопии органической патологии не было выявлено. На основании данных исследований, жалоб и анамнеза (критерии диагноза функциональной диспепсии, Talley N.J. et al., 1999) им был поставлен диагноз функциональной диспепсии.

Выявлены определенные различия в частоте рефлюксов: при хроническом гастродуодените ДГР отмечался у 14 из 36 (38,8%), в том числе при эрозивном поражении слизистой оболочки желудка (СОЖ) и 12-перстной кишки у 4 из 11 (36,3%). При язвенной болезни 12-перстной кишки дуоденогастральный рефлюкс выявлялся у 1 ребенка из 3 (33,4%). Нарушения запирающей функции кардиального сфинктера в виде ГЭР, а также развития рефлюкс-эзофагита, наоборот, встречались чаще у детей с ЯБ 12-перстной кишки (66,6%), при хроническом гастродуодените (33,3%).

Всем пациентам проведены стандартные методы обследования: общие анализы крови и мочи, копрограмма, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия. В процессе клинического наблюдения и лечения ежедневно проводилась оценка выраженности клинических симптомов (отрыжка, изжога, боли в животе, дисфагия).

Проведена оценка семейного анамнеза у наблюдаемых детей. Данные показали, что у 75% детей родители страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В 52% семей генеалогический анамнез был отягощен по линии матери. Патология желудочно-кишечного тракта по линии отца была установлена в 33% случаев. У 15% детей анамнез был отягощен со стороны обоих родителей.

В 63% случаев у матерей отмечалось осложненное течение беременности и родов. Из наблюдавшихся детей с воспалительно-деструктивными заболеваниями, 61,5% находились на искусственном вскармливании, 18,4% - на смешанном. Более 70% детей имели те или иные нарушения питания: однообразие в питании с преобладанием субпродуктов, мучных изделий, острого и жареного (58,4%); сухоядение (46,1%), нерегулярность приема пищи с промежутками более 5 часов (53,8%) с переносом пищевой нагрузки на вечернее время. При анализе сопутствующей патологии установлено, что дисфункция поджелудочной железы была выявлена почти у 3% наблюдавшихся пациентов, функциональное билиарное расстройство – у 65%, дисбиоз кишечника в 24% случаев. В клинической картине наиболее типичными были жалобы на боли в животе (89% случаев), при пальпации болезненность отмечали все 100% обследованных, снижение аппетита – 70%, изжогу и отрыжку – 45%, дисфагию – 22%, тошноту и рвоту – 32%, метеоризм – 52%, склонность к запорам – 44% пациентов. При функциональной диспепсии основными жалобами у детей были боли в эпигастральной области у 93,3%, отрыжка у 23,3%, тошнота у 16,7% детей.

Ведущим клиническим проявлением при *H. pylori*-ассоциированных заболеваниях являлся болевой синдром. Характер болевого синдрома был разнообразным. Ведущим признаком при эрозивном гастродуодените становился “двойной характер” болей (44,6%) (сочетание ранних и поздних болей), у 63,6% детей с язвенной болезнью боли носили приступообразный характер. 81,7% детей с хроническим гастродуоденитом отмечали умеренные боли, а у 72,7 % при язвенной болезни - выраженные боли. 96,3% детей с язвенной болезнью указывали на боль в эпигастральной

области, 78,1% в пилородуоденальной области, 3,6% детей отмечали иррадиацию в правое подреберье. Помимо болевого синдрома в клинической картине детей с эрозивно - язвенным поражением присутствовал синдром желудочной диспепсии, из которых наиболее частым были изжога (28,5%), реже отрыжка воздухом (14,2%) и кислым (35,7%), тошнота (42,8%). Рвота регистрировалась в 21,4%. Аппетит был в 57,1% повышен, снижен в 14,2%, не изменен в 28,7% случаев. Практически у половины наблюдаемых детей с язвенной болезнью имелись запоры или задержка стула более 2 дней (52,7%). В комплексную терапию наряду с эрадикацией *H. pylori* был включен Иберогаст. Иберогаст назначался у детей в зависимости от возраста в дозировках: детям от 3 до 6 лет – 10 капель, от 6 до 12 лет – 15 капель, старше 12 лет - 20 капель с небольшим количеством жидкости 3 раза в сутки перед или во время приема пищи.

Препарат назначался в качестве монотерапии при функциональной диспепсии и ГЭРБ с эзофагитом 1-й степени. Курсовое лечение Иберогастом составило 2 недели. Детям с ГЭРБ и сохраняющимися симптомами длительность лечения Иберогастом составляла 3 недели. Иберогаст («Бионорика», Германия) – комплексное лекарственное средство растительного происхождения со сбалансированным составом, применяется для лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Содержит экстракты трав, плодов и корней восьми высушенных растений, глициризиновую кислоту, флавоноиды, фитостеролы и кумарин. Благодаря такому составу Иберогаст действует в зависимости от исходного состояния кишечника, и может быть либо тонизирующим, либо спазмолитическим, нормализуя сниженную моторную активность, опорожнение желудка, повышает тонус кишечника, одновременно оказывая выраженное спазмолитическое действие на раздраженные сегменты. Кроме того, препарат обладает высокой биодоступностью, обеспечивающей быстрое усвоение всех активных веществ. Оценка эффективности терапии проводилась путем динамического наблюдения субъективных и объективных клинических симптомов, а также эндоскопического контроля (всего 14 ребенка) - через 12-14 дней. Переносимость препарата оценивали по частоте возникновения побочных явлений (нарушение общего самочувствия детей, появление кожных реакций – сыпь, зуд и др.) и динамике лабораторных показателей. С 2-го дня приема Иберогаста наблюдалась положительная динамика клинических симптомов. Так, боли в животе, изжога, отрыжка у 46,6% детей с функциональной диспепсией уменьшились на 2 день и полностью купировались на 4,0±0,45 день лечения у 93,3% пациентов.

В результате проведенной терапии у 76% детей с хроническим гастродуоденитом и у 57,1% с эрозивно-язвенным поражением к 4 дню отмечалось уменьшение болевого и диспептических жалоб, а к концу 10 дня отмечались купирование абдоминального болевого синдрома у 85,7%, боли при пальпации сохранялись у 1/3 пациентов. У 2 пациентов с язвенной болезнью сохранялась периодическая отрыжка воздухом, чаще после еды. Такое клиническое проявление, как горечь во рту, после 7 дней лечения сохранялось у 2 больных, тем не менее, отмечено значительное уменьшение ее интенсивности. Им было рекомендовано продолжить прием Иберогаста до 3 недель, хотя отмечалось полное заживление язвенного дефекта. Через 4 недель наблюдения у всех детей отмечалась полное отсутствие болевого синдрома. Полное исчезновение тяжести в желудке отмечало подавляющее большинство больных (82%), жалобы на тошноту не беспокоили ни одного обследованного. Изжога у пациентов купирована полностью. Эндоскопический контроль у 14 детей, проведенный через 12-14 дней от начала комплексной терапии, выявил полное заживление эрозивно-язвенного дефекта. Побочных явлений в ходе клинического исследования нами не выявлено.

Заключение. *H. pylori*-ассоциированные поражения ВОПТ и функциональная диспепсия часто сопровождаются моторными нарушениями. При этом гастроэзофагальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит наблюдаются при язвенной болезни 12-перстной кишки чаще (66,6%), чем при хроническом гастродуодените (33,4%). Учитывая столь высокую частоту моторно-эвакуаторных нарушений у детей, страдающих воспалительно-деструктивными заболеваниями ВОПТ, целесообразно включение прокинетиков в комплекс лечения. Иберогаст является эффективным и безопасным прокинетическим препаратом, который может быть рекомендован при лечении детей с нарушениями моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Вартапетова Е.Е. Моторно-эвакуаторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта при *H. Pylori*-ассоциированных заболеваниях у детей / Е.Е. Вартапетова // Педиатрия. -2008. - № 6. - С. 19-25.

2. Машикеев А.К. Эрадикационная и сопроводительная терапия хеликобактерассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей [Текст]: Методические рекомендации / А.К.Машикеев, К.И.Билялова, Л.М.Карсыбекова. - Астана: 2005. - С.31.

3. Машикеев А.К. Эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori* при язвенной болезни у детей [Текст]: учеб. пособие для врачей / А.К.Машикеев, Л.М.Карсыбекова, М.Н.Шарипова. - Алматы: 2003. - С.15.

4. Приворотский В.Ф. Оценка взаимосвязи *Helicobacter pylori* и ГЭР у детей школьного возраста / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова, В.В. Козлов // В сб. материалов XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 21-23.03.06. - Москва, 2006. - С. 241-243.

5. Саралов С.Н. Современные эндоскопические возрастно-половые особенности патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей: дис. ... канд. мед. наук / Н. Новгород, 2000. - 167 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИХОРАДОЧНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Нурьева З.А., Жусубалиев Б.К., Закирова Э.М.

FEATURES OF FEVERS FLOW IN INFANTS AND DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS

Nuryeva Z.A., Jysybaliev B.K., Zakirova E.M.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: проведен анализ историй болезней больных детей, госпитализированных с лихорадкой различного генеза в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) за 3 года (2010-2012 гг.). Выявлены экзогенные и эндогенные факторы, определяющие лихорадочный период у детей грудного возраста. Лихорадка отмечалась у детей с отягощенным преморбидным фоном: поражения ЦНС, (перинатальные энцефалопатии, клинические проявления ВУИ, тяжелые пневмонии и нарушения питания).

Ключевые слова: лихорадка, гипертермия, судороги, реанимация, отек головного мозга.

Resume: analyses of case histories of children hospitalized with fever into the department of reanimation and intensive therapy of O.I.C.C.H for 3 years are conducted. Eczogenic and endogenic factors of fever in infants are revealed. Pathologic conditions of fever are recorded in infants with affection of central neural system clinical development of prenatal infection hard pneumonia and disturbance of digestion.

Key words: fever, hyperthermia, convulsion, reanimation, oebema of cerebrum.

Лихорадка продолжает оставаться одной из ведущих причин обращения за неотложной медицинской помощью в педиатрической практике. Необходимо учитывать и тот факт, что характер лихорадки зависит не только от патогенности, пирогенности возбудителя и массивности его инвазии или степени выраженности процессов асептического воспаления, но и от индивидуальных возрастных и конституционных особенностей реактивности пациента, фоновых его состояний.

Цель исследования. Изучить факторы, влияющие на происхождение, течение лихорадки в зависимости от возраста и преморбидного фона, эффективность жаропонижающих препаратов в лечении лихорадки.

Материалы и методы исследования. Изучены и проанализированы 210 историй болезней детей с лихорадкой различного генеза в ОРИТ. В структуре госпитализированных больных, дети с лихорадкой составляют более 72%.

Объектом нашего исследования были 210 детей грудного возраста, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), с лихорадкой различной степени.

Результаты исследования. При распределении детей по полу преобладали мальчики 124 (59,0). В возрастном аспекте преимущество составили дети первого полугодия (55,7%), из них от 0-3 месяцев 31,9%, от 3-6 месяцев - 23,8%.

Причиной лихорадки чаще всего была пневмония (30,4%), бронхоолиты и бронхиты (25,7%), ОРВИ (20,0%); реже внутриутробные инфекции (11,9%), гастроэнтероколиты (5,7%), микст инфекции (3,8%), другие состояния (2,4%).

Лихорадка отмечалась у детей с отягощенными фоновыми заболеваниями: анемия (29%), ВУИ (15,2%), поражения ЦНС (47,1%), острые и хронические нарушения питания (13,8) другие состояния. У 26,7% детей в преморбидном фоне имело сочетание двух и более факторов. Анемия часто расценивалась как проявление ВУИ, энцефалопатии - как проявление гипоксических нарушений, последствий родовых травм и перинатальных осложнений, так и внутриутробных поражений ЦНС.

Из осложнении лихорадки часто наблюдался нейротоксикоз и отек мозга (22,8%), дыхательная недостаточность (20,0%), фебрильные судороги (13,8%).

Высоко фебрильная и стойкая лихорадка (до 3-х дней) отмечалась у 10,9% детей, чаще в первые месяцы жизни. Дети грудного возраста с поражениями ЦНС (перинатальная энцефалопатия) переносили лихорадку тяжело с нейротоксикозом, отеком мозга и другими неотложными состояниями.

В лечении применяли стандартные жаропонижающие средства первого выбора. Детям с инфекцией с выраженным воспалительным компонентом назначали НПВП. По показаниям использовали физические методы охлаждения.

Выводы. Таким образом, лихорадка, сопровождающая тяжелые воспалительные заболевания органов дыхания, внутриутробные и вирусные инфекции тяжелее протекает у детей раннего возраста (до 3 месяцев), с тяжелыми фоновыми заболеваниями (анемия, энцефалопатия, врожденные пороки развития). На сроки лихорадочного периода влияют ранняя госпитализация и адекватная симптоматическая терапия.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН ДЕТСКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ОМДКБ ЗА 2006-2012 гг.

Нуруева З.А., Нургазиева С.М., Жусубалиев Б.К.

ANALYSIS OF REASONS AND CHILD MORTALITY FROM RESPIRATORY PATHOLOGY IN OICCH FROM 2006 TO 2012 YEARS

Nurueva Z.A., Nurgazieva S.M., Jusubaliev B.K.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: проведен анализ отчетов клинических отделений ОМДКБ по заболеваниям органов дыхания. Представлены данные о заболеваемости внебольничными пневмониями (ВП) по южному региону республики. Определена структура заболеваний органов дыхания у пролеченных больных, профилирующей патологией выделены внебольничные пневмонии и осложнения, болезни лор органов и осложнения.

Ключевые слова: органы дыхания, внебольничная пневмония (ВП), младенческая смертность, острые респираторные инфекции (ОРИ).

Resume: on analysis statistics by department O.I.CH.C.H. of diseases of organs of respiration that actual problems of pediatrics. On present data in diseases of hospital acquiesced pneumonia child of south region of the Republic. Definition of structure disease of respiratory organs in treated patients, where hospital exists acquired pneumonia, disease of ENT organ and complication of acute respiratory infection.

Key words: respiratory organs, hospital acquired pneumonia, acute respiratory infection, lethality, infant mortality.

Заболевания органов дыхания продолжают оставаться важнейшей проблемой здравоохранения республики и определяют показатели детской заболеваемости и смертности.

В южном регионе республики ведущими причинами младенческой смертности являются заболевания органов дыхания, на долю которых приходится более 40% всех летальных исходов.

Ежегодно в ОМДКБ получают стационарное лечение более 16 тысяч детей. Больные с уточненной патологией органов дыхания получают лечение в отделении респираторной патологии, пульмонологическом, отоларингологическом и в отделении торакальной хирургии. Выделены аллергологические койки, где получают специализированную помощь дети с респираторными аллергиями.

Причинами летальных исходов являются несвоевременное обращение за медицинской помощью, тяжесть состояния, осложнения и позднее оказание неотложной помощи.

Цель. Анализ качественных показателей ОМДКБ за последние 7 лет, с выделением удельного веса бронхолегочных заболеваний в общей структуре и показателей летальности.

В табл. 1 отражены заболевания органов дыхания различной локализации, как верхнего дыхательного тракта, так и нижних дыхательных путей, внесены данные по респираторным аллергиям. Прослеживается высокий удельный вес заболеваний органов дыхания – 25,9%. Отмечаются нестабильные показатели больных с диагнозом ОРИ. Нет тенденции к снижению больных с острыми бронхитами и бронхиолитами. Заслуживает внимания рост внебольничных пневмоний с пиком 11,2% в 2010 году.

Остается нестабильной летальность детей раннего возраста от ОРИ, в основном это дети с плохим преморбидным фоном (перинатальная патология, последствия родовой травмы, дети с нарушением питания, внутриутробными инфекциями, аномалиями конституции), которые поступают с тяжелыми нарушениями жизненно важных органов, требующие неотложную помощь (нейротоксикоз, отек мозга, гипертермия, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность) (табл. 2).

Таблица 1.

Удельный вес бронхолегочных заболеваний по ОМДКБ (за 7 лет).

	2006 г	2007 г	2008 г	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г
Общее количество выписанных больных	16212	16711	16233	17118	15437	16792	17195
Болезни органов дыхания	3884- 23,9%	3842- 22,9%	3413- 21,0%	4851- 28,3%	5314- 34,4%	4350- 25,9%	4454- 25,9%
В том числе: ОРИ	280- 1,7%	675- 4,0%	445- 2,7%	526- 3,0%	247- 1,6%	309- 1,8%	393- 2,3%
Острый бронхит, бронхиолит	334- 2,0%	380- 2,2%	599- 3,6%	835- 4,8%	1172- 7,5%	1353- 8,0	1415- 8,2%
Рецидивирующий бронхит	67- 0,4%	180- 1,0%	218- 1,3%	231- 1,3%	134- 0,8%	141- 0,8%	114- 0,6%
Бронхиальная астма	62- 0,3%	82- 0,4%	71- 0,4%	65- 0,3%	45- 0,2%	69- 0,4%	97- 0,5%
Внебольничные пневмонии	964- 5,9%	903- 5,4%	701- 4,3%	1167- 6,8%	1743- 11,2%	1145- 5,8%	1231- 7,1%
Болезни лор органов	2177- 13,4%	1622- 9,7%	1379- 8,4%	2027- 11,8%	1973- 12,7%	1333- 7,9%	1204- 7,0%

Таблица 2.

Показатели летальности от бронхолегочных заболеваний по ОМДКБ (за 7 лет).

	2006 г	2007 г	2008 г	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г
Летальность до 14 лет	1,2%	1,4%	1,1%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%
Досуточная летальность до 14 лет	41,1%	42,2%	39,3%	36,8%	52,3%	41,6%	36,6%
Летальность до 1года	4,8%	5,7%	4,0%	2,3%	1,7%	1,8%	2,5%
Досуточная летальность до 1года	42,1%	39,7%	42,8%	34,8%	52,4%	36,2%	39,4%
Летальность от болезней органов дыхания	1,3%	2,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,8 %	0,8%
Летальность от ОРИ	2,0%	3,9%	1,9%	0,1%	0,8%	3,4 %	0,5%
Летальность от внебольничной пневмонии	4,7%	6,0%	4,8%	2,9%	1,4%	1,5%	3,0%
% вскрытия	87,6%	82,1%	98,2%	95,7%	97,6%	100%	100%
% расхождения	8,4%	8,4%	11,7%	11,5%	2,3%	2,3%	0,9%

Показатель детской летальности по стационару, составившей в 2007 г. - 1,4 имеет тенденцию к снижению, составив в 2012 г. - 0,6%. Среди умерших детей в стационаре, основной процент до 72% составляют дети до 1 года. Из них более 55% - дети первых шести месяцев.

В процессе анализа причин детской летальности были выявлены следующие дефекты: поздняя обращаемость в стационар, низкая санитарно - просветительная грамотность родителей и родственников, недооценка тяжести состояния, неполный объем медицинской помощи. Вышеизложенные недостатки привели к высокой досуточной летальности у детей до 12 лет

(41,0%). При анализе историй болезней умерших больных выявлено, что только 9,5% поступили в первый день болезни, 10,5% до 3х дней, 68% детей на 4-5 и 12% через две недели и более.

В отделение реанимации и интенсивной терапии в коматозном состоянии доставлены - 26% больных, в крайне тяжелом - 68%, в среднетяжелом - 6%.

При анализе акушерского анамнеза у 39,5% отмечались токсикоз I и II половины беременности у матерей, угроза выкидыша, рождение детей в асфиксии, недоношенность в сроке 28-32 недели, переношенность более 42 недель. Кроме того у 43% детей встречалась анемия разной степени выраженности, нарушение питания до 32,7%.

Перинатальная патология встречалась в 41% случаях - врожденные пороки развития, постгипоксическая энцефалопатия, внутриутробные инфекции, патология в родах. Более 34% детей находились на искусственном и раннем смешанном вскармливании. Причем у многих детей отмечались два и более отягочающих фактора. На госпитальном этапе прослеживались дефекты по недооценке тяжести состояния, недостаточный объем проведенных исследований, внутрибольничные инфекции.

Процент вскрытий умерших по стационару составил в среднем 94,4%, среди которых расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов составила у 6,5%. Основной причиной расхождения диагнозов явились кратковременность пребывания больного в стационаре до 45% и неполный объем обследования. Ежегодно регистрируется поступление трупов младенцев (в бешике, в пути, на руках родителей, в основном в праздничные и воскресные дни, без направления, без осмотра врачей на участке).

Таким образом, сравнительный анализ заболеваний органов дыхания по ОМДКБ за последние 7 лет выявил высокий процент внебольничных пневмоний до 6,6%, заболевания лор органов до 10,1%, ОРИ с осложнениями до 2,4%. За 7 лет стационарное лечение получили 30108 детей с заболеваниями органов дыхания, что составило 26% от всех госпитализаций.

Заключение. Результаты проведенного нами анализа показывают, что имеет место снижение детской летальности по стационару. Основной удельный вес в структуре летальности продолжают занимать болезни органов дыхания. В целях снижения детской смертности от бронхолегочной патологии необходимо повсеместно повысить контроль за выполнением программ ВОЗ по ОРВИ, пневмониям, по ИВБДВ. На первичном звене (ГСВ, ЦСМ) и на госпитальном этапе лечение и наблюдение детей проводить согласно клиническим протоколам по заболеваниям бронхолегочной системы. Требовать повсеместно оказание стационарной помощи детям по карманному справочнику.

Литература:

1. Баранова А.А., Каганова Б.С., Горелова А.А., М.: Изд. д. «Династия», 2004: стр. 128. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика (руководство для врачей).
2. Бримкулов Н.Н. Руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания. На основе стратегии РАЛ ВОЗ. Бишкек, 2005.- С. 11.
3. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К. и др. Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей. Доктор. Ру.2009; 1:7-13.
4. Коровина Н.А., Заплатникова А.Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. М.: Медпрактика, 2004.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.- С. 9.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В, С, D У ДЕТЕЙ

Оморбекова Ч.Т.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED EXTRAHEPATIC DISEASE IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS B, C, D IN CHILDREN

Omorbekova Ch.T.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: проведено обследование 148 детей в возрасте от 1 до 15 лет, страдающих хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), в том числе с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ) 85 детей,

хроническим вирусным гепатитом D (ХГД) 36 и хроническим вирусным гепатитом C (ХГС) 27 детей. Для верификации ХВГ с сопутствующей и внепеченочной патологией использованы данные анамнеза клинического исследования, стандартных биохимических, функциональных и серологических тестов. Сравнительный анализ показал, что при ХГВ чаще наблюдались дискинезии желчных путей, для ХГД были характерны анемия, а для ХГС – хронический гастродуоденит.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В, С и D, дети, сопутствующая и внепеченочная патология.

Resume: according to a survey conducted in 148 children aged 1 to 15 years with chronic viral hepatitis (CVH), including those with chronic hepatitis B (CHB) - 85 children with chronic hepatitis D (HGD) - 36 and chronic hepatitis C virus (HCV) - 27. To verify the CVH concomitant extrahepatic disease and used the data history of clinical research, standard biochemical, functional, and serological tests. Comparative analysis showed that the CHB were more common biliary dyskinesia. For HGD were characteristic anemia, and for chronic hepatitis C - a chronic gastro.

Key words: chronic viral hepatitis B, C and D, children and accompanying extrahepatic disease.

В настоящее время общепризнано, что вирусные гепатиты являются полиэтиологичным заболеванием, при котором клиника, течение, исходы и внепеченочные поражения в значительной степени определяются особенностями возбудителя. С вирусами – возбудителями гепатитов связывают не только острые и хронические гепатиты (ОГ, ХГ), но и циррозы печени, гепатоцеллюлярную карциному, а также нодозный периартериит, В-клеточную лимфому, апластическую анемию, поражение почек и другие.

В последние годы получены убедительные данные, свидетельствующие о поражении, помимо печени, других органов при инфицировании вирусами гепатита [1, 2, 3, 4]. Показано, что особенностью внепеченочной и сопутствующей патологии при ХГВ и ХГД у детей, являлось преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы, легких, желчевыводящей системы, поджелудочной железы и почек, которое коррелировало со степенью активности процесса в печени. При хронической HCV-инфекции особенности внепеченочной и сопутствующей патологии и причины ее формирования у детей до настоящего времени изучены только в единичных исследованиях [2].

Цель. Изучить частоту и клиническую характеристику внепеченочной и сопутствующей патологии у детей с хроническими вирусными гепатитами В, С, D.

Материалы и методы исследования. В начальном этапе проводили отбор исследуемых групп для изучения клинических проявлений различных форм ХВГ методом сплошной выборки. В исследования включены все больные с хроническими вирусными гепатитами, госпитализированные в отделение гепатологии ОМДКБ. Особое внимание при сборе информации обращали на динамику и особенности клинических проявлений ХВГ.

Обследовано 148 детей в возрасте 8-15 лет, страдающие ХВГ. Из них 88 (59,5%) больных было в возрасте 8-15 лет, 42 (28,4%) ребенка в возрасте 4-7 лет и 18 (12,1%) детей – от 10 мес. до 3 лет. Для верификации ХВГ и сопутствующей патологии использовали данные анамнеза, клинического исследования стандартных биохимических и серологических тестов.

Серологическая диагностика ХВГ проводилась определением маркеров вируса гепатита В (HBsAg, HBeAg, анти-HBe), гепатита D (анти-HDV IgG) и гепатита С (анти-HVC) с использованием иммуноферментного анализа (ИФА) третьего поколения «Диагностические системы» (Н-Новгород, Россия).

Результаты и обсуждение. Частота внепеченочной и сопутствующей патологии у детей ХВГ представлена в таблице 1. Как видно из таблицы, множественный кариес зубов, хронический периодонтит, хронический тонзиллит сопутствовали более трети больных с ХЗП. Вегетативно-сосудистые дистонии наблюдались у 43,5% больных ХГВ. Железодефицитные анемии имели место у $\frac{1}{3}$ больных, особенно характерны они были для больных ХГД (75%, 11), но отмечались и у больных ХГС. Довольно часто наблюдались аллергические реакции на некоторые медикаменты и пищевые продукты.

У 68,9% больных диагностирована дискинезия желчевыводящих путей, в основном по гипомоторному типу. При ХГВ и ХГД она встречалась у 75,2% и 72,2% детей соответственно, при ХГС – у 44,4% больных.

Хронический гастродуоденит чаще наблюдался у больных ХГД и ХГС (41,6% и 40,7% соответственно), а хронический энтероколит – у больных ХГД (27,7%) и ХГВ (22,5%).

Дисбактериоз кишечника и хронический холецистит чаще встречались у больных ХГД (50,0 и 55,5% соответственно).

Таблица 1.

Частота внепеченочной и сопутствующей патологий у детей ХВГ.

№	Название нозологии	ХГВ (n=85)		ХГД (n=36)		ХГС (n=27)		Всего (n=148)	
		абс ч.	%	абс ч.	%	абс ч.	%	абс ч.	%
1	Множественный кариес зубов	29	34,1	16	44,4	10	37,0	55	37,1
2	Хронический периодонтит	21	24,7	13	36,1	7	25,9	41	27,7
3	Хронический тонзиллит	16	18,8	12	33,3	9	33,3	37	25,0
4	Хронический отит	6	7,0	3	8,3	2	7,4	11	7,4
5	Аденоидные вегетации	4	4,7	1	2,7	1	3,7	6	4,0
6	Вегето-сосудистая дистония	37	43,5	12	33,3	11	40,7	60	40,5
7	Хронический гломерулонефрит	5	5,8	3	8,3	3	11,1	11	7,4
8	Железодефицитные анемии	18	21,1	27	75,0	5	18,5	50	33,7
9	Пищевая и медикаментозная аллергия	15	17,6	9	25,8	6	22,2	30	20,2
10	Дискинезия желчных путей	64	75,2	26	72,2	12	44,4	102	68,9
11	Хронический гастродуоденит	24	28,2	15	41,6	11	40,7	50	33,7
12	Хронический энтероколит	19	22,5	10	27,7	-	-	19	12,1
13	Дисбактериоз кишечника	18	21,1	18	50,0	10	37,0	46	31,0
14	Хронический холецистит	16	18,8	20	55,5	5	18,5	41	27,7
15	Всего	292	343,5 ±35,6	175	491,0 ± 73,0	92	340 ±55,0	519	350,7 ±24,4

Заключение. Таким образом, анализируя частоту внепеченочной и сопутствующих патологии у детей, больных ХЗП, можно отметить, что при ХГВ и ХГД чаще наблюдались дискинезия желчных путей и хронические энтероколиты. Для ХГД были характерны железодефицитная анемия, хронический гастродуоденит, а для ХГС – хронический гастродуоденит и в меньшей степени дискинезия желчевыводящих путей.

Литература:

1. Апросина З.Г., Серов В.В. Внепеченочные проявления хронического гепатита В и С // Материалы Фальк-симпозиума «Новые направления в гепатологии». - СПб, 1996. – С. 28.
2. Крель П.Е., Никулина Е.Н., Лопаткина Т. и др. Комбинированная терапия интроном А и ребетолом хронического гепатита С: наиболее эффективный режим лечения // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. -2002. -№ 2. -С. 51-54.
3. Молочкова О.В., Гаспорян М.О., Чаплыгина Г.В. Течение и исходы гепатита С у детей // Педиатрия. -2001. -Спец. выпуск. - С. 32-38.
4. Устькачкинцев В.А. Клиника, течение и исход вирусного гепатита С у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Оморбекова Ч.Т.

COMPLEX THERAPY OF CHILDREN AFFECTED BY CHRONIC HEPATITIS B IN SOUTH OF KYRGYZSTAN

Omorbekova Ch. T.

Ошская межобластная детская клиническая больница, ОшГУ,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: проведено лечение рекомбинантным интерфероном - α_2 (вифероном) в виде ректальных свечей в сочетании с препаратом бициклол в течение 6 месяцев 69 больных с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ) в возрасте от 2 до 15 лет. Группу сравнения составили 16 детей с ХГВ, получавших только базисную терапию. Сравнительный анализ результатов проведенного лечения свидетельствует об эффективности виферона в сочетании с бициклолом по сравнению с контрольной группой. По данным иммуноферментного анализа, к концу лечения сероконверсия HbeAg на anti-Hbe произошла у 83% больных, а в контрольной группе - только у 31,2% пациентов.

Ключевые слова: хронический гепатит В, дети, рекомбинантный α_2 -интерферон, бициклол, лечение.

Resume: during 6 months, 69 patients aged between 2 to 15 years have been cured with recombinant α_2 -interferon (Viferon) in the form of rectal candles in combination with Biciklol against chronic viral hepatitis B. The group comprised of 16 children who have been rendered the basic therapy. Comparative analysis of the treatment testifies the effectiveness of Viferon usage in combination of Biciklol. Comparing to a test group of immunized ferment analysis, seroconversion from HbeAg to anti-Hbe occurred in 83% of patients by the treatment, and only 31% of patients have found seroconversion in the test group.

Key words: chronic viral hepatitis, children, recombinant α_2 -interferon, Biciklol, treatment.

Гепатит В (ГВ) представляет собой важнейшую медико-санитарную проблему здравоохранения. Считается, что эту инфекцию перенесла более половины населения земли, при этом примерно 350 млн. имеют хронический гепатит В (ХГВ). Каждый год в мире около 50% хронически инфицированных лиц погибает от таких осложнений заболевания, как печеночная недостаточность, цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома [1, 2]. Данная проблема существует и в Кыргызской Республике, так как юг Кыргызстана относится к гиперэндемичным регионам по распространенности вирусных гепатитов, в том числе и парентеральных его форм [3]. Лечение хронического гепатита вирусной этиологии интерфероном α_2 (ИФ) принято во всем мире [4, 5]. Для того чтобы судить об эффективности противовирусной терапии ХГВ, необходимо использовать три группы критериев: биохимические, вирусологические и гистологические [6, 7].

Целью данной работы явилось изучение клинической эффективности препарата бициклол в качестве гепатопротектора с противовирусным действием у больных хроническим гепатитом В детей, при проведении противовирусной терапии вифероном.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 85 больных ХГВ, в том числе 69 основной группы (ОГ) и 16 – контрольной группы (КГ).

Все 69 детей ОГ лечились вифероном в форме ректальных свечей по схеме: в течение 10 дней 2 раза в день, затем 3 дня в неделю 2 раза в день в течение 6 мес. Дети до 7 лет получали виферон-2 в разовой дозе 500 тыс. МЕ, а старше 7 лет – виферон-3 по 1млн. МЕ. Бициклол в виде таблеток по схеме: дети до 3 лет 25мг в сутки, от 7 12 лет 50мг/сут, старше 12 лет 75мг/сут. в течение 3 мес.

Помимо виферона и бициклола в комплексную терапию в стационаре входили: диета, витамины, желчегонные травы, внутривенное вливание 5% раствора глюкозы и растворы электролитов по показаниям. В КГ подобраны дети тех же возрастов, поступившие в клинику, которые по коммерческим соображениям не могли купить виферон с бициклолом. Эти дети находились на базисной терапии, включавшей витамины, желчегонные травы, гепатопротекторы и растворы для внутривенного вливания по показаниям.

У всех наблюдавшихся больных, помимо клинико-биохимического контроля, в динамике проводилась верификация репликативной активности вируса гепатита В. В сыворотке крови определяли HbsAg, HbeAg, anti-Hbe методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также DNA-HBV методом ПЦР.

Показанием к назначению виферона с бициклолом являлись: констатация хронического гепатита В (длительность заболевания с момента постановки диагноза более 6 мес.); повышение активности АЛТ и АСТ в течение и более 6 мес.; обнаружение маркеров репликации вируса гепатита В (HbeAg).

В качестве критериев эффективности использовали биохимические данные – активность АЛТ и АСТ, которая оценивалась при поступлении в клинику, при выписке из клиники и далее через 3, 6 месяцев и 1 год.

Оценку эффективности лечения проводили согласно консенсусу «EUROHEP».

Результаты и обсуждение. Хронический гепатит В у детей юга Кыргызстана характеризовался выраженной клинической симптоматикой.

Динамика клинических симптомов у детей ХГВ, получавших виферон и контрольной группы представлена в таблице 1. Как видно из таблицы, имевшая место желтушность кожных покровов исчезла уже к концу 3-й недели от начала лечения.

Диспепсические явления (тошнота, плохой аппетит, неустойчивый стул, рвота) при поступлении отмечались у 11,5% и через год – у 10,4% больных.

Астеновегетативный синдром имел место до лечения у 88,4% больных, после лечения – у 17,3%, через 6 мес. – у 16,6%, через год – у 15,0% детей. В контрольной группе до и после лечения соответственно у 93,2% и 31,2% больных.

Таблица 1.

Динамика клинических симптомов ХГВ у детей, получивших лечение.

№	Симптомы	Основная группа					Контр. группа		
		до лечения n=69		после лечения			до леч. n=16		в конце леч. n=16
				в конце леч. n=69	ч/з 6 мес. n=48	ч/з 1 год n=43			
		абс.	%	%	%	%	абс.	%	%
1	Желтушность	6	8,6	-	-	-	1	6,2	-
2	Диспепсические проявления	56	81,1	11,5	10,4	10,4*	13	81,2	31,2
3	Астеновегетативный синдром	61	88,4	17,3	16,6	15,0*	15	93,2	31,2
4	Внепеченочные знаки	31	44,9	14,4	14,5	15,0	5	31,2	12,5
5	Кровоточивость	14	20,0	-	-	-	4	25,0	12,5
6	Увеличение печени	64	92,7	66,6	66,6	70,0*	15	93,7	81,2
7	Увеличение селезенки	31	44,9	18,8	20,8	20,0*	5	31,2	31,2
8	Асцит	5	7,2	-	-	-	1	6,2	=

* - статистически достоверные различия признаков.

Увеличение печени было отмечено у 92,7% и 93,7% больных ОГ и КГ; к концу курса лечения сократились размеры печени до нормального уровня у 17 из 64 больных ОГ, оставались увеличенными – у 66,6% больных, а в КГ сократились размеры печени только у 2-х больных. Размеры селезенки сократились в ОГ почти у половины больных, а в КГ размеры селезенки остались увеличенными у всех детей.

Основным критерием эффективности лечения являются биохимические и серологические показатели крови больного. Динамика лабораторных показателей у больных ХГВ до и после лечения представлена в табл. 2.

Таблица 2.

Динамика лабораторных показателей у больных ХГВ, получивших лечение.

№	Показатели	Основная группа				Контр. группа	
		До лечения n=69	после лечения			до леч. n=16	в конце леч. n=16
			в кон. леч. n=69	ч/з 6 мес. n=48	ч/з 1 год n=43		
1	Билирубин общий мкмоль/л	20,3±1,3	10,44±1,9	11,3±0,8	12,4±0,7*	21,5±3,5	19,8±3,3
2	АЛТ, мкмоль/л	3,14±0,4	0,41±0,04	0,68±0,8	0,62±0,2*	3,12±0,7	1,6±0,6
3	АСТ, мкмоль/л	1,4±0,4	0,32±0,05	0,36±0,1	0,37±0,2*	1,8±0,5	0,94±0,1
4	Гаммаглобулин, в %	28,1±2,3	19,2±1,6	19,0±1,4	18,2±1,2	25,1±3,1	23,5±5,3
5	Тимоловая проба, Ед	6,7±0,8	5,9±0,6	5,2±0,6	4,1±0,7	11,0±1,6	10,0±1,2
6	Протромбиновый индекс, %	56,0±2,4	77,2±5,1	75,5±5,3	75,0±5,0	65,7±2,3	66,1±1,2
7	HBsAg	Выявлен у всех больных					
8	HBeAg, число больных	55	4	-	3	8	5
9	Anti-Hbe, число больных	6	57	48	40	2	5

* - статистически достоверные различия признаков.

Как видно из таблицы, у 4 (56%) больных из основной и у 1 (6,1%) из КГ показатели трансаминаз до лечения были нормальными и за весь период лечения оставались без изменения.

В конце курса лечения в основной группе количество билирубина снизилось в среднем в два раза, нормализовались показатели трансаминаз у 61 (88,0%) из 69 больных. У 4 (6,0%) детей эти показатели оставались повышенными.

Через 6 мес. после окончания курса лечения были обследованы 48 из 69 детей. У 25 (52,0%) детей показатели трансаминаз были в пределах нормы, у 23 (48,0%) они оказались выше нормы. Значит, несмотря на клиническое улучшение в состоянии больных ХГВ, по показателям трансаминаз можно считать, что у половины больных (48,0%) наступил рецидив заболевания. Еще через год после прекращения лечения обследовано 43 больных, из которых показатели трансаминаз оказались нормальными у 27 (63,0%). У остальных 16 (37,0%) имело место повышение уровня трансаминаз.

Показатели гамма-глобулина достоверно нормализовались у 60 (86,8%) больных по результатам последующих 3-х обследований. Протромбиновый индекс достоверно повысился до $75,0 \pm 5,0\%$. В КГ у больных, получивших базисную терапию, нормализация показателей трансаминаз через 6 мес. после лечения имела место только у 3 (18,7%) больных, у остальных 13 (81,3%) - показатели оставались повышенными.

По данным ИФА у всех обследованных детей выявлено наличие HBsAg в крови, HBeAg при поступлении оказался положительным у 55 (79,7%) и спонтанная сероконверсия, т.е. наличие анти-HBe, имела место у 6 (8,6%) больных. К концу курса лечения сероконверсия HBeAg на анти-HBe произошла у 57 (83,0%) больных, у 4 (5,5%) сероконверсия HBeAg не произошла. Через 6 мес. и 1 год после окончания курса лечения анти-HBe продолжал регистрироваться у основного количества обследованных.

В то же время в КГ больных до лечения HBeAg зарегистрирован у 8 (50,0%) из 16 больных и у 2 (12,5%) зарегистрирована спонтанная сероконверсия. Через 6 мес. после базисной терапии у 5 (31,2%) больных сохранялся HBeAg в крови и у 5 (31,2%) наблюдалась сероконверсия HBeAg на анти-HBe.

Выводы. У 88,0% больных детей ХГВ, леченных вифероном в сочетании бициклолом, зарегистрирована первичная ремиссия. У детей контрольной группы, получивших базисную терапию, ремиссия констатирована только в 31,2% случаев. Отмечена хорошая переносимость препарата бициклол у детей с ХГВ при применении предложенной схемы лечения - виферон, бициклол.

Литература:

1. В. В. Малиновская. Новый отечественный комплексный препарат виферон и его применение в перинатологии и педиатрии при инфекционной патологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1999. - №3. - С. 36 - 43.
2. Е. В. Голованова. Лечение хронических вирусных гепатитов: достижения и перспективы // РЖГК. - 2012. - №2. - С. 3 - 12.
3. И. А. Морозов, Л. Ю., Ильченко., Н. И. Громова. и др. Проблемы скрытой инфекции, вызванной вирусом гепатита В // РЖГК. - 2012. - №4. - С. 58 - 64.
4. И. Ф. Учайкин., Т. В. Чередниченко., В. В. Малиновская. и др. Лечение хронических вирусных гепатитов у детей (интерфероном α_2) вифероном // Педиатрия. - 2001. - №2. - С. 61 - 65.
5. Р. К. Усманов. Эпидемиологические и вирусологические закономерности вирусных гепатитов на примере Кыргызской Республики: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1995.
6. G. Fattovich., N. Bortolotti., F. Donato et al. Natural history of chronic hepatitis B: special emphasis on disease progression and prognostic factors // J. Hepatology. - 2008. -48: 335 - 352.

УДК: 616.155.194.8-053.2

СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ ГЕТЕРОГЕННЫХ РЕГИОНАХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Жантураева Б.

STRUCTURE OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN CHILDREN LIVING IN ENVIRONMENTALLY HETEROGENEOUS REGIONS OF SOUTHERN KYRGYZSTAN

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

Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек,
Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош,
Кыргызская Республика.

Резюме: изучена структура соматической патологии у детей, проживающих в 4 зонах Кыргызстана, гетерогенных по экологическому благополучию (Ноокенский район и г. Майлуу –Суу,

Ноокатский, Араванский, Карасуйский и Алайский районы. Выявлено, что у детей, постоянно проживающих в хлопкосеющем, табакосеющем и регионе хвостохранилищ наблюдается сочетание трех и более хронических соматических заболеваний, преимущественно органов пищеварения, хронических заболеваний ЛОР органов и болезни органов кровообращения, среди последних доминируют врожденные аномалии сердца и сосудов (29,7%) и последствия перенесенного ревматизма (35%).

Ключевые слова: дети, болезни органов кровообращения, соматическая патология, экология, южный регион, Кыргызстан

Resume: the structure of somatic diseases in children living in four areas of Kyrgyzstan, heterogeneous environmental well-being (Nookan district and the town of Maili-Suu, Nookat, Aravan, Kara-Suu and Alai districts). Revealed that children residing in cotton planting, tabakoseyschem and region tailings there is a combination of three or more chronic medical conditions, especially of the digestive system, chronic diseases of ENT organs and circulatory diseases, among the latter is dominated by congenital anomalies of the heart and blood vessels (29.7%) and the traumas of rheumatic fever (35%).

Key words: children, circulatory diseases, somatic pathology, ecology, the southern region, Kyrgyzstan.

Многочисленными научными исследованиями доказаны отрицательные действия факторов окружающей среды, в частности, радионуклидов, химических средств защиты растений и использование минеральных удобрений на здоровье детей [1, 2]. Эти обстоятельства обосновывают необходимость проведения научных исследований и последующего систематического контроля за состоянием здоровья детей, проживающих в 3 экологически гетерогенных зонах Кыргызстана (по данным Департамента санитарно-гигиенического контроля): Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области (регион хвостохранилищ), Ноокатский район (табакосеющий регион), Араванский и Карасуйский районы Ошской области (хлопкосеющий регион), Алайский район Ошской области (экологически благополучный регион).

Знание ведущих причин заболеваемости детского населения в экологически гетерогенных регионах КР позволит формировать необходимый для конкретного региона комплекс профилактических и реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Изучить структуру сердечно-сосудистой патологии у детей, проживающих в различных экологически гетерогенных зонах юга Кыргызстана.

Материалы и методы исследования. Исследовательская работа проведена в 4 зонах Кыргызстана гетерогенных по экологическому благополучию (по данным Департамента санитарно-гигиенического контроля): Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области (регион хвостохранилищ), Ноокатский район (табакосеющий регион), Араванский и Карасуйский район Ошской области (хлопкосеющий регион), Алайский район Ошской области (экологически благополучный регион), группу сравнения составили дети, проживающие в г. Бишкеке.

Проведено ретроспективное исследование методом направленного сбора на основании изучения историй развития детей, амбулаторных карт наблюдения, историй болезни, заключений патологоанатомической экспертизы. Результаты ретроспективного исследования внесены в выкопировочные карты. Учитывалось общее число случаев сердечнососудистых заболеваний за последние годы (2002-2012 гг.), количество детей, состоящих на диспансерном учете по поводу сердечнососудистых заболеваний.

В процессе проспективного исследования проведено полное клиническое, лабораторное и функциональное обследование детей до 17 лет в условиях стационаров (Ошская межобластная детская клиническая больница, Джалалабадская областная больница, Национальный центр охраны материнства и детства (г. Бишкек).

Для сбора информации разработана карта-анкета, включающая социальный статус семей, материально-бытовые условия, возраст, профессию и заболеваемость родителей, воздействие вредных факторов на детей в антенатальном периоде, акушерский анамнез матерей, физическое развитие, характер вскармливания детей на первом году жизни, заболеваемость. Включалась дополнительная информация из амбулаторных карт ребенка.

Базовое обследование включало общеклинический комплекс обследования: опрос жалоб, сбор анамнеза заболевания и жизни, объективный осмотр, оценка физического и полового развития, лабораторное обследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и копрограмма). Комплексное обследование включало клиническое обследование сердечнососудистой системы, функциональные методы исследования: электрокардиографию (оценка основных функций сердца, процессов реполяризации в миокарде желудочков, функционального состояния сократительного миокарда), эхокардиографию (оценка морфологических, морфометрических, гемодинамических показателей).

Обследовано 427 детей в возрасте от 1 до 15 лет, из них 93 ребенка, проживающих в регионе хвостохранилищ (Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области), 76 - в табакосеющем регионе (Ноокатский район Ошской области), 151- в хлопкосеющем регионе (Араванский и Карасуйский районы Ошской области), 107 – в экологически благополучном регионе (Алайский район Ошской области) (рис. 1).

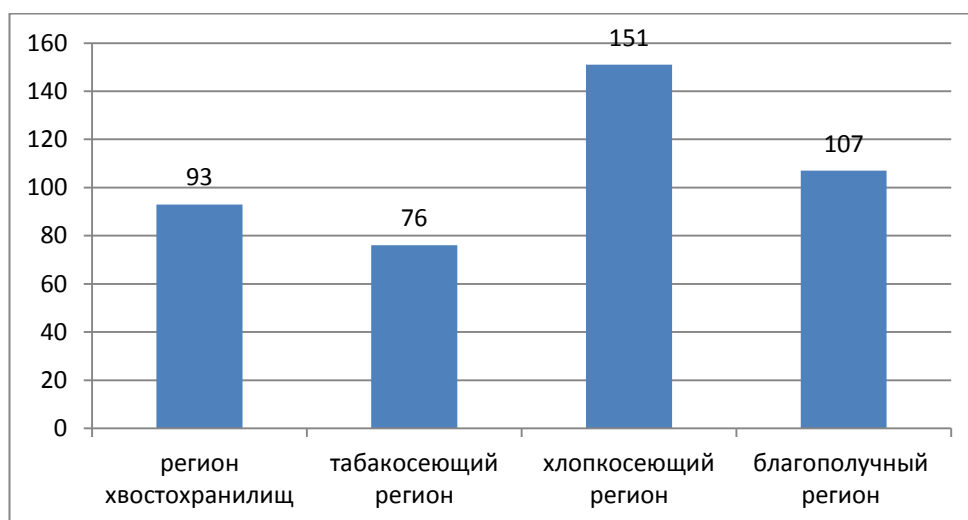


Рис. 1. Количество обследованных детей, проживающих в южных регионах Кыргызстана.

Результаты обследования. В структуре обследованных больных по всем регионам преобладали дети от 12 до 15 лет (табл. 1), преимущественно девочки (табл. 2).

Таблица 1.

Возрастной состав обследованных детей (n=427).

	Регион хвостохранилищ	Табакосеющий регион	Хлопкосеющий регион	Экологически благополучный регион	
от 1 до 6 лет	17 (18,2%)	8 (10,5%)	20 (13,2%)	15 (14,01%)	60
от 7 до 11 лет	18 (19,3%)	26 (34,2%)	54 (35,7%)	32 (29,9%)	130
от 12 до 15 лет	58 (62,3%)	42 (55,2%)	77 (50,9%)	60 (56,1%)	237
Всего	93 (100%)	76 (100%)	151 (100%)	107 (100%)	427

Таблица 2.

Половой состав обследованных детей (n=427).

	Регион хвостохранилищ	Табакосеющий регион	Хлопкосеющий регион	Экологически благополучный регион	
Мальчики	43	35	74	53	205
Девочки	50	41	77	54	222
Всего	93 (100%)	76 (100%)	151 (100%)	107 (100%)	427

Следует отметить, что до настоящей госпитализации сведения о наличии патологии со стороны той или иной системы органов по анализу индивидуальных карт развития ребенка (форма 112) имелись только у 62 детей, что составило 14,5%.

Комплексное обследование сердечнососудистой системы позволило выявить изменения со стороны сердечнососудистой системы у 323 детей, что составило 75,6% от общего количества обследованных детей (рис. 2). Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани выявлены у 35% обследованных детей.

Болезни органов пищеварения у детей обследованной группы занимали ведущее место в структуре общей соматической патологии и составили 85,9%.

Наличие хронических очагов инфекции в носоглотке в виде хронического тонзиллита, хронического риносинусита, хронического мезотимпанита установлено у 82,9% обследованных детей.

Болезни органов дыхания, диагностированные у 38,9% обследованных детей, были в основном в виде хронического бронхита. Изменения со стороны мочевыделительной системы наблюдались у 53,6% детей.

По частоте встречаемости болезни органов кровообращения занимали третье место (75,6%), уступая лишь заболеваниям ЛОР органов и болезням органов пищеварения.

У большинства обследованных детей, проживающих в экологически гетерогенных южных регионах Кыргызстана, наблюдалось сочетание трех и более хронических соматических заболеваний.

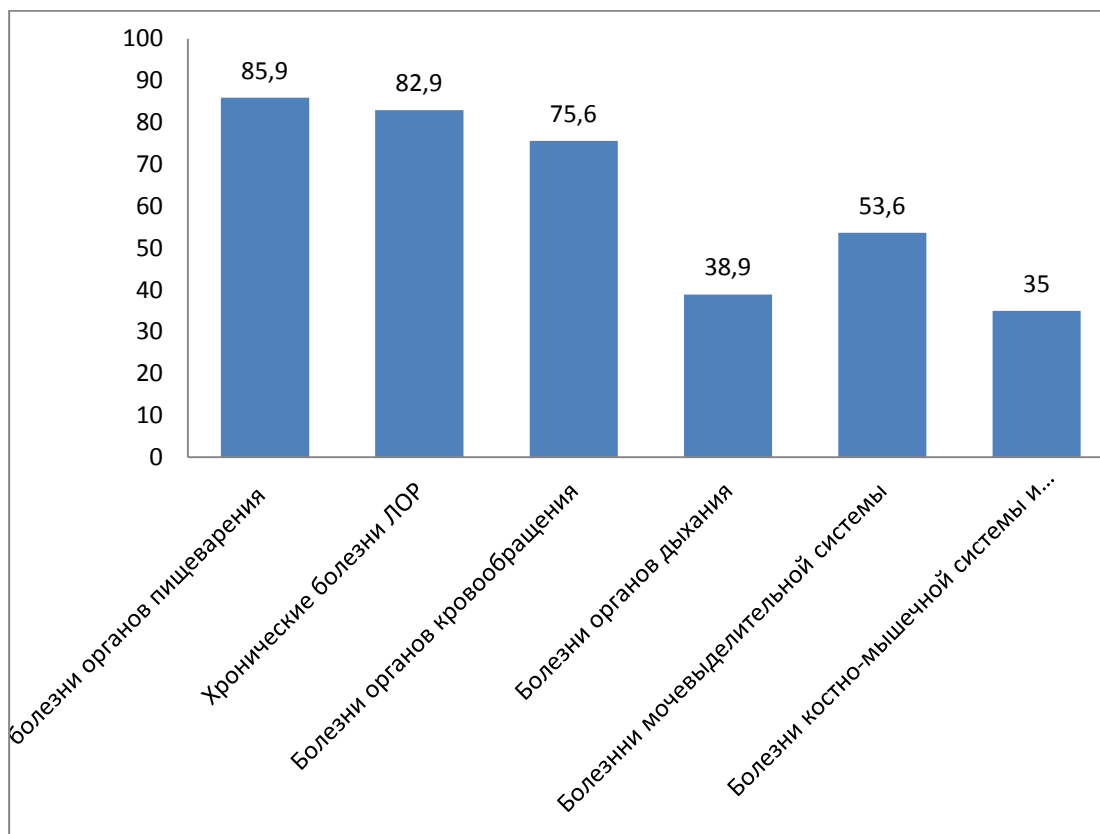


Рис. 2. Структура хронической соматической патологии, выявленной у обследованных детей.

Структура болезней органов кровообращения представлена врожденными аномалиями развития сердца (29,7%), ревматической лихорадкой (15,5%) и её последствиями - хроническая ревматическая болезнь сердца (19,2%) и ревматические пороки сердца (15,8%), воспалительными заболеваниями сердца - кардиты и миокардиодистрофии (17,0%), инфекционный эндокардит (2,2%), нарушения ритма сердца (2,3%), прочие болезни сердца и сосудов (12,6%) (рис. 3).

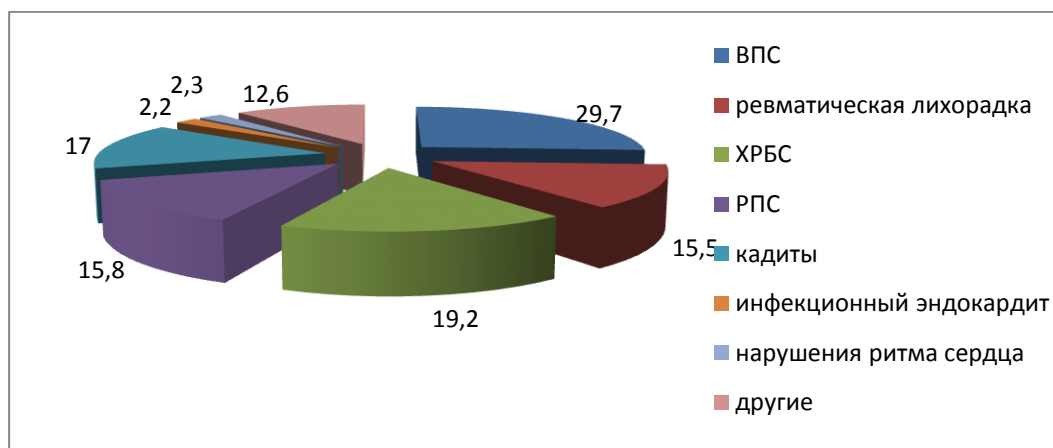


Рис. 3. Структура болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана.

Таким образом, в структуре болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана, 1/3 составляли врожденные аномалии сердца и сосудов.

Выводы. У большинства детей, постоянно проживающих в экологически гетерогенных южных регионах Кыргызстана (хлопкосеющий, табакосеющий и регион хвостохранилищ), наблюдается сочетание трех и более хронических соматических заболеваний, преимущественно органов пищеварения, хронических заболеваний ЛОР органов и болезни органов кровообращения.

В структуре болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана, врожденные аномалии сердца и сосудов составляют 29,7%. В структуре приобретенных болезней сердца доминируют последствия перенесенного ревматизма (ХРБС и РПС) (35%).

Литература:

1. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // *Рос. вест. перинатол. и пед.* -1996. -№ 2. -С. 5-12.
2. Экологическая педиатрия / А. Д. Царегородцев, А. А. Викторов, И. М. Османов и др. М.: Триада - X, 2011. -С 328.

УДК 504.75.06:616-053.2(470)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. МАЙЛУУ-СУУ ДЖАЛАЛАБАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Жантураева Б., Маймерова Г., Садыков У.А., Турдалиев М., Омушева С., Толева Г., Костикова З.Ш., Кенжибаев С.К.

CLINICAL FEATURES OF DISEASE EPIDEMIOLOGY OF CHILDREN LIVING IN THE CITY MAILUU-SUU OF JALALABAD REGION

Saatova G.M., Furtikova A.B., Zhanturaeva B., Maymerova G., Sadykov W.A., Turdaliev M., Omusheva S., Tolekova G., Kosticova Z.Sh., Kenzhibaev S.K.

*Национальный Центр охраны материнства и детства, г. Бишкек,
Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош,
Майлуу-Суйская территориальная больница, ЦСМ, ЦОВП, г. Майлуу Суу,
Кыргызская Республика.*

Резюме: изучены клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости детей, проживающих в городе Майлуу-Суу. У большинства детей с хроническими социально значимыми болезнями выявлены синдромы: экологической дезадаптации, специфической химической и /или радиационной гиперчувствительности, хронической интоксикации.

Ключевые слова: дети, экология, хронические болезни, врожденные пороки развития и пороки сердца.

Resume: the clinical and epidemiological features of the incidence of children living in Maili Suu. Most children with chronic socially significant diseases identified syndromes environmental maladjustment, specific chemical and/or radiation hypersensitivity, chronic intoxication.

Key words: children, the environment, chronic diseases, congenital malformations and heart defects.

В заболевании детей и взрослых в г. Майлуу-Суу немалую роль играет неблагоприятная окружающая среда. Геоэкологическими исследованиями было установлено, что основными элементами - загрязнителями природных сред района (воды, почвы, растительности, биосубстратов людей), определяющими сквозной характер для Майлуу-Суу являются: селен, уран, хром. Кроме них в природных средах отмечаются повышенные концентрации молибдена, никеля, цинка, стронция и мышьяка, которые своим происхождением обязаны наличию природной геохимической провинции этих элементов. Совокупное влияние этих элементов с радионуклидами оказывает негативное воздействие на состояние здоровья местного населения [7].

В городе Майлуу-Суу урановое месторождение отрабатывалось с 1946 по 1967 гг. В настоящее время на территории бывшего предприятия, в том числе в городской черте, находятся 23 хвостохранилища и 13 горных отвалов. Общий объем радиационных хвостов в городе составляет 2 млн. м³, что в массе превышает 4 млн. тонн.

В г. Майлуу-Суу причиной повышенной заболеваемости местного населения может служить не столько радиоактивность хранилищ радиоактивных отходов, сколько вода из реки, в которую сбрасываются канализационные стоки поселка Сары-Бия, расположенного выше города, и которую используют для питья и орошения жители нижележащих поселков [4, 6]. Это может свидетельствовать о том, что ни одна из болезней не может быть отнесена исключительно к радиации. Однако не исключено, что некоторые из болезней связаны не только с неблагоприятными экологическими, но и с социально-психологическими условиями и боязнью радиации, которые могут также повлиять на иммунную систему жителей, подверженных повышенным уровням радиации урановых хвостохранилищ.

По результатам исследования здоровья населения в г. Майлуу-Суу в 1995 году установлено, что 70,1% взрослого населения и 40,4% детского населения оказались больными [3]. В структуре болезней преобладали различные формы зоба, врожденные аномалии и болезни крови. По данным института медицинских проблем ЮО НАН КР, частота врожденных пороков развития у детей, родившихся с 1992 по 2002 годы в г. Майлуу-Суу колебалась от 2,5 до 8,17% в разные годы, тогда как в г. Ош она составляла от 0,88 до 2,4%. В исследованиях В.С. Кононова и соавт. (1989) установлено, что в структуре ВПР в г. Майлуу-Суу первое место занимали пороки сердечнососудистой системы (48,3%), тогда как в г. Бишкек - пороки опорно-двигательного аппарата (19,48%).

Статистические данные по заболеваемости детей до 14 лет за 1992-1997 гг. в г. Майлуу-Суу свидетельствуют о том, что в динамике отмечался рост заболеваний крови и кроветворных органов, причем показатели по поселку превышали областные в 1,3-2 раза [5]. Кроме того, в этих регионах отмечался рост и других экологически обусловленных заболеваний, таких как астма, острые и хронические бронхолегочные заболевания, хронические расстройства питания, перинатальные заболевания.

Знание ведущих причин заболеваемости детского населения в экологически гетерогенных регионах КР позволит формировать необходимый для конкретного региона комплекс профилактических и реабилитационных мероприятий [1].

Современная методология установления причин экологически детерминированных заболеваний радиационной, химической и физической этиологии включает: анализ данных с учетом классической и клинической эпидемиологии, многофакторный контроль среды обитания, клинко-лабораторное обследование представительной когорты детей, токсико-клинический и токсико-патогенетический анализ результатов обследования с использованием современных информационных баз по токсикологии сотен тысяч токсических веществ.

Целью данного этапа исследования явилось изучение клинко-эпидемиологических особенностей заболеваемости детей, проживающих в г. Майлуу-Суу.

Материалы и методы исследования. В работе использовали официальные статистические формы: форма 12 - «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в районе обслуживания лечебного учреждения», форма 112/у - «История развития ребенка», форма №097/у «История развития новорожденного».

С целью изучения ситуации проведено целенаправленное углубленное эпидемиологическое обследование репрезентативной выборки детского населения г. Майлуу-Суу. Проведено обследование школьников, проживающих в г. Майлуу-Суу на территории одного терапевтического участка (357 детей). Школа №3 выбрана по неблагоприятному расположению – «аномальная загрязненная точка города вблизи хвостохранилища и горных отвалов». Обследованы дети в 18 класс комплектах. Охват обследованием составил в среднем 83% от списочного состава населения указанного возрастного интервала, постоянно проживающего в данном регионе города. Обследование проводилось с использованием карты «первичного обследования», специально разработанной для обследования детей на выявление врожденной и приобретенной патологии.

Изучены патологические состояния детей на территории изучаемого терапевтического участка (190 больных детей) на всех уровнях оказания медицинской помощи (ЦСМ, ТБ). Проведен анализ всех случаев смертности детей, результатов патологоанатомического заключения.

Синдромальный «экологический» диагноз формулировался согласно классификации Ю.Е.Вельтищева и В.В.Фокеевой (1996). В зависимости от наличия и вида «экологического» диагноза были выделены подгруппы детей: с синдромом экологической дезадаптации (СЭД), синдром специфической химической и/или радиационной гиперчувствительности (СХГ/СРГ), синдромом хронической интоксикации (СХИ).

Дети с хроническими болезнями, включая ВПР, ВПС, генетическими заболеваниями были изучены ретроспективно по амбулаторным картам и историями болезни ТБ и ЦСМ г. Майлуу-Суу, и проспективно по обращаемости в ОМДКБ, ТБ Джалалабадской области, НЦОМиД с 2004 по 2013 годы.

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакетов прикладных программ Microsoft Excel. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента.

Заболеваемость врожденными аномалиями сердца и системы кровообращения детского населения всех районов Джалалабадской и Ошской областей за последние 10 лет изучена по данным официальной статистики РМИЦ МЗ КР (экстенсивные и интенсивные показатели).

Результаты исследования. Состояние здоровья школьников г. Майлуу-Суу. В г. Майлуу-Суу на момент исследования проживало 6144 детей от 0 до 14 лет 11 мес 29 дн. Зарегистрировано 3665 школьников, осмотрено 357 учащихся (206 мальчиков и 151 девочка).

Синдром экологической дезадаптации (общей экотоксической сенситизации) и синдром специфической химической и/или радиационной гиперчувствительности выявлены у 52,6% из числа обследованных школьников.

Наиболее частыми проявлениями экотоксикологии у школьников, посещающих занятия, были функциональные отклонения со стороны ЦНС (9,0%), ССС (6,0%), ЖКТ (58,0%), МВП (4,0%), утомляемость, усталость, гиподинамия (25,0%), патология ЛОР органов (19,0%), анемия (12,0) (табл. 1).

Таблица 1.

Частота выявленных симптомов основных клинических форм экотоксикологии у школьников г. Майлуу-Суу (n=357).

СЭД и С Х/Р Г	
Проявления экотоксикологии	%
Утомляемость, усталость, гиподинамия	25,0
Анемии	12,0
Функциональные отклонения со стороны ЦНС, ССС, ЖКТ, МВП	77,0
Аритмии	6,0
ВСД	9,0
Неврозы	4,5
Полиаллергия	2,0
Респираторные аллергозы, аллергические заболевания	4,0
Повторные ОРВИ, бронхиты, пневмонии	3,0
Патология ЛОР	19,0

Из числа обследованных детей у 37% выявлены хронические заболевания. В структуре хронических заболеваний доминируют ВПС (12,0), реже встречаются хронические заболевания ЖКТ (гастрит) (7,0), болезни почек (пиелонефрит, гломерулонефрит) (5,0), ревматические болезни сердца (5,0), хроническая бронхолегочная патология (4,0).

48,4% детей имеют от 1 до 3 хронических заболеваний, 4,2% - более 3 заболеваний. 44% детей имеют проявления глистной и паразитарной инвазии. Ранее не диагностированные заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 7% детей (ДЖВП, гастрит), болезни бронхолегочной системы (рецидивирующий бронхит, БА) - у 4% детей, болезни мочевыделительной системы - у 5%.

Ранее не диагностированные сердечнососудистые заболевания выявлены у 17% обследованных детей, из них у 12% врожденные пороки сердца, в остальных случаях (5%) - приобретенные ревматические пороки сердца. Распространенность врожденных и приобретенных заболеваний ССС по данным популяционного исследования школьников г. Майлуу-Суу составила 17%, что превышает данные по обращаемости (0,83%) в 20,4 раза.

Структура «экологических синдромов» у детей г. Майлуу-Суу с врожденными и приобретенными заболеваниями. В зависимости от наличия и вида «экологического диагноза» были выделены следующие подгруппы детей: с синдромами экологической дезадаптации (СЭД), специфической химической и/или радиационной гиперчувствительности СХ/РГ, хронической интоксикации (СХИ), обозначенные как «Эко+» и группа детей без диагнозов СЭД и С Х/Р Г и СХИ обозначенных «Эко-».

Как показывают приведенные результаты, почти все дети, обратившиеся в поликлинику к врачам ЦСМ, имели клинические синдромы экопатологии, с преобладанием синдрома экологической дезадаптации или общей экогенной сенсibilизации (75,7%) (табл. 2).

Таблица 2.

*Частота основных клинических синдромов экопатологии у детей
г. Майли-Суу по мере обращаемости в поликлинику (ЦСМ).*

Клинические варианты	абс	%
СЭД	103	75,7
СХ/РГ	17	12,5
СХИ	16	11,7

Процент детей инвалидов с ВПР, ВПС, хромосомными и хроническими заболеваниями был достоверно выше у детей с «экологическим синдромом», чем без него $P < 0,05$ (табл. 3).

Таблица 3.

Структура хронических заболеваний у детей с экологическими синдромами, выявленными при обращении в поликлинику (ЦСМ).

Хронические заболевания, особые социально значимые болезни, состояния и последствия	Эко+	Эко-
ВПР n=18	18 (100,0%)	0
• Деформация твердого неба	8	
• Врожденная спинномозговая грыжа	1	
• Микроцефалия	1	
• Несовершенный остеогенез	2	
• Другие ВПР	6	
ВПС n=65	60 (92,3%)	5 (7,7%)
Болезнь Дауна n=4	4 (100,0)	0
Хронические болезни бронхолегочной системы n=4	4 (100,0)	0
Хронические заболевания ЖКТ n=2	2 (100,0%)	0
Хронические заболевания мочевыделительной системы n=6	4 (66,6%)	2 (33,3)
Психические заболевания n=7	5 (71,4%)	2 (28,6%)
Инвалиды n=99	79 (79,8%)	20 (20,2%)

Уровень регистрации ВПР в г. Майлуу-Суу в разные годы был не однозначен. По данным родильного отделения ЦОВП г. Майли-Суу с 1990 по 2002 гг. частота ВПР у родившихся детей колебалась от 2,5 до 8,17%. За последние 3 года (2010 по 2012 гг.) частота ВПР из числа родившихся колебалась от 10,15% до 5,8%. Наивысший показатель рождения детей с ВПР отмечен в 2010 г. (10,15%) (рис. 1).

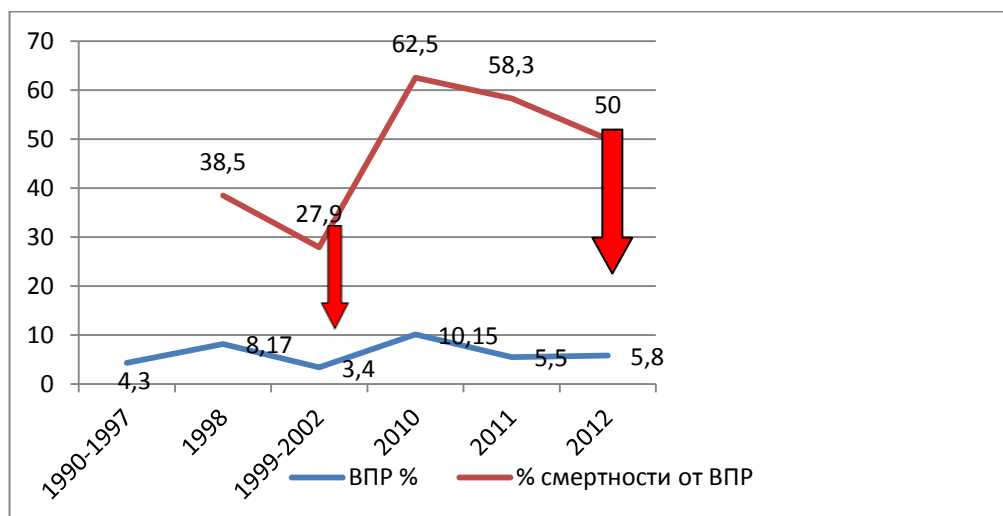


Рис. 1. Динамика частоты рождения детей с ВПР процент смертности в связи с ВПС из числа родившихся живыми (по данным родильного отделения ЦОВП г. Майлуу-Суу).

За последние 3 года дети с ВПР рождались преимущественно у молодых матерей (25,07 до 27,13 лет) с соматическими заболеваниями (43,4% до 48,4%), доношенные с хорошим весом (3024,1 до 3316,7 г), чаще мальчики (53,8% до 65,2%), преимущественно от второй беременности, первых родов. В структуре ВПР ВПС встречаются от 46,1% до 58,6% родившихся детей. В 1998 и 2010 гг. отмечен также высокий уровень смертности новорожденных детей в связи с ВПС (38,5% и 62,5%, соответственно).

За последние 5 лет отмечена тенденция снижения детской смертности при сохранении высокого уровня смертности детей до 1 года (рис. 2).

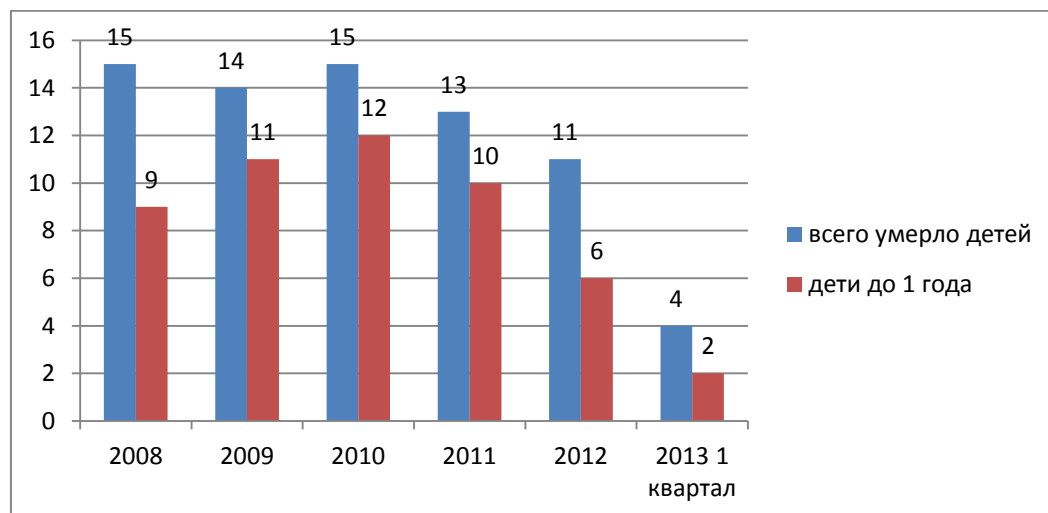


Рис. 2. Количество случаев смерти детей в г. Майлуу-Суу.

В структуре причин смертности доминирует смертность детей с ВПР, и в первую очередь, в связи с ВПС (рис. 3). Отмечен высокий уровень смертности детей в связи болезнями органов дыхания, перинатальными причинами, а также от воздействия внешних причин (травмы и отравления).

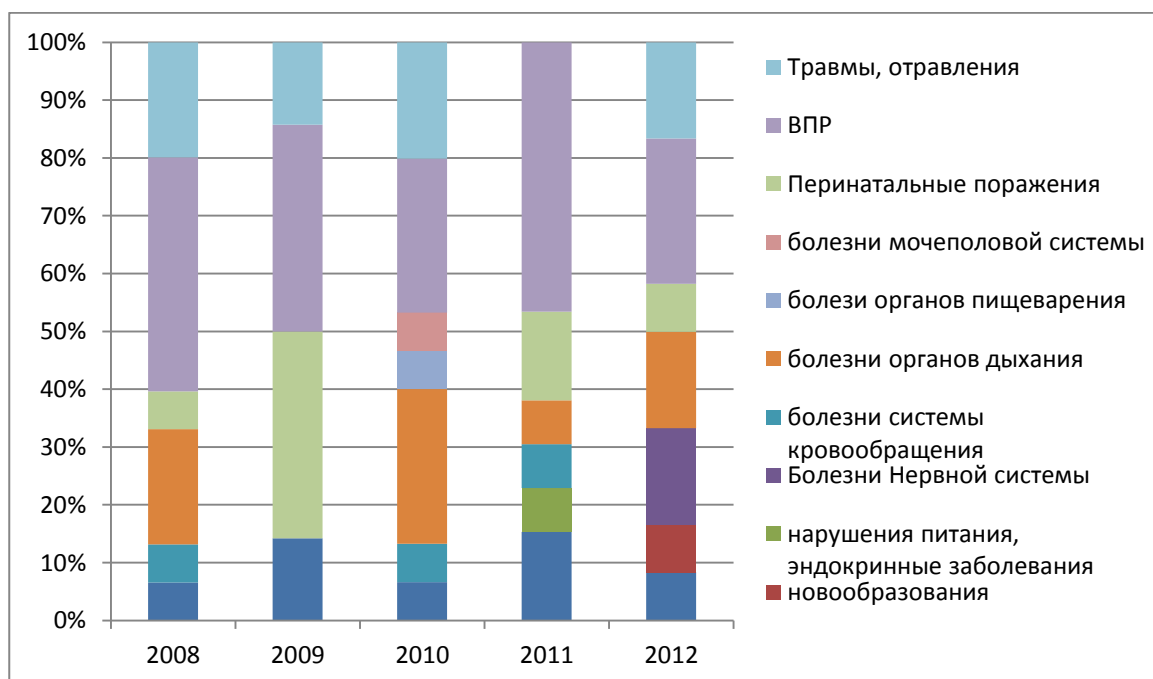


Рис. 3. Структура основных заболеваний как причин смертности детей в г. Майлуу-Суу.

Выше перечисленные обстоятельства обосновывают необходимость проведения тщательных научных исследований и последующего систематического контроля за состоянием здоровья детей, проживающих в районе хвостохранилищ г. Майлуу-Суу. Для полной объективной

оценки представляется важным учет комплексного влияния не только окружающей среды, но и условий жизни ребенка и его семьи.

Анализ и прогнозирование эпидемиологической ситуации по ВПС в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана. Уровень регистрации ВПС среди детского населения с 2003 по 2005 гг. преобладал в Джалалабадской области (100,0 - 62,5 на 100 000), с 2006 по 2009 гг. - в Ошской области (86,9 - 70,5 на 100 000), и с 2010 г. вновь возрос уровень регистрации ВПС в Джалалабадской области (80,3 на 100 000) (рис. 4).

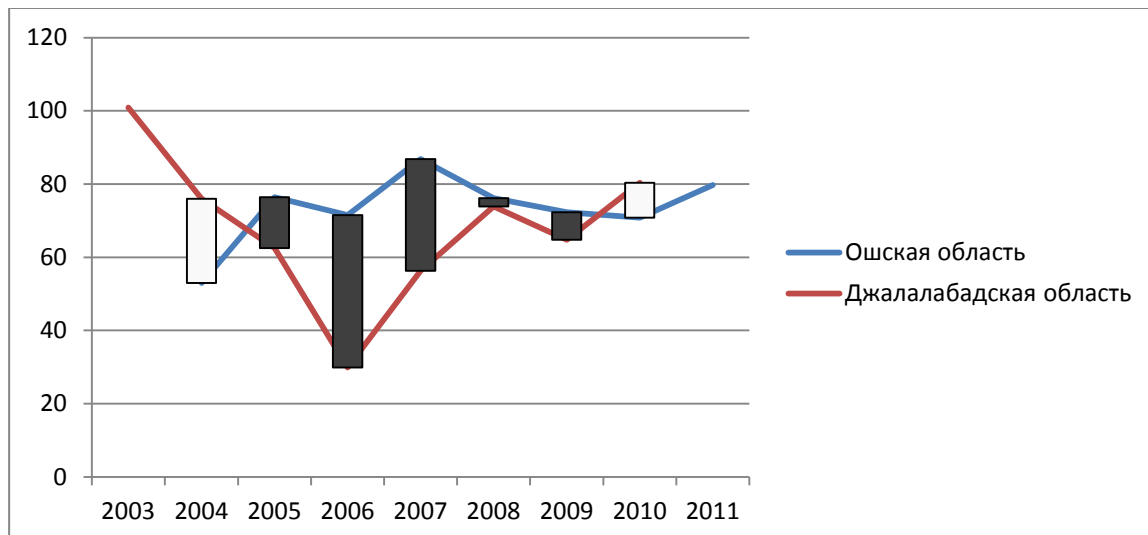


Рис. 4. Динамика показателей распространенности врожденных аномалий сердца и системы кровообращения по обращаемости детского населения в Ошской и Джалалабадской области (на 100 000 детского населения) (РМИЦ МЗ КР.)

В г. Майлуу-Суу отмечается самый высокий уровень заболеваемости врожденными аномалиями сердца и сосудов в сравнении с другими регионами Джалалабадской области (уровень распространенности колеблется за последние 10 лет от 1312,3 до 829,0 на 100 000 детского населения) (рис. 5). Показатели распространенности врожденных пороков развития органов кровообращения в г. Майлуу-Суу превышают областной уровень в разные года (от 90,1% до 95,6%).

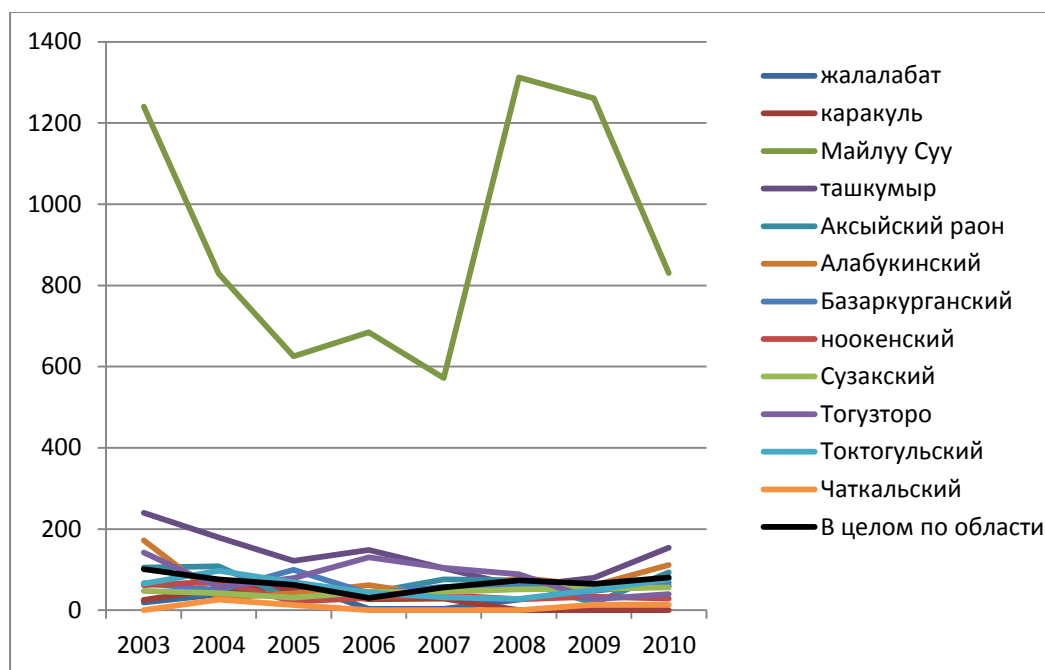


Рис. 5. Динамика показателей распространенности врожденных аномалий сердца и системы кровообращения по обращаемости населения в районах и городах Джалалабадской области за 8 лет (на 100 000 детского населения) (РМИЦ МЗ КР.).

При моделировании ситуации с помощью простого экспоненциального сглаживания Брауна и построения прогноза ситуации в связи с ВПС у детей определено, что в ближайшие 5 лет при сохраняющихся условиях организации медицинской помощи детям в г. Майлуу-Суу регистрация новых случаев заболеваемости увеличится в 1,65 раз ($y=165,24x$; $R^2=-1,823$) (рис. 6).

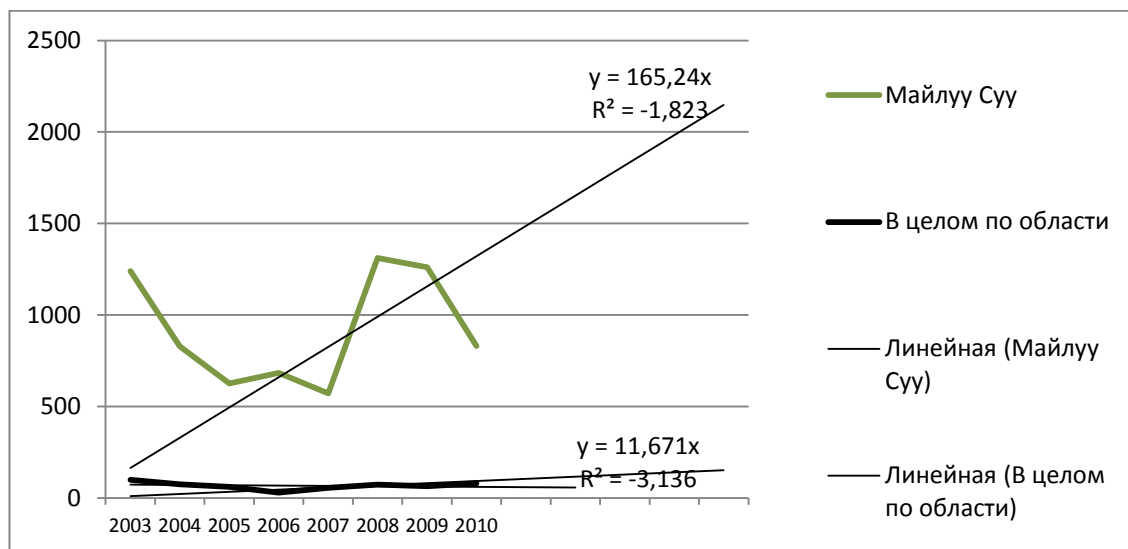


Рис. 6. Прогнозируемый уровень распространенности врожденных аномалий сердца и системы кровообращения по обращаемости населения в г. Майлуу-Суу до 2015 г. (на 100 000 детского населения).

В районах Ошской области наибольшее количество детей с ВПС зарегистрировано в хлопкосеющих регионах (Араванском и Кара Суйском районах), табакосеющем регионе – Ноокатском районе, а также относительно благополучном регионе Ошской области - Алайском районе. Средний уровень распространенности ВПС в Араванском районе Ошской области колеблется за последние 10 лет в пределах от 181,7 до 89,4 на 100 000 детского населения (рис. 7).

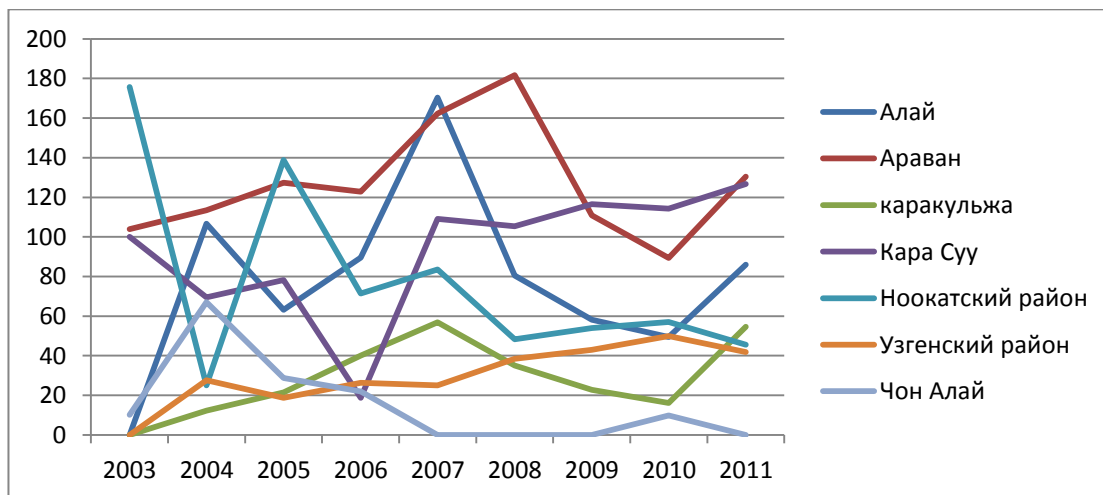


Рис. 7. Динамика показателей распространенности врожденных аномалий сердца и системы кровообращения по обращаемости населения в районах Ошской области (на 100 000 детского населения) (РМИЦ МЗ КР).

Выводы: Среди детей, проживающих в условиях напряженной экологической ситуации (г. Майлуу-Суу), преобладают дети высокого медико-социального риска с синдромами экологической дезадаптации, специфической химической и/или радиационной гиперчувствительности, хронической интоксикации.

У детей с «экологическим» синдромом отмечены более частые хронические социально значимые болезни, и в первую очередь ВПР и ВПС.

В г. Майлуу-Суу отмечается самый высокий уровень заболеваемости врожденными аномалиями сердца и сосудов в сравнении с другими регионами Джалалабадской и Ошской

областей. При сохраняющихся условиях профилактической, санитарно-гигиенической и медицинской помощи женщинам и детям в г. Майлуу-Суу регистрация новых случаев заболеваемости ВПС (ВПС) увеличится в 1,65 раз.

Литература:

1. Боконбаева С.Дж. Экопатология детей Кыргызстана. - Б.: 2008. – 130 с.
2. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста / Ю.Е.Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - № 2. - С. 5-12.
3. Камарли З.П. Влияние экологических факторов на возникновение и развитие некоторых наиболее распространенных заболеваний человека / Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации. Под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. - С. 93 - 97.
4. Каримов К.А.. Основные проблемы безопасности окружающей среды в Кыргызстане / Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации. Под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. - С. 3-9.
5. Мамажакып уулу Ч., Камчыбеков Э.Б., Магазова Ч.М. и соавт. Изменение клеток периферической крови у жителей, проживающих в районе захоронения радиоактивных отходов / Вестник РНЦЗЗ МХ РФ. - №6. -1997.
6. Мануйленко Ю.И., Абдылдаев Т.Т., Садырбеков К.К. Радиационная обстановка и показатели здоровья населения в некоторых регионах Кыргызстана // Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации. Под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. - С. 3-9.
7. National Environmental Hygiene Action Plan of Kyrgyz Republic. - Bishkek. Kyrgyzstan: Regional Bureau of WHO, 1997.

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПЕСТИЦИДАМИ НА ВНУТРИУТРОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И ОСЛОЖНЕНИЯ, НАБЛЮДАЕМЫЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ 6 СУТОК В УСЛОВИЯХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Тойчыев Р.М.

THE EFFECT OF PESTICIDE-POLLUTED PLACENTA ON INTRAUTERINE FETUS STATE AND COMPLICATIONS OBSERVED IN NEWBORNS DURING THE FIRST 6 DAYS OF LIFE (UNDER THE CONDITIONS OF OSH PROVINCE OF THE KYRGYZ REPUBLIC)

Toichuev R.M.

*Институт медицинских проблем ЮО НАН КР,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: обследовано 219 плацент на содержание хлорорганических пестицидов (ХОП) и 219 новорожденных с клинико-лабораторными проявлениями заболеваний в первые 6 суток. ХОП обнаружены в 40,2% плацент, концентрация достигала 2,27 мг/кг. Чем выше содержание ХОП в плаценте, тем чаще патология новорожденных.

Ключевые слова: содержание, концентрация, хлорорганические пестициды, плацента, новорожденные, дети, патология.

Resume: a total of 219 newborn children with clinical and laboratory manifestations of diseases during the first 6 days of life and 219 placentas were subjected to analysis. Organ chlorine pesticides (OCPs) at concentration of 2,27 mg/kg were determined in 40,2% of placentas. The higher the level of OCPs concentration in placenta, the higher the incidence rate of neonatal pathologies.

Key words: concentration, organ chlorine pesticides, placenta, newborns, children, pathologies.

Актуальность. Загрязнение окружающей среды пестицидами не может не влиять на изменение гуморального и клеточного факторов. Между тем, интенсификация и химизация сельского хозяйства сопровождаются циркуляцией и накоплением пестицидов во внешней среде, чем создают условия поступления и депонирования их в организм человека [1, 2, 4, 5]. Еще со времен Союза пестициды широко применялись против вредителей хлопка и табака, вносились с воздуха самолетами. В результате произошло интенсивное загрязнение не только стандартных, но и временных агроаэроплощадок, хлопковых и табачных полей, и даже прилегающих горных территорий, которые до сих пор остаются источником загрязнения воды и почвы.

Проведённые исследования в 70-е годы показали, что контакты беременных женщин с пестицидами увеличивают частоту осложнений беременности и родов, вызывают мёртворождаемость, аномалии у новорожденных, ведут к ухудшению комплексных показателей состояния здоровья детей [7].

Среди применяемых пестицидов особую опасность здоровью женщин и их потомству создают хлорорганические пестициды (ХОП). Они, во-первых, составляют более 50% применяемых пестицидов, во-вторых, наиболее стойкие в окружающей среде [6]. В третьих, поступая в организм

с продуктами питания, накапливаются в органах и тканях людей [3, 5], способны выделяться с грудным молоком и даже проходить через плацентарный барьер [6].

Исходя из вышеизложенного, изучение содержания ХОП в плаценте и его влияние на состояние плода, и новорожденного в условиях Ошской области дало бы ответы на некоторые вопросы акушерства и педиатрии.

Материал и методы исследования. Исследованию подверглись 219 плацент родильниц в возрасте от 18 до 30 лет. Проводилось морфофункциональное исследование плацент: взвешивание, измерение диаметра, периметра плаценты, объёма и толщины её центральных, и периферических отделов, определяли очаги обызвествления, гематом и инфарктов, длину, толщину пуповины и др. Брали несколько кусочков плацентарной ткани из разных отделов весом от пяти до 50 граммов, для определения содержания хлорорганических пестицидов (ГХЦГ и его изомеры, ДДТ, ДДЕ, ДДД, алдрин, дилдрин). Содержание хлорорганических пестицидов (ХОП) в плаценте определяли на газожидкостном хроматографе. У 219 новорожденных установлены диагнозы на основании клинических симптомов и лабораторных данных в первые 6 суток.

Результаты исследования. Из 219 женщин, обследованных на содержание ХОП в плаценте, основную группу составили те, у кого ХОП в плаценте обнаружены. Таких оказалось 88, что составляет 40,2%. У 131 (59,8%) в плаценте ХОП не обнаружены – это контрольная группа. В основной группе детей от матерей, у которых обнаружены ХОП в плаценте, тяжелая патология выявлена у 52 новорожденных детей, что составило 59,1%. В контрольной группе, без ХОП, из 131 у 30 - 22,9%. Выявленная патология новорожденных детей в основной группе: внутриутробная инфекция выявлена у 7 детей - 7,9%, в контрольной группе без ХОП, соответственно у 3 детей - 2,3%. В/у гипоксия, соответственно, 28 детей (31,8%) и 20 детей (15,3%). В/у гипотрофия у 8 детей (9,1%) против 2 детей (1,5%), нарушение мозгового кровообращения (НМК) у 14 детей (15,9%) и у 1 ребенка (0,76%). Синдром дыхательных расстройств (СДР) у 13 детей (14,8%) и 4 детей (3,05%). В группе новорожденных с ХОП в плаценте выявлена следующая патология: поликистоз почек - 1,1%; врожденный гепатит - 2,3%; мертворождаемость - 1,1%. В группе без ХОП (контрольная группа) данной патологии не выявлено.

Таким образом, тяжелая патология новорожденных в группе детей, родившихся от женщин с выявленными ХОП в плаценте, встречалась в 2,5 раза чаще по сравнению с группой без ХОП и составила 59,1% против 22,9%. Преобладание в группе с ХОП патологии больше внутриутробного характера (в/у инфекции, гипоксии, гипотрофии, НМК, СДР, поликистоз почек, врожденного гепатита, мертворождаемости) свидетельствует о том, что ХОП, имея небольшой молекулярный вес и нейтральный заряд, вполне могут переходить через плацентарный барьер, повреждая плод.

Учитывая, что в развитии патологии большую роль играет концентрация ХОП, то в зависимости от концентрации содержания ХОП в плаценте, обследованные новорожденные нами были распределены на четыре группы. В I группу вошли 19 (21,65%) детей из числа тех, у кого в плацентах их матерей выявлены ХОП, и где содержание ХОП в плаценте было свыше 0,1 мг/кг, максимальное содержание достигало до 2,27 мг/кг. II группа - с содержанием ХОП в плаценте от 0,01 до 0,099 мг/кг было у 24 детей - 27,3%. III с содержанием ХОП от 0,001 до 0,0099 мг/кг у 33 детей - 37,5%. IV группа от 0,0001 – 0,00099 мг/кг у 12 детей - 13,6%.

В первой группе из 19 новорожденных патология выявлена у 18, что составила 94,7%. Из них: внутриутробная гипоксия у 17, что составила 94,4% из всей выявленной патологии в этой группе. В/у гипотрофия у 3 детей - 16,7%, нарушения мозгового кровообращения (НМК) у 9 детей (50%), синдром дыхательных расстройств у 7 детей (38,8%), поликистоз почек у одного ребенка (5,3%), врожденные гепатиты у 2 детей - 10,5%, мертворождаемость у 1 ребенка - 5,3%. Количество выявленных патологий по 2 патологии встречались у 9 больных, по 3 у 6, по 4 у 2 новорожденных, только у одного было одно осложнение.

Во II группе, из 24 новорожденных патология обнаружена у 21, что составила 87,5%; из них: в/у гипоксия у 8 детей (38,09%) из всех выявленных заболеваний, в/у гипотрофия у 5 детей (23,80%), НМК у 4 детей (19,04%), СДР у 3 детей (8,33%). В этой группе по количеству выявленных патологий по 2 у 5 детей, по 3 у 2-х больных.

В III группе, из 33 обследованных новорожденных патология обнаружена у 12 больных, что составило 36,4%; из них: в/у гипоксия у 3 детей (25,0%) из всех обследованных, в/у гипотрофия 1 ребенка (8,3%), НМК у 1 ребенка (8,3%), СДР у 2 детей (16,6%).

В IV группе, из 12 новорожденных, СДР выявлен у 1 (8,3%) новорожденного, т. е. в этой группе патология была ниже контрольной группы (против 22,9%). Такая картина может быть

связана и со статистически недостаточным количеством (12 новорожденных) обследованных, этот вопрос требует более детального исследования на большом материале.

Концентрация и процент выявления ХОП из плаценты зависел в основном от зоны проживания, т.е. у женщин, проживающих вблизи бывших ядохимикатных складов и агроаэроплощадок ХОП выявлены во всех пробах. У городских женщин выявление ХОП в плаценте связано с употреблением овощей, фруктов, бахчевых, зернобобовых культур, выращенных на бывших хлопковых и табачных полях, вблизи бывших ядохимикатных складов и агроаэроплощадок.

Таким образом, наиболее высокий процент патологий выявлен в I группе, где содержание ХОП в плаценте было выше 0,1 мг/кг, патология новорожденных составила 94,7%. Во II группе содержание ХОП в плаценте от 0,01 до 0,099 мг/кг, патология новорожденных составила 87,5%. В III группе содержание ХОП в плаценте от 0,001 до 0,0099 мг/кг, патология новорожденных составила 36,4%. В IV группе с содержанием ХОП в плаценте до 0,00099 мг/кг, патология новорожденных составила 8,3%.

Выводы: 1. В условиях Ошской области загрязнение плацент хлорорганическими пестицидами составил 40,2% случаев.

2. Частота патологии новорожденных зависела от концентрации ХОП в плаценте, при содержании ХОП в плаценте свыше 0,1 мг/кг патология новорожденных в первые 6 суток составила 94,7% против контрольной – без ХОП 22,9%.

3. ХОП могут переходить через плацентарный барьер, вызывая осложнения у плода и патологию у новорожденных.

4. При разработке способов лечения и мер профилактики патологии новорожденных необходимо учесть что, в условиях Ошской области имеется неблагоприятный фактор, как загрязнение окружающей среды хлорорганическими пестицидами.

Литература:

1. Коган Ю.С. Общая токсикология пестицидов. Киев, 1975.
2. Комарова Л.И. Гигиена применения, токсикология пестицидов и клиника отравления. М., 1973. -С. 445-447.
3. Комарова Л.И. «Гигиена применения, токсикология пестицидов и полимерных материалов», М., 1985. -С. 128-130.
4. Найштейн С.Я. Гигиена окружающей среды в связи с химизацией сельского хозяйства. Киев, 1984.
5. Медведь Л.И. Химические средства защиты растений и проблемы медицинской науки. М: Мед. литература, 1962.-С. 8-11.
6. Худолей В.В., Мизгирёв И.В. Экологически опасные факторы. - СПб.: Изд-во PUBLISHING HOUSE, 1996.
7. Яблоков А.В. Пестициды, экология, сельское хозяйство // Ж. Коммунист. - 1988. - №15. - С. 34-42.

ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

**Тойчуев Р.М.¹, Николаева Л.И.², Лейбман Е.А.^{2,3}, Рахимова Г.М.¹,
Оморбекова Ч.Т.⁴, Жумабек кызы Б.¹**

CHRONIC HEPATITIS IN CHILDREN LIVING IN OSH PROVINCE

**Toichuev R.M.¹, Nikolaeva L.I.², Leibman E.A.^{2,3}, Rakhimova G.M.¹,
Omorbekova Ch. T.⁴, Zhumabek kzy B.¹**

¹Институт медицинских проблем южного отделения НАН КР, г. Ош,

²ФГБУ «НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского» Минздрава России, г. Москва,

³ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва,

⁴Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош.

Резюме: обследованы 428 детей по Ошской области с хроническим гепатитом. В структуре хронических гепатитов доминируют вирусные гепатиты В и С (32,2%), хронический вирусный неуточненный (24%) и токсическое поражение печени (10,2%). Наибольшие нарушения функции печени отмечены у детей с хроническим вирусным гепатитом С и циррозом печени.

Ключевые слова: хронический гепатит, вирусный гепатит С, вирусный гепатит В, токсический гепатит, структура, биохимические показатели, дети.

Resume: the study involved 428 children in the Osh region with chronic hepatitis. The structure is dominated by chronic hepatitis B and hepatitis C (32,2%), chronic viral unspecified (24%), and hepatotoxicity (10,2%). The largest liver function abnormalities were observed in children with chronic hepatitis C and cirrhosis of the liver.

Key words: chronic hepatitis, viral hepatitis C, viral hepatitis B, toxic hepatitis, structure, biochemical parameters, children.

Актуальность. В Центрально-Азиатском регионе в конце прошлого века сложилась неблагоприятная ситуация по вирусным гепатитам, были отмечены вспышки вирусных гепатитов А, Е, В и С [1-3]. В данном сообщении, рассмотрена заболеваемость детского населения Ошской области гепатитами и особенности их течения.

По данным Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения КР, в 2000-2008 гг. была представлена структура острых вирусных гепатитов: гепатит А – 61%; гепатит В – 17%; гепатит С – 4,5%; микст-гепатит (В+D) – 1,7%; микст-гепатит (В+С) – 15% [4]. В настоящее время эти показатели существенно не изменились. До сих пор 85-90% больных гепатитом А составляют дети [4, 5]. Среди детского населения, инфицированного вирусом гепатита А, доля детей до 1 года жизни составляет 0,7%; детей 1-2 лет – 5%; 2-5 лет – 42,7%; 5-14 лет – 51,6% [5]. Наиболее неблагоприятными по гепатитам А и Е являются Ошская, Джалал-Абадская и Нарынская области, где антитела к вирусам гепатита А и Е обнаруживаются у 80% детей и у 8,3% взрослых [5].

В последние годы в республике отмечается устойчивый рост заболеваемости вирусным гепатитом С [6]. Официальная регистрация гепатита С (ГС) в КР началась с 1996 г. На долю детей в возрасте до 14 лет приходится 3,6% случаев выявления хронического гепатита С (ХГС).

Особый интерес заслуживает проблема хронических гепатитов по Ошской области, одной из неблагоприятных регионов в экологическом плане [17]. Значительная часть населения занимается хлопководством и табаководством, где использовались и используются хлорорганические пестициды (ГХЦГ, ДДТ, ДДЕ, ДДД, альдрин и дильдрин). Они могут попадать с пищей и водой в организм человека. По данным анализа печеночной ткани взрослых и детей, погибших при несчастных случаях, установлено наличие пестицидов с тенденцией к увеличению их содержания ко времени окончания сельскохозяйственных работ [8]. Вместе с тем, гепатиты в Ошской области выявляются в 5-6 раз чаще, чем в северных регионах Кыргызстана, где экологическая обстановка более благоприятна [8]. Возможно, в Ошской области сочетание неблагоприятных экологических и эпидемиологических факторов, является причиной более частой заболеваемости гепатитами разной этиологии. Ранее, при анализе влияния антропогенных факторов на гастроэнтерологическую патологию у детей в России было установлено, что болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы занимают первые места в структуре заболеваний [9].

Целью исследования явилось изучение этиологической структуры и изменения функции печени у детей с хроническими гепатитами.

Материалы и методы исследования. Обследовано 428 детей в возрасте от 2 до 14 лет, проживающих в Ошской области с хроническими гепатитами в период с 01.2011 г. по 06.2013 г. Биохимические показатели печени определяли по общепринятой методике. Общий билирубин по методу Иендрешаку-Гроффу, АЛТ, АСТ - по методу Райтмана-Френкеля, холестерин по Ильку, общий белок – биуретовым методом, тимоловая проба, белковая фракция - турбидиметрическим методом.

Результаты и их обсуждение. Установлена следующая этиологическая структура хронических гепатитов у детей с учетом международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10) (табл. 1).

Отмечен невысокий уровень трансаминаз и высокие значения γ -глобулина при всех формах хронического гепатита. При гепатитах без ЦП (ХГС и криптогенном гепатите) отмечается повышение содержания γ -глобулина. В первом случае это связано с мезенхимально-воспалительным синдромом, а во втором возможно в связи с присутствием в этой группе больных с не выявленным гепатитом, и иммунным механизмом, объясняющим повышение γ -глобулина. Интересно, что при паразитарном гепатите наблюдается увеличение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции. При ЦМВ-гепатите - повышение уровня холестерина не сопровождается увеличением билирубина.

ЦП в исходе гепатитов сформировался в 2,8% случаев. Доля цирроза ВГС-этиологии среди всех случаев ЦП составила 16,6%, что выше опубликованных данных по г. Москве (Россия) – 4,3% [11]. Этот вопрос требует более детального исследования, с учетом эколого-географических, этнических факторов. По данным разных авторов, ХГС может приводить к формированию ЦП у детей от 1-10% [12, 13, 14, 15]. У детей с ЦП ВГС-этиологии отмечена существенная разница в таких показателях, как общий белок, альбумин, билирубин, холестерин, β -липопротеиды, γ -глобулин и тимоловая проба по сравнению с ХГС без ЦП (табл. 2).

Таблица 1.

Структура хронических гепатитов у детей Ошской области.

Нозологическая форма	Доля, %
I. Хронический вирусный гепатит:	18,
1. гепатит В (ХГВ)	
2. гепатит С (ХГС)	14
3. хронический вирусный неуточненный	24
II. Поражения печени при инфекционных и паразитарных заболеваниях:	2,8
1. цитомегаловирусная инфекция (CMV-гепатит)	
2. гепатит на фоне неуточненных инфекционных заболеваний	4,6
3. паразитарная инфекция *	2,8
III. Неспецифический реактивный гепатит	14,5
IV. Токсическое поражение печени:	3,7
1. лекарственное поражение печени	
2. токсическое поражение печени с картиной гепатита	6,5
V. Криптогенный гепатит	7,9

Примечание: паразитарная инфекция, вызывающая поражение печени, была преимущественно в основном вызвана печёночной двуусткой, лямблиями (лат. *Fasciola hepatica*, *Lambliа intestinalis*) и др.

Таблица 2.

Биохимические показатели в группах детей с различными гепатитами.

Нозология, показатель	ХГВ	ХГС	ХГС-ЦП*	ЦМВ-гепатит	Паразитарный	Лекарственный	Токсический	Криптогенный
Общий белок, г/л	65,29± 2,38	64,42± 2,36	54,45± 1,01	64,85± 1,16	65,3± 2,14	63,6± 2,66	61,58± 2,06	65,7± 1,17
Билирубин общий, мкмоль/л	9,12± 1,23	10,98± 1,32	134,5± 25,7	10,35± 0,68	45,12± 14,44	14,84± 2,10	12,05± 1,69	19,39± 5,21
Билирубин пр., мкмоль/л	0,35± 0,29	0,27± 0,20	83,9± 16,75	0,49± 0,19	1,94± 0,78	1,36± 0,39	0,35± 0,29	7,67± 3,63
Билирубин не прямой, мкмоль/л	9,23± 0,94	10,83± 1,27	50,55± 8,95	10,12± 0,65	55,67± 18,65	13,15± 1,71	11,69± 1,60	11,72± 1,58
АЛТ, * Мккат/л	0,15± 0,06	0,14± 0,02	0,17± 0,02	0,09± 0,01	0,15± 0,02	0,34± 0,07	0,15± 0,03	0,70± 0,16
АСТ, * Мккат/л	0,12± 0,02	0,09± 0,02	0,08± 0,0	0,11± 0,01	0,09± 0,0	0,13± 0,02	0,14± 0,03	0,32± 0,07
Тимоловая проба, Ед	3,08± 0,84	3,16± 0,55	1,21± 0,06	1,97± 0,2	1,30± 0,10	2,53± 0,4	3,62± 0,65	4,12± 0,42
Холестерин, ммоль/л	4,09± 0,31	4,01± 0,30	2,20± 0,20	13,9± 3,98	3,48± 0,13	3,78± 0,14	4,19± 0,36	4,32± 0,33
Альбумины, %	62,45± 3,09	61,46± 2,43	51,15± 1,53	63,77± 1,50	66,0± 1,72	59,32± 5,75	61,2± 2,29	55,89± 1,92
В-липо-протеиды г/л	4,39± 0,34	3,81± 0,38	2,55± 0,19	3,88± 0,11	3,48± 0,10	3,83± 0,23	4,56± 0,81	5,10± 0,56
α-1- глобулин, %	4,63± 0,90	7,18± 2,17	6,39± 0,15	5,85± 0,26	6,78± 0,63	3,99± 0,75	5,09± 0,61	5,95± 1,0
α-2- глобулин, %	7,34± 1,21	5,73± 1,78	3,99± 0,12	6,66± 0,26	4,44± 0,36	7,57± 0,77	5,99± 0,87	6,30± 0,92
β-глобулин, %	4,85± 1,02	4,83± 0,85	4,92± 0,14	5,18± 0,4	7,41± 1,26	3,73± 0,47	5,67± 1,08	6,97± 0,84
γ- глобулин, %	2,68± 2,57	21,66± 2,32	68,51± 5,33	18,4± 1,54	17,76± 1,23	18,32± 0,61	21,98± 1,95	24,83± 1,28
Альбумин/глобулин	1,77± 0,21	1,66± 0,19	1,06 ± 0,07	1,84± 0,11	2,10± 0,19	2,01± 0,09	1,63± 0,17	1,33± 0,1

Примечание: ЦП – цирроз печени, АЛТ - аланинаминотрансфераза, АСТ- аспаратаминотрансфераза.

Таким образом, в структуре хронических гепатитов у детей в Ошской области основную долю составили вирусные гепатиты В и С (32,2%) и вирусные гепатиты неуточненной этиологии (24%). ХГС у детей в возрасте до 14 лет в Ошской области КР составил 3,6 %, в России – всего 0,73% [16]. Токсические гепатиты (не лекарственной этиологии) у детей в Ошской области

Кыргызской Республики составила 6,5%, что, очевидно, связано с загрязнением окружающей среды пестицидами, требующим более детального изучения.

В заключение необходимо подчеркнуть важность дальнейшего изучения эпидемиологической ситуации по вирусным гепатитам в Ошской области и усовершенствования диагностики и профилактики этих заболеваний.

Литература:

1. Акматов Ш.А., Минеева Р.М., Курбангалиева Ф.К., Нурутдинов А.С. Проблемы эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов в Ошской области // *Здравоохранение Киргизии*. - 1975. - №1. - С. 39-43.
2. Касымбекова К.Т., Молдокматова М.Д., Сапарова Г.Н. и др. Молекулярно-генетические исследования вирусного гепатита С в Кыргызской Республике. // *Медицина Кыргызстана*. - 2013, №4, с. 71-73.
3. Favorov M.O., Shakhgil'dian IV, Iashina TL et al. The characteristics of an outbreak of non-A, non-B hepatitis with a fecal-oral mechanism of the transmission of the causative agent in Osh Province, the Kirghiz SSR. // *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*. 19902;(11): 37-44. Russian.
4. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-декабрь 2012 года в РФ. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии РФ. <http://75.rosпотребнадзор.ru>.
5. Суранбаева Г.С., Мурзакулова А.Б., Анарбаева Ж.А. и др. Факторы риска заражения хронической инфекцией гепатита В и С. // *Медицина Кыргызстана*. - 2013, №4, с. 144-147.
6. Тойчуев Р.М., Саитов Ж.К., Токторалиев Б.А. и др. Влияние хлорорганических пестицидов (ХОП) на заболеваемость гепатитами у детей // *Материалы V Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии»*. М. Изд.: «Оверлей». 2006. - С. 74.
7. Тойчуев Р.М. Медико-экологические проблемы юга Кыргызстана // *Центрально-Азиатский медицинский журнал*. 2007. -Т. 13 (прилож. 1).- С. 22-25.
8. Усманов Р.К., Касымова Р.О. Энтерально передающиеся вирусные гепатиты в Кыргызской Республике // *Медицина Кыргызстана*. - 2013. - №4. - С. 160-163.
9. Усенбаев Н.Т., Кулжабаева А.А., Осмонов А.Ж. Особенности течения эпидемиологического процесса вирусного гепатита А в Кыргызской Республике за 1996-2012 годы // *Информационный бюллетень СЭС и ЗН Департамента профилактики заболеваний и экспертизы МЗ КР*. - 2012, - №12. - С. 1-7.
10. Учайкин В.Ф., С. Б. Чуелов, А. Л. Россина и др. Циррозы печени у детей // *Журнал Педиатрия им. Г.Н.Сперанского*. - 2008. - т. 87 (№ 5). - С. 52-59.
11. Чуелов С.Б., Н.И. Нисевич, М.О. Гаспарян и др. Клиника, диагностика и течение цирроза печени при HCV-инфекции у детей // *Детские инфекции*. - 2005. -Т.4 (№1).- С. 22-25.
12. Чуелов С.Б., А.Л. Россина, А.В. Смирнов и др. Этиологическая структура циррозов печени у детей // *Детские инфекции*. - 2008. -Т.7 (№1).- С. 14-18.
13. Шашель В.А., Настенко В.П., Соболева Л.К. Региональные особенности распространенности и структуры хронических заболеваний органов пищеварения у детей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2004. - №2. - С. 70.
14. Badizadegan K., Jonas M.M., Ott M.J., Nelson S.P., Perez-Atayde A.R. Histopathology of the liver in children with chronic hepatitis C viral infection // *Hepatology*. -1998, 28(5):1416-23.
15. Bortolotti F., Verucchi G., Cammà C., Cabibbo G., Zancan L., Indolfi G., Giacchino R., Marcellini M. et al. Long-term course of chronic hepatitis C in children: from viral clearance to end-stage liver disease. *Gastroenterology*. 2008, 134(7):1900-7.
16. Camarero C., Ramos N., Moreno A., Asensio A., Mateos M.L., Roldan B. Hepatitis C virus infection acquired in childhood. *Liver Int*. 2012;32(2):258-70.
17. Onishchenko G.G., Favorov M.O., L'vov D.K. The prevalence and etiological structure of viral hepatitis in a climatic-geographic area at high risk for infection // *J. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol*. 1992;(11-12): P. 22-4.

УДК 616.714.1-089.1:616-07

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Torogeldieva A. T., Abdubalieva Ж.Ю.

CONSEQUENCES OF PERINATAL HYPOXIA-ISCHEMIA BRAIN AFFECTATIONS, DIAGNOSTICS AND PRINCIPLES OF RECUPERATIVE THERAPY

Torogeldieva A.T., Abdubalieva J.U.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г.Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: сделан анализ историй болезни 424 детей в возрасте от 1 мес. до года, поступивших в неврологическое отделение ОМКДБ за период 2010-2012 гг., изучена клиническая эффективность повторных курсов комплексной терапии у детей с последствиями гипоксически-ишемических поражений головного

мозга. В результате проведенной терапии, положительная динамика была отмечена у 98% больных, из них у 6% больных к первому полугодию жизни сформировался ДЦП, у 90% больных не наблюдалось признаков стойких неврологических дефицитов, что подтверждено методами обследования: нейросонография (НСГ) компьютерная томография (КТ), ядерно-магнитно-резонансная томография (ЯМРТ) и электроэнцефалография (ЭЭГ).

Ключевые слова: дети, перинатальная церебральная гипоксия – ишемия, асфиксия, судороги, нейровизуализация, детский церебральный паралич.

Resume: analyzes the histories of disease, related to 424 children with consequences of perinatal hypoxia-ischemia brain affectations, aged 1 to 12 months, and treated at the neurology department of Osh Interregional Clinical Children's Hospital, during the period of 2010-2012. Clinical efficacy of repeated complex therapy, intensively administered at the earliest stages, was reviewed. As a result of complex therapy, positive dynamics were noted in 98% of patients, of which 6% had cerebral palsy by age of 6 months, and 90% had no indications of persistent neurological deficits, as confirmed by methods of testing involving neuro-sonography, computer tomography, nuclear magnetic resonance tomography, and electric encephalography.

Key words: children, perinatal brain hypoxia-ischemia, asphyxia, seizures, neurovisualization, cerebral palsy.

Актуальность. Клинические последствия перинатальных поражений ЦНС являются темой острых дискуссий педиатров, неонатологов и неврологов на протяжении многих десятилетий. Широко распространено мнение о том, что ЦНС у человека после повреждения не способна к регенерации.

Однако данные современной литературы и опыт практической работы убеждают, что у детей с церебральными повреждениями происходит частичное или полное восстановление неврологических функций. Это объясняется тем, что в нервной системе в ответ на воздействие травмирующего агента активизируются компенсаторно-приспособительные механизмы, обеспечивающие восстановление утраченных нервных связей и сохранение функционального единства нервной системы. При этом сложно недооценить роль перинатальных поражений ЦНС в формировании детской патологии [2, 5]. В структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 60%, при этом 70-80% случаев приходится на перинатальные поражения [1].

Поражения головного мозга у новорожденных, рожденных в срок, наблюдаются в 15-30% случаев, а у недоношенных в 40-60% случаев. В дальнейшем у них могут сформироваться такие тяжелые заболевания, как детские церебральные параличи (ДЦП), симптоматические формы эпилепсии, органические формы слабоумия и др. Эти заболевания нервной системы являются одной из причин ранней детской инвалидности и социальной дезадаптации [3, 4, 5].

Цель. Изучение клинической эффективности повторных курсов комплексной терапии у детей с последствиями гипоксически-ишемических поражений головного мозга.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы истории болезни 424 детей от 1 до 12 мес., прошедших стационарное лечение на базе неврологического отделения за период 2010-2012 гг. с перинатальным поражением нервной системы.

Из таблицы 1 видно, что преобладали дети из сельской местности -66%, а по возрастной структуре преобладали дети в возрасте от 6 до 12 мес., которые составили 49,7%. Это связано с тем, что к первому полугодию жизни сформировался стойкий неврологический дефицит, что говорит о поздней обращаемости почти в половине случаев.

Таблица 1.

Возрастная структура детей.

№		Количество	% от общ. числа
1	Всего детей	424	
2	в том числе сельских	280	66%
3	городских	144	34%
4	В возрасте от 1-3 мес	91	21,4%
5	От 3-6 мес	122	28,7%
6	От 6-12 мес	211	49,7%

Диагноз гипоксическая-ишемическая гипоксия устанавливался по классификации Якунина. Синдромы раннего и позднего восстановительного периода распределены в таблице 2.

Анализ клинических церебральных синдромов (табл. 2) показывает, что преобладает синдром задержки психо-речевого, моторного развития - 45%, эпилептический синдром - 16%,

повышенная нервно-рефлекторная возбудимость - 14% и гипертензионно-гидроцефальный синдром - 13%. К первому полугодию жизни у 6% больных выявлены стойкие грубые неврологические симптомы, и установлен диагноз ДЦП. Объективными клиническими критериями ДЦП были следующие: нарушение тонуса в мышцах туловища и конечности по спастическому типу, отсутствие формирования произвольных движений, наличие патологических рефлексов: синкинезий, клонусов, псевдобульбарных автоматизмов.

Таблица 2.

Ведущие клинические синдромы, выявленные у больных.

№	Синдромы	Количество больных	% от общ. числа
	Всего детей	424	100%
1	Повышенная нервно рефлекторная возбудимость	70	14%
2	Вегето-висцеральные дисфункции	26	6%
3	Гипертензионно-гидроцефальный синдром	51	13%
4	Задержка психоречевого моторного развития	202	45%
5	Эпилептический синдром	56	16%
6	Синдром двигательных нарушений: а) с мышечной гипотонией б) с мышечным гипертонусом (геми-ди-тетраплегия)	24	6%

При анализе этиологических факторов болезни у 45% больных была отмечена внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах; в 14% случаев была угроза прерывания беременности; в 9% случаев анемия матери; в 5,5% токсикоз у матери; в 4,5% оперативное родоразрешение (кесарево сечение); в 9% инфекции матери; в 5% случаев была родовая травма; в 4,5% случаев слабость родовой деятельности; в 3,5% стресс у матери и др. Из вышеизложенных данных одним из наиболее часто встречающихся причин ГИЭ является внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (45% случаев).

Всем больным проведено комплексное клиническое обследование, включая анамнез, жалобы, клинический неврологический, офтальмологический осмотр, консультаций ортопеда и других специалистов.

В процессе обследования, использованы: НСГ, КТ, ЯМРТ, ЭЭГ и рентген обследование, общеклиническое обследование (общий анализ крови, анализ мочи, кала на глистные яйца и паразиты, спинно-мозговая пункция по показаниям). При анализе всем больным (85% случаев) проведена НСГ на аппарате ALOKA PROSOUND-6.

По данным НСГ наиболее распространенными структурными изменениями головного мозга у детей с перинатальным повреждением были: легко выраженный перивентрикулярный отек, незначительное расширение субарахноидальных пространств - 22%, умеренно выраженный перивентрикулярный отек, умеренное расширение боковых желудочков, субарахноидальных пространств – 63,5%, вентрикуломегалия - 15%. У 22% больных по показаниям сделано ЯМРТ исследование.

Наиболее часто выявляемыми структурными изменениями по данным ЯМРТ были множественные порэнцефалические кисты, атрофическая вентрикуломегалия, смешанная гидроцефалия, субкортикальные кисты, выраженное расширение боковых желудочков и субарахноидальных пространств, кортикальная атрофия.

При анализе историй болезни всем больным детям проводили стандартное лечение, включающее сосудистые (винпоцетин, кавинтон), дегидратационные (глицерин, диакарб), противосудорожные препараты (депакин, карбамазепин, люминал), ноотропные (пирацетам, цераксон, кортексин), антигипоксантами (актовегин) препараты, лечебный массаж, ЛФК, и физиолечение. У 60% больных повторный курс лечения проводился с частотой 2 раза в год, со средним сроком пребывания в стационаре 10-12 дней.

Результаты и их обсуждение. Начиная с раннего возраста, больным ГИЭ проводилась комплексная терапия с обязательным использованием ноотропных препаратов, массажа, ЛФК, и физиолечения. В результате у 98% пациентов была отмечена положительная динамика. Синдром гипервозбудимости был купирован у 80% больных по клинической картине, а вегето-висцеральные дисфункции у 75%. Проявления гипертензионно-гидроцефального синдрома были компенсированы у 80% по данным НСГ. Дети с гидроцефалией (1,2%) были направлены в нейрохирургическое

отделение для решения вопроса шунтирования. У остальных больных клинические проявления значительно уменьшились, и лишь у 6% больных сформировался ДЦП, а у 2,5% наблюдались не купирующиеся эпилептические припадки.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного анализа, можно сделать вывод, что восстановительное лечение детей с перинатальными поражениями ЦНС должно проводиться как можно раньше, комплексно и интенсивно, с учетом клинических синдромов. Это позволяет добиться эффективного предупреждения необратимых церебральных расстройств, ведущих к неврологической инвалидизации.

Литература:

1. Булекбаева Ш.А. *Современные методы в комплексной реабилитации.* - Астана, 2008. - С. 7-8.
2. Зенков Л.Р. *Депакин в лечении эпилепсии.* - Москва, 2002. - 49-50 с.
3. Качесов В.А. *Основы интенсивной реабилитации* - Санкт-Петербург, 2003. - С.76-78.
4. Куанова Л.Б. *Синдромологическая структура и тактика лечения перинатальных церебральных расстройств у детей.* - Алматы, 2005. - С. 14, 15, 55-64.
5. Цукер М.Б. *Клиническая невропатология детского возраста.* - Москва, 1986. - С. 223, 229-230.

УДК 616.831-002:616-053.2

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА, ПРЕПАРАТАМИ АКТОВЕГИН И ЦЕРАКСОН

Торогелдиева А.Т., Хашимова Х.Н.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN CHILDREN UNDER 12 MONTHS WITH MEDICATIONS AKTOVEGIN AND CERAXONE

Torogeldieva A.T., Hashimova H.N.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в данной статье описаны результаты наблюдения за детьми в возрасте от 2-х месяцев до 1 года (113 детей) с диагнозом: гипоксически-ишемическая энцефалопатия. В I группе детей (65) применялось стандартное лечение, детям во II группе (48), кроме стандартного метода лечения использовали сочетанное применение препаратов Актовегин и Цераксон. Метод лечения, примененный во II группе, показал значительное положительное влияние на улучшение состояния детей как в подостром, так и в восстановительном периоде.

Ключевые слова: гипоксия-ишемия, перинатальное поражение ЦНС.

Resume: this article describes the results of monitoring of children aged from 2 months to 1 year (113 children) with a diagnosis of hypoxic-ischemic encephalopathy. In Group I, children (65) applied the standard treatment, the children in group II (48), other than the standard method of treatment using the combined use of drugs Actovegin and Tserakson. The method of treatment applied in group II showed a significant positive impact on improving the condition of children in sub-acute, and in the recovery period.

Key words: hypoxia-ischemia, perinatal CNS lesion.

Актуальность проблемы. Прогресс развития акушерской и педиатрической медицины с улучшением организации ухода за матерью и ребенком, с одной стороны привел к значительному снижению перинатальной смертности, но с другой стороны, способствовал выживанию детей с тяжелой перинатальной патологией. Дальнейшее психомоторное развитие этих детей остается серьезной проблемой и представляет собой важную медико-социальную проблему, а их изучение имеет особую актуальность. Перинатальные гипоксически-ишемические поражения головного мозга у новорожденных детей наблюдаются в 15-30% случаев, а у недоношенных детей могут составлять около 40%. В дальнейшем они могут приводить к таким заболеваниям, как детские церебральные параличи (ДЦП), симптоматические формы эпилепсии, органические формы слабоумия, минимальные мозговые дисфункции, гидроцефалии и др. Данные заболевания могут приводить детей к инвалидизации и социальной дезадаптации. На сегодняшний день разработаны и внедрены в клиническую практику эффективные методы ранней диагностики поражения головного мозга у детей, это в первую очередь методы нейровизуализации (нейросонография – НСГ, компьютерная томография-КТ, магнитно - резонансная томография-МРТ и ядерно-магнитно-резонансная томография-ЯМРТ, электроэнцефалография-ЭЭГ), позволяющие в самые ранние сроки

выявлять структурные изменения в головном мозге, которые могут быть причиной различных форм неврологических патологий.

Причиной гипоксически-ишемической энцефалопатии могут быть различные заболевания матери, гипоксические, травматические, токсические, метаболические и бытовые вредные факторы, включающие прием лекарств во время беременности, курение и алкоголь. Одним из важнейших механизмов патогенеза гипоксически - ишемической энцефалопатии являются нарушения мозгового кровотока, изменение метаболизма, происходящие в условиях гипоксии, что приводит к нарушению регуляторных процессов в нервной системе.

Диагноз гипоксически-ишемического поражения и его степень тяжести устанавливается в соответствии с классификацией по МКБ-10. Клинические проявления ГИЭ (гипоксически-ишемическая энцефалопатия) варьируют в зависимости от тяжести болезни: при легкой форме вначале отмечается умеренное повышение или снижение мышечного тонуса и рефлексов, симптомы нерезкого угнетения ЦНС в течение 5-7 дней, сменяющееся возбуждением с тремором (дрожанием) рук, двигательным беспокойством. При средне-тяжелой форме отмечается угнетение ЦНС более 7 дней в виде мышечной гипотонии с ослаблением рефлексов, иногда судороги, нарушения чувствительности, дискинезия желудочно-кишечного тракта в виде срыгивания, метеоризма, нарушение регуляции деятельности сердечнососудистой и дыхательной систем. При тяжелой форме более длительное угнетение ЦНС, судороги с нарушением сознания и выраженные нарушения со стороны дыхательной и сердечнососудистой систем.

Клиническая картина ГИЭ протекает в виде следующих различных синдромов – это синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионно-гидроцефальный, судорожный, синдром двигательных нарушений, вегетативно-висцеральной дисфункции, минимальной мозговой дисфункции и синдром задержки психо-речевого развития.

Исход и прогноз. К годовалому возрасту у большинства детей с появлением вертикализации и речевых функции можно выявить исходы перинатального поражения ЦНС. Выздоровления наступает у 15-20% детей, частыми последствиями гипоксически-ишемической энцефалопатии являются детские церебральные параличи (ДЦП), симптоматические эпилепсии, гидроцефальный синдром или гидроцефалия, минимальные мозговые дисфункции, органическое слабоумие-задержка в психо речевом развитии.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей до 1 года, препаратами Актовегин и Цераксон.

Материалы и методы исследования. За период с 2008 по 2010 гг. по нашим отчетным данным в структуре неврологических заболеваний, число детей пролеченных с гипоксически-ишемической энцефалопатией увеличивалось из года в год. В 2008 году – 103 (9,2%), 2009 году – 111 (10,1%), 2010 году – 113 (10,8%).

Нами пролечены всего детей 113, из них 65 детей в I группе (доношенных 45, недоношенных 20) и 48 детей во II группе (доношенных 36, недоношенных 12). Возраст детей, наблюдавшихся в отделении неврологии, варьировал от 2-х месяцев до 1 года. У всех матерей, дети которых находились под наблюдением, был отягощен акушерский анамнез: токсикоз в первой половине беременности отмечался у 18 матерей, токсикоз во второй половине у 26, анемия у 24, угроза прерывания беременности у 22, перенесенные ОРВИ во второй половине беременности у 10, стрессовые ситуации были у 13. Осложненное течение родов имело место у 87 матерей (стимуляция в родах, стремительные роды, вакуум экстракция, кровотечение, преждевременное излитие вод, преждевременные роды в сроке от 32 до 36 недель). Таким образом, все наблюдавшиеся дети испытывали гипоксию мозга в перинатальном периоде. Из наблюдавшихся детей, синдром гипервозбудимости был выставлен 12 детям, гипертензионно-гидроцефальный синдром – 10, судорожный синдром – 26, задержка психо-речевого развития – 32, двигательные нарушения с формированием ДЦП – 33, минимальная мозговая дисфункция – 7 детям. Всем детям в отделении проведено обследование: нейросонография у 67 больных, где у 42 больных отмечено расширение конвексимальных субарахноидальных пространств, ЯМРТ проведено 28 больным (из них у 18 выявлена смешанная гидроцефалия, у 4 - порэнцефалическая киста, у 2-х - киста прозрачной перегородки, у 4 - субкортикальные кисты).

Лечение проводилось стандартным методом в I группе (65) детей (ноотропные препараты пирацетам, витамины группы В, массаж, ЛФК, миодаксам – препарат снижающий мышечный тонус, противосудорожные препараты, физиолечение), детям II группы (48) к основному лечению подключили актовегин и цераксон.

Актовегин – мощный антигипоксикант, обеспечивающий энергетические потребности клетки, особенно в условиях гипоксии и ишемии. Являясь высокоочищенным гемодиализатом, содержит исключительно физиологические компоненты, оказывает системное действие на организм, увеличивает кислородный энергообмен в клетках всех органов.

Актовегин назначался внутривенно струйно медленно или внутривенно капельно на 5% растворе глюкозы, в дозе 2,0 мл (80 мг) детям раннего возраста, а с 6-месячного возраста в дозе 4 мл (160 мг), курс лечения составлял 10-15 дней.

Цераксон назначался детям от 2 месяцев по 100 мг в сутки, с постепенным увеличением дозы до 500 мг в сутки детям с 6 месячного возраста, в дневное время 2 раза в день, вводился внутривенно струйно или внутримышечно, курс лечения составил 10-15 дней. Также использовался внутрь в сиропах по 1 мл 2 раза в день до двух месяцев.

Цераксон (цитиколин) – эффективный нейротропик, стимулирует биосинтез структурных фосфолипидов в мембране нейронов, что способствует улучшению функции мембран и нейрорецепторов.

Выводы. Сочетанное применение препаратов актовегин и цераксон у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией, как в остром, так и в восстановительном периоде во II группе показало положительное влияние на клиническое улучшение состояния детей (дети стали лучше фиксировать взгляд, улучшилась двигательная активность, увеличился объем движения, улучшился мышечный тонус, дети становились более эмоциональными, судороги купировались, уменьшились беспокойства, гиперактивность и др.).

Таким образом, суммируя данные полученные при исследовании, можно сказать, что актовегин в сочетании с цераксоном являются эффективными и безопасными препаратами при лечении последствий перинатальных поражений ЦНС, минимализации формирования грубых неврологических симптомов и снижению инвалидности.

616-053.2 : 632.938

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ХЛОПКООСЕЮЩИХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

Турдубаев К.Т., Кудаяров Д.К. Турдубаева Э.К.

IMMUNITY PARTICULARITIES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AT CHILDREN EARLY AGE IN COTTONGROW REGION OF KYRGYZSTAN

Turdubaev K.T., Kudayarov D.K., Turdubaeva E.K.

*Ошский государственный университет, г. Ош,
Национальный центр охраны материнства и детства, ГДКБ СМП, г. Бишкек,
Кыргызская Республика.*

Резюме: представлены результаты изучения иммунной системы у больных детей раннего возраста с ЖДА, проживающих в хлопководческих регионах юга Кыргызстана. Выявлено влияние антропогенных факторов (пестициды, химикаты) на гуморальный иммунитет.

Ключевые слова: ЖДА, иммунная система, дети раннего возраста, хлопок, пестициды.

Resume: There is presented of study state of the immune system in early age children with IDA living in cotton planted regions of South Kyrgyzstan. It found out that under the influence of anthropogenic factor (pesticide, chemicals) on the human body it can lead to the humoral immunity changes.

Key words: IDA, immune system, early age children, cotton, pesticide.

Проблема железодефицитной анемии остается актуальной в Кыргызстане на протяжении многих лет. Среди различных форм анемии в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА) [1, 2].

Частота ЖДА у детей раннего возраста в различных географических зонах колеблется от 10 до 52%. Негативные факторы и проблемы, происходящие в стране отрицательно сказались как на населении республики в целом, так и на самых незащищенных его слоях - женщинах и детях [6].

Дефицит железа и недостаточное депонирование его в антенатальном периоде способствуют развитию железодефицитной анемии у новорожденных детей, приводя к изменению метаболизма клеточных структур, нарушению гемоглобинообразования, задержке умственного и моторного развития и к дисбалансу в иммунной системе матери во время беременности, а также к нарушениям в иммунном статусе новорожденных детей [3, 4, 8]. Известно, что иммунная система

является высокочувствительной системой, тонко реагирующей на изменения среды обитания [5, 7]. Поэтому исследования иммунологической реактивности целесообразны для выяснения степени воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на организм на том этапе, когда еще нет развития заболеваний, но уже имеются иммунные повреждения.

Цель исследования. Изучение гуморального иммунитета у больных детей раннего возраста с железодефицитной анемией, проживающих в хлопкосеющих районах юга республики.

Результаты исследования. Гуморальный иммунитет в нашем исследовании рассматривался в зависимости от места жительства ребенка с ЖДА.

В хлопководческом регионе изучали уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G у 52% больных детей с ЖДА, из них в возрасте от 1 дня до 12 месяцев 30 детей и от 1 года до 3-х лет - 22.

Анализируя результаты содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови в возрасте 1 дня - 12 месяцев, необходимо отметить, что уровень Ig A и Ig G девочек и мальчиков статистически достоверно не отличался (табл. 1). Однако у мальчиков по сравнению с девочками эти показатели несколько ниже. Уровень Ig M у мальчиков почти 2 раза выше, чем у девочек ($p < 0,05$).

Таблица 1.

Уровень иммуноглобулинов у детей, больных ЖДА, из хлопкосеющего региона, в зависимости от пола ребенка.

Дети 1 дня до 12 месяцев	Ig A, M \pm m	Ig M, M \pm m	Ig G, M \pm m
Девочки (n-13)	0,70 \pm 0,07	1,27 \pm 0,21	9,49 \pm 1,61
Мальчики (n-17)	0,66 \pm 0,093	2,29 \pm 0,34	8,66 \pm 0,83
P	>0,05	<0,05	>0,63
Дети от 1 года до 3-х лет			
Девочки (n-9)	0,80 \pm 0,01	1,44 \pm 0,25	12,95 \pm 1,81
Мальчики (n-13)	0,91 \pm 0,21	2,37 \pm 0,28	13,02 \pm 1,34
P	>0,05	<0,05	>0,05

Как видно, уровни Ig A и Ig G у детей в возрасте 1 г–3 лет также статистически не различались. Однако, как в предыдущем возрасте, здесь также незначительно увеличены уровни этих иммуноглобулинов у мальчиков по сравнению с девочками.

У этих детей также имелось статистически достоверное увеличение уровня Ig M у мальчиков по сравнению с девочками ($p < 0,05$).

В таблице 2 представлены уровни иммуноглобулинов в сыворотке в двух изучаемых группах детей в зависимости от возрастов. Установлено, что уровни иммуноглобулинов А и М в обеих группах статистически достоверно не отличались. Уровень иммуноглобулинов G у детей от 1 года до 3-х лет статистически достоверно выше, чем у детей, больных ЖДА, от 1 дня до 12 месяцев ($p < 0,05$). Это, по-видимому, связано с тем, что у детей в возрасте 1 - 3 лет из анамнеза отмечены частые перенесенные инфекционные заболевания.

Таблица 2.

Сравнительная характеристика уровня иммуноглобулинов у двух групп детей больных ЖДА в зависимости от возрастов.

Возраст детей	Ig A, M \pm m	Ig M, M \pm m	Ig G, M \pm m
от 1 дня до 12 месяцев (n=30)	0,68 \pm 0,03	2,09 \pm 0,24	9,03 \pm 0,84
от 1 года до 3-х лет (n=22)	0,86 \pm 0,13	1,99 \pm 0,21	12,99 \pm 0,91
P	>0,05	>0,05	<0,05

При индивидуальном анализе показателей Ig M в хлопкосеющем регионе у детей от 1 дня до 12 месяцев высокое содержание данного иммуноглобулина выявлено у 4 девочек из 13 обследованных, а также у 6 мальчиков из 17 обследованных. Отмечено, что в анамнезе у детей с высоким содержанием Ig M имелись различные патологии беременности у матери.

При индивидуальном анализе показатели Ig M у детей от 1 года до 3-х лет у 8 мальчиков из 13 обнаружено увеличение содержания данного иммуноглобулина. У всех этих мальчиков выявлены плохие условия жизни, патология беременности у матерей, анемия и ОРВИ. При индивидуальном анализе Ig G его высокое содержание обнаружено у 4 девочек из 13 в возрасте от 1 дня до 12 месяцев и у 14 из 22 в группе детей от 1 года до 3-х лет. У всех этих детей обнаружено нерациональное питание, патология беременности, анемия и рахит.

Кроме того, в этих регионах больше используются хлорорганические соединения для выращивания и обработки хлопка, которые приводят почву к гипоземелентозу. С ростом степени полигиповитаминозов значимо нарастает воспалительная и инфекционная заболеваемость [2].

Выводы. Изменение гуморального иммунитета у детей с ЖДА в хлопкосеющих регионах связано с антропогенным действием окружающей среды (химикатов, пестицидов).

Изменения гуморального иммунитета у детей в различных климатогеографических условиях юга республики связаны с возрастными и региональными особенностями иммунной системы обследованных детей.

Литература:

1. Боконбаева С.Дж. Металлодефицитные состояния у детей Кыргызстана // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Бишкек, -1994. -37. с.
2. Петров В.Н. и соавт. Физиология и патология обмена железа // Л.: Наука, -1982. -224 с.
3. Митерев Б.Г., Воронина Л.Н. Лечение и профилактика железодефицитных анемий // Клин. медицина -1989.- № 8. -С. 120-123.
4. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашникова Г.В. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и терапия. - 2000.- № 9. -С. 88-91.
5. Хаитов Р.М. и соавт. Медицинские стандарты диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы // Иммунология.- 2000. -№ 3. -С. 12-16.
6. Исакова Ж.К., Зурдинова А.А. Антианемическое средство «Мурок» // Здоровье матери и ребенка.- 2009. -Том. 1. Приложение 1. -С. 23-26.
7. IDA. – WHO, Geneva, -2001.- P 15.
8. Neil Gordon. Iron deficiency and intellect // J. pediatrics. – 2005. -1. -P. 92-97.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕОНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ РОДИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОШСКОЙ МЕЖОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2002-2012 ГОДЫ

Шерматова У.Б., Кенжебаева Г.К.

THE MAIN INDICATORS OF NEONATAL SERVICE OF THE MATERNITY HOSPITAL OF THE OSH INTERREGIONAL CLINICAL HOSPITAL FOR 2002-2012 YEARS

Shermatova U.B., Kenzhebayeva G.K.

*Родильный стационар Ошской межобластной клинической больницы,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе представлены результаты анализа основных показателей неонатальной службы родильного стационара ОМКБ г. Ош в динамике одиннадцати летнего периода. За последние шесть лет отмечается снижение мертворождаемости. Уровень перинатальной смертности остается высоким (57,2%). В заболеваемости отмечается тенденция снижения. Наименьшая заболеваемость зафиксирована в 2012 году - 186,2%.

Ключевые слова: заболеваемость, мертворождаемость, ранняя неонатальная, перинатальная смертность.

Resume: this work presents the results of the analysis of the main indicators of neonatal services OICH maternity hospital in Osh in the dynamics of the eleven year period. Over the past six years have seen a decline in stillbirth. The perinatal mortality rate remains high (57.2%). Morbidity in a trend of decline. The lowest incidence recorded in 2012 - 186,2%.

Key words: morbidity, stillbirth, early neonatal and perinatal mortality.

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребенка всегда была и остается основным приоритетным направлением здравоохранения Кыргызской Республики (КР). И не только потому, что женщины и дети составляют, пожалуй, самую большую группу населения. Между здоровьем матери и ребенка существует неразрывная связь, и состояние здоровья женщины рассматривается как условие, определяющее здоровье детей и соответственно будущее любой страны.

Наряду с высокой рождаемостью (36,9‰ в 1960 г., 29,6‰ - 1980 г., 26,8‰ - 2010 г.) наша страна отличается высокой младенческой смертностью (45,4‰-1970 г., 29,7‰ - 1990 г., 27,2‰ - 1995 г., 29,0‰ - 2005 г., 23,4‰ - 2010 г.) [1]. В нашей стране внедрены национальные программы и проекты такие как «Укрепление здоровья народов Кыргызстана на 2009-2011 гг.» и «Национальная

стратегия по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызстана» и др. [2]. На основании вышеизложенных данных и с целью улучшения работы перинатальной службы южного региона КР была проведена данная работа.

Цель. Изучить динамику основных показателей неонатальной службы родильного стационара ОМКБ г. Ош за 2002-2012 годы.

Материалы и методы. В работе представлен ретроспективный анализ статистических данных основных неонатальных показателей РС ОМКБ за 2002-2012 гг. - мертворождаемость, заболеваемость, ранняя неонатальная и перинатальная смертность. В РС ОМКБ г. Ош всего за 2002-2012 гг. родилось 43301 детей, наиболее высокая рождаемость было отмечена в 2012 г. (5104 детей за год). Как видно из таблицы 1. рост рождаемости наблюдается в 2012 г. (5104). Наивысший показатель коэффициента мертворождаемости отмечен в 2006 г. и составил 27,3 ‰, наименьший в 2002 г. - 9,7‰.

Таблица 1.

Коэффициент мертворождаемости РС ОМКБ за 2002-2012 гг.

Годы Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общая рождаемость	3395	3279	3203	3973	4196	4623	4749	4276	3953	3391	5237
Мертворождаемость	33	39	78	97	84	126	114	104	95	69	133
Коэф. мертв.	9,7	11,9	24,4	20,0	27,3	24,0	24,3	20,0	20,3	20,4	20,5

Рост мертворождаемости с 2004 г. объясняется переходом на новые показатели живорожденности по рекомендации ВОЗ. В других случаях диапазон колебания коэффициента мертворождаемости наблюдается от 20,0 до 24,4‰. А также отмечается тенденция их снижения, особенно за последние 6 лет (с 2007 по 2012 гг.), что подтверждает улучшение работы перинатальной службы РС ОМКБ. В 2006 году по рекомендации ВОЗ в РС ОМКБ внедрены основы «Эффективной перинатальной помощи и ухода» (ЭПУ), возможно это тенденция связана именно с этим.

В таблице 2 представлены показатели ранней неонатальной смертности (РНС). Наибольший рост РНС отмечается в 2009 г., составив 37,5 случаев на 1000 живорожденных, а наименьший приходится к 2002 г. Также отмечается тенденция к их снижению.

Показатели перинатальной смертности (ПС) представлены в таблице 3.

Таблица 2.

Коэффициент ранней неонатальной смертности (РНС) РС ОМКБ за 2002-2012 гг.

г. Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Родились живыми	3360	3240	3125	3876	4112	4449	4635	4135	3858	3322	5104
Умерли 0-6 с.	53	63	76	88	95	134	111	155	112	98	159
Коэф-т РНС	15,7	19,4	24,2	22,7	23,1	29,8	24,0	37,5	29,0	29,5	31,2

Таблица 3.

Коэффициент перинатальной смертности (ПС) РС ОМКБ за 2002-2012 гг.

Года Показатели	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Родил. живыми	3360	3240	3125	3876	4112	4449	4635	4135	3858	3322	5104
Умерли 0-6 сутки	53	63	76	88	95	134	111	155	112	98	159
Родились мертв.	33	39	78	97	84	126	114	104	95	69	133
Коэф. ПС	25,6	31,5	49,3	49,0	46,2	57,8	54,4	62,6	53,6	50,3	57,2

В 2009 г. отмечается его рост, составив 62,6‰, а наименьший показатель также приходится к 2002-2003 гг. Можно предположить, что это связано с переходом на новые показатели живорожденности. Несмотря на снижение перинатальной смертности родильного стационара, который составил в 2010 г. (53,6‰) и в 2011 г. (50,3‰), на сегодняшний день его показатели остаются довольно высокими (2012 г. - 57,2‰).

Заболеваемость новорожденных детей, родившихся в 2006 г. составляет 585,6 больных детей на 1000 родившихся живыми и отмечается тенденция спада заболеваемости к 2012 г., составив 186,2‰ (табл. 4).

Таблица 4.

Коэффициент заболеваемости РС ОМКБ за 2002-2012 гг.

г.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Пок.											
Род. жив.	3360	3240	3125	3876	4112	4449	4635	4135	3858	3322	5104
Заб.	1032	1420	1534	1675	2479	2508	1369	1242	998	898	1006
Коэф заб. ‰	307	438	491	432,1	585,6	563,7	295,3	300,3	258,6	270,3	186,2

Выводы. Высокие показатели коэффициента мертворождаемости наблюдались в 2006 г., составив 27,3‰, а наиболее низкие в 2002 г. - 9,7‰. Также за последние 6 лет (2007-2012 гг.) отмечается тенденция их снижению.

Наибольший рост ранней неонатальной смертности отмечался в 2009 г. - 37,5 случаев на 1000 детей, наблюдается тенденция снижения.

Наиболее высокий рост перинатальной смертности отмечался в 2009 г. (62,6‰), снижение приходится на 2002-2003 гг. (25,6‰). Несмотря на снижение перинатальной смертности за 2010 (53,6‰) и 2011 (50,3‰) гг., на сегодняшний день она остается довольно высокой, составляя в 2012 г. 57,2‰.

Рост заболеваемости отмечен в 2006 г., составив 585,6. В заболеваемости отмечается тенденция его спада, особенно наименьшая заболеваемость, фиксирована в 2012 г., составив 186,2‰.

Литература:

1. Кудаяров Д. К. Охрана материнства и детства в республике и вклад объединения (ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана // Здоровье матери и ребенка. -2011. -Том 3.- №1. -С.13.
2. Мамбетов К. Б., Фаворов М. О. и др. Основные понятия. Инструкция по внедрению критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных ВОЗ для КР.- Бишкек, 2004. -С. 9.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ РОДИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОШСКОЙ МЕЖОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД 2010-2012 гг. Шерматова У.Б., Кенжебаева Г.К.

FREQUENCY, STRUCTURE OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES AT NEWBORN CHILDREN OF THE MATERNITY HOSPITAL OF THE OSH INTERREGIONAL CLINICAL HOSPITAL FOR THE PERIOD 2010-2012 Shermatova U.B., Kenzhebayeva G.K.

Родильный стационар Ошской межобластной клинической больницы,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в работе проведено исследование частоты и структуры врожденных пороков развития у новорожденных детей за 2010-2011 гг. Частота встречаемости ВПР за период исследования в среднем составила 19,5‰. Рост ВПР наблюдается в 2012 г. - 22,33‰. В структуре врожденных пороков развития наиболее частыми пороками развития явились врожденные пороки сердца. На втором месте по частоте встречаемости стоит ВПР ЦНС, третье место занимают множественные пороки развития и пороки развития конечностей. Наибольший рост ВПР наблюдался в 2012 году (55,3‰).

Ключевые слова: врожденные пороки развития, новорожденный ребенок.

Resume: in paper focuses on the frequency and structure of congenital malformations in newborn infants in 2010-2011. The incidence of CDF over the study period to an average of 19,5‰. CDF observed growth in 2012 - 22,33‰. In the structure of congenital malformations most frequent malformations were congenital heart defects. In second place on the incidence of central nervous system is the CDF, the third place is occupied by multiple malformations and malformations of the limbs. The largest increase was observed in the CHF in 2012 (55,3 ‰).

Key words: congenital developmental anomalies, newborn child.

Актуальность. Диапазон популяционной частоты врожденных пороков развития (ВПР) в различных странах достаточно широк. По данным ВОЗ он колеблется от 2,7 до 16,3‰. В Швеции,

Японии и Финляндии из 1000 родившихся, 5-6 детей умирают вследствие врожденной и наследственной патологии [1]. В США, в структуре неонатальной смертности ВПР составляет более 21% [2]. В регионах Российской Федерации и странах СНГ также отмечается большая вариабельность распространенности ВПР, составляя от 4,3 до 55‰ [3]. Ввиду высокой рождаемости (24,1‰ - 2008 г., 25,2‰ - 2009 г., 26,8‰ - 2010 г.), Кыргызстан относится к странам с положительным демографическим ростом. В Ошской области демографический рост населения составил за 2006 г. - 19,4%, 2007 г. - 19,6%. К сожалению, наряду с высокой рождаемостью, отмечается и высокая младенческая смертность (в 2000 г. - 22,8‰, 2006 г. - 30,4‰, 2008 г. - 27,3‰, 2009 г. - 24,6‰ и 23,4‰ в 2010 году). Одной из первоочередных задач перинатальной службы здравоохранения КР является снижение младенческой смертности. ВПР в структуре неонатальной смертности в КР составляет 15,9% (2010 г.), занимая третье место. Борьба с ВПР, включающая антенатальную диагностику и улучшение методов их хирургической коррекции, остается первостепенной задачей перинатальной службы здравоохранения КР. Наибольшую актуальность данной проблеме придает отсутствие научных исследований по данной проблеме в южном регионе КР.

Цель. Изучение частоты и структуры ВПР у новорожденных детей по данным родильного стационара ОМКБ г. Ош за 2010-2012 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации, изучена частота и структура врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных детей за 2010–2012 гг., родившихся в РС ОМКБ. Детей с ВПР выявлено 239 ребенка.

Результаты исследования. Всего за период исследования в РС ОМКБ родилось 12284 детей, из них детей с ВПР - 239, что составило 19,45% (на 1000 детей). Как видно из таблицы 1, частота встречаемости ВПР за период исследования составила от 17,1‰ до 22,3‰, что в среднем составило 19,5‰. Отмечается рост ВПР в 2012 г. - 22,33‰.

Таблица 1.

Частота встречаемости ВПР за 2010-2012 гг.

Годы	Количество живорожденных	Количество детей с ВПР	‰
2010	3858	66	17,10
2011	3322	59	17,76
2012	5104	114	22,33
Итого	12284	239	19,45

Как представлено в таблице 2, наиболее частыми пороками развития за период наблюдения были врожденные пороки сердца, доля которых составила 42,4% в 2010 г., 37,3% в 2011 г. и 55,3% в 2012 г.

Таблица 2.

Структура врожденных пороков развития за 2010-2012гг.

№	Нозология	2010	2011	2012	Итого
1	ВПС	28(42,4%)	22(37,3%)	63(55,3%)	113
2	ВПР ЦНС	13(19,7%)	9(15,3%)	18(15,8%)	40
3	Множественные пороки развития	7(10,6%)	7(11,9%)	12(10,5%)	26
4	Расщелина в/г и неба	6(9,1%)	8(13,6%)	7(6,2%)	21
5	ВПР конечностей	6(9,1%)	4(6,8%)	16(14,0%)	26
6	Генетические заболевания	5(7,6%)	5(8,5%)	6(5,3%)	16
7	ВПР ЖКТ	3(4,5%)	11(18,6%)	4(3,6%)	18
8	ВПР ОД	2(3,0%)	2(3,4%)	5(4,4%)	9
9	ВПР МВС	1(1,5%)	1(1,7%)	9(7,9%)	11
10	ВПР туловища	2(3,0%)	0	5(4,4%)	7
11	Общее количество детей с ВПР	66(100%)	59(100%)	114(100%)	239

На втором месте по частоте встречаемости стоят ВПР ЦНС 13,7% в 2010 г., 15,3% в 2011 г. и 15,8% в 2012 г. Третье место занимают множественные пороки развития (19,7% - 2010 г., 11,9% - 2011 г. и 10,5% в 2012 г.), и пороки развития конечностей (9,1% - 2010 г., 6,8% - 2011 г., 14,0% - 2012 г.). Расщелины верхней губы и неба занимают четвертое место по частоте встречаемости (9,1% - 2010 г., 13,6% - 2011 г. и 6,2% - 2012 г.). ВПР желудочно-кишечного тракта составили 4,5%

в 2010 г., 18,6% в 2011 г. и 3,6% в 2012 году. В структуре заболеваемости наибольший рост ВПС наблюдались в 2012 г. (55,3%), ВПР ЦНС в 2010 г. (19,7%), ВПР ЖКТ в 2011 г. (18,6%), а ВПР конечностей в 2012 г. (14,0%). В нозологической структуре ВПС первое место занимает ДМЖП (39,3% - 2010 г., 59,1% - 2011 г.), дефект межпредсердной перегородки стоит на втором месте (17,8% - 2010 г., 27,3% - 2011 г. и 50% в 2012 г.). В нозологической структуре ВПР ЦНС, по нашим данным, на первом месте стоит гидроцефалия (69,2% - 2010 г., 55,9% - 2011 г. и 66,6% в 2012 г.), из них 30-40% в сочетании со спинномозговой грыжей. На втором месте в нозологической структуре ВПР ЦНС стоит спинномозговая грыжа (23,0% - 2010 г., 27,7% - 2011 г. и 27,7% в 2012 г.).

В нозологической структуре ВПР ЖКТ преобладают высокая кишечная непроходимость и атрезия ануса. Из числа всех детей с ВПР, 5% возвращаются из отделений хирургии ввиду неоперабельности (такие пороки развития как атрезия пищевода, атрезия тонкого и толстого кишечника, экстрофия мочевого пузыря, диафрагмальная грыжа и др.). Дополнительно следует отметить, что с целью улучшения показателей выживаемости детей с ВПР и с родовыми травмами в послеоперационном периоде, необходимо объединить третичный этап выхаживания новорожденных детей и/или перинатальный центр с детской больницей.

Выводы: Частота встречаемости ВПР за период исследования колебалась от 17,10% до 22,33%, что составила в среднем 19,45%. Отмечается рост ВПР в 2012 г. - 22,33%.

В структуре врожденных пороков развития наиболее частыми пороками развития за период наблюдения были врожденные пороки сердца, доля которых составила 42,4% - 2010 г., 37,3% - 2011 г. и 55,3% в 2012 г. На втором месте по частоте встречаемости были ВПР ЦНС 13,7% в 2010 г., 15,3% в 2011 г., и 15,8% в 2012 г. Третье место занимают множественные пороки развития (19,7% - 2010 г., 11,9% - 2011 г. и 10,5% в 2012 г.) и пороки развития конечностей (9,1% - 2010 г., 6,8% - 2011 г., и 14,0% - 2012 г.). Наибольший рост ВПС наблюдался в 2012 г. (55,3%).

Литература:

1. Бочкин Н.П., Велтищев Ю.Е. Направления исследований по наследственной патологии в педиатрии // Педиатрия. -1989. №5. –С. 5-11.
2. SigghD.N. Fetal environment and congenital malformations // Int. J. Pediat.- 1989. N. 5. –P. 565-584.
3. Жученко Н.А. Ретроспективная оценка распространенности ВПР по документам медицинских учреждений как метод выявления мутагенных и тератогенных эффектов окружающей среды. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М, 1996. 24 с.

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА НЦОМид ЗА 2010-2012 гг.

Эшалиева А.С., Джайлобаева А.А., Исраилова А.С., Ормонбекова Н.

ANALYSIS OF PERINATAL OUTCOMES OF NEONATAL DEPARTMENT AT CLINICAL MATERNITY HOSPITAL OF NCMCHC FOR 2010-2012 YEARS

Eshalieva A.S., Dzhaylobaeva A.A., Israilova A.S., Ormonbekova N.

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

Резюме: представлен анализ основных перинатальных показателей отделения новорожденных КРД НЦОМид за 2010-2013 гг., определены основные проблемы и пути снижения заболеваемости и смертности новорожденных.

Ключевые слова: заболеваемость, мертворождаемость, ранняя неонатальная, перинатальная смертность.

Resume: presents an analysis of the main perinatal indicators of infant's department of KMH NCMCHC for 2010-2013, identified the main problems and ways to reduce neonatal morbidity and mortality.

Key words: morbidity, stillbirth, early neonatal and perinatal mortality.

Актуальность. Уровень, структура и динамика перинатальной патологии, сравнительный анализ ее причинно-следственных связей являются основой оценки состояния здоровья новорожденных для разработки мер, направленных на решение проблем. К перинатальной патологии принято относить патологические состояния плода и новорожденного, выявленные в перинатальном периоде независимо от срока их возникновения.

Особенность данной патологии состоит в многофакторности влияния на состояние плода и новорожденного, длительности беременности, экстрагенитальной и акушерской патологии матери.

В развивающихся странах почти половина всех матерей и новорожденных не получают квалифицированной помощи во время и сразу после родов. Тем не менее, до двух третей случаев смерти новорожденных можно предотвратить путем использования малозатратных, но эффективных технологий при родах и в течение первой недели жизни. Качественная квалифицированная медицинская помощь во время беременности и родов имеет решающее значение для здоровья ребенка и матери [1, 3]. Динамика показателя перинатальной смертности свидетельствует о качестве медицинской помощи (антенатального наблюдения в женской консультации или тактики ведения родов и реанимационной помощи новорожденным в акушерском стационаре) [1, 2, 3].

Цель. Провести сравнительный анализ перинатальных показателей отделения новорожденных КРД НЦОМид за 2010-2012 гг. для выявления причинно-следственных связей и определения возможных резервов в снижении показателей перинатальной смертности.

Материалы и методы. В работе представлен анализ перинатальных показателей отделения новорожденных КРД НЦОМид за 2002-2012 гг. - мертворождаемость, заболеваемость, ранняя неонатальная и перинатальная смертность, проведен анализ акушерских причин у родильниц с неблагоприятным перинатальным исходом по данным историй болезни.

Результаты и обсуждение. За 2012 год рождаемость детей увеличилась на 6,6%, с некоторым увеличением доли недоношенных детей (9,5% в 2011 г., 11,7% в 2012 г.) Отмечена тенденция к росту количества заболевших детей: в 2012 г. - 402 (11%) новорожденных, в 2011 году она составила 292 (8,7%), но доля заболевших среди недоношенных новорожденных имеет тенденцию к снижению (от 66,8% в 2011 г. к 62% в 2012 г.). Общий показатель заболеваемости новорожденных снизился с 27,1% (2011 г.) до 22,5% (2012 г.), доля заболеваемости недоношенных на 23,6% больше доношенных (табл. 1).

Таблица 1.

Основные показатели отделения за 2010-2012 гг.

Показатели	2010 год	2011 год	2012 год
Всего родилось живыми	3519	3365	3606
Доношенных	3193 (91%)	3047	3183(88,2%)
Недоношенных	326 (9.0%)	318(9,5%)	423 (11,7%)
С заболеваниями	415 (11,7%)	292(8,7%)	402 (11%)
Доношенных	147 (35,4%)	97 (33,2%)	153 (38%)
Недоношенных	268 (55%)	195(66,8%)	248 (62%)
Общая заболеваемость	1004 (28,5%)	913 (27,1%)	812 (22,5%)
Доношенных	319 (31,8%)	301 (32,9%)	273 (33,6%)
Недоношенных	685 (68,2%)	612 (67,1%)	539(66,4%)
Из них умерло	112	99(2,7%)	108
Доношенных	13(11,6%)	11 (11%)	16(14,8%)
Недоношенных	99 (88,3%)	88 (89%)	92 (85,2%)
Ранняя неонатальная смертность	3,1%	2,9%	3,0%
Общая летальность	3,2%	2,9%	3,0%
Переведено на 2 этап	311 (8,9%)	289 (8,5%)	276 (7,6%)

В структуре заболеваемости новорожденных лидирующее место занимают респираторные нарушения у новорожденных (РДС), которые не имеют значительного колебания за анализируемый период, составив 20% в 2012 г. Следующими нозологическими формами являются инфекции, специфичные для перинатального периода, не имеющие колебания по годам (14,6% в 2011 г, 15% - 2012 г). Количество новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, с нарушениями церебрального статуса имеет положительную тенденцию к снижению (13,5% и 4,7% в 2011 г.; 12% и 4,0% в 2012 г. соответственно). ЗВУР остаются на прежнем уровне (11,7%-12%), но отмечен рост врожденных пороков развития на 3,3% сравнительно с 2011 г. (табл. 2).

Представляет интерес анализ родовых травм у новорожденных за отчетный период, которые остаются на достаточно высоком уровне (38 (4,1%) в 2011 г., 52 (6,4%) в 2012 г.), с незначительным ростом в структуре частоты тяжелых родовых травм ЦНС (2 (0,2%) в 2011 г., 6 (0,7%) в 2012 г.) (табл. 3).

Показатель перинатальной смертности принято анализировать отдельно для доношенных и недоношенных детей, что обусловлено различием в их состоянии и адаптационных возможностях, а также разными требованиями к акушерской и неонатальной медицинской помощи. Показатель

ранней неонатальной смертности по сравнению с 2011 г. незначительно увеличился на 0,3‰, составив 29,3‰. Соответственно, отмечается увеличение общей летальности с 2,9% до 3,0% в 2012 г. (табл. 4).

Таблица 2.

Структура заболеваемости новорожденных в 2010-2012 гг.

Нозологическая форма	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	N	%	N	%	N	%
Асфиксия в родах	177	17,6%	124	13,5%	98	12%
Доношенных	93	52,5%	27	21,7%	31	32%
Недоношенных	79	44,6%	97	78,3%	67	69%
Нарушения церебрального статуса	50	4,9%	43	4,7%	33	4,0%
Доношенных	35	70%	29	67,4%	26	78,7%
Недоношенных	15	30%	14	23,6%	7	21,3%
Инфекции перинатального периода	208	20,7%	134	14,6%	121	15%
Доношенных	54	25,9%	46	34,3%	33	27,2%
Недоношенных	154	74%	88	65,7%	88	72,7%
РДС у новорожденных	178	17,7%	202	22,1%	163	20%
Доношенных	14	7,8%	25	12,3%	24	21%
Недоношенных	164	92%	177	19,3%	93	79,9%
Врожденные пороки развития	53	5,3%	60	6,5%	80	9,8%
Доношенных	38	71,6%	29	48,3%	59	74%
Недоношенных	15	28,3%	31	51,7%	21	26%
Задержка в/утр. развития	45	4,5%	107	11,7%	98	12%
Доношенных	29	64%	54	50,4%	59	60%
Недоношенных	17	37%	53	49,6%	39	40%

Таблица 3.

Структура родовых травм у новорожденных за 2010-2012 гг.

Нозологическая форма	2010 год		2011 год		2012 год	
	АБС	%	АБС	%	АБС	%
Всего	38	3,7%	38	4,1%	52	6,4%
Родовая травма ЦНС	3	0,3%	2	0,2%	6	0,7%
ВЧК	3	0,3%	2	0,2%	5	0,6%
Спинальная родовая травма	-	-	-	-	1	0,1%
Другие родовые травмы, в том числе	34	3,4%	37	4%	46	5,6%
Кефалогематома	32	3,2%	33	3,6%	42	5,1%
Перелом ключицы	2	0,2%	3	0,3%	4	0,5%
Перелом плечевой кости	-	-	1	0,1%	-	-
Периферические парезы	-	-	-	-	-	-

Таблица 4.

Показатели перинатальной смертности за 2011-2013 гг.

Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Перин. смертность	59,8‰	66,4‰	61,3‰
РНС	30,9‰	29,0‰	29,3‰
Мертворождаемость	29,4‰	37,1‰	31,8‰

В структуре летальности среди доношенных младенцев ведущее место занимает ВУИ, показатель которой в 2012 г. возрос на 5%, родовая травма с некоторым ростом по сравнению с предыдущими годами составила - 2,8%, тяжелые врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, церебральная лейкомаляция головного мозга составили по 1,8% (табл. 5). В структуре перинатальной смертности преобладают дети в весовой категории от 500 до 999 гр. -59%, 31% составили дети от 1500 до 2499 гр., и на третьем месте в весовой категории от 1000 до 1499 гр.

В структуре РНС среди недоношенных ведущей причиной является болезнь гиалиновых мембран (34%), состояния, вызванные асфиксией (16%), со снижением на 12,4% сравнительно с прошлым годом, остается на прежнем уровне частота врожденных пороков (15,9% в 2011 г., 15% в

2012 г.). Увеличилась доля родовых травм на 1,7% сравнительно с прошлым годом (1,1% в 2011 г., 2,8% в 2012 г.), уменьшилась доля ВУИ на 5% (табл. 6).

Таблица 5.

Структура ранней неонатальной смертности среди доношенных новорожденных.

Нозологическая форма	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Состояния, вызванные асфиксией	6 (5,5%)	-	-
Родовые травмы ЦНС	2 (1,8%)	1 (1%)	3 (2,8%)
Врожденные пороки развития	1 (0,9%)	5 (5%)	2 (1,8)
Внутриутробные инфекции	4 (3,6%)	2 (2%)	7 (6,6%)
ГБН	-	-	-
Кровоизлияние в надпочечники	-	1 (1%)	-
Лейкомаляция головного мозга	-	2 (2%)	2 (1,8%)
Всего:	13 (12%)	11 (11%)	14

Таблица 6.

Структура ранней неонатальной смертности среди недоношенных за 2010-2012 гг.

Нозологическая форма	2010	2011	2012
Асфиксия при родах	35 (32%)	25 (28,4%)	17 (16%)
БГМ	27 (24,7%)	27 (30,6%)	36 (34%)
ВЖК	12 (11%)	6 (6,8%)	4 (3,7%)
Врожденный сифилис	2 (1,8%)	1 (1,1%)	2 (1,8%)
Внутриутробные инфекции	16 (14,6%)	15 (17%)	13 (12%)
Врожденные пороки развития	12 (11%)	14 (15,9)	16 (15%)
Родовые травмы ЦНС	1 (0,9%)	1 (1,1%)	3 (2,8%)
Разрыв печени при родовой травмы	1 (0,9%)	-	-
ГБН	-	1 (1,1%)	1 (0,9%)
Аспирационный синдром	1 (0,8%)	-	-
ДВС синдром	-	1 (0,7%)	-
Всего:	116 (90,6%)	123 (86%)	

При анализе распределения умерших новорожденных по регионам, отмечено преобладание матерей жительниц Иссык-Кульской (26,8%), Нарынской (16,6%), Ошской (11%) областей, реже жительницы Чуйской (9,2%), Таласской (6,5%), Баткенской (5,5%) областей, г. Бишкек (4,6%) и зарубежья (5,5%), что косвенно свидетельствует о характере внутренней миграции в республике и проблеме антенатального ухода женщин регионов (табл. 7).

Таблица 7.

Распределение умерших новорожденных по регионам за 2011-2012 гг.

Регионы	2011 г.		2012 г.	
	абс	%	абс	%
Бишкек	4	4,04	5	4,6
Иссык-Куль область	27	27,27	29	26,8
Нарынская область	16	16,16	18	16,6
Таласская область	7	7,07	7	6,5
Ошская область	13	13,13	12	11
Баткенская область	8	8,08	6	5,5
Чуйская область	11	11,11	10	9,2
Жалал-Абадская область	11	11,11	14	13
Зарубежье (Узбекистан, Россия, Китай)	2	2,02	7	6,5
ВСЕГО	99	100	108	100

Крайняя тяжесть состояния детей и случаи несовместимых пороков развития привели к высокой досуточной летальности до 40%. Из 30 детей, родившихся с массой тела 500-999 гр. выжило и переведены на II этап выхаживания 5 (16,6%), умерли 25 (23,1%) (табл. 8).

При анализе умерших за последний год: из 108 новорожденных 32 (29,6%) родоразрешены путем кесарева сечения в экстренном порядке по поводу преэклампсии тяжелой степени, неподдающейся мед. коррекции, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты,

5 (4,5%) беременных с заболеваниями сердечно сосудистой системы (ревматическая болезнь, ГБ III степени, ВПС, СНФК III ст.), у 15 хроническое заболевание почек, в 3 случаях (2,7%) хронический гепатит. Патологическое предлежание плода (чисто ягодичное, тазовое, поперечное) отмечено в 14 (12,9%) случаях, в 9 (8,3%) случаях острая внутриутробная гипоксия плода в родах, хориоамнионит у 4 (3,7%) рожениц. Анемия различной степени тяжести была у 50% беременных женщин, у 25 (23%) - отягощенный акушерский анамнез (замершая беременность, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, анте и интранатальная гибель плода). Следует отметить, что 87% беременных не наблюдались антенатально.

Таблица 8.

Распределение умерших младенцев по весовой категории 2010-2012 гг.

Масса тела, гр.	Родилось живыми			Всего умерших			Досуточная летальность		
годы	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
500-999	50	229	30	40 (35,7%)	25 (25%)	25 (23,1%)	27 (24%)	22 (22%)	10 (9,2%)
1000-1499	64	55	65	29 (25,8%)	27 (27%)	31 (28,7%)	12 (10%)	21 (21%)	11 (10%)
1500-2499	212	234	280	28 (25%)	35 (35%)	36 (33%)	13 (11,6%)	20 (20%)	16 (14,8%)
2500 и более	3119	3047	3231	15 (13,3%)	11 (11%)	16 (14,8%)	8 (7,1%)	5 (5%)	6 (5,5%)

Анализ причин перинатальной смертности в весовой категории до 999 гр., показал, что в большинстве случаев было прерывание беременности со стороны матери (59%-преэклампсия тяжелой степени, в 18% - наличие тяжелой экстрагенитальной патологии), 6% - ВПР, несовместимые с жизнью, в 6% - острая гипоксия плода. Антенатальное наблюдение было лишь у 35% женщин. В весовой категории от 1000 гр. до 1499 гр. преэклампсия тяжелой степени (ПЭТС) как показание к прерыванию беременности составила 27%, ВПР - 14% отслойка плаценты - 9%, родовое излитие овод - 18%. Аналогично низкий процент антенатального ухода - 36% женщин.

В весовой категории от 1500 гр. до 2499 гр. наряду с акушерскими причинами прерывания беременности (ПЭТС- 31%, отслойка плаценты - 15%, родовое излитие овод - 23%), отмечена высокая доля ВПР – 23%, что свидетельствует о поздней диагностике ВПР на антенатальном этапе. Своевременная антенатальная диагностика позволила бы снизить значимость этой патологии в структуре причин перинатальной смертности и привести к снижению самого показателя. В этой группе был наиболее низкий процент антенатального наблюдения (15%). О недостаточном антенатальном уходе свидетельствует и высокий процент (12-32%) женщин с неблагоприятным перинатальным исходом, поступивших в стационар во II периоде родов.

Анализ акушерских причин перинатальной смертности свидетельствует об увеличении количества беременных женщин с отягощенным анамнезом, отсутствием антенатального ухода, ростом частоты преэклампсий тяжелой степени. Эту тенденцию можно связать и с аккумуляцией в КРД НЦОМид тяжелого контингента беременных, в связи с регионализацией и перенаправлением их на третичный уровень.

Выводы. Таким образом, показатели перинатальной смертности, ее структура объясняют причины и требуют комплекса мероприятий по ее снижению:

1. Усиление работы ГСВ по раннему выявлению и учету беременных с целью профилактики осложнений беременности, санации хронических очагов инфекции, ранней диагностике врожденных пороков развития плода.

2. Улучшение работы родильного блока и отделения патологии беременных по прогнозированию, диагностике и профилактике внутриутробной гипоксии плода, повышение квалификации врачей и акушеров.

3. Для своевременной диагностики угрожаемых состояний новорожденного шире использовать современные методы исследования: ультразвуковые, бактериологические, биохимические, определение газового состава крови у новорожденных.

4. Приведение в соответствие учреждению третичного уровня штатного расписания врачей - неонатологов, медицинских сестер, акушеров.

5. Соблюдение стандартов и клинических протоколов по ведению осложнений беременности, патологических состояний плода.

Устойчивое внедрение программ эффективного перинатального ухода, демедицинализация раннего неонатального периода, внедрение технологий по выхаживанию недоношенных младенцев (сурфактант, СРАР) являются реальным резервом снижения показателей. Глобальные стратегии ВОЗ требуют разработки эффективных программ, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности [1, 2, 3]:

- улучшение санитарно-просветительной работы среди женщин, стремление выработать у населения представление о высокой ценности здоровья (особенно репродуктивного);
- улучшение качества антенатального ухода, выделение женщин высокого риска для своевременного перенаправления, консультирование и привлечение семьи, повышение информированности женщин в определении опасных симптомов беременности, преждевременных родов, угрожающих состояний новорожденных;
- совершенствование и рациональное ведение родов, исключение ятрогенных вмешательств, родовспоможение, ориентированное на участие членов семьи;
- совершенствование системы перенаправления на получение специализированной помощи женщинам и новорожденным (региональный подход);
- улучшение качества своевременной первичной реанимационной помощи новорожденному, обеспечение раннего грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребёнка; профилактика инфекционной заболеваемости, в том числе госпитальных инфекций, активное вовлечение матери в принятии решений по ведению новорожденного.

По каждому из этих принципов разработаны современные технологии, внедряемые в практику в качестве компонентов необходимого ухода за новорожденным. Минимальный набор вмешательств, доступный при всех родах, эффективно снижают неонатальную смертность и заболеваемость, значительно уменьшают младенческую заболеваемость и смертность. Указанные методы не требуют больших затрат, но представляют собой вмешательства, требующие систематического повышения профессионального уровня, знаний и практических навыков персонала, оказывающего медицинскую помощь беременным и новорожденным.

Литература:

1. *Здоровье женщин и новорожденных детей в Чуйской области и Кыргызстане: оценка и обоснование вмешательств.* - Б.: 2009. - 69 с.
 2. *Программа по улучшению перинатальной помощи в КР на 2008-2017 гг.* - Б., 2008. - 136 с.
 3. *Вмешательства, направленные на выживание матери, ребенка и новорожденного младенца: какие изменения могут произойти в результате вмешательств на уровне ПМСИ? Bhutta Z.A., Ali S., Cousens S. et al. // Lancet.* - 2008; 372:972-89.
-

УДК-616-085:616-21:616-053.2

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ТАХОКОМБА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абдихаликов Ж.А., Анарбаев А.А., Одуров Н.К., Монокбаев Э.К.

METHOD OF APPLICATION TACHOCOMB IN ENT PRACTICE

Abdihalikov J.A., Anarbaev A.A., Odurov N.K., Monokbaev E.K.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: представлены результаты применения Тахокомба в оториноларингологической практике у детей с хроническим тонзиллитом в возрасте до 15 лет, прошедших стационарное лечение в ЛОР отделении для достижения надежного гемостаза в оперативном лечении.

Ключевые слова: тахокомб, дети, лечение.

Rezume: the results of application Tachocomb in ENT practice at children with chronic tonsillitis at the age of 15, the last in-patient treatment in the ENT department to achieve reliable hemostasis in surgical treatment.

Key words: application method, Tachocomb, children, treatment.

Актуальность. Одним из самых грозных и вероятных осложнений при операции ЛОР патологии является кровотечение, возникшее как в момент самой операции, так и в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. С целью гемостаза кровотечений в нашей клинике используется «Тахокомб» (Такеда).

В настоящее время появилось много сообщений о применении различных клеевых субстанций при хирургических вмешательствах. Подобные препараты используются в целях гемостаза при кровотечениях. Наиболее традиционным гемостатическим средством местного применения являлся коллаген, который служит матриксом для формирования кровяного сгустка путем улавливания тромбоцитов [1, 2].

Однако гемостатические возможности коллагеновых губок весьма ограничены из-за плохой фиксации к раневой поверхности, что приводит к их быстрому отторжению при остановке достаточно массивных кровотечений.

Для остановки кровотечения мы применяли Тахокомб, представляющий собой готовую к применению стерильную коллагеновую пластину, клеящий слой которой состоит из фибриногена, тромбина, аprotинина и рибофлавина, последний маркирует желтым цветом клеящую поверхность. Тахокомб длительное время успешно использовался нами для достижения гемостаза при хирургических вмешательствах - тонзилэктомии [3].

В последнее время при тонзилэктомии, особенно в условиях плановой хирургии, возникают проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции недостаточно для остановки возникшего кровотечения. В подобных ситуациях мы в своей практике используем аппликации Тахокомба (Такеда).

Целью исследования явилось определение эффективности остановки кровотечений с помощью применения современных технологий.

Материалы и методы исследования. В ЛОР-отделении ОМДКБ в период с 2011 года по август 2013 года госпитализированы 177 больных хроническим тонзиллитом. Среди них мальчики-58 (32,8%), девочки-119 (67,2%). Из 177 госпитализированных больных 158 (89,3%) выполнена операция двухсторонняя тонзилэктомия под общим интубационным наркозом. Оперированы традиционным доступом 19 (10,2%) больных.

Всем больным проводилась инфузионная и гемостатическая терапия в послеоперационном периоде, антибактериальное лечение, анальгетики, перевязки. У больных во время двухсторонней тонзилэктомии наблюдалось поверхностное диффузное кровотечение из ниши миндалин. При поверхностных кровотечениях из ниши небных миндалин, которые не удается остановить традиционным методом, оптимальным методом мы считаем применение с целью гемостаза аппликации Тахокомба (Такеда).

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективному гемостазу и формированию качественного тромба способствует правильно исполненный метод. Как средство гемостаза при диффузных кровотечениях после тонзилэктомии успешно применяется Тахокомб (Такеда).

Тахокомб - абсорбирующее гемостатическое средство для местного применения, который состоит из коллагеновой губки, покрытой с одной стороны фибриновым клеем (фибриноген и тромбин), способствующий свертыванию крови. При контакте с кровоточащей раной, содержащиеся в покрывающем слое факторы свертывания высвобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин. Перед наложением пластины Тахокомба раневая поверхность - послеоперационные миндаликовые ниши максимально вычищаются от крови и слюны. Сторону помеченную желтым цветом накладываем на раневую поверхность ниши небных миндалин и прижимаем, фиксируем тампоном в течение 3-5 минут, для исключения отторжения пластины. Размер пластин Тахокомба зависит от величины раневой поверхности. При применении Тахокомба достоверно уменьшается время необходимое для достижения окончательного гемостаза раневой поверхности в 2,5 раза. Впоследствии в нишах миндалин на месте наложение пластины усиливается ангиоматоз, ускоряются процессы регенерации, заживления раны, замещение легкой соединительной тканью в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, применение Тахокомба позволяет обеспечить надежный гемо- и биостаз в нишах небных миндалин, сокращая частоту конверсии и ранних послеоперационных осложнений, а так же среднее пребывание больных в ЛОР стационаре. Полагаем, что использование Тахокомба расширяет арсенал средств хирурга во время операции, позволяет снизить количество осложнений и помогает избежать конверсии в сложных ситуациях.

Литература:

1. Акишулаков С.К. Применение Тахокомба в реконструктивной операции при посттравматической ликворе. В сб.: «Тахокомб - пятилетний опыт применения в России». М: Никомед Россия, 2001, -С. 69-70.
2. Барышев Б.А. Место Тахокомба среди традиционных способов местного гемостаза. В сб.: «Тахокомб - пятилетний опыт применения в России». М: Никомед Россия, 2001.- С. 8-13.
3. Горский В.А., Леоненко И.В. Пятилетний опыт использования Тахокомба в абдоминальной хирургии. В сб.: «Тахокомб - пятилетний опыт применения в России». М: Никомед Россия, 2001.- С. 16-20.

УДК 616-073.756.8(0818):616.831-002.5.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ В МРТ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абдурахманов Б.О., Азимбаев К.А., Исмаилов К.А.

THE APPLICABILITY OF CONTRAST ENHANCEMENT ON MRI DIAGNOSIS OF TUBERCULOUS LESION OF THE BRAIN

Abdurakhmanov B.O., Azimbaev K.A., Ismailov K.A.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: показана эффективность контрастного усиления для ранней и эффективной диагностики туберкулезного поражения головного мозга на примере клинических случаев.

Ключевые слова: нейротуберкулез, контрастное усиление, омнискан.

Resume: it shows the efficiency of contrast enhancement for the early and effective diagnosis of tuberculous lesions of the brain on the example of clinical cases.

Key words: нейротуберкулез, contrast enhancement, Omniscan.

Актуальность. Последнее десятилетие в Кыргызстане характеризовалось неуклонным ростом заболеваемости туберкулезом. В Кыргызстане, по данным МЗ КР, в 2013 году зарегистрировано 5674 человека, заболевшего туберкулезом. Отмечено, что самый высокий уровень заболеваемости сохраняется в г. Бишкек, Чуйской и Таласской областях.

В I полугодии текущего года зарегистрировано 3110 случаев, из них 303 - среди детей до 14 лет. В 2012 году за аналогичный период было зарегистрировано 3068 случаев, из них среди детей до 14 лет - 350. Показатель смертности от туберкулеза составил 8,2 на 100 тыс. населения. Кроме того, в последние годы увеличивается количество лекарственно устойчивых форм туберкулеза.

Логично предположить, что наряду с ростом заболеваемости туберкулезом в целом возрастает и заболеваемость внелегочным туберкулезом, включая и наиболее тяжелую его форму - туберкулез ЦНС. Эта патология всегда считалась достаточно редкой, в связи с чем, исследования по данной проблеме малочисленны.

Наиболее крупное исследование, результаты которого опубликованы в монографии О.М.Ивашоты, Н.С.Пилипчука, В.Г.Назаренко и соавторов «Туберкулезный менингоэнцефалит»,

было проведено на Украине в конце 70-х - начале 80-х годов. Основной акцент в данной работе был сделан на то, что при снижении заболеваемости туберкулезом в целом, туберкулез ЦНС становится настолько редко встречающимся заболеванием, что клиницисты забывают об этой патологии. Основной задачей авторов было напомнить о существовании туберкулеза ЦНС и выявить особенности течения нейротуберкулеза в условиях снижения заболеваемости туберкулезом.

Многие авторы едины во мнении, что туберкулез ЦНС заболевание трудно диагностируемое, особенно при отсутствии указания на специфическое поражение других органов и систем. Кроме стандартных ошибок диагностики туберкулеза ЦНС, возможна гипердиагностика нейротуберкулеза у больных, имеющих активный туберкулез экстракраниальной локализации. Наиболее часто в данной ситуации туберкулез ЦНС путают с острой токсической энцефалопатией.

«Золотым стандартом» для верификации диагноза нейротуберкулеза является обнаружение в спинномозговой жидкости микобактерий туберкулеза. Однако, во-первых, процент выявления возбудителя достаточно мал, во-вторых, для получения результатов культурального исследования ликвора требуется длительный срок. В настоящее время появилось большое количество вспомогательных методов экспресс-диагностики нейротуберкулеза, но ни один из приведенных тестов не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, чтобы можно было исключить другие методы исследования.

Таким образом, как и прежде, диагноз туберкулеза центральной нервной системы (ЦНС) основывается на анализе многих исследований, каждое из которых в отдельности не может служить основанием для установления туберкулезной этиологии заболевания.

Одним из методов диагностики заболеваний ЦНС является магнитно-резонансная томография (МРТ). Внедрение метода МРТ в клиническую практику является одним из крупнейших достижений современной инструментальной диагностики, расширившим ее возможности.

В практике МРТ важное значение имеет метод искусственного контрастирования (усиления) изображения с помощью магнитно-резонансных контрастных средств. Контрастность МРТ изображения зависит от времен релаксации протонов тканей, применяемой импульсной последовательности и т.д. Времена релаксаций зависят от внешних условий и свойств внутренней среды организма. В число этих условий входит наличие парамагнитных веществ, укорачивающих преимущественно T1 или T2. Наибольшее распространение в качестве магнитно-резонансных контрастных средств (МРКС) при исследовании головного мозга получили хелатные комплексы гадолиния.

Цель исследования. Улучшение качества диагностики нейротуберкулеза путем применения МРТ обследования с контрастным усилением.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось на базе Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) в отделении МРТ на аппарате Intera Philips с мощностью магнитного поля 1,5 Тесла.

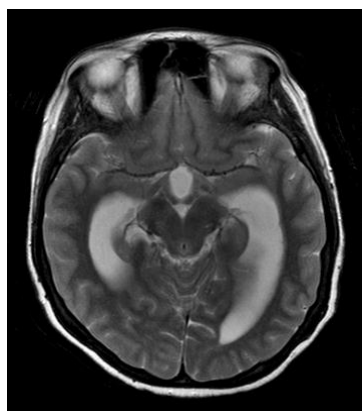
Были обследованы пациенты разных возрастных групп, обоих полов.

Обследование прошли 8 пациентов, 7 пациентов были доставлены в отделение МРТ ОМДКБ в тяжелом и среднетяжелом состоянии с картиной нейротоксикоза и интоксикационным синдромом, 1 пациент с предварительным диагнозом туберкулезный менингоэнцефалит (в анамнезе имел место туберкулез легких).

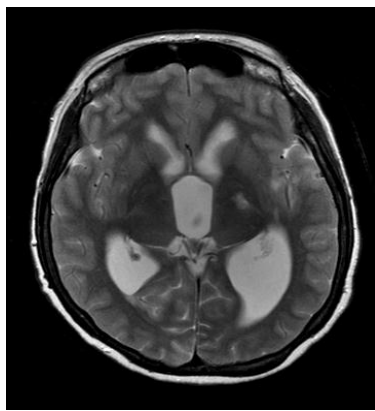
Исследование проводилось с использованием стандартных протоколов в режимах T1 и T2. В качестве контроля применялась последовательность T1. Исходя из имеющихся на рынке фармацевтической промышленности Кыргызстана препаратов, для контрастного усиления был использован Омнискан (гадолиний - содержащий препарат производства Американа Хелс, Ирландия), ввиду его оптимальной стоимости и минимальных побочных эффектов. Предварительно было получено согласие со стороны обследуемого и его родственников на введение контрастного вещества.

Результаты исследований. После МРТ обследования у одного пациента на нативных изображениях выявлены множественные гипointенсивные очаги на T2 взвешенных изображениях (ВИ) округлой формы размерами до 3-4 мм, локализующиеся в оболочках мозга и частично в паренхиме больших полушарий. Дополнительно был обследован позвоночник и спинной мозг, в результате которого выявлено поражение двух верхнегрудных позвонков, характерное для костного туберкулеза.

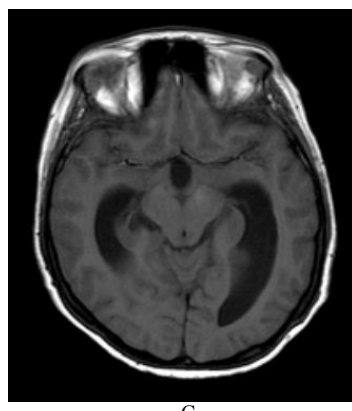
У 5-х количество очагов колебалось в пределах 1-3. Визуализация очагов представлялась затрудненной. У двоих пациентов органических изменений не было выявлено (рис. 1).



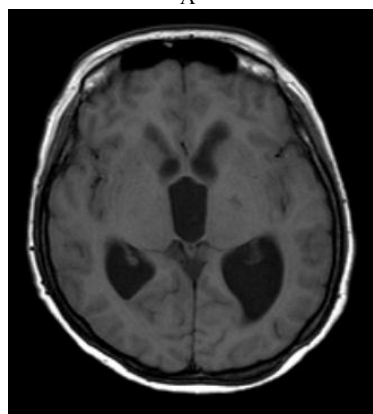
A



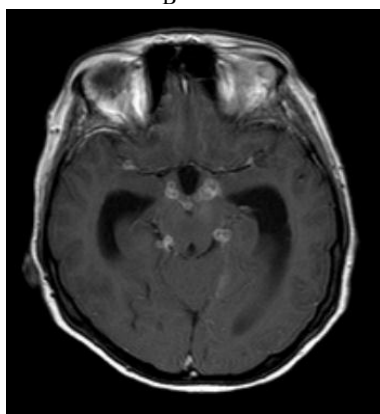
B



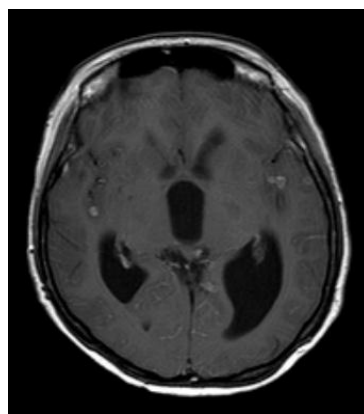
C



D



E

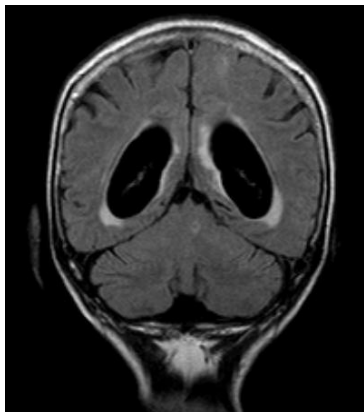


F

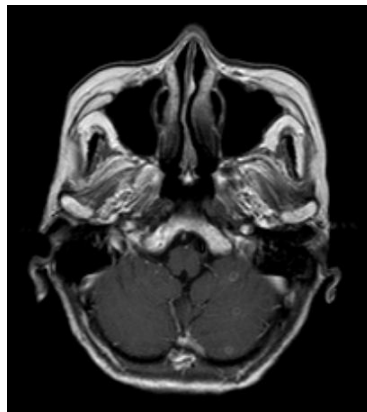
Рис 1. А и В. - T2 ВИ без контрастного усиления, С и D - T1 ВИ без контрастного усиления;
Е и F - T1 ВИ после введения Омнискана.



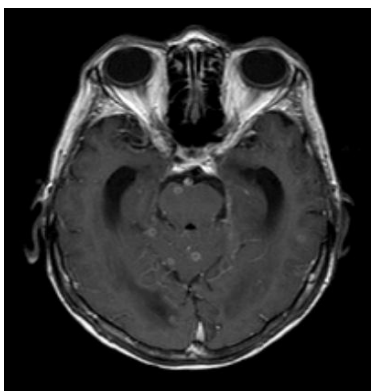
A



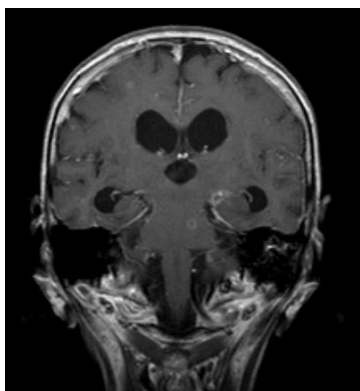
B



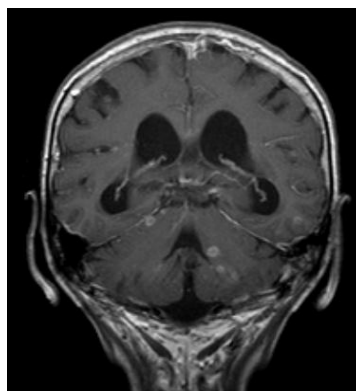
C



D



E



F

Рис. 2. А, В - T2 ВИ без контраста. С, D, E, F - T1 ВИ с применением Омнискана.

После внутривенного введения Омнискана из расчета 0,2 мл/кг веса количество очагов во всех случаях резко увеличивалось в количественном отношении, особенно в группе без очаговых изменений на безконтрастных изображениях (рис. 2).

Тип контрастного усиления был кольцевидный. Было также отмечено характерное для менингита усиление интенсивности сигнала от оболочек мозга. Побочных явлений от введения контрастного препарата не наблюдалось.

Выводы. Для ранней и эффективной диагностики туберкулезного поражения ЦНС рекомендуется проведение МРТ обследования на томографах с напряженностью магнитного поля не менее 1,5 Тесла.

Для лучшей визуализации очагов поражения и оболочек мозга необходимо обязательное применение контрастного усиления.

Нами рекомендуется препарат Омнискан для контрастного усиления в целях эффективной МРТ диагностики нейротуберкулеза и других воспалительных и опухолевых поражений ЦНС.

Изменения, выявленные на МРТ, могут служить основанием для начала специфической антибактериальной терапии до получения лабораторного подтверждения туберкулезного поражения ЦНС.

Литература:

1. Трофимова Т.Н., Ананьева Н.И. и др. Нейрорадиология // СПб., 2005. –С. 261-264.
2. Ахадов Т.А. МРТ головного мозга при опухолях // М.:2003. – С.7-13.
3. Китаев В.М., Бардаков В.Г. и др. Лучевая диагностика патологии головного мозга // М.: РАЕН, 2008. –С.102-104.
4. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. // Диагностическая нейрорадиология. 2012.-Том IV.- С. 288-290.
5. Donald W., Mc. Robbie. MRI from picture to proton // Cambridge, 2003. -P. 41-43.

УДК 616.5-001.17:615:32(575.2) (04)

ЗАЩИТНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОТИВОСОЛНЕЧНОЙ КРЕМ-ПАСТЫ НА ОСНОВЕ МЕЛКОДИСПЕРСНЫХ ГЛИН КЫРГЫЗСТАНА

Абдурахманов Б.О., Белов Г.В., Калматов Р.К., Жолдубаева М.Ы.

PROTECTIVE EFFECT OF THE SUN-PROTECT LAYER OF THE PASTE ON THE BASIS OF FINE CLAYS OF KYRGYZSTAN

Abdurakhmanov B.O., Belov G.V., Kalmatov R.K., Dzholdubaeva M.Y.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: приведен опыт использования средства для профилактики и лечения солнечных ожогов на основе природных лечебных ресурсов Кыргызстан. Показана безопасность и эффективность его применения в доклинических исследованиях при солнечных ожогах.

Ключевые слова: солнечные ожоги, лечебная глина.

Resume: the experience of the use of means for the prevention and treatment of solar burns based on the natural medicinal resources of Kyrgyzstan. Shows the safety and efficacy of their use in pre-clinical studies for sunburn.

Key words: solar burns, therapeutic clay.

Солнечные ожоги являются основной патологией, развивающейся у туристов, приезжающих на отдых и лечение в Кыргызстан. С несколько меньшей частотой они встречаются и у местных жителей. Высокой частоте ожогов способствуют географические особенности расположения основных курортов в среднегорье на широтах близких к 40о, в силу большой продолжительности солнечного сияния и высокой интенсивности ультрафиолетового излучения [1, 2, 4, 5].

Наиболее часто солнечные ожоги встречаются в Иссык-Кульской котловине, где санатории, пансионаты и дома отдыха располагаются на высоте более 1600 метров. В этом заповедном регионе отмечается особая чистота воздуха, ультрафиолетовые лучи не встречают препятствий. Эритемная доза в Прииссыкулье в дневное время составляет менее 15 минут [3]. При более продолжительном облучении на открытых участках кожи могут возникать ожоги. Кроме того, нужно учитывать, что туристы из северного Казахстана и Урало-Сибирского региона России приезжают

неадаптированными к повышенной инсоляции, то есть незагорелыми. Наряду с повреждением кожи при солнечных ожогах наблюдаются температурная реакция и общие метаболические нарушения, при обширных ожогах возможно развитие ожоговой болезни [3, 7].

Предотвратить развитие ожогов можно, используя защитные пасты и крема. Зарубежные и российские косметологические фирмы выпускают их в большом ассортименте, однако они имеют высокую стоимость и в Кыргызстане представлены мало. Использование местных природных лечебных ресурсов позволяет производить более доступные для населения лечебно-профилактические средства, способные конкурировать и на внешнем рынке. В Кыргызстане имеются необходимые многочисленные месторождения лечебных грязей, глин и солей, рапы, минеральных вод, экологически чистые лекарственные растения. Медицинская промышленность Кыргызстана, имея богатейшие запасы природных лечебных средств, пока их практически не перерабатывает в готовые лекарственные формы и косметические средства. Широкое применение их продукции сдерживается недостаточной научной обоснованностью.

Целью настоящего исследования явилась разработка на основе местного сырья защитной противосолнечной крем-пасты и определение величины солнцезащитного фактора.

Материалы и методы исследования. Конкретной задачей первого этапа являлась разработка рецептуры защитной противосолнечной крем-пасты с высокой (20-25%) величиной Sun protection factor (SPF).

Задачей второго этапа являлось определение наличия (отсутствия) раздражающего и аллергического эффекта предлагаемого средства у лабораторных животных, а затем и у здоровых добровольцев.

Задачей третьего этапа являлось определение величины SPF защитной противосолнечной крем-пасты в доклинических испытаниях на кроликах, подвергнутых ультрафиолетовому облучению.

Результаты исследования. В соответствии с поставленной задачей и, исходя из имеющегося местного лечебного сырья, нами предложен следующий состав защитной противосолнечной крем-пасты: окись цинка 5%, палыгорскит 25%, глицерин 5%, эмульгатор -5%, дезодорированное хлопковое масло 5%, отдушка 0,1%, вода до 100%.

Химический состав глины, добываемой из Куршабского месторождения Ошской области соответствовал ТУ 68-12-016-20313020-2001 – Палыгорскит представлен ниже в таблице 1 [6].

Таблица 1.

Химический состав палыгорскита из Куршабского месторождения.

SiO ₂	Al ₂ O ₃	Fe ₂ O ₃	TiO ₂	MgO	CaO	Na ₂ O	K ₂ O
59,0	12,3	4,6	0,5	4,7	4,5	1,1	2,6

Наряду с неорганическими компонентами в лечебной глине присутствует до 1,2% гуминовых кислот. Палыгорскит обладает свойствами, определяющими его возможность использования в медицине: гидрофильность – набухает в воде и удерживает ее в большом количестве; высокая адсорбция – связывает различные вещества: масла, лекарственные компоненты; образует устойчивые коллоиды; высокая пластичность – хорошо размазывается по коже, прилипает, образует тонкие пленки; отбеливает растворы; отражает свет (рис. 1).

За счет палыгорскита крем-паста не разделяется на слои, и при данном соотношении компонентов образует сметанообразную мазь. Окись цинка введена за счет своих фотопротекторных свойств – отражать солнечные лучи. Хлопковое масло лучше других растительных масел поглощает ультрафиолетовые лучи, преобразуя их в тепловую энергию. Кроме того, масло оказывает антиоксидантный эффект.



А



Б

Рис. 1. А) Грануловидные палыгорскитовые образования. Б) Волокна природного палыгорскита.

В первой серии экспериментов у 28 кроликов (4 группы по 6-8 животных) проводили ультрафиолетовое облучение 10% поверхности кожи боковой поверхности тела, предварительно выбритой и смазанной вазелином, от аппарата «Портативная кварцевая лампа Q-145» с расстояния 1 м в течение 2 часов. Кролики умерщвлялись через 2 часа и через 1, 3, 7 суток от начала эксперимента. Падеж кроликов от ожогового шока составил 3 особи (рис. 2).



Рис. 2. Кролик на 3 день после ультрафиолетового облучения кожи.

У 24 животных обритая поверхность кожи смазывалась перед воздействием УФО разработанной нами защитной противосолнечной крем-пастой. Животные забивались группами через 2 часа и через 1, 3, 7 суток от начала эксперимента.

Аллергических реакций на применение крема-пасты не выявлено. Эритема на участках смазанных вазелином появлялась на 22 минуте, а на участках смазанных солнцезащитной крем-пастой на 50 минуте.

Толщина кожной складки оказалась на 56% меньше чем на участках сравнения, что можно проследить на нижеприведенной диаграмме (рис. 3).

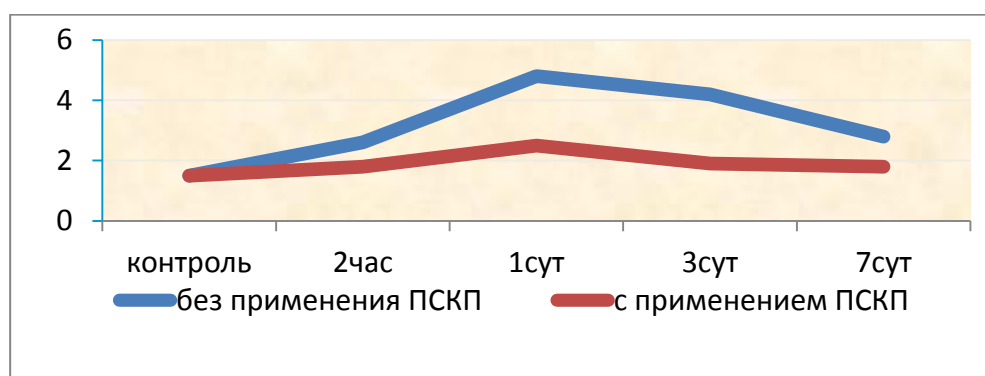


Рис. 3. Динамика изменения толщины кожной складки при естественном течении ожога и при применении ПСКП.

Выводы: 1. Предлагаемая противосолнечная крем-паста на основе мелкодисперсных глин КР не обладает аллергическим эффектом.

2. Защитный эффект от ожогов ультрафиолетовыми лучами данного средства доказан в эксперименте на животных, и рекомендуется для дальнейших клинических испытаний.

Литература:

1. Алтымышев А.А. Целебные богатства Кыргызстана // Фрунзе. - 1981. - С. 305.
2. Абрамова Ж.И., Оксенгендлер Г.И. Человек и противокислительные вещества // Л.: Наука. - 1985. -С.230.
3. Алымкулов Д.А., Бикмухаметова Н.Г. Рекреационные возможности и прогнозы развития курортов Киргизии // Фрунзе: Илим. - 1985. - 200 с.
4. Бардов В.Г. и др. Адаптационный эффект применения профилактических ультрафиолетовых облучений // Проблемы медицины. - 2000. - №5. - С. 36 - 38.
5. Белов Г.В. История изучения курортных ресурсов Кыргызстана // Глава в кн.: Прошлое, настоящее и будущее курортологии и восстановительной медицины. Бишкек. - 2007. -С. 8-15.
6. Иманкулов Б., Кендербаева Дж.Ж. Палыгорскит: ТУ 68:12-20313020. - 2001. – С. 7.
7. Сартбаев М.К. и др. Применение глин и грязей в медицине // Бишкек.-1993. - Ч. 1-2.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Абдыкадыров А. А.

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CLUBFOOT IN CHILDREN

Abdykadyrov A.A.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: проведено хирургического лечение косолапости 77 пациентам: отличный результат получен у 28 больных (39%), хороший у 30 (36%), удовлетворительный у 19 (26%). Неудовлетворительного результата и рецидивов не наблюдалось.

Ключевые слова: косолапость, консервативное и оперативное лечение, дети.

Resume: performed surgical treatment of clubfoot 77 patients: excellent result was obtained in 28 patients (39%), good in 30 (36%), satisfactory in 19 (26%). Unsatisfactory result and relapses were not observed.

Key words: clubfoot, conservative and operative treatment, children.

Актуальность проблемы. Врожденная косолапость является одной из самых распространенных деформаций опорно-двигательного аппарата и по частоте занимает второе место после врожденного вывиха бедра [2, 3]. По мнению ряда авторов [1, 2, 3, 5], указанная деформация встречается преимущественно у мальчиков, двусторонняя косолапость встречается в 1,5 раза чаще, чем односторонняя; правая и левая сторона поражаются одинаково часто. Выраженная ригидность мягких тканей, различные изменения нервной системы, значительные нарушения взаимоотношений в суставах, а в дальнейшем и диспропорциональное развитие костей скелета стопы с упорно прогрессирующим течением, выдвигают косолапость в число наиболее тяжелых, и рецидивирующих пороков развития опорно-двигательного аппарата [4, 6]. Диагностика данной патологии не представляет больших трудностей, и основывается в первую очередь на визуальном осмотре больного, и рентгенографии стопы. При раннем обращении с этой патологией можно получить хорошие результаты консервативными и хирургическими методами лечения. В тех случаях, когда путем консервативного лечения невозможно исправить деформацию, а также при рецидивах после проведенного консервативного лечения прибегают к хирургическим методам коррекции элементов косолапости.

Цель. Изучение эффективности оперативного лечения врожденной косолапости у детей.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) с 2010 года по настоящее время наблюдались и прошли лечение по поводу косолапости 77 больных. Клинически отмечались выраженные элементы косолапости в виде эквинуса, супинации и аддукции стопы, с образованием по наружному краю стопы «натоптыша». При неэффективности консервативного лечения, при выраженных элементах косолапости и рецидивах лечений, нами в условиях отделения детской ортопедии применялось оперативное вмешательство одномоментным «Z» - образным удлинением ахиллова сухожилия и корригирующей остеотомией костей корня стопы (латеральная кубовидная, пяточная, частично ладьевидная и клиновидная) с коррекцией деформации, и фиксацией гипсовой повязкой. Оперативное вмешательство применялось больным с запущенными формами косолапости, при наличии эквинуса и при рецидивах после применения других методов консервативного, и оперативного лечения. В послеоперационном периоде, оперируемая конечность фиксировалась гипсовой лонгетой до заживления раны, далее на конечность накладывалась циркулярная гипсовая повязка с коррекцией формы стопы на 1 месяц. После снятия гипсовой иммобилизации больные получали физиотерапевтические процедуры, массаж и ЛФК, а конечность фиксировалась ортопедической обувью, и лонгетой.

Результаты и обсуждение: наш опыт применяемой методики косолапости у детей и подростков с 5 мес. до 15 лет, дал следующие клинические результаты: отличные результаты отмечались у 28 (39%) больных, у 30 (36%) больных результаты лечения были хорошие, и удовлетворительные отмечались у 19 (26%) больных. Неудовлетворительных результатов и рецидивов не наблюдалось. Наилучшие результаты достигались при хирургическом лечении у детей после предварительного проведения лечения этапными гипсовыми повязками. Неплохие результаты отмечались у больных, которым ранее проводилось консервативное лечение. Менее благоприятные результаты наблюдались в случае отсутствия предварительного консервативного лечения, а также у детей старшего возраста.

Таким образом, оперативное лечение по поводу косолапости показано детям в возрасте до 1 года, которым было проведено безуспешно консервативное лечение. Проведение оперативного лечения в более раннем возрасте дает хороший результат.

Литература:

1. Веденов В.И., Ерофеева И.А. О рецидивах косолапости у детей // Сб. научных трудов. - Горький, 1980. - С. 86-88.
2. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. М.: Медицина, 1980. – 107 с.
3. Зацепин Т.С. Врожденная косолапость и ее лечение в детском возрасте. - М.: Медгиз, 1947. - 90с.
4. Мороз П.Ф. Современные принципы хирургического лечения врожденной косолапости у детей // Восстановительные операции на опорно-двигательной системе. - Кишинев, 1990. - 29 - 33 стр.
5. Новаченко Н.П. Врожденная косолапость // Ортопедия и травматология. - М.: Медицина, 1985. - 211стр.
6. Описов А.А., Кожевников В.В., Тимофеев В.В., Литвинов С.В. Отдаленные результаты различных методов лечения врожденной косолапости // Сб. тезисов - докладов VIII съезда травматологов - ортопедов в России. - Самара, 2006.- С. 950-951.
7. Румянцев Н.Ю., Эзрони В.Е. Организация раннего лечения врожденной косолапости в Ленинграде и Ленинградской области // Сб. научных трудов. - Л.: Лениздат, 1990.- с. 87-89.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М.

DIAGNOSIS AND TREATMENTS OF OBSTRUCTIVE URETEROHYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Akilov Kh.A., Beknazarov J.B., Khakkulov E.B., Paiziev Kh.M.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан.

Резюме: в работе представлен анализ результатов лечения 34 (15 (44,1%) мальчиков и 19 (55,9%) девочек) детей с обструктивным уретерогидронефрозом, оперированных путем создания уретероцистонеоанастомоза. В возрасте до года выявлено 8 детей (23,5%), до 7 лет 25 (73,5%), старше 7 лет - 3 (8,8%). Выполнена операция ликвидации клапана уретры, иссечение уретероцеле и уретероцистонеоанастомоз. Имелась группа больных, которым выполнена операция ликвидации инфравезикальной обструкции и геминефруретерэктомия.

Ключевые слова: уретерогидронефроз у детей, уретероцистонеоанастомоз, антирефлюксный механизм.

Resume: this work presents analysis of the treatment of 34 (15 (44,1%) boys and 19 (55,9%) girls) children with obstructive ureterohydronephrosis operated by formation of ureterocystoneoanastomosis. At the age to one year there were revealed 8 children (23,5%), to the 7 years of old – 25 (73,5%), older than 7 years - 3 (8,8%). The operation of the urethra valve removal, ureterocele dissection and ureterocystoneoanastomosis has been performed. There is a group of patients who underwent operation of infravesical obstruction elimination and heminephroureteroectomy.

Key words: ureterohydronephrosis, children, ureterocystoneoanastomosis, antireflux mechanism.

Актуальность проблемы. Врожденные обструктивные заболевания мочевыводящих путей достаточно распространенная патология детского возраста, сопровождающаяся нарушением уродинамики и ведущая к развитию гидронефроза, уретерогидронефроза, цистоуретерогидронефроза, пузырно-мочеточникового рефлюкса, хронического пиелонефрита, хронической почечной недостаточности и гибели почки [3]. Показатели частоты встречаемости врожденных аномалий, по данным ВОЗ, составляют в различных странах от 2,7 до 16,3% [2]. В числе этих заболеваний на долю обструктивного мегауретера, приходится до 30% всей детской урологической патологии [4]. Длительно существующая обструкция ведёт к застою мочи, увеличению давления на подлежащие ткани, нарушению их кровоснабжения и, в конечном счёте, снижению функции почек и хронической почечной недостаточности [5].

Особенностью обструктивных пороков мочевой системы является отсутствие яркой клинической симптоматики, а у 25-75% пациентов аномалии проявляют себя манифестацией

пиелонефрита [1]. Своевременно проведенная оперативная коррекция не приводит к полному излечению: у части детей рецидивирует инфекция, у части снижается функция почки. Хирургическое лечение заболевания характеризуется сложностью лечебно-диагностических мероприятий, высоким процентом послеоперационных осложнений [5].

Нет четкости в вопросах дифференциальной и топической диагностики различных вариантов врожденной обструкции мочевой системы с помощью лучевых методов исследования. Не отработаны объективные критерии определения послеоперационной обратимости обструктивной трансформации мочевой системы и оценки эффективности хирургических методов лечения в зависимости от уровня и вида обструкции [6].

В тактике диагностики и хирургического лечения врожденных обструктивных заболеваний мочевой системы у детей имеется ряд спорных и нерешенных вопросов, что послужило основанием для выполнения настоящей работы.

Цель работы. Совершенствование диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей.

Материалы и методы. В работе представлен анализ 34 детей, оперированных по поводу уретероцистонеоанастомоза с обструктивным уретерогидронефрозом, находившихся на лечение в отделении детской хирургии РНЦЭМП с 2009 по 2012 г. Возраст детей составлял от 3 месяцев до 15 лет. До одного года было 7 детей (20,5%), 1-3 лет - 15 детей (44,1%), 3-7 лет - 6 детей (18,5%), 7-12 лет - 2 детей (6,0%), 12-15 лет - 1 ребенок (3,0%). Частота локализации уретерогидронефроза справа у 23,0% больных, слева у 39,5% больных и двухсторонняя в 37,5% случаев. Комплексное клиническое обследование включало в себя: общесоматическое обследование, биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи, и бактериологическое исследование мочи, проба Реберга и Розельмана, УЗИ органов мочевыделительной системы, доплерография сосудов почек, мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием, цисторафия и по показаниям назначали: урофлоуметрию, изотопное сканирование почек, и антиградную пиелоуретерографию с определением функционального, и анатомического состояния пиелоуретерального и уретеровезикального сегмента, ретроградная уретеропиелография определяла в ближайшее время после операции проходимость уретеровезикального сегмента и анатомофункциональное состояние мочеточника.

Результаты и их обсуждение. Из 34 детей, оперированных методом уретроцистонеоанастомоза, в ближайшем послеоперационном периоде были выявлены прерывистая струя мочи, неприятные ощущения в конце мочеиспускания, болезненность в конце мочеиспускания, чувство позыва на мочеиспускание после совершения акта микции, болезненность во время мочеиспускания. Эти жалобы были после операции уретероцистонеоанастомоза (травмы мочевого пузыря, катетеризации уретры, мочевой инфекции и обострения хронического цистита). После соответствующего лечения дизурические явления исчезали. При ультразвуковом исследовании у 15-ти детей после максимального напряжения при мочеиспускании была обнаружена остаточная моча в мочевом пузыре от 15,0 до 22,0 мл. У этих детей в предыдущих исследованиях также была остаточная моча от 15,0 до 30,0 мл. У 5 детей отмечалось ночное недержание мочи. Эта группа больных получала лечение по поводу нейрогенного мочевого пузыря. Детей до 3-лет было 22 больных (65,0%). Среди всех детей (34) были 15 (44,1%) мальчиков и 19 (55,9%) девочек. Уретероцеле выявлено до 3 лет у 9 больных (26,4%). Выполнена операция с ликвидацией клапана уретры, иссечение уретероцеле и уретероцистонеоанастомоз. Имелась группа больных, которым была выполнена операция ликвидации инфравезикальной обструкции и геминефруретерэктомия.

В данном исследовании мы оценивали все известные нам результаты лечения 34 детей. Проводилась мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием для изучения функционального и анатомического состояния мочевыводящих путей, и доплерографическое исследование выброса мочи из мочеточника в мочевой пузырь, определение функционального состояния зоны мочеточниково-пузырного сегмента. Наличие или отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса выявляли по результатам цистографии. Положительный результат операции уретероцистонеоанастомоза расценивали при отсутствии рефлюкса, отрицательный, когда сохранялся рефлюкс любой степени при цистографии на любом сроке.

Выводы.

У детей раннего возраста обструктивный уретерогидронефроз встречается в 53,4% случаев, что свидетельствует о необходимости антенатальной и ранней диагностики заболевания у детей.

Выполнение операции уретероцистонеоанастомоза позволило восстановить нормальную уродинамику мочеточника и избежать грозных осложнений уретерогидронефроза.

Литература:

1. Дехандт И. И. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей инъекцированием полимерными гидрогелями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алматы, 2002.
2. Ежова Н.Н., Молчанова Л.Ф., Глумова В.А. Влияние экологических факторов на здоровье детей в семьях // Матер. II Всерос. научн. конф. Пермь-Анталья, 1997. -С. 72-73.
3. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. М., 1990.-208 с.
4. Ольхова Е.Б. Эхографические аспекты нефросклероза у детей // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, педиатрии. 2000.- № 2. -С. 136-143.
5. Осипов И.Б, Леванович В.В, Джелиев И.Ш. и соавт. Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Вестник хирургии.- 1966.- №2.-С. 63-66.
6. Simoni F., Vito L., Pizzini C. et al. Megaureter: classification, pathophysiology, and management // *Pediatrica Medica e Chirurgica*. - 2000. -Vol. 22.- № 1. P. 15-24.

**МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ
ОБСТРУКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ**

Акилов Х.А., Хаккулов Э.Б.

**MULTISPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF
URETEROHYDRONEPHROSIS ASSOCIATED WITH INFRAVESICAL
OBSTRUCTION IN CHILDREN**

Akilov Kh.A., Khakkulov E.B.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан.

Резюме: представлен анализ результатов лечения обструктивного уретерогидронефроза у 34 больных, в сочетании с клапаном уретры - у 1 больного (2,9%), с уретероцеле - у 15 больных (44,1%). Применение МСКТ с контрастированием, как высокоинформативный и перспективный метод диагностики в педиатрии позволяет одновременно определить анатомическую структуру, и функциональную способность верхних, и нижних мочевыводящих путей.

Ключевые слова: мультиспиральная компьютерная томография, уретерогидронефроз, уретероцистонеоанастомоз, инфравезикальная обструкция.

Resume: analysis of the results of treatment of obstructive ureterohydronephrosis was presented of 35 patients in combination with the urethra valve – in 1 patients (2,9%), with ureterocele – in 15 patients (44,1%). The use of MSCT with contrasting as high informative and perspective diagnosis tool in the pediatrics allows simultaneous determination of the anatomic structure and functional capacity of the upper and lower parts of the urine tract.

Key words: multispiral computed tomography, ureterohydronephrosis, ureterocystoneoanastomosis, infravesical obstruction.

Актуальность проблемы. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, патология органов мочевыделительной системы занимает второе место в структуре общей заболеваемости детей, после болезней органов дыхания и составляет от 15 до 53% [3].

Аномалии органов мочевой системы встречаются с частотой 3 - 6 на 1000 новорожденных и чаще представлены обструктивными уропатиями (пороки уретры, лоханочно-мочеточникового и пузырно-мочеточникового соустьев, уретероцеле, спинальный мочевой пузырь) [5].

Уретероцеле у детей, в подавляющем большинстве случаев, является следствием врожденного стеноза или шейной эктопии устья мочеточника, что часто приводит к развитию гидроуретеронефроза и нарушению функции почки [2].

Клапан задней части уретры является одним из тяжелых видов врожденной патологии, в частности, инфравезикальной обструкции, вопрос тактики лечения которой остаётся одним из актуальных проблем хирургии детского возраста [1, 4]. Среди аномалий развития мочевого тракта пороки клапана уретры встречаются с частотой 8,3% [6]. Проблема диагностики и лечения верхних и нижних стриктур мочевыводящих путей при аномалиях развития весьма актуальна. Особенности уродинамики аномальных мочевых путей обуславливает атипичность клинической картины, что

существенно затрудняет точную диагностику, и сопряжено с увеличением риска нежелательных послеоперационных осложнений. Применение в детской урологии мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) существенно облегчает выявление патологических изменений верхних и нижних путей мочевого тракта.

Цель работы. Изучение возможностей мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике обструктивных заболеваний верхних и нижних мочевых путей у детей.

Материалы и методы. Обструктивный уретерогидронефроз наблюдался у 34 больных, в сочетании с клапаном уретры - у 1 больного (2,9%), с уретероцеле - у 15 (44,1%). До 3 лет уретероцеле выявлен у 9 больных (60%). Левостороннее уретероцеле обнаружено у 10 больных, правостороннее у 4 пациентов, двухстороннее у 1. Почки и мочеточники на стороне уретероцеле находились в состоянии уретерогидронефротической трансформации разной степени. В возрасте до 1 года было прооперировано 3 больных, в возрасте 1-3 лет - 9, 4-7 лет - 2, 7-12 лет - 1.

Приводим данные предоперационного исследования, полученные при проведении мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) забрюшинного пространства в спиральном режиме, при ширине среза 3 мм, реконструкцией 1,5 мм с последующей мультипланарной реконструкцией на фоне в/в введения 11 мл Тразографа (76%) на 40 минуте. Почки обычных размеров, формы и положения, структура однородная. Правая почка размерами 9,0х3,9 см, толщина паренхимы почки 3,0х8,5 мм. Чашечно-лоханочная система при контрастировании расширена, деформирована, верхняя лоханка в удвоенной почке расширена до 3,5 см, содержимое плотностью + 284 ед.Н. Контрастированный верхний мочеточник расширен до 9 мм, извитой и удлинненный, плотность +10 ед.Н. Паранефральная клетчатка с обеих сторон без особенностей. Левая почка размером 67х37 см, толщина паренхимы почки 9 мм, плотность паренхимы +61 ед.Н. чашечно-лоханочная система не изменена. Контрастированный мочеточник также расширен до 2 мм. Контрастированный мочевой пузырь достаточно наполнен, с четкими ровными контурами, плотность содержимого +1281 ед.Н. По задненижнему контуру мочевого пузыря, слева, определяется дефект наполнения размером 12х8 мм (рис. 1).

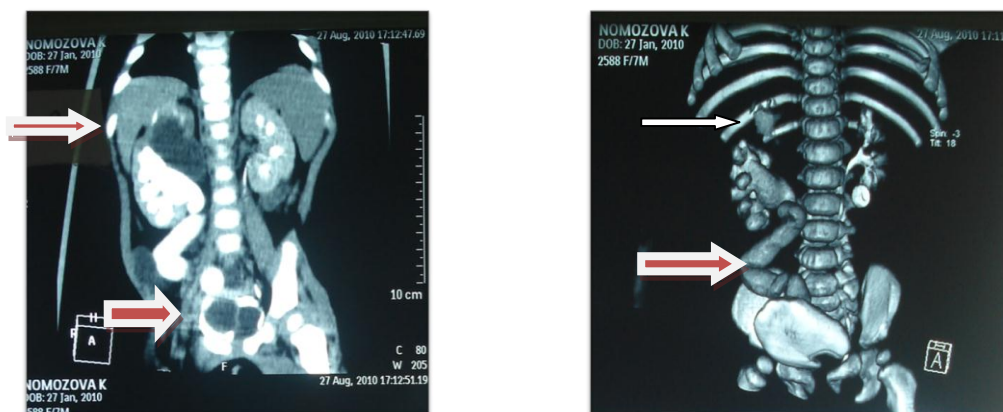


Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием.

Заключение: Аномалия развития мочевыводящих путей. Полное удвоение правой почки. Правосторонняя обструкция уретеровезикального сегмента. Инфравезикальная обструкция. Уретероцеле справа в удвоенной верхней почке. Осложнение: Уретерогидронефроз 4 степени удвоенных почек. Хронический обструктивный пиелонефрит с нарушением функции почки. Хронический цистит.

По нашим данным рефлексирующий уретерогидронефроз в сочетании с клапаном уретры наблюдался у 10 из 40 больных. Клапан уретры у детей раннего возраста составил 6 (66,6%) больных.

Получено КТ изображение почек и МВП в спиральном режиме, шириной среза 3 мм, реконструкцией 1,5 мм с последующей мультипланарной реконструкцией на фоне контрастирования МВП.

Контрастированный мочевой пузырь достаточно заполнен, размером 125х75 мм, содержимое плотностью +155 ед.Н., с четкими контурами. Отмечается локальное «углубление» в области шейки на глубину 6 мм, размером 10х9 мм в форме треугольника, на данном уровне плотность +150 ед.Н.

Заключение: Аномалия развития мочевыводящих путей. Инфравезикальная обструкция. Клапан уретры. Осложнение: Хронический пиелонефрит без нарушения функции почки. Хронический цистит (рис. 2).

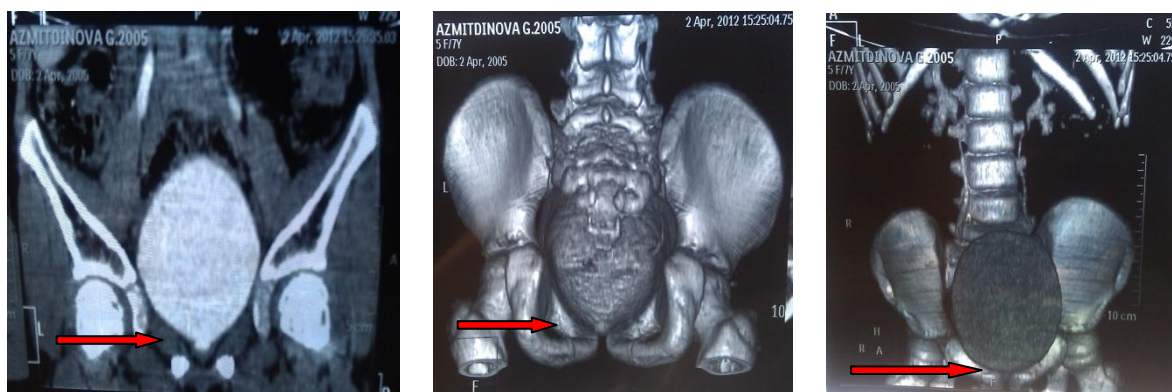


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием.

Детям с первичным рефлюксирующим уретерогидронефрозом в сочетании с клапанами уретры было необходимо одномоментное выполнение операции трансвезикальной ликвидации клапана уретры и уретероцистонеоанастомоз. При обструктивном уретерогидронефрозе, сочетающемся с инфравезикальной обструкцией, выполнялись операции транвезикального разрушения клапана уретры, иссечение уретероцеле и уретероцистонеоанастомоз. Группе больных с вторичными компенсированными изменениями верхних мочевыводящих путей, клапаны уретры были ликвидированы нами с помощью полиэтиленового вальвата и клапаноудаляющего инструмента, предложенного в клинике для трансуретрального разрушения клапанов с применением металлического вальвата.

Результаты и обсуждение. МСКТ с контрастированием, проведенное до операции 15 больным, показало значительное снижение функции и дилатацию коллекторной системы почек, что оказалось невозможным при применении других методов исследования (экскреторная урография, УЗИ и др.). Преимуществом МСКТ с контрастированием являлось также то, что данный метод позволял малоинвазивно, с высокой степенью точности определить наличие полного или неполного удвоения мочеточников. В экскреторной фазе отмечалось резкое расширение коллекторной системы правой удвоенной верхней почки с истончением паренхимы, снижение секреторно-эвакуаторной функции правой почки. Относительно больше была снижена функция удвоенной верхней почки, плотность содержимого чашечно-лоханочной системы и мочеточника, имеются различия функционального состояния почки, толщины паренхимы удвоенной почки и плотности паренхимы почки. Точно определялись врожденные изгибы и степень расширения мочеточника.

При выполнении МСКТ с контрастированием при наполнении мочевого пузыря в области шейки наблюдалось воронкообразное углубление участка, в задней проекции, в области шейки выпуклость типа «бугорок» и вторичное компенсированное изменение верхних мочевыводящих путей. Наиболее точная диагностика стриктур верхних и нижних мочевых путей у детей была осуществлена с помощью МСКТ. Уровень обструкции выявлен во всех наблюдениях. МСКТ представляла наибольшую информацию о степени уретероцеле и клапане уретры, анатомии мочевого пузыря, состоянии окружающих тканей. Возможность вращения компьютерных моделей уретероцеле и клапана уретры, осложненного гидронефротической трансформацией, в различных плоскостях, позволяла на дооперационном этапе оценить его анатомические, и функциональные особенности, обеспечивала выбор тактики лечения.

Заклучение. Применение МСКТ с контрастированием как высокоинформативного и перспективного метода диагностики в педиатрии позволяет одновременно определить анатомическую структуру и функциональную способность верхних и нижних мочевыводящих путей.

МСКТ с контрастированием обеспечивает высокий уровень ценности диагностической информации при решении вопроса о выполнении оргауноносящей или органосохраняющей операции уретероцеле у детей.

Применение методики 3D-МСКТ с контрастированием является относительно новым малоинвазивным методом исследования, которое в рамках одной процедуры позволяет

опровергнуть наличие инфравезикальной обструкции одного из основных симптомов клапана уретры «углубления» в области шейки мочевого пузыря.

Литература:

1. Козырев Г.В. Без дренажные методы отведения мочи в лечении детей с клапанами задней уретры, осложненными рефлюксирующим уретерогидронефрозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 34 с.
2. Лопаткин И. А., Пугачев А. Г. Детская урология. 1986.
3. Страчунский Л. С. и др. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М., 2002
4. Acharya H, Dhende N.P, Mane S.B, Obaidah A. Posterior urethral valves with vesical calculus: a rare association // J. Indian. Assoc. Pediatr. Surg. -2009.- 14(3): 115-6.
5. Erich J.IE, Loirat C., Brunner F.P., Geerlings W. Report on manage- 8. Ment. of renal failure in children in Europe // Nephrol. Dial. Transplant.- 1992.- 7.-Suppl. 2. P. 36-48.
6. Mali V.P., Prabhakaran K., Loh D.S. Anterior urethral valves // Asian J. Surg. -2006.- Vol. 29. -№ 3. -P. 165-169.

УДК 616-71-0015; 616-053-2

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ОТДЕЛЕНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ОМДКБ

Алиев С.А., Абдыкадыров А.А.

EXPERIENCE OF TREATMENT FEMUR FRACTURES IN YOUNG CHILDREN IN TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS DEPARTMENTS OF OICH

Aliev S.A., Abdikadirov A.A.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в работе представлены результаты консервативного и оперативного лечения 56 детей в возрасте от рождения до 7 лет с переломами бедренной кости в травматологическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы. В последние годы с внедрением современных методик консервативного и оперативного лечения значительно улучшились клинические результаты данной травмы. Всем детям произведено скелетное вытяжение и у 3-х детей открытый остеосинтез бедренной кости спицей Кишнера (ЦИТО). Отдаленные результаты у всех больных были хорошими.

Ключевые слова: дети, перелом бедренной кости, лечение.

Resume: we represent the results of conservative and surgical treatment of 56 children in the Age of from birth to 7 years with femur fractures in department of traumatology of Osh interregional clinical hospital. In recent years with the introduction of modern methods of conservative and surgical treatment clinical outcomes of the trauma have been significantly improved. To all the children have been produced skeletal traction and to three children open osteosynthesis of femur. Long-term results of all patients were good.

Key words: children, femur fracture treatment and management.

Актуальность проблемы. До настоящего времени существуют проблемы в лечении переломов бедра у детей младшего возраста. Ошибки в диагностике, запоздавшая операция или неправильно выбранный метод оперативного лечения могут приводить к инвалидности. Переломы бедра составляют 6,4% всех переломов, и встречаются чаще от 3-х до 7 лет [1, 2].

Цель. Улучшить результаты консервативного лечения переломов бедра у детей младшего возраста.

Материалы и методы. Последние годы (с 2010 по 2012 гг.) в отделении травматологии наблюдались 56 больных детей с переломами бедра различного характера. Переломы бедренной кости у детей младшего возраста являются наиболее частой травмой, когда перелом бедра с большими смещениями вызывает трудности закрытой репозиции.

Наибольшее количество пациентов были в возрасте от 3-х до 7 лет. Среди различных видов переломов бедренной кости чаще всего встречаются косые и смешанные (49,1%), несколько реже поперечные (39,9%), оскольчатые и другие виды (10%). Учитывая возраст детей, нами проводилось в основном консервативное лечение. У детей до 3-х летнего возраста проводилось вертикальное вытяжение по Шеде, с 4-х до 7 лет с помощью спицы Кишнера до формирования костной мозоли.

Во время лечения вытяжением осуществлялся периодический рентгенологический контроль (один раз в неделю) за положением костных отломков, и в случае необходимости применяли

корректирующие тяги, противотяги и меняли положение шины для достижения хорошего сопоставления костных отломков. В отделении проводили комбинированный метод лечения.

Вытяжения наблюдались в течение 15-20 дней. Затем вытяжение снимали и накладывали кокситную гипсовую повязку и выписывали на амбулаторное лечение, через 3-4 недели фиксирующую повязку снимали и назначали ЛФК, массаж, физиолечение [4].

У 3-х больных произведена операция с интерпозиций мягкой ткани. Отломки фиксировали интрамедулярно стержнями ЦИТО. Удаление имплантата осуществлялось через 2-2,5 месяца.

Результат. У всех больных отмечено восстановление объема движений в суставах к моменту вертикализации. Осложнений в наших наблюдениях не было. Выбором метода лечения при переломах бедра у детей младшего возраста по нашим данным является консервативный метод лечения. Всем детям были проведены специальные методы исследования: Р-графия тазобедренного, в/3, с/3 и н/3 бедра.

Вывод: детям с переломами бедра целесообразно проводить консервативное лечение, преимуществами которого является низкая травматичность, простота метода лечения, полное восстановление движения в суставах и снижение развития осложнений различного характера.

Литература:

1. Дмитриев М.А. «Травматология детского возраста».- 1976.
2. Исаков Ю.Ф., Долицкий С.Я. «Детская хирургия».- 1976.- С. 80-82.
3. Краснов А.Ф., Ариши В.М., Цейтлин М.Д. «Справочник по травматологии».- 1988.- С. 130, 227.

УДК: 616.348-007.61; 616-053.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Анарбаев А.А., Тешебаев К.Т., Айбашов К.А., Рыскулбеков М.Р.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN

Anarbaev A.A., Teshebaev K.T., Aybashov K.A., Ryskulbekov M.R.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе представлены отдаленные результаты оперативного лечения 20 детей с болезнью Гиршпрунга по методу Соаве-Лёнюшкина, оперированных в хирургическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2007 по 2012 гг.

Ключевые слова: дети, болезнь Гиршпрунга, колостома, аганглиоз.

Resume: the paper presents long-term results of surgical treatment of Hirschsprung's disease by the method of Soave-Lenyushkin 20 children operated on in the surgical department of Osh inter-regional children's hospital from 2007 to 2012.

Key words: children, Hirschsprung's disease, colostomy, aganglioz.

Актуальность проблемы. Болезнь Гиршпрунга является одним из тяжелых пороков развития толстой кишки и занимает ведущее место в структуре патологии пищеварительного тракта у детей [1]. Встречается от 1:30000 до 1:5000. Нарушение эмбриогенеза на 9-й неделе проявляется в аганглиозе нисходящей, сигмовидной, прямой кишок. В период между 10-12-й недель эмбриологические нарушения обуславливают аганглиоз сигмовидной кишки и ректосигмоидального отдела [1, 2]. Несмотря на многочисленные исследования по оперативной коррекции наблюдается большое количество послеоперационных осложнений, такие как: несостоятельность анастомоза, перитониты, некроз низведенной культи, нагноение околоректальной тазовой клетчатки, абсцесс межфутлярного пространства, недержание кала, газов, каломазание, рецидивы запоров.

Для удаления аганглионарного сегмента кишки имеется множество способов операции. Но, до сих пор нет единого метода операции, так как, неудовлетворительные результаты в отдаленном периоде остаются высокими и составляют 19,5% [3]. Основным методом диагностики является ирригография, достоверность которой достигает 80% [3]. Улучшение ранней диагностики, выбор метода оперативного лечения, интраоперационного, послеоперационного ведения способствует снижению послеоперационных осложнений, улучшению отдаленных результатов при лечении болезни Гиршпрунга у детей.

Цель. На основании изучения результатов лечения болезни Гиршпрунга по методу Соаве-Лёнюшкина, выработать тактику предоперационного, послеоперационного ведения, предупредить послеоперационные осложнения и проведение реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении ОМДКБ за период с 2002 г. по 2012 г. прооперировано 20 детей в возрасте от 8 месяцев до 7 лет. От 8 месяцев до 1 года 8 детей (40%), от 1 года до 3 лет – 7 (35%), с 3 до 5 лет – 3 (15%), с 5 до 7 лет – 2 ребенка (10%). Большинство детей составили мальчики - 18 (90%), девочек – 2 (10%).

Всем детям проводили УЗИ обследование, биохимическое обследование, определяли функцию сердечнососудистой системы, ирригографию.

В клинике отмечались: задержка стула и газов до 4 дней у 14 детей (70%), до 4-6 дней у 4 детей (20%), до 6-10 дней у 2 детей (10%). Также имело место увеличение объема живота, нарушение общего состояния, дисбактериоз, анемия различной степени.

По степени компенсации 6 (30%) детей были в стадии декомпенсации, субкомпенсации - 10 детей (50%), компенсации - 4 детей (20%). По локализации аганглионарного участка: у 5 детей (25%) диагностирована ректальная локализация, ректосигмоидальная у 14 детей (70%), субтотальная у 1 ребенка (5%) (рис. 1).

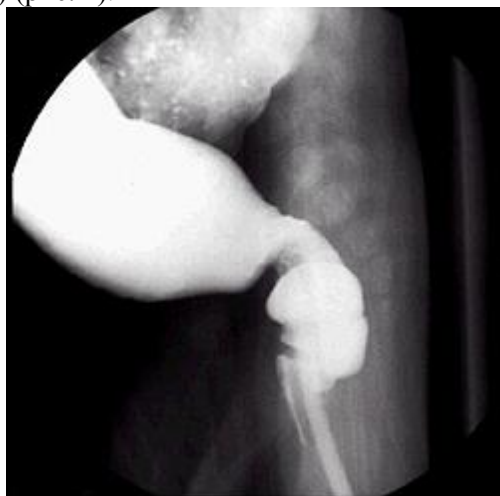


Рис. 1. Ирригография: ректосигмоидальная форма.

Результаты исследования. Оперативное лечение проведено всем 20 детям по методу Соаве-Лёнюшкина поэтапно: сначала была наложена раздельная колостома (I этап) в левой половине живота с резекцией и гистологическим исследованием аганглионарной зоны. В течение последующих 3 месяцев проводили предоперационную подготовку, уход за колостомой, коррекцию биоценоза в амбулаторных условиях. II этапом собственно операцию по Соаве-Лёнюшкину, III этап проводили через 15-20 дней после операции - иссечение культы.

Отдаленные результаты и осложнения: нагноение послеоперационной раны отмечено у 5 детей (25%); некроз выведенной культы у 2 (10%); недержание кала у 5 (25%), рубцовое сужение у 5 (25%), рецидивы запоров у 1 ребенка (5%).

После выписки больные получали длительные курсы реабилитации и восстановления: бужирование, физиопроцедуры, коррекция биоценоза, коррекция питания. Через год после проведения реабилитационных мероприятий функциональные нарушения остались у 5 (27,7%) детей. Через 2 года функциональные нарушения остались у 1 ребенка. Повторная операция по поводу рубцового сужения анального канала выполнена 1 ребенку, наложена повторная колостома.

Выводы: 1. Болезнь Гиршпрунга диагностирована чаще у детей в возрасте от 8 месяцев до 1 года.

2. Получены хорошие результаты оперативного лечения по методу Соаве-Лёнюшкину.

3. Вышеуказанный метод оперативного лечения позволил в значительной степени уменьшить послеоперационные осложнения.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф., Лёнюшкин А.И., Долецкий С.Я. Хирургия пороков развития толстого кишечника у детей. 10-34 с.

2. Исаков Ю.Ф., Степанов Е.А. Ближайшие и отдаленные результаты операции Соаве. С. 88-92.

3. Степанова М.Н., Селезнева К.Н. Сравнительная оценка некоторых методов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей // Хирургия. С. 11-16.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Анарбаев А.А., Айбашов К.А., Тешебаев К.Т., Рыскулбеков М.Р.

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHOLEDOCHAL CYST IN CHILDREN

Anarbaev A.A., Aybashev K.A., Teshebaev K.T., Ryskulbekov M.R.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызстан.*

Резюме: в работе представлены результаты хирургического лечения 15 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет с врожденной кистой общего желчного протока в хирургическом отделении №1 Ошской межобластной детской клинической больницы в период с 2001 по 2012 год. Методом выбора лечения кисты общего желчного протока служило наложение цистогепатикохоледохоюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки с холецистэктомией. Приведены отдаленные результаты применяемых оперативных методов (в сроки до 10 лет), позволивших достичь выздоровления.

Ключевые слова: киста общего желчного протока, холецистэктомия, цистогепатикохоледохоюноанастомоз, дети.

Resume: the paper presents the results of surgical treatment of 15 children aged from 2 months to 15 years with a congenital cyst of the common bile duct into the surgical ward number 1 Osh interregional children's hospital in the period from 2001 to 2012. The method of choice for the treatment of common bile duct cysts served by imposing cystohepaticocholedochojejunoanastomosis off by Roux loop of jejunum with cholecystectomy. Shows long-term results of operational methods used (in terms up to 10 years), which allowed to achieve recovery.

Key words: choledochal cyst, cystohepaticocholedochojejunoanastomosis, cholecystectomy, children.

Актуальность. Кистозное расширение общего желчного протока является довольно редкой аномалией желчевыводящих путей. Не существует единого мнения о причинах развития данной патологии. Часть авторов связывает ее возникновение результатом неправильного и не законченного развития эмбрионального желчного протока, в связи с их относительной редкостью и отсутствием характерных клинических симптомов. Другие авторы считают, слабость стенки холедоха обусловлена эктопией в нее ткани поджелудочной железы [1-3].

Проблема лечения врожденных кист общего желчного протока у детей остается актуальной, что обусловлено целым рядом причин: поздней диагностикой заболевания, и в связи с этим поздним поступлением детей в стационар, долгой дифференциальной диагностикой между пороками развития и терапевтическими заболеваниями органов брюшной полости, проведением длительной безуспешной консервативной терапии. Ошибки в диагностике, запоздалая операция или неправильно выбранный объем оперативного вмешательства могут приводить к трагическим исходам.

Больные дети с врожденными кистами общего желчного протока, приводящими к необратимым изменениям в желчевыводящих путях, печени и поджелудочной железе, подлежат как можно более раннему хирургическому лечению.

Врожденное расширение общего желчного протока в 63% и более встречается до 10 лет, отмечено преобладание среди больных лиц женского пола до 81% [4, 5].

До сих пор сложно определить возраст, в котором наиболее оптимально выполнение оперативного вмешательства, а также способ хирургической коррекции порока.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с врожденными кистами общего желчного протока.

Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2001 по 2012 гг. прооперировано 15 больных в возрасте от 2 месяцев до 15 лет (все больные - девочки). В наших наблюдениях киста холедоха в возрасте до 7 лет диагностировано в 9 случаев, от 8 до 12 лет – в 4, и от 13 до 15 лет – в 2.

У 4 больных отмечена классическая триада симптомов. Болевой синдром наблюдался у 14 больных, непостоянного характера. Интенсивность их была от незначительной до выраженной. У 8 больных детей наблюдалась транзиторная желтуха.

Явления холангита с повышением температуры тела повышение уровня билирубина в 3 раза отмечены у 2-х пациентов. У 3-х больных клиническая симптоматика отсутствовала. Киста общего желчного протока у них выявлена при проведении УЗИ органов брюшной полости.

Остальные пациенты до установления правильного диагноза неоднократно находились на стационарном лечении по месту жительства с диагнозами: вирусный гепатит, дискинезия желчевыводящих путей, холецистит, холангит.

В наших наблюдениях диагностика кист общего желчного протока основывалась на данных УЗИ органов брюшной полости. В неясных случаях и с целью дифференциальной диагностики одному больному выполнена компьютерная томография, двум больным – ядерно-магнитно-резонансная томография.

У 11 детей при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) выявлено обострение гастродуоденита с различной степенью активности.

Результаты и обсуждение. Оперативное лечение проведено 15 больным. Размеры кист составили от 2,5 см до 10 см в диаметре. В одном случае ребенку 2-х месяцев, поступившему в тяжелом состоянии с выраженной желтухой, с кистой, объемом до 200 мл, наложен холедохоцистодуоденоанастомоз. Остальным всем 14 больным наложен позадиободочный цистогепатикохоледохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Ход операции: Верхнесрединная лапаротомия. При ревизии гепатихоледоха на всем протяжении отмечается кистозное расширение. Во всех случаях выполняли холецистэктомию, показаниями к которой служили хронические воспалительные изменения в желчном пузыре, что было подтверждено гистологическим исследованием у всех больных. Вскрыта киста, стенки ее плотные, склерозированные. Наложен цистогепатикохоледохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки. Диаметр анастомоза от 1,5 см до 2,5 см, учитываются размеры кисты и возраст детей. Страховые дренажи в подпеченочное пространство. Послойные швы на рану.

Результаты оперативного лечения в сроки от 6 месяцев до 10 лет. У 15 детей получены хорошие результаты. У 8 детей отмечались периодические боли в животе, связанные с погрешностью в диете.

Поверхностный гастрит был выявлен у 28% пациентов.

Заключение:

- Детям с кистами общего желчного протока при установлении диагноза целесообразно провести оперативное лечение;
- При кистах общего желчного протока операцией выбора может быть цистогепатикохоледохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки.
- Преимуществами данного метода являются полное восстановление оттока желчи в кишечник и профилактика заброса кишечного содержимого в желчные пути, как предупреждение развития послеоперационного рефлюкс-холангита и гепатита.
- Холецистэктомию считаем обязательной, так как, после наложения билиодигестивного анастомоза нарушение эвакуаторной функции желчного пузыря приводит к застою желчи и прогрессированию хронического воспалительного процесса в стенке пузыря.

Литература:

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М.: Медицина, 1982.
2. Акопян В.Г., Муриева З.Д., Туманян Г.Т. и др.: Хирургия кист холедоха у детей. Вестник хирургии им. Грекова. 1984. -№3 –С. 54-58.
3. Баиров Г.А. Хирургия пороков у детей. Л.: Медицина, 1966.
4. Белеков Ж.О., Мамажанов У.А. Хирургическая тактика при кистах общего желчного протока // Анналы хирургии. – 2004. №5. С. 68-70.
5. Соколов Ю.Ю. Диагностика и лечение дуоденопанкреатобилиарных аномалий у детей. Автореф. дис. докт. мед. наук. М: 2002.

КРИОТЕРАПИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

*Анарбаев А.А., Анарбаев К.А., Айбашов К.А.,
Жолдошев У.Б., Рыскулбеков М.Р., Кадыров Ж.И.*

CRYOTHERAPY OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN

*Anarbaev A.A., Anarbaev K.A., Aybashev K.A.,
Joldoshev U.B., Ryskulbekov M.R., Kadyrov J.I.*

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в статье проводится анализ результатов лечения 348 больных детей, получивших криотерапию гемангиом в хирургическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2006 по 2012 гг. Из них кавернозные гемангиомы проблемных областей (периорбитальная локализация и верхней части лица) составили 222 (63,7%). Применение криоаппликации жидким азотом является весьма перспективным и безопасным средством, дающий хороший косметический и функциональный результат.

Ключевые слова: кавернозная гемангиома, криотерапия, дети.

Resume: the article analyzes the results of treatment of 348 patients with children who received cryotherapy hemangiomas in the surgical department of Osh inter-regional children's hospital from 2006 to 2012. Of these cavernous hemangioma problem areas (periorbital localization and upper part of the face) were 222 (63,7%).

Application krioapplikatsii liquid nitrogen is very promising and safe, giving a good cosmetic and functional results.

Key words: cavernous hemangioma, cryotherapy, children.

Актуальность. В последние годы растет число детей с гемангиомами различной локализацией.

Более половины составляют дети до года. Особенно быстрый рост гемангиом отмечается в первом полугодии жизни ребенка, впоследствии этот процесс замедляется, исключения составляют гемангиомы со сложной анатомической локализацией. Некоторые гемангиомы могут подвергаться обратному спонтанному развитию и исчезнуть полностью. В связи с этим, врачи предостерегают от излишне активного лечения гемангиом у детей, и дети просто находятся под наблюдением.

Лечение гемангиомы следует начинать как можно раньше. Универсального метода лечения гемангиом у детей нет. В настоящее время применяются следующие виды лечения: хирургический, склеротерапия, электротерапия, электрокоагуляция, лучевая терапия и гормональная терапия. Однако консервативные методы лечения недостаточно эффективны и требуют длительного времени. Лазерная техника и электрокоагуляция, а также хирургическое лечение, сопровождаются повреждением здоровых тканей, окружающих клетки опухоли, образованием обширных рубцов и косметических дефектов.

Этих недостатков лишены низкотемпературные методы лечения данной патологии. Криогенный метод позволяет безболезненно, бескровно, щадяще, в заданном объеме разрушать и удалять патологически измененную ткань, не дает грубых рубцов, в большинстве случаев проводится амбулаторно, не ограничивает трудоспособность пациента, практически не имеет противопоказаний [1, 3, 4, 6].

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности применения криодеструкции жидким азотом при лечении кавернозных гемангиом у детей.

Материал и методы исследования. Для изучения лечения гемангиом были взяты данные хирургического отделения Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2006 по 2012 гг. За этот период обратились 348 детей с кавернозной гемангиомой различной локализации, из них проблемные локализации кавернозных гемангиом было у 222 (63,7%).

Стационарно лечились 83 больных (23,5%), амбулаторно - 265(76,5%). Некоторые из них лечились поэтапно, несколько раз. Стационарно лечились дети с гемангиомами глубинной локализации и большими размерами, а также дети из отдаленных районов.

Из 348 детей девочки составляли 203 (58,3%), мальчики - 145 (41,7%) (табл. 1).

В возрасте до 1 года было 241 (69,2%), от 1 до 3 лет - 81 (23,3%), старше 3 лет - 26 (7,5%).

Результаты исследования. Криодеструкцию проводили аппаратом заливного типа Г.И. Репникова (криоаппликатор). В качестве охлаждающего средства использовался жидкий азот.

Таблица 1.

Распределение больных детей по локализации гемангиом.

№	Локализации гемангиом	Количество	Абс. число (%)
1	Голова, лицо, шея	204	58,6%
2	Туловище	75	21,5%
3	Конечности	37	10,6%
4	В области гениталий	32	9,3%
5	Всего:	348	100%

У всех пациентов заживление проходило без образования грубых рубцов и косметических дефектов. На коже временная гиперпигментация исчезала в течение 2-4 месяцев, рецидивов не наблюдалось.

Жалобы пациентов, анамнез, объективная картина заболевания, результаты основных и дополнительных методов обследования в подавляющем большинстве случаев были типичными и не отличались от данных литературы [2, 5].

После тщательного обследования и постановки диагноза пациентам проводили криотерапию. Следует отметить, что криодеструкцию тканей проводили в пределах собственно слизистого и подслизистого слоев слизистой оболочки полости рта и кожных покровов в пределах дермы.

Процедуру в основном осуществляли в амбулаторных условиях. Экспозиция и кратность криовоздействия зависели от размеров и глубины расположения опухоли (от 10 до 60 сек). После оттаивания очага поражения (5мин) цикл замораживания повторяли 2-3 раза. В одно посещение обрабатывали не более 1 см² поверхности.

После криовоздействия поверхность покрывалась ледяной коркой, которая быстро оттаивала, возникал отек подлежащих тканей и появились пузыри. На 2-3 сутки формировался участок крионекроза. Крионекротическая пленка предохраняет раневую поверхность от инфицирования и механических травм. Эпителизация очагов крионекроза завершалась к 10-15 суткам и зависела от глубины промораживания тканей.

Во время криовоздействия и после него нарушений общего состояния, повышения температуры и других отклонений от нормы не наблюдалось. Плохих результатов при лечении криотерапией не наблюдали.

Выводы. Клинические наблюдения показали, что криотерапия жидким азотом кавернозных гемангиом является самым доступным, эффективным, экономичным методом лечения. Кроме того, она может широко использоваться при локализации гемангиом проблемных областей тела, не имеет противопоказаний, особой подготовки не требует и обладает хорошим косметическим эффектом.

Литература:

1. Гераськин В.И., Шафранов В.В. //Хирургия.- 1979.- №11.- С.58-62.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста.- М., 2004. Т 2.
3. Кандель Э.И. Криохирургия. М., 1974.
4. Кожевников В.А. // Хирургия.- 1985.- №7.- С.125-129.
5. Федорев Г.А. Гемангиомы. - Л., 1974.
6. Шафранов В.В., Тен Ю.В. // Хирургия.-1987.- С. №8-11.

ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМЫЙ БОЛЬНЫМ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ОШСКОЙ МЕЖОБЛАСТНОЙ ОБЪЕДИНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Eshiev A.M.

THE AMOUNT OF SURGICAL ASSISTANCE PROVIDED TO THE PATIENTS IN THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY OF OSH INTERSTATE UNITED CLINICAL HOSPITAL

Eshiev A.M.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: приведен анализ оказываемой хирургической помощи больным, получившим лечение в челюстно-лицевой хирургии с 2010 по 2012 год. Отмечается, что, несмотря на значительное увеличение врачей стоматологов, открытие стоматологических кабинетов происходит увеличение количества гнойно-воспалительных заболеваний. Значительная урбанизация общества провоцирует рост уличных и транспортных травм.

Ключевые слова: гнойно воспалительные заболевания, травма челюстно-лицевой области, врожденные расщелины губы и неба.

Resume: analysis of surgical care provided to patients who have received treatment in oral and maxillofacial surgery from 2010 to 2012. Despite the significant increase in doctors and dentists, opening of dental clinics, increases the number of inflammatory diseases. A significant urbanization of society provokes a rise of street and traffic injuries.

Key words: purulent inflammatory diseases, trauma maxillofacial region, congenital cleft lip and palate.

Пациенты с заболеваниями челюстно-лицевой области, проживающие в городе Ош и Ошской области, получают комплексное специализированное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ОМОКБ. В период нашего наблюдения, в 2010-2012 годы, у госпитализированных преимущественно встречались следующие нозологические группы заболеваний (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области по нозологиям.

№ п/ п	Нозология	Количество больных по годам			Итого	
		2010	2011	2012	абс. число	%
1	Воспалительные заболевания зубов, челюстей, тканей лица и шеи, органов полости рта.	606 50,0%	638 51,7%	527 49,4%	1771	50,3
2	Травмы мягких тканей лица и шеи, костей лица, сочетанные травмы.	238 19,7%	230 18,7%	221 20,7%	679	21,8
3	Опухоли и опухолеподобные заболевания лица, челюстей, органов полости рта.	48 3,9%	65 5,2%	53 4,9%	166	4,6
4	Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица, челюстей.	184 15,2%	182 14,8%	184 17,2%	550	17,7
5	Одонтогенные воспалительные заболевание верхнечелюстной пазухи, и их перфорации.	22 1,9%	33 2,6%	20 1,7%	75	2,0

1. Воспалительные заболевания зубов, челюстей, тканей лица и шеи, органов полости рта.
2. Травмы мягких тканей лица и шеи, костей лица, сочетанные травмы.
3. Опухоли и опухолеподобные заболевания лица, челюстей, органов полости рта.
4. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица, челюстей.
5. Одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстной пазухи, и их перфорации.

Среди госпитализированных преобладали больные с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области - 1771 больной (50,3%). Отмечается увеличение количества больных, госпитализируемых в стационар по поводу гнойно-воспалительных заболеваний. По-видимому, это связано с ухудшением социально-экономического, медико-санитарного состояния, социально-

бытовых условий, неполноценного питания, нарушения экологической обстановки, снижением уровня лечебно-профилактических мероприятий среди населения, особенно в отдаленных районах и сельской местности, с переходом бесплатной стоматологической помощи на платную (хозрасчет).

Причиной возникновения частых одонтогенных воспалительных заболеваний является поздняя их диагностика, малое использование радикальных методов лечения на ранних стадиях развития болезни, отсутствие преемственности между различными учреждениями (стоматологические кабинеты, поликлиники, стационары).

В результате этого стало наблюдаться множество осложнений и тяжелых исходов одонтогенных воспалительных заболеваний. Одонтогенные воспаления - это вторичные заболевания.

Поэтому мероприятия, направленные на первичную профилактику, своевременное лечение кариеса позволяют прогнозировать исход и избежать возникновения осложнений.

Лечение больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО комплексное, при этом хирургический метод является основным. При рассечении тканей во время проведения оперативного вмешательства мы учитывали анатомические особенности области и эстетические правила проведения операций на лице.

При гнойных процессах щечной, подглазничной областей, верхней и нижней губы, предпочтение отдавали внутри ротовым разрезам, что с косметической точки зрения оправдывает себя. Что касается вопроса о сохранении или удалении причинного зуба - поступали индивидуально.

Если коронка зуба разрушена незначительно и сохранение его является желательным и необходимым, то приступали к его консервативному лечению. Для этого очищали и расширяли канал корня для оттока гноя, а в дальнейшем после снятия воспалительного процесса зуба и его корня - пломбировали.

Среди госпитализированных больных по поводу травм ЧЛО преобладали переломы костей лицевого скелета. Из травматических повреждений костей лицевого скелета преобладали переломы нижней челюсти. У больных с переломами челюстей без смещения в пределах зубного ряда накладывали индивидуальные назубные шины, прикус фиксировали резиновыми кольцами.

При переломах со значительным смещением и интерпозицией ткани нами использовано оперативное лечение - остеосинтез.

При переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда предпочтение отдавали внутри ротовому методу остеосинтеза. При переломах в области ветви нижней челюсти остеосинтез проводился экстраоральным (наружным) доступом.

Переломы верхней челюсти встречаются значительно реже, в основном причиной является дорожно-транспортные происшествия. Оказание помощи таким больным удается в основном за счет репозиции с помощью назубных межчелюстных шин с последующей фиксацией пращевидной повязкой. Травмы мягких тканей лица и шеи и переломы костей лицевого скелета отмечены у 679 больных (21,8%).

Опухоли и опухолеподобные заболевания лица челюстей, органов полости рта оперированы у 166 (4,6%) больных, в основном были больные с доброкачественными опухолями. Проводилось радикальное удаление опухоли с последующим гистологическим исследованием. Злокачественные опухоли ЧЛО нами не оперируются, после установления диагноза больные переводятся в специализированный стационар - Онкологический областной диспансер.

У больных с врожденными расщелинами верхней губы с деформацией крыла носа операции в основном проводились по методу Обуховой - Лимберга, удалось восстановить расщепление тканей верхней губы, укорочение срединного фрагмента верхней губы, деформацию кожно-хрящевого отдела носа. Больным с частичной расщелиной губы применялся метод хейлопластики по Обухову. Врожденная расщелина твердого и мягкого неба оперирована методом модифицированной уранопластики, разработанной в нашей клинике.

Всего количество оперированных больных с врожденными патологиями ЧЛО составляют 550 (17,7%) больных.

Одонтогенные воспалительные заболевания верхне-челюстной пазухи, связанные с перфорацией при удалении зуба, составляют всего 2,0% - 75 больных. Всем пациентам произведена операция - гайморотомия с пластикой дефекта местными тканями из щечной области.

В целом объем лечебной работы представлен в таблице 2, где указывается, что он не уменьшается с годами, хотя стационарные койки и сокращены.

Таблица 2.

Основные показатели лечебной работы отделения ЧЛХ ОМОКБ за 2010-2012 год.

№п/п	Показатели	2010	2011	2012
1	Всего госпитализировано	1212	1233	1066
2	В том числе детей до 14 лет	356	423	331
3	Сельских жителей	857	887	862
4	Всего сделано операций	1004	1081	953
5	Из них детям до 14 лет	389	396	325
6	Всего осложнений	3	2	2
7	Умерло больных	-	2	1
8	Всего экстренных операций	712	770	650
9	Всего плановых операций	292	311	303
10	Проведено койко-дней	11817	12333	10024
11	Среднее пребывание на койке	9,7	10,0	10,3
12	Процент выполнения койки	100,0	103,6	98,5
13	Оборот койки	34,6	35,3	30,4
14	Число занятости койки в год	340	352	316
15	Хирургическая активность	82,8	87,6	89,3

Заключение. Таким образом, несмотря на значительное увеличение числа врачей стоматологов, открытие стоматологических кабинетов, количество гнойно-воспалительных заболеваний продолжает увеличиваться. Качество оказываемой помощи на местах (в районах) оставляет желать лучшего.

За счет роста безработицы, увеличения количества транспортных средств отмечается рост уличных и транспортных травм. С каждым годом количество экстренных операций увеличивается соответственно и растет хирургическая активность.

УДК 616.31-052.

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИНЕГО СВЕТА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 450 нм ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА

Ешиев А.М., Зазиловский З., Абдуллаева С.А.

RATIONALE FOR THE EFFECTIVENESS OF BLUE LIGHT WITH WAVELENGTH 450 NM FOR TOPICAL TREATMENT OF PHLEGMON OF THE FLOOR OF THE MOUTH

Eshiev A.M., Zazilevsky Z. Abdullaeva S.A.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в статье приведены результаты проведенных исследований по использованию синего света с длиной волны 450 нм на примере 65 больных с флегмонами дна полости рта, получивших лечения в челюстно-лицевом отделении ОМОКБ.

Ключевые слова: флегмоны челюстно-лицевой области, синий свет.

Resume: the paper presents the results of studies on the use of blue light with a wavelength of 450 nm by the example of 65 patients with phlegmons floor of the mouth, received treatment in maxillofacial department ОМОКБ.

Key words: maxillo-facial phlegmons, blue light.

Актуальность. Проблема гнойной инфекции всегда привлекала пристальное внимание врачей многих специальностей. Это объясняется нарастанием частоты возникновения воспалительных процессов, увеличением случаев тяжелого течения, иногда с атипичными проявлениями. Несмотря на успехи антибактериальной терапии, совершенствование хирургической техники и методов ведения, количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) различной этиологии и локализации не проявляют тенденции к уменьшению [1].

Проблема изучения гнойной инфекции в стоматологии значительно возросла в связи со значительным ослаблением планомерной работы по профилактике основных стоматологических заболеваний и снижением качества оказания стоматологической помощи населению. В результате увеличилось число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Частое развитие ГВЗ мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) и шеи и их грозных осложнений (медиастинит, сепсис, тромбоз синусов, энцефалит, плеврит, тромбофлебит вен и т.п.) обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзиллогенной инфекций, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта, изменением иммунологической реактивности организма, высокой вирулентностью одонтогенной микрофлоры [2, 3]. В связи с чем, поиск эффективных путей лечения остается актуальной проблемой современной гнойной хирургии.

Основным способом лечения ран и раневой инфекции, безусловно, является хирургический. Ни один другой способ не позволяет в короткие сроки и с минимальной травматичностью удалить основное количество некротизированных тканей, вскрыть гнойные затеки и создать условия для адекватного дренирования раны. Однако в дальнейшем для благоприятного течения раневого процесса необходим целый комплекс лечебных мероприятий как общей, так и местной направленности.

Патогенетически и клинически самой сложной фазой течения гнойной раны является фаза воспаления. Применяемые для местного лечения средства в 1-фазе должны обладать антимикробным, некролитическим, гидрофильным, обезболивающим свойствами и тем самым способствовать своевременному очищению раны, подавлению микрофлоры и создавать оптимальные условия для регенерации раны [4].

Цель исследования: изучить эффективность влияния синего света с длиной волны 450 нм на результаты лечения больных с флегмонами дна полости рта.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами проведены клиничко-лабораторные исследования на фоне комплексного лечения 65 больных с флегмонами дна полости рта в возрасте от 19 до 68 лет, из них мужчин - 43, женщин - 22. Больные были условно разделены на две группы: основную группу составили 35 больных, сравнимую группу 30 больных. Распределение больных полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных флегмоной дна полости рта по полу и возрасту.

№ п/п	Возраст	мужчин	женщин
1	От 19 до 30 лет	18	8
2	От 31 до 40 лет	16	9
3	От 41 до 50 лет	6	4
4	От 51 до 68 лет	3	1
	Итого	43	22

В основной группе 35 больным проведено дренирование и одновременно внутривполостное физиолечение послеоперационной раны синим светом. Лечение осуществлялось следующим образом: после вскрытия флегмоны и промывания послеоперационной полости в рану вводится фото дренаж на всю её глубину. Через дренаж рана промывается антисептическими растворами, после чего включается синий свет кнопочным включателем на 10-15 минут ежедневно на протяжении 3-5 дней (время лечения фото дренажем регулируется в зависимости от объема гнойного отделяемого из раны). В сравнимой группе - 30 больных проведено комплексное лечение без применения синего света.

В день госпитализации и в динамике больным осуществляли лабораторные исследования - общие анализы крови и мочи. Проводили микробиологические, цитологические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным с флегмоной дна полости рта проводилось адекватное дренирование очага гнойной инфекции и медикаментозная терапия по общепринятым правилам. Больным основной группы после дренирования в полость гнойного очага введена фото дренажная трубка с целью облучения синим светом гнойной раны, а так же промывание 0,02% раствором фурацилина. В сравнимой группе для антисептической обработки гнойных ран в послеоперационном периоде использовали 0,02% раствор фурацилина. Динамическое наблюдение за общим состоянием больного и течением местного воспалительного процесса выявило улучшение общего самочувствия, которое совпало с изменениями со стороны показателей периферической крови. При поступлении у больных основной группы содержание

лейкоцитов $10,2 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$, а на 7-е сутки нормализовалось ($6,2 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$), а в сравниваемой группе на 7 сутки показатели нормализовались у 22% больных ($6,3 \pm 0,25 \times 10^9/\text{л}$), у остальных 78% больных оставались в высоких цифрах ($9,12 \pm 0,9 \times 10^9/\text{л}$). При поступлении у больных основной группы показатели СОЭ были $35,2 \pm 2,1$ мм/час, а на 7-ые сутки снизились до $12,51 \pm 2,45$ мм/час ($P < 0,001$). У больных сравниваемой группы до лечения $35,2 \pm 2,1$ мм/час, на 7-ые сутки только наметилась тенденция к ее снижению $25,2 \pm 2,1$ мм/час, только к исходу 14 суток показатели нормализовались $6,3 \pm 0,45 \times 10^9/\text{л}$.

В клиническом течении флегмоны дна полости рта в послеоперационном периоде у больных основной и сравниваемой групп имелись некоторые различия. На третьи сутки после дренирования очага гнойной инфекции самочувствие у большинства больных (92%) основной группы улучшилось. Гнойные выделения из раны у 33 пациентов практически прекратились, у 2 больных продолжалось выделение гноя, которое прекратилось на 5-6 сутки и начала появляться грануляционная ткань (рис. 1, 2).



Рис. 1. Больной А. после операции.



Рис. 2. Больной А. через 5 суток после Операции.

У больных сравниваемой группы в очаге воспаления отечность и инфильтрация тканей, гиперемия кожи держалась до 5-6 дней. Из раны продолжалось в небольшом количестве гнойное выделение, которое прекратилось только на 8-9 день после операции (рис. 3) (табл. 2).



Рис. 3. Больной С. Через 6 дней после операции, отек и гиперемия держится, выделение гноя продолжается.

Больные с диагнозом флегмона дна полости рта основной группы на стационарном лечении находились $10,8 \pm 0,72$ суток, сравниваемой группы $14,2 \pm 0,64$ суток. В сравниваемой группе больных через 12 дней проведено наложение вторичных швов. Представлено на фото (рис. 4, 5).

Таким образом, результаты исследований по изучению применения в местном лечении синего света с длиной волны 450 нм в комплексном лечении флегмон дна полости рта установили его регенераторное, противоотечное и противовоспалительное действие. Применение синего света привело к полному очищению и уменьшению раневой поверхности и ее эпителизации на 7 сутки

Таблица 2.

Динамика местных признаков воспаления у больных с флегмоной дна полости рта.

№ п/п	Показатели	Сроки (сутки)			
		Основная группа		Сравнимая группа	
		М	± m	М	± m
1	Болезненность в области инфильтрата	3,7	0,12	6,1	0,36*
2	Гиперемия кожных покровов	4,1	0,89	6,3	0,56*
3	Рассасывание отека тканей	4,9	0,04	7,1	0,15*
4	Рассасывание воспалительного инфильтрата	5,2	0,16	7,9	0,11*
5	Прекращение гнойных выделений	5,3	0,43	8,6	0,69*
6	Начало появления грануляционной ткани	5,6	0,12	9,1	0,35*
7	Краевая эпителизация раны	5,8	0,76	9,3	0,37*
8	Сроки наложения вторичных швов	6,1	0,89	10,2	0,09*

Примечание: * - Различия статистически достоверно ($P < 0,001$) по сравнению с показателями у больных сравнимой группы.



Рис. 4. Больная Н. через 10 дней после операции.



Рис. 5. После наложение вторичных швов.

лечения. Применение местного лечения синим светом с длиной волны 450 нм является патогенетически обоснованным методом лечения флегмоны дна полости рта в первой фазе течения гнойно-воспалительных заболеваний.

Литература:

1. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи // Здоровоохранение Кыргызстана.-2009.-№5.-С. 69-74.
2. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция [Текст] /М. И. Кузмин, Б. М. Костюченко. - М.: Медицина, 1990.- С. 592.
3. Соловьев М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи [Текст] /М. М. Соловьев, О.П., Большаков.- М.: Медпрес, 2003.- С. 230.
4. Сушиев К.Т. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области [Текст] / К. Т. Сушиев.- Алматы.- С.1994.-222.

УДК 616.31-089

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Ешиев А.М., Латипов А.Л., Давыдова А.К.

COMPREHENSIVE TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE

Eshiev A.M., Latipov A.L., Davidova A.K.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: расщелины губы, верхней челюсти и нёба относятся и в Кыргызстане к наиболее частым врожденным дефектам развития. Их особенность состоит в том, что правильное оперативное лечение с последующей комплексной консервативной терапией позволяет полностью вылечить пациента. В статье

подробно описана концепция междисциплинарного взаимодействия и показана необходимость лечения данных нарушений, которое затрагивает многие аспекты развития личности.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы, нёба и альвеолярного отростка верхней челюсти.

Resume: cleft lip, upper jaw and palate are the most common birth defects in Kyrgyzstan. Their peculiarity is that the correct surgical treatment followed by a comprehensive conservative treatment can completely cure the patient. This article describes in detail the concept of interdisciplinary and shows the need for extensive treatment of disorders arising that affect many aspects of personal development.

Key words: cleft lip, palate and alveolar bone of upper jaw.

Врожденные пороки развития составляют одну из самых актуальных медицинских и социальных проблем в связи с их высокой частотой и тяжестью. Рождение ребенка с расщелиной верхней губы и твердого неба всегда воспринимается родителями как несчастье. Дети с врожденными расщелинами лица с самого рождения нуждаются в интенсивном многопрофильном лечении. Система комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов-стоматологов; терапевтов-стоматологов; ортодонтон, логопедов, оториноларингологов, педиатров и других специалистов.

Целью и задачей нашей клиники является, с точки зрения эстетических и функциональных аспектов патологии изыскать возможность добиться значительно более благоприятных общих результатов и, тем самым, создать пациентам необходимые условия для их нормального развития и интеграции в семью, школу, а позже и в общество.

Хирургические методы лечения ВРГН. Хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы, неба и челюсти представляет собой, после челюстно-ортопедического лечения на ранней стадии, первое мероприятие для реабилитации ребенка.

Как правило, в случае полной расщелины губы и неба, операция проводится в два этапа: сначала пластика расщелины губы в возрасте 6-месяцев, затем пластика неба в 2 года. Пластика губы на первом этапе устраняет самый заметный, с эстетической точки зрения, дефект и закладывает основу для всей реабилитации. Она представляет собой одну из самых сложных операций в челюстно-лицевой хирургии полости рта, челюстей и лица, так как требует многолетнего опыта, а также чувства гармонии и эстетики. При такой операции обе губные культы расщепленной губы объединяются, и создается преддверие рта. При этом самое важное - точно соединить все слои тканей.

При расщелине губ имеет место деформация носового отверстия, поэтому необходимо также хирургическим путем выстроить симметрично и структуры носа, а также создать дно полости носа. Если при расщелине губы приходится учитывать в основном эстетические аспекты, то при расщелине нёба на первый план выходят функциональные проблемы.

Требуется не только анатомически закрыть расщелину для отделения ротовой полости от носовой, но также и создать функционирующее мягкое нёбо, которое при артикуляции полностью закрывает носоглотку, обеспечивая тем самым нормальную речь, глотание без помех и лучшую вентиляцию среднего уха за счет тяги в евстахиевой трубе. Момент проведения вторичной операции зависит от индивидуального развития пациента, при этом, наряду с ростом, важнейшим фактором при планировании корригирующей операции является и уровень развития функций (артикуляция и фонация).

При достижении ребенком примерно 9-11 лет челюстная расщелина (расщелина альвеолярного отростка) закрывается в ходе вторичной операции путем заполнения собственной костью. Для этого кость с подвздошного гребня трансплантируется в челюстную расщелину и покрывается методом гингивопластики с обеих сторон.

Значение фониатрии и логопедии в реабилитации детей. Фониатрия и логопедия имеют огромное значение для правильного развития слуха и речи у таких пациентов. Тем более важно, чтобы у детей эти ворота не остались навсегда закрытыми. К сожалению, фактом является то, что дети с расщелиной губы-челюсти-нёба часто страдают от ослизнения среднего уха. Это приводит к ограничению слуховой способности, а в дальнейшем и к сложностям или даже нарушениям в развитии речи. Перед операцией для проверки слуха используются приборы объективной аудиометрии, это на деле означает, что имеется возможность проверки слуха и у совсем маленьких пациентов. После хирургической пластики врождённой расщелины неба возникает необходимость в дальнейшей реабилитации у логопеда. Отсюда большое значение придается участию педаудиологии, фониатрии и логопедии в междисциплинарной реабилитации детей.

Три фазы челюстной ортопедии - условия реабилитации. При необходимом длительном лечении пациентов с расщелиной губы-челюсти-нёба важную роль играет челюстная ортопедия. Она призвана исправить, в зависимости от возраста ребенка, неправильное положение челюстей и зубов, а также оказать важную подготовительную, сопроводительную и последующую помощь хирургии. Её задачи подразделяются на три фазы: У новорожденного ребенка с расщелиной нёба ротовая и носовая полости, с их различными задачами, не разделены между собой.

При раннем челюстно-ортопедическом лечении у такого новорожденного ребенка попадание языка в носовую полость надежно предотвращается нёбной пластинкой. Нормализованная таким образом функция языка в значительной степени способствует развитию челюстного участка. Раннее челюстно-ортопедическое лечение завершается оперативным закрытием нёба.

После грудного возраста вновь прибегать к использованию челюстно-ортопедической аппаратуры можно обычно только начиная с возраста между 5 и 6 годами, когда при правильном психомоторном развитии можно рассчитывать и на работу самого маленького пациента.

Позднее челюстно-ортопедическое лечение может быть завершено, когда все постоянные зубы верхней и нижней челюстей достигают жевательной плоскости и нормально соединяются друг с другом. Правильное сцепление зубов предполагает соответствующее положение и размер челюстей.

Заключение: комплексное лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов-стоматологов; терапевтов-стоматологов; ортодонтон, ортопедов, логопедов, оториноларингологов, педиатров и других специалистов.

Для достижения медицинской и социальной реабилитации детей с расщелинами требуется четкая методическая работа центров диспансеризации и единая взаимосвязанная тактика всех специалистов, участвующих в реабилитации ребенка с врожденной расщелиной губы и неба.

В настоящее время в нашей клинике создается центр оказания специализированной помощи пациентам с врожденными патологиями челюстно-лицевой области с помощью благотворительных фондов «AWD помощь детям» из Германии и Швейцарии. Данный центр постепенно обеспечивается необходимой аппаратурой и медицинским инструментарием, влияющим на эффективность проводимого хирургического и, впоследствии, реабилитационного лечения детей с патологией челюстно-лицевой области.

УДК 616.316.7-003.6; 616-053.2; 616.314-073.75

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТРАХЕИ И БРОНХОВ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

**Жумабаев А.Ж., Монокбаев Э.К., Кочкорбай уулу С.,
Камилов А.Ж.**

FOREIGN BODIES OF THE TRACHEA AND BRONCHI IN CHILDREN CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES, BRONCHO-PULMONARY COMPLICATIONS

Zhumabaev A.Zh., Monokbaev E.K., Kochkorbay uulu S., Camilov A.Zh.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в основу работы положен анализ результатов диагностики и тактики лечения 127 пациентов, поступивших с инородными телами трахеи и бронхов, и их осложнениями. Данный материал собран от 2010 до 2013 года и включает в себя отдаленные результаты данного бронхолегочного заболевания.

Ключевые слова: инородные тела трахеи и бронхов, бронхоскопия, бронхолегочные осложнения, дети.

Resume: the basis of the analysis of results of diagnosis and treatment strategy received 127 patients with foreign bodies of the trachea and bronchi and their complications. In the material collected from 2010 to 2013 and includes the remote itself the result of bronchopulmonary disease.

Key words: *foreign bodies of the trachea and bronchi, bronchoscopy, bronchopulmonary complications, children.*

Актуальность. Проблема диагностики и лечения детей с инородными телами в трахее и бронхах актуальна в связи с частотой данной патологии, трудностями своевременного распознавания и возможностью тяжелых бронхолегочных осложнений. К сожалению, вплоть до настоящего времени остается высокий процент несвоевременно распознанных и не удаленных инородных тел (ИТ) трахеобронхиального дерева. При этом отмечается, что пребывание ИТ в дыхательных путях даже непродолжительное время, может привести к значительным изменениям в функционировании бронхолегочной системы [1, 2, 3]. Согласно литературным данным попадание инородных тел в трахею и бронхи не представляется особенно редким явлением. В детском возрасте наиболее часто аспирируют инородные тела органической природы. Наиболее характерные симптомы заболевания: кашель и локальные физикальные изменения в легких. Рентгенологические признаки не являются специфичными при аспирации нерентгеноконтрастных инородных тел. Бронхоскопия имеет ведущее значение в диагностике и лечении инородных тел трахеобронхиального дерева у детей.

Цель. Установление этиологических и клинико-рентгенологических особенностей инородных тел трахеи и бронхов, характера бронхолегочных осложнений, и их взаимосвязь с природой ИТ, локализацией и длительностью их нахождения в дыхательном тракте.

Материалы и методы исследования. Все 127 обследованных больных с ИТ трахеи и бронхов проживали в Ошской области Кыргызстана. Среди больных детского пульмонологического отделения Ошской межобластной детской клинической больницы частота случаев аспирации инородных тел за 2010 год составила 31 детей, за 2011 г. – 44 и в 2012 году – 52.

Частота диагностики инородного тела на первом году жизни была наименьшая (19 детей), несколько чаще инородные тела трахеи и бронхов диагностированы у детей 2-5 лет (98 детей), и старше 5 лет (10).

Инородные тела трахеи и бронхов были различной природы. Преобладающее большинство детей (120 больных – 94,4%) аспирировали органические тела. Наиболее часто семечки - 60 (47,2%) и орехи - 28 (22,3%), реже кусочки овощей и фруктов – 10 (7,8%), скорлупа орехов - 15 (11,8%), кусочки мяса - 7 (5,5%). Лишь 7 детей (5,6%) аспирировали неорганические ИТ. Среди них наиболее часто удалялись из дыхательного тракта металлические предметы - 3 (2,4%), реже пластмассовые - у 2 больных (1,6%), камни, в том числе известковые, диагностированы у 2 (1,6%). Сроки поступления детей с момента аспирации инородного тела были различными, от нескольких часов до 30 и более суток.

Локализация инородных тел респираторного тракта также отличалась вариабельностью. Достоверно наиболее часто ИТ определялись в правом главном бронхе. В 2 раза реже местом локализации инородного тела был левый главный бронх, у 19 детей инородные тела находились в просвете трахеи, и в единичных случаях в промежуточном и сегментарном бронхах. При изучении особенностей клинического проявления аспирации инородного тела отмечено наличие кашля у всех 127 (100%) больных. С наибольшей частотой отмечался сухой приступообразный кашель у 115 больных (90,5%).

Перкуторные изменения над легкими определялись менее редко, в основном это было локальное укорочение перкуторного звука. Аускультативные изменения характерного дыхания выявлены у всех больных. Чаще это было одностороннее или локальное ослабление дыхания. Наиболее часто определялись катаральные изменения в легких, в основном в проекции правого легкого, что коррелировало с более частой локализацией инородных тел респираторного тракта. Температурная реакция отмечалась у 45 больных (35,43%), чаще это был кратковременный подъем температуры.

Таким образом, клинические симптомы аспирации инородных тел не отличаются специфичностью. Имеют место признаки, которые присущи и другим респираторным заболеваниям с поражением нижних дыхательных путей. Наиболее характерными симптомами являются приступообразный, мучительный кашель, и односторонние физикальные изменения в легких.

Результаты и обсуждения. Изучение особенностей рентгенологической картины при инородном теле трахеи и бронхов позволил отметить полиформизм изменений. Почти у 30 детей (23,6%) рентгенологическая картина не имела специфичности, изменения ограничивались расширением тени корней и усилением легочного рисунка. Ателектаз выявлен у 15 детей (11,81%), при этом в преобладающем большинстве случаев имело место спадение сегмента или его части.

Эмфизематозное вздутие легкого или его части отмечено у 7 (5,51%) детей. У трех детей были выявлены полостные образования. Рентгенологическая картина соответствовала норме у 27 (21,2%) больных.

С целью диагностики и удаления инородного тела бронхоскопия проводилась у всех наблюдаемых больных. Состояние слизистой оценивалось после извлечения ИТ из дыхательных путей. Эндоскопическая картина соответствовала норме у 70 детей (55,1%). Во всех остальных случаях - 37 (29,1%) детей при бронхоскопии определялся катаральный эндобронхит с различной степенью выраженности, из них у 5 (3,94%) – без гиперсекреции, у 18 (14,17%) детей определялся слизистый секрет, у 11 (8,66%) – слизисто-гнойный. Отсутствие гиперсекреции отмечено у 20 больных (15,7%). Гнойный эндобронхит диагностирован у 3 (2,36%) пациентов, в 4 (3,15%) случаях с разрастаниями грануляцией инородного тела в просвете бронхов.

Поздняя диагностика аспирации ИТ определяет развитие легочных осложнений. Результаты настоящего исследования позволили отметить в 2 (1,57%) случаях длительное нахождение инородного тела в дыхательном тракте, что являлось результатом позднего обращения родителей за медицинской помощью.

Полученная по результатам настоящего исследования значительная частота и выраженность бронхолегочных осложнений диктует необходимость двухэтапного лечения больных с ИТ трахеи и бронхов: удаление инородного тела и лечение легочных осложнений при аспирации инородных тел.

Самооткашливание инородного тела влечет за собой травму бронха, развитие пневмоторакса. Во всех остальных случаях эндоскопическая лечебная манипуляция не являлась причиной каких-либо осложнений. У детей с легочными осложнениями проводился комплекс лечебных мероприятий: Максимальное количество лечебных бронхоскопий составило – 5, минимальное – 2. Из 75 детей, которые после удаления ИТ нуждались в лечении легочных осложнений, положительный эффект был достигнут у всех больных.

С целью определения отдаленных результатов лечения аспирации инородных тел, проведено катамнестическое наблюдение. Из 127 детей 120 (94,4%) в течение последующих лет не имели симптомов заболеваний нижних дыхательных путей. У 7 детей (5,6%) отмечались повторные бронхиты, протекающие с неспецифическими признаками воспаления, влажным кашлем, диффузными сухими или влажными хрипами. Длительность отдельных эпизодов составила 2-4 и более недель. Особенность течения заболевания позволила диагностировать у детей данной группы рецидивирующий бронхит.

Результаты настоящего исследования позволили определить значительный процент легочных осложнений, вследствие аспирации инородных тел, ведущее значение в формировании которых имели сроки диагностики и локализация инородного тела. Значительная частота сохраняющихся изменений в легких после удаления ИТ у данных больных, диктует необходимость наблюдения пульмонолога, с целью предотвращения рецидивирующего и хронического бронхита, а также бронхоэктатической болезни в отдаленном периоде.

Выводы.

1. Наиболее характерными клиническими симптомами аспирации ИТ являются сухой, мучительный, приступообразный: кашель, а также локальные физикальные изменения. При рентгенологическом исследовании наиболее часто выявляются изменения в виде расширения тени корней и усиления легочного рисунка, реже ателектаз, и эмфизематозное вздутие. Не исключена возможность отсутствия каких-либо изменений.

2. Бронхоскопия – ведущий метод в диагностике и лечении больных с инородными телами трахеи и бронхов. Эндоскопическая картина при аспирации инородных тел отличается полиморфизмом. Характер эндоскопических изменений определяется локализацией и длительностью нахождения инородного тела в дыхательном тракте.

3. Легочные осложнения вследствие аспирации инородных тел формируется у 5,6% больных, определяются локализацией и длительностью пребывания инородного тела.

4. Инородные тела трахеи и бронхов у детей могут быть причиной формирования рецидивирующих, хронических бронхолегочных заболеваний, развитие которых связано с поздней диагностикой заболевания.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф. Хирургическая болезнь детского возраста // Бронхоскопия.- 2006. 203 с.
2. Черноховская Г.Г. Федченко «Рентгеноэндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания».- 2007.
3. Armin E. Введение в бронхоскопию.- 2009.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Камчыбеков У.С., Маматов А.М.

VACUUM-THERAPY AND INDEX OF IMMUNITY WITH PYOINFLAMMATORY CHILDREN'S ILLNESSES

Kamchybekov U.S., Mamatov A.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе показано, что закрытое ведение очагов воспаления с использованием вакуумного дренирования является эффективным методом санации гнойно-некротического процесса независимо от его форм и локализаций. Вакуумное дренирование значительно сокращает сроки заживления ран, по сравнению с традиционными методами дренирования, способствуют детоксикации организма за короткие сроки, очищает гнойно-некротический процесс и предотвращает септические осложнения воспалительного процесса.

Ключевые слова: дети, гнойно-воспалительные заболевания, вакуумное дренирование, иммунитет.

Resume: it is shown that the closed management of inflammation focuses using a vacuum drainage is an effective method of rehabilitation of purulent necrotic process regardless of its forms and locations. Vacuum drainage significantly reduces the healing time of wounds, compared with traditional methods of drainage, promotes detoxification of the body for a short time, cleans necrotic process and prevents septic complications of the inflammatory process.

Key words: children, pyoinflammatory diseases, vacuum-drain, immunity.

Актуальность проблемы: Острая гнойная инфекция представляет собой наиболее распространенную группу заболеваний, которые составляют до 30-40% от общего контингента больных различных хирургических стационаров, и частота встречаемости имеет тенденцию к увеличению. Успехи клинической иммунологии за последнее время сделали правомерным утверждение о ведущей роли иммунологической и неспецифической реактивности организма детей в течение хирургического сепсиса и гнойно-воспалительных заболеваний [2, 4].

В современной хирургии принципы иммунологии используются для предупреждения и лечения инфекций, объясняя течение заболевания, процессов заживления ран, способствуют коррекции иммунной недостаточности, возникшей вторично в ходе различных хирургических гнойных заболеваний [1, 3, 5, 6].

Цель. Оценить эффективность комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний у детей с использованием вакуумного дренирования, как метода санации гнойно-некротического процесса.

Материал и методы исследования. В отделении гнойной хирургии ОМДКБ исследовали показатели иммунитета у 306 детей с сепсисом и местным гнойно-воспалительным процессом. Из них у 154 детей для санации местных гнойно-воспалительных очагов использовали вакуум-дренаж (основная группа). У 152 детей местные гнойные очаги санировались традиционными методами (контрольная группа). Дети в основную и контрольную группы отбирались методом случайного отбора.

Для оценки общего состояния детей проводилось исследование общеклинических параметров и показателей неспецифических факторов защиты и иммунитета у 210 детей.

Результаты исследования. Во время вскрытия флегмоны производилось остеоперфорация кости в пределах зоны поражения в двух местах для проточно-аспирационного дренирования. При этом нижней трубке подключали вакуум-дренаж. Аналогичное дренирование и промывание остаточной плевральной полости проводилось при плевральных осложнениях гнойно-деструктивной пневмонии у детей всех возрастов.

При абсцессах и флегмонах после вскрытия местного очага удаляли все измененные в результате некроза и распада ткани. Рана зашивалась до вакуум-дренажа. Рядом вставляли эластический микродренаж для орошения раневой поверхности антисептическими препаратами в смеси с протеолитическими ферментами. Вакуум - терапия начиналась через два часа после операции, после предварительного орошения участка поражения антисептическими растворами высокой концентрации.

Путем вакуум-дренирования при повторных подключениях активно отсасывался гной, удалялись некротические массы, отечно-тканевая жидкость, на всем протяжении вакуумирования создавалось равномерное разрежение. По истечении трех часов через микроирригатор раневая поверхность заполнялась антибиотиком в сочетании с антисептическими растворами и протеолитическими ферментами до тугого наполнения при разрежении 0,1-0,15 атм. Важно, что трубка не доходила до дна раны, не создавала давление на ткани. Положение больных во время вакуумирования зависело от локализации воспаления, во всех случаях вакуум-дренаж проводили сверху вниз для оттока гноя из зоны воспаления.

Курс вакуум-терапии продолжается 5-6 дней. Процедуру дети переносили хорошо. Сроки пребывания больных в стационаре при лечении с использованием вакуум-дренажа составлял в среднем $10,52 \pm 0,71$ дня, против $18,5 \pm 7,2$ дня при лечении традиционными способами (выпускники и повязки). Повторно оперировано 5 детей (0,7%), у которых гнойный очаг не было полностью санирован при первичной обработке.

При использовании вакуум-дренажа отмечался значительный противонекротический, противоотечный и противовоспалительный эффект, благодаря закрытому ведению очага и ведению лекарственных препаратов. На 6-7 сутки лечения в очаге были выражены грануляции, начиналась активная эпителизация. При комплексном лечении с использованием вакуум-дренажа у 50 больных на 3-4 сутки наступило улучшение общего состояния, а в контрольной группе - на 10-й день. В результате комплексного лечения с использованием вакуум - дренажа резко уменьшается число осложнений, и значительно улучшаются показатели иммунитета (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика показателей неспецифической защиты и иммунных реакций при сепсисе на фоне вакуум-дренажа.

Показатели	У больных до лечения, n=306	У больных после лечения, n=154	У здоровых детей, n=30
Коплемент (по 50% гемолизу)	$56,8 \pm 2,9^*$	$44,8 \pm 4,6^*$	$68,9 \pm 2,2$
Лизоцим (мкг/мл)	$15,1 \pm 5,4^*$	$13,30 \pm 3,65$	$32,09 \pm 1,31$
В-лимфоциты	$0,40 \pm 0,01^*$ $16,2 \pm 4,0$	$0,20 \pm 0,01^*$ $13,0 \pm 3,6$	$0,35 \pm 0,06$ $17,6 \pm 1,9$
Д-клетки	$0,048 \pm 0,003$ $3,0 \pm 0,1$	$0,028 \pm 0,003^+$ $1,6 \pm 0,2$	0 0
О- лимфоциты	$1,1 \pm 0,2^*$	$0,6 \pm 0,1^*$	$0,4 \pm 0,1$
Титр антител к стафилококку	$58,4 \pm 10,8^+$	$149,3 \pm 63,5^+$	$23,7 \pm 1,9$
Иммуноглобулины, (г/л)			
G,	$18,5 \pm 2,4^*$	$13,9 \pm 2,9^*$	$14,3 \pm 1,2$
A,	$1,5 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,1$
M	$2,1 \pm 0,2^*$	$1,6 \pm 0,4^*$	$2,5 \pm 0,2$

Примечание: числитель - число лимфоцитов 10^9 /л; знаменатель - относительное число лимфоцитов;

* – $P < 0,05$.

В группе больных, леченных традиционным методом, гипертермия и интоксикация сохранялись в течение 12-14 суток.

Под влиянием вакуум-дренирования нормализация относительного числа отдельных популяций лимфоцитов наступала через 5-10 дней. Относительное количество Т-клеток возрастало до $53,6 \pm 7,9\%$, число О-лимфоцитов снижалось до уровня, установленного у здоровых детей. Отмечено существенное уменьшение количества Д-клеток ($P < 0,05$). Возрастало количество Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов, комплемента, лизоцима и титра антител к стафилококку.

У 32 (8,4%) больных с тяжелым течением сепсиса число лейко- и лимфоцитов, Т- и В-лимфоцитов оставались сниженными, что диктовало необходимость включения в комплекс лечения иммуностимуляторов. При низком уровне В-лимфоцитов мы использовали гипериммунную плазму из расчета 5-10 мл на кг массы тела и гамма-глобулины (3-5 дней) для снижения токсического действия микробов на организм. Указанный метод иммунизации с повторением от 3 до 5 раз дал положительный эффект у всех больных.

Выводы. Вакуум-дренирование является эффективным методом санации гнойно-некротического процесса независимо от его форм и локализаций.

Вакуумное дренирование значительно сокращает сроки заживление ран, по сравнению с традиционными методами дренирования, способствуют детоксикации организма за короткие сроки, очищает гнойно-некротический процесс и предотвращает септические осложнения воспалительного процесса.

Метод прост в использовании и может применяться в любом хирургическом отделении.

Литература:

1. Савицкая К.И., Салодилова О.Е., Лященко В.И. Токсические свойства крови и концентрация иммуноглобулинов при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции // Хирургия. журнал им. Н.И. Пирогова. - 2004. - №2. - С 70-73.
2. Лященко И.Г., Зверкова Б.И., Певзнер Э.Г. Иммунологическая характеристика острой гнойно-хирургической инфекции у детей // Хирургия. - 2006. - №8. - С 59-61.
3. Халфаев А.Ж., Токсонов Т.У. Тактика лечения гнойных ран у детей // Хирургия. - 2005. - №4. - С 42-43.
4. Шамсиев А.М., Мамуров И.Р., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Хирургическая тактика при запущенных формах острого гематогенного остеомиелита у детей. // Материалы 6-съезда детских врачей Казахстана. Алматы, 2006. - С. 360-361.
5. Брехов Е.И., Светухин А.М., Хохлов А.В., Воробьев А.А. Анаэробная неклостридиальная флегмона // Хирургия. - 2008. - №12. - С.53-55.
6. Исаков Ю.Ф., Михелсон В.А., Штатнов М.К. Инфузионная терапия в детском возрасте, М: Медицина, 2000. - 185 с.

УДК-616-053.2:616.28-008.14:616-08

ЭНДОГЕННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С АКТОВЕГИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Кутбаев С.К., Абдихаликов Ж.А., Калматаева Т.М.

ENDOGENOUS ELECTROPHORESIS WITH ACTOVEGIN IN COMPLEX TREATMENT OF SENSORINEURAL HEARING LOSS IN CHILDREN

Kutbaev S.K., Abdihalikov Zh.A., Kalmataeva T.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница, ФПМО ОшГУ,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в статье представлены результаты лечения нейросенсорной тугоухости у детей путем эндогенного электрофореза с Актовегином. У 66% больных достигнуто улучшение состояния детей.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, дети, лечение, эндогенный электрофорез с актовегином.

Resume: the results of treatment of sensorineural hearing loss in children by endogenous electrophoresis Actovegin. In 66% of patients achieved improvement of the children.

Key words: sensorineural hearing loss, children, treatment, endogenous electrophoresis with Actovegin.

Актуальность. Нейросенсорная тугоухость у детей является одной из актуальных проблем оториноларингологии. Проблема тугоухости и глухоты у детей имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Врожденный или рано приобретенный недостаток слуха влечет за собой не только речевые, но и интеллектуальные и социально-психологические нарушения в развитии ребенка.

Если учесть трудности своевременного выявления слабых потерь слуха и односторонней тугоухости, реальная частота нарушений слуха значительно выше. В последние годы отмечается тенденция к росту распространенности патологии слуха у детей, за 15-летний период этот показатель увеличился в 1,5 раза [1].

В комплексе реабилитационной терапии детей с оториноларингологическими заболеваниями, в том числе страдающих нейросенсорной тугоухостью, немаловажной составной частью является медикаментозная терапия.

Возможности фармакологической коррекции на современном этапе очень широки и включают в себя огромное количество препаратов, обладающих способностью влиять на многие звенья патогенеза постишемических и травматических очаговых и диффузных повреждений нервной ткани. При этом основным средством активации восстановительных процессов в центральной нервной системе является стимуляция всех видов нейрометаболизма. В этом плане

заслуживает внимание актовегин, который является эффективным средством лечения различных форм тугоухости в отдаленном восстановительном периоде.

Основой фармакологического действия актовегина является его влияние на процессы внутриклеточного метаболизма путем увеличения накопления кислорода и глюкозы. Это воздействие приводит, в конечном счете, к улучшению энергетического состояния клеток, благодаря которому улучшается состояние обмена веществ особенно в условиях его недостаточности. Актовегин увеличивает клеточный энергетический обмен веществ независимо от органа [2, 3, 4].

Целью работы явилась оценка результатов лечения нейросенсорной тугоухости у детей путем эндогенного электрофореза с актовегином.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 57 детей с нейросенсорной тугоухостью, из них мальчики составили 58%, девочки - 42%. В исследование не включены дети, родители которых в анамнезе имели тугоухость или глухоту, а также дети с врожденными пороками развития. Все дети с нейросенсорной тугоухостью получали эндогенный электрофорез с актовегином.

Первичное аудиологическое обследование всех детей проводили на аппарате MAIGO-42 фирмы Interacoustics Германия. Преимуществами данного метода являются быстрота (процедура занимает 20-30 минут), не используются седативные препараты, высокая чувствительность (10-100 дБ). Кроме того метод позволяет оценить ответы от различных частей улитки и обладает частотно-специфической информацией.

При обследовании обязательным было соблюдение условий, описанных в медицинской технологии.

Методика проведения эндогенного электрофореза с актовегином: пациентам внутривенно капельно вводили актовегин в дозе 6,0 в 100,0 мл физиологического раствора. Через 10 минут от начала вливания проводилась трансцеребральная гальванизация аппаратом «Поток». Электроды накладывали на область лба и сосцевидные отростки, сила тока до 0,4 мА. Продолжительность сеанса 20-30 минут. Механизм действия такого метода лечения заключается в том, что лекарственное вещество, попадая в кровь, подвергается процессу диссоциации с образованием ионов. При гальванизации происходит направленное движение ионов, и тем самым, создается повышенная концентрация лекарственного вещества в мозге. Курс лечения составлял 8 сеансов. 7 (15%) детей получили менее 4-х сеансов из-за непереносимости тока или в связи с ранней выпиской.

В результате проведенного лечения у всех детей отмечалась положительная динамика в виде повышения умственной работоспособности, улучшения слуха, памяти, внимания, познавательной активности. Улучшение самочувствия больных и данные клинического осмотра были подтверждены результатами электроэнцефалограммы, которая проводилась до и после лечения. У 66% больных была зарегистрирована положительная динамика.

Заключение. Таким образом, при эндогенном электрофорезе повышается терапевтическая активность актовегина за счет создания «депо» его ионов в головном мозге, что способствует улучшению сосудистого тонуса.

Литература:

1. Белова А.Н. *Нейрореабилитация // Руководство для врачей, М. - 2000. - С. 565.*
2. Булекбаева Ш.А., Курманбекова З.М., Мусаева К.К. и др. *Применение эндогенного электрофореза у детей с неврологическими заболеваниями на этапе реабилитации // Сб. научн. тр. международной конференции, Алматы. - 2004. - С.77-79.*
3. Джумабеков Т.А., Журнабаева Б.Д. *Эффективность инстенона и актовегина при лечении энцефалопатий гипоксического генеза у детей // Сб. научн. тр., Алматы. - С. 2000. - 159.*
4. Руденко Т.Л. *Физиотерапия. Ростов-на-Дону, 2000. - С. 347.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Маматов А.М., Айбашов К.А., Камчыбеков У.С.

TREATMENT OF ACUTE OSTEOMYELITIS IN INFANTS

Mamatov A.M., Aibashov K.A., Kamchybekov U.S.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе изучены особенности клинического течения острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у новорожденных, частота которых колеблется от 4,8% до 6,2%. Особенностью клинического течения у больных до одного года явилась высокая частота (76,9%), генерализация гнойного очага в септико-пиемической форме. Раннее комплексное лечение ОГО позволяет избежать тяжелых костных деформаций у большинства новорожденных.

Ключевые слова: новорожденный, острый гематогенный остеомиелит, защитные механизмы, лечение.

Resume: the paper studied the characteristics of the clinical course of acute osteomyelitis in infants, the frequency of which varies from 4,8% to 6,2%. The clinical course in patients under one year was the high incidence (76,9%), generalization of purulent focus in septic piemical form. Early comprehensive treatment of acute osteomyelitis to avoid severe bone deformities in the majority of infants.

Key words: newborn, acute hematogenous osteomyelitis, defense mechanisms and treatment.

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) новорожденных занимает значительный удельный вес среди других гнойно-септических заболеваний детей этого возраста и составляет 4,8-6,2% [1, 3, 5]. Наиболее типичным для детей в возрасте до одного года является эпифизарный остеомиелит, но в последние годы сообщаются данные о снижении его удельного веса с 79,8% до 23,2% [1, 2]. Однако диагностика ОГО до настоящего времени представляет большие трудности, что связано с разнообразием клинических проявлений остеомиелита у новорожденных и появлением новых возбудителей, которые оказывают определенное влияние на клинические проявления болезни [2, 4, 6].

Цель. Изучить особенности клинического течения острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у новорожденных на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ историй болезни 65 детей, которые лечились в отделении гнойной хирургии ОМДКБ с 2008 г. по 2012 г. Из них у 76,9% новорожденных с острым гематогенным остеомиелитом различной локализации диагностирован сепсис, у 23,1% детей установлена локализованная форма остеомиелита. У 70% новорожденных первичным очагом инфекции явилась пупочная ранка.

Основная этиологическая роль в возникновении ОГО у новорожденных принадлежала *St. aureus*, который высевался из содержимого патологического очага в 70,7% случаев. В 3% случаев выделить этиологически значимую флору не удалось.

Результаты и обсуждение. Из данных анамнеза у новорожденных установлено, что у 29,2% матерей имел место отягощенный акушерский анамнез, у 57% - патология родов. У 2,3% женщин обнаружена экстрагенитальная патология. 64,6% детей имели проявления гнойной инфекции в родильном доме.

Изменения картины крови в начальных стадиях ОГО проявлялись анемией (у 55,5%), лейкоцитозом со сдвигом формулы белой крови влево с появлением незрелых форм лейкоцитов (у 67%), анэозинофилией 53% ускорением СОЭ (у 43%). При местных формах ОГО изменения в крови были выражены незначительно.

Местные изменения в начале заболевания характеризовались ограничением подвижности в суставах, отсутствием активных движений и резко болезненными пассивными движениями пораженной конечности, вынужденном положении, обеспечивающем наибольший покой. Очень быстро появлялась припухлость, которая переходила в выраженный отек с образованием на коже пораженной области сосудистого рисунка. Одновременно наблюдалось повышение местной температуры. При локализации процесса в эпифизе и метаэпифизе, как правило, развивался артрит в суставе, прилежащем к пораженному эпифизу. Гиперемия появлялась только в случае развития

параартикулярной и межмышечной остеомиелитической флегмоны. Гнойный артрит наблюдался у 10,7% детей.

У 15,4% больных отмечена эпиметафизарная локализация процесса. Значительное количество новорожденных имело нетипичную для детей данной возрастной группы локализацию остеомиелитического процесса. Так, у 10,8% детей воспалительный очаг локализовался в метафизе, у 10,8% больных в метадиафизах, у 6,0% новорожденных в диафизах. Из 6,0% больных с диафизарным остеомиелитом у 3,1% имел место переход процесса в хроническую форму.

Лечение ОГО должно быть комплексным, индивидуальным, проводиться с учетом формы заболевания, реактивности организма и вида микроорганизма и характера местного очага воспаления. Нарушение обменных процессов и наличие интоксикации требуют применения систематической инфузионной терапии.

Инфузионная терапия проводилась 66,1% больным. Учитывая, что местный очаг в значительной степени определяет тяжесть клинических проявлений, способствует генерализации процесса, назначалось раннее рациональное дренирование. При поражении метаэпифизарных областей и прорыве гноя в сустав, предпочтение отдавали пункционному методу лечения. Пункция суставов и санация их полости проводили по показаниям до стихания местного воспалительного процесса. К артротомии прибегали при отсутствии эффекта от пункционного метода лечения. Остеоперфорация при лечении остеомиелита у новорожденных не применялась. При любом методе лечения обязательным условием была иммобилизация пораженной конечности.

При построении тактики антибактериальной терапии решающее значение имела чувствительность возбудителя к антибиотикам, создание высокой, длительно сохраняющейся концентрации препарата в крови и местном очаге. Это достигалось высокой дозой вводимых антибиотиков, сочетанием внутривенного и местного применения их. В настоящее время наиболее целесообразным следует считать применение полусинтетических пенициллинов и других антибиотиков широкого действия и из группы резерва. Наиболее эффективным было сочетание цефопераона с гентамицином. Хороший эффект был достигнут при применении линкомицина. Одновременное введение ингибиторов протеаз повышало бактериостатический эффект антибиотиков. Комплексное лечение включало по показаниям нистатин и бифидумбактерин.

Полное восстановление функции пораженной конечности наступило у 95,4% детей, 4,6% больных выписаны с нарушением функции конечностей, ограничением их подвижности, патологическим подвывихом бедренной кости в тазобедренном суставе. Своевременное, правильно проведенное лечение с последующим восстановительным ортопедическим лечением в большинстве случаев позволяет предупреждать или своевременно корректировать возможные деформации. Летальность при ОГО новорожденных была довольно высокой и составила 7,7%.

Заключение. Результаты исследования позволяют заключить, что в настоящее время у новорожденных преобладают септико-пиемическая форма ОГО. Развитию септико-пиемической формы ОГО, по-видимому, способствует угнетение защитных механизмов их организма вследствие патологии беременности, родов и экстрагенитальных заболеваний у женщин. Из особенностей течения местного процесса у новорожденных следует отметить увеличение случаев поражения плоских костей и метадиафизов длинных трубчатых костей. Раннее комплексное лечение ОГО позволяет у большинства новорожденных избежать тяжелых костных деформаций.

Литература:

1. Вайсман А.А. Роль биохимических, рентгенологическая и гистологическая показателей в диагностике остеомиелита // *Клиническая хирургия.* - 2001. - №10. - С.28-30.
2. Долецкий С.Я., Щетинин В.Е. Острый остеомиелит у детей // *Хирургия.* - 1999. - №8. - С. 31-34.
3. Красовская В.П. Острый гематогенный остеомиелит у детей // *Сб. трудов Красноярского медицинского института.* - 2000. - №6. - С. 43-53.
4. Нереев И.В., Захарова Л.Б. Ранние морфологические изменения при остром гематогенном остеомиелите // *Вестник хирургии.* - 2004. - №4. - С. 85-87.
5. Прокопова Я.В., Алексюк К.П., Николаев Н.Г. Атипичные формы остеомиелита у детей. // *Хирургия.* - 2006. - №1. - С. 81-84.
6. Султанбаев Т.Ж. Гематогенный остеомиелит // *Клиницист.* - 1999. - No 1. Р. 48-52.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Маматов А.М.

TREATMENT OF PULMONARY COMPLICATIONS OF ACUTE HEMAGENIC OSTEOMIEELITIS AT CHILDREN

Mamatov A.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе изучены особенности течения осложненных форм острого гематогенного остеомиелита у 95 больных, в период 2008-2012гг. в возрасте от 1 месяца до 14 лет. Из них у 36 больных диагностированы последовательные поражения бронхо-легочно-плевральной системы. По течению бактериальные деструкции легких при остром гематогенном остеомиелите были разделены с учетом характера осложнений (бронхиальные, легочные, плевральные и др.). Патогенетически обоснованное комплексное лечение с применением малоинвазивных технологий позволили у 88,8% больных достичь хороших и удовлетворительных результатов. Летальность снизилась от 30% до 11,2%.

Ключевые слова: дети, острый гематогенный остеомиелит, бактериальная деструкция легких, малоинвазивные технологии, лечение.

Resume: particularities of the clinical current of complicated forms of acute hematogenic osteomilitis at 95 patients at years 2008-2012, at age from 1 month till 14 years were studied. At 36 patients were diagnosed involving broncho-lung-pluera system. According to current and features of complications bacterial destruction of lungs at acute hematogenic osteomielitis is divided into (bronchical, pulmonary, hleural e.t.c.) By using pathogenically complex treatment with using saveinvation technologies lets to get good results at 88,8% patients. Lethality is decreased from 3,5% to 11,2%.

Key words: children, acute hematogenic osteomielitis, bacterial destruction of lungs, saveinvation technologies, treatment.

Актуальность проблемы. До настоящего времени наибольшие трудности при лечении остеомиелита у детей отмечаются в связи с развитием септических осложнений [1, 3, 5, 7]. Среди метастатических поражений внутренних органов первое место занимают поражения легких [2, 4, 6]. Частота этих осложнений колеблется по данным авторов от 7,5% до 20%, а летальность при них достигает 26%-50%. В гнойно-хирургическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы с 2008 г. по 2012 г. находилось на лечении 95 больных с острым гематогенным остеомиелитом. В настоящей работе мы проанализировали результаты лечения 36 больных с септическими формами острого гематогенного остеомиелита (30,5%). У 27 из них (возраст от 5 до 14 лет) была диагностирована септическая пневмония (75%), у 9 (25%) – множественное поражение костей (от 6 до 9) в сочетании с метастатической пневмонией. Тяжесть течения сопутствующих бронхолегочных осложнений определялась выраженной интоксикацией на фоне нарушения дыхания и кровообращения.

Надо отметить, что развитию торпидного течения септического поражения легких способствовала поздняя диагностика острого гематогенного остеомиелита (28 детей - 77,78%), трудности дренирования первичных гнойников (3 больных - 8,34%). Предупреждению септических пневмоний способствует раннее радикальное вмешательство на гнойных очагах и костях. Необходимо с осторожностью выполнять остеоперфорацию кости с последующей вакуум-терапией. Форсированное введение в очаг воспаления физ.раствора и антибиотиков травмирует костный мозг, может способствовать переходу местной формы острого гематогенного остеомиелита в септическую с вовлечением в процесс легочной ткани, как это и произошло у 2 больных.

Материалы и методы. В фазе преддеструкции изменения обнаружены у 19 (52,7%) больных: интерстициальный отек - у 6 (16,6%), альвеолярный отек - у 7 (19,4%), ателектаз – у 1 (2,7%), инфильтрация - у 4 (11,1%). Экссудативный плеврит отмечен у 1 (2,7%) больного. С деструктивной пневмонией было 13 (36,1%) детей. Буллезная форма была у 7 (19,7%) детей, абсцедирование - у 5 (13,8%), у 1 ребенка в последующем присоединились плевральные осложнения и геморрагический экссудат (2,7%).

Септическое легкое наблюдалось нами при следующих локализациях остеомиелитического процесса: бедро - у 18, большеберцовая кость - у 6, кости таза - у 2, плечевая кость - у 3. У больных имелись множественные поражения костей (от 2 до 6).

Клиническая диагностика септической пневмонии на ранних стадиях чрезвычайно трудна. Дети поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с острой дыхательной недостаточностью (тахипное до 50-60 в 1 мин). Выраженность изменений легочной паренхимы и связанная с ним общая симптоматика не соответствовали результатам физикального исследования легких. Заинтересованность бронхоальвеолярного аппарата и соответствующие находки при перкуссии, аускультации выявлялись на поздних этапах заболевания. Анализ этих исследований позволяет считать, что основной причиной подобного течения легочного процесса у детей явился септический шок. Общеизвестно, что шок любой этиологии сопровождается характерными клинко-рентгенологическими изменениями, которые обозначаются термином “шоковое легкое”. Недооценка острых нарушений дыхания при септическом шоке в начале заболевания приводит к запоздалой диагностике, когда уже имеются выраженные легочные и легочно-плевральные осложнения. Поэтому раннее распознавание септических пневмоний мы связываем, прежде всего, со своевременной рентгенографией органов грудной клетки. Этот метод диагностики пока еще остается ведущим. Большое значение для подтверждения септической пневмонии имеет выявление нарушений центральной гемодинамики – снижение газообмена между альвеолярным воздухом и циркулирующей кровью (табл. 1).

Таблица 1.

Морфофункциональные изменения при легочных осложнениях острого гематогенного остеомиелита у детей.

Преддеструкция (гемодинамические вентиляционные и морфологические изменения) (n=39)		Деструкция (рентгеноморфологические воспалительные изменения) (n=56)	
Легочные изменения	Плевральные изменения	Легочные изменения	Плевральные изменения
Интерстициальный отек Альвеолярный отек Нарушение вентиляции (гиповентиляция, ателектаз) Инфильтрация	Экссудативный плеврит	Буллы Мелкоочаговая деструкция Абсцедирование Гангренизация	Экссудативный плеврит Пневмоторакс Пиоторакс Пиопневмоторакс

Результаты и обсуждение. Мы в собственных наблюдениях выделили 3 варианта течения вторичных септических пневмоний, что определило тактику лечения.

Первый вариант нами отмечен у 10 детей. У них сроки госпитализации были различными, но изменения легких были диагностированы на ранних стадиях гемодинамических и вентиляционных нарушений. У этих больных вмешательство на очаге поражения в костях быстро купировало местный процесс, а целенаправленное лечение по поводу диагностированного септического легкого предупредило развитие деструктивного процесса в короткие сроки (3-6 дней).

Второй вариант течения септических пневмоний наблюдался у 13 детей. У них сроки госпитализации от начала заболевания были более поздними - от 7 до 15 суток. 9 детей имели множественные поражения, из них у двоих был перикардит. У 4 из 13 больных уже при поступлении в стационар отмечена деструктивная пневмония, при которой экстренное вмешательство, как на первичном, так и на метастатических очагах не увенчалось успехом. Больные умерли от септикопиемических, легочноплевральных и сердечнососудистых осложнений. У остальных 9 детей отмечалось торпидное течение легочного процесса, в дальнейшем эти больные выздоровели.

Третий вариант течения септической пневмонии имел место у 3 детей. Радикальной санации очага при поступлении не удалось добиться. У этих детей легочный процесс принял рецидивирующее течение, которое проявлялось локальным поражением легочной ткани, лишь повторными санациями местного и метастатического очагов с иммуностимуляцией удалось добиться улучшения и стабилизации состояния, купировать признаки воспаления легких.

Анализ клинических проявлений вторичных пневмоний в этот период не соответствовал типичной картине септического шока, а поражение легочной ткани было обусловлено, вероятно, процессами эмболизации сосудов малого круга.

Нам представляется, что лечение септических пневмоний должно базироваться как на принципах лечения шокового легкого, так и на самых современных принципах местного лечения гнойного процесса.

Исходя из особенностей патогенеза пневмоний, их успешное лечение неразрывно связано с ранней инфузионной и медикаментозной терапией, направленной на восстановление легочного кровотока и ликвидацию инфекта. В стадии интерстициального и альвеолярного отека терапия должна сводиться к профилактике и лечению внутрисосудистого свертывания, снижению сопротивления в сосудах малого круга, дезагрегации форменных элементов крови и реканализации циркуляторного русла легких. Терапия больных включала применение низкомолекулярных декстранов с выраженными реологическими свойствами (реополиглюкин, гемодез). Для снятия ангиоспазма сосудов малого круга внутривенно вводились новокаин, эуфиллин в возрастных дозировках.

Для купирования явлений коагулопатии применяли гепарин, ингибиторы протеаз.

В качестве иммуностимуляции назначались гипериммунизированная кровь, плазма, гаммаглобулин и препарат тимуса, тималин. Применение последнего в дозе 0,1-0,2 мг/кг за короткий срок лечения способствует выздоровлению.

Антибиотики вводились внутривенно, внутримышечно и местно. Кроме того, лечение вторичных пневмоний предусматривало ряд симптоматических вспомогательных мероприятий (оксигенотерапия, физиолечение, электрогальванизация, бронхосанация и др.). В последнее время с успехом применяли УФО аутокрови, дискретный плазмоферез. Эта терапия позволила на ранних стадиях метастазирования инфекции в легкие предупредить прогрессирование легочного процесса и избежать развития деструктивных тяжелых гнойно-воспалительных осложнений. В тех же ситуациях, когда оборвать септический процесс в легких не удалось, и он осложнялся в последующем деструкцией легких, терапия больных проводилась по общим принципам лечения гнойных заболеваний легких (пункции плевральной полости, активная аспирация гноя, введение одного, а иногда и двух дренажей). Из 36 больных с септической пневмонией при множественном поражении костей умерли 4 ребенка (11,2%), выздоровели 32 (88,8%).

В период диспансерного наблюдения у 3 больных процесс в легком принял хроническое рецидивирующее течение.

Заключение. Таким образом, необходимым условием успешного лечения больных с метастатическим поражением легких и плевры при остром гематогенном остеомиелите является ранняя рентгенодиагностика и целенаправленная патогенетическая комплексная терапия. Ранняя радикальная санация первичного и метастатического очагов малоинвазивными методами обеспечивает профилактику легочных осложнений острого гематогенного остеомиелита, снижает летальность от 30% до 11,2%.

Литература:

1. Варская М.А., Кузьмин А.И., Кусков В.Д. Лечение бактериальных деструкций при остром гематогенном остеомиелите у детей // *Детская хирургия*. - 2000. - №3. - С. 31-32.
2. Вайсман А.А., Роль биохимических, рентгенологических и гистологических показателей в диагностике остеомиелита // *Клиническая хирургия*. - 2001. - №10. - С. 28-30.
3. Габуния Г.М. К вопросу о ранней диагностике осложнений и лечение острого гематогенного остеомиелита в детском возрасте // *Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. - Тбилиси, 2000. - 20 с.
4. Ерекешов А.Е. Лечение острого гематогенного остеомиелита у детей. Межвузовский сборник трудов. Алма-Ата. - 2000. - С. 115-117.
5. Ломаченко И.Н. Особенности течение острого гематогенного остеомиелита у детей // *Хирургия*. - 1999. - №11. - С. 81-83.
6. Нереев И.В., Закирова Я.В. Ранние морфологические изменения в очаге воспаления при остром гематогенном остеомиелите // *Вестник хирургии*. - 2004. - №4. - С. 85-87.
7. Bloem V.L. Radiologic staging of primary bone sarcoma // *Radiology*. - 2008. - Vol. 169. - №3. P. 805-810.

ИНФОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДВС-СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Монокбаев Э.К.

INFORMATIVE PARAMETERS IN THE PREVENTION OF BLOOD CLOTTING AND TREATMENT OF DIC IN SEVERE FORMS OF PURULENT SURGICAL INFECTION IN CHILDREN

Monokbaev E.K.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в работе изучены наиболее информативные показатели гемостаза в зависимости от прогрессирования стадий ДВС-синдрома при гнойно-септических заболеваниях у детей. Для разработки рациональных методов профилактики и лечения тромбогеморрагических осложнений доказана рациональность и эффективность управляемой антикоагулянтной терапии в сочетании со свежезамороженной плазмой и антиагрегантными препаратами, которая эффективно купирует ключевые механизмы нарушенных факторов гемостаза. Дана рациональная схема терапии разных вариантов ДВС-синдрома.

Ключевые слова: дети, тяжелые формы гнойно-воспалительных заболеваний, антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.

Resume: the most infatvnyi – net figures of progressive stages DIC – syndrome in children's purulent – septic diseases are studied in this work. Rationalism and efficacy of controlling anti – coagulative therapy in combination with fresh frozen plasma and antiaggregatory preparations are proved in working out rational methods of prophylaxes and treatment thrombus hemorrhagic complications. It restores effectively key mechanisms of hemostasis destroyed factors. There's presented the rational scheme therapy of different variants DIC syndrome.

Key words: Children, heavy forms of suppurative inflammatory diseases, anticoagulative and antiaggregatory therapy.

В период разгара сепсиса в гемостазиограммах выявляются выраженные признаки внутрисосудистого свертывания крови, что сопровождается тромбоцитопенией, положительным этаноловым тестом, повышением ПДФ и спонтанной агрегацией тромбоцитов. При этом устанавливается депрессия фибринолитической системы со снижением уровня плазминогена и удлинения независимого фибринолиза [2, 4, 6, 7]. При динамическом исследовании регистрируются высокие показатели антикоагулянтных факторов плазмы. Уровень антитромбина III и показатели гепарин-кофакторной активности (АРП и ИИА) значительно нарушаются из-за защитного их напряжения, что требует экстренной диагностики и рационального лечения [1, 3, 5, 8].

Целью настоящей работы является изучение механизмов и оптимизация лечения нарушений гемостаза при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении реанимации и гнойной хирургической инфекции ОМДКБ г. Ош в период 2007-2009 гг. находились 144 больных в возрасте от 3 до 14 лет с различными формами гнойной хирургической инфекции. У 116 (80%) больных диагностированы сепсис и септикопиемия, у 28 детей (19,4%) - очаговые формы хирургического инфекционного заболевания.

Кроме общепринятых методов комплексного клинико-лабораторного, бактериологического, иммунологического исследования изучались показатели гемостаза в динамике. Изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (количество тромбоцитов $10^9/\text{л}$; спонтанная агрегация тромбоцитов %, определение ТФ-4 в плазме (сек.); коагуляционный гемостаз (определение тромбинового времени (сек.); фибриногена (г/л); физиологических антикоагулянтов и гепарин-кофакторной активности плазмы (определение АТ-III (%)) серийного тромбин-гепаринового теста ИИА и АРП (%)), XIIa-зависимого фибринолиза, (мин.); паракоагулянтные тесты (этаноловый тест; протамин-сульфатный тест, определение ранних продуктов деградации фибриногена (ПДФ) в сыворотке (мкт/мл). Статистический анализ произведен с расчетом относительных, средних величин и коэффициента корреляции (z). Достоверность определялись с помощью коэффициента Стьюдента и уровнем значимости был выбран ($P < 0,05$).

Результаты исследования. Ранняя диагностика стадий ДВС-синдрома, особенно в послеоперационном периоде, позволила своевременно определить адекватность антикоагулянтной терапии, а также степень санации местных очагов. Особенности триггерных механизмов и

связанные с ними клинические проявления и нарушения в системе гемостаза и фибринолиза вносят существенные коррективы в программу лечения больных с тяжелыми формами гнойной хирургической инфекции у детей.

При некоторых вариантах ДВС у детей их значение настолько велико, что требует принципиально различных подходов, как в выборе основных методов лечения, так и в разработке общей стратегии терапии данного синдрома.

С учетом преобладания этиопатогенетических факторов и ведущих клинических симптомов ДВС-синдрома рекомендуется разграничить 3 основных клинко-патогенетических варианта, каждому из которых соответствует наиболее рациональная терапевтическая комбинация (табл. 1).

Таблица 1.

Дифференциальные подходы к терапии разных вариантов ДВС-синдрома (алгоритм патогенетического лечения).

Ведущие клинические проявления	Преобладающие механизмы нарушений	Рациональный комплекс терапии
I вариант: шок, нарушения функций жизненно важных органов, умеренные явления геморрагий и лизиса.	Выраженное истощение противосвертывающих механизмов, персистенция в кровотоке активированных факторов свертывания.	СЗП + гепарин + антиагреганты. Кортикостероиды + плазмоферез.
II вариант: шок, выраженный геморрагический синдром (нарушение центральной гемодинамики и микроциркуляции).	Преобладание фибринолиза (местного или общего) над генерацией тромбина.	Большие дозы антипротеаз + минидозы гепарин + СЗП + антиагреганты + плазмоферез
III вариант: шок, массивные локальные тромбозы и или тромбоземболии (тромботический вариант ДВС-синдрома).	Недостаточность фибринолитических механизмов свертывания крови.	Тромболитики + СЗП (прерывистый режим введения) + гепарин + антиагрегаты + кортикостероиды.

При явлениях шока и выраженной интоксикации, блокаде микроциркуляции, развитии сердечнососудистой недостаточности, в особенности иммунными комплексами, криоглобулинами, другими крупно молекулярными дериватами белкового и микробного происхождения, в базисную терапию ДВС включается лечебный плазмоферез и кортикостероиды. При всех вариантах ДВС одновременно осуществляются мероприятия по устранению причин вызвавших ДВС-синдром, борьба с шоком и нарушением функции жизненно важных органов, подавление размножения микрофлоры.

Так, при чрезмерной активации фибринолиза (генерализованного или локального характера) и доминировании тяжелых геморрагических явлений наиболее целесообразно использование больших доз трасилола (105 ЕД) и более или его аналогов в сочетании с минидозами гепарина. Это позволяет избежать массивных трансфузий СЗП, что особенно важно для больных с недостаточностью кровообращения с риском трансфузионной перегрузки.

При массивных тромбозах и/или тромбоземболиях при сепсисе требуется назначение фибринолитических препаратов в сочетании с трансфузиями СЗП, осуществляемыми в прерывистом режиме. Последние позволяют достигнуть эффекта даже при относительно небольших дозировках стрептокиназы и ее аналогов. При I варианте ДВС-синдрома одним из наиболее частых в клинической практике применяемых препаратов, помимо СЗП является гепарин + антиагреганты. Естественно, что одновременно проводятся все необходимые мероприятия по устранению причин, вызвавших ДВС, а также профилактике (или лечению) шока, борьбы с нарушениями микроциркуляции, ацидозом. Важное значение имеет, как указывалось выше, лечебный дискретный плазмоферез. Особенно велика его роль как составной части базисной терапии при расстройствах функции сердечнососудистой системы и выраженной интоксикации, связанных с воздействием различных токсических агентов.

Анализ применения основных методов терапии показывает, что рациональное, дифференцированное их использование приводит к положительной динамике ведущих клинических симптомов и лабораторных показателей уже в течение первых 3 суток почти у 86% больных с ДВС.

Обосновано выделение основных клинико-патогенетических вариантов лечения септического шока у детей, обусловленных прогрессированием ДВС-синдрома (табл. 2).

Таблица 2.

Влияние базисных методов терапии на динамику различных вариантов ДВС-синдрома.

Вариант ДВС	Базисный метод терапии	Процент больных с положительной лабораторной динамикой	
I	СЗП + гепарин + антиагрегант	86,1	91,2
II	Большие дозы антипротеаз + гепарин (минидозы)	89,4	89,8
III	Малые дозы тромболитиков + СЗП + гепарин	76,4	80,3
IV	Плазмоферез + СЗП + минидозы гепарина + антиагреганты	73,1	81,6
	В среднем	81,2	85,7

Внедрение вышеперечисленных методов терапии позволило снизить летальность до 46%.

Таким образом, дифференцированная терапия ДВС с использованием информативных критериев клинико-лабораторной диагностики способствовала уменьшению тяжести этой категории больных, что отразилось на длительности пребывания в отделении реанимации.

У детей с повышенным риском развития ДВС (сенсibilизация организма, гиперкоагуляционный сдвиг, операция, массивная цитостатическая терапия), обоснованы меры специфической профилактики данного синдрома. Гепарин вводится 2 или 3 раза в сутки через равные промежутки времени (т.е. через 8 или 12 часов) по 20000-40000 ЕД подкожно, чаще всего в боковую складку кожи живота в связи с малым риском попадания в сосуд.

К мини-дозам гепарина относятся дозы от 15000 ЕД на кг веса в сутки. Для точного дозирования используется инсулиновый шприц, а во избежание кровоизлияний и гематом на месте инъекции – разовая игла. Следует отметить, что рационально использовать кальциевую соль концентрированного раствора гепарина (15000 ЕД в 0,2 мл/раствор). Эффективно сочетание гепарина с эрготамином (при отсутствии противопоказаний для его применения – повышенной чувствительности, склонности к выраженному спазму венечных, церебральных и других артерий и артериол).

Заметным эффектом в плане профилактики тромбозов и ДВС обладает также тиклопидин по 100 мг 2 раза в сутки и дефибротид [8, 9]. При гнойно-деструктивных процессах в легких, перитоните, остеомиелите, в комплексе лечебных мероприятий на ранних этапах целесообразно включать трансфузии свежезамороженной плазмы с гепарином, реопротекторы протеиназы и лечебный плазмоферез с удалением 0,3-0,5 л плазмы за один сеанс и возмещение ее СЗП.

При наличии тромбогенных факторов риска у больных с гнойными заболеваниями следует избегать назначения препаратов, усиливающих коагуляционный потенциал крови или тормозящих фибринолиз (памба, цельная кровь).

Выводы: ДВС-синдром является одним из сложных и тяжелых осложнений гнойно-септических заболеваний у детей.

Использование информативных критериев клинико-лабораторной диагностики и дифференцированная терапия ДВС способствует уменьшению тяжести этой категории больных.

Литература:

1. Абаев Ю.К., Кепеть В.А., Геляршицкий Н.И. Остеомиелит у новорожденных детей // *Дет. Хирургия*, 2008. - №2. – С. 39-43.
2. Адамалиев К.А. Профилактика и лечение иммуногуморальных и тромбогеморрагических осложнений при сепсисе у детей // *Методические рекомендации*. – Бишкек, 2005. – С. 20.
3. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия у детей. – *Медицина* 2000, - С. 20-44.
4. Белобородов Н.В. Концепция септического шока. – М., *Медицина*, 2000. – 248 С.
5. Сергеева Е.В. Пособие по изучению адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов // *НПО Москва*, 2009, - 29 с.
6. Бекарев И.Н. ДВС-синдром: проблемы клинической классификации и патогенетического лечения // *Materia medica*. – 2007. – С.15-22.
7. Железнов В.Д., Дрин Ф.Н. Обменный плазмоферез в комплексном лечении эндотоксикоза // *Здравоохранение Белоруссии*, 2008. - №2. – С. 14-16.
8. Зайцева И.А., Кованов В.И., Михайлова Ф.В. и др. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови при гемолизико-уремическом синдроме // *Педиатрия*. - 2005. - №5. – С.18-21.

**СИСТЕМАТИЗИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ
ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ
ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**
Монокбаев Э.К., Саатова Г.М.

**THE SYSTEMATIC METHOD OF DIAGNOSIS OF DISSEMINATED
INTRAVASCULAR COAGULATION IN SEVERE FORMS PURULENT SURGICAL
INFECTION IN CHILDREN**
Monokbaev E.K., Saatova G.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош,
Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек,
Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе на основании динамического исследования наиболее информативных показателей гемостаза при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей разработаны алгоритм трехэтапной системы диагностики ДВС-синдрома. Прогрессирование и регресс стадий ДВС-синдрома зависели не только от тяжести течения основной патологии, его фазы, метастатических, полиорганно-системных осложнений, но и эффективности ранней диагностики, а также от патогенетической обоснованности комплексного лечения.

Ключевые слова: дети, ДВС-синдром, сепсис, осложнения.

Resume: the algorithms of three – phased diagnostics system DIC – syndrome are worked out based on dynamic research. There were the most informative hemostasis figures in heavy forms of purulent surgical infection be children. Progress and regress of DIC – syndrome stages depended not only on heavy course of main pathology, its phase, metastatistic, multiple organ system complications, but on effectiveness of early diagnostics, also on pathogenetic complex treatment ground.

Key words: children, DIC – syndrome, sepsis, complications.

Актуальность проблемы: В патогенезе гнойно-септических заболеваний у детей существенное место занимают гипер- и гипокоагуляционные нарушения системы гемостаза. ДВС-синдром при тяжелых формах гнойно-септических заболеваний развивается на фоне нарушений гемодинамики, микроциркуляции с нарушением функции жизненно важных органов и систем [2, 5, 7]. В результате микробной агрессии, экзо- и эндотоксинов, недоокисленных продуктов межклеточного обмена, протеолитических ферментов и др. происходит интенсивное активирование коагуляционного потенциала крови, что приводит к срыву противосвертывающих факторов гемостаза. ДВС-синдром первоначально развивается в зоне микроциркуляции с активированием фибринолиза, системы мононуклеарных фагоцитов, противовоспалительных цитокинов, калликреин-кининовой системы, что в итоге вызывает полиорганно-системную недостаточность. Поражения эндотелия сосудов и эндокарда токсическими метаболитами вызывает активацию контактной фазы свертывания крови; параллельно с этим идут процессы внутрисосудистой адгезии и агрегации тромбоцитов с выходом в кровоток тромбоцитарных факторов (ТФ-3, ТФ-4 и др.), аденозиндифосфата и серотонина, вызывающих вторичные «волны» агрегации и адгезии, происходит местное свертывание крови, что может вызывать тромбообразование [1, 3, 4, 6].

Целью настоящей работы является разработка системы рациональной диагностики на основе изучения клинико-лабораторных особенностей ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойно-хирургической инфекции у детей.

Материал и методы исследования. Нами, в период с 2007-2009 гг., изучены показатели коагуляционно-литической системы (КСО) у 144 больных детей с различными формами гнойно-септических заболеваний в возрасте от 3 до 14 лет, лечившихся в отделении реанимации, анестезиологии и гнойной хирургической инфекции ОМДКБ г. Ош. Из 144 обследованных больных при поступлении в стационар клинически и лабораторно, токсическое течение заболеваний установлено у 47 (32,6%) детей. У 69 (47,9%) больных диагностирована септикопиемическая форма. Эти больные соответственно составили основную 1-ю и 2-ю группы (47 детей), у которых диагностирован септический шок, у больных 2-й группы (69 детей), патология сопровождалась

сепсисом и септикопиемией. Контрольную - 3-ю группу составили 28 (19,4%) больных с местночаговыми формами гнойно-хирургической инфекции без сепсиса. Результаты исследований при статистическом анализе сравнивались с аналогичными показателями у здоровых детей тех же возрастов. Кроме клинико-лабораторных, функциональных методов исследования нами изучены наиболее информативные показатели гемостаза у больных в динамике: при поступлении в стационар (до операции), после операции на 1-3, 5-7 и 10-12 сутки, далее при выписке больных из стационара. Полученные результаты обработаны на персональном компьютере «министат» с расчетом относительных, средних величин и коэффициента парной корреляции (ч). Достоверность определялась с помощью коэффициента Стьюдента, уровнем значимости был выбран $P < 0,05$.

Результаты исследования и их анализ. Как показали результаты исследования, генезу инфекционно-токсических повреждений в настоящее время большое значение придается активации гранулоцитов, макрофагов и моноцитов, с генерацией в последних прокоагулянтных субстанций, провоспалительных каскадов цитокинов и поступлением их в кровоток. Ацидоз, гиповолемия, анемия, агрегация клеток, воздействие токсинов, комплексов антиген-антитело усугубляют гемокоагуляционные нарушения, которые имеют стадию гипо- нормо- и гиперкоагуляции. Необходимо отметить, что тяжесть течения гнойно-воспалительных заболеваний у детей, фазы агрессии, состояние иммунокомпетентных клеток, развитие осложнений, ранняя диагностика стадий и фаз септического шока, ДВС-синдрома, эффективность лечебных мероприятий существенно влияет не только на течение патологии, но и на клинико-лабораторную характеристику ДВС-синдрома. Значительно уменьшались при этом геморрагические проявления.

Таким образом, практическим врачам необходимо помнить о том, что ДВС-синдром может осложниться шоком, а шок практически у всех детей сопровождается ДВС-синдромом. В наших исследованиях шок, осложнившийся развитием ДВС-синдрома, был у 16,6% больных, именно в этой группе отмечались наиболее высокие показатели летальности (4,6%).

Нами разработана трехэтапная система диагностики ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей, алгоритм которой в общем виде представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Алгоритм трехэтапной системы диагностики ДВС-синдрома при сепсисе у детей.

Вариант 1. Первичные клинические ситуации – пусковые факторы, базисная патология (сепсис, септикопиемия, одномоментные и последовательные очаги метастазов инфекции, полиорганносистемные осложнения и др.)	Общеклинические, лабораторные, биохимические исследования, анализ результатов гемостазиограммы, профилактика ДВС-синдрома.
Вариант 2. Выраженные клинические проявления ДВС-синдрома на фоне клиники основного заболевания (остеомиелит, перитонит, ОГДП, заболевания кожи и подкожной клетчатки).	Оценка показателей гемостаза для верификации стадий ДВС-синдрома. Патогенетическое лечение.
Вариант 3. Субклинические малосимптомные проявления ДВС-синдрома при выраженных клинических проявлениях основного заболевания (остеомиелит, ОГДП, перитонит, заболевания кожи и подкожной клетчатки, сепсис, септикопиемия)	Суммарная оценка лабораторных, клинических объективных данных, показателей гемостаза и результатов др. методов исследований. Патогенетическое комбинированное лечение ДВС-синдрома.

В таблице показаны диагностические заключения об осложненных ДВС-синдромах, обосновании патогенетической терапии.

В данной системе алгоритма диагностики отражены основные варианты клинических проявлений ДВС-синдрома в начале и разгаре основного заболевания (варианты 1 и 2). Вариант 3 ДВС-синдрома в основном сопровождает подострые и хронические течения базисной патологии, что требует лабораторной диагностики патогенетической комплексной терапии. В этом аспекте, по нашему мнению, особенно ценным в отношении точной диагностики вариантов течения ДВС-синдрома у детей при гнойно-септической патологии является экспертная оценка основных клинических проявлений ДВС-синдрома при базисной патологии и их лабораторная верификация.

Достоверными проявлениями ДВС-синдрома при различных формах тяжелого течения гнойной хирургической инфекции у детей являются:

- 1) Острая дыхательная, почечная, печеночная или надпочечниковая недостаточность.
- 2) Комбинированная недостаточность двух и более перечисленных выше органов.
- 3) Локальная кровоточивость, нарушение микроциркуляции и показателей центральной гемодинамики;
- 4) Множественные геморрагии различной локализации, развитие симптомов сепсиса, септикопиемии и очагов метастазов инфекции.
- 5) Сочетание тромбозов сосудов с кровоточивостью, общая гипертермия при гипотермии конечностей.
- 6) Коллапс, сопор, оглушенность, цианоз, мраморность кожных покровов.
- 7) Отсутствие клинических симптомов требует исследования основных показателей гемостаза.

В настоящее время нами с учетом информативности, доступности и простоты исследования используются лабораторные показатели, отражающие все основные звенья систем гемостаза и фибринолиза. В этом отношении диагностически ценными являются следующие тесты:

- 1) количество тромбоцитов (КТ)
- 2) активность ПФ-4 в плазме (ПФ-4)
- 3) активированное парциальное тромбопластиновое время (ЛПТВ)
- 4) протромбиновое время (ПВ)
- 5) тромбиновое время (ТВ)
- 6) активность антитромбина III (АТ III) S
- 7) серийная гепарин-кофакторная активность плазмы (индекс активации антитромбинов и АРП)
- 8) концентрация фибриногена (КФ)
- 9) XII a - зависимый фибринолиз
- 10) плазминоген (П2)
- 11) продукты деградации фибриногена (ПДФ)
- 12) этаноловый тест (ЭТ)
- 13) протамин-сульфатный тест (ПСТ).

С помощью современных математических методов расчета нами производилась оценка информативности тестов (их диагностической значимости), и на основе этого разработан алгоритм диагностики ДВС-синдрома у детей. При статистической обработке материала выявлено, что наибольшей информативностью обладали следующие лабораторные показатели: ПДФ (70%), количество тромбоцитов (95%), уровень ТФ (80%), ПКТ (95%), АТ III (98%) и КФ (96%).

Ниже, в таблице 2, представлены основные лабораторные признаки ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей.

Таблица 2.

Лабораторные признаки ДВС-синдрома.

Лабораторные признаки	Параметры ДВС-синдрома
Число тромбоцитов в крови	Менее $130 \cdot 10^9/\text{л}$ Более $450 \cdot 10^9/\text{л}$
Гипо- или гиперкоагуляция	АПТВ, ТВ, ПВ и их изменчивость, чаще снижены
Несвертывание крови	Тест Ли-Уайта (больше 10 м)
Повышение ПДФ и НАVR в плазме и сыворотке крови	Тест на склеивание стафилококков: имуноферментное определение, этаноловой и протамин-сульфатный тесты; сывороточная коагуляционная проба
Снижение уровня АТ III или плазминогена	Ниже 70%
Лабимизация тромбоцитов	Повышение уровня ПФ-4 или криобиоглобулина в плазме
Повреждение эритроцитов (снижение их плотности)	Число эритроцитов в интерфазе более 500 клеток в 1 мкм (по тесту повреждения эритроцитов)

При гнойно-септических заболеваниях у детей понятие механизма их развития, характерных признаков в показателях гемостаза позволяет применять рациональные высокоинформативные методы их диагностики, соответственно, патогенетически обоснованные способы лечения.

Ниже, в таблице 3, представлены наиболее информативные лабораторные критерии вероятности развития ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей.

Таблица 3.

Лабораторные критерии вероятности развития ДВС-синдрома.

Наборы тестов с характерными сдвигами	Вероятность развития ДВС-синдрома в %
Тромбоцитопения + положительные паракоагуляционные тесты + повышение уровня ПДФ	96
То же, но без пересчета числа тромбоцитов + тромбоцитный фактор (повышения)	95
Равнонаправленные сдвиги коагуляционных тестов (или гиперкоагуляция) + повышение ПДФ + положительные паракоагуляционные тесты	97
То же + тромбоцитопения, ПДФ-4	99
Положительные паракоагуляционные тесты + гипофибриногенемия + снижение уровня АТ III	97
Тромбоцитопения + паракоагуляционные тесты + АТ III	95
Глубокая гипокоагуляция + тромбоцитопения + повышение уровня ПДФ	98

Однако, в зависимости от стадии при остром, подостром и хроническом ДВС-синдроме частота нарушений отдельных показателей при гнойно-воспалительных заболеваниях значительно меняется. При остром и подостром течении ДВС-синдрома коагуляционнолитические изменения встречаются гораздо чаще и выражены в значительно большей степени. Чаще наблюдаются тромбоцитопения, удлинение протромбинового и тромбинового времени, снижение уровней АТ III, протеина С, пламиногена и других факторов. В то же время паракоагуляционные тесты (ЭТ, ПСТ) чаще нарушаются при хроническом ДВС-синдроме. Частота нарушений других показателей (ПФ-4 в плазме, ПДФ, спонтанной агрегации тромбоцитов) при разных вариантах ДВС-синдрома почти не отличается. Необходимо отметить, что между частотой нарушений и информативностью (диагностической значимостью) показателей параллелизма в наших исследованиях не установлено. Так, XII а-зависимый фибринолиз по частоте нарушений наряду с тромбоцитами и АТ III занимает одно из первых мест, а по информативности в плане диагностической ценности при ДВС-синдроме имеет среднестатистическое значение.

Заключение. Таким образом, совокупность изменений информативных тестов гемостаза дает полную уверенность в правильности поставленного диагноза и при сопоставлении результатов совместного анализа точность диагностики доходит до 95-99%. Следует отметить, что приведенные выше лабораторные критерии позволяют проводить диагностику ДВС-синдрома независимо от клинко-патогенетического варианта формы и стадии развития ДВС-синдрома, что является чрезвычайно важным с точки зрения практического здравоохранения.

Литература:

1. Адамалиев К.А. Профилактика и лечение иммуногуморальных и тромбгеморрагических осложнений при сепсисе у детей // Методические рекомендации. – Бишкек, 1995. -20 с.
2. Адамалиев К.А. Сепсис у детей // Методические рекомендации. – Бишкек, 2007. – 18 с.
3. Акопян М.Г. Диагностика и лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при острой гнойно-деструктивной пневмонии у детей; Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996. -21 с.
4. Калиберда С.Г. Профилактика и лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) у больных перитонитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Львов, 1999. –17 с.
5. Капитонов Б.Д., Астанов А.Ф. Диагностические критерии ДВС-синдрома при остром гематогенном остеомиелите у детей // Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – К., 2007. –С. 56-58.
6. Киричук В.Ф., Крутуев А.С., Ливиц Л.Я. Клиника, диагностика, оценка агрегационной активности тромбоцитов у больных при хроническом течении гнойно-воспалительного процесса // Тромбоз, гемостаз и реология. -2006. -№2. –С. 39-42.
7. Кононов В.С., Адамалиев К.А. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание и геморрагические осложнения при сепсисе у детей // В кн: Влияние факторов окружающей среды на организм. – Бишкек, 1997. –С. 56-59.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Мырзашева Н.М.

RETROSPECTIVE STUDY OF COMPLICATIONS ON THE MANDIBLE OPEN FRACTURES

Mirsasheva N.M.

*Ошская межобластная детская клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в статье отражены результаты проведенного исследования причин развития осложнений при открытых переломах нижней челюсти на примере 801 больных, получивших стационарное лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, причины осложнения.

Resume: this article describes the results of research on the causes of complications in open fractures of the mandible as an example of 801 patients who was treated in maxilla-facial department of Osh interregional hospital.

Key words: fractures of mandible, causes of complications.

За последние годы отмечается тенденция не только к увеличению числа больных с переломами костей лицевого скелета, но и к утяжелению характера травм в основном за счет сочетанных повреждений лица и других областей. Переломы нижней челюсти являются самым распространенным видом травм челюстно-лицевой области, составляя 77-95%. В этом аспекте, данная патология представляет собой значительную социальную проблему, так как она широко распространена [1, 7].

Нужно отметить, что, несмотря на большое количество методов остеосинтеза нижней челюсти, травматический остеомиелит развивается у 10-12% пострадавших, а по данным отдельных исследователей количество осложнений составляет 10-30% [2, 3].

Ряд авторов публикуют сведения о возникновении послеоперационных осложнений у 27% больных [4, 5, 6]. Зачастую это связано с травматичностью операции, большим объемом скелетирования отломков и ожогом кости во время создания перфорационных отверстий.

Целью исследования явилось изучение причин развития осложнений при открытых переломах нижней челюсти на примере 801 больного из архивного материала отделения челюстно-лицевой хирургии ОМОКБ.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ архивных данных за 2005-2009 годы по ортопедическому и консервативному лечению больных с открытыми переломами нижней челюсти. Также проведен анализ данных 374 больных после хирургического лечения за 2007-2011 годы, получивших стационарное лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы, с целью выявления недостатков использованных ортопедических и хирургических методов лечения, характера осложнений и процента развития посттравматического остеомиелита. Изучено 322 истории болезни после традиционного ортопедического лечения больных (шиной Василева и Тигерштедта), 105 больных модифицированной шиной Тигерштедта. Установлена определенная зависимость результатов лечения и количество осложнений от видов назубного шинирования.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении использовании шины Василева у 46 больных с открытыми переломами нижней челюсти, у 16 больных (34,8%) возникли осложнения в виде визуально определяемых пролежневых изменений в области десен. У 8 больных образовался генерализованный и у 2-х язвенно-некротический гингивит. Сроки заживления переломов при этой форме назубного шинирования составили от 25 до 28 койко-дней.

Иммобилизация переломов шинами Тигерштедта было предпринята у 276 больных, у которых осложнения наблюдались в 57 случаях, что составило 20,6%. После снятия шин у этой группы больных изменения местного характера выглядели более благополучно. Пролежневые изменения в области слизистой десен не имели столь выраженного характера, явления гингивита определялись в пределах средней тяжести. У 4-х больных образовался генерализованный и у 8 локализованный гингивит средней тяжести.

Сроки заживления переломов нижней челюсти, шинированных по Васильеву, составили от 25 до 28 койко-дней, а при применении иммобилизации шинами Тигерштедта сроки заживления переломов нижней челюсти были меньше на 2-3 койко-дня.

Во время стационарного лечения у 32 (10%) оставались гнойно-воспалительные осложнения. У больных, поступивших в основном, в более поздние сроки появились дополнительные осложнения (12,7%). В ходе амбулаторного лечения в постгоспитальный период, 41 больной (12,6%), нуждался в повторной госпитализации в стационар по поводу травматического остеомиелита. Следует отметить, что осложнения у данных больных были вызваны несвоевременным удалением зубов из линии перелома (34 больных 10,5%), а также отсутствием санации полости рта (7 больных 2,1%), что оказало существенное влияние на развитие и тяжесть воспалительных процессов.

Таким образом, по результатам анализа архивных данных установлено, что назубное ортопедическое лечение наряду с бесспорной положительной характеристикой имеет ряд существенных недостатков. В частности, в процессе консервативного метода лечения процент осложнений продолжает оставаться достаточно высоким, и составляет 22,7%. Назубные шины Тигерштедта и, особенно, Васильева существенно воздействуют на слизистую десны и пародонт, вызывают пролежни, гингивит и снижают тем самым гигиенические показатели в полости рта.

У 105 больных с открытыми переломами нижней челюсти проведено лечение модифицированной двухчелюстной шиной Тигерштедта. Модифицированная шина Тигерштедта на основе муфт и распорок, несомненно, улучшает гигиеническое состояние полости рта, повышает эффективность иммобилизации костных фрагментов, снижает травматичность, ускоряет и упрощает процесс назубной фиксации шины. Комплексное лечение больных с открытыми переломами нижней челюсти в сочетании с модифицированной шиной Тигерштедта позволило добиться сокращения количества гнойно-воспалительных осложнений более чем в два раза (12,4%). Но даже, несмотря на усовершенствованные методы консервативного лечения, процент осложнений остается на довольно высоком уровне.

Зависимость развития осложнений от различных методов хирургического лечения. Проведено ретроспективное изучение 374 историй болезни больных с открытыми переломами нижней челюсти, получивших оперативное лечение экстраоральным доступом: при этом остеосинтез устройствами из сплавов с эффектом «памяти формы» был выполнен 115 больным, у 109 больных использовали мини-пластины из титана длиной 25 и 30 мм, шириной 5 мм, толщиной 2 мм. Пластины имеют обычную или фигурную форму, в каждой пластине несколько перфоративных отверстий для введения фиксирующих шурупов. 150 больным применяли остеосинтез проволочным костным швом. Для этой цели использовали проволоку из нержавеющей стали. Сравнивая технику выполнения остеосинтеза скобой с эффектом памяти формы, мини-пластинкой экстраоральным доступом и проволочным швом можно отметить, что при фиксации скобой и мини-пластинкой разрез кожи не превышает 4-5 см, скелетирование костных отломков проводится только с наружной стороны кортикальной пластинки, отступая от линии перелома 2-2,5 см в обе стороны от линии перелома. Надкостница и мягкие ткани со стороны внутренней кортикальной пластинки челюсти не отслаиваются что, несомненно, благоприятно сказывается на заживлении перелома. Продолжительность операции не превышает 30-40 минут, иногда и меньше.

Несомненным преимуществом является и то, что манипулирование инструментом на наружной кортикальной пластинке является технически более удобным. При этом сокращается время оперативного вмешательства, уменьшается его травматичность, не происходит значительного нарушения экстраоссального кровообращения.

Развитие осложнений при фиксации скобами с эффектом памяти формы отмечено у 6 больных, что составило 5,2%. При этом у 2-х (1,9%) больных после операции развилось осложнение: через 7 суток проведения остеосинтеза нагноение костной раны после фиксации скобой с эффектом памяти формы. Данное осложнение развилось вследствие не удаления зуба из линии перелома. У 4-х больных осложнения связаны с поздним обращением за медицинской помощью. Указанные больные повторно оперированы через 3-4 месяца: были удалены фиксаторы, при этом остеопороз развился только вокруг наружного кортикального слоя линии перелома, а с внутренней стороны кортикальной пластинки отмечено полное срастание линии перелома.

У 5-ти (4,5%) больных с остеосинтезом мини-пластинкой в послеоперационном периоде развился абсцесс подчелюстной области из-за несвоевременного удаления причинного зуба. Абсцесс был вскрыт и причинный зуб удален.

У 21 и (14%) из наблюдаемых нами больных контрольной группы развился травматический остеомиелит вследствие не удаления зуба из линии перелома в 9(6%) случае. Также в 3 (2%) случае - из-за нарушения техники сверления во время операции, у 9-и (6%) больных - в связи со слабой фиксацией отломков, вследствие чего образовался ложный сустав и посттравматический остеомиелит.

Таким образом, при остеосинтезе имплантатами с эффектом памяти формы с укороченными ножками и мини-пластиной, отмечается более быстрая позитивная динамика клинических проявлений после операции, чем при использовании костных швов, что подтверждает целесообразность использования данной методики при открытых переломах нижней челюсти.

Оперативное лечение открытых переломов нижней челюсти интраоральным доступом проводили всего у 200 больных: из них у 105 больных фиксация отломков нижней челюсти осуществлялась устройствами с эффектом «памяти формы» с укороченными ножками. У 95 больных остеосинтез проводился мини-пластиной в сочетании с лигатурной фиксацией переломов в пределах зубного ряда нижней челюсти. Таким образом, на основе анализа клинического опыта изучения историй болезни, можно сделать следующий вывод, что внутриротовой доступ является более щадящим по отношению к мягким тканям, окружающим кость. Применение его в меньшей степени приводит к нарушению экстраоссального кровоснабжения, играющего при переломе челюсти особую важную роль. Поэтому при использовании внутриротового доступа создаются наиболее благоприятные условия для консолидации отломков.

Нужно отметить, что при известном опыте внутриротовой доступ позволяет надежно зафиксировать переломы нижней челюсти любой локализации на весь период лечения.

При использовании этого доступа в области угла и тела, фронтальных отделов нижней челюсти, не происходит нарушения архитектоники жевательных мышц, что способствует быстрейшему восстановлению жевательной функции. Практически исключено повреждение краевой ветви лицевого нерва и нет рубцов на лице.

При этом необходимо отметить, конечно, что интраоральный доступ более сложен, чем экстраоральный. Это объясняется малым операционным полем с ограниченным визуальным обзором, трудностью точной репозиции отломков и удерживания их в правильном положении во время фиксации, а также анатомическими особенностями самой кости в области фронтального отдела. Но это несколько не умаляет преимуществ данного метода в плане получения косметических результатов. Предложенный способ остеосинтеза пригоден для фиксации отломков при поперечных линейных переломах нижней челюсти, переломах в области угла, тела и центрального отдела нижней челюсти.

Остеосинтез нижней челюсти проволочным швом нельзя в полной мере отнести к методам жесткой внутренней фиксации. Дополнительная фиксация прикуса (наложение шины) после остеосинтеза костным швом потребовалась 89% пациентам. Частота инфекционно-воспалительных осложнений при использовании имплантатов с эффектом памяти формы и мини-пластинкой варьировала в следующих параметрах: травматический остеомиелит при интраоральном доступе возник в 3,8% случаев.

Заключение: Гнойно-воспалительные осложнения в травматологии челюстно-лицевой области не теряют своей актуальности, а по литературным данным последних лет, напротив даже ещё и возрастают. В связи с этим возникает необходимость поисков более эффективных средств, с целью снижения гнойно-воспалительных осложнений, возможных к использованию при открытых переломах нижней челюсти.

Литература:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Мед. лит., 1999. - С. 444.
2. Ищенко Н.А. Совершенствование методов хирургического лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Н.А. Ищенко. - Омск, 1996. - 16 с.
3. Коган М.Р. Лечение переломов нижней челюсти с применением временных внутрикостных имплантатов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / М.Р. Коган. - Тверь, 2003. - 18 с.
4. Лепилин А.В. Профилактика и патогенетическое лечение гнойно-инфекционных осложнений травматических повреждений костей лица: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.21 / А.В. Лепилин. - М.: 1995. - 43 с.
5. Минкин Л.Н. Профилактика воспалительных осложнений в системе лечебных мероприятий у больных с сочетанной челюстно-лицевой и черепно-мозговой травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Л.Н. Минкин. - М.: 1990. - 23 с.

6. Неупокоев Н.Н. Факторы риска, способствующие развитию травматического остеомиелита нижней челюсти / Н.Н. Неупокоев, Н.И. Неупокоев // Мат. 4-й Междунар. конф. чел.- лиц. хирургов и стоматологов. - СПб.: 1999. - С. 113-116.

7. Робустова Т.Г. Сравнительная оценка травмы лицевого скелета за 1985- 1989 гг. и 1995-1998 гг. / Т.Г. Робустова // Тр. VI съезда СТАР. - М.: 2000. - С. 337-338.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Нурыева З.А., Осмонова О.М.

CHILDREN'S RATE AND STRUCTURE OF CONGENITAL DEFECTS OF ORGANS OF VISION

Nuryeva Z.A., Osmonova O.M.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: проведен анализ конъюнктивных отчетов отделения микрохирургии глаз Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) за 3года. Определены частота и структура ВПР органов зрения у детей. Врожденные дакриоциститы являются профилирующими пороками органов зрения в детском возрасте.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, структура, микрохирургия глаз, проблема.

Resume: analyses of conjunctive reports of ophthalmic microsurgery department of Osh interregional children's clinical hospital for 3 years were carried out. Rates and structures of congenital defects of organs of vision in children are determined.

Key words: congenital development of a disease, structure, eye microsurgery, problems.

Врожденные пороки развития (ВПР), представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, так как они занимают одно из первых мест среди причин детской заболеваемости, инвалидности и смертности. По данным Н.М. Алдашевой средняя частота ВПР в г. Бишкек с 2000-2006 гг. составила 21,56 на 1000 новорожденных.

В течение последних пяти лет выросла также общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет, что обусловлено ростом врожденных пороков развития на 45,2% [1, 2, 4, 9].

В Российской Федерации за последнее пятилетие произошел рост врожденных аномалий на 43,2% [3, 5, 6]. В структуре причин первичной инвалидности среди детей и подростков в КР преобладали врожденные аномалии - 20,9 [7, 8, 9].

Цель исследования. Изучить частоту и структуру врожденной патологии органов зрения у детей.

Материалы и методы исследования. Изучены и проанализированы 647 историй болезни детей с ВПР органов зрения в отделении микрохирургии глаз ОМДКБ за период 2010-2012 гг.

ОМДКБ является центром по оказанию лечебно-диагностической и методической помощи детскому населению юга Республики. Дети с заболеваниями органов зрения обращаются за консультативной и лечебной помощью в отделение микрохирургии глаз, развернутой на 40 коек. Ежегодно в отделении микрохирургии глаз получают медицинскую помощь около полутора тысяч детей.

В структуре госпитализированных больных врожденные аномалии органов зрения составили 16,7% - в 2010 г., 13,6% - в 2011 г. и 17,0% - 2012 гг.

Среди врожденных аномалий глаз врожденные дакриоциститы составили по отношению ко всем ВПР в 2010 году - 58,3%, 2011 г. - 58,6% и 2012 г. - 47,9% (табл. 1).

Уменьшение количества дакриоциститов в 2012 г. объясняется тем, что коррекция и лечение дакриоциститов стала проводиться амбулаторно на первичном звене в ЦСМ. Далее в структуре ВПР находятся пороки век (врожденный птоз и заворот век) (10,3% и 14,8% соответственно). Третье место занимает врожденная катаракта (4,5%; 4,3%; 4,9% соответственно).

В графу другие врожденные аномалии вошли поражение глаз как следствие ВУИ: помутнение роговицы, микрофтальм, макрофтальм и анофтальм.

Таблица 1.

Частота и структура ВПР органов зрения по обращаемости в ОМДКБ.

	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Поступило всего больных	1320		1413		1420	
% выполнения к/дней		94,5		92,2		103,0
Поступило с ВПР - %	221	16,7	184	13,6	242	17,0
% выполнения к/дней с ВПР		13,6		14,1		14,6
Среднее пребывание	9,6		9,6		10,1	
Среднее пребывание с ВПР	9,9		10,2		11,5	
Врожденный заворот век	1	0,4	-	-	-	-
Врожденный птоз	29	13,1	19	10,3	36	14,8
Врожденный дакриоцистит	129	58,3	108	58,6	116	47,9
Врожденная миопия	8	3,6	9	4,8	14	5,7
Врожденная гиперметропия	2	0,9	3	1,6	5	2,0
Врожденная катаракта	10	4,5	8	4,3	12	4,9
Врожденная глаукома	10	4,5	11	5,9	20	8,2
Косоглазие	6	2,7	7	3,8	11	4,5
Болезни зрительного нерва	10	4,5	8	4,3	4	1,6
Болезни сетчатки	4	1,8	3	1,6	5	2,0
Другие врожденные аномалии	12	5,4	8	4,3	19	7,8

Таким образом, проведенный анализ позволил определить рост ВПР органов зрения до 17% в структуре ВПР. Врожденные дакриоциститы составили доминирующую группу среди врожденных пороков органов зрения.

Одним из реальных путей снижения инвалидности по зрению является профилактика ВПР, ранняя диагностика и лечение в специализированных отделениях области и республики. Обоснована также ранняя профилактика внутриутробных инфекции плода, ранняя диагностика ВУИ, которые определяют большой процент врожденного поражения органов зрения у детей.

Литература:

1. Алдашева Н.М., С.Дж. Боконбаева С.Дж. // Педиатрия. 2010.- Т.89.- №1.- С. 45.
2. Антонова И.В. // Педиатрия 2010.- Т. 89. -№3.- С. 135-137.
3. А.А. Баранов. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. -2012.-Т. 91.-№3.- С. 9-13.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году // Здравоохранение Российской Федерации.- 2003.- №4.- С. 3-5.
5. Гулямова М.А., Рахматуллаева Г.М., Мухамедова Ш.Т. Анализ факторов риска матерей, влияющие на развития ВПР сердца // Вестник перинатологии. - 2013.-№2.-С.58; №3.-С.59.
6. Нуруева З.А. Качество диагностики врожденной патологии на госпитальном этапе // ЦАМЖ. -Т. XVI. -№ 3.- 2010.- С. 72-75.
7. Момбеков Б.А., Ибрахимов Ш.А. Актуальные проблемы врожденных пороков развития у детей // Ж. Здоровье матери и ребенка.- 2011.- Т. 3.- №1.
8. Шаранова О.В. // Педиатрия.- 2003.- Т.55. -№9.- С. 11-12.
9. Узакбаев К.А. Охрана здоровья детей и подростков. Проблемы и перспективы развития // Здоровье матери и ребенка.- 2013.- Т. 5.- №1.

МЕСТО СЕЛЕКТИВНЫХ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Омурзаков Б.А., Узакбаев К.А.

PLACE OF SELECTIVE OF β -BLOCKERS IN THE TREATMENT OF CONGENITAL HEMANGIOMAS IN CHILDREN

Omurzakov B.A., Uzakbaev K.A.

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

Резюме: приведены результаты клинического эффекта селективного β -адреноблокатора в лечении врожденных гемангиом у детей. Показаны возможности оптимизации режима дозирования.

Ключевые слова: врожденные гемангиомы, дети, лечение, β -адреноблокатор.

Resume: the results of the clinical effect of selective β blockers in the treatment of congenital hemangiomas in children. Showing the possibility of optimizing the dosage regimen.

Key words: congenital hemangiomas, children, treatment, β -blocker.

Многообразие форм, локализации и распространенности, врожденных гемангиом диктуют необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения. Существует множество методов системного и локального воздействия на ткань врожденной гемангиомы у детей. Однако, к сожалению, по данным статистики, процент низкой эффективности остается достаточно высоким [6, 8, 10, 12]. Неадекватный выбор лечения, развитие осложнений приводят к неудовлетворительным косметическим результатам [1, 4, 5].

Основными направлениями лечения врожденных гемангиом у детей являются системное воздействие на ангиогенез и локальное воздействие на опухолевую ткань. Системная фармакологическая терапия осуществляется кортикостероидами, рекомбинантным интерфероном, цитостатиками, β -адреноблокаторами. В связи с побочными эффектами, которые развиваются при проведении терапии кортикостероидами, интерфероном и цитостатиками, значительный интерес вызывают исследования, связанные с использованием селективного β -адреноблокатора (пропранолола) в лечении обширных гемангиом с угрозой обструкции дыхательных путей [3, 9]. Выраженный терапевтический эффект селективного β -адреноблокатора (пропранолола) в отношении роста гемангиом может быть обусловлен тремя молекулярными механизмами: сужением сосудов, ингибированием ангиогенеза и индукцией апоптоза. Все они могут быть задействованными во всех стадиях лечения: ранней (изменение цвета поверхности гемангиом), промежуточной (прекращение роста гемангиомы) и поздней (регрессия опухоли) [2, 7, 11].

Цель исследования. Определить показания, отработать схему лечения, мониторинг медикаментозной терапии и критерии эффективности при лечении селективными β -адреноблокаторами (блокаторами ангиогенеза) врожденных (инфантильных) гемангиом у детей.

Материал и методы исследования. Было обследовано 15 детей с врожденными инфантильными гемангиомами от 2 месяцев до 1,5 лет. В исследование не вошли дети с противопоказаниями к назначению β -блокаторов. Для определения безопасности терапии до назначения лечения проводилась электрокардиография с оценкой частоты сердечных сокращений и атриовентрикулярной проводимости, эхокардиография и лабораторные исследования. Частота сердечных сокращений в течение первых 7 дней измерялась ежедневно, электрокардиография – еженедельно, через 4 недели лечения – ежемесячно. Перед началом лечения проводилось подробное описание и фотографирование локального статуса. После назначения терапии в течение 7 дней локальный статус оценивался ежедневно, далее – 1 раз в месяц.

Всем больным, включенным в исследование, назначался селективный β -адреноблокатор, основным действующим веществом, которого был пропранолол (анаприлин) на срок 6 мес. Стартовая доза 1 мг/кг/сут. При невыраженном регрессе опухоли производилось увеличение дозы до 2 мг/кг/сут. При каждом посещении измеряли частоту сердечных сокращений, артериальное давление и уровень глюкозы в крови. Детей младше 6 месяцев госпитализировали для наблюдения после приема первой дозы, на 1 и 2 неделе лечения. Эффективность лечения оценивали путём измерения объёма образования на 1, 4, 8, 12, 16, 20 и 24 неделях лечения.

У 2 детей терапия прекращена в связи с развитием брадикардии, один ребёнок выбыл из исследования из-за инфекции верхних дыхательных путей, у 12 – лечение продолжается.

Результаты исследования. Результаты оценивались по прекращению роста и уменьшению размеров гемангиомы, по уменьшению ее плотности и яркости окраски, а также по заживлению трофических расстройств на поверхности опухоли и отсутствию отрицательной клинической динамики.

У всех детей получавших лечение наблюдался регресс гемангиомы к 4 неделе лечения. У детей продолжающих лечение гемангиомы находились на разных стадиях регрессии. У 3 детей она была недостаточна, что потребовало корректировки лечения: присоединения других методов лечения. К 12 и 24 неделе в группе пациентов, получавших селективный β -адреноблокатор, отмечено значительное уменьшение красноты и уплощение инфантильной гемангиомы. Случаев выраженной гипогликемии, гипотонии за время наблюдения не выявлено.

Выводы: Назначение селективного β - адреноблокатора (пропранолола) внутрь по 2 мг/кг/сут. приводит к уменьшению объема, красноты и уплощению фокальных и сегментарных инфантильных гемангиом у детей в возрасте до 5 лет.

Для выработки протокола оптимального дозирования каждого больного нужны дальнейшие исследования влияния селективного β -адреноблокатора в лечении врожденной (инфантильной) гемангиомы у детей.

Литература:

1. Великовская Н.В., Репина Э.А. Лечение сосудистых гиперплазий челюстно-лицевой области с использованием неселективного β - адреноблокатора пропранолола. – *Angioma.ru* 4. Sans V., et al. *Propranolol for severe infantile haemangiomas: follow-up report. Pediatr* 2009; 124 (3): 423–31.
2. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. – Л.: Медицина, 1989, 319 с.
3. Маркова И.В., Калиничева В.И. Педиатрическая фармакология. – Л.: Медицина, 1987, 495 с.
4. Поляев Ю.А., остников С.С., Мыльников А.А. и соавт. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола // *Практическая медицина*. 8 (64) декабрь 2012. Т. 1.
5. Сычев Д.А., Цой А.Н., Кулес В.Г., Коман И.Э. Клиническое значение фармакогенетики для педиатрии // *Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии*, 2004.- Т. 1.- №1.- С. 5–12.
6. Chang L.C., et al. Growth characteristics of infantile haemangiomas: implications for management. *Pediatr* 2008; 122 (2).
7. Erbay A., et al. Propranolol for infantile haemangiomas: a preliminary report on efficacy and safety in very low birth weight infants. *Turk J Pediatr* 2010; 52 (5): 450–6.
8. Greenberger S., et al. Corticosteroid suppression of VEGFA in infantile haemangioma derived stem cells. *Eng J Med* 2010; 362 (11): 1005–13.
9. Hogeling M, Adams S, Wargon O. *Source Pediatrics*. 2011 Aug; 128(2):e259-66. doi: 10.1542/peds.2010-0029. Epub 2011 Jul 25. A randomized controlled trial of propranolol for infantile hemangiomas.
10. Oak S.N., Viswanath Kaveen. Management of hemangioma in children. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2006; 72: 1-4.
11. Storch C.H., Hoeger P.H. Propranolol for infantile haemangiomas: insights into the molecular mechanisms of action. *Br J Dermatol* 2010; 163 (2): 269–74.
12. Sanz-Marco E., Galego R., Diez-Lopis. Oral propranolol circumscribed choroidal haemangioma. *Case report ophthalmol* 2011; 2: 84–90.

УДК 616.716.8

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУТАВА

Эгемкулов Т.А., Ешиев А.М.

STUDY OF THE CAUSES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT ARTHRITIS

Egemkulov T.A., Eshiev A.M.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в статье отражены результаты исследования причин развития артритов ВНЧС на примере 187 больных, получивших амбулаторное и стационарное лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Ключевые слова: артрит височно-нижнечелюстного сустава.

Resume: this article describes the results of the causes of temporomandibular joint arthritis, on an example of 187 patients who got ambulatory and stationary treatment in maxilla-facial department in Osh interregional hospital.

Key words: temporomandibular arthritis

Актуальной проблемой стоматологии является своевременная диагностика и комплексное лечение одного из наиболее распространенных патологических состояний зубочелюстно-лицевой системы - синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). По данным В.А. Хватовой (2005) от 27% до 76% больных, обращающихся к стоматологам, предъявляют жалобы на нарушение функции ВНЧС, от 14% до 20% детей и подростков страдают данным заболеванием [2, 6].

Изучению причинных факторов, патогенеза, диагностики и лечения данной патологии посвящены многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе. Однако до настоящего времени не сложилось единого мнения по вопросам этиологии, патогенеза и тактики лечения внутрисуставных функциональных нарушений [1-4, 6].

Большинство этиологических факторов, как правило, лежат вне суставных сочленений. К ним относят: нарушение психоэмоционального состояния человека, самостоятельные заболевания мышц, травмы зубочелюстно-лицевой системы, дефекты зубных рядов и зубочелюстные аномалии, нерациональное или некачественное ортопедическое лечение, нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов вследствие заболеваний пародонта или патологической стираемости зубов, общее поражение суставов, а также проявления функциональных нарушений организма, обусловленных заболеваниями внутренних органов [5].

Целью исследования является изучение причин развития артрита височно-нижнечелюстного сустава на примере архивного материала по челюстно-лицевой хирургии ОМОКБ за 2011-2012 годы.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи нами на базе челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы было проведено исследование 187 амбулаторных карт больных, получивших лечение по поводу артрита височно-нижнечелюстного сустава за 2011-2012 годы. В результате изучения выявлено, что из изученного контингента 117 больных составляли женщины (62,5%) и 70 - мужчины (37,5%). По возрасту: 18-25 лет - 65 больных (34,7%), 26-35 лет - 57 (30,4%), 36-45 лет - 50 (26,7%), 45-60 лет - 15 (8%) больных. В основном больные, страдающие артритом, представлены наиболее трудоспособным возрастом и составляют 122 (65,2%) больных.

При проведении исследования больных артритом ВНЧС особое внимание уделено симптому боли, звуковым явлениям, степени ограничения открывания рта, неравномерной экскурсии и вывихам головок, блокированию сустава, отклонению нижней челюсти в правую или левую стороны при открывании рта. Также обращали внимание на жалобы больного, уточняли анамнез болезни и жизни, оценивали общее состояние больного, при этом сравнивали соответствие физического и психического развития возрасту и полу, повторное обращение больных с подобными жалобами.

В полости рта определяли характер прикуса, при этом установлено, что одним из факторов в развитии синдрома является нарушение функций мышечного аппарата, приводящего к изменению артикуляционного и окклюзионного взаимоотношения зубов, пространственного положения нижней челюсти, дестабилизации суставных элементов. Так же немаловажным фактором является величина резцового перекрытия, дефекты зубных рядов, качество наложенных пломб и зубных протезов. Оценивали степень совпадения эстетических центров зубных дуг челюстей. При аускультации оценивали наличие звуковых феноменов в области ВНЧС во время движения нижней челюсти (хруст, крепитация, щелканье, трение суставных поверхностей и др.). Наличие звуковых феноменов может быть использовано в качестве показателя, характеризующего функциональное взаимодействие сочлененных суставных поверхностей. Это является важным диагностическим признаком при оценке степени внутрисуставных расстройств.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе возрастного и полового состава исследуемых лиц следует отметить, что женщины в большей степени страдают синдромом дисфункции, но при сравнении отдельных групп по полу между собой установлены некоторые особенности, в частности, обращает на себя внимание преобладание лиц обоего пола трудоспособного возраста. Превалирование лиц женского пола нами объясняется их большим вниманием к состоянию собственного здоровья.

Из предъявленных жалоб наибольший удельный вес занимают жалобы на болевые ощущения в области ВНЧС и ограничение его движений (39,5 %).

Из обследованных больных 25% предъявляли жалобы только на болевые ощущения, 19% - на звуковые явления в суставе, 13% - на боль в сочетании со звуковыми явлениями, 4,5% пациентов жаловались на болевые ощущения, суставные звуковые явления и ограничение степени открывания рта. При анализе характеристик прикуса выявлено, что наиболее часто синдром дисфункции встречается у лиц с ортогнатическим прикусом, далее следуют пациенты с глубоким прикусом.

Из анамнеза выясняли причину развития артрита - воспалительный процесс в мягких тканях вблизи сустава у 18 больных (9,6%). Развитие воспалительных артритов на фоне контактных абсцессов околоушной области - у 8 больных, 5 - на фоне среднего гнойного отита, фурункула околоушной области - у 3 больных, у двух пациентов гнойный артрит образовался гематогенным путем, при травме челюсти (удар в области сустава, чрезмерное открывания рта) - то есть посттравматический артрит у 27 больных (14,5%). У 31 больного причиной послужил ревматоидный артрит (16,5%). 37 больных обратились с травматическим артритом вследствие проведенного стационарного лечения по поводу закрытого перелома мыщелкового отростка нижней челюсти и после проведения операции остеосинтеза (19,7%). Остеосинтез, обеспечивая стабилизацию костных отломков, влечет за собой дополнительное повреждение височно-нижнечелюстной капсулы и нарушение местных циркуляторных связей, которые после операции приводят к развитию посттравматического артрита.

В результате изучения и проведения углубленного рентгенологического обследования выявлено, что имеющие место потери жевательных зубов, которые отмечены у 40 (21,4%) больных, при этом у 27 (67,5%) больных с одной стороны, у 13 больных с двух сторон (32,5%), также являются причиной развития артрита ВНЧС.

Дефекты зубных рядов имелись у 21,3%, при этом различия по полу не являлись статистически достоверными ($P > 0.05$), что свидетельствует об отсутствии влияния половых особенностей на возникновение дефектов. Также причинами могут служить нарушения окклюзии: повышение стираемости эмали, деформации и аномалии зубочелюстной системы, изменения высоты нижнего отдела лица отмечены у 34 больных (18,1%).

Таким образом, детальное обследование 187 пациентов с нарушением функции височно-нижнечелюстного сустава позволило выделить 3 клинические формы развития заболевания: синдром болевой дисфункции (синдром Костена) - у 33,7%; «щелкающую» челюсть - у 54,5%; остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава у 20,8%.

Больным с воспалительным артритом при лечении в основном проводилось хирургическое вмешательство с дренированием гнойного очага, с последующим назначением антибиотиков и противовоспалительной терапии, физиотерапевтического лечения, ЛФК и механотерапии. У этих больных не было повторного обращения после выписки из стационара, лишь у одного больного образовалось фибринозная контрактура ВНЧС.

Пациентам, обратившимся с посттравматическим артритом, было проведено физиотерапевтическое лечение, противовоспалительная и противоотечная терапия, покой нижней челюсти с наложением пращевидной повязки по методу Урбановского. Больным с посттравматическим артритом после остеосинтеза, в основном проводилось ЛФК и механотерапия, электрофорез в области сустава с препаратом лидаза. У четырех больных развилось ограничение открывания рта, несмотря на проведенную комплексную терапию.

Больные с ревматоидным артритом получали ибупрофен 0,25 по 1 таблетки три раза в день, Диклофенак 20% по 3,0 внутримышечно в течение 10 дней, электрофорез в области сустава с димексидом, УВЧ на область сустава, индометациновую мазь снаружи на область сустава.

Имеющим потери жевательных зубов 40 больным, при этом у 27 больных с одной стороны, у 13 больных с двух стороны, а также 34 пациентам с деформацией и аномалиями зубочелюстной системы при изменении высоты нижнего отдела лица, произведено рациональное протезирование с восстановлением центральной окклюзии. Повторное обращение после проведенного комплексного лечения больных с артритом составило 73,3%.

Таким образом, артриты височно-нижнечелюстного сустава представляет собой серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему, так как являются одной из основных причин временной нетрудоспособности.

Заключение. Исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод, что даже, несмотря на большой объем проводимого комплексного лечения, отмечаются частые

повторные обращения больных, хронизация данного заболевания, что требует дальнейших разработок в усовершенствовании лечения больных артритом.

Литература:

1. Левина Е.С. Восстановление функционального состояния жевательных мышц на этапе временного шинирования и ортодонтического лечения/Е.С. Левина, З.С. Есенова, Г.М. Николаева // Актуальные вопросы стоматологии: Материалы научно-практической конференции. - Тамбов. - 1988. - С. 24-27.
 2. Петросов, Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Копакьянц, И.Ю. Сеферен. Краснодар, 1996. – С. 352
 3. Пузин, М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. -М.: Медицина, 2002. – С. 158.
 4. Подкорытов Ю.М. Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава методом чрезкожной электронейростимуляции / Ю.М. Подкорытов // Актуальные вопросы стоматологии: Материалы Красноярской краевой конференции стоматологов. - Красноярск, 1998. - С. 78-82.
 5. Семкин, В.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, обусловленной патологией окклюзии, и лечении таких больных / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Д.В. Кравченко // Стоматология. 2007. - Т. 86, № 1. - С. 44-49.
 6. Хватова, В.А. Клиническая гнатология / В.А. Хватова. М.: Медицина, 2005. – С. 294.
-

ВЫЗОВЫ ВРЕМЕНИ И НОВАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Комаров Г.А.

CURRENT CHALLENGES AND A NOVEL PARADIGM OF SOCIETY'S DEVELOPMENT AND HEALTHCARE

Komarov G.A.

*Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России,
г. Москва, Российская Федерация.*

Резюме: в статье освещаются проблемы развития smart-общества, развития здравоохранения, новые вызовы времени и парадигмы. Автор приводит свое видение эко-социо-биологической модели и определения человека как существа и явления, социальной ответственности государства, медицинской организации и врачей.

Ключевые слова: smart-общество, smart-развитие, вызовы времени, эко-социо-биологическая сущность и модель человека как существа и явления, социальная ответственность.

Resume: the article presents the problems of smart-society's development and healthcare, current challenges and paradigms. The author describes his own view of eco-socio-biological model and definition of human being as a creature and phenomenon, social responsibility of state, health care institution and medical officers.

Key words: smart-society, smart-development, current challenges, eco-socio-biological nature and model of man as a creature and phenomenon, social responsibility.

В своем историческом развитии человеческое общество прошло несколько крупнейших этапов, которые дискретно можно разделить на очень не равные по времени периоды. Первым периодом был первобытнообщинный, период собирателей и охотников. В этот период человечество пользовалось только дарованной природой для удовлетворения собственных потребностей – тем, что росло, летало, бегало, плавало, что было доступно и в изобилии.

С увеличением численности популяции, развивающейся оседлостью стало развиваться аграрное общество. Человек начал возделывать землю для получения пищи, приручать животных. Этот период был короче предшествовавшего, но тоже довольно продолжительным.

На смену аграрному периоду развития пришел индустриальный, когда человек стал из доступных материалов создавать необходимые ему не существующие в природе инструменты, предметы быта и удовлетворения своих базовых потребностей. В историческом измерении этот период был еще короче.

Последние два-три столетия человечество прожило в информационном периоде, который еще не завершился, но в последнюю половину столетия ознаменовался созданием компьютерной техники и совершенно новых технологий коммуникации, в частности «мировой паутины» - Интернета. Скорости накопления и передачи информации возросли в триллионы раз. Уже сейчас созданы и работают суперкомпьютеры, тысячеядерные микропроцессоры которых имеют в полном смысле космические, эксибайтные скорости быстроедействия (1000000000000000000 операций в секунду). По оценкам экспертов за последние 50 лет человечество накопило информации больше, чем за все предшествующие периоды своего развития. Ежегодное увеличение информации сопоставимо с той, которая собрана в библиотеках Конгресса США и в Ленинской библиотеки в Москве – этих крупнейших в мире хранилищ информации.

Стало приходить понимание того, что информационный период развития человечества переходит в новую фазу, которую в начале прошлого века гениально предсказал наш соотечественник – академик В.И. Вернадский, в фазу ноосферного развития, которая на Западе сейчас называется smart-развитием.

Десятки тысячелетий люди вели большие и малые войны (и сейчас еще их ведут!), уничтожая все более изощренными методами и созданными для этого все более совершенными видами оружия миллионы себе подобных, братьев по разуму за обладание морскими просторами, территорией суши, природными ресурсами, созданными и накопленными материальными ценностями. Более того, прорвавшись в космическое пространство, человечество и его стремится

поделить, создавая для этого еще более опасные и уничтожительные виды космических вооружений.

Как утверждает крупнейший ученый, лауреат Нобелевской премии Конрад Лоренс, научно-технический прогресс сопровождается не снижением, а возрастанием агрессивного потенциала индивидов и толпы. Но это, видимо, заключительный аккорд тысячелетий предшествующих периодов потребительства и накопительства.

Наступающий новый период в развитии человеческого общества, как бы его не называть – ноосферный по В.И. Вернадскому или по западному – smart-развитие (*smart* – *англ., досл. – умный*) выдвинул новые вызовы и создает новые парадигмы дальнейшего пути исторического развития, поскольку переворачивает зеркально шкалу общественной ценности ресурсов.

По оценке Всемирного Банка уже сейчас шкала ценности ресурсов выглядит следующим образом: природные ресурсы – 5%, материальные и производственные – 18% и интеллектуальные – 77%.

Общественное развитие теперь пойдет с борьбой за обладание интеллектуальными ресурсами, которые невозможно захватить и отнять силой. Их можно только целенаправленно собирать, что и делают уже довольно давно экономически успешно развивающиеся страны. По имеющейся информации около 100000 носителей интеллектуальной собственности в последние годы эмигрировали из России в США, и использование высоких технологий, создаваемых ими, дает треть ВВП этой страны. Надежды на то, что их удастся вернуть в Сколково или в другие наукограды страны весьма сомнительны, поскольку платить за интеллектуальные ресурсы нужно в десятки, сотни раз больше, чем оплачивается труд ученых у нас в стране.

Smart-развитие – это освобождение человека от того рутинного труда и работ, которые направлены на обеспечение достойных условий жизни, но вовсе не для безделья и праздности, а для созидательной общественно-полезной деятельности с использованием того преимущества, которым природа наделила только человека – способности мыслить.

И следует заметить, что медицина, здравоохранение являются той сферой, в которой раньше других отраслей и областей начнется процесс перехода к smart-развитию. Правильнее сказать, он уже начался. Ведутся интенсивные разработки принципиально новых технологий диагностики и лечения, принципиально новых лекарственных средств, которыми не нужно будет насыщать весь организм человека для того, чтобы только ничтожно малая часть попала в больной орган или очаг поражения – они будут поступать только туда и в полном объеме.

В целом же smart-развитие медицины – это возврат к медицине профилактической после долгих лет господства медицины лечебной. Возврат на принципиально новой основе не ранней диагностики на стадиях предболезней и начала болезней, а исправление «ошибок природы», создающих предпосылки к развитию болезней. И, не надо быть провидцем, чтобы понять, что достижения молекулярной биологии, генетики и геномной инженерии, нанотехнологий, иммунологии, клеточной и тканевой трансплантологии, как и многих других научных достижений и уже становящихся практически применяемыми вмешательств это, по сути, прорывы в одном направлении – профилактики, но не болезней, а нарушений гомеостаза в самом широком понимании.

Аристотель рассматривал человека как «политическое животное». Это потом стали называть его «социальным животным». Но в этом разности нет, поскольку «политическое» в определении Аристотеля происходит от слова polis – город.

Несколько лет тому назад нами (Г.А. Комаров) была создана новая научная теория человека как эко-социо-биологического существа и явления. Эта теория и ее модель были опубликованы в России и за рубежом. Суть состоит не в том, чтобы подвергнуть сомнению определение Аристотеля, а в том, чтобы с одной стороны отказаться от отнесения человека к животным, поскольку он является единственным представителем биоты, наделенным разумом. Как бы там не стремились доказать, что у некоторых высших позвоночных животных имеются какие-то зачатки разума, но еще ни одна лошадь копытом и ни одна обезьяна палкой на песке не написали $E=mc^2$. С позиций эволюционной теории нельзя объяснить исключительность человеческого разума. И, следовательно, человека только по отдельным признакам сходства биологического и морфологического устройства и проявлений можно условно отнести к высшим позвоночным животным. А еще правильнее – вовсе не относить. Это уникальное в природе существо.

Это первое. Второе состоит в том, что человек в состоянии естественного гомеостаза живет, размножается, осуществляет ту или иную работу только в определенных экологических условиях. Всякий выход за пределы экологической ниши ведет к нарушениям гомеостаза и требует создания

искусственных защитных устройств и средств (акваланг, подводная лодка или батискаф, скафандр, космический корабль, дыхательные приборы и др.).

Третье. Человек никогда не жил поодиночке. Иначе бы он не смог размножаться и развивать свой мозг. Семья, группа, община, племя и т.д. до этноса и государства – социум.

Четвертое. Человек – это биологическое существо и явление.

Таким образом, в жизненном круге обитания человека три сегмента: экос, социум и биос. Состояние гомеостаза и наилучшие условия для жизни человека обеспечиваются определенным соотношением и устойчивым равновесием всех трех составляющих. В том случае, если один из сегментов по каким-то причинам стремится к расширению, то один или два других должны сократиться. Наилучшим примером является увеличение сегмента «социум», происшедшее в последние десятилетия и продолжающееся до сих пор. Воспаленный и увеличивающийся в объеме сегмент «социум» стал сдавливать сегменты «биос» и «экос» – снизилась рождаемость, увеличилась заболеваемость, повысилась смертность, началась депопуляция. Давление на сегмент «экос» привело к техногенным катастрофам, загрязнению окружающей среды, к применению вредных для здоровья химических веществ в производстве продуктов питания, к загрязнению воздуха и воды.

В какой мере все это относится к теме smart-развития? Самое непосредственное. Пока человечество не поймет в полной мере свою уникальность в этом мире, будет жить, в том числе, по законам животного мира, не будет стремиться к согласованию социального с экологическим и биологическим, к равновесию, то никогда не будет гомеостаза в системе. Будут требоваться все большие общественные расходы на здравоохранение, и они всегда будут недостаточными, поскольку все больше и больше люди социальными конфликтами, неумеренным потребительством, безответственным отношением к природе – среде обитания, загрязнением ее совершенно научно не обоснованными объемами опасных для здоровья отходов, безудержным ростом лекарственного потребления и не совсем умным (non smart) управлением будут загонять себя в тупик, выход из которого с каждым десятилетием становится все более и более проблематичным.

Прошло всего два с половиной года с того времени, когда был принят новый международный стандарт ISO 26000 по социальной ответственности. Создание этого стандарта происходило на протяжении многих лет, и сотни экспертов из более чем ста стран принимали участие в его создании. Уже существуют национальные Рекомендации в Российской Федерации, где на более чем ста страницах изложены преимущества и необходимость применения этого стандарта во всех сферах и особенно в здравоохранении. Этот долгожданный стандарт имеет своей конечной целью обеспечение устойчивого развития. Но, как показали специально проведенные анонимные опросы руководителей органов управления здравоохранением, медицинских организаций и врачей, нет знаний о положениях этого стандарта, и, что особенно важно, об ответственности медицинских организаций соответствовать этому стандарту. Но не только этого, но и знаний того, насколько медицинская организация может влиять на социальную ответственность других сфер и организаций для обеспечения социально ответственного отношения к здоровью населения. Образно говоря, тот достоверный факт, что в сосисках совершенно нет мяса, а в известном всему миру вологодском масле не содержится ни миллиграмма от коровы, а в реализуемой в торговой сети водке в 30 процентах, а в коньяках и того больше – 40% содержатся опасные для здоровья вещества, и, вообще, это совсем не сосиски и не масло, не водка и не коньяк, а фальсификаты, пока не вызывает беспокойства социально не сильно ответственного правительства, заставляет нас – врачей задуматься, а не наша ли в том вина?

Мы вступаем в новый исторический период развития человечества, который последует за информационным. Вступаем не потому, что этого очень хотим, а потому, что такова закономерности и логика мирового развития. Нам трудно справляться с лавиной информационного периода развития, и мы не вполне готовы понять, что предстоит в новом измерении, в новом историческом периоде развития. Этому можно сколько угодно сопротивляться, стремясь удержаться за полы уходящего, но время неумолимо, оно сильнее нас, научно-технический прогресс остановить невозможно.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДГОТОВКИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Комаров С.Г., Архангельская Е.Ф., Комаров Г.А.

MODERN ELECTRONIC REMOTE TECHNOLOGIES PREPARATIONS & IMPROVEMENTS OF THE DOCTORS-EXPERTS IN SPHERE OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE

Komarov S.G., Arhangelskaya E.F., Komarov G.A.

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, правоведения и информатики Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России,
г. Москва, Российская Федерация.*

Резюме: в настоящей статье обсуждаются вопросы применения электронных дистанционных технологий последипломной подготовки врачей в образовательной среде Moodle на модели усовершенствования врачей-экспертов, работающих в сфере обязательного медицинского страхования. Описываются преимущества дистанционного обучения для здравоохранения, слушателей и преподавателей.

Ключевые слова: последипломное образование, дистанционные электронные технологии, обязательное медицинское страхование.

Resume: in present clause the questions of application of electronic remote technologies of preparation of the doctors in educational environment Moodle on model of improvement of the doctors - experts working in sphere of obligatory medical insurance are discussed. The advantages of remote training to public health services, students and teachers are described.

Key words: medical education, remote electronic technologies, obligatory medical insurance.

Обязательное медицинское страхование – это институт конституционной защиты прав граждан, поскольку охрана здоровья населения и здравоохранение являются важнейшей функцией государства. Развитие системы обязательного медицинского страхования в России происходит в весьма непростых условиях, когда перманентно меняется правовая и нормативная база здравоохранения, происходит структурное реформирование отрасли, внедряется стандартизация и осуществляется комплекс мер, направленных на интеграцию в мировое медицинское пространство.

Коммерциализация и повышение стоимости медицинской помощи повсеместно в мире, снижение ее доступности для большей части населения и особенно для уязвимых групп, повышение стоимости лекарственных средств, а также современного диагностического и лечебного оборудования, ставят новые задачи перед системой оказания гарантированной государством бесплатной для пациентов медицинской помощи на основе обязательного медицинского страхования.

Трудности в организации ОМС возникают по многим причинам, но главными из них являются несовершенство законодательства, недостаточный уровень квалификации врачей, работающих в системе ОМС, крайне низкий уровень знаний населения о своих правах на получение бесплатной медицинской помощи, дефицит информации и невысокий уровень экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы ее результативности.

Новый закон Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании граждан» и созданная в соответствии с ним нормативно-директивная база ОМС предусматривают неперенную и полную подготовку и переподготовку кадров врачей-экспертов, работающих в системе ОМС. Сложность вопроса состоит в том, что СМО (страховые медицинские организации), имеющие штатных экспертов, в то же самое время нуждаются в привлечении высококвалифицированных экспертов по профилям, работающих в лечебно-профилактических учреждениях (медицинских организациях) для оценки соответствия стандартам и качества медицинской помощи. И число таких привлекаемых экспертов в России в настоящее время превышает 17 тыс. человек. Все они нуждаются в последипломном образовании. С учетом того, что предусмотрено Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования, и каждый из врачей-экспертов должен пройти подготовку по 144 часовой программе, в сумме это составляет 2 448 000 учебных часов. Полагая, что одна треть (на самом деле меньше) уже прошли подготовку, а остальным ее надо пройти в ближайшие два года, потребность составляет 829 000 учебных часов в год. С учетом рабочей нагрузки профессоров и доцентов кафедр для осуществления этого

необходимо как минимум две сотни высококлассных специалистов-преподавателей. Такого числа нет во всех образовательных учебных заведениях страны, а в тех, которые специализированы в области организации медицинского страхования, тем более.

В этих условиях единственным выходом и отвечающим современным требованиям подходом явилось создание системы дистанционного последиplomного образования врачей-экспертов, работающих в области обязательного медицинского страхования.

Мы не уверены в том, что созданная нами технология и программа дистанционного обучения являются образцовыми, но не сомневаемся в том, что настоящая публикация будет полезной для организаторов здравоохранения и врачей.

Основой для реализации настоящей программы и технологии дистанционного образования явился новый закон «Об образовании в Российской Федерации», предусматривающий внедрение электронных и дистанционных форм обучения, а также образовательная среда Moodle, размещенная на сервере ИПК ФМБА России. Для того, чтобы иметь представление об этой среде, необходимо посмотреть ее устройство в Internet'е. Это одна из самых распространенных образовательных электронных систем.

Moodle позволяет вести педагогический процесс одновременно в десяти классах, каждый из которых может состоять по численности из 100 и больше слушателей. При этом процесс обучения может осуществляться в on-line и of-line режиме. Для России это очень важно, поскольку это единственная страна, лежащая в восьми часовых поясах, образно говоря, когда на Камчатке засыпают, то в Калининграде только просыпаются. И, если навесить образовательное облако посередине, допустим, над Уралом, то ни тем, ни другим это будет не совсем удобно. И потому нами была создана гибкая программа, предусматривающая тот и другой вид обучения.

Что дает дистанционное обучение слушателям?

1. Обучение без отрыва от основной работы.
2. Обучение в любой точке Планеты, где есть связь с Интернетом.
3. Использование для обучения любого электронного устройства (компьютер, ноутбук, планшет, смартфон).
4. Обучение в любое удобное время и в наиболее комфортных условиях.
5. Выбор образовательного контента по своему усмотрению.
6. Исключает затраты на поездку в образовательное учреждение, на проживание в гостинице, на питание в чужом городе, на приобретение дорогостоящей литературы и многое другое.
7. Дает возможность быть в постоянном контакте с тьютором и с преподавателями кафедры, задавать им вопросы и получать на них ответы.
8. Обеспечивает возможность выражения своего мнения в «форуме» образовательной системы анонимно или персонифицированно.
9. Позволяет осуществлять закрытый или открытый этапный аутотренинг по блоку вопросов заключительного тестового контроля знаний.
10. Дает возможность скачивать, сохранять и в последующей работе использовать законы, нормативно-директивные документы, методические рекомендации, обширную литературу (книги, обзоры, статьи, аудио-слайд фильмы, презентации лекций) без каких бы то ни было ограничений.
11. Позволяет в чате общаться с коллегами по обучению и преподавателями на всем Земном шаре.

Что дает технология дистанционного образования преподавателю?

1. Возможность применения своего творческого и интеллектуального потенциала в полной мере.
2. Преподавание в любых наиболее комфортных условиях (из служебного кабинета, из дома, с дачи, с Багамских Островов или с Гималаев).
3. Непрерывное совершенствование образовательного контента с внесением в него самых новейших данных (актуализация).
4. Непрерывный (виртуальный) контакт с каждым из обучающихся слушателей.
5. Возможность отслеживания образовательной траектории (дорожной карты) каждого из обучающихся слушателей.
6. Полное взаимодействие с тьютором цикла последиplomного образования.
7. Возможность зарабатывать достойно и легально в несколько раз (иногда в десятки раз!) больше.
8. Самоудовлетворение.

Одним из самых существенных недостатков дистанционного образования является отсутствие физического контакта с преподавателем. Он где-то там, в виртуальном пространстве, в образовательном облаке в Интернете, но не бывает так, чтобы были только одни преимущества. Должны быть и недостатки. Это главный из них, но не единственный.

Вторым недостатком является невозможность личного общения с другими обучающимися. Мы привыкли к тому, что на циклах усовершенствования завязываются профессиональные и личные контакты с коллегами. Виртуальное общение дает многое, но далеко не все.

Самым сложным является создание образовательного контента. Презентация и особенно аудио-слайд фильм лекции содержат от сотни до двух с половиной сотен файлов и звуковых дорожек, в которых сконцентрированы важнейшие положения образовательного модуля. Кроме того, модуль содержит тексты законов, стандартов, рекомендаций, нормативно-директивных документов, электронных книг по теме, рекомендации по написанию курсовых работ, блок тестов для самоконтроля уровня знаний и многое другое.

Демократичность дистанционного образования состоит в том, что слушатель может недельное задание кафедры выполнить в любое удобное для него время и отчет о своей образовательной деятельности передавать тьютору или ассистенту-провайдеру в образовательной электронной системе Moodle.

Экспертиза качества дистанционного образования осуществляется заключительным тестовым контролем, в котором оценка знаний определяется электронной системой Moodle с ограниченным сроком (суточным) открытия системы тестов и с возможностью повторного тестирования для слушателей с безупречной траекторией дистанционного образования для исключения случайных ошибок.

Нами совершенствуется система дистанционного образования врачей - экспертов, работающих в сфере обязательного медицинского страхования, но одновременно разрабатываются другие программы, в частности общего усовершенствования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», «smart-менеджмент в медицинской организации» и другие.

За время работы в области дистанционного образования возникла убежденность в том, что теоретические дисциплины и теоретические разделы всех других медицинских специальностей следует переводить на современные электронные и дистанционные технологии. Не только потому, что это во много раз экономичнее, но еще и потому, что это высокоэффективно и позволяет обеспечивать образовательный континуум, непрерывное пополнение знаний, удобно для врачей и соответствует современным принципам и технологиям высшего последипломного образования.

ОПЫТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ВСПЫШКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007-2009 гг.

Мамаев Т.М., Нарматова Э.Б.

EXPERIENCE OF LOCALIZATION AND PREVENTION OF NOSOCOMIAL OUTBREAK OF HIV INFECTION IN THE OSH REGION IN 2007-2009

Mamaev T.M., Narmatova E.B.

*Ошский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом,
Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: принятые меры в ЛПО Ошской области по локализации и ликвидации последствий внутрибольничного заражения детей ВИЧ инфекцией не оказались достаточно эффективными в силу объективных и субъективных причин, о чем свидетельствовало продолжение регистрации случаев ВИЧ-инфекции среди детей в 2010-2012 гг. Для ликвидации внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции наряду с проведением комплекса мероприятий в системе здравоохранения, необходимо создание законодательной и финансовой базы по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, внутрибольничная вспышка, дети.

Resume: measures taken in the TPO of Osh region for localization and liquidation of consequences of nosocomial infection of children with HIV infection were not effective enough due to objective and subjective reasons, as evidenced by the continued registration of cases of HIV infection among children in 2010-2012. To eliminate nosocomial transmission of HIV, along with a set of measures in the health care system, we need a legal and financial framework to combat the spread of HIV.

Key words: HIV-infection, nosocomial outbreak, children.

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции остается напряженной и тревожной. Серьезность масштабов распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике (КР) подтверждается ежегодным увеличением числа лиц, зараженных ВИЧ. По официальным данным РО «СПИД» на 01.05.2013 г. кумулятивное число ВИЧ-инфицированных лиц среди граждан КР составило 4541 человек, из них только 46,9% зарегистрированы за последние 2 года. Ошская область и г. Ош по темпам роста новых случаев ВИЧ-инфекции занимает лидирующее место в КР.

Нозокомиальные очаги с заражением детей ВИЧ-инфекцией отмечены в Российской Федерации, Казахстане [1, 2, 4] и других странах мира [5, 6]. Gisselquist D. и соавт. [7] описали 8 наиболее значительных внутрибольничных вспышек с заражением ВИЧ более 10 пациентов.

Первые нозокомиальные очаги ВИЧ-инфекции среди детей в лечебных организациях Ошской области отмечены в 2007-2008 гг. [3]. В связи с чем, были приняты определенные меры по локализации и ограничению дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Целью настоящей работы явилось обобщение результатов мероприятий, проведенных по локализации и ликвидации последствий вспышки ВИЧ-инфекции в нозокомиальных очагах в Ошской области за 2007-2009 гг.

Мероприятия по локализации очага ВИЧ-инфекции осуществлялись оперативно и включали в себя одномоментное и полное выявление источников инфекции, выявление факторов риска парентерального инфицирования, снижение кратности парентеральных вмешательств за счет их строгого обоснования, комиссионного назначения гемотрансфузий и др.

Одним из принципов в организации эпидемиологического обследования очага явилось комиссионное принятие решений. В состав комиссии входили эпидемиологи, представители различных медицинских специальностей и служб. Осуществлялся ежедневный мониторинг эпидемиологических, санитарно-гигиенических и клинико-лабораторных параметров. Учет данных осуществлялся согласно стандартам и специально разработанным формам; анализ и оценка результатов – по общепринятым методикам.

Оценивались факторы риска парентерального инфицирования в нозокомиальном очаге, которые были определены при экспертной оценке и на основании анализа данных литературы. К таковым отнесли преморбидный фон, возраст, вид и кратность парентеральных вмешательств.

Противоэпидемические мероприятия по локализации вспышки были направлены на источник инфекции, разрыв механизмов передачи и снижение факторов риска заражения лиц в очаге. Однако при ВИЧ-инфекции методы воздействия на источник и восприимчивый организм весьма ограничены в связи с пожизненным носительством ВИЧ, отсутствием методов полного излечения источника инфекции от ВИЧ и отсутствием профилактических вакцин.

В целях локализации внутрибольничной вспышки ВИЧ-инфекции и предупреждения дальнейшего ее распространения среди населения, было принято решение о проведении комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий по шести приоритетам:

1. Локализация очагов вспышки ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических организациях (ЛПО).

2. Усиление инфекционного контроля в ЛПО всех уровней.

3. Укрепление материально-технического обеспечения ЛПО.

4. Обучение медицинского персонала ЛПО.

5. Социальный пакет для семей с ВИЧ-инфицированным ребенком.

6. Научно-обоснованное аналитическое расследование.

В реализации этих мероприятий оказывали финансовую и техническую поддержку Министерство здравоохранения КР, глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), ЮСАИД, CDC США, ЮНИСЕФ, а также местные органы власти Ошской области и г.Ош.

Материалы и методы. Использованы ретроспективный и текущий методы эпидемиологического анализа и лабораторные методы исследования на ВИЧ (иммуноферментный анализ и реакция иммуноблота).

В рамках эпидемиологического анализа проводилось активное тестирование, которое предусматривало поиск и достижение контакта с людьми в местах их проживания (контактные). Для активного поиска и оперативного проведения тестирования контактных детей сформированы 7 бригад, в состав каждой бригады включены врач, 2 медсестры, которые предварительно прошли обучение проведению экспресс-тестов на ВИЧ.

Основанием внедрения активного тестирования на ВИЧ всех детей, поступающих на стационарное лечение, стал приказ МЗ КР от 12.05.2008 г. №203 «Об обеспечении тестирования детей, поступающих в стационары Ошской области и г. Ош». Активным тестированием были охвачены 9656 детей.

Источниками информации явились карты эпидемиологического расследования очагов ВИЧ инфекции, амбулаторные карты и истории болезни выявленных ВИЧ-инфицированных детей, истории родов и обменные карты их матерей, акты и справки санитарно-эпидемиологического обследования, а также отчетно-учетные документации лечебных организаций.

Результаты и обсуждение. В целях локализации очагов вспышки ВИЧ-инфекции в ЛПО Ошской области (приоритет 1) проведено эпидемиологическое расследование для установления и выявления потенциальных источников и лиц, имевших риск внутрибольничного инфицирования ВИЧ, определения круга их контактов.

На основании изучения материалов эпидемиологического расследования разработаны и внедрены стратегии тестирования на ВИЧ.

Проведено «активное» тестирование на ВИЧ детей, находившихся в 2006-2007 гг. в Ошской областной детской клинической больнице (ОМДКБ) и Ноокатской территориальной больнице (ТБ) с дальнейшим расширением на основании результатов эпидемиологического расследования. По нашим расчетам подлежали тестированию 10400 тыс. детей по Ошской области, не включая контактных детей по г. Бишкек.

За 2007-2009 гг. указанному выше тестированию подверглись 4094 детей, из них 14 оказались ВИЧ положительными, что составляет 11,3% от всех зарегистрированных случаев. Из числа зарегистрированных ВИЧ-инфекцией детей 88,3% выявлено методом активного тестирования.

По эпидемиологическим показаниям обследовано 3505 медицинских работников стационаров, среди них выявлен 1 случай ВИЧ-инфекции.

Основными причинами возникновения вспышки ВИЧ-инфекции среди детей в ЛПО Ошской области послужили нарушение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, нехватка медицинского инструментария одноразового пользования, дезинфицирующих средств, средств личной защиты, использование многоразового инструментария, наличие риска, обусловленными парентеральными медицинскими вмешательствами. В связи с этим усиление инфекционного контроля в ЛПО всех уровней (приоритет 2) имело крайне важное значение.

В этой связи проведено усиление мероприятий по профилактике парентеральных инфекций в условиях ЛПО:

- внедрена стратегия организации безопасных медицинских манипуляций;
- разработана программа по организации контроля над госпитальными инфекциями, передающимися парентерально;
- внедрен внутренний и внешний мониторинг за практикой безопасных манипуляций в ЛПО.

В целях укрепления материально-технического обеспечения (приоритет 3) были дополнительно закуплены и обеспечены стерилизационным и лабораторным оборудованием и инвентарем Ошский областной центр СПИД, областной центр крови, диагностическая лаборатория СПИД, отделения исследования крови Ноокатской ТБ. По линии ГФСТМ, ЮНИСЕФ и местного бюджета закуплены для ОМДКБ и Ноокатской ТБ более 5 млн. одноразовых шприцев и систем, 15 тыс. подключичных катетеров одноразового пользования, более 500 тыс. спиртовых салфеток, более 5 тыс. кг дезинфицирующих средств, 250 тыс. пар резиновых перчаток, 15 тыс. емкостей для сбора использованных шприцев и систем. Дополнительно закуплены стерилизационные оборудования в ОМДКБ, Ноокатской и Кара-Суйской ТБ. Диагностические тест-системы на ВИЧ, в том числе экспресс тесты обеспечивались как за счет Республиканского центра «СПИД», так и за счет ГФСТМ и ЮСАИД.

За период 2007-2009 гг. организовано обучение медицинских работников ЛПО всех уровней (приоритет 4). Всего обучением охвачено 263 врача, 1650 средних медицинских работников. Обучение и подготовка медработников проводились на базе как республиканских и областных ЛПО с участием международных экспертов и республиканских специалистов. Обучено более 250 врачей и средних медицинских работников. Повсеместно проводились обучающие семинарские занятия с последующей аттестацией по проблемам ВИЧ/СПИДа. Аттестацией охвачено в 2007 году

1350 медработников, в 2008 году – 2635. По Ошской области 6 врачей проходили стажировку и обучение в медицинских учебных заведениях стран СНГ.

Мероприятия, направленные на социальную поддержку семей, имеющих ВИЧ-инфицированных детей (приоритет 5), включали выделение Президентом КР каждой семье, имеющей ВИЧ-инфицированного ребенка: по 10 тыс. сомов, единовременные компенсационные выплаты из местного бюджета по 2,5 тыс. сомов, выделение социального пособия в размере 3 тыс. сомов ежемесячно, оказание материальной помощи в виде продуктов питания, земельных участков под строительство индивидуального дома нуждающимся семьям.

Кроме того, специалистами областного центра СПИД, ЦСМ, СПИД-сервисных НПО постоянно проводились семинары-тренинги по социальной адвокации и психосоциальное консультирование матерей ВИЧ-инфицированных детей.

Проведенные совместно со специалистами CDC США аналитические исследования (приоритет 6) по факту вспышки ВИЧ-инфекции среди детей в ТБ в 2008 г. показали, что проведение 8 и более внутривенных инъекций повышает риск заражения детей ВИЧ в 3,7 раза, госпитализация на 10 и более дней – в 2,9 раза, переливание крови и заменителей – в 1,6 раза.

Выводы. Принятые меры в ЛПО Ошской области не оказались достаточно эффективными в силу объективных и субъективных причин, о чем свидетельствовало продолжение регистрации случаев ВИЧ-инфекции среди детей в 2010-2012 гг.

Для ликвидации внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции наряду с проведением комплекса мероприятий в системе здравоохранения, направленного на источник инфекции, разрыв механизма передачи и снижение факторов риска заражения в очагах, усиление инфекционного контроля в ЛПО всех уровней, укрепление материально-технического обеспечения ЛПО, необходимо создание законодательной и финансовой базы по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции.

Литература:

1. Горшкова Н.В. Клинико-эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфекции у детей с парентеральным путем инфицирования // *Акт. вопр. ВИЧ-инфекции*, - СПб, 1997., - С. 56-58.
2. Каутбаев А., Каспирова А., Сайдибаев Т. Расследование вспышки ВИЧ-инфекции среди детей в Шымкентской области Казахстана // *Результаты ДЭН за ВИЧ в Кыргызстане*, Бишкек, 2007. - С. 23-26.
3. Мамаев Т. М., Абдыраева Б.Р. Эпидемия внутрибольничного распространения ВИЧ-инфекции среди детей Ошской области // *ЦАМЖ*. - 2010. - Т. XVI, Приложение 3. - С. 107-109.
4. Покровский В.В., Еришова И.Ю., Даулина М.И. и др. Внутрибольничная вспышка ВИЧ-инфекции в Элисте // *ЖМЭИ*, 1990 - №4, - С.17-23.
5. Apetrei C, Necula A, Holm-Hansen C et al. HIV-1 diversity in Romania // *AIDS (London, England)*. - 1998. - Vol. 12, №9. - P. 1079-1085.
6. Barr S. The 1990 Florida Dental Investigation: is the case really closed? // *Ann. Intern. Med.* - 1996.- Jan. - Vol. 124 - №2. - P. 250-254.
7. Gisselquist, D., Gisselquist D., Upham, G., Potterat J.J. Efficiency of human immunodeficiency virus transmission through injections and other medical procedures: evidence, estimates, and unfinished business // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* - 2006. - Vol. 27, N 9. - P. 944-952.

УДК: 618-06: [616.98: 578.826.6] - 092

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Мамаев Т.М., Нарматова Э.Б., Шарипова М.А.

ASSESSMENT OF INTENSITY OF EPIDEMIC PROCESS OF HIV INFECTION AMONG WOMEN OF THE SOUTH OF KYRGYZSTAN

Mamaev T.M., Narmatova E.B., Sharipova M.A.

*Ошский государственный университет,
Ошский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом,
г. Ош, Кыргызская Республика.*

Резюме: в работе представлена характеристика эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста в Ошской области. Отмечено увеличение доли полового пути передачи с 2,5% в 2001 г. до 71,8% в 2012 г. и возрастание удельного веса ВИЧ-инфицированных женщин с 4,5% до 43,4% соответственно. 90% ВИЧ-инфицированных женщин составляют в возрасте 15-50 лет.

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекция, эпидемия, женщины.

Resume: the characteristic of the epidemic process of HIV-infection among women of reproductive age in Osh oblast is given in this article. There is an increase of sexual way of transmission from 2,5% in 2001 to 71,8 % in 2012 and increase in proportion if HIV-infected women from 4,5. % to 43,4% accordingly. 90 % of HIV-infected women are at the age group of 15-50.

Key words: AIDS, HIV-infection, epidemic, women.

Введение. На современном этапе эпидемия ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста становится одной из актуальных медико-социальных проблем, поскольку женщины особенно уязвимы в отношении к ВИЧ-инфицированию в силу биологических и социально-культурных причин [4, 5].

По последним данным ЮНЭЙДС из 33,3 млн. людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, 46% составляли женщины в возрасте 15-49 лет. Более 90% случаев ВИЧ-инфекции у детей является следствием передачи от матери к ребенку. В странах Восточной Европы и Центральной Азии женщины составляли 34% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом [3].

Одной из характерных черт эпидемии ВИЧ/СПИД в странах СНГ является рост числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин и увеличение количества детей, рожденных от них. К тому же рост передачи ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем становится все более важным фактором развития эпидемии [1, 2].

В этой связи возникает необходимость оценки и слежения состояния эпидемии ВИЧ-инфекции и изучения факторов риска ее распространения среди женщин.

Целью настоящего исследования явилось изучение интенсивности и тенденции развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди женщин в Ошской области и г. Ош (далее Ошская область).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин Ошской области за 2001-2012 гг.

Для изучения использованы данные официальной статистической отчетности по регистрации ВИЧ-инфекции (форма 4а), ежемесячные отчеты об обследовании различных контактов на ВИЧ (форма 4), данные эпидемиологического расследования очагов ВИЧ-инфекции, карты диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными.

Серологический скрининг сыворотки крови различных контингентов на ВИЧ проводился общепринятыми методами иммуноферментного анализа и иммуноблотинга.

Обработка и анализ полученных материалов проводились на компьютерной программе «Epi-Info».

Результаты и обсуждение. На 01.01.2013 г. в Ошской области с нарастающим итогом зарегистрировано 1731 случаев ВИЧ-инфекции, что составило 40% всех выявленных случаев среди граждан Кыргызской Республики (КР). Показатель инфицированности на 100 тыс. населения составил 119,3, что выше республиканского показателя в 1,7 раза.

На 01.01.2013 г. в структуре ВИЧ-инфицированных в Ошской области 67,8% были лица мужского пола и 32,2% – женского пола, в КР соответственно 70,5% и 29,5%, при этом соотношение мужчин и женщин в целом составило по Ошской области 2,1:1 и по КР 2,4:1 (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение мужчин и женщин в структуре ВИЧ-инфицированных на 01.01.2013 г.

Пол	По республике		По Ошской области	
	Абс. число	%	Абс.число	%
Мужской	3111	70,5	1174	67,8
Женский	1302	29,5	557	32,2
Всего	4413	100,0	1731	100,0
Соотношение мужчин и женщин		2,4:1		2,1:1

Однако соотношение мужчин и женщин в структуре ВИЧ-инфицированных с каждым годом меняется, причем, в сторону увеличения удельного веса женщин (табл. 2, 3). Так, в структуре ВИЧ-инфицированных лиц удельный вес женщин увеличился с 8,2% (2001 г.) до 32,2% (2012 г.) в КР и с 4,5% до 43,4% в Ошской области, соответственно.

Это обстоятельство указывает на более активное вовлечение женщин в эпидемический процесс во втором периоде эпидемии ВИЧ-инфекции.

Таблица 2.

Динамика распределения ВИЧ-инфицированных по полу в КР.

Годы	Всего выявлено случаев	В том числе				Соотношение мужчин и женщин
		мужчин		женщин		
		Абс. число	%	Абс. число	%	
2001	134	123	91,8	11	8,2	11,2 : 1
2002	146	134	91,8	12	8,2	11,2 : 1
2003	125	107	85,6	18	14,4	5,9 : 1
2004	153	119	77,8	34	22,2	3,5 :1
2005	165	114	69,0	51	31,0	2,2 : 1
2006	233	170	73,0	63	27,0	2,7 : 1
2007	388	288	72,2	108	27,8	2,6 : 1
2008	532	353	66,4	179	33,6	1,9 : 1
2009	671	496	73,9	175	26,1	2,8 : 1
2010	554	387	69,8	167	30,2	2,3 : 1
2011	594	414	69,7	170	30,3	2,4 : 1
2012	704	477	67,8	227	32,2	2,1:1

Таблица 3.

Динамика распределения ВИЧ-инфицированных по полу в Ошской области.

Динамика распределения ВПЧ-инфицированных по полу в Омской области.

Годы	Всего выявлено случаев	В том числе				Соотношение мужчин и женщин
		мужчин		женщин		
		Абс. число	%	Абс. число	%	
2001	88	84	95,5	4	4,5	21 : 1
2002	87	85	97,7	2	2,3	42,5 : 1
2003	74	68	91,9	6	8,1	11,3 : 1
2004	77	64	83,1	13	16,9	4,9 : 1
2005	72	50	69,4	22	30,6	2,3 : 1
2006	94	78	83,0	16	17,0	4,9 : 1
2007	191	137	71,7	54	28,3	2,5 : 1
2008	193	111	57,5	82	42,5	1,4 : 1
2009	250	156	62,4	94	37,6	1,7 : 1
2010	178	102	57,35	76	42,7	1,3 : 1
2011	160	87	54,4	73	45,6	1,2 : 1
2012	265	150	56,6	115	43,4	1,3:1

Анализ структуры ВИЧ-инфицированных по возрастному признаку за 2001-2012 гг. показал, что наиболее высокий удельный вес инфицирования отмечался в возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет, далее по значимости следовала возрастная группа 0-14 лет и 40-49 лет (табл. 4).

Таблица 4.

*Распределение ВИЧ-инфицированных женщин по возрастным группам.
за 2001-2012 гг., в %.*

Возрастная группа в годах	По республике	По Ошской области
0-14 лет	10,8	18,5
15-19 лет	3,5	1,3
20-29 лет	50,2	44,6
30-39 лет	23,3	25,1
40-49 лет	9,3	9,6
50 и старше	2,9	0,9
Всего	100,0	100,0

Как видно из данных, приведенных в таблице, среди ВИЧ-инфицированных в Ошской области, в отличие от республиканских данных, довольно высок удельный вес детей в возрастной группе 0-14 лет, на долю которых приходится 18,5% случаев ВИЧ-инфекции. Причиной сравнительно высокого удельного веса детей в Ошской области явилось внутрибольничное заражение ВИЧ-инфекции.

Первое место в возрастной структуре ВИЧ-инфицированных занимают женщины в возрасте 20-29 лет, второе место – 30-39 лет. Среди мужчин этот показатель несколько сдвинут, т.е. на первом месте удельный вес мужчин в возрасте 30-39 лет (42,9% по КР и 39,1% по Ошской области),

Основной причиной инфицирования женщин ВИЧ в молодом, репродуктивном возрасте явились незащищенные гетеросексуальные контакты (табл. 5).

Таблица 5.

Основные пути передачи ВИЧ-инфекции среди женщин в Ошской области.

№	Пути передачи	Всего	в %
1	Половой	400	71,8
2	ВБИ	106	19,1
3	Парентеральный среди ПИН	24	4,4
4	Вертикальный (дети)	27	4,7
	Итого	557	100,0

Данные, приведенные в таблице, также показывают, что в настоящее довольно высоким остается удельный вес внутрибольничного заражения 19,1%, несколько реже регистрируется парентеральный путь передачи среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

Стойкая тенденция к росту в последние годы заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией (с 1,9 на 100 тыс. женщин в 2004 г. до 11,3 в 2012 г.) сопровождается увеличением числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождением детей, которые имеют риски заражения вертикальным путем (рис. 1). В популяции ВИЧ-инфицированных женщин ежегодно выявляются беременные, удельный вес которых составляет в среднем 11-15%.

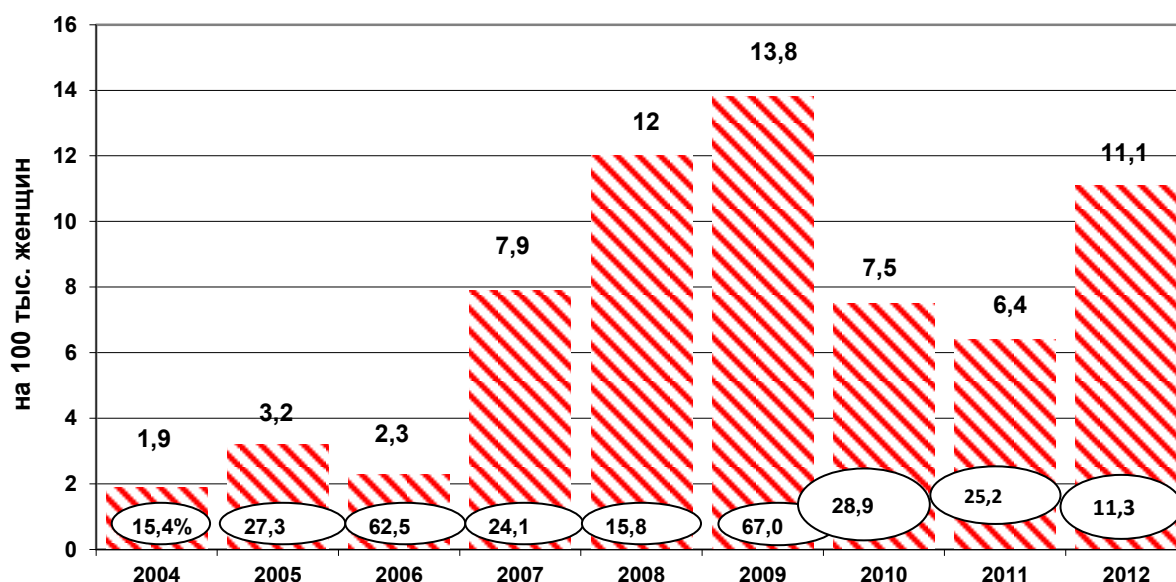


Рис. 1. Регистрация ВИЧ-инфекции среди женщин (на 100 тыс. женщин) и из них беременных (в %) в Ошской области.

К 2013 году у 85% женщин беременность завершилась родами, 4,6% ВИЧ-инфицированным беременным, по нашим рекомендациям и по их согласию, сделано искусственное прерывание беременности.

Необходимо отметить, что ВИЧ-инфицированные женщины, как правила замкнуты, отказываются сообщать сведения о своих половых и инъекционных контактах, или дают заведомо ложные сведения, что представляет значительные трудности в ходе эпидемиологического расследования и посттестового психосоциального консультирования.

Значительная часть ВИЧ позитивных женщин сталкиваются с многочисленными трудностями: низкий социально-экономический статус, нежеланные беременности и рождение ВИЧ-инфицированных детей, ограниченная доступность социальных и медицинских услуг, развод с мужьями. Данная категория женщин, оказавшаяся в трудной жизненной ситуации, может иметь повышенный риск распространения ВИЧ-инфекции среди здоровой популяции.

Выводы: В Ошской области показатель распространенности ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составил 119,3, что в 1,7 раза выше республиканского показателя, который равнялся 83,0. Удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин увеличился с 4,4% в 2001 году до 43,4% в 2012 году.

Среди ВИЧ-инфицированных женщин 90% составляют женщины в возрасте от 15 до 50 лет, из которых 71,4% заражены при незащищенном сексе, и 4,4% - парентеральным путем (инъекции).

Увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста способствовало росту числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождению детей с риском вертикального заражения.

Необходимо предусмотреть новые подходы к профилактическим мероприятиям с учетом гендерной политики государства, гендерное составляющее должно быть одним из приоритетных направлений в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Литература:

1. Бурруано Л.А., Бентли Э. Эпидемия ВИЧ/СПИДа у женщин: актуальная ситуация на Украине и в Российской Федерации // Сб. тезис. конф. по вопросу ВИЧ/СПИДа, М.: -2009. - С.56-57.
2. Буторов Е.В. Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации ВИЧ инфекции в Сургуте и Нижневартовске // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2006. - №2. - С. 13-15.
3. Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2011 г. (перевод с англ), ЮНЭЙДС. - 2011. - С. 95.
4. Royse RA et al. Sexual transmission of HIV // N Engl J Med. - 1997. - 15:1072-1078.
5. Campbell T. Kelly M. Women and AIDS in Zambia: a review of the psychosocial factors implicated in the transmission of HIV. AIDS Care, 1995. (3):365-373.

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ МАТЕРЯМ И ИХ ДЕТАМ

Мамырбаева Т.Т., Миристемова Г.А., Исмаилова А.Д., Султанова А.Б.

STATE HEALTH CARE HIV-INFECTED MOTHERS AND THEIR CHILDREN

Mamyrbaeva T.T., Miristemova G.A., Ismailova A.D., Sultanov A.B.

Национальный центр охраны материнства и детства,
Республиканский центр «СПИД»,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: в системе предоставления медицинских услуг женщинам с ВИЧ-инфекцией и их новорожденным детям имеют место значительные недостатки. Так, под регулярным наблюдением находились только 47% женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете по беременности. В Чуйской и Иссык-Кульской областях и г. Бишкек около 70% женщин с ВИЧ-инфекцией не были охвачены медицинскими услугами. Практически не налажена ранняя диагностика ВИЧ у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. За весь период ведения наблюдения за эпидситуацией по ВИЧ/СПИДу умерло 38 детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Из них в периоде новорожденности умерли 7 (18,4%) детей, до года – 25 (65,8%) детей, старше года – 6 (15,8%) детей, которые не были обследованы согласно клиническому протоколу.

Ключевые слова: профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

Resume: in the system of delivery of health services to women with HIV and their newborns are significant drawbacks. Thus, under the regular supervision were only 47% of women with HIV infection who are registered for pregnancy. In Chui and Issyk-Kul oblasts and Bishkek about 70% of women with HIV were not covered by health services. Practically not been established early diagnosis of HIV in infants born to HIV-infected mothers. During the whole period the introduction of monitoring died 38 children born to HIV-infected mothers. Of them died in the neonatal period 7 (18.4%) children, up to the year - 25 (65.8%) children older than one year - 6 (15.8%) children who have not been screened in accordance with the clinical protocol.

Key words: prevention of HIV transmission from mother to child.

В республике на предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) уделяется особое внимание. ППМР является одним из приоритетных направлений Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016 гг. и Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 гг. В рамках реализации национальной и государственной программ планируется к 2016 г. снижение вертикальной передачи ВИЧ-инфекции до 3% от числа родившихся детей против 8,3% в 2008 г. Однако, по данным официальной статистики в республике отмечается ежегодное увеличение числа ВИЧ-инфицированных беременных. Так, до 2005 г. в республике выявлено 10 ВИЧ-

инфицированных женщин, в 2008 г. число выявленных беременных с ВИЧ увеличилось втрое, в 2009 г. – почти в 10 раз. В последние годы выявляется около 100 ВИЧ-инфицированных беременных женщин в год. От общего числа зарегистрированных женщин с ВИЧ-инфекцией 65,6% проживают в южных областях республики, среди них 83% составляет женщины фертильного возраста. От общего количества женщин с ВИЧ-инфекцией почти каждая третья родила ребенка, в некоторых регионах – каждая вторая: в Ошской области до 42%, в Таласской области – 54%.

До 2007 года в республике обследование беременных женщин на ВИЧ проводилось только по эпидемиологическим и клиническим показаниям. С 2007 г. согласно приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №400 от 13.11.2007 г. «О проведении аналитического исследования среди детей Ошской области» исследование беременной женщины на ВИЧ является обязательным.

В республике на 01.09.2012 г. зарегистрировано 453 беременные женщины с ВИЧ, родилось 366 детей, из них получили профилактическое лечение АРВ-препаратами - 263 (72%) матери и 264 (72.1%) новорожденных. У 38 ВИЧ-позитивных женщин отмечались повторные роды. Одна ВИЧ-инфицированная отказалась от ребенка.

До 2007 г. ППМР проводилась с использованием антиретровирусного препарата невриапин, с 2007 г. согласно рекомендациям ВОЗ применяется препарат зидовудин, а с 2009 г. используется трехкомпонентный подход ППМР.

Большинство новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, получали искусственное вскармливание. На грудном вскармливании находились 9,6% детей, смешанном – 2,7% детей.

В Кыргызской Республике ситуационный анализ эффективности медицинских услуг детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, ранее не проводился.

Целью исследования явилось изучение фактической ситуации в области оказания медицинских услуг ВИЧ-инфицированным матерям и их детям для разработки рекомендаций по совершенствованию методов профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Материалы и методы исследования. В исследовании вошли 213 ВИЧ-инфицированных женщин и их дети, проживающие в разных регионах страны, которые находились под наблюдением по месту жительства.

Источниками информации служили амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных женщин, журналы регистрации тестирования на ВИЧ, журналы учета АРВ препаратов для проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР) беременной с ВИЧ-инфекцией и её новорожденному ребенку в Республиканских, городских и областных центрах «СПИД», карта беременной, карты развития ребенка в ЦСМ/ГСВ, история родов, новорожденного ребенка в родильных домах.

Для сбора информации разработаны и апробированы вопросники для опроса беременных или родивших женщин с ВИЧ-инфекцией и медицинских работников, оказывающих им медицинские услуги. Вопросники включали следующие разделы: предтестовое и послетестовое консультирование беременной, тестирование на ВИЧ, ППМР, лечение ВИЧ-инфицированной беременной, выбор методов родоразрешения и вскармливание ребенка, организация дородового и послеродового диспансерного наблюдения за матерью и ребенком.

С целью исключения ошибок при заполнении анкет проведен обучающий тренинг для интервьюеров. Опрос проводился интервьюерами в ЦСМ, городском и областных центрах профилактики и борьбы со СПИДом.

Исследование также включал забор крови для обследования женщин, детей достигших на момент исследования 18 месячного возраста, а также детей, которые на момент исследования не были протестированы на ВИЧ.

ВИЧ определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 453 женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете по беременности, только 213 (47%) женщин находились под регулярным наблюдением. 240 (53%) женщин с ВИЧ-инфекцией в момент исследования не наблюдались по месту жительства в связи, с чем они не были включены в выборку.

Наибольшая доля женщин (более 70%), не охваченных медицинскими услугами, выявлена в Чуйской и Иссык-Кульской областях и г. Бишкек. Причинами низкого охвата диспансеризацией женщин с ВИЧ-инфекцией были: слабая информированность и низкий уровень образования у женщин, нежелание раскрытия своего ВИЧ-статуса, внешняя и внутренняя миграция, слабая интеграция услуг для данной категории женщин в ПСМП и другие.

Тестирование и консультирование на ВИЧ являются жизненно важными процедурами для предупреждения заражения детей с ВИЧ. Кроме того, установление ВИЧ статуса у отца будущего ребенка играет ключевую роль в сохранении здоровья матери и ребенка в последующем, поэтому медицинским работникам рекомендуется проводить обследование на ВИЧ, как беременной женщины, так и ее полового партнера. Между тем 47 (23%) женщинам пред- и послетестовое консультирование не проводилось. Самые низкие показатели проведения пред- и послетестового консультирования отмечены в г. Бишкек (у 37,4%), Иссык-Кульской (у 50%) и Нарынской (50%) областях.

До и во время беременности медицинские работники беседовали с женщинами с ВИЧ о методах контрацепции (с 85,9%), родоразрешения (с 92%) и кормления ребенка (с 96,7%). При этом консультированием по вопросам контрацепции в Баткенской области были охвачены 57,1% женщин с ВИЧ в Иссык-Кульской – области только 50% респондентов.

Основным источником получения информации о методах контрацепции у 45% женщин с ВИЧ явились сотрудники центров СПИД, у 38% – специалисты ЦСМ/ГСВ. 17% женщин о методах контрацепции были информированы в родильном доме. В то же время из 183 женщин, получивших информацию о методах контрацепции, 48% матерей не воспользовались средствами контрацепции.

Вызывает обоснованную тревогу то, что только у 76,5% женщин с ВИЧ половые партнеры обследованы на ВИЧ-инфекцию. У остальных женщин половые партнеры либо не обследованы (19,7%), либо не знали о том, что их половые партнеры должны пройти тестирование на ВИЧ (3,8%).

Из 163 обследованных половых партнеров у 89 (54,6%) мужчин результат анализа на ВИЧ-инфекцию был отрицательным, у 68 (41,7%) партнеров – положительным. 6 (3,7%) женщин не знали о результатах обследования на ВИЧ у партнеров.

Половые партнеры не обследованы на ВИЧ из-за нежелания пройти обследование (28,6%), незнания о ВИЧ статусе у своего партнера-женщины (28,6%), выезда за пределы республики (30,9%), развода (9,6%) и смерти (2,3%).

Наблюдается тенденция к увеличению числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, желающих сохранить беременность и родить детей, поэтому очень важно всем женщинам во время беременности узнать о своем ВИЧ-статусе, чтобы при необходимости предупредить передачу ВИЧ ребенку. В республике зарегистрировано 38 повторнородящих женщин с ВИЧ, что составило 7,9% среди всех беременных с ВИЧ. Из них 72% женщин родили дважды, 13,9% - трижды, а 11,1% имеют 4 детей. Следует отметить, что некоторые женщины с III и IV клинической стадией ВИЧ-инфекции продолжают планировать очередную беременность и усугубляют состояние своего здоровья.

Женщины с ВИЧ предпочитают родить ребенка, однако 29 (13,6%) женщин сделали аборт после установления ВИЧ статуса. Основной причиной аборта явилась нежелательная беременность (75,9%). По состоянию здоровья прервали свою беременность 2 (6,9%) женщины с ВИЧ, по рекомендациям врача – 5 (17,2%) беременных. У 6 женщин с ВИЧ-инфекцией беременность завершилась мертворождением.

Необходимо отметить, что к приему АРВ препаратов были привержены 153 (80,5%) женщины с ВИЧ, прерывали прием препаратов 35 (18,4%) пациенток по причине забывчивости, побочных эффектов и выезда за пределы страны без АРВП. Высокие показатели перерывов в приеме АРВ препаратов могут косвенно указывать на некачественное консультирование по формированию приверженности к АРТ.

На недостатки в системе предоставления медицинских услуг указывает также отсутствие ранней диагностики ВИЧ у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Так, до 2011г. обследование таких детей не проводилось вообще, а за период с 2011г. по 2012г. по республике всего обследовано 11 детей в 2-х месячном возрасте родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Из 213 ВИЧ-инфицированных женщин 125 (58,7%) матерей сами покупали молочные смеси, 88 (41,3%) матерей обеспечивались молочными смесями для кормления ребенка неправительственными организациями (НПО), ЦСМ, айыл окмоту и службой СПИД.

В республике за весь период введения наблюдения за эпидситуацией по ВИЧ/СПИДу умерло 38 детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Из них в периоде новорожденности умерли 7 (18,4%) детей, до года – 25 (65,8%) детей, старше года – 6 (15,8%) детей, которые не были обследованы согласно клиническому протоколу, следовательно, не были своевременно предприняты профилактические меры.

В структуре причин смерти детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, первое место занимали болезни органов дыхания (38%), второе – врожденные пороки развития (19%), третье – сепсис (13%), затем по убывающей: ОРВИ (10%), ОКИ (8%) и другие причины (12%).

Социальная помощь в размере 3-х тысяч сомов ежемесячно обеспечивается государством при оформлении соответствующих документов и при раскрытии ВИЧ статуса у ребенка. Для оформления документов на получение пособия немаловажную роль сыграла самостигматизация женщин, в том числе нежелание и боязнь раскрытия ВИЧ статуса. Из 194 детей, рожденных ВИЧ – инфицированными матерями, социальное пособие получали 94 (48,5%) ребенка. Со слов матерей сумма выплачиваемого социального пособия варьировала от 420 до 3000 сомов, при опросе 67,7% детей получали социальное пособие в размере 3-х тысяч сомов, 26,9% детей – 2-х тысяч сомов. 5,4% матерей называли 420, 700, 1500 и 1900 сомов.

Из 100 матерей, не получающих социальное пособие, 32 (32%) женщины ответили, что «не хотели бы раскрывать статус», 8 (8%) респондентов сослались «на необходимость сбора большого количества документов для оформления пособия». У четырех (4%) женщин отсутствовали документы на ребенка, у 14 (14%) респондентов – документы матери, что затрудняло оформление пособия. 42 (42%) матерей указали другие причины (не знала о выплате пособий, выехали за пределы республики, в настоящее время собирают документы для оформления пособия, по причине смерти детей).

Таким образом, в системе предоставления медицинских услуг женщинам с ВИЧ-инфекцией и их новорожденным детям имеют место значительные недостатки. Об этом свидетельствуют данные, о том, что под регулярным наблюдением находились только 47% из 453 женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете по беременности. В Чуйской и Иссык-Кульской областях и г. Бишкек около 70% женщин не были охвачены медицинскими услугами. Практически не налажена ранняя диагностика ВИЧ у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Для усиления методов профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку необходимо активное интегрирование услуг ВИЧ-инфицированным пациентам в работу ПМСП и госпитального уровня здравоохранения, обучение методам проведения пред и послетестового консультирования специалистов ЦСМ/ГСВ и ФАП, территориальных больниц и республиканских и научных центров, разработка рекомендаций по обеспечению преемственности в предоставлении медицинских услуг женщинам с ВИЧ-инфекцией и их детям, налаживание методики ранней диагностики на ВИЧ-инфекцию детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проведение мероприятий по искоренению стигматизации людей, живущих с ВИЧ.

<i>Содержание</i> <i>Педиатрия</i>	<i>Content</i> <i>Pediatrics</i>	стр.
50 лет Ошской межобластной детской клинической больницы: итоги и перспективы <i>Анарбаев А.А., Маткасымова А.Т., Абдувалиева Ж.Ю.</i> 50 years of Osh inter-regional children's hospital: results and prospects <i>Anarbaev A.A., Matkasymova A.T., Abduvalieva Zh.Yu.</i>		6 - 12
Состояние службы охраны здоровья детей в Кыргызской Республике <i>Узакбаев К.А., Мамырбаева Т.Т., Нажимидинова Г.Т., Шукурова В.К.</i> State health services of children in the Kyrgyz Republic <i>Uzakbaev K.A., Mamyrbayeva T.T., Nazhimidinova G.T., Shukurova V.K.</i>		12-17
Клиническая оценка фильтрационной способности почек у детей от 1 года до 15 лет в южном регионе Кыргызстана <i>Анарбаев А.А., Матаипова А.К., Рахимова Г.М., Култаева Ж.Ч.</i> Clinical estimation of kidneys filtrative ability in children from 1 year till 15 years in south region of Kyrgyzstan <i>Anarbaev A.A., Mataipova A.K., Rahimova G.M., Kultaeva J.Ch.</i>		17-19
Опыт применения плазмафореза у детей с болезнью Шенлейна-Геноха <i>Аттокурова З.Ы., Нуруева З.А., Закиров А.А., Хакимов А.С.</i> The experience of plasmapheresis in children with Henoch-Schönlein <i>Attokurova Z.Y., Nurueva Z.A., Zakirov A.A., Khakimov A.S.</i>		19-21
Распространенность и особенности клинического течения лямблиоза у детей в Ошской области <i>Ахмедова Д.П., Нуруева З.А., Матаипова А.К., Рахимова Г.М.</i> Spreading and features of the clinical current of lamblasis in children in Osh region <i>Ahmedova D.P., Nurueva Z.A., Mataipova A.K., Rahimova G.M.</i>		21-24
Динамика клинико-функциональных и рентгенологических изменений при различных вариантах реактивных артритов у детей и подростков <i>Аширов К.Т.</i> Dynamics clinico-functional, radiological changes at various variants of jet arthritises at children <i>Ashirov K.T.</i>		24-27
Кардиомиопатии у детей <i>Закиров А.А., Нуруева З.А., Хасилов К.Р., Арыкбаева Б.А., Маткасымова А.Т., Нарбаев И.С.</i> Cardiomyopathy of children <i>Zakirov A.A., Nurueva Z.A., Hasilov K.R., Arykbaeva B.A., Matkasimova A.T., Narbayev I.S.</i>		27-28
Особенности клинического течения пневмоний у детей на фоне преморбидных отягощений <i>Кабаева Д.Д., Наритсына Л.М., Шукурова В.К., Михайлова В.В., Омуралиева Т.У., Сватковская О.В., Шайдерова И.Г.</i> The clinical course of pneumonia in children in the background of pre-morbid encumbrances <i>Kabaeva D.Z., Naritsyna L.M., Shukurova V.K., Mihajlova V.V., Omuralieva T.U., Svatkovsky O.V., Shaiderova I.G.</i>		28-30
Эффективность прокинетики Иберогаст у детей с нарушениями моторики верхних отделов пищеварительного тракта <i>Мырзабекова Г.Т., Зельман О.Я., Тасбулатова Г.</i>		31-34

Efficiency of prokinetic Iberogast at children with dysmotility of upper gastrointestinal tract <i>Myrzabekova G.T., Zelman O.J., Tasbulatova G.</i>	
Особенности течения лихорадочного периода у детей грудного возраста <i>Нурьева З.А., Жусубалиев Б.К., Закирова Э.М.</i> Features of fevers flow in infants and development of complications <i>Nuryeva Z.A., Jysybaliev B.K., Zakirova E.M.</i>	34-35
Анализ структуры и причин детской летальности от бронхолегочной патологии по ОМДКБ за 2006-2012 гг. <i>Нурьева З.А., Нургазиева С.М., Жусубалиев Б.К.</i> Analysis of reasons and child mortality from respiratory pathology in OICCH from 2006 to 2012 years <i>Nurieva Z.A., Nurgazieva S.M., Jusubaliev B.K.</i>	35-37
Клиническая характеристика внепеченочной и сопутствующей патологии при хроническом вирусном гепатите В, С, D у детей <i>Оморбекова Ч.Т.</i> Clinical characteristics and associated extrahepatic disease in chronic viral hepatitis B, C, D in children <i>Omorbekova Ch.T.</i>	37-39
Комплексная терапия хронического гепатита в у детей юга Кыргызстана <i>Оморбекова Ч.Т.</i> Complex therapy of children affected by chronic hepatitis b in south of Kyrgyzstan <i>Omorbekova Ch. T.</i>	39-42
Структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана <i>Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Жантураева Б.</i> Structure of cardiovascular disease in children living in an environmentally heterogeneous regions of southern Kyrgyzstan <i>Saatova G.M., Furtikova A.B., Zhanturaeva B.</i>	42-46
Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости детей, проживающих в г. Майлуу-Суу Джалалабадской области <i>Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Жантураева Б., Маймерова Г., Садыков У.А., Турдалиев М., Омушева С., Толева Г., Костинова З.Ш., Кенжибаев С.К.</i> Clinical features of disease epidemiology of children living in the city Mailuu-Suu of Jalalabad region <i>Saatova G.M., Furtikova A.B., Zhanturaeva B., Maymerova G, Sadykov W.A, Turdaliev M., Omusheva S., Tolekova G., Kosticova Z.Sh., Kenzhibaev S.K.</i>	46-53
Влияние загрязнения плаценты пестицидами на внутриутробные состояния плода и осложнения, наблюдаемые у новорожденных в первые 6 суток в условиях Ошской области Кыргызской Республики <i>Тойчуев Р.М.</i> The effect of pesticide-polluted placenta on intrauterine fetus state and complications observed in newborns during the first 6 days of life under the conditions of Osh province of the Kyrgyz Republic <i>Toichuev R.M.</i>	53-55
Хронические гепатиты у детей, проживающих в Ошской области <i>Тойчуев Р.М., Николаева Л.И., Лейбман Е.А., Рахимова Г.М., Оморбекова Ч.Т., Жумабек кызы Б.</i> Chronic hepatitis in children living in Osh province	55-58

Toichuev P.M., Nikolaeva L.I., Leibman E.A., Rakhimova G.M., Omorbekova Ch. T., Zhumabek kyzy B.

Последствия перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга, диагностика и принципы восстановительного лечения 58-61

Торогелдиева А. Т., Абдубалиева Ж.Ю.

Consequences of perinatal hypoxia-ischemia brain affectations, diagnostics and principles of recuperative therapy

Torogeldieva A.T., Abdubalieva J.U.

Опыт лечения гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей до 1 года, препаратами Актовегин и Цераксон 61-63

Торогелдиева А.Т., Хашимова Х.Н.

Experience of treatment of hypoxic-ischemic encephalopathy in children under 12 months with medications Aktovegin and Ceraxone

Torogeldieva A.T., Hashimova H.N.

Иммунологические особенности жда у детей раннего возраста в хлопкосоющих регионах Кыргызстана 63-65

Турдубаев К.Т., Кудаяров Д.К. Турдубаева Э.К.

Immunity particularities of iron deficiency anemia at children early age in cottongrow region of Kyrgyzstan

Turdubaev K.T., Kudayarov D.K., Turdubaeva E.K.

Основные показатели неонатальной службы родильного стационара Ошской межобластной клинической больницы за 2002-2012 годы 65-67

Шерматова У. Б., Кенжебаева Г. К.

The main indicators of neonatal service of the maternity hospital of the Osh interregional clinical hospital for 2002-2012 years

Shermatova U. B., Kenzhebayeva G. K.

Частота, структура врожденных пороков развития у новорожденных детей родильного стационара Ошской межобластной клинической больницы за период 2010-2012 гг. 67-69

Шерматова У.Б., Кенжебаева Г.К.

Frequency, structure of congenital developmental anomalies at newborn children of the maternity hospital of the Osh interregional clinical hospital for the period 2010-2012

Shermatova U.B., Kenzhebayeva G.K.

Анализ перинатальных показателей отделения новорожденных Клинического родильного дома НЦОМИД за 2010-2012 гг. 69-74

Эшалиева А.С., Джайлобаева А.А., Исраилова А.С., Ормонбекова Н.

Analysis of perinatal outcomes of neonatal department at Clinical maternity hospital of NCMCHC for 2010-2012 years

Eshalieva A.S., Dzhaylobaeva A.A., Israilova A.S., Ormonbekova N.

Детская хирургия

Pediatric Surgery

Способ применения Тахокомба в оториноларингологической практике 75-76

Абдишаликов Ж.А., Анарбаев А.А., Одуров Н.К., Монокбаев Э.К.

Method of application Tachocomb in ent practice

Abdihalikov J.A., Anarbaev A.A., Odurov N.K., Monokbaev E.K.

Актуальность применения контрастного усиления в МРТ диагностике туберкулезного поражения головного мозга 76-79

Абдурахманов Б.О., Азимбаев К.А., Исмаилов К.А.

The applicability of contrast enhancement on MRI diagnosis of tuberculous lesion of the

brain

Abdurakhmanov B.O., Azimbaev K.A., Ismailov K.A.

Защитный эффект противосолнечной крем-пасты на основе мелкодисперсных глин Кыргызстана 79-81

Абдурахманов Б.О., Белов Г.В., Калматов Р.К., Жолдубаева М.Ы.

Protective effect of the sun-protect layer of the paste on the basis of fine clays of Kyrgyzstan

Abdurakhmanov B.O., Belov G.V., Kalmatov R.K., Dzholdubaeva M.Y.

Хирургическое лечение врожденной косолапости у детей 82-83

Абдыкадыров А. А.

Surgical treatment of congenital clubfoot in children

Abdykadyrov A.A.

Диагностика и лечение обструктивного уретерогидронефроза у детей 83-85

Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М.

Diagnosis and treatments of obstructive ureterohydronephrosis in children

Akilov Kh.A., Beknazarov J.B., Khakkulov E.B., Paiziev Kh.M.

Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике уретерогидронефроза в сочетании с инфравезикальной обструкцией у детей 85-88

Акилов Х.А., Хаккулов Э.Б.

Multispiral computed tomography in the diagnosis of ureterohydronephrosis associated with infravesical obstruction in children

Akilov Kh.A., Khakkulov E.B.

Опыт лечения переломов бедренной кости у детей младшего возраста в отделении травматологии и ортопедии ОМДКБ 88-89

Алиев С.А., Абдыкадыров А.А.

Experience of treatment femur fractures in young children in traumatology and orthopedics departments of OICH

Aliev S.A., Abdikadirov A.A.

Результаты оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей 89-90

Анарбаев А.А., Тешебаев К.Т., Айбашов К.А., Рыскулбеков М.Р.

Results of surgical treatment of hirschsprung's disease in children

Anarbaev A.A., Teshebaev K.T., Aybashov K.A., Ryskulbekov M.R.

Оперативное лечение врожденной кисты холедоха у детей 91-92

Анарбаев А.А., Айбашов К.А., Тешебаев К.Т., Рыскулбеков М.Р.

Surgical treatment of congenital choledochal cyst in children

Anarbaev A.A., Aybashev K.A., Teshebaev K.T., Ryskulbekov M.R.

Криотерапия гемангиом у детей 93-94

Анарбаев А.А., Анарбаев К.А., Айбашов К.А., Жолдошев У.Б., Рыскулбеков М.Р., Кадыров Ж.И.

Cryotherapy of hemangiomas in children

Anarbaev A.A., Anarbaev K.A., Aybashev K.A., Joldoshev U.B., Ryskulbekov M.R., Kadyrov J.I.

Объем хирургической помощи, оказываемый больным в отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы 95-97

Ешиев А.М.

The amount of surgical assistance provided to the patients in the department of maxillofacial surgery of Osh interstate united clinical hospital

Eshiev A.M.

Обоснование эффективности применения синего света с длиной волны 450 нм для местного лечения флегмон дна полости рта <i>Ешиев А.М., Зазилевский З., Абдуллаева С.А.</i> Rationale for the effectiveness of blue light with wavelength 450 nm for topical treatment of Phlegmon of the floor of the mouth <i>Eshiev A.M., Zazilevsky Z. Abdullaeva S.A.</i>	97-100
Комплексное лечение и реабилитация детей с врождёнными расщелинами верхней губы и неба <i>Ешиев А.М., Латипов А.Л., Давыдова А.К.</i> Comprehensive treatment and rehabilitation of children with cleft lip and palate <i>Eshiev A.M., Latipov A.L., Davidova A.K.</i>	100-102
Инородные тела трахеи и бронхов у детей: клинико-рентгенологические особенности, бронхолегочные осложнения <i>Жумабаев А.Ж., Монокбаев Э.К., Кочкорбай уулу С., Камиров А.Ж.</i> Foreign bodies of the trachea and bronchi in children clinical and radiological features, broncho-pulmonary complications <i>Zhumabaev A.Zh., Monokbaev E.K., Kochkorbay uulu S., Camilov A.Zh.</i>	102-104
Вакуум-терапия и показатели иммунитета при гнойно-воспалительных заболеваниях у детей <i>Камчыбеков У.С., Маматов А.М.</i> Vacuum-therapy and index of immunity with pyoinflammatory children's illnesses <i>Kamchybekov U.S., Mamatov A.M.</i>	105-107
Эндогенный электрофорез с актовегином в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости у детей <i>Кутбаев С.К., Абдиаликов Ж.А., Калматаева Т.М.</i> Endogenous electrophoresis with actovegin in complex treatment of sensorineural hearing loss in children <i>Kutbaev S.K., Abdihalikov Zh.A., Kalmataeva T.M.</i>	107-108
Лечение острого гематогенного остеомиелита у новорожденных <i>Маматов А.М., Айбашов К.А., Камчыбеков У.С.</i> Treatment of acute osteomyelitis in infants <i>Mamatov A.M., Aibashov K.A., Kamchybekov U.S.</i>	109-110
Лечение легочных осложнений при остром гематогенном остеомиелите у детей <i>Маматов А.М.</i> Treatment of pulmonary complications of acute hemagenic osteomyelitis at children <i>Mamatov A.M.</i>	111-113
Информативные показатели свертывания крови в профилактике и лечении ДВС-синдрома при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей <i>Монокбаев Э.К.</i> Informative parameters in the prevention of blood clotting and treatment of DIC in severe forms of purulent surgical infection in children <i>Monokbaev E.K.</i>	114-117
Систематизированная методика диагностики диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при тяжелых формах гнойной хирургической инфекции у детей <i>Монокбаев Э.К., Саатова Г.М.</i> The systematic method of diagnosis of disseminated intravascular coagulation in severe forms purulent surgical infection in children	117-120

Monokbaev E.K., Saatova G.M.

Ретроспективное изучение причин развития осложнений при открытых переломах нижней челюсти 121-124

Мырзашева Н.М.

Retrospective study of complications on the mandible open fractures

Mirsasheva N.M.

Частота и структура врожденных пороков органов зрения у детей 124-125

Нурыева З.А., Осмонова О.М.

Children's rate and structure of congenital defects of organs of vision

Nuryeva Z.A., Osmonova O.M.

Место селективных б-адреноблокаторов в лечении врожденных гемангиом у детей 126-127

Омурзаков Б.А., Узакбаев К.А.

Place of selective of β -blockers in the treatment of congenital hemangiomas in children

Omurzakov B.A., Uzakbaev K.A.

Изучение причин развития артрита височно-нижнечелюстного сустава 127-130

Эгемкулов Т.А., Ешиев А.М.

Study of the causes of temporomandibular joint arthritis

Egemkulov T.A., Eshiev A.M.

Организация здравоохранения

Health organization

Вызовы времени и новая парадигма развития общества и здравоохранения 131-133

Комаров Г.А.

Current challenges and a novel paradigm of society's development and healthcare

Komarov G.A.

Инновационные технологии подготовки и усовершенствования врачей-экспертов в сфере обязательного медицинского страхования 134-136

Комаров С.Г., Архангельская Е.Ф., Комаров Г.А.

Modern electronic remote technologies preparations & improvements of the doctors-experts in sphere of obligatory medical insurance

Komarov S.G., Arhangelskaya E.F., Komarov G.A.

Опыт локализации и предупреждения внутрибольничной вспышки ВИЧ-инфекции в Ошской области в 2007-2009 гг. 136-139

Мамаев Т.М., Нарматова Э.Б.

Experience of localization and prevention of nosocomial outbreak of HIV infection in the Osh region in 2007-2009

Matayev T.M., Narmatova E.B.

Оценка интенсивности эпидемического процесса вич-инфекции среди женщин юга Кыргызстана 139-143

Мамаев Т.М., Нарматова Э.Б., Шарипова М.А.

Assessment of intensity of epidemic process of hiv infection among women of the south of Kyrgyzstan

Matayev T.M., Narmatova E.B., Sharipova M.A.

Состояние медицинских услуг вич-инфицированным матерям и их детям 143-143

Мамырбаева Т.Т., Миристемова Г.А., Исмаилова А.Д., Султанова А.Б.

State health care hiv-infected mothers and their children

Mamyrbaeva T.T., Miristemova G.A., Ismailova A.D., Sultanov A.B.

Здоровье матери и ребенка. 2013. Том 5. Приложение 1.
Формат 64х90. Печать офсетная. Объем 10 п. л.
Тираж 300 экз.
Отпечатано в типографии ОсОО «Папирус».