



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2014. Том 6. № 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., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

**ЗАДЕРЖКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА**
**Алымбаев Э.Ш., Терехова О.И., Кушубекова Н.Н., Исакова Ф.Б.,
Джунушалиева Н.К.**

**DELAY OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN AND
TEENAGERS ON DATA BY HOSPITAL**
**Alymbaev E.Sh., Terekhova O.I., Kushubekova N.N., Isakova F.B.,
Djunushalieva N.N.**

*Национальный центр охраны материнства и детства,
Кафедра факультетской педиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Изучены 223 истории болезни, 177 детей и подростков с задержкой физического развития, прошедших стационарное лечение в отделении эндокринологии НЦОМиД за 2011-2013 гг. У 71% детей и подростков выявлены эндокринно-независимые варианты задержки роста (ЗР). Эндокринно-зависимые варианты ЗР чаще встречались у мальчиков (69%), чем у девочек (31%). Обращаемость по поводу ЗР преобладала в Чуйской области и составила 47%. Чаще всего ЗР диагностировались в возрасте 12-18 лет. Показана актуальность разработки инструментов дифференциальной диагностики эндокриннозависимых и эндокриннонезависимых вариантов ЗР для практического здравоохранения.

Ключевые слова: задержка роста, дети и подростки, возраст, пол, область.

Resume: has studied 223 medical histories of 177 children and adolescents with failure to thrive, who were hospitalized in the Endocrinology Department of NCMChW for 2011-2013. 71 % of children and adolescents had non-endocrine-dependent variants of stunting. Endocrine-dependent variants of stunting identified more frequently in boys (69%) than girls (31%). Negotiability about stunting prevailed in Chui oblast and was 47%. Most often, the stunting was recorded at the age of 12-18 years. There is necessary to develop differential diagnostic tools of endocrine-dependent and non-endocrine-dependent variants of stunting for public health service workers as early as possible.

Keywords: stunting, children and adolescents, age, gender, region.

Актуальность. Рост является одним из наиболее чувствительных показателей, характеризующих физическое развитие здоровья ребенка. Задержка роста (ЗР) у детей - состояние гетерогенное, для его понимания необходимы многосторонний подход и знание процессов, обусловливающих причину данной группы заболеваний [1]. Задержка роста у детей в 92 % случаев не связана с эндокринной патологией, но наиболее тяжелые нарушения процессов роста наблюдаются при патологии желез внутренней секреции [4]. Независимо от варианта задержки роста психика ребенка, его самооценка и последующая социальная адаптация существенно страдают [5]. Поскольку большинство выявляемых форм задержки роста корректируются адекватной терапией, важна их своевременная диагностика и лечение. Отставание в росте может быть единственным симптомом довольно широкого круга заболеваний [3].

Эндокринно-зависимые варианты задержки роста представлены:

• **Психосоциальный нанизм** - может иметь место у детей из неблагополучных семей, у детей-сирот, живущих в детских домах. У данной группы детей развивается выраженная задержка роста, отставание "костного" возраста, психического развития, которые протекают на фоне дефицита гормона роста (ГР) [3].

• Наиболее тяжелые нарушения процессов роста наблюдаются при патологии эндокринной системы, в первую очередь - при *гипофизарном нанизме*. Причины дефицита ГР разнообразны: повреждения гипоталамических или гипофизарных структур; нарушение периферической чувствительности к действию гормона в результате патологии рецепторного аппарата; синтез биологически неактивного ГР [2].

Значительно чаще задержка роста обусловлена *эндокринно-независимым вариантом*, при котором признаки нарушения функции эндокринных желез отсутствуют, т.е. у большинства детей задержка роста обусловлена неэндокринными факторами. Неэндокринные варианты низкорослости составляют 80-90% от числа всех детей с ЗР. Около 70% детей, обращающихся к педиатру-эндокринологу по поводу отставания в росте, составляют дети, перенесшие в анамнезе тяжелые соматические заболевания [3]. Пубертатный "скачок" у этих детей наступает в более поздние сроки, и конечный результат может быть ниже ожидаемого.

К *эндокринно-независимым вариантам* задержки роста относятся:

• *Соматогенная задержка роста* в результате тяжелых соматических заболеваний, при которых возникают состояния длительной гипоксии (врожденные пороки сердца, анемия, заболевания легких), нарушения всасывания (целиакия, муковисцидоз), тяжелые метаболические нарушения (хронические заболевания печени и почек), а также патология костной системы (хондродистрофия, гарголизм и др. врожденные синдромы). При данных вариантах ЗР признаки первичного нарушения функции эндокринных желез отсутствуют, "костный" возраст, как правило, соответствует хронологическому [2,3].

• *Синдром позднего пубертата* характеризуется особенностями роста и развития наследственного характера. Низкие показатели темпов роста отмечаются в первые годы жизни, следовательно, наиболее выраженная задержка роста наблюдается у детей в возрасте 3-4 лет. С 4-5 лет темпы роста восстанавливаются (5-6 см в год), однако, имея исходно низкий рост, дети остаются в школьном возрасте низкорослыми. "Костный" возраст в среднем отстает от хронологического на 2 года, чем объясняется позднее вступление в пубертат и отставание пубертатного скачка в росте на 2-4 года. В данном случае ЗР следует признать благоприятным фактором, т.к. позволяет пациентам с подобными особенностями конституционального развития иметь нормальный рост в возрасте старше 18 лет [3].

• *Семейная низкорослость*. Среди родственников детей с подобным вариантом задержки роста всегда имеются низкорослые. Темпы роста после 3-4 лет составляют 2-4 см в год, хотя такие дети при рождении имеют нормальные показатели роста и массы тела. Их отличает то, что "костный" возраст обычно соответствует хронологическому, и они вступают в пубертат в нормальные сроки [2,3].

Цель исследования: изучение структуры задержки физического развития (ЗФР) у детей и подростков, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМиД в 2011 – 2013 гг.

Материалы и методы исследования: изучены 223 истории болезни, 177 детей и подростков за 2011-2013 гг. с ЗФР, прошедших стационарное лечение в отделении эндокринологии НЦОМиД. Верификация диагноза проводилась в стационаре в соответствии со стандартами обследования детей с задержкой физического развития и включала: клиническое обследование пациента; сбор и оценку жалоб, изучение анамнеза; антропометрические исследования с оценкой физического развития с помощью перцентильных таблиц [6]. Всем детям с задержкой роста проводилась рентгенография кисти и запястья левой руки для определения костного возраста и рентгенограмма черепа (турецкого седла). Лабораторное обследование включало общеклиническое, биохимическое, гормональное исследования крови. Для выявления соматических заболеваний по показаниям проводились консультации узких специалистов и дополнительные методы обследования. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ MS Office 2007.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы 223 истории болезни, в том числе 177 детей и подростков с задержкой физического развития, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМиД.

Таблица - Структура заболеваемости по нозологиям за 2011-13гг.

Год	2011	2012	2013
Задержка физического развития	26%	29%	30%
Сахарный диабет	34%	34%	36%
Патология щитовидной железы	5%	5%	5%
Несахарный диабет	7%	7%	6%
Гипоталамический синдром	18%	15%	12%
Патология надпочечников	2%	2%	2%
Прочая эндокринная патология	8%	8%	9%

Как видно из таблицы, частота задержки физического развития в 2013 году по сравнению с 2011г. увеличилась на 4% и составила треть от всей патологии, зарегистрированной в отделении эндокринологии НЦОМиД. Это свидетельствует о проблеме низкорослости для детского населения Кыргызстана.

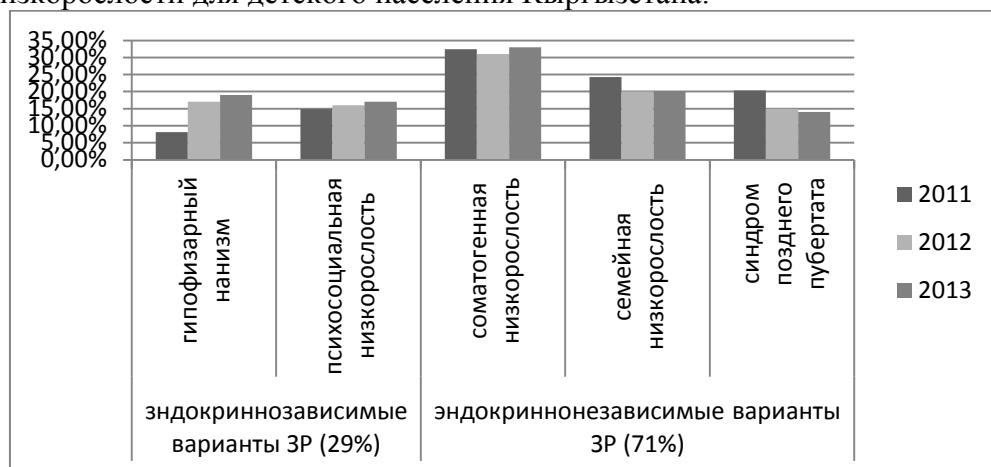


Рис. 1. Структура ЗФР по клиническим вариантам.

В структуре ЗФР эндокринно-зависимые варианты ЗР составили 29% (51 ребенок), тогда как у 2/3 (71%) детей выявлены эндокринно-независимые варианты, которые представлены соматогенной низкорослостью, семейной низкорослостью и синдромом позднего пубертата. В ходе исследования выявлена тенденция к увеличению частоты эндокринно-независимых вариантов ЗР (рис. 1).

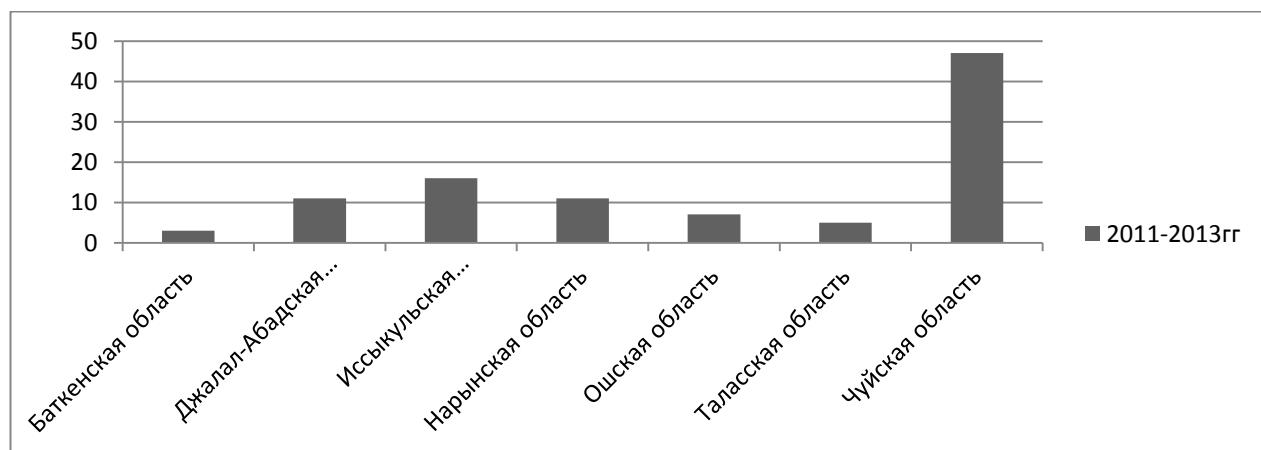


Рис. 2. Распределение ЗР по областям КР.

Почти половина детей с ЗР (47%) поступили из Чуйской области, 16% и 11% соответственно - из Иссык-Кульской и Джалал-Абадской областей, меньший процент пациентов отмечался из Баткенской (3%) и Таласской (5%) областей (рис. 2). Вероятно, это связано с внутренней миграцией в Чуйскую область и возможностью обращения в специализированное отделение.

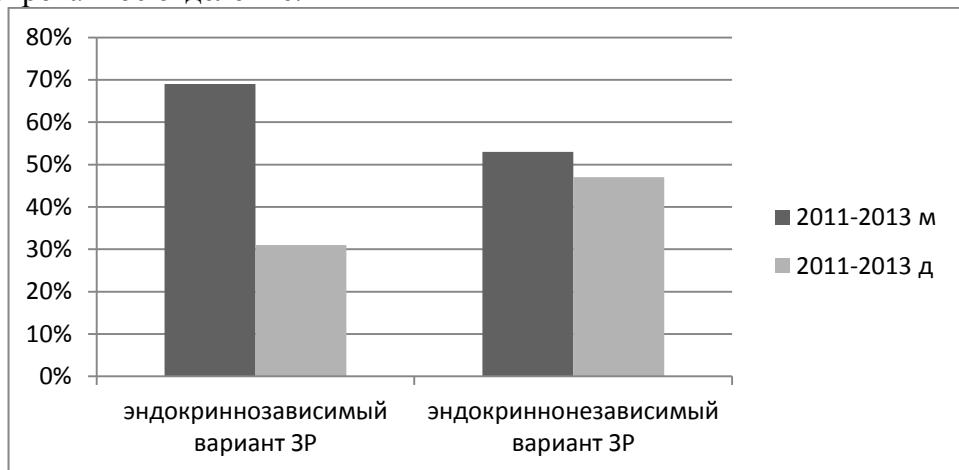


Рис. 3. Распределение по полу в зависимости от варианта ЗР.

По половой принадлежности ЗР (рис. 3) эндокринно-зависимый вариант преобладал у мальчиков (69%). Тогда как при эндокринно-независимых вариантах отмечается практически одинаковое распределение мальчиков и девочек, соответственно 53% и 47%.

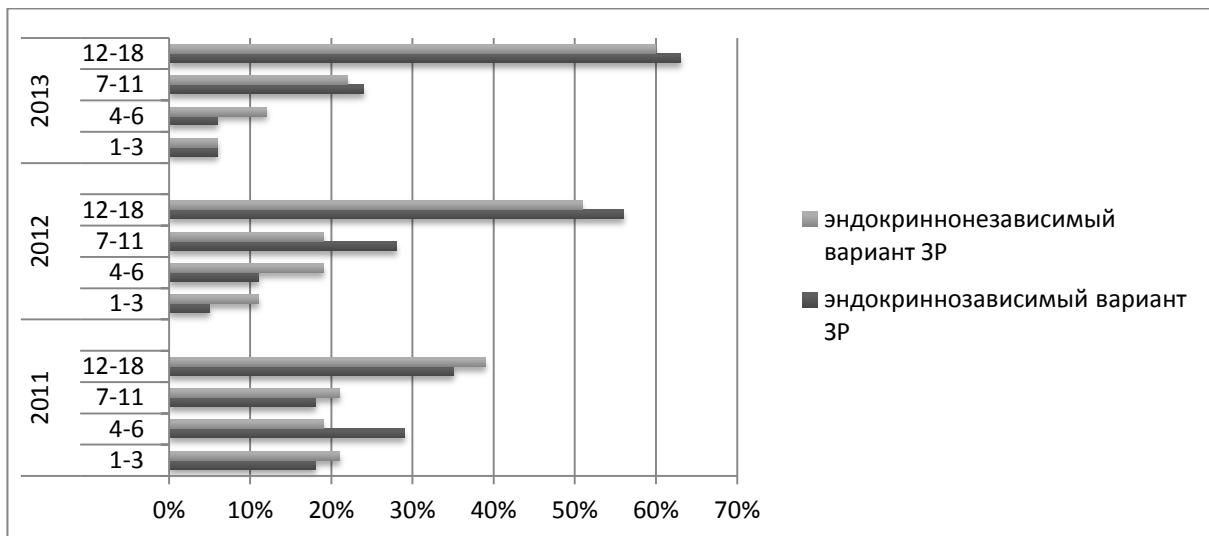


Рис.4. Распределение по возрасту в зависимости от варианта ЗР.

Каждый второй случай ЗР регистрировался в возрастной категории 12-18 лет. Возможно, это связано с тем, что родители и сами дети замечают явное отставание в росте от сверстников чаще всего в период пубертата. Наименьший процент ЗР регистрировался в возрастной группе 1-3 года и только тогда, когда отставание в росте было явным. На наш взгляд, позднее выявление низкорослости врачами в допубертатном периоде (рис. 4) связано с отсутствием инструментов четкой диагностики эндокриннозависимых и эндокриннонезависимых вариантов.

Выводы: 71% детей и подростков, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМиДа за 2011-2013 гг., имели эндокринно-независимые варианты задержки роста.

Эндокринно-зависимые варианты ЗР выявлены чаще у мальчиков (69%), чем у девочек (31%).

Обращаемость по поводу ЗР преобладала в Чуйской области и составила 47%.

Чаще всего ЗР регистрировалась в возрасте 12-18 лет.

Для практического здравоохранения необходимо разработать инструменты дифференциальной диагностики эндокриннозависимых и эндокриннонезависимых вариантов ЗР как можно раньше.

Литература:

1. Вельтищев Ю.Е. *Рост ребенка: закономерности, нормальные вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция.* - Москва, 2000.

2. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Петеркова В.А. *Соматотропная недостаточность.* - М.: ИндексПринт, 1998.

3. Касаткина Э.П. *Актуальные проблемы низкорослости у детей и подростков: классификация, особенности клинической терапии вариантов заболевания // Проблемы эндокринологии.* - 1993. - № 5. - С. 90-93.

4. Печерица О.Г. *Распространенность низкорослости и СТГ-дефицита у детей и подростков в Республике Татарстан. Оценка эффективности терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.* - ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Росздрава, 2009.

5. Семичева Т.В. *Гипоталамо-гипофизарные нарушения в патологии пубертатного периода. Заместительная терапия гипоталамо-гипофизарной недостаточности.* М., 2001.

6. WHO *Child Growth Standards (2007)* http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/#.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Атамбаева Р.М., Сокубашева Б.К.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF MODERN TEENAGE GIRLS OF VARIOUS ETHNIC GROUPS

Atambaeva R.M., Sokubasheva B.K.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В статье представлены результаты соматометрических исследований уровня физического развития девушек-подростков 15-18 лет, представительниц различных этнических групп. Были выделены азиатская и славянская этнические группы девушек, проживающих в г. Бишкек. Выявлены существенные достоверные различия при сравнении показателей физического развития: девушки-славянки по росту и массе тела опережают девушек-азиаток. Приведенные данные подтверждают процессы децелерации физического развития у подростков.

Ключевые слова: девушки-подростки, азиатская и славянская этнические группы, физическое развитие; акселерация, децелерация.

Resume: The article presents the results of the study level physical development of adolescent girls 15-18 years old, girls of an asian and slavic ethnic groups, living in Bishkek. Essential reliable distinctions and revealed when comparing indicators physical development: slavic-girls on growth and body weight considerably advance asian-girls.

Key words: adolescent girls; asian and slavic ethnic groups; physical development; acceleration; deceleration.

Актуальность. Одним из основных показателей состояния здоровья подрастающего поколения является физическое развитие, уровень развития которого зависит от факторов внешней среды. Кроме того, выделяют питание и витаминная обеспеченность, двигательный режим и эмоциональные нагрузки, острые и хронические заболевания, влияние климатогеографических условий могут, как ускорять, так и замедлять процессы развития подростков [2].

Поскольку физическое развитие подвержено колебаниям также в зависимости от социальных, экологических, этнических и др. факторов, поэтому нормативы физического развития требуют регулярного обновления каждые 5-10 лет [4, 9].

Не встречалось работ, посвященных изучению особенностей физического развития различных этнических групп современных девушек-подростков г. Бишкека.

Целью нашего исследования стало сравнительное изучение соматометрических показателей физического развития девушек-подростков 15-18 лет г. Бишкека двух этнических групп – азиатской и славянской.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование у 964 девушек-подростков в возрасте 15-18 лет, не имеющих серьезных отклонений в состоянии здоровья, представительниц различных этнических групп. Были выделены азиатская и славянская этническая группы девушек-учащихся различных общеобразовательных учреждений г. Бишкека. Для изучения особенностей физического развития у девушек использовались антропометрические показатели длины и массы тела.

Для анализа данных применялся критерий Стьюдента. Основные результаты исследований, представлены в виде $M \pm m$, достоверным считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Исследование показало, что национальный состав девушек-подростков был относительно однороден и был представлен в основном девушками-киргызами. Распределение в зависимости от этнической принадлежности было таковым: 69,3% составили кыргызы; 17,0% - русские; 2,2% - казашки; 2,1% - узбечки; 2,0% - дунганки, по 1,7% - уйгурки и татарки и 5,5% - другие национальности (украинки, белорусски, литовки, кореянки и др.).

При сравнении показателей физического развития девушек в зависимости от этнической принадлежности, выявлено, что девушки славянской этнической группы выше азиаток. Существенные различия также получены по средним значениям массы тела, показатели которой в славянской группе были также выше, чем у азиаток (табл. 1).

Таблица 1.
Оценка различий в показателях физического развития девушек-подростков различных этнических групп.

Признак	Возраст (лет)	Девушки-азиатки	Девушки-славянки	Критерий достоверности	P
		$M \pm m$	$M \pm m$		
Длина тела, см	15	160,39±0,48	164,07±0,58	5,04	P<0,001
	16	160,66±0,62	165,18±0,62	5,25	P<0,001
	17	161,03±0,58	166,31±0,63	6,13	P<0,001
	18	161,62±0,46	166,71±0,63	6,61	P<0,001
Масса тела, кг	15	51,79±0,58	54,20±0,60	2,86	P<0,01
	16	52,49±0,67	57,07±0,63	5,03	P<0,001
	17	53,85±0,76	57,47±0,82	3,26	P<0,01
	18	54,03±0,52	58,28±0,67	5,05	P<0,001

В результате было определено, что в исследуемых соматометрических показателях длины и массы тела девушек-азиаток и девушек-славянок имеются достоверные различия, что свидетельствует об этнических различиях в показателях физического развития, несмотря на однотипный образ жизни, и стереотипов поведения.

Полученные результаты исследования совпадают с данными исследований Рыбалко Н.М. (2009) [6] при сравнительной оценке физического развития у девушек-подростков тюркской и славянской этнических групп. Выявлено, что девушки-славянки также по росту и массе тела значительно опережают своих сверстниц – девушек тюркской этнической группы.

Таким образом, при проведении исследований физического развития детей и подростков с использованием оценочных таблиц необходимо учитывать национальность.

Интересными, на наш взгляд, представляются результаты Калканбаевой Ч. (2003) [3] при сравнительном статистическом анализе показателей физического развития девушек кыргызской национальности г. Бишкека в динамике десяти лет: 2003-2013гг. (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительный анализ изменений в показателях длины и массы тела девушек в динамике десяти лет (2003-2013гг.).

Признак	Возраст (лет)	2003г.	2013г.	Т	Р
		$M \pm m$	$M \pm m$		
Длина тела, см	15	158,4±1,03	160,39±0,48	1,76	$P>0,05$
	16	163,2±1,01	160,66±0,62	2,17	$P<0,05$
	17	164,8±1,02	161,03±0,58	3,22	$P<0,01$
Масса тела, кг	15	46,3±1,04	51,79±0,58	4,65	$P<0,001$
	16	53,2±1,04	52,49±0,67	0,60	$P>0,05$
	17	53,9±1,10	53,85±0,76	0,04	$P>0,05$

Как видно из таблицы, в динамике десяти лет в показателях длины тела девушек-киргызов 15-17 лет определяется как увеличение (у 15 летних), так и достоверное снижение у 16- и 17-летних девушек. А в показателях массы тела девушек - достоверное увеличение у 15-летних, и снижение у 16-17 летних девушек, т.е. наблюдается сложное изменение, которое нельзя отнести к акселерации, а скорее к децелерации развития.

Процессы акселерации физического развития у подростков, наиболее ярко наблюдавшиеся в середине XX века не только в СССР, но и в большинстве стран Европы и США, к концу 80-х – началу 90-х годов прошлого века сменились на процессы и явления, когда происходит увеличение «вертикальных» параметров и уменьшение «горизонтальных» объемных размеров. Такие изменения называли «грацилизация телосложения», и оно особенно четко проявлялось у 15-17 летних девушек-подростков [5, 7].

Полученные нами данные подтверждаются также исследованиями Абдылдаевой А. (2009) [1] изучавшей показатели физического развития девушек-киргызов 15 и 16 - летнего возраста г. Бишкек. При сравнительном статистическом анализе показателей в динамике за период 2002-2013 гг. выявляется достоверное снижение в показателях длины и массы тела у современных девушек-подростков, что подтверждает также процесс децелерации физического развития.

Подобные процессы децелерации роста и развития у детей и подростков отмечают за последнее десятилетие и другие исследователи в различных регионах Российской Федерации [2].

Выводы. Данные проведенного нами исследования по изучению физического развития девушек-подростков различных этнических групп (азиатской, славянской) подтверждают результаты исследований отечественных и зарубежных авторов о необходимости учитывать также национальность детей и подростков.

В регионах, населенных различными этническими группами должны использоваться стандарты, разработанные на основе обследования представителей соответствующих этнических групп, помимо возраста и пола ребенка или подростка.

Данные настоящего исследования вошли в методические рекомендации «Стандарты физического развития школьников 7-18 лет г. Бишкека» [8].

При таком подходе с использованием оценочных таблиц становится возможным анализ показателей роста и развития каждого конкретного ребенка, а при суммировании данных – оценка физического развития отдельных школьных коллективов, выделяя из их числа детей с отклонениями для выявления путей оздоровления.

Литература:

- 1.Абдылдаева А.А. Влияние средовых факторов на физическое развитие детей Кыргызстана: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Бишкек, 2009. - 22с.
- 2.Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. // М.: НЦЗД РАМН, 2008, - 216с.
- 3.Калканбаева Ч. Особенности становления и реализации репродуктивной функции у женщин с эндемичным зобом: Автореф. дис....д.м.н. – Бишкек. – 2003. – 42с.
- 4.Кучма В.Р. Оценка физического развития детей и подростков в гигиенической диагностике системы «Здравоохранение – среда обитания». - М., 2003.-316 с.
- 5.Мингазова Э.Н. Репродуктивный потенциал девушек – подростков г. Казани // Казанский медицинский журнал. 2005. Т. 86, №4.- С. 302-305.
- 6.Рыбалко Н.М. Сравнительный анализ физического развития и становления менструальной функции у девушек различных этнических групп // Вестник ОГУ,. - 2009, №6-С. 503-505.
- 7.Сухарева Л.М., Рапонорт И.К. Заболеваемость подростков – школьников и проблемы профессионального выбора // Материалы конференции “Современный подросток”.- М. 2001.- С. 56-60.
- 8.Стандарты физического развития. Школьников 7-18 лет г. Бишкека // Методические рекомендации.- 2014.- 22 с.
- 9.Ямпольская Ю.А. Грациализация и внутригрупповое распределение типов конституции московских подростков во II половине XX века // Педиатрия – 2007. – Том 86, № 2. – С. 34-38.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Атамбаева Р.М.

THE MAIN INDICATORS OF INCIDENCE OF THE CHILDREN'S AND TEENAGERS POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Atambaeva R.M.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. Проанализированы основные показатели заболеваемости детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет) за период 2007-2011 гг.: первичная заболеваемость, распространенность болезней, первичная инвалидность. Представлена структура заболеваемости у детей и подростков. Ведущее место в структуре первичной инвалидности принадлежит болезням нервной системы и врожденным аномалиям (пороки развития).

Ключевые слова: дети, подростки, первичная заболеваемость, распространенность болезней, инвалидность.

Resume. Analyzed were the main indicators of incidence of the children's (0-14 years) and teenage population (15-17 years) during the 2007-2011 y – primary morbidity, prevalence level of disease, primary disability. The incidence structure at children and teenagers is presented. The leading places in the structure of primarydisability hold the diseases of the nervous system and congenitalanomalies (developmental anomalies).

Key words: children and teenagers, primary morbidity, prevalence level of diseases, disability.

Актуальность. Состояние здоровья особого контингента населения – детей и подростков, принято считать не только барометром социального благополучия и медицинского обеспечения в настоящий период, но и предвестником изменений в состоянии здоровья населения в последующие годы [1, 2, 5].

Среди детского и подросткового населения, составляющего в настоящее время 36,6% населения нашей страны [6] зарегистрированы наиболее высокие темпы ухудшения основных показателей состояния здоровья, о чем было отмечено также в материалах 13 Конгресса педиатров Тюркского мира и стран Евразии (2013 г., Кыргызстан) [7]. Сформировались серьезные демографические проблемы в стране – отмечено снижение численности детей и подростков, в т.ч. девочек в возрасте 10-14 лет и девушек 15-19 лет, а также уменьшение их доли в общей структуре населения страны. За пятилетний период (2007-2011 гг.) доля девушек-подростков 10-19 лет от общей численности населения снизилась с 21,5% до 18% (на 40,8 тыс. чел.).

Целью данной работы явилось изучение основных показателей заболеваемости детского и подросткового населения Кыргызской Республики (КР) за период с 2007 по 2011 гг.

Материалы и методы исследования. По материалам официальных статистических данных Министерства Здравоохранения КР за 5-летний период (2007-2011 гг.) были изучены основные показатели состояния здоровья как первичная заболеваемость, распространенность, первичная инвалидность детей и подростков [4]. Данные исследований обрабатывались по программам AnalysisTool-Pack-VBA, EXCEL-5,0.

Результаты и обсуждения. За пятилетний период (2007-2011 гг.) первичная заболеваемость среди детского населения (0-14 лет) увеличилась на 11,0% (с 306 случаев в 2007 г. до 339 на 1000 детского возраста), а распространённость болезней за этот же период выросла на 3,1% (с 413 в 2007 г. до 425 случаев на 1000 детского возраста) в 2011 г. У подростков 15-17 лет количество случаев первичной заболеваемости и распространенности болезней выросло незначительно. Тем не менее, показатели первичной заболеваемости среди различных групп населения за период 2007-2011 гг. остаются, по-прежнему, самыми высокими у подростков в возрастной группе 15-17 лет (рис. 1).

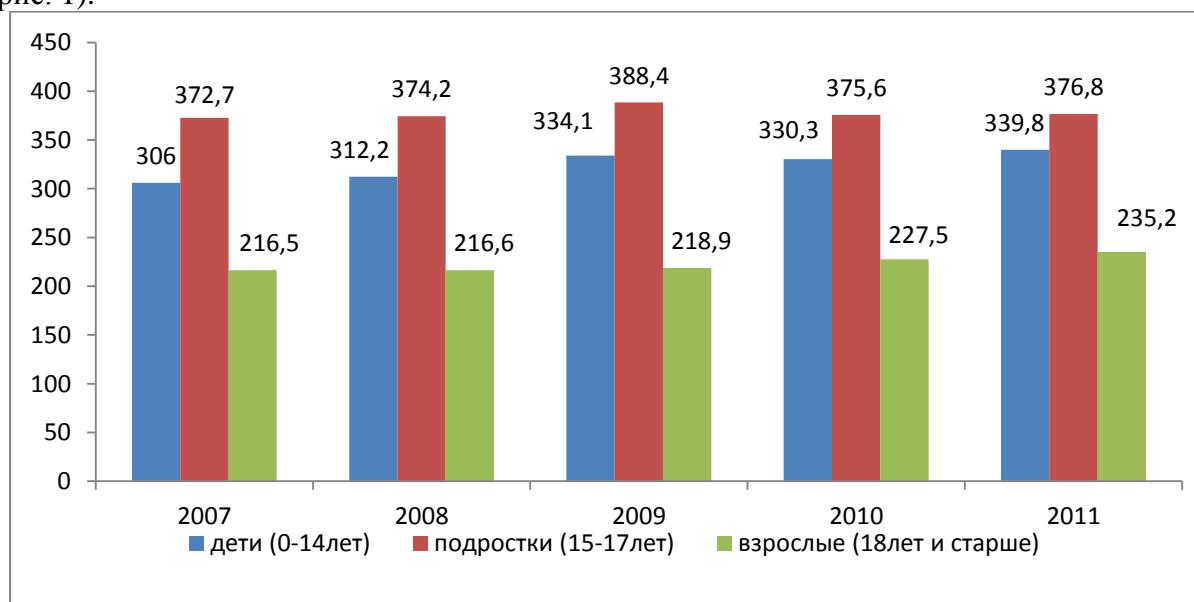


Рис. 1. Количество случаев первичной заболеваемости основных возрастных групп населения КР (на 1000 человек соответствующего возраста).

В структуре заболеваемости детей до 14 лет в 2011 г. основное место занимали болезни органов дыхания (44,8%), инфекционные и паразитарные заболевания (11,2%), болезни органов пищеварения (8,3%), заболевания крови и кроветворных органов (7,7%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,1%).

В структуре заболеваемости подростков 15-17 лет болезни органов дыхания, также как и у детей 0-14 лет, сохранили первенство (21,7%), затем следуют болезни мочеполовой системы (12%) и органов пищеварения (9,36%).

Заболевания органов дыхания, как было показано ранее, лидируют в структуре заболеваемости как детского, так и подросткового населения, причем распространенность их среди детей до 14 лет в 2011 г. составила 155,6 случаев на 1000 детей, а среди подростков 15-17 лет – 133,9% на 1000. Распространенность других заболеваний имеет возрастную зависимость: так среди детей до 14 лет в 2011 г. наибольшую распространенность после инфекционных и паразитарных болезней (41,9%) имеют болезни крови и кроветворных органов – 36,5%; заболевания органов пищеварения – 33,7%; болезни эндокринной системы – 26,8%. Среди подростков 15-17 лет – болезни органов пищеварения – 80,2%, заболевания уха и сосцевидного отростка – 46,6%; заболевания мочеполовой системы – 43,9%, болезни кожи подкожной клетчатки – 39,9%, заболевания нервной системы – 37,4%, болезни крови и кроветворных органов – 36,9%.

Следует отметить, что распространенность болезней мочеполовой и эндокринной систем у девушек 15-17 лет значительно выше и составляет 56,7% и 42,7% соответственно, по сравнению с показателями распространенности этих заболеваний в общей возрастной группе подростков 15-17 лет (43,9% и 33,2% соответственно).

За период с 2007 по 2011 гг. наблюдается рост заболеваемости у детей от 0 до 14 лет по многим группам болезней. Наибольший прирост показателей заболеваемости среди детей до 14 лет имеют заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 58,3%), болезни нервной системы (на 22,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 14,7%), болезни органов чувств - уха и сосцевидного отростка (на 14,1%), глаза и его придатков (на 12,5%), болезни мочеполовой системы (на 8,7%), врожденные аномалии (пороки развития) - (на 5,8%). У девочек до 14 лет отмечен больший прирост показателей заболеваемости вышеперечисленных нозологических форм (табл. 1).

Таблица 1.
Прирост показателя общей заболеваемости детей и подростков по классам болезней в КР, 2007-2011 гг. (%).

Классы болезней:	Дети (0-14 л)	Девочки (0-14 л)	Подростки (15-17 л)	Девушки (15-17 л)
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	10,2	4,4	-8,9	-3,5
Новообразования	0	6,9	-92,5	-108,6
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения иммунных механизмов.	-5,5	-4,4	-43,8	-43
Болезни эндокринной системы, расстройства питания	-69,2	-48,4	-90,9	-69,0
Психические расстройства и расстройства поведения	-26,6	-4	-31,1	-44,4
Болезни нервной системы	22,5	46,1	7,8	17,5
Болезни глаза и его придатков	12,5	17,6	10,1	20,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	14,1	14,2	36,7	24,2
Болезни органов кровообращения	-8,3	-28,5	20,7	-11,6
Болезни органов дыхания	8,7	9,0	1,5	0,71
Болезни органов пищеварения	-15,1	-21,8	19,1	20,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	14,7	19,6	0,5	4,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	58,3	88,6	18,0	20,0
Болезни мочеполовой системы	8,7	7,0	17,6	8,4
Врожденные аномалии (пороки развития)	5,8	45,4	25,0	22,0

Среди подростков 15-17 лет отмечен рост заболеваний по следующим классам болезней: заболевания уха и сосцевидного отростка (на 36,7%), врожденные аномалии (пороки развития) (на 25,0%), болезни органов кровообращения (на 20,7%), заболевания органов пищеварения (на 19,1%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 18,0%), болезни мочеполовой системы (на 17,6%), заболевания глаза и его придатков (10,1%).

У девушек подростков 15-17 лет показатели заболеваемости нервной системы, болезни глаза и его придатков, органов пищеварения значительно превышают показатели заболеваемости по этим нозологическим формам среди подростков 15-17 лет, прирост которых достигает до 17,5%, 20,6% и 20% соответственно.

Первичная инвалидность среди детей в возрасте 0-18 лет в 2011 г. составила 16,2 случаев на 10 тыс. населения (4326 детей), что на 31% выше по сравнению с 2007 г. (2747 детей, 12,3 случ. на 10 тыс. населения). За последний период (2001-2011 гг.) показатели первичной инвалидности у детей и подростков до 18 лет увеличились на 72% (с 9,4 до 16,2 на 10 тыс. населения). Показатели первичной инвалидности детского и взрослого населения КР за период с 2001 по 2011 гг. представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Показатели первичной инвалидности КР (на 10 тыс. среднегодового наличного населения)

Годы	Дети и подростков (0-18 лет)	Взрослые
2001	9,4	23,4
2002	11,3	25,2
2003	10,8	15,0
2004	15,6	21,1
2005	15,1	24,0
2006	14,2	22,8
2007	12,3	24,0
2008	12,9	24,5
2009	12,4	23,4
2010	13,2	25,0
2011	16,2	28,0

В структуре причин первичной инвалидности среди детей и подростков преобладают болезни нервной системы (30,8%), врожденные аномалии (пороки развития) – 20,5%, психические расстройства и расстройства поведения (12,4%), болезни глаза и его придатков (11,5%).

Выводы: Таким образом, сохраняются и нарастают негативные тенденции показателей здоровья детского населения в КР.

Наибольший прирост показателей заболеваемости за анализируемый 5-летний период у детей до 14 лет имеют заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни нервной системы, заболевания кожи и подкожной клетчатки, у подростков 15-17 лет – заболевания уха и сосцевидного отростка, болезни органов кровообращения и пищеварения. У девочек в возрасте до 14 лет и у девушек-подростков 15-17 лет отмечен больший прирост показателей заболеваемости вышеперечисленных нозологических форм, чем у юношей.

Подобная динамика в состоянии здоровья детского и подросткового населения свидетельствует о необходимости принятия действенных мер по укреплению и сохранению их здоровья. Снижение за последние годы численности детей и подростков 10-19 лет, в т.ч. девочек 10-14 лет и девушек 15-19 лет, как основных контингентов, обеспечивающих ближайшее демографическое благополучие страны, а также ухудшение состояния здоровья детского населения может оказать негативное воздействие на репродуктивно-демографические процессы в стране в ближайшие десятилетия.

Литература:

- 1.Атамбаева Р.М. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения девушек-подростков г. Бишкека // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Том 19. - №2-3, 2013. - С. 147-150.
 - 2.Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН. – 2009. №5. С. 6-11.
 - 3.Женщины и мужчины КР // Сборник гендерно-разделенной статистики.- Бишкек, 2012.
 - 4.Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР. - Бишкек, 2008-2012.
 - 5.Мустакимова А.А. Основные показатели здоровья девушек-подростков, проживающих в индустриальном городе // Казанский медицинский журнал. 2009, том 90, №4. С. 604-606.
 - 6.Перепись населения КР. 2009г.
 - 7.Узакбаев К.А. Охрана здоровья детей и подростков: проблемы и перспективы развития // Здоровье матери и ребенка. – 2013. - Том 5. - №1.- С. 3-9
-

УДК 616. 5 – 003. 214 – 0213 – 053. 2

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ТЯЖЕЛОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

Мамырбаева Т.Т., Исаева Б.Э.

CLINICAL CASES OF SERIOUS IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN CHILDREN

Mamyrbayeva T.T., Isaeva B.E.

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

Резюме: приведено описание двух случаев идиопатической тромбоцитопенической пурпурсы у детей, которая в одном случае характеризовалась рецидивирующим течением со снижением числа тромбоцитов до критических значений, потерей зрения из-за кровоизлияния в сетчатку, резистентностью к патогенетической терапии первой и второй линии, в другом – тяжелые маточные кровотечения у девочки пубертатного возраста.

Ключевые слова: дети, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпурра, спленэктомия.

Resume: There have been the description of two cases of idiopathic thrombocytopenic purpura in children, which in one case was characterized by recurrent course with reduced number of platelets to critical values, loss of eyesight because of retina hemorrhage, resistance to pathogenic therapy first and second lines, in the other by heavy uterine bleeding in girl's puberty age.

Key words: idiopathic thrombocytopenic purpura, splenectomy.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпурра (ИТП) - это первичная, аутоиммунная тромбоцитопения, которая характеризуется, снижением количества тромбоцитов ниже $150 \times 10^9/\text{л}$, при нормальном или повышенном количестве мегакариоцитов в костном мозге и кровотечениями из микроциркуляторного русла [1, 3, 4]. В тяжелых случаях возможны кровоизлияния в головной мозг, другие жизненно важные органы (в том числе и надпочечники), что может служить непосредственной причиной смерти. Частота тяжелых случаев колеблется в пределах 1-3% [1, 2].

В данной статье отразили редкие случаи течения ИТП у детей, которые наблюдались в отделении детской гематологии Национального центра охраны материнства и детства.

Пациент А.Т., 7 лет (история болезни №1733) госпитализирован в июне 2012 г в отделение детской гематологии с жалобами на появление синяков на коже, слабость, головную боль.

Из анамнеза: родился с кефалогематомой от 3 беременности, которая протекала с умеренно выраженным ранним токсикозом. В связи с частыми простудными заболеваниями ребенок часто получал жаропонижающие и обезболивающие препараты и антибиотики.

Впервые госпитализирован в возрасте 3-х лет с диагнозом: апластическая анемия из-за выраженного геморрагического синдрома в виде петехиально-пятнистых высыпаний и экхимозов, и тяжелой анемии.

На основании развернутого анализа крови (эритроциты $2,2 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин (Hb) – 60 г/л; цветной показатель - 0,8; ретикулоциты - 0,7%; лейкоциты - $5,6 \times 10^9/\text{л}$, эозин. - 2%, палочкоядерн. нейтр. - 3%, сегментоядерн. нейтр. - 68%; лимфоциты - 25%; моноциты - 2%; тромбоциты - $9 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ-15 мм/ч.) и миелограммы (пунктат костного мозга клеточный, полиморфный, все ростки костного мозга сохранены, тип кроветворения нормоцитарный, количество мегакариоцитов несколько увеличено, отшнуровка тромбоцитов слабая). Был выставлен диагноз идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря, острое течение. Установлены сопутствующие заболевания: хронический субкомпенсированный тонзиллит, в периоде обострения. Сухой ринит. Кариес зубов.

На фоне консервативного лечения, которое включало преднизолон внутрь из расчета 2 мг/кг в сутки 30 дней, пульс терапию дексазоном 4 мг внутривенно капельно из расчета 20 мг/м² в сутки (5 дней), препараты, улучшающие функцию тромбоцитов в обычных дозировках (дицинон, ε-аминокапроновая кислота 5%), антибактериальную терапию (цефотоксим), санацию кариозных зубов и симптоматические препараты, наступила неполная ремиссия (эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 82 г/л, цветной показ. - 0,8 лейкоциты - 5,3%, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные - 49%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, тромбоциты - $100 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 5 мм/час).

Через 2 года в возрасте в 5-ти лет ребенок вновь госпитализирован рецидивом ИТП с выраженной кожной геморрагией на фоне тяжелой тромбоцитопении ($10 \times 10^9/\text{л}$). С учетом тяжести состояния проведено лечение внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) 0,4 г/кг массы тела в сутки внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 3-х дней. После чего количество тромбоцитов поднялось до $55 \times 10^9/\text{л}$ и ребенок был выписан домой с неполной ремиссией в виде стойкой тромбоцитопении (тромбоциты – $55 \times 10^9/\text{л}$).

Во время следующего рецидива в возрасте 6-ти лет (эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 96 г/л, количество тромбоцитов $8 \times 10^9/\text{л}$) отмечено кровоизлияние в сетчатку правого глаза, которое в последующем привело к полной потере зрения.

На повторной миелограмме: пунктат клеточный, лейко-эритропоэзы без особенностей, мегакарицитарный росток раздражен, представлен молодыми синими формами, отшнуровка тромбоцитов слабая, мегакариоциты 0,2%

Уровень прикрепления антитромбоцитарных антител 180%. Обнаружены антитела также к вирусам Эпштейна-Барра - IgG 12,0 (при норме 0,85-1,15 ЕД/мл) и ЦМВ - IgG 6,8 ЕД/мл (при норме 0,9-1,2 ЕД/мл) и микоплазме pneumonia – IgM 3,8 ЕД /мл (при норме 0,9-1,1 ЕД /мл).

Проведено лечение: метипред 50 мг/сутки в течение 9 дней, ВВИГ из расчета 0,4г/сутки 2 дня внутривенно капельно, дицинон по 1 таблетке 2 раза в день внутрь. От операции спленэктомии родители отказались.

В последующем у ребенка отмечались тяжелые рецидивы ИТП, в связи, с чем в возрасте 7-ми лет была проведена операции спленэктомии. В послеоперационном периоде количество тромбоцитов поднялось до $240 \times 10^9/\text{л}$, но через месяц после операции число тромбоцитов вновь снизилось до $15 \times 10^9/\text{л}$.

В течение последнего года наблюдения рецидивы с критической тромбоцитопенией (ниже $20 \times 10^9/\text{л}$) отмечены 2 раза.

На основании анамнеза болезни и объективных данных установлен заключительный диагноз: ИТП с непрерывно-рецидивирующим течением в течение 5 лет, осложненная слепотой на правый глаз.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует довольно раннее начало ИТП, ее резистентность к патогенетической терапии первой (глюкокортикоидные препараты, ВВИГ 2 курса) и второй (спленэктомия) линии.

С 2009 г. по 2013 г. из 252 больных с ИТП у 10 (3,9%) детей отмечена резистентность к патогенетической терапии первой линии, которым проведена операция спленэктомии. Из них у двух детей не было отмечено восстановление числа тромбоцитов в послеоперационном периоде.

Многие авторы считают, что около 30% пациентов с ИТП не отвечают на спленэктомию [3,4]. Данные исследований указывают на развитие такой резистентности при наличии антител против GP Ib/IX. Авторы полагают, что резистентность к терапии ВВИГ свидетельствует о возможности прямой клеточной цитотоксичности, и разрушения под их влиянием тромбоцитов, а не только за счет антител-зависимых Fc-рецепторов путем фагоцитоза макрофагов [5, 6].

Пациент Д., 13 лет (история болезни 1916) в 2010 г был переведен из гинекологического отделения с диагнозом: Ювенильное кровотечение. Хроническая постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Девочка жаловалась на вялость, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, частые, носовые кровотечения, длительные и обильные менструации.

Из анамнеза: девочка родилась здоровым ребенком в срок, от первой беременности. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. Часто болела ОРВИ, ангиной, бронхитами. Имела склонность к носовым кровотечениям. Менструации начались с 12-ти летнего возраста, которые длились от 8-10 до 26 дней и сопровождались обильными кровотечениями. В развернутом анализе крови от 13.09.10. Нb 42 г/л, эритроциты - $1,6 \times 10^{12}/\text{л}$, цветной показ. - 0,8, гематокрит - 0,12, лейкоциты - $9,4 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные - 59%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 26%, моноциты - 3%, СОЭ - 4 мм/час. Была проведена терапия: цефозолин внутривенно 2 раза в день, окситоцин 1,0 внутривенно капельно, кальций хлорид 10% внутривенно струйно медленно, линкомицин 3 раза внутримышечно, гемотранфузия эритроцитарной массы (0) Rh(+) 300 мл, дицинон по 1 таблетке 3 раза в день, гинотардиферон по 80 элементарного железа 2 раза в день. Состояние улучшилось, но маточные кровотечения не купировались, в связи, с чем была переведена для дальнейшего обследования и лечения.

Объективно: состояние при поступлении расценивалось как средней тяжести, девочка вялая, кожные покровы и видимые слизистые оболочки резко бледные, отмечались пятнисто-петехиальные высыпания по всему телу, лимфоузлы не увеличены. Небные миндалины гиперемированы. Тоны сердца учащены (87 раз в 1 мин), дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. Печень увеличена на 1,0 см, селезенка не пальпировалась.

В анализе крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Нb - 80 г/л, цветной показ. - 0,9, ретикулоциты - 6,5%, тромбоциты - $10 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/\text{л}$, миелоциты - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 29%, моноциты - 2%, СОЭ - 3 мм/час.

На иммуноферментном анализе отмечено повышение титров IgG к ЦМВ (134,1 ед/мл при норме 0-6 ед/мл) и к вирусу герпеса (I-II) (1:400 при норме <1:100).

В миелограмме: пунктат костного мозга клеточный, полиморфный, тип кроветворения нормобластный. Лейко-эритроцитарное отношение: преобладает эритроцитарный росток, количество мегакариоцитов увеличено, отшнуровка тромбопластинок вялая.

На основании анамнеза, характерной клинической картины, данных развернутого анализа крови и миелограммы был выставлен диагноз: ИТП, острое течение; ювенильное кровотечение, осложненное постгеморрагической анемией тяжелой степени.

Проведено лечение: режим постельный, преднизолон из расчета 2 мг/кг внутрь в течение 24 дней, дицинон по 1 таблетке 3 раза в день, ε-аминокапроновая кислота 5% по 100 мл 6 дней внутривенно, рибоксин по 2 мл 1 раз в день внутривенно, викасол по 1 таблетке 3 раза в день 3 дня, виферон (500000 МЕ) по схеме и симптоматические препараты.

На фоне указанной терапии достигнуто значительное улучшение состояния больной, которое выражалось в купировании геморрагического синдрома в течение 7 дней. Выписана домой с полной клинико-лабораторной ремиссией по основному заболеванию (число тромбоцитов - $280 \times 10^9/\text{л}$), но отмечалась постгеморрагическая анемия (число эритроцитов - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нb – 88 г/л, цветной показатель - 0,8, ретикулоциты - 2,5%).

Через 11 месяцев девочка вновь госпитализирована в отделение детской гематологии с жалобами на длительные и обильные менструации (по 10 дней), вялость и головокружение. В анализе сохранялась анемия (Нb – 90 г/л), число тромбоцитов снижено ($102 \times 10^9/\text{л}$). В гемостазиограмме: АЧТВ – 51 сек (при норме 30-40 сек), адгезия тромбоцитов – 28% (при норме 30-40%), время рекальцификации – 88 сек, тромботест – VI степени, протомбиновый индекс - 73%, фибриноген – 350 мг%. На УЗИ определилась гиперплазия эндометрия матки.

На фоне симптоматической терапии, включающей препараты, улучшающие функциональное состояние тромбоцитов, достигнута полная клинико-лабораторная ремиссия (число тромбоцитов - $160 \times 10^9/\text{л}$). В течение последних 2-х лет наблюдения у девочки повторных рецидивов заболевания не было.

Особенностью данного случая явилось нарушение функциональной активности тромбоцитов на фоне значительной тромбоцитопении. Из 32 девочек пубертатного возраста с ИТП тяжелые маточные кровотечения, осложненные постгеморрагической анемией, отмечены у двух (6,2%) девочек-подростков.

Литература:

- 1.Алексеев Н.А. Гематология и иммунология детского возраста. - М.: Гиппократ, 2009.- 648 с.
- 2.Петров Ю.В. Современные аспекты этиопатогенеза, клинического течения и терапии острой тромбоцитопенической пурпурой у детей. //Автореф. дис. ... д-ра мед наук. - М., 2005. - 210 с.
- 3.Третьякова О.С. Лечение ИТП у детей: реалии и перспективы. // Педиатрия. - 2011. - № 4. - С. 34-41.
- 4.Цымбал И.Н. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря у детей. // Лечащий врач. - 2009. - Т. № 11. - С. 38-42.
- 5.Go RS, Johnston KL, Bruden KC. The association between platelet autoantibody specificity and response to intravenous immunoglobulin G in the treatment of patients with immune thrombocytopenia. *Haematologica*. - 2007; 92: 283-284
- 6.Webster ML, Sayeh E, Crow M et al. Relative efficacy of intravenous immunoglobulin G in ameliorating thrombocytopenia induced by antiplatelet GPIIbIIIa versus GPIIbalpha antibodies. *Blood*. 2006; 108: 943-946.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В Г. ЖАЛАЛ-АБАД

Муратова Ж.К., Узаков О.Ж.

Ошский государственный университет, г. Ош,
Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек.

Резюме: впервые в г. Жалал-Абад проведено стандартизированное эпидемиологическое исследование распространенности атопического дерматита (АтД) по критериям ISAAC. Обследовано 4235 школьников, в т.ч. 1778 детей в возрасте 7-8 лет и 2457 учащихся в возрасте 13-14. АтД выявлен у 5,3 % детей. Тяжелое течение имели 0,7 % больных. У подростков АтД наблюдали в 2,8 раза чаще, чем у детей в возрасте 7-8 лет.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, ISAAC.

Resume: for the first time standardized epidemiological study of the prevalence of atopic dermatitis (AD) according to the criteria of The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) was conducted in the town of Jalal-Abad. 4235 school children were examined: 1778 – at the age of 7-8 years and 2457 – at the age of 13-14. AD was detected in 5,3% of children. Severe progress of atopic dermatitis had 0.7% of patients. Adolescents had the symptoms of atopic dermatitis (AD) in 2,8 times more likely than children of 7-8 years.

Key words: atopic dermatitis, children, ISAAC.

Атопический дерматит (АтД) из-за своей высокой распространенности среди детей, раннего начала и быстрого формирования хронических форм представляет собой одну из актуальных проблем педиатрии [1, 2, 9, 12, 13]. Данные статистических отчетов не отражают истинной распространенности аллергических заболеваний, так как учитывают в основном тяжелые формы заболевания, требующие обращения к врачу. Вместе с тем разработка комплексных планов борьбы с аллергическими заболеваниями у детей возможна только на основе результатов массовых эпидемиологических исследований, позволяющих получить достоверные данные о распространенности болезни в регионе в различные возрастные периоды.

Для получения сопоставимых результатов в последние годы ученые различных стран используют в эпидемиологических исследованиях аллергических заболеваний единые методологические подходы [7, 9-11]. Программа ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) стала первой, по которой появилась возможность унифицировать подходы к оценке распространенности аллергических заболеваний. Такие исследования в Кыргызской Республике проводятся с 2001 г. [8].

Заболеваемость, по сведениям различных авторов, колеблется от 6 до 15 человек на 1000 населения [12, 14-16]. В России по данным ISAAC распространенность АтД среди детей составляет 6,7%-12,3% случаев. Чаще болеют девочки (65%), реже – мальчики (35%). Заболеваемость АтД в городах выше, чем в сельской местности. Ежегодно во всех регионах страны возрастает число больных не только с впервые установленным диагнозом, но и более тяжелым течением заболевания, особенно в раннем детском возрасте. У детей с АтД отмечается склонность к развитию бронхиальной астмы и аллергического ринита [1, 4-6].

В г. Бишкек и г. Балыкчи проведены стандартизированные исследования распространенности бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей по программе ISAAC Ч.А. Иманалиевой и Э.К. Боронбаевой [3].

Эпидемиологические исследования АтД на юге Кыргызстана у детей по этой методике ранее не проводились, поэтому проблема остается крайне актуальной, так как позволяет выявить заболевание на более ранних стадиях развития, разработать и улучшить методы диагностики и профилактики, более тяжелых и сочетанных с АтД форм аллергических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось получение данных о распространенности АД у

детей школьного возраста в г. Жалал-Абад.

Материалы и методы: Школы, включенные в исследование, были отобраны методом сплошной выборки. Исследование провели путем анкетирования школьников 8-х классов и родителей первоклассников в 23 школах г. Жалал-Абад по анкете программы «ISAAC» (8 вопросов) для выявления больных АтД. Всего было опрошено 4235 школьников *в возрасте* от 7-8 и 13-14 лет. Возврат анкет составил 98%. При этом учащихся кыргызской национальности было 63%, узбеков – 29%, русских – 3,5% и представителей других национальностей (турки, уйгуры, татары и др.) – 4,5%. Соотношение девочек и мальчиков среди детей *в возрасте* 7-8 и 13-14 лет соответственно было 50,1% - 49,0% и 51,6% - 48,4%.

Результаты и обсуждение: Результаты этих исследований, верифицированные и принятые Международным центром ISAAC (Окленд, Новая Зеландия), выявили достаточно высокую распространенность симптомов АтД у школьников г. Жалал-Абад.

На первом этапе обследования установили распространенность АтД у 5,3% детей. Среди 4235 школьников 7-8 и 13-14 лет АтД был выявлен у 2,7 и 7,8% соответственно (табл. 1).

Таблица 1.
Частота симптомов АтД среди школьников по вопроснику ISAAC

Симптомы	7-8 лет		P	13-14 лет		Всего		
	n=1778			n=2457		n=4235		
	абс.	%		абс.	%	абс.	%	
Симптомы АтД когда-либо	88	4.9±0,5	<0,001	447	18.2±0,4	535	11.55±0,4	
Симптомы АтД в течение 12 месяцев	48	2.7±0,4	<0,001	192	7.8±0,4	240	5.25±0,3	
Поражение типичных участков кожи для АтД	29	1.6±0,4	<0,001	98	4.0±0,3	127	2.8±0,3	
Полное исчезновение сыпи за последние 12 месяцев	32	1.8±0,4	<0,001	114	4.6±0,3	146	3.2±0,3	
Отсутствие ночных пробуждений за последние 12 мес. Из-за зудящей сыпи	34	1.9±0,4	<0,001	84	3.4±0,3	118	2.65±0,3	
Ночные пробуждения за последние 12 мес. Из-за зудящей сыпи менее чем 1 ночь в неделю	6	0.3±0,2	>0,05	34	1.4±0,2	40	0.85±0,5	
Ночные пробуждения за последние 12 мес. Из-за зудящей сыпи 1 и более ночей в неделю	7	0.4±0,1	>0,05	22	0.9±0,1	29	0.65±0,1	
Установленный диагноз АтД	14	0.8±0,5	>0,05	23	0.9±0,3	37	0.85±0,1	

Все эпидемиологические исследования по программе ISAAC, проведённые в других регионах Кыргызской Республики и за рубежом, показали, что результаты распространённости АтД превышали результаты официальной статистики в 1,2-2,6 раза [1-6]. Наши данные подтвердили наличие гиподиагностики АтД у детей. В то же время исследованиями С.Л. Кожевниковой [4] была выявлена очень низкая диагностика практическими врачами бронхиальной астмы и аллергического ринита. При наличии достоверных симптомов астмы и аллергического ринита диагноз был установлен лишь у $\frac{1}{4}$ и у 1/10 школьников соответственно.

При сравнении результатов настоящего исследования с данными из других регионов Кыргызской Республики и Российской Федерации установлено, что распространенность АтД среди школьников в г. Жалал-Абад и г. Бишкек [3] практически одинакова, но выше, чем в Чебоксарах [6]. АтД встречается во всех регионах мира, у лиц обоего пола, в разных возрастных группах.

Нами установлено, что распространенность АтД зависела от возраста детей. АтД встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Половые различия по распространенности АтД в группе детей в возрасте 7-8 лет не были статистически значимыми.

Таким образом, АтД относится к распространенным аллергическим заболеваниям и встречается у 5,3% детей в популяции школьников г. Жалал-Абад.

Литература:

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А.Баранова и Р.М.Хаитова: Союз педиатров России. – 3-е изд., испр. И доп. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 256 с. – (Клинические рекомендации для педиатров).
2. Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики: Учебное пособие / Составители: О.Ж.Узаков, Ж.К.Муратова, Б.Д.Кудаяров. – Ош. 2012. – стр. 52.
3. Боронбаева Э.К. Современные методологические аспекты эпидемиологических и клинических исследований аллергической патологии у детей: Автореф. Дисс. ... канд. Мед. наук. Бишкек – 2005, 23с.
4. Кожевникова С.Л. Клинико-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы и аллергического ринита у школьников г. Чебоксары: Автореф. Дис. ... канд. Мед. наук. Казань, 2001. 25 с.
5. Лысикова И.В. Распространенность аллергических заболеваний у детей по результатам мультицентровых исследований в рамках международной программы ISAAC: Автореф. Дис. ... канд. Мед. наук. М., 1999. 20 с.
6. Луткова Т.С. Клинико-эпидемиологические аспекты атопического дерматита у школьников города Чебоксары: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Чебоксары, 2005. 28 с.
7. Стандартизованные эпидемиологические исследования АЗ у детей: Пособие для врачей. М., 1998.
8. Сулайманов Ш.А., Тороев Н.А., Брымкулов Н.Н. ISAAC в Кыргызстане // Центрально-азиатский мед. журнал. Том IX, 2003. Приложение 2. – С. 10-11.
9. Asher MI, Keil U, Anderson HR, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. EurRespir J 1995; 8:483–91.
10. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet 1998; 351:1225–32.
11. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). EurRespir J 1998; 12:315–35.
12. Williams H, Robertson C, Stewart A, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. J Allergy ClinImmunol1999; 103:125–38.
13. Ellwood P, Asher MI, Bjorksten B, et al. Diet and asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema symptom prevalence: an ecological analysis of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) data. EurRespir J 2001; 17:436–43.
14. Weiland SK, Husing A, Strachan DP, Rzehak P, Pearce N, and the ISAAC Phase One Study Group. Climate and the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, and atopic eczema in children. Occup Environ Med 2004; 61:609–15.
15. Mallol J, Sole D, Asher I, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M. Prevalence of asthma symptoms in Latin America: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). PediatrPulmonol2000; 30:439–44.
- Selnes A, Nystad W, Bolle R, Lund E. Diverging prevalence trends of atopic disorders in Norwegian children: results from three cross-sectional studies. Allergy 2005; 60:894–99.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ
С ДИСБАЛАНСОМ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ**
Попович Ю.Г.

**CLINICAL CHARACTERIZATION OF CHILDREN WITH
DISBALANCE HEAVY METALS**
Popovich J.G.

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка»,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Резюме: в статье приводится клиническая характеристика детей с дисбалансом тяжелых металлов в биосредах, основанная на распределении этих детей по группам здоровья, синдромам экопатологии по классификации Ю.Е. Вельтищева и клиническим синдромом иммунной недостаточности.

Ключевые слова: дети, тяжелые металлы, здоровье.

Resume: the paper presents clinical characteristics of children with heavy metals disbalance in bio environment, based of those children according to health groups, syndromes of eco pathology on E.Y. Veltichev and clinical syndromes of immunodeficiency.

Key words: children, heavy metals, health.

Актуальность. Выявление влияния факторов окружающей среды на здоровье населения с его оценкой и разработкой мер профилактики является одним из актуальных направлений научных исследований, как указывается в «Экологическом кодексе Республики Казахстан» [1]. Проблема воздействия токсических веществ на здоровье детей является одной из актуальных проблем педиатрии, и актуальность ее возрастает из года в год, учитывая широкую химизацию повседневной жизни, промышленного производства и сельского хозяйства [2-5]. Целью исследования явилась клиническая характеристика здоровья детей, имеющих дисбаланс тяжелых металлов в биосредах.

Материалы и методы. Были обследованы две группы детей: в первую группу (1) вошли 35 детей с высокими показателями содержания свинца и практически нормальным уровнем цинка в пробах волос, а во вторую группу (2) - 30 детей со значительным снижением цинка и нормальной концентрацией свинца в пробах волос. Из общего числа детей в I группе было 16 мальчиков и 19 девочек, во II группе – 17 мальчиков и 13 девочек. Дети обеих групп проживали в г. Усть-Каменогорске. Возраст детей составил от 1 месяца до 11 лет. Исследование содержания свинца и цинка в пробах волос проводилось на базе Научно-исследовательского сельскохозяйственного института Национального центра по биотехнологии Республики Казахстан под руководством Савинкова А.Ф.

Состояние здоровья детей оценивалось по нескольким методикам: по группам здоровья по Громбаху, по синдромам экопатологии классификации Вельтищева Ю.Е. и по клиническим синдромам иммунной недостаточности [6-8].

Результаты. В табл. 1 представлено распределение детей обеих групп по группам здоровья.

Таблица 1.

Распределение детей 1 и 2 группы по группам здоровья в зависимости от возраста

Группа	1 (n=35)			2 (n=30)		
	II	III	IV-V	II	III	IV-V
возраст	22 62,9%	9 25,7%	4 11,4%	34 97,1%	1 3,6%	-
при рождении						
до 5 л.	16 45,7%	13 37,2%	6 17,1%	31 88,6%	4 11,4%	-
с 5- 11 л.	9 25,7%	20 57,2%	6 17,1%	25 71,4%	10 28,6%	-

I группа здоровья не определялась у детей с избытком свинца и дефицитом цинка ни в одной рассматриваемой возрастной группе. Возможно, это было связано с тем, что для исследования были отобраны дети с наиболее высокими показателями свинца в пробах волос и низкими показателями цинка, т.е. имеющие максимально выраженные токсические эффекты избытка свинца и дефицита цинка. Детей со II группой здоровья было достоверно больше во 2 группе детей при рождении ($p<0,01$), в возрасте до 5 лет ($p<0,01$) и старше 5 лет ($p<0,01$). С увеличением возраста число детей 1 группы со II группой здоровья уменьшилось в 2,5 раза, в то время как во 2 группе уменьшилось лишь в 1,3 раза, т.е. количество детей со II группой здоровья в I испытуемой группе снизилось в 2 раза по сравнению со II группой. С III группой здоровья было больше детей в 1 группе при рождении, в возрасте до 5 лет ($p<0,01$) и в возрасте от 5л. до 11л. ($p<0,01$). При рождении детей с IV-V группами здоровья во 2 группе не было, в то время как в 1 группе, они составили от 11,4% до 17,1% в возрасте от 0 до 11 лет.

Кроме общей оценки состояния здоровья детей по группам здоровья, была проанализирована патология различных органов и систем детей 1 и 2 группы, являющихся «органами мишениями» для избытка свинца и дефицита цинка в возрастном аспекте. При сравнении частоты заболеваний у детей обеих групп было выявлено, что во 2 группе в возрасте старше 5 лет чаще определялись аллергические болезни по сравнению с детьми 1 группы (53,5% и 34,3%, $p<0,05$). В то время как в 1 группе с увеличением возраста увеличилось число детей с патологией МВС по сравнению с 2 группой: в возрасте от 0 до 5 лет (45,7% и 13,3%, $p<0,01$) и в возрасте от 5л до 11 лет (42,9% и 16,7%, $p<0,01$). Поражение костно-мышечной системы также чаще выявлялось у детей 1 группы по сравнению с детьми 2 группы (25,7% и 10,0%, $p<0,05$). Это различие могло быть связано с участием свинца в обменных процессах в костной ткани. Вегетативные дисфункции, функциональные кардиопатии чаще определялись у детей 1 группы по сравнению с детьми 2 группы в возрасте 5-11 лет (65,6% и 35,7%, $p<0,05$).

Различия в частоте встречаемости патологии нервной системы, болезней органов пищеварения, эндокринной системы у детей 1 и 2 групп не было.

У детей обеих групп часто диагностировалось несколько заболеваний, причем выявлялась функциональная патология и хронические болезни разных органов и систем.

Таблица 2.

Частота сочетанной патологии у детей 1 и 2 группы.

Число пораженных органов	2-3		4-5		>5	
	абс	%	абс	%	абс	%
I (n=35)	13	37,1	17	48,6	5	14,3
II (n=30)	23	76,7	7	23,3	-	-

Как представлено в таблице 2, сочетание патологии 2-3 органов и систем чаще определялось у детей 2 группы ($p<0,01$), 4-5 – у детей 1 группы ($p<0,01$). У детей 1 группы наиболее часто выявлялась сочетанная патология нервной, пищеварительной, эндокринной и мочевыводящей системы, а у детей 2 группы – органов пищеварения, нервной систем и аллергические заболевания.

Ю.Е. Вельтищевым была предложена классификация экологически зависимой патологии у детей [7]. Согласно этой классификации под влиянием токсических веществ в зависимости от особенностей организма ребенка, длительности, дозы и свойств токсического вещества может развиться как синдром экологической адаптации (СЭД), синдром низкодозовой гиперчувствительности (СНЗГ) характеризующиеся функциональными изменениями, так и сформироваться хронические заболевания (ХЗ), ВПР, инвалидность, синдром множественной химической гиперчувствительности (СМХГ). Наиболее часто наблюдается и благоприятно протекает СЭД. Распределение детей по стадиям экопатологии согласно классификации Ю.Е. Вельтищева проводилось на основании анализа патологии органов и систем приведенной выше, а также на

основании сведений об инвалидности, числе хронических и наследственных заболеваний, иммунной недостаточности, ВПР, задержке физического развития.

Таблица 3.

Распределение детей I и II группы по синдромам экопатологии классификации Ю.Е. Вельтищева

Группа	СЭД	СНДГ	СХКИ	ХБ	ОСБС	СМХЧ
I (n=35)	-	4	4	17	10	-
II(n=30)	12	5	2	10	-	1

Как показано в таблице 3, в 1 группе детей преобладали дети с хроническими заболеваниями и дети, входящие в группу особо социально значимых заболеваний и состояний («большие» ВПР, инвалидность, наследственные заболевания), а во 2 группе преобладали дети – с синдромом экологической дизадаптации и хроническими заболеваниями. Таким образом, степень нарушения здоровья у детей 1 группы была более значительной, чем у детей 2 группы. Синдром экологической дизадаптации наблюдался почти у половины детей 2 группы, в то время как у детей 1 группы он не встречался. Синдром специфической низкодозовой гиперчувствительности одинаково часто определялся у детей обеих групп. Синдром хронической ксеногенной интоксикации отмечался у 11,4% детей 1 группы и у 6,7% детей 2 группы. Случаи наследственных заболеваний, «больших» ВПР и инвалидности, относящихся к группе особых социально значимых болезней и состояний, были выявлены только у детей 1 группы. У одного ребенка из 2 группы был диагностирован синдром множественной химической чувствительности.

Учитывая, что у всех детей 1 группы и у подавляющего большинства детей 2 группы были выявлены изменения иммунологических показателей, была проведена клиническая оценка изменений иммунитета. Как известно, клиническими проявлениями иммунной недостаточности являются инфекционный, аллергический, аутоиммунный синдромы, кроме того, возможны их комбинации [8].

Таблица 4.

Распределение детей 1 и 2 группы по клиническим синдромам иммунной недостаточности

Группы	Синдромы					
	инфекц.	аллергич	автоимм.	лимфопр.	комбинир.	отс.клин.
I (n=35)	17	12	2	1	3	-
II(n=30)	9	16	1	-	-	4

Как представлено в табл. 4, наиболее часто у детей обеих групп выявлялись инфекционный и аллергический синдромы. Причем инфекционный синдром чаще определялся у детей 1 группы по сравнению с детьми 2 группы (49,4% и 30,0% соответственно, $p<0,05$), в то время как аллергический синдром чаще наблюдался у детей 2 группы, чем у детей 1 группы (53,5% и 34,3% соответственно, $p<0,05$). Клинические симптомы иммунной недостаточности чаще определялись у детей 1 группы по сравнению с детьми 2 группы ($p<0,05$).

Обсуждение. Сведений по клинической характеристике детей с избытком свинца и дефицитом цинка с использованием нескольких методов оценки в доступной литературе нами не обнаружено. В результате проведенного исследования было выявлено, что с увеличением возраста детей наблюдалось ухудшение состояния здоровья в обеих группах за счет увеличения числа детей с III группой здоровья и уменьшения количества детей со II группой здоровья. В 1 группе детей указанные изменения были более выраженными по сравнению со 2 группой. У обследованных детей обеих групп диагностировалась патология, характерная для избытка свинца (заболевания нервной, пищеварительной, мочевыводящей, костной и иммунной системы) и недостатка цинка (болезни нервной, пищеварительной, эндокринной, иммунной систем, аллергические заболевания), которая с возрастом принимала хроническое течение, выявлялась у большего количества детей и характеризовалась сочетанностью поражения органов и систем. Распределение детей

обеих групп по синдромам экопатологии по классификации Е.Ю. Вельтищева выявило, что особо значимые заболевания и состояния, свидетельствующие о низком уровне здоровья, определялись только у детей 1 группы. Характеристика детей по клиническим синдромам иммунной недостаточности выявила большую частоту инфекционного синдрома у детей 1 группы и аллергического синдрома – у детей 2 группы. Если во 2 группе у 13,3% детей не было клинических проявлений иммунной недостаточности, то в 1 группе у 8,6% детей определялась комбинированная ее форма.

Выводы: 1. У детей с избытком свинца и дефицитом цинка в биосредах диагностировалась патология, характерная для поражения органов-мишеней этих металлов.

2. С увеличением возраста детей (4-5 лет) заболевания принимали хроническое течение, выявлялась сочетанная патология органов и систем.

3. III группа здоровья, особо социально значимые заболевания и состояния, клинические симптомы иммунной недостаточности чаще определялись у детей с избытком свинца по сравнению с детьми с недостатком цинка.

Литература:

1 Кодекс Республики Казахстан от 9 января 2007 года № 212-III «Экологический кодекс Республики Казахстан» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.04.2014 г.) - URL: online.zakon.kz/Document/?doc_id=30085593.

2. Одинаева, И.Д., Язык Г.В., Скальный А.В. Нарушение минерального обмена у детей //Российский педиатрический журнал. - 2001. - № 4. - С.6-10.

3. Zimova, M. Duris, A. Spevackova et al. Health risk of urban soils contaminated by heavy metals // Int. J. Occup. Med. and Environ. Health. - 2001. - Vol. - № 3. - P. 231-234.

4. Ревич, Б. А. Химические вещества в окружающей среде городов России: опасность для здоровья населения и перспективы профилактики // Вестн. Рос. АМН. - 2002. - № 9. - С. 45-49.

5. Куанышбекова Р.Т., Дюсенова С.Б. Влияние экологии на состояние здоровья детей / сб. научных трудов международной научно-практической конференции «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям», Алматы - 2005.- С.76-78

6. Шабалов Н.П. Детские болезни.- Санкт-Петербург. - 2000.- С. 320.

7. Экологическая педиатрия / Под редакцией А.Д. Царегородцева, А.А. Викторова, И.М. Османова, пер.М.: Триада-Х, 2011.- 328с.

8. Хаитов Р.М. Пинегин Б.В. Истамов Х.И. Экологическая иммунология – Москва, ВНИРО-1995.-219 с.

УДК 616-053.2(574.4)

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ БЕРИЛЛИЯ

В ПРОБАХ МОЧИ

Попович Ю.Г.

CHILDREN PHYSICAL DEVELOPMENT WITH BERYLLIUM OVERPLUS IN URINE TESTS

Popovich J.G.

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка»,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан.

Резюме: в статье показано влияние повышенного содержания бериллия в организме детей на показатели физического развития. Проведен мониторинг физического развития детей с повышенным содержанием бериллия, а также половые различия.

Ключевые слова: физическое развитие, дети, бериллий.

Resume: the paper shows the influence of excess beryllium contents in children organism for physical development rates. Children physical development monitoring with excess beryllium contents and also sex differences have been researched.

Key words: physical development, children, beryllium.

Актуальность. Физическое развитие является важнейшим интегральным показателем адекватности приспособления детей к изменяющимся условиям окружающей среды. Любые отклонения в физическом развитии детей свидетельствуют о том или ином неблагополучии в состоянии здоровья [1-7]. Исследование физического развития у детей с повышенным содержанием бериллия в биосредах, явилось целью нашей работы.

Материалы и методы. Обследовано 56 детей исследуемой группы, имеющих повышенный уровень бериллия в пробах мочи, и 58 детей контрольной группы, у которых концентрация бериллия в моче не превышала референтных значений. Дети обеих групп проживали в г. Усть-Каменогорске. Возраст детей составил от 1 месяца до 14 лет. Из общего числа детей исследуемой группы (56) мальчики и девочки представлены поровну, в контрольной группе был 31 мальчик и 27 девочек. У 55,4% детей исследуемых групп родители трудились на ОАО «УМЗ», имеющим бериллиевое производство, а в контрольной группе – только у 29,3% ($p<0,05$). Антропометрическое исследование детей проводилось по стандартной методике [8]. Полученные результаты сравнивались с данными центильных таблиц физического развития детей разного возраста и пола, представленными ВОЗ [9], а также по схеме оценки физического развития Чичко М.В. с оценкой уровня физического развития, его гармоничности, наличия или отсутствия избытка или дефицита массы тела [10]. Был проведен мониторинг физического развития детей при рождении и в момент исследования. Исследование содержания бериллия в пробах мочи проводилось в биофизической лаборатории МСЧ-2 г. Усть-Каменогорска по методу Быховской М.С. [11].

Результаты и обсуждение. В табл. 1 приведены данные по уровню физического развития детей исследуемой и контрольной групп при рождении. В контрольной группе при рождении не было детей с низким физическим развитием, в то время как в исследуемой группе каждый пятый ребенок имел низкое физическое развитие при рождении.

Таблица 1.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по уровню физического развития при рождении

Пол	Группы детей					
	Исследуемая группа (n=56)					
	низкий		средний		высокий	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	6	10,7	6	10,7	16	28,6
Девочки	5	8,9	11	19,7	12	21,4
Всего	11	19,6	17	30,4	28	50,0
Контрольная группа (n=58)						
Мальчики	-	-	8	13,8	23	39,7
Девочки	-	-	15	25,8	12	20,7
Всего	-	-	23	39,6	35	60,4

Достоверного различия по количеству детей со средним физическим развитием при рождении между группами не было, в то время как высокое физическое развитие чаще определялось у детей контрольной группы по сравнению с исследуемой ($p<0,05$). Высокое физическое развитие чаще определялось у мальчиков контрольной группы по сравнению с мальчиками исследуемой группы ($p<0,05$). У девочек различия в частоте встречаемости высокого физического развития при рождении не было.

Как представлено в таблице 2, в исследуемой группе с увеличением возраста детей в 2 раза увеличилось число детей с низким физическим развитием.

По мере роста детей исследуемой группы в 1,5 раза увеличилось количество детей со средним физическим развитием и в 3,5 раза уменьшилось число детей с высоким физическим развитием. В контрольной группе с увеличением возраста дети с низким физическим развитием составили 19,0%, что соответствовало числу детей с низким

физическим развитием в исследуемой группе при рождении. Количество детей со средним физическим развитием несколько увеличилось, в то время как число детей с высоким физическим развитием уменьшилось в 2,5 раза. С увеличением возраста детей низкое физическое развитие чаще встречалось у детей исследуемой группы по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Таблица 2.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по уровню физического развития в момент исследования

Пол	Группы детей					
	Исследуемая группа (n=56)					
	низкий		средний		высокий	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	10	17,9	13	23,2	5	8,9
Девочки	11	19,6	14	25,0	3	5,4
Всего	21	37,5	27	48,2	8	14,3
Контрольная группа (n=58)						
Мальчики	6	10,3	16	27,6	9	15,6
Девочки	9	15,5	13	22,4	5	8,6
Всего	15	25,8	29	50,0	14	24,2

Среднее физическое развитие одинаково часто встречалось у детей обеих групп, в то время как высокое физическое развитие чаще было у детей контрольной группы по сравнению с детьми исследуемой группы ($p<0,05$).

Кроме исследования уровня физического развития детей исследуемой и контрольной групп проводилась оценка его гармоничности.

Таблица 3.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по гармоничности физического развития при рождении

Пол	Группы детей					
	Исследуемая группа (n=56)					
	Гармоничное физическое развитие		Дисгармоничное физическое развитие		Резко/дисгармоничное физическое развитие	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	15	26,8	8	14,3	5	8,9
Девочки	16	28,6	6	10,7	6	10,7
Всего	31	55,4	14	25,0	11	19,6
Контрольная группа (n=58)						
Мальчики	16	27,6	9	15,5	6	10,4
Девочки	15	25,9	10	17,2	2	3,4
Всего	31	53,5	19	32,7	8	13,8

Как показано в таблице 3, гармоничное, дисгармоничное и резко дисгармоничное физическое развитие одинаково часто встречались у детей исследуемой и контрольной групп при рождении.

Как показано в таблице 3 и 4 с увеличением возраста число детей исследуемой группы с гармоничным развитием уменьшилось в 1,5 раза. Частота встречаемости дисгармоничного развития у детей исследуемой группы с возрастом практически не изменялась, а резко дисгармоничного развития увеличилась в 1,6 раза. В контрольной группе с возрастом уменьшилось количество детей с гармоничным развитием в 1,5 раза. Число детей с дисгармоничным развитием оставалось на прежнем уровне, а количество детей с резко дисгармоничным развитием увеличилось в 1,7 раза. С увеличением возраста частота встречаемости детей исследуемой и контрольной групп с гармоничным, дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием не различалась.

Таблица 4.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по гармоничности физического развития в момент исследования

Пол	Группы детей					
	Исследуемая группа (n=56)					
	Гармоничное физическое развитие		Дисгармоничное физическое развитие		Резко/дисгармоничное гармоничное развитие	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	6	10,6	10	17,9	12	21,6
Девочки	14	25,0	8	14,3	6	10,6
Всего	20	35,7	18	32,2	18	32,2
	Контрольная группа (n=58)					
Мальчики	10	17,2	11	19,0	10	17,2
Девочки	11	19,0	12	20,7	4	6,9
Всего	21	36,2	23	39,7	14	24,1

Таблица 5.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по наличию или избытку и дефициту массы тела при рождении

Пол	Группы детей			
	Исследуемая группа (n=56)			
	Избыток или наличие массы тела 1-2ст		Дефицит массы тела 1-2ст.	
	абс	%	абс	%
Мальчики	9	16,1	4	7,1
Девочки	8	14,3	4	7,1
Всего	17	30,4	8	14,3
	Контрольная группа (n=58)			
Мальчики	10	17,2	5	8,6
Девочки	9	15,5	3	5,2
Всего	19	32,7	8	13,7

Как показано в табл. 5, различия в количестве детей, а также мальчиков и девочек исследуемой и контрольной групп с наличием или избытком массы тела, и дефицитом массы тела при рождении не было.

Таблица 6.

Распределение детей исследуемой и контрольной групп по наличию или избытку и дефициту массы тела в момент исследования

Пол	Группы детей			
	Исследуемая группа (n=56)			
	Наличие или избыток массы тела 1-2ст.		Дефицит массы тела 1-2ст.	
	абс	%	абс	%
Мальчики	8	14,3	14	25,0
Девочки	4	7,1	10	17,8
Всего	12	21,4	24	42,8
	Контрольная группа (n=58)			
Мальчики	16	27,6	5	8,6
Девочки	8	13,8	8	13,8
Всего	24	41,4	13	22,4

Как представлено в табл. 5 и 6 с увеличением возраста количество детей с наличием или избытком массы тела 1-2 ст. в исследуемой группе снизилось в 1,4 раза, а количество детей с дефицитом массы тела увеличилось в 3 раза. В контрольной группе число детей с наличием или избытком и дефицитом массы тела с возрастом не различалось. С увеличением возраста детей число детей с наличием или избытком массы тела было больше в контрольной группе по сравнению с исследуемой группой ($p<0,01$), а количество

детей с дефицитом массы тела было больше в исследуемой группе, чем в контрольной ($p < 0,01$). По мере роста детей наличие или избыток массы тела чаще выявлялся у мальчиков контрольной группы по сравнению с мальчиками исследуемой группы ($p < 0,05$), в то время как дефицит массы тела чаще определялся у мальчиков исследуемой группы по сравнению с мальчиками контрольной группы ($p < 0,01$). У девочек обеих групп различий в частоте встречаемости наличия или избытка и дефицита массы тела не было.

Обсуждение. При рождении высокое физическое развитие чаще было у детей контрольной группы, в то время как низкое физическое развитие определялось у 20% исследуемой группы и не встречалось у детей контрольной группы. Различия в частоте встречаемости гармоничного, дисгармоничного и резко дисгармоничного развития, а также наличия или избытка массы тела и дефицита массы тела при рождении между группами не было. С увеличением возраста имелись общие тенденции в физическом развитии детей: увеличение числа детей с низким и средним физическим развитием с одновременным уменьшением количества детей с высоким физическим развитием, уменьшение количества детей с гармоничным физическим развитием и рост числа детей с резко дисгармоничным развитием. Частота встречаемости детей исследуемой группы - 1 и контрольной группы с гармоничным, дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием с увеличением возраста не различалась. Однако кроме общих тенденций в физическом развитии детей обеих групп были и отличия. Так, по мере роста детей низкое физическое развитие чаще выявлялось у детей исследуемой группы по сравнению с контрольной группой, а высокое физическое развитие было характерно для детей контрольной группы. С увеличением возраста число детей с наличием или избытком массы тела чаще определялось в контрольной группе, в то время как количество детей с дефицитом массы тела было больше в исследуемой группе. Это различие выявлялось только у мальчиков. Литературных данных о влиянии бериллия на физическое развитие детей нами выявлено не было.

Выводы: 1. С увеличением возраста физическое развитие детей г. Усть-Каменогорска (исследуемая и контрольная группы) характеризовалось увеличением числа детей с низким и резко дисгармоничным развитием, и уменьшением количества детей с высоким и гармоничным развитием.

2. У детей исследуемой группы с увеличением возраста чаще определялось низкое, а у детей контрольной группы – высокое физическое развитие. Различия в частоте встречаемости гармоничного, дисгармоничного и резко дисгармоничного развития между детьми обеих групп не было. Однако у детей исследуемой группы чаще определялся дефицит массы тела, а у детей контрольной группы – наличие или избыток массы тела.

3. У детей исследуемой группы родители чаще, чем у детей контрольной группы, работали на ОАО «УМЗ», имеющем бериллиевое производство.

Литература:

1. Щеплягина Л.А. Микронутриенты для роста и развития детей// Педиатрия. - 2008. - №6 - С.79-80.
2. Kalavska D. Blood lead level as a criterion of global pollution// Bull. Environ. Contam. And Toxicol. - 1992. - №4. - С.487-493.
3. Узунова Н.Н., Петрунина С.Ю., Шарапов А.Р. Особенности физического развития подростков г. Челябинска – промышленного центра Южного Урала // Педиатрия. - 2013. - № 2 . - С.164-164.
4. Сауткин М.Ф., Стунеева Г.И. Материалы многолетних исследований физического развития школьников// Здравоохранение Рос. Федерации. - 2005. - №1.- с.55-57.
- 5 Беляков В.А., Васильева А.В. Влияние загрязнения атмосферного воздуха на физическое развитие детей // Гигиена и санитария. - 2003. - №4.-С.33-34.
6. Щеплягина Л.А., Легонькова А.Е. Антропометрические показатели детей в зависимости от обеспеченности цинком // Рос. педиатр. журн. - 2006.-№6. - С.40-44.
- 7 EHC 237: Principles for evaluating health risks in children.- WHO- 2007.- p. 351.-URL: <http://www.who.int/ipcs/publications/enc/enc237.pdf>.

8. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронова Н.Н., Хомич М.М. Рост и развитие ребенка. М.: Наука, 2008 .- 272с.

9. Нормативы физического развития детей от 0 до 5 лет по результатам многофокусного исследования поэталонам роста (МИЭР), проведенного в 1997-2003гг. www.who.int/childgrowth/standarts/ru/.

10. Лабодаева Ж.Б. Рост и развитие детей и подростков. - Минск, БГМУ, 2007. - С.56.

11. Быховская М.С. Определение бериллия в биологических материалах // Методическое руководство.- М, 1958 - С.8.

УДК: 616.155.194.8-053.2

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ЭКОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ХВОСТОХРАНИЛИЩ РАДИОАКТИВНЫХ ОТХОДОВ

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Кудаяров Д.К., Жантураева Б.Т.

ECOPATHOLOGY MAIN SYNDROMES IN CHILDREN LIVING IN THE AREA PONDS FOR RADIOACTIVE TAILINGS

Saatova G.M., Furtikova A.B., Kudayarov D.C., Zhanturaeva B.T.

Резюме: изучены клинические формы экопатологии и клинико-эпидемиологические особенности врожденной и приобретенной патологии у детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия (город Майлуу - Суу).

Ключевые слова: дети, экология, болезни, факторы риска.

Resume: the clinical forms of ecopathology and epidemiological features of congenital and acquired diseases in children living in the zone of ecological distress (city Maili - Suu).

Key words: children, environment, disease, risk factors.

Опасность влияния экологического неблагополучия и условий жизни особенно высока для здоровья и развития детей. Радиоактивное загрязнение территории, расположенных вблизи хвостохранилищ, является одной из серьезнейших проблем в Кыргызской Республике. Одно из таких, представляющих опасность, хвостохранилищ расположено в г. Майлуу-Суу. Выше перечисленное обстоятельство обосновывает необходимость проведения тщательных научных исследований и последующего систематического контроля за состоянием здоровья детей, проживающих в городе Майлуу-Суу.

Цель исследования: изучить клинические формы экопатологии и клинико-эпидемиологические особенности врожденной и приобретенной патологии у детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия (город Майлуу-Суу).

Объем и методы исследования. В работе использовали официальные статистические формы медицинского учета: 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». Проведено обследование школьников проживающих в городе 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 у детей на территории изучаемого терапевтического участка (190 больных детей) на всех уровнях оказания медицинской помощи (ЦСМ, ТБ). Проведен анализ всех случаев смертности детей, результатов патологоанатомических заключений.

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), синдромом специфической химической и /или радиационного гиперчувствительности (СХГ/СРГ) и синдромом хронической интоксикации (СХИ).

Ретроспективно изучены приобретенные и врожденные заболевания, начавшиеся с периода новорожденности и в течении всего периода детства: по данным родильного отделения ЦОВП г. Майлуу-Суу с 1990 по 2002 годы по амбулаторным картам и историями болезни ТБ и ЦСМ г. Майлуу-Суу. Проведено проспективное углубленное комплексное клинико-функциональное обследование 138 больных детей, постоянно проживающих в г. Малуу-Суу по обращаемости в ТБ, ООДКБ, ТБ Джалаабадской области, НЦОМиД. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакетов прикладных программ Microsoft Excel. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента и критерия χ^2 . Для изучения взаимосвязи качества и объема оказания специализированной медицинской помощи, а также других причин, с уровнем своевременности регистрации врожденной и приобретенной патологии, смертностью и инвалидностью проведен расчет коэффициентов парной корреляции Пирсона (r), коэффициента детерминации ($R = r^2 \times 100$), коэффициента неопределенности в %. Относительная связь заболеваний и факторов риска (ФР) изучалась по величинам: относительный риск (ОР), отношение шансов (ОШ), атрибутивный риск (АО).

Результаты исследования и обсуждение. Состояние здоровья и клинические формы экопатологии у школьников города 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 девочек).

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

Преобладающими проявлениями экопатологии у школьников, посещающих занятия, были функциональные отклонения со стороны центральной нервной системы (ЦНС) (9,0%), сердечно-сосудистой системы (ССС) (6,0 %), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (58,0%), мочевыделительных путей (МВП) (4,0%), утомляемость, усталость, гиподинамия (25,0%), патология ЛОР органов (19,0%), анемия (12,0%) .

Из числа обследованных школьников 37% детей страдают хроническими заболеваниями. В структуре хронических заболеваний доминируют малые аномалии развития сердца и врожденные пороки сердца (ВПС), реже встречаются хронические заболевания ЖКТ, болезни почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, ревматические болезни сердца, хроническая бронхолегочная патология (рис. 1).

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.

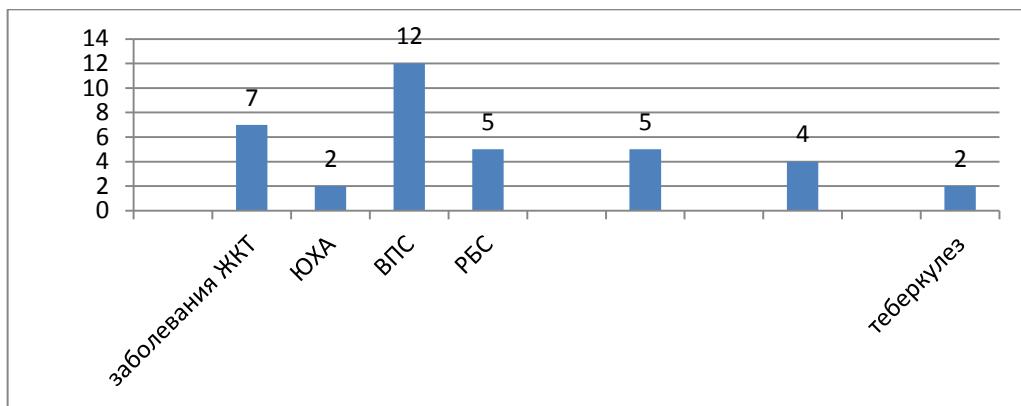


Рис. 1. Структура выявленных хронических заболеваний у школьников города Майлую-Суу в %.

Структура и частота «экологических синдромов» у школьников города Майлую Суу с врожденными и приобретенными заболеваниями. В зависимости от наличия и вида «экологического диагноза» были выделены следующие подгруппы детей: с синдромом экологической дезадаптации (СЭД), специфической химической и (или) радиационной гиперчувствительности СХ/РГ, хронической интоксикации (СХИ), обозначенные как «Эко+» и группа детей без диагнозов СЭД и СХ/РГ 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 сенсибилизации (75,7%) (табл. 1).

Таблица 1.

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

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

Уровень регистрации ВПР в городе Майлую Суу в разные годы был не однозначным. По данным родильного отделения ЦОВП города Майлую Суу с 1990 по 2002 годы частота ВПР у родившихся детей колебалась от 2,5 до 8,17%. За последние 3 года (с 2010 по 2012 годы) частота ВПР из числа родившихся колебалась от 10,15% до 5,8%. Наивысший показатель рождения детей с ВПР отмечен в 2010 году (10,15%) (рис. 2). За последние 3 года дети с ВПР рождались преимущественно у молодых матерей (от $25,07 \pm 2,4$ до $27,13 \pm 3,2$ лет) с соматическими заболеваниями (от $43,4 \pm 3,2\%$ до $48,4\% \pm 4,5\%$), доношенные с хорошим весом (от $3024,1 \pm 150,0$ до $3316,7 \pm 170,0$ г), чаще мальчики (от $53,8 \pm 10,2\%$ до $65,2 \pm 12,0\%$), преимущественно от второй беременности, первых родов. В структуре ВПР ВПС встречаются от $46,1 \pm 10,0\%$ до $58,6 \pm 11,5\%$ из числа родившихся детей. В 1998 и 2010 годах 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. 3).

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

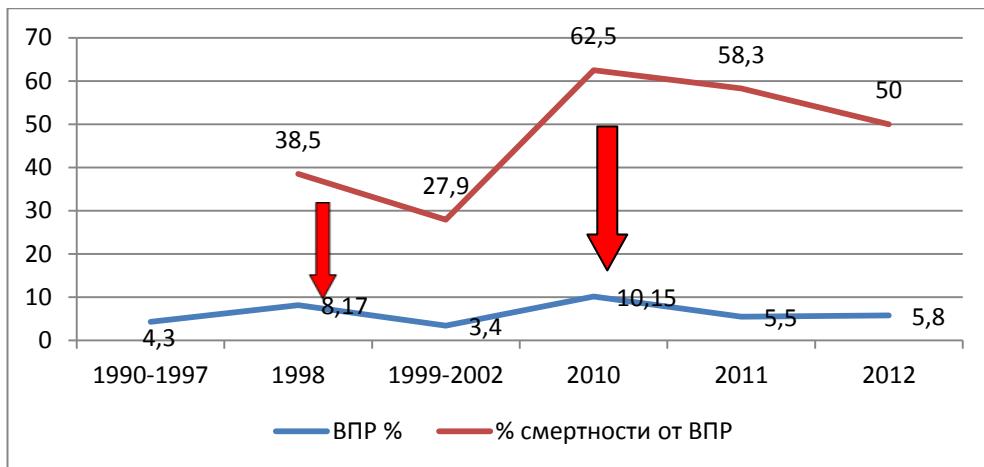


Рис. 2. Динамика частоты рождения детей с ВПР и процент смертности в связи с ВПС из числа родившихся живыми (%) (по данным родильного отделения ЦОВП города Майлуюу-Суу).

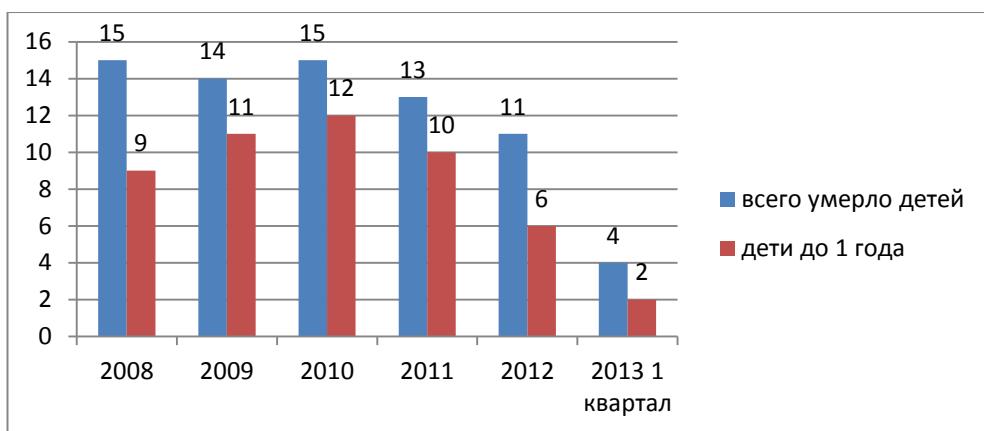


Рис. 3. Количество случаев смерти детей в городе Майлуюу-Суу.

По предварительным данным главной причиной смерти детей в 2004-2005 годах были ВПР (ВПС), тогда как с 2010 года, кроме ВПР (ВПС), среди причин значимым было влияние внешних факторов у относительно адаптированных детей.

Таблица 2.

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	
Брожденная 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%)

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. 2).

Факторы риска и ранговая значимость экологических факторов в формировании врожденной и приобретенной патологии у детей в г. Майлуу - Суу. Комплексный регрессионный анализ факторов риска врожденных и приобретенных сердечнососудистых заболеваний у детей, проживающих в городе Майлуу-Суу, выявил, что по уровню множественной регрессии в формировании хронических заболеваний у детей имеют значение средовые (x^3), биологические (x^2), медицинские (x^2) и социальные факторы (x^2).

По данным Института медицинских проблем ЮО НАН КР дренажные воды, стекающие в реку, на момент обследования имеют высокое содержание $238+234U$ от 0,6 до 2,0 мг/л (15-50 Бк/л). Кроме того в водах реки Майлуу-Суу обнаружены повышенные концентрации хрома, кобальта, селена, кадмия, которые своим происхождением обязаны наличию природной геохимической провинции этих элементов [2,3].

Установлена статистически значимая корреляционная зависимость между комплексной антропогенной нагрузкой и перинатальной смертностью в связи с ВПР /ВПС) ($r=0,42$ при $p \leq 0,05$), смертностью детей до 1 года ($r=0,36$ при $p \leq 0,05$).

Регрессионный анализ факторов риска врожденных и приобретенных хронических заболеваний у детей выявил, что по уровню множественной регрессии имеют значение средовые факторы (x^3 - загрязнение ураном воды, x^2 – проживание в загрязненной точке города).

Причиной повышенной заболеваемости местного населения в г. Майлуу-Суу 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.

Среди медицинских факторов доминировали отягощенный акушерский анамнез предыдущих беременностей ($OP=8,0$), эпизод мертворождения ($OP=6,1$), случай смерти ребенка по неизвестной причине преимущественно на первом году жизни, более одного выкидыша на ранних сроках беременности (2,08), малые сроки между беременностями (до 2 лет) ($OP=2,6$), не леченная УГИ ($OP=6,1$), соматические заболевания у женщины и мужчины ($OP=5,8$), ВПР у других членов семьи ($OP=2,3$).

В структуре биологических рисков наибольшую значимость имели родственный брак ($OP=1,07$).

Таким образом, риск возникновения ВПР (ВПС) и других приобретенных заболеваний у детей жителей г. Майлуу-Суу (урановых хвостохранилищ) связан не только с неблагоприятными экологическими, но и с медицинскими, биологическими и социальными факторами.

Выходы: 1. У 65% детей, проживающих более 5 лет в г. Майлуу-Суу, зарегистрированы 2 и более фоновых заболевания (анемии, глистные и паразитарные инвазии, отставание физического развития, тимомегалия) в сочетании с 3 и более хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, ЖКТ, мочевыделительной системы, врожденными аномалиями развития (ВПС).

2. 52,6% детей школьного возраста, проживающих в условиях напряженной экологической ситуации (г. Майлуу-Суу) имеют высокий медико-социальный риск хронических заболеваний: синдром экологической дезадаптации (75,5%), специфической химической и /или радиационной гиперчувствительности (12,5%), хронической интоксикации (11,7%).

3. Риск возникновения ВПР (ВПС) и других приобретенных заболеваний органов кровообращения у детей жителей города Майлуу-Суу связан не только с неблагоприятными средовыми факторами (x^3 - загрязнение ураном воды), но и с медицинскими, биологическими и социальными факторами.

Список литературы:

1. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // РОС. вестн перинатол и педиат. – 1996. - №2. - С. 5-12.
2. Тойчуев Р.М., Сооданбеков Э.Т., Мадыкова Ж.А. Пути профилактики развития «радонового» рака органов дыхания у населения, проживающего в урановой биогеохимической зоне // Международная конференция «Проблемы радиационной безопасности в 21 веке» 20-21 июня 2012. - Ереван (Армения) - 2012. - С.114-115.
3. Тойчуев Р.М. Использование углубленных интеграционных методов исследования в изучении роли энергии геннообусловленных патологий // Успехи современного естествознания. - 2013. - №4. - С.37-41.

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ ГЕТЕРОГЕННЫХ
РЕГИОНАХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА**

Saatova Г.М., Furtikova A.B., Жантураева Б.

**CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF
CARDIOVASCULAR DISEASE IN CHILDREN LIVING IN
ENVIRONMENTALLY HETEROGENEOUS REGIONS
OF SOUTHERN KYRGYZSTAN**

Saatova Г.М., Furtikova A.B., Zhanturaeva B.

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

Резюме: изучена структура и клинико-функциональная характеристика сердечнососудистой патологии у детей, проживающих в экологически гетерогенных зонах юга Кыргызстана. При проведении углубленного комплексного обследования выявлена высокая частота поражений сердечнососудистой системы, представленная врожденными аномалиями сердца, невоспалительными заболеваниями миокарда (миокардиодистрофии).

Ключевые слова: дети, врожденные пороки сердца, кардит, миокардиодистрофия.

Resume: The structure of clinical and functional characteristics of cardiovascular disease in children living in different environmentally heterogeneous areas in southern Kyrgyzstan. With an in-depth examination revealed full machining high frequency lesions of the cardiovascular system, presented congenital anomalies of the heart, not inflammatory myocardial diseases (myocardial dystrophy).

Key words: children, congenital heart disease, carditis, myocardial.

Оценка состояния сердечнососудистой системы у детей, проживающих в зонах экологического неблагополучия, остается актуальной и сложной проблемой клинической педиатрии. Среди традиционных причин, приводящих к развитию сердечнососудистой патологии у детей, большой интерес представляет проблема влияния на здоровье детей, в частности на органы кровообращения, неблагоприятных факторов природной среды.

Цель исследования. Изучить структуру и представить клинико-функциональную характеристику сердечнососудистой патологии у детей, проживающих в экологически гетерогенных зонах юга Кыргызстана.

Объем и методы исследования. Исследовательская работа проведена в 4 зонах Кыргызстана, гетерогенных по экологическому благополучию (по данным Департамента санитарно-гигиенического контроля): в Ноокенском районе и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области (регион хвостохранилищ), Наукатский район (табакосеющий

регион), Араванский и Карасуйский район Ошской области (хлопкосеющий регион), Алайский район Ошской области (экологически благополучный регион).

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), 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 областная объединенная детская больница, Джалаалабадская областная больница, Национальный центр охраны материнства и детства, г. Бишкек).

Для сбора информации разработана карта-анкета, социальный статус семей, материально-бытовые условия, возраст, профессия и заболеваемость родителей, воздействие вредных факторов на детей в антенатальном периоде, акушерский анамнез матерей, физическое развитие, характер вскармливания детей на первом году жизни, заболеваемость. Включена 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 морфометрических и 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 Джалаалабадской области), 76 - в табакосеющем регионе (Наукатский район Ошской области), 151 - в хлопкосеющем регионе (Араванский и Карасуйский район Ошской области), 107 – в экологически благополучном регионе (Алайский район Ошской области).

В структуре обследованных больных по всем регионам преобладали дети от 12 до 15 лет (табл. 1). 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. Болезни костномышечной системы и соединительной ткани выявлены – у 35% 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%).

Таким образом, в структуре болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана, 29,7% составляют врожденные аномалии сердца и сосудов.

В структуре приобретенных заболеваний сердца преобладает хроническая ревматическая болезнь сердца (19,2%), острая ревматическая лихорадка (15,5%) и ревматические пороки сердца (15,8%).

Таблица 1.
Структура болезней органов кровообращения у детей, проживающих в различных регионах
Кыргызстана

	Регион хвостохра-нилищ (Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалал-абадской области)	Табакосеющий регион (Наукат-ский район Ошской области)	Хлопкосе-ющий регион (Араванский и Карасуй-ский район Ошской области)	Экологи-чески благополучны й регион (Алайский район Ошской области)	
ВПС	48 (51,6%)	17 (22,36%)	36 (23,8%)	25 (23,3%)	126
Приобретен-ные заболе-вания орга-нов крово-обращения	45 (48,4%)	59 (77,7%)	115 (76,2%)	82 (76,7%)	301
Всего	93 (100%)	76 (100%)	151 (100%)	107 (100%)	427

Врожденная патология сердца и крупных сосудов доминировала у детей в Ноокенском районе и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области (51,6%) (табл. 1). Среди обследованных детей чаще регистрировались ВПС с обогащением (50%), обеднением (45,2%) малого круга кровообращения, крайне редко наблюдались дети с ВПС с препятствием кровотоку в большом круге кровообращения (2,3%).

ВПС у детей, проживающих в экологически благополучном регионе (Алайский район Ошской области (32,5%), хлопкосеющим регионе (Араванский и Карасуйский район Ошской области) (23,6%), реже табакосеющим регионе (Наукатский район Ошской области) - (19,1%) в ЛПУ диагностированы и госпитализированы дети со слабыми и умеренными проявлениями недостаточности кровообращения. Из региона хвостохранилищ (Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области) госпитализированы преимущественно дети с тяжелыми проявлениями недостаточности кровообращения (86%).

В структуре приобретенных заболеваний доминировали миокардиодистрофия (38,0%), кардит (32,5%), реже ревматические поражения сердца (29,5%) (комбинированный митральный порок или сочетанный порок двух клапанов сердца - у 11,3%).

У больных с миокардиодистрофией характерным было раннее обнаружение дистрофического синдрома, что имело неблагоприятное значение и в половине случаев сопровождалось снижением функционального состояния миокарда. У больных детей с миокардиодистрофией при проведении углубленного ЭХОКГ исследования выявлялись признаки расширения полости левого желудочка и тенденция к снижению показателей, характеризующих насосную функцию миокарда, что можно рассматривать как доклиническое проявление формирования сердечной недостаточности.

Неревматический кардит протекал преимущественно подостро. На ЭКГ - синусовая тахикардия, высокий вольтаж комплекса QRS, признаки гипертрофии левого желудочка с глубокими зубцами Q и подэндокардиальной гипоксией миокарда, нередко - перегрузка и гипертрофия правого желудочка. У 8% детей, умерших не от заболевания сердца, по данным аутопсии обнаружен кардит.

У детей в изучаемых регионах особенности течения острой ревматической лихорадки и её последствий не имели отличий. Во всех изучаемых регионах преобладали случаи субклинического (стертого) течения ревматизма, что затрудняло своевременную диагностику и лечение.

Общеклинические исследования детей показали, что у 94,2% больных ревматизмом имеются сопутствующие заболевания, такие как хронический тонзиллит (78,9%),

фарингит (10,5%), кариес, синуситы, дискинезии желчевыводящих путей, глистные инвазии и т.д. У 61,4% детей выявлено наличие нескольких очагов хронической инфекции в организме, которые оказывают сенсибилизирующее действие на организм и тем самым способствуют развитию аллергии и ревматизма.

Клинические симптомы кардита с ЭХО признаками вальвулита имели место у 51,7% детей. У 31,8% детей установлен вальвулит митрального, у 19,9% – аортального клапанов, признаки тяжелого кардита (85,7%).

У 35% детей диагностирована повторная ревматическая лихорадка, в том числе у 19,2% с формированием порока и у 15,8% с ХРБС без порока. У 41,0% детей выявлено формирование порока сразу после 1 атаки ревматизма. У детей, проживающих в регионе хвостохранилищ (Ноокенский район и г.Майлуу-Суу Джалалабадской области), чаще отмечались признаки недостаточности митрального клапана (71,4%), чем у детей из других регионов (36,1%).

У 29,5% больных ревматизмом, проживающих в регионе хвостохранилищ (Ноокенский район и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области), выявлен комбинированный митральный порок, и у 11,3% детей - сочетанный порок двух клапанов сердца.

Выводы: 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 заболеваний сердца доминируют миокардиодистрофии, которые в половине случаев сопровождаются проявлениями формирования сердечной недостаточности.

Врожденная патология сердца и крупных сосудов доминирует у детей в Ноокенском районе и г. Майлуу-Суу Джалалабадской области (51,6%). Из этих регионов госпитализируются преимущественно дети с тяжелыми проявлениями недостаточности кровообращения (86%).

Особенности течения ревматической лихорадки у детей, проживающих в экологически неблагополучных регионах юга Кыргызстана, характеризуются: субклиническим течением, формированием порока сердца после первого эпизода острой ревматической лихорадки, высокой вероятностью формирования комбинированных пороков сердца, артритами, редкими экстракардиальными проявлениями ревматической лихорадки.

Высокая частота врожденной патологии сердца, а также частые случаи скрытого и латентного течения ревматической лихорадки, способствующие формированию ревматических пороков сердца, диктуют необходимость разработки и внедрения оптимальных мер первичной и вторичной профилактики болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана.

**ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА СОСТОЯНИЕ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ**
Шалабаева Б.С., Кабылова Э.Т., Маймерова Г.Ш.

**INFLUENCE THE LEARNING PROCESS ON THE HEALTH
STATUS SCHOOLCHILDREN**
Shalabaeva B.S., Kabylova E.T., Maymerova G.Sh.

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

Резюме: показано, что в Кыргызстане основными причинами ухудшения состояния здоровья у детей школьного возраста являются высокая учебная нагрузка, продолжительное времяпровождение за компьютером, нерегулярное посещение уроков физической культуры, неадекватный физический труд.

Ключевые слова: школьники, учебные нагрузки, органическая патология и функциональная.

Resume: it is shown that in Kyrgyzstan the main causes of poor health in children of school age are high workload, long pastime for computer irregular attendance of physical training lessons, inadequate physical work.

Key words: students, teaching load, and functional organic pathology.

Актуальность. Увеличение объема информации, нарастающая интенсификация их труда, внедрение новых технических средств в учебный процесс требуют от вчерашних школьников высокой степени умственного и психоэмоционального напряжения. Однако в литературе имеются данные о том, что эти факторы способствуют снижению общих адаптационных резервов, психофизиологической дисгармонии, инициированию или прогрессированию психосоматических заболеваний у детей [1], формированию хронических заболеваний [3], поскольку дети школьного возраста, в силу незавершенности процессов роста и созревания, и находясь в состоянии биологической, психологической перестройки и социальной адаптации обладают высокой степенью восприимчивости организма к неблагоприятным воздействиям социальной и окружающей среды [2].

Между тем, в Кыргызстане исследования по изучению состояния здоровья детей школьного возраста с учетом учебной нагрузки и социальных факторов не проводились. Отсутствие научно-обоснованных данных о состоянии здоровья детей школьного возраста на современном этапе определяет цели данного исследования.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие дети школьного возраста. В каждой области Кыргызской Республики выбирали две школы из областного и районного центра.

Всего под наблюдением находилось 2878 учащихся, из них 47,2% мальчиков и 52,8% девочек. Учащиеся были разделены на возрастные группы: 1-4-е, 5-7-е и 8-11-е классы.

На первом этапе исследования проводился скрининг-опрос школьников 5-11-х классов, а также родителей учеников младших классов (1-4-е класс) по специально составленному вопроснику.

Вопросник состоял из 2-х разделов. В 1-м разделе были использованы медико-социальные вопросы для изучения отношения к своему здоровью детей и подростков, об учебных нагрузках в школе и дома, о проведении досуга. Во 2-м разделе - перечень жалоб, указывающих на поражение органов желудочно-кишечного тракта. После скрининг-опроса отбирали всех детей с жалобами, указывающими на поражение желудочно-кишечного тракта и желчных путей.

На втором этапе исследования у детей с выявленными жалобами проводились клинический осмотр со сбором анамнеза болезни, объективная оценка состояния органов желудочно-кишечного тракта, что позволяло выставлять предварительный диагноз.

Проводился расчет коэффициента удовлетворительности состояния (КУС) учащегося как отношения процента выявленной позитивной симптоматики и процента выявленной негативной симптоматики [3].

Статистическая обработка материала проводилась в статистической программе SPSS.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования проводился анализ учебных нагрузок, занятия спортом, досуг учащихся в свободное от школы время и отношение к своему здоровью (табл. 1).

Таблица 1.

Учебная нагрузка в школе и дома

Показатели	1-4 классы n=1081		5-7 класс n=815		8-11 класс n=982		Всего n=2878	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Учебная нагрузка в школе								
низкая нагрузка	39	3,6	36	4,4	20	2,0	95	3,3
нормальная нагрузка	428	39,6	710	87,1	897	91,3	2035	70,7
высокая нагрузка	614	56,8	69	8,5	65	6,6	748	26,0
Учебная нагрузка дома								
низкая нагрузка	21	1,9	718	88,1	899	91,5	1638	56,9
нормальная нагрузка	698	64,6	57	7,0	75	7,6	830	28,8
высокая нагрузка	362	33,5	40	4,9	8	0,8	410	14,2

Среди детей младших классов прослеживалась «высокая» учебная нагрузка, как в школе (56,8%), так и дома (33,5%), тогда как среди учащихся 5-7-х и 8-11-х классов в школе превалировала «нормальная» учебная нагрузка и соответствовала 87,1% и 91,3%, а дома «низкая» - 88,1% и 91,5%.

Продолжительность просмотра телевизионных передач и работы за компьютером оказывают большое влияние на ограничение двигательной активности школьников. По результатам опроса 59% учеников 1-4 классов, 56% школьников с 5-го по 7 классы, 55,8% учащихся 8-11 классов свободное время проводили у телевизора, за компьютером соответственно 40,1%, 20,5% и 19,3% детей. Из 40,1% детей младших классов абсолютное большинство (73,7%) проводили время за компьютером до 2-х часов, 13,6% – более 2-х часов в день. Такое длительное пребывание за компьютером приводит к переутомлению, нарушению осанки, ухудшению зрения. При этом только 32,8% детей в младших классах регулярно занимались физической культурой.

Регулярные занятия физической культуры более популярны среди детей старшего возраста. 90,2% учащихся 5-7 классов регулярно занимались физической культурой, из них спортивную секцию посещал каждый 4-й, 83,8% – среди школьников 8-11 классов, спортивную секцию посещали каждый 3-й.

Анализ результатов опроса позволил выявить отношение детей и подростков к собственному здоровью. 46,4% опрошенных оценивали свое здоровье очень хорошим, 40,1% – хорошим, 11,7% – удовлетворительным. Только единичные (1,2%) дети дали плохую оценку своему здоровью.

«Работающий ребенок» представляет собой опасное явление для здоровья и результаты опроса показали, что на каникулах работали среди учащихся 1-4-х классов 30,6%, 5-7 классов – 70,3% и 8-11 классов – 52,2% детей.

В таблице 2 представлен сравнительный анализ состояния органов пищеварительного тракта детей по возрастным группам.

Таблица 2.

Структура органической и функциональной патологии органов пищеварительного тракта у школьников

№	Нозологическая форма	1-4 класс n=319		5-7 класс n=297		8-11 класс n=369		Всего n=985 (34,2%)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органическая патология									
1.	Хронический гастрит	68	21,3	74	24,9	99	26,8	241	24,5
2.	Язвенная болезнь желудка	18	5,6	9	3,0	24	6,5	51	5,2
3.	Хронический холецистит	53	16,6	35	11,8	46	12,5	134	13,6
Функциональная патология									
4.	Синдром раздраженного кишечника (СРК)	21	6,6	20	6,7	28	7,6	73	7,4
5.	Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)	99	31,0	70	23,6	97	26,3	268	27,2
6.	Функциональная неязвенная диспепсия (ФНД)	65	20,4	47	15,8	77	20,9	189	19,2
7.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)	27	8,5	22	7,4	9	2,4	58	5,9

Изменения со стороны органов желудочно-кишечного тракта диагностированы у 985 (34,2%) учеников (табл. 2). Они были представлены органической патологией: хроническим гастритом (у 24,5%), язвенной болезнью (у 5,2%), хроническим холециститом (у 13,6%) и функциональной - синдромом раздраженного кишечника (7,4%), дискинезия желчевыводящих путей (27,2%), функциональная неязвенная диспепсия (19,2%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (5,9%).

Сравнительный анализ показал, что среди органической патологии чаще встречался хронический гастрит во всех возрастных группах (21,3%, 24,9% и 26,8%). Хронический холецистит чаще был отмечен у детей младших классов (16,6%) и с возрастом уменьшался (5-7-й классы - 11,8% и 8-11 классы - 12,5%).

Функциональная патология также чаще всего встречается среди детей 1-4 классов, и чем старше становились дети, тем частота функциональной патологии уменьшалась (табл. 2).

Анализируя жалобы, анамнез, данные объективного осмотра был оценен КУС (табл. 3).

Таблица 3.

Коэффициент удовлетворительности состояния у детей школьного возраста

Показатели	1-4 классы n=1081		5-7 класс n=815		8-11 класс n=982		Всего n=2878	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
КУС низкий	21	1,9	22	2,7	37	3,8	80	2,8
КУС средний	192	17,8	173	21,2	200	20,4	565	19,6
КУС высокий	868	80,3	620	76,1	745	75,9	2233	77,6

Большинство учащихся 1-4-х классов имели высокие показатели КУС (80,3%), что указывало на их адекватные адаптационные возможности при поступлении на учебу. Число детей с высокими показателями КУС снижалось, и у школьников 8-11-х классов составил 75,9%, а низкий КУС удвоился в сравнении с учениками младших классов, что свидетельствует о нарушениях состояния здоровья учеников к концу школьной жизни.

Выводы. Результаты исследования показали, что высокая учебная нагрузка, продолжительное времяпровождение за компьютером, нерегулярное посещение уроков

физической культуры среди детей младших классов, рост работающих детей, способствуют подрыву здоровья в детском и подростковом возрасте, о чем можно судить по проведенной оценке состояния органов пищеварения у школьников. Так, органическая патология, как хронический гастрит имеет тенденцию к нарастанию, встречаясь среди детей младших классов у каждого 5-го и к концу школьной жизни у каждого 4-го ученика. Функциональная патология чаще встречается среди детей 1-4-х классов и незначительно уменьшается с возрастом.

Список литературы:

1. Баранов, А.А. *Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: руководство для врачей* [текст] /А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2007. - 352с.
 2. Медведев, В.П. *Проблемы здоровья подростков* [текст] / В.П. Медведев, А.М. Куликов // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. - 2001. - №1. - С. 8–14.
 3. Панков, Д.Д. *Новый методический подход к анализу результатов профилактического осмотра школьников* [текст] / Д.Д. Панков, Т.Б. Панкова, Г.И. Берова и др. // *Рос. пед. журнал*. - 2006. - №2. - С. 37-40.
-

**НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ
ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ
АНОМАЛЬНЫМ ВПАДЕНИЕМ ПОЛЫХ ВЕН**

**Жоошов К.Т., Шабыралиев С.Э., Муралиев Э.Ж., Раяпов Н.О.,
Абдылдаев И.З., Усупбаева Г.Т.**

**OUR EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF THE COMPLEX
FORMS CONGENITAL HEART DISEASE COMBINED WITH
ANOMALY INLET OF CAVA VENES**

**Zhooshov K.T., Shabyraliev S.E., Muraliev E.J., Rayapov N.O.,
Abdyldaev I.Z., Usupbaeva G.T.**

*НИИ хирургии сердца и трансплантации органов,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.*

Резюме: в статье представлены результаты хирургической коррекции сложных форм врожденных пороков сердца, сочетающиеся с редкой аномалией - впадением полых вен в левое предсердие.

Ключевые слова: атриовентрикулярная коммуникация, стеноз легочной артерии, аномальное впадение полых вен.

Resume: There are results of surgical correction of complex forms congenital heart disease combined with rare anomaly – inlet of cava venes to left atrium.

Key words: atrioventricular communication, pulmonary artery stenosis, anomaly inlet of cava venes.

Актуальность. Аномалии впадения системных вен встречаются довольно часто, однако в изолированном виде они наблюдаются редко и их описания носят единичный характер (1). Частота патологии, среди всех видов врожденных пороков сердца (ВПС) составляет 2-3% (2, 3). Аномальное впадение левой верхней полой вены в левое предсердие встречается в 18% всех форм аномального впадения полых вен (АВПВ). Оно чаще всего сочетается с задненижним ДМПП в области коронарного синуса (4), неполной формой ОАВК и отсутствием нижней полой вены (5). Аномальное впадение нижней полой вены в левое предсердие (ЛП) является редко встречающейся патологией и может встречаться как в изолированном виде (7, 8), так и в сочетании с другими пороками сердца (6, 9, 10). По данным Omar Lazzarin, Roberto de Rossi (2007) аномальное впадение нижней полой вены в левое предсердие встречается в 2-4% среди всех ВПС. В литературе мы встретили описание одного случая тотального аномального системного венозного дренажа легочных вен у пациентки 24 лет (12).

Цель исследования: изучить особенности сочетания аномального дренирования верней левой полой вены и нижней полой вены в левое предсердие, сочетания аномального дренирования нижней полой вены в левое предсердие, аномальное дренирование легочных вен в правое предсердие у детей с тяжелыми формами ВПС и возможность их хирургической коррекции.

Материалы и методы исследования. В Научно-исследовательском институте хирургии сердца и трансплантации органов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики на 2082 операций проведенных по поводу врожденных пороков сердца были встречены три случая (0,14%) сочетания аномального впадения полых вен в левое предсердие с другими ВПС. Диагноз устанавливался на основе трехмерного ЭХОКГ исследования, у пациентов №2-3 с использованием катетеризации полостей сердца и аниокардиографии. Во всех трех случаях основной диагноз ВПС соответствовал

интраоперационным данным, в то же время, ни в одном случае, предоперационное исследование не выявило аномального дренирования полых вен в левое предсердие. Аномальное впадение полых вен в левое предсердие было интраоперационной находкой.

Данные клинико-инструментального обследования больных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Данные клинико-инструментального обследования больных с ВПС

	Пациент №1	Пациент №2	Пациент №3
Возраст	9 лет	1 год	16 лет
Сердечная недостаточность	СНФКIII	СНФКIII	СНФКIII
Цианоз	-	+	+
Эритроциты	4,4	4,6	4,74
Гемоглобин	132	137	132
Гематокрит	39	38	40
SO2	91%	86%	До анастомоза - 65%, после-78%
Дефект МПП	Первичный ДМПП-24мм	Перегородка отсутствует	Перегородка отсутствие
ДМЖП	-	-	Субаортальный 28 мм
ГПП	+	+	+
ГЛП	+	+	-
ГЛЖ	+	+	-
ГПЖ	+	+	+
КДРЛЖ	40	22	39
КСРЛЖ	23	13	24

Результаты исследования. У пациента №1 в возрасте 1 года, с неполной формой атравентрикулярной коммуникации (АВК) интраоперационно было обнаружено впадение левой верхней полой вены в ушко левого предсердия. У пациента №2 9 лет с неопределенным сформированным леворасположенным сердцем имело место неполная форма АВК. В левое предсердие впадали левая верхняя и нижняя полые вены. Нижняя полая вена имела ход по левой стороне от позвоночного столба и впадала в левое предсердие в нижней его части. Печеночная вена отдельно впадала в правое предсердие. В третьем случае, у пациентки 16 лет аномальное впадение левой верхней полой вены и нижней полой вены в левое предсердие сочеталось с двойным отхождением сосудов от правого желудочка. Комбинированный стеноз легочной артерии был на грани атрезии выходного отдела правого желудочка (ПЖ). Дефект межжелудоковой перегородки (ДМЖП) сочетался с большим первичным дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) и наличием мембранны в левом предсердии (ЛП) прикрывающей устья легочных вен. Имел место аномальный дренаж левых нижнедолевых легочных вен в правое предсердие и отсутствие коронарного синуса. Конусная артерия высоко пересекала выходной отдел ПЖ. У пациента был функционирующий аорто-легочный анастомоз, созданный 3 года назад.

Хирургическая коррекция аномалии. Пациент №1. Произведена пластика створки митрального клапана. Устья левой верхней полой вены (ВПВ) и нижней полой вены (НПВ) перемещены в правое предсердие (ПП) с помощью тоннеля из сосудистого протеза, после чего, материалом из аутоперикарда была создана межпредсердная перегородка.

Пациент №2. После устранения патологии митрального и трикуспидального клапанов, пластики ДМПП аномально дренирующая левая ВПВ была отсечена от ушка ЛП с последующим созданием соустья вены с ушком ПП.

Пациент №3. С началом искусственного кровообращения функционирующий анастомоз между левой подключичной артерией и левой легочной артерией был устранен

путем его перевязки. После расширения ДМЖП и частичного иссечения конусной перегородки был создан тоннель между аортой и левым желудочком, материалом из ксеноперикарда. С помощью ксеноперикарда устья аномально дренирующих полых вен перемещены в правое предсердие. Произведена септация межпредсердной перегородки с перемещением устьев нижнедолевых легочных вен слева в ЛП. В виду невозможности рассечения выходного отдела ПЖ из-за аномальной конусной артерии был наложен кондукт с моностворкой между ПЖ и ЛА. После восстановления сердечной деятельности у больного развилась полная атриовентрикулярная блокада, что потребовало подключение аппарата наружной электрокардиостимуляции.

Из трех оперированных больных умер один (пациент №3) на трети сутки после снятия с искусственной вентиляции легких вследствие внезапного отказа аппарата наружной электрокардиостимуляции. Остальные двое больных были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение. В данном сообщении описано клиническое течение различных вариантов аномального впадения полых вен в левое предсердие. О возможности аномального впадения левой верней полой вены можно предполагать тогда, когда цианоз нельзя объяснить характером гемодинамики какого-либо ВПС, протекающего с нормальным давлением в правых отделах сердца и малом круге кровообращения (6,13).

Gasul B. et all. (1966) описали определенный клинический синдром изолированного аномального дренажа левой верхней полой вены в левое предсердие, характеризующийся цианозом, отсутствие жалоб со стороны сердца, положительным симптомом «барабанных палочек», отсутствием шумов в области сердца и признаками гипертрофии левого желудочка на ЭКГ. Цианоз мало выражен, особенно у больных с сопутствующим ДМПП, приводящим к увеличению легочного кровотока. Диагностика порока основывается на проведении ангиокардиографического исследования, компьютерной томографии или радиоизотопной кардиографии. При отсутствии данных видов инструментального обследования диагностика аномального впадения одной или нескольких полых вен в левое предсердие, несомненно, будет затруднена и может оказаться интраоперационной находкой.

Таким образом, аномальное впадение одной или двух полых вен в ЛП является редко встречающейся в сочетании с другими видами ВПС патологией. Диагностика сочетания аномального впадения полых вен в ЛП у больных со сложными формами, особенно с эктопией сердца и множественными врожденными аномалиями сердца затруднена и требует большого опыта у специалистов. Адекватная коррекция ВПС и создание нормального внутрисердечного потока крови обеспечивает исход операции.

Литература:

1. Dupuis A., Fiontera P., Pernot A. *Anomalous drainage of the superior vena cava into the left atrium as an isolated anomaly* // *Magyar pediater* — 1978. -Vol. 12, №4.-P. 11 14.
2. Campbell M. and Deuchar D.C. *Left sided superior vena cava* // *J. Brit. Heart.* - 1965,- Vol. 84, № 4 P. 657-659.
3. James V.Rigardson et. all. *Isolated anomalous inferior vena cava connection to the left atrium: report of a successful surgical case and review of the literature*// *Cardiovascular Diseases* 1979, *Bulletin of the Texas Heart Institute*. Vol. 6, №1, – P 44-46.
4. Raghib, G., Reentenberg, H. D., Anderson, R. C., Amplatz, K., Adam, P., Jr., and Edwards, J. E. *Termination of the left superior vena cava in left atrium, atrial septal defect and absence of coronary sinus: A developmental complex*. *Circulation* 31:906, 1965.
5. Подзолов В. П. и др., // *Грудная хир.* — 1984. № 4 — С. 5 - 13.
6. Бухарин В.А., Подзолов В.П., Мальсагов Г.У., Иваницкий А.В. *Врожденные аномалии и пороки полых вен и коронарного синуса*. // *Грудная хирургия* 1977. - № 5. - С. 22 — 31.
7. Y.S. Kim, Maria Serratto, David M. Long and A.R. Hastreiter *Left Atrial Inferior Vena Cava with Atrial Septal Defect*. // *Ann Thorac Surg* 1971;11:165-170
8. M.D. Ezekowitz, P.O. Alderson, M.D., B.N. Bulkley et all., *Isolated Drainage of the Superior Vena Cava into Left Atrium in a 52-Year-Old Man*. // *Circulation* 1978, 58, No.4:751-756.

9. Park HM, Summerer MN, Preuss K. et all., *Anomalous drainage of the right superior vena cava into the left atrium. J.Am.Coll Cardiol. 1983 Aug;2 (2):358-62.*
10. Leval M., Ritter DG, McGoon DC, et al., *Anomalous systemic venous connection Mayo Clin Proc 50: 599, 1975.*
11. Omar Lazzarin, Roberto de Rossi. *Total Anomalous Sistemic Venous Drenaqe. A Case Report. Surgical Considerations. Revista Argentina de cardiologia. 2007, Vol. 77, №5. 1-3.*
12. Shapiro E.P., Al-Sadir J., Campbell N.P.S. *Drainage of right superior vena cava into both atria // Circulation 1981. - Vol. 63, № 3- P. 712 - 717.*
13. Gasul B., Arcilla R., Lev M. *Heart diseases in children (Diagnosis and treatment). Philadelphia. London, 1966. P. 469 - 503.*

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ У ДЕТЕЙ

Минбаев Ж.М.

MODIFICATION OF PLASTIC OF ANTERIOR INGUINAL WALL IN CHILDREN WITH STRANGULATED INGUINAL HERNIA

Minbaev J.M.

*Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.*

Резюме: при устранении ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у детей применена модифицированная методика Мартынова. Сущность модифицированной методики по пластике передней стенки пахового канала заключалась в том, что после ее рассечения, обработки, создается дупликатура латерального и медиального листков апоневроза наружной косой мышцы живота, сопоставляя рассеченные края ран с охватом пупартовой связки снаружи, и на стенку пахового канала не накладываются двухрядные узловые швы. При этом сопоставляются однородные ткани, одновременно однорядными узловыми швами сближаются стенки пахового канала, что исключает рецидивы в отдаленные сроки после операции.

Ключевые слова: паховая грыжа, пахово-мошоночная грыжа, дети, ущемление, пластика пахового канала.

Resume: In children with strangulated inguinal hernia we used Martinow's method with modification. The modification is dissection of anterior inguinal wall and making duplicitate from medial and lateral parts of abdominal oblique muscle and making close together dissected parts with sutures. In this method the same tissues making close together in one time, that provide good results in future.

Key words: inguinal hernia, inguinal-scrotal hernia, children, strangulation, plastic of inguinal canal.

Актуальность. Частота паховой грыжи среди грыж различной локализации составляет 80-90% и наблюдаются у 5-10% детей [1, 5, 6]. Одним из опасных осложнений паховой грыжи в детском возрасте является ее ущемление. По данным авторов [3, 4] ущемление паховой грыжи отмечается в 24% случаев. Рецидивы при ущемленных грыжах наблюдаются у 3,8% детей, причиной, которой являются рассечения, и сложности пластики передней стенки пахового канала у детей, особенно у младшего возраста.

Цель исследования: разработка и оптимизация метода пластики передней стенки пахового канала при рассечении пахового канала у детей с ущемленными паховыми грыжами для снижения частоты ближайших и отдаленных осложнений.

Материалы и методы исследования. В исследование включены все дети с паховыми и пахово-мошоночными грыжами, которые за 2010-2012 гг. поступили в хирургическое отделение дневного пребывания (ХОДП) и экстренной хирургии ГДКБ СМП г. Бишкек. Всего под наблюдением находилось 1328 больных детей. Больным проводились общеклинические исследования, по показаниям – УЗИ паховой области, рентгенография органов грудной клетки.

Результаты исследования и обсуждение. Ущемленная паховая или пахово-мошоночная грыжа диагностировано у 410 (30%) детей из 1328 больных. Из них 116 (28,3%) детей были в возрасте до 1 года, 170 (41,4%) – 1-3 года, 101 (24,7%) – 3-7 лет и 23 (5,6%) ребенка – старше 7 лет. Среди детей преобладали мальчики (91,2%) и городские жители (58,8%).

Правосторонняя локализация наблюдалась у большинства (63,4%) больных, левосторонняя паховая или пахово-мошоночная грыжа установлена у 36,6% детей.

В течение первых 6-ти часов с момента ущемления госпитализировано 214 (52,2%) детей, от 6-ти до 12 часов – 112 (27,3%) больных, до 24 часов – 72 (17,6%) ребенка, до 2-х суток и более – 12 (2,9%) пациентов. У 78 (19,0%) детей диагностированы сопутствующие заболевания: анемия, гипотрофия, врожденный фимоз, дискинезия толстого кишечника, пневмония и бронхит, которым требовалась соответствующая предоперационная подготовка, консервативное лечение с учетом давности ущемления.

289 (70,5%) больным произведено рассечение передней стенки пахового канала из-за трудности вправления содержимого с последующей ревизией кишечника. Из них у 3-х детей при рассечении передней стенки пахового канала обнаружена паховая ретенция яичка. Помимо пластики пахового канала этим детям произведено низведение яичка.

У 80% больных пластика пахового канала проводилась по общепринятой методике Мартынова [2]. При этой методике производится рассечения передней стенки пахового канала, на протяжении накладывается 2-х рядные узловые швы в виде «полупальто», что приводит к натяжению ткани, сопоставление неоднородных тканей, что приводит к прорезыванию швов и отеку.

Часто ущемления наступает у детей, живущих в отдаленных регионах где нет детских хирургов и простота видоизмененной методики пластики передней стенки пахового канала заключается в том, что могут проводиться хирургами любого ЛПУ.

В клинике детской хирургии ГДКБ СМП при пластике пахового канала при ущемленных паховых грыжах у 82 (20%) больных детей применена видоизмененная методика Мартынова. Сущность видоизмененной методики пахового канала заключается в том, что создается дупликатура латерального и медиального листков апоневроза наружной косой мышцы живота, ушивая однорядными узловыми швами с охватом пупартовой связки снаружи. В отличие от способа Мартынова на рассеченные стенки пахового канала не накладываются двухрядные узловые швы.

Преимуществом видоизмененной методики является то, что однорядными узловыми швами сопоставляются однородные ткани, сближаются стенки пахового канала, что способствует благоприятному заживлению рассеченной стенки пахового канала. Нами получено авторское свидетельство на изобретение № 1275 от 30.07.2010 года, утвержденное Государственной патентной службой Кыргызской Республики.

При изучении оперированных больных с ущемленными паховыми грыжами в сроки от 1 года до 4-х лет после операции, как в раннем, так и в отдаленные сроки, осложнений и рецидивов не отмечено.

Заключение. При устраниении ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у детей применена модифицированная методика Мартынова. Сущность модифицированной методики по пластике передней стенки пахового канала заключается в том, что после рассечения пахового кольца и передней стенки пахового канала, создается дупликатура латерального и медиального листков апоневроза наружной косой мышцы живота, сопоставляя рассеченные края ран с охватом пупартовой связки снаружи. При этом сопоставляются однородные ткани, одновременно однорядными узловыми швами сближаются стенки пахового канала, что исключает осложнения в ближайшие и отдаленные сроки после операции.

Литература:

1. Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. Детская хирургия. Пер с англ. - Т.2. СПб.: Хардфорд. - 1996.
2. Бакшеев Ю.А. Оперативное лечение паховых грыж у детей по способу Краснобаева. // Дис. ...канд. мед. наук. Хабаровск, - 1967.
3. Долецкий С.Я. Ущемлённые паховые грыжи в детском возрасте. // Дис... канд. мед. наук. М., - 1950.
4. Дронов А.Ф., с соавт. «Опыт лапароскопического лечения ущемлённых паховых грыж у детей», тезисы докладов III конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 2009 г., с. 113 – 114.
5. Талыпов С.Р. Сравнительная оценка традиционного и лапароскопического способов лечения паховых грыж у детей. // Автореф. дис... канд. мед. наук. – 2010. – 25 С.
6. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М., 1990 - С.143-145.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Омурзаков Б.А.

MEDICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND STRUCTURE OF CONGENITAL HEMANGIOMAS IN CHILDREN

Omurzakov B.A.

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

Резюме: обследовано 1163 ребенка с гемангиомами в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Проведено комплексное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование. В общей структуре сосудистых новообразований у детей, преимущественно девочек до 1 года, преобладали истинные капиллярные гемангиомы. Трудно поддающиеся лечению гемангиомы, сложной анатомической локализации, наблюдались в 20,1% случаев. У 1,5% детей с гемангиомами наблюдалось осложнения в виде изъязвления, преимущественно в области крестца, ягодиц, промежности, лица и шеи, у 0,7% детей отмечались капиллярные кровотечения.

Ключевые слова: гемангиомы, структура, локализация, осложнения.

Resume: 1163 children with hemangiomas in age from 1 month to 15 years were examined. It was a comprehensive clinical, instrumental and laboratory examination. In the overall structure of vascular tumors in children, mostly girls under 1 year dominated the true capillary hemangioma. The most difficult to treat hemangiomas complex anatomical localization were observed in 20,1% of cases. At 1,5% of children with hemangiomas observed complications such as ulceration, mainly in the sacrum, buttocks, perineum, face and neck, in 0,7% of children was capillary bleeding.

Key words: hemangiomas, structure, localization, complications.

Гемангиомы и сосудистые мальформации кожи являются наиболее распространенными заболеваниями у детей. Они встречаются соответственно у 3 и 15% новорожденных детей (1,2), в 75% случаев располагаются на лице и шее (в зоне иннервации тройничного нерва), что часто приводит к косметическому дефекту и существенно формирует негативный психоэмоциональный статус. Инвазивные гемангиомы являются самыми распространенными доброкачественными сосудистыми опухолями и составляют более 60% всех опухолей детского возраста. Имея высокую митотическую активность в опухолевых клетках, гемангиомы активно растут в первый год в жизни детей. Всего в 5-7% может произойти регресс к 5-15 годам (1). Имея прогрессирующий рост, гемангиомы усугубляют эстетические и функциональные проблемы. Расположение на веках, ушной раковине приводит к нарушению функции органов и систем. Обширные прогрессирующие гемангиомы могут привести к атрофическим и рубцовым изменениям кожи. Так же есть опасность того, что в ряде случаев при выраженнем распространении инвазивные гемангиомы могут осложняться изъязвлением, вторичным инфицированием, кровотечением.

Социальная и медицинская значимость научных разработок в области диагностики и терапии сосудистых новообразований обусловлена как частотой гемангиом у детей, так и недостаточной эффективностью применяемых на сегодняшний день методов лечения, каждый из которых не может быть рекомендован для лечения врожденных гемангиом всех локализаций и форм. Для лечения этой патологии традиционно использовались криодеструкция, диатермокоагуляция, склерозирование, лучевая и гормональная терапия, так же не исключается и хирургическое лечение.

Цель исследования. Изучить медико-демографическую характеристику и структуру гемангиом у детей.

Объем и методы исследования. Проведено комплексное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование 1163 детей с гемангиомами в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Математическая и статистическая обработка материала проводилась с использованием пакетов прикладных программ STATISTICA и Excel. Применялись стандартные методы вариационной статистики (параметрические и непараметрические), корреляционный анализ, методы динамических рядов. Достоверность различия сравниваемых показателей определялась с учетом критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В структуре обследованных преобладали дети с истинными гемангиомами (91,20%), в том числе капиллярные гемангиомы составили 92,33%; ($p<0,05$), кавернозные и смешанные - 5,58% и 2,09%, соответственно.

Среди обследованных детей с гемангиомами, преобладали девочки (65,3%). Капиллярные и кавернозные гемангиомы также встречались чаще у девочек (68,01% и 70,83%, соответственно; $p<0,05$), смешанные гемангиомы встречались одинаково часто у мальчиков и девочек ($p>0,05$).

Нами был проведен анализ распределения обследованных больных с различными формами истинных гемангиом по половой принадлежности в зависимости от возраста. Среди всех обследованных выявлена тенденция к преобладанию числа девочек во всех возрастных группах. Достоверное преобладание девочек ($p<0,05$) отмечено в возрастных группах 1 – 12 месяцев и 4 – 10 лет. Так, доля девочек с гемангиомами в группе 1 – 6 месяцев составила 69,13%, 7 – 12 месяцев – 66,82% и 4 - 10 лет – 71,43%.

Распределение обследованных детей с различными типами истинных сосудистых опухолей по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1.
Распределение обследованных больных с различными типами истинных гемангиом по полу

Тип гемангиом	Число и доля обследованных соответствующего пола среди больных данного вида гемангиом					
	Мужской		Женский		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Истинные гемангиомы, в т.ч.:	276	32,09	584	67,91*	860	100
Капиллярные	254	31,99	540	68,01*	794	100
Кавернозные	14	29,17	34	70,83*	48	100
Смешанные	8	44,44	10	55,56	18	100

Примечание: * - отличается от соответствующих показателей пациентов противоположного пола ($p<0,05$).

Среди всех обследованных детей с истинными гемангиомами, доля мальчиков составляла 32,09% (276), девочек – 67,91% (584).

Установлена зависимость возраста от формы гемангиомы. У детей раннего возраста чаще наблюдались капиллярные гемангиомы ($0,41\pm0,12$ лет). При кавернозных гемангиомах средний возраст составил $2,36\pm0,19$ лет, при смешанных – $1,97\pm0,25$ лет.

Среди обследованных детей с различными видами истинных гемангиом большинство ($p<0,05$) составляли дети в возрасте до 1 года (92,33%), в том числе до 6 месяцев - 73,43%, 7 - 12 месяцев – 26,57%. Среди детей с капиллярными гемангиомами преобладали ($p<0,05$) лица младше 6 месяцев (72,54). Основную долю детей с

кавернозными гемангиомами составили лица в возрасте старше 1 года – 81,25% ($p<0,05$). Смешанные гемангиомы чаще наблюдались в возрастной группе 1 – 6 месяцев – 38,89%, и 1 – 3 года - 38,89%.

Анализ возрастно-полового состава обследованных с учетом формы истинных гемангиом выявил преобладание удельного веса девочек во всех возрастных группах. При смешанных гемангиомах у детей 7 – 12 месяцев и 1 – 3 года отмечается преобладание мальчиков (66,67% и 57,14% соответственно; $p>0,05$), различия не достоверны. На рис. 1 представлено распределение обследованных больных с гемангиомами по локализации сосудистых новообразований.

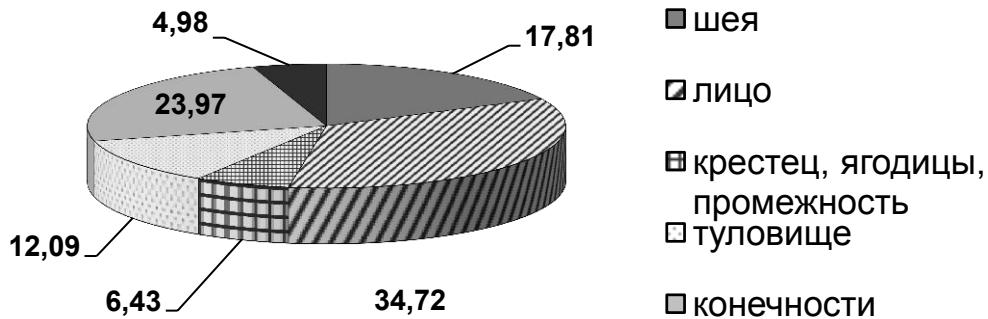


Рис. 1. Структура обследованных детей с гемангиомами по локализации сосудистых новообразований.

Как видно из рисунка, большинство гемангиом локализовались в области лица (34,72%, $p<0,05$). Второе место по распространённости принадлежит опухолям верхних и нижних конечностей (23,97%, $p<0,05$), третье – гемангиомам шеи (17,81%, $p<0,05$), четвертое – тулowiща (12,09%, $p<0,05$). Сосудистые новообразования крестца, ягодиц, промежности, а также множественные гемангиомы встречались достоверно реже (6,43% и 4,98% соответственно; $p<0,05$).

Гемангиомы сложной анатомической локализации в «критических зонах» наблюдались в 20,1% случаев: 6,4% - в области верхних и нижних век глаза, 7,4% - на кончике носа; в области губ, языка и слизистой рта - 3,9%, на ушных раковинах - 2,4%.

Для оценки величины гемангиом мы пользовались градацией Д.И. Абашилова, Б.А. Колыгина и Д.Г. Гасанова. Гемангиомы по размерам разделены на: точечные - до 1 см², средние - от 1,5 до 10 см² и крупные (обширные) - превышающие 10 см².

В таблице 2 приведены данные о распределении обследованных детей с гемангиомами в зависимости от величины сосудистой опухоли.

Таблица 2.

Распределение обследованных по величине гемангиомы

Форма гемангиом	Доля обследованных с данной величиной опухоли (в % от общего числа больных):			
	точечные	средние	крупные	Всего
	1	2	3	
Истинные гемангиомы	66,09	28,00 ¹	5,91 ^{1,2}	100,00

Примечание: 1,2,3.... отличается от соответствующего показателя колонки с указанным номером ($p<0,05$).

Чаще встречались точечные гемангиомы (66,09%, $p<0,05$).

В таблице 3 приведены данные о распределении пациентов с гемангиомами в зависимости от стадии развития опухоли.

Истинные гемангиомы чаще наблюдались в стадии роста (67,92%, $p<0,05$), реже всего – в стадии регрессии (6,11%, $p<0,05$).

Таблица 3.

Распределение обследованных по стадиям развития.

Форма гемангиом	Доля обследованных с данной стадией (в % от общего числа больных):			
	стадия роста	стационарная стадия	ретрессивная стадия	Всего
	1	2	3	
Истинные гемангиомы	67,92	25,97 ¹	6,11 ^{1,2}	100,00

Примечание: 1,2,3... - отличается от соответствующего показателя колонки с указанным номером ($p<0,05$).

Подавляющее большинство (97,83%, $p<0,05$) сосудистых опухолей в стадии регресса представляли капиллярные истинные гемангиомы. Распределение пациентов с различной локализацией регрессирующих гемангиом по возрастным группам представлено в таблице 4.

Таблица 4.

Распределение обследованных с различной локализацией регрессирующих гемангиом по возрастным группам.

Локализация истинных гемангиом	Доля обследованных данной возрастной группы (в % от числа больных данного пола с соответствующей локализацией):					ВСЕГО
	1 - 6 мес	7 - 12 мес	1-3 года	4-10 лет	10-15 лет	
	1	2	3	4	5	
Всего	-	-	3,00	80,67 ³	16,33 ^{3,4}	100,00 (600)
Голова, шея	-	-	1,37	83,33 ³	15,30 ^{3,4}	100,00 (366)
Конечности	-	-	3,97	76,98 ³	19,05 ^{3,4}	100,00 (126)
Тулowiще	-	-	7,41	75,93 ³	16,67 ^{3,4}	100,00 (108)

Примечание: 1,2,3... - отличается от соответствующего показателя колонки с указанным номером ($p<0,05$).

Как следует из таблицы, в возрастном периоде до 1 года процесс регрессии опухоли не наблюдался. Достоверное преобладание доли обследованных с регрессирующими гемангиомами при любой локализации выявлено в возрастной группе 4 – 10 лет (80,67%, $p<0,05$). Обратное развитие гемангиом у детей до 3 лет встречалось в единичных случаях.

Потребность в диагностической и лечебной помощи больным с гемангиомами определяется числом и характером имеющихся осложнений сосудистой опухоли и сопутствующих заболеваний. При этом основную часть потребности в медицинской помощи определяют именно осложнения этого заболевания.

У части пациентов с гемангиомами, которые были экстренно госпитализированы в стационар, встречались осложнения основного заболевания: у 1,5% детей наблюдалась изъязвления гемангиом, локализующихся преимущественно в области крестца, ягодиц и промежности, лица (21%), шеи (12%), в единичных случаях – нагноения, у 0,7% детей – кровотечения.

Выводы: В общей структуре сосудистых новообразований у детей, преимущественно девочек до 1 года, преобладали истинные капиллярные гемангиомы.

Наиболее трудно поддающиеся лечению гемангиомы сложной анатомической локализации, располагающиеся в так называемых «критических зонах», наблюдались в 20,1% случаев.

У 1,5% детей с гемангиомами наблюдались осложнения в виде изъязвления, преимущественно в области крестца, ягодиц, промежности, лица и шеи, у 0,7% детей - капиллярные кровотечения.

Литература:

1. Кондрашин Н.И. Клиника и лечение гемангиом у детей. М., 1963. -С. 103.
2. Ситников А.В. Эноваскулярные методы в диагностике и лечении ангиодисплазий и парагангиом головы и шеи: автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 2006. -21с.
3. Иванов А.В. Клиника, диагностика и лечение детей с врожденными ангиодисплазиями в форме артериовенозных коммуникаций с поражением костей лицевого скелета: автореф. дис. канд. мед. наук.-М.,2006.-23 с.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ

Омурзаков Б.А.

RISK OF CONGENITAL HEMANGIOMAS

Omurzakov B.A.

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

Резюме: целью данного исследования явилось определение прогностической значимости факторов, влияющих на формирование врожденных гемангиом. Объектом исследования были 1163 семьи, имеющие детей с врожденными гемангиомами от 1 месяца до 15 лет. Основная группа – 1163 семей, имеющих детей с врожденной гемангиомой, контрольная группа – 340 семей, имеющих детей без признаков врожденной патологии. Сбор информации с целью изучения факторов, влияющих на формирование гемангиом, проводился методом анкетирования. Учитывались медико-биологические факторы, акушерский и гинекологический анамнез, состояние здоровья родителей, условия работы, профессиональные вредности.

Ключевые слова: гемангиомы, факторы риска.

Resume: the purpose of this study was to determine the prognostic significance of factors influencing the formation of congenital hemangiomas. Subject of study 1163 families having children with congenital hemangiomas from 1 month to 15 year, the control group - 340 families with children with no signs of congenital abnormalities. Gathering information in order to study the factors influencing the formation of hemangiomas was conducted using questionnaires, considered biomedical factors, obstetric and gynecological history, the state of health of parents, working conditions, occupational hazard.

Key words: hemangioma, risk factors.

Сложность познания этиологии и патогенеза гемангиом подтверждается существованием множества теорий и гипотез, ни одна из которых, к сожалению, до конца не объясняет сущность процесса. Ряд авторов полагают, что причиной развития патологических образований являются различные хромосомные aberrации, возникающие под воздействием тератогенных факторов [2]. С середины 70-х годов XX столетия большинство авторов стали выделять гемангиомы как отдельную патологию, которые являются доброкачественными образованиями, образующимися за счет пролиферации эндотелия.

В 1996 году сосудистые аномалии были подразделены на собственно сосудистые опухоли (гемангиомы), в основе которых лежит собственная пролиферация эндотелиальных клеток, и сосудистые мальформации, при которых ошибки развития привели к формированию аномальных сосудистых каналов. Сосудистые мальформации соответственно типу каналов были разделены на капиллярные, венозные, лимфатические и смешанные виды гемангиом. По характеристике кровотока сосудистые мальформации разделили на медленные (slow-flow) и быстрые(fast- flow) [2, 3].

Изучения влияния различных факторов на развитие патологических сосудистых образований показало, что уровень циркулирующих в плазме сосудистых факторов роста является различным при гемангиомах. Иммунобиохимические исследования маркеров инволюции гемангиом, проведенные J.S. Frischeretal в 2004 году, определенно указывает на роль экспрессии отдельных генов в развитии гемангиомы [4].

Сегодня в отечественной и зарубежной литературе имеется достаточное число классификаций гемангиом, предложенных разными авторами. Несмотря на определенный прогресс в понимании процесса ангиогенеза, до сих пор не существует единой классификации, которая отражала бы все возможные формы пороков развития сосудов.

Диагностика гемангиом в основном основывается по данным анамнеза и клинических признаков пациента. Однако клинические признаки являются недостаточными для определения тактики лечения, поэтому необходимо провести дополнительные методы обследования. Современная диагностика основывается в основном на неинвазивных методах. При этом, в будущем не исключено использование инвазивных методов, которые будут иметь четко ограниченные показания.

В настоящее время очевидным является тот факт, что в период эмбриогенеза свое действие проявляют множество повреждающих механизмов, способствующих развитию гемангиом у детей. В связи с этим, особую важность приобретают научные работы, конкретизирующие данные этиологические факторы. Подобные исследования помогают организации профилактических мер по предосторожности возникновения сосудистых гемангиом в период беременности у женщин.

Целью данного исследования явилось определение прогностической значимости факторов, влияющих на формирование врожденных гемангиом.

Объем и методы исследования. Общее число обследованных в 2004-2007 гг. составило 1163 человека с гемангиомами в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Объектом исследования были 1163 семьи, имеющие детей с врожденными гемангиомами от 1 месяца до 15 лет.

Основная группа – 1163 семей, имеющих детей с врожденной гемангиомой, контрольная группа – 340 семей, имеющих детей без признаков врожденной патологии.

Сбор информации с целью изучения медико-биологических, социально-гигиенических и некоторых производственных факторов, влияющих на формирование гемангиом, проводился методом анкетирования. Учитывались медико-биологические факторы, акушерский и гинекологический анамнез, состояние здоровья родителей, условия работы, профессиональные вредности.

Определение относительных показателей связи врожденной гемангиомы и факторов риска (ФР) проводилось при определении относительного риска (ОР), отношения шансов (ОШ), атрибутивного риска (АО).

Оценка степени влияния факторов риска и прогнозирование риска формирования и рождения ребенка с ВПС выполнено методом ранжирования признаков по их чувствительности (Se), специфичности (Sp), информативности (I) на основании метода неоднородной последовательной процедуры Вальда и дискриминантного анализа (E.B. Гублер, 1990) по специально разработанной компьютерной программе на IBM-PC-ХТ.

Результаты исследования. В общей структуре пациентов с сосудистыми новообразованиями преобладали больные с истинными гемангиомами (91,20%), причём большая их часть – дети с капиллярными гемангиомами (92,33%). Доля девочек составила 65,3%, мальчиков – 34,7%. Большинство больных с гемангиомами составляли лица в возрасте до 1 года. Большинство гемангиом локализовались в области лица (34,72%), верхних и нижних конечностей (23,97%) и шеи (17,81%). Чаще всего (66,09%) встречались точечные гемангиомы, при этом 67,92% истинных гемангиом находились в стадии роста; 97,83% сосудистых опухолей в стадии регресса являлись капиллярными гемангиомами. В период до 1 года процесс регрессии опухоли не наблюдался ни у одного ребенка. Такие осложнения гемангиом как изъязвления и кровотечения встречались у

2,2% пациентов, нагноения - в единичных случаях. Среднее число сопутствующих заболеваний составило $2,23 \pm 0,06$, причём мальчики в среднем имели достоверно меньшее число сопутствующих заболеваний, чем девочки (соответственно, $1,89 \pm 0,06$ и $2,31 \pm 0,06$).

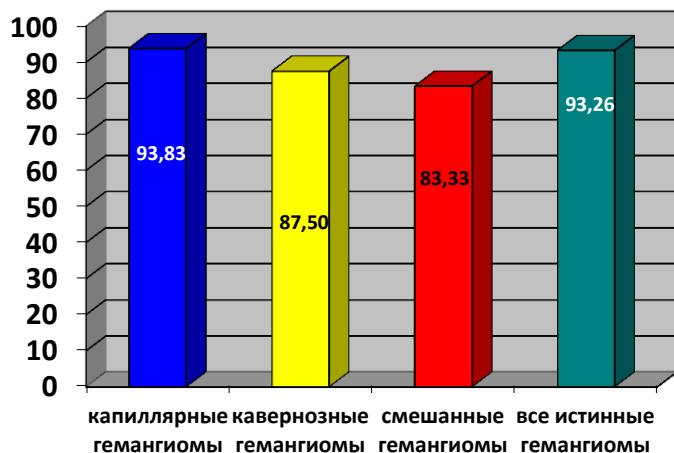


Рис. 1. Количество неблагоприятных факторов риска выявленных у детей с различными формами гемангиом (число факторов риска на 100 обследованных).

Производственные факторы, такие как повышенная вибрация, химические реагенты, условия задымления, непосредственная близость с рентгеновскими установками и прочими излучателями, являются повреждающими факторами, оказавшими влияние на развитие и рост гемангиом у обследованных детей (63,34%, $p < 0,05$).

Было выяснено, что подавляющее большинство (33,07%, $p < 0,05$) беременных женщин имели продолжительный стаж курения.

У женщин, дети которых уже при рождении имели гемангиомы, второе место среди всех факторов риска заняли травмы в период беременности (18,95%, $p < 0,05$). Данный факт подтверждает, что механические воздействия являются стимулирующим фактором формирования эмбриональных зачатков гемангиом.

Требующий применения консервативной медикаментозной терапии, токсикоз в первой половине беременности, а также угроза прерывания беременности отмечались у каждой десятой матери, родившей ребенка с гемангиомой (8,74% и 4,49% соответственно).

Воспалительные заболевания половых и пограничных с ними органов, наблюдались у 5,74% женщин. У 2,6% детей с гемангиомами матери перенесли острые респираторные заболевания в течение первых 20 недель беременности.

В связи с тем, что процесс родов для организма ребенка является самостоятельным травматическим воздействием, ретроспективно нами более детально была изучена травматичность в процессе родов у детей с гемангиомами головы и шеи. Из анамнеза нами было выяснено, что подавляющее большинство (85,79%, $p < 0,05$) больных с гемангиомами были первенцами, большинство из них появились на свет в ходе замедленных родов (81,85%, $p < 0,05$). При повторных родах большинство детей с гемангиомами появились на свет в ходе стремительных родов (80,77%, $p < 0,05$). Следовательно, выявлена связь между возникновением гемангиом и травматизацией плода в процессе родов.

Влияние отдельных факторов риска формирования гемангиом не зависело от формы гемангиомы ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таким образом, основными факторами риска возникновения гемангиом у детей были медицинские и средовые факторы. Из медицинских факторов, отягощающих антенатальный и интранатальный исход беременности выделены: воспалительные

заболевания половых органов, воспалительные заболевания органов, пограничных с половыми (мочевого пузыря, кишечника), перенесенные в первые месяцы беременности острые респираторные заболевания, токсикоз первой половины беременности, угрозы прерывания беременности, различные патологии родов.

Таблица 1.
Структура факторов риска при разных формах истинных гемангиом

Факторы риска		Капиллярные гемангиомы	Кавернозные гемангиомы	Смешанные гемангиомы	Все формы истинных гемангиом
Воспалительные заболевания половых органов	1	7,60(1-2)	4,76	5,97	5,74(2)
Воспалительные заболевания органов, пограничных с половыми	2	3,28(0-1)	-	-	3,12(0-1)
Острые респираторные заболевания	3	3,61(0-1)	2,38	-	2,6(0-1) ²
Токсикоз	4	9,64(2) ^{1,2,3}	7,14	10,08	8,74(3-4) ^{1,2,3}
Угроза прерывания беременности	5	4,70(0-1) ^{1,2,3}	-	5,67	4,49(1-2) ^{2,3}
Патология родов	6	3,07(0-1) ^{1,4,5}	-	-	3,00(0-1) ^{1,4,5}
Травма	7	19,39(4) ^{1,2,3,4,5,6}	28,57 ^{1,3,4}	28,28	18,95(6-7) ^{1,2,3,4,5,6}
Производственные вредности	8	48,71(10) ^{1,2,3,4,5,6,7}	57,14 ^{1,3,4,7}	50,00 ^{1,4,5,7}	53,36(19) ^{1,2,3,4,5,6,7}
ВСЕГО		100,00	100,00	100,00	100,00

Примечание: 1,2,3.... - отличается от соответствующего показателя колонки с указанным номером (p<0,05).

В структуре средовых факторов доминировали производственные вредности во время беременности, травмы и курение.

Определение рангового влияния медицинских и средовых факторов на риск формирования гемангиом у детей достоверно установлено превалирование средовых факторов ($\sum I=4,3$), в сравнении с медицинскими ($\sum I=0,4$) ($P<0,05$). Все выявленные средовые факторы имели высокий уровень специфичности ($Sp>50,0$), высокочувствительным фактором было влияние производственных вредностей во время беременности ($Se>50,0$).

Из медицинских факторов риска формирования гемангиом у детей самый высокий уровень чувствительности и специфичности ($Se+Sp>100,0$) имели замедленные роды у первородящей и стремительные роды у повторнородящей женщины (табл. 2).

Изучена сила связи формирования гемангиомы у ребенка с отобранными значимыми факторами медицинского и средового риска (табл. 3). Высокий шанс иметь ребенка с гемангиомой отмечен при замедленных родах у первородящих женщин ($OШ=79,8$ и $OP=3,85$), стремительных родах у повторнородящих женщин ($OШ=26,8$ и $OP=2,2$), при влиянии во время беременности производственных (профессиональных вредностях) ($OШ=10,29$ и $OP=1,49$). Умеренное влияние на риск формирования гемангиом у детей оказывает травма во время беременности и курение ($OШ=1,04$).

Для выделения семьи с высоким риском формирования гемангиомы у ребенка разработан «Тест прогнозирования риска формирования гемангиом у ребенка», согласно которому обнаружение двух признаков «высокого шанса» и двух признаков «умеренного влияния» означает высокий риск, одного признака «высокого шанса», и одного признака

«умеренного влияния» - умеренный риск, шести признаков «слабого влияния» - низкий риск.

Таблица 2.

Информативная ценность медицинских и средовых факторов риска формирования врожденных гемангиом у детей.

Медицинские факторы			Средовые факторы		
	Se	Sp		Se	Sp
Воспалительные заболевания половых органов	5,74	9,1	Производственные вредности	53,34	90,9
Воспалительные заболевания органов пограничных с половыми (мочевого пузыря, кишечника),	3,12	27,3	Травма во время беременности	18,95	81,8
Перенесенные в первые месяцы беременности острые респираторные заболевания	2,6	96,5	Курение	33,07	68,18
Токсикоз первой половины беременности	8,74	36,3			
Угроза прерывания беременности	4,49	54,5			
Различные патологии родов	3,0	72,7			
Первородящая с замедленными родами	85,7	92,9			
Повторнородящая с стремительными родами	80,7 7	86,4			
Информативная ценность медицинских факторов $\Sigma I=0,4$				Информативная ценность средовых факторов $\Sigma I=4,3$	

Se – чувствительность признака

Sp-специфичность признака

I – информативность суммы признаков

Таким образом, медико-биологические факторы, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, состояния здоровья родителей, условия работы родителей, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек у родителей являются факторами влияющими на риск формирования гемангиом у детей.

Литература:

1. Демидов И.Н. К вопросу о лучевой диагностике венозных ангиодисплазий // Вестник рентгенологии и радиологии. -2002.- № 5. – С.20-22
2. Догужиева Р.М. Диагностика и лечение ангиодисплазий головы и шеи: автореф. Дис. канд. мед. наук. – М., 1994. – 37с.
3. Шафранов В.В., Воронцов Ю.П., Водолазов Ю.А. Комбинированный метод лечения сложных гемангиом. Лечения сложных гемангиом у детей // Материалы Всесоюзного симпозиума. – М., 1987. –С. 62-66.
4. Иванов А.В. Клиника, диагностика и лечение детей с врожденными ангиодисплазиями в форме артериовенозных коммуникаций с поражением костей лицевого скелета: автореф. Дис. Кандидат. Мед. наук. М. – 23 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ПРИ ОСТРЫХ ПЕРФОРАЦИЯХ ДНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

Тыналиев У.А.

THE USE OF OSTEOPLASTIC MATERIAL AND DENTAL IMPLANTS IN ORDER TO PRESERVE THE INTEGRITY OF THE ALVEOLAR PROCESS IN ACUTE PERFORATIONS OF MAXILLARY SINUS FLOOR

Tynaliev U.A.

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

Резюме: в статье отражены вопросы щадящих методов лечения острых перфораций дна гайморовой пазухи, с использованием остеопластического материала ИНДОСТ и дентальных имплантатов для сохранения целостности альвеолярного отростка верхней челюсти в амбулаторной хирургической практике.

Ключевые слова: остеопластический материал (ОМ), гайморова пазуха.

Resume: the article reflects gentle methods of treatment of acute perforation of the bottom of Maxillary sinus, using osteoplastic material INDOST and dental implants for maintaining of the integrity of the Maxilla alveolar process in outpatient surgical practice.

Key words: osteoplastic material, maxillary sinus floor.

Актуальность проблемы. В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными синуситами, особенно их перфоративными формами [1, 3, 4, 6]. По данным ряда авторов [2, 5-8] перфорация верхнечелюстных пазух занимает в этиологии одонтогенного гайморита ведущее место - от 41,2 до 91,7%, и тенденция к снижению числа перфораций верхнечелюстных пазух, в том числе и осложненных, не наблюдается.

Одной из причин значительного количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов является несвоевременное и неадекватное закрытие перфорационного отверстия при прободениях дна верхнечелюстной пазухи во время удаления жевательных зубов на верхней челюсти [7].

Традиционным и менее затратным методом для закрытия перфорационного отверстия является пластическое закрытие дефекта местными тканями, который имеет и свои недостатки. Это выраженный послеоперационный отек мягких тканей щеки и подглазничной области, затрудненный прием пищи и речи, нарушение гигиены полости рта, а также убыль костной ткани в области удаленного зуба в отдаленном периоде. Не исключены также рецидивы перфорации при данной пластике местными тканями в виде расхождения швов и несостоятельности лоскута, что может привести к воспалению гайморовой пазухи [3, 5]. В настоящее время в литературе описано более трех десятков способов закрытия перфорационного отверстия, но статистические данные показывают, что рецидивы возникают в 9-50% случаев [1-8]. И, несмотря на большое количество предлагаемых методов, недостаточно освещены вопросы костной пластики ороантральных перфораций, направленной на тканевую регенерацию и возмещение потери костной ткани.

В связи с этим остается актуальной разработка новых, доступных, малотравматичных методов лечения острых перфораций дна гайморовой пазухи, и нами поставлена **цель:** повысить эффективность устранения дефекта дна верхнечелюстного синуса с применением ОМ «ИНДОСТ» и дентальных имплантатов в амбулаторной хирургической стоматологии, что позволяет сохранить целостность альвеолярного отростка.

Материал и методы исследования. Для выполнения данной цели нами проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике за 36 пациентами с острой перфорацией гайморовой пазухи (16 мужчин и 20 женщин) в течение 4 лет с использованием ОМ "ИНДОСТ" и дентальных имплантатов (фирмы Dentium – Ю.Корея и Alfa-Bio - Израиль). Учитывали пол, возраст (от 25-55 лет), топографию удаленных зубов, характер удаления, состояние слизистой оболочки гайморовой пазухи, послеоперационное течение.

Остеопластический материал "ИНДОСТ" (ЗАО НПО "ПОЛИСТОМ", г. Москва, Россия) это коллагеновая губка с гидроксиапатитом, является композицией органических и неорганических составляющих костной ткани. Характеризуется биосовместимостью с тканями человека и не вызывает реакции отторжения. "ИНДОСТ" губка усиливает остеогенез, являясь остеоиндуктивным средством, и стимулирует заживление раны в костных тканях. Относится к нетоксичным веществам и не вызывает отдаленных нежелательных последствий.

По группам принадлежности зубов, удаление которых стало причиной перфорации дна верхнечелюстной пазухи, распределялись следующим образом: первые моляры верхней челюсти -20 (55,6%) наблюдений, вторые моляры ВЧ -9 (25%), третьи моляры ВЧ -2 (5,6%), первые премоляры ВЧ -1 (2,8%), вторые премоляры ВЧ -4 (11,0%) наблюдений.

Для лечения острой перфорации гайморовой пазухи ОМ «ИНДОСТ» применяли следующим образом. При малых перфорациях (диаметр перфорации до 0,3 см) в области одной лунки многокорневого зуба закладывали 1/3 подушечки в ту лунку, где произошла перфорация, остальную часть закладывали в основную полость лунки и накладывали матрацный шов для сближения краев десны. При значительных дефектах дна верхнечелюстной пазухи (диаметр отверстия от 0,3 до 0,5 см) стенки лунки частично скусывали или спиливали фрезой, сглаживали острые выступы кости, закладывали одну или две цельные подушечки ОМ и сближали края десны над лункой без натяжения матрацным швом. Также с согласия пациента мы закрывали большие дефекты (диаметр дефекта от 0,5 до 0,7 см) дна гайморовой пазухи дентальным имплантатом, используя более широкие диаметры. Промежутки между имплантатом и лункой заполняли "ИНДОСТом" и устанавливали широкие размеры формирователей десны, с целью закрыть дефект десневой слизистой. Этот метод позволяет гарантированно закрыть перфорацию и решить вопрос дальнейшего восстановления зуба. Хотим отметить, что одним из условий удачной пластики вышеуказанным материалом является полное пропитывание его кровью в лунке зуба.

В послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию, сосудосуживающие капли в нос и местные антисептические ванночки. В качестве рекомендаций после нашей пластики были следующие мероприятия: в течение двух недель не сморкаться, чихать с открытым ртом, придерживаться свободного носового дыхания, физически не перенапрягаться и неходить в баню (парную) в течение недели. Также не использовать тепловые процедуры на послеоперационную область, не надувать щеки в течение двух недель, первые 3-4 дня проводить только ванночки антисептическими растворами, в последующем щадящие полоскания, кушать на противоположной стороне, не тревожить операционную рану языком и другими инородными предметами.

Результаты и обсуждения. В послеоперационном периоде общее состояние пациентов было удовлетворительным, у 2/3 пациентов отеков не отмечалось, как и выраженных болей (не принимали обезболивающих). На следующие сутки при осмотре лунка была заполнена кровяным сгустком и ОМ, который немного выступал из-под швов, а еще через день отек ОМ спадал и он был на уровне швов. Через 2 недели при осмотре лунка была заполнена грануляционной тканью, отмечалась отрицательная носо – воздушная проба. На рентгенограмме придаточных пазух носа затемнение в гайморовой пазухе не отмечалось.

У всех пациентов, которым провели пластику перфорационного отверстия гайморовой пазухи по нашей методике, отмечались положительные результаты. Лунки удаленных зубов зажили первичным натяжением, носо-ротовая проба была отрицательной. На дентальных рентген-снимках и ортопантомограммах через 6 месяцев отмечалось сохранение высоты альвеолярного гребня верхней челюсти в области перфорации почти на прежнем уровне, что позволяло провести банальную дентальную имплантацию без применения аугментации гребня.

Единственным осложнением в исследуемой группе был случай (пациентка Ч.А. 24 года), когда после пластики ОМ большого дефекта (более 0,5 см в диаметре) дна пазухи на следующий день отмечалась положительная носо-ротовая проба и при проведении ванночек жидкость попадала в пазуху и затем изливалась в полость носа (рентген черновой). Мы отметили, что материал "ИНДОСТ" не пропитался кровью и выполнял только слабую барьерную функцию, пациентка отмечала, что кровь у нее выходила в ротоглотку. Тогда мы удалили имплантированный материал, провели кюретаж лунки, чтобы вызвать слабое кровотечение и заложили две единицы ОМ, но через день вновь образовался рецидив. По согласованию с пациентом нами было решено установить дентальный имплантат фирмы "Dentium" (размеры: диаметр -7,0 мм, длина 12.0 мм), промежутки между имплантатом и лункой были заложены вышеуказанным материалом и установлен широкий формирователь десны диаметр - 9,5 мм. После этих мероприятий лунка зажила, рецидивы не повторялись, и в настоящее время идет остеointеграция имплантата.

Выводы. 1. одним из условий удачной пластики вышеуказанным материалом является полное пропитывание его кровью в лунке зуба.

2. Использование ОМ «ИНДОСТ» для устранения перфорационного отверстия дна верхнечелюстного синуса показала высокую эффективность предложенного нами способа, так как способствовала проведению малотравматичной пластики с надежным результатом и сохранением высоты альвеолярного гребня.

3. Применение дентальных имплантатов в качестве закрытия значительных перфорационных отверстий вместе с материалом "ИНДОСТ" дает гарантированные исходы с последующим восстановлением утраченного зуба в амбулаторной хирургической практике.

Литература:

1. Григорьянц Н.А. Применение остеопластических материалов при хирургическом лечении больных с кистами, прорастающими в верхнечелюстной синус и полость носа / Н.А. Григорьянц Н.А. Рабухина, В.А. Бадалян // Клин. Стоматол. 1998. - №3. - С. 36-37.
2. Дикий Н.М. Пломбирование зубной альвеолы оксицелодексом при перфорации верхнечелюстной пазухи / Н.М. Дикий // Стоматология. -1989.- №4.- С. 76.
3. Иванов В.Д. Клинико-экспериментальное обоснование закрытия острой перфорации дна гайморовой пазухи дентальным имплантатом: Автореф. дисс. канд. мед. наук /В.Д. Иванов, М., 1998. — 24 с.
4. Колесник Г.А. Применение коллагеновой гемостатической губки при лечении больных с перфорацией верхнечелюстной пазухи после удаления зуба / Г.А. Колесник, А.В. Мирошниченко, Ф.С. Высоцкий // Стоматология. 1993. - №2. – С. 77.
5. Коротких Н.Г. Остеопластика перфораций в комплексном лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами / Н.Г. Коротких, О.В. Лазутиков, О.Е. Ларина // Стоматология. 2003. - №4. -С. 40-43.
6. Кулаков, А.А. Использование богатой тромбоцитами плазмы с целью увеличения объема костной ткани при проведении операции синуслифтинг /А.А. Кулаков, М.А. Амхадова // Рос. Стоматол. Журн. -2004.-№5.-С. 10.
7. Мамонов, А.Г. К вопросу о закрытии перфорации дна верхнечелюстной пазухи / А.Г. Мамонов, Б.В. Кононов // Практические вопросы медицины. Оренбург, 1973. - С. 81-82.
8. Мухаметзянова, Т.С. Устранение ороантральных сообщений с использованием транспланта консервированной твердой мозговой оболочки / Сб. тез. науч.- практ. конф. стоматологов Башкортостана. - Белебей, 1992. - С. 13-14.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Аитышева Д., Измайлова З.М., Макимбетов Э.К.

PROGNOSIS OF CERVICAL CANCER INCIDENCE IN THE ADOLESCENTS OF KYRGYZSTAN

Aitysheva D., Izmailova Z.M., Makimbetov E.K.

*Национальный центр онкологии, Кыргызско-Российский Славянский университет,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.*

Резюме: в данной статье изучены эпидемиологические аспекты рака шейки матки. В мире существует значительная географическая вариабельность в распространении рака шейки матки – имеются страны с высоким, средним и низким уровнями заболеваемости. Повсеместно отмечается увеличение показателей заболеваемости раком шейки матки среди молодых. Изучены около 1000 случаев рака шейки матки по данным госпитальной статистики Национального центра онкологии. Приведен прогноз заболеваемости пациенток раком шейки матки молодого возраста на ближайшие годы.

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, прогноз.

Resume: in this paper authors investigated the epidemiological aspects of cervical cancer. In the world there is considerable geographic variation in the spread of cervical cancer - there are countries with high, medium and low levels of disease. Everywhere there is an increase in incidence of cervical cancer among young people. There were studied 1,000 cases of cervical cancer according to hospital statistics of the National Center of Oncology. Prognosis of cervical cancer incidence was provided on a few years.

Keywords: cervical cancer, incidence, prognosis.

Введение. Рак шейки матки (РШМ) остается значительной проблемой в онкологии. Актуальность особенно выражена в развивающихся странах мира. Существует значительная вариабельность в распространении рака шейки матки [2, 4]. Удручают то обстоятельство, что повсеместно, заболеваемость раком шейки матки среди молодых растет [1, 5].

Результаты прогнозирования эпидемиологической ситуации РШМ способствуют решению следующих взаимосвязанных научных и практических задач: выявление актуальности проблемы, определение направленности ожидаемых изменений и выяснение приведших к ним причин; разработка и обоснование соответствующих общенациональных программ борьбы с РШМ, обоснование финансирования этих программ [3].

На практике, для получения более обоснованных прогнозов, обычно используют те методы, которые лучше обеспечены исходной информацией. Национальная система медицинской статистики накопила данные за многолетний период о количестве случаев РШМ в стране, в регионах, информация является достаточно полной и достоверной. Это создает условия для обоснованного применения статистического метода прогнозирования.

Цель исследования – определить прогноз заболеваемости раком шейки матки в Кыргызской Республике с акцентом на молодой возраст.

Материал и методы исследования. Для анализа прогноза заболеваемости пациенток раком шейки матки нами использованы данные выборочного обследования о 998 первичных случаях РШМ, зарегистрированных в Национальном центре онкологии Кыргызской Республики с 1999 по 2009 гг. При этом следует принимать во внимание, что статистический метод также имеет определенные недостатки. Во-первых, для более точного прогнозирования необходимо иметь достаточное количество показателей

вариационного ряда, что не всегда возможно. Во-вторых, с помощью этого метода можно экстраполировать траекторию показателей только с учетом сложившихся тенденций, что не всегда обосновано. В-третьих, этот метод не может учитывать усиление или уменьшение влияния отдельных факторов риска, что вполне допустимо в перспективе. Наконец, в четвертых, ошибки, которые допускаются при заполнении первичной медицинской документации, могут быть значительными [1], тогда это может искажать общие данные.

Для прогнозирования использованы уравнения, отражающие регрессионные связи количества случаев РШМ и численности населения, как одного из самых существенных факторов влияния. Ожидаемая динамика численности населения рассчитана по данным переписи населения (1999-2009 гг.) и демографических ежегодников Национального статистического комитета КР. Прогноз осуществлялся по темпам прироста, сложившимся с 1999 г.

В расчетах использованы регрессионные уравнения, связывающие количество случаев РШМ и численность всего населения Кыргызстана.

Результаты исследования. По прогнозам уровень заболеваемости РШМ в Кыргызстане будет падать, соответственно, со среднегодовым темпом 0,7% и 0,3%. Так, если заболеваемость РШМ в Кыргызстане в 1999 г. составила 7,2, то в 2015 г. ожидается 7,1 на 100 тысяч. В силу того, что второй вариант учитывает характерные для последнего времени тенденции изменения состава населения, он взят как основной для последующих расчетов возрастной, региональной структуры заболеваемости.

Прогноз стандартизованных показателей заболеваемости женщин раком шейки матки в регионах осуществлен на основе сложившейся динамики численности населения в регионах страны. В Чуйской области снижение показателя заболеваемости ожидается с 7,2 до 6,7, в Иссык-Кульской области с 10,7 до 10,1. Однако в Жалалабатской и Баткенской областях ожидается увеличение уровней заболеваемости с 7,8 до 8,6 и с 5,0 до 5,4, соответственно.

По нашему прогнозу наиболее неблагоприятная динамика стандартизованных показателей ожидается в Жалалабатской, Ошской и Баткенской областях – со среднегодовым темпом, соответственно, 2,6% и 2,0%. В Таласской, Нарынской областях и г. Бишкек заболеваемость сохранится примерно на нынешнем уровне, падение заболеваемости ожидается в Чуйской и Иссык-кульской областях, соответственно, с – 2,0% и –1,4% среднегодовых. Однако если рассматривать показатель случаев заболеваемости, то рост их числа будет во всех областях. Наиболее высокие темпы роста показателя ожидаются в Ошской, Баткенской областях – со среднегодовым темпом 5,9%, немного от нее отстанет Жалалабатская область (4,2% среднегодовых), затем идут Таласская область (1,9% среднегодовых) и г. Бишкек (1,4% среднегодовых).

Прогноз грубых показателей заболеваемости РШМ в возрастных группах женщин осуществлен с помощью регрессионных уравнений, связывающих количество случаев РШМ и изменения численности населения в возрастных группах по данным темпа роста численности с 1993 г.

Небольшой рост случаев рака шейки матки следует ожидать в возрастной группе 40-49 лет со среднегодовым темпом 6,0% и, напротив, быстрее всего число больных РШМ уменьшается в возрасте 60-69 со среднегодовым темпом –4,2%.

Темпы изменения грубых показателей во всех возрастных группах однократны с темпами изменения случаев РШМ за исключением возрастной группы старше 70 лет – там за счет роста численности значение грубого показателя практически не меняется.

При изучении динамики заболеваемости женщин в возрасте 0-29 лет было выявлено, что величина коэффициента корреляции между показателями заболеваемости и изменением времени $R_{0-29}=+0,4$ показывает, что связь между ними существует, хотя не достаточно тесная. Если рассматривать динамику показателей заболеваемости с 1989 г., то среднегодовой прирост был равным $T=+5,9\%$, а их среднее значение составило

$0,2 \pm 0,1\%$ ooo. Вместе с тем, статистический анализ показывает, что заболеваемость в данной возрастной группе не носила устойчивого характера.

Так, с 1999 г. тренд заболеваемости РШМ имеет восходящую динамику со среднегодовым приростом $T=5,9\%$. Однако с 2002 г. тренд приобрел более устойчивый и негативный характер – среднегодовой прирост составил $T=+12,5\%$, коэффициент регрессии $K=0,02 \pm 0,01$ (доверительные границы рассчитаны при $p=0,05$).

Таким образом, хотя значения показателей заболеваемости в данной возрастной группе женщин самые низкие и, поэтому, пока не вызывают больших опасений, среднегодовые темпы их прироста с 1999 г., но особенно с 2002 г. очень высокие и требуют более пристального внимания со стороны органов здравоохранения, в частности онкологической службы.

Заключение. Согласно прогнозу стандартизованные показатели заболеваемости РШМ в Кыргызской Республике не претерпят существенных изменений. Однако при этом количество случаев РШМ в стране будет возрастать. Наиболее неблагоприятная динамика стандартизованных показателей заболеваемости прогнозируется в южных областях. Относительную стабилизацию заболеваемости следует ожидать в Талассской, Нарынской и Чуйской областях, и, наконец, падение заболеваемости будет в Иссык-Кульской области. При этом рост случаев РШМ будет наблюдаться во всех областях. Рост стандартизованных показателей заболеваемости РШМ ожидается во всех возрастных группах младше 60 лет. Заболеваемость у женщин более старших возрастов, скорее всего, будет снижаться. При этом снижение абсолютного числа больных следует ожидать только в возрастной группе 60-69 лет.

Литература:

1. Вишневская Е.Е. Рак шейки матки. – 2001, Минск. – 236 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т.20. – Прилож. №1. – 150 с.
3. Дарьялова Л., Бойко А.В., Черниченко А.В. и др. Современная лучевая терапия: анализ достигнутого и взгляд в будущее. //Мед. радиол. и радиоц. безопас. – 1995. – Т.40, №6. – С.39-45.
4. Макимбетов Э.К., Василевский М.Г., Сатылганов И.Ж., Бебезов Б.Х. Статистика и методология рака. Бишкек, «Тураг», 2003. – 245 с.
5. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. СПб – 2007. – С. 9-10.

УДК 618.3:618.5:616-056.52

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Асакеева Р.С., Калканбаева Ч.К., Акматов А.

THE COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH OBESITY

Asakeeva R. S., Kalkanbaeva Ch. K., Akmatov A.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: У женщин с ожирением беременность связана с увеличением числа осложнений, с превалированием гипертензивных нарушений беременных (42,7% против 11,0% в контроле). Осложнениями родового акта являются развитие аномалий родовой деятельности (в 5,3 раза чаще, чем в контроле). Ручное отделение плаценты и кесарево сечение у женщин с ожирением применяли в 1,6 и 2,1 раза чаще. У женщин с ожирением чаще наблюдались случаи рождения детей с асфиксиией и массой тела более 4 кг.

Ключевые слова: ожирение, течение беременности и родов, осложнения, новорожденные.

Summary: The pregnancy of obese women is associated with an increase of the number of complications, including hypertensive disorders of pregnancy (42,7% vs. 11% in controls). Complications of delivery in obesity are the development of anomalies labor (5.3 times more frequently than in the

control). Manual removal of placenta and cesarian of delivery in obese women was used in 1,6 and 2,1 times often. In obese women were more frequent cases of children born with asphyxia and weighing more than 4 kg.

Key words: *obesity, pregnancy and delivery, complications, newborn.*

Актуальность. В последние годы прослеживается тенденция роста ожирения, являющегося важной медико-социальной проблемой у женщин в детородном возрасте [1, 2].

При ожирении нарушение менструальной функции наблюдается в 6 раз чаще, а первичное бесплодие в 2 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела [3], а также ожирение сопряжено с осложненным течением гестационного периода и родов [4; 5]. Частота возникновения акушерских осложнений среди женщин с избыточной массой в 2-3 раза превышает аналогичные показатели у женщин, имеющих обычную массу тела [6; 7].

Несмотря на большое число исследований, частота осложнений беременности и родов у женщин с ожирением не имеет тенденции к снижению, в связи, с чем данный вопрос является актуальным и требует проведения дополнительных исследований, направленных на изучение особенностей течения беременности, характерных осложнений родов у женщин с ожирением, что и явилось целью данной работы.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе клинического родильного дома №2 г. Бишкек с использованием когортного ретроспективного метода. Были проанализированы истории беременности и родов за 2011-2012 гг. и сформированы основная (82 пациентки с ожирением) и контрольная (65 соматически здоровых пациенток) группы. В основной группе 39 женщин имели ожирение I степени (47,6%), 43 - ожирение II и III степеней (52,4%).

Анализировали результаты общеклинического обследования: сбор анамнеза, клинический осмотр, оценка прибавки в весе, акушерское обследование, УЗИ плода, консультации терапевта. Течение и исход родов, состояние новорожденного оценивали по выписным документам.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток с ожирением составил $25,2 \pm 3,7$ лет, в контроле - $25,7 \pm 4,4$ года. Повторнобеременные пациентки преобладали в основной группе (72,0%), первобеременные - в контрольной (60,0%).

В I триместра настоящей беременности у всех пациенток наиболее распространенным осложнением был ранний токсикоз (34,5% и 14% соответственно) и угроза прерывания беременности (20,5% и 7% соответственно). Во II триместре у женщин с ожирением по сравнению с группой контроля, развивались такие осложнения, как угроза прерывания беременности (16,5% и 10%), ФПН (3% и 1,5%) и гипертензивные нарушения беременных (6,5% и 3,0%). Суммарная частота инфекций мочевыводящих путей составила 4,5% и 1,5% соответственно. Наиболее распространенным и значимым осложнением III триместра беременности в обеих группах явились гипертензивные нарушения беременных (42,7% и 11% соответственно). В группе с ожирением чаще, чем в контроле, диагностировали угрозу преждевременных родов (10,5% и 5%), ФПН (36,5% и 12%), задержку роста плода (в 4 раза чаще, чем в контроле). У беременных с ожирением в III триместре был диагностирован гестационный сахарный диабет (ГСД) (2,4%).

У женщин с ожирением в родах возникал целый комплекс осложнений: преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, затяжные роды (рис. 1).

Среди аномалий родовой деятельности в группе с ожирением в большей степени определялась первичная слабость - 23,2%, вторичная слабость - 22,0%, далее дискоординация родовой деятельности - 19,5%. В контрольной группе среди аномалий родовой деятельности вторичная слабость составила 7,7%, а первичная слабость и дискоординация родовой деятельности - по 4,6%.

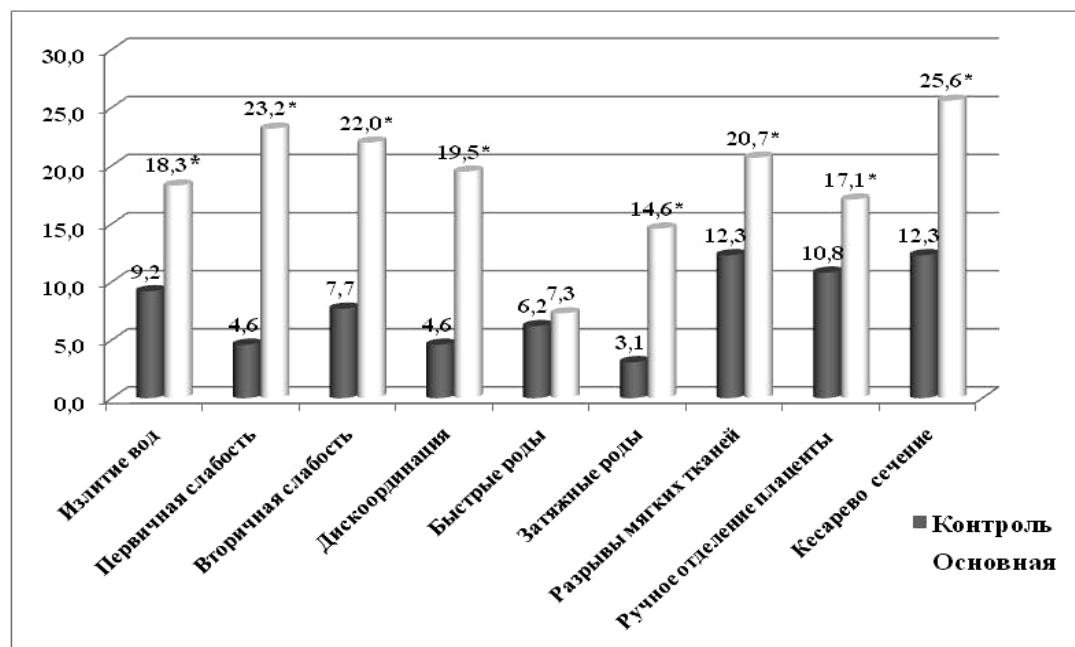


Рис.1. Частота осложнений течения родов (%).

Примечание: *- достоверное ($p<0,05$) отличие показателя от значения группы контроля.

Среди осложнений течения родов в группе с ожирением чаще встречались гипотонические кровотечения, асинклитическое вставление головки плода, случаи клинически узкого таза. В 8 случаях (9,8%) у пациенток с ожирением кровопотеря приняла патологический характер, что было обусловлено задержкой частей плаценты и гипотонией матки.

Наиболее частым оперативным вмешательством у женщин с ожирением было ручное отделение плаценты и кесарево сечение, которые применяли в 1,6 и 2,1 раза чаще, чем в контроле.

Всего родилось 147 новорожденных. При этом 91,5% новорожденных от матерей с ожирением были доношенными, 8,5% - переношенными. В группе контроля доношенными родились 93,9% детей, переношенными - 4,6%, недоношенными - 1,5%.

В группе женщин с ожирением достоверно реже, чем в контроле рождались дети с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов (рис. 2), чаще наблюдались случаи рождения детей с асфиксиею.

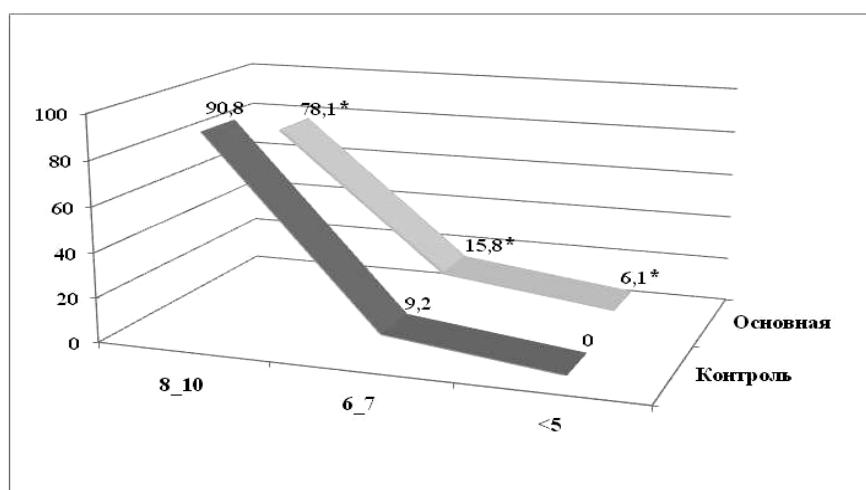


Рис. 2. Оценка новорожденных по шкале Апгар.

Примечание: *- достоверное ($p<0,05$) отличие показателя от значения группы контроля.

У женщин с ожирением выявлена тенденция к увеличению частоты рождения детей с весом более 4 кг. Средняя масса тела новорожденных основной группы составила 4216 ± 174 г, тогда как средняя масса детей контрольной группы - 3417 ± 276 г ($p > 0,05$). У новорожденных от матерей с избыточной массой тела увеличивались ростовые показатели, средние значения составили $53,3 \pm 0,1$ см против $51,3 \pm 0,4$ см в контрольной группе ($p > 0,05$) (рис. 3).

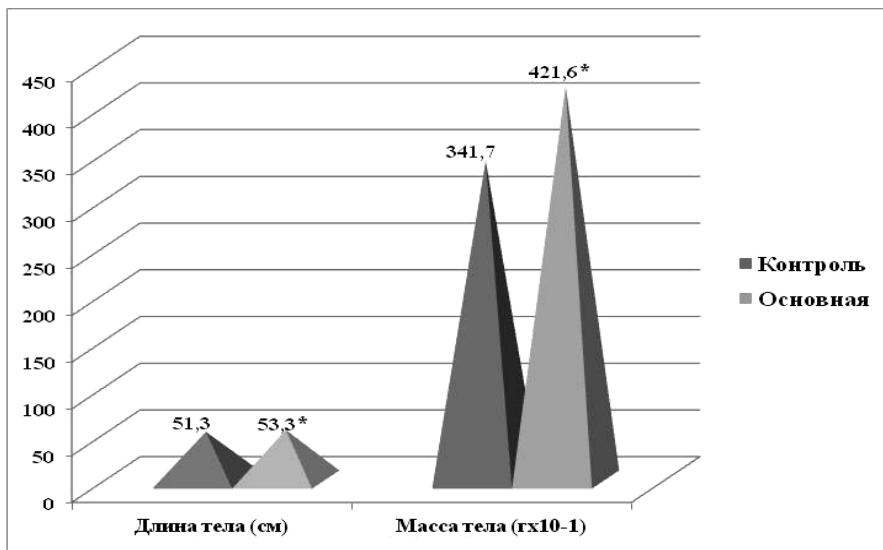


Рис. 3. Антропометрические показатели новорожденных.

Примечание: * - достоверное ($p < 0,05$) отличие показателя от значения группы контроля.

Ранняя постнатальная адаптация у большинства новорожденных ($87,7 \pm 3,6\%$) у матерей с ожирением протекала с нарушениями, проявляющимися патологическим течением неонатальной желтухи ($38,0 \pm 5,3\%$), дезадаптацией сердечнососудистой системы ($20,3 \pm 4,4\%$), значительной потерей первоначальной массы тела ($8,8 \pm 3,1\%$) и длительным её восстановлением ($89,6 \pm 3,3\%$), отечным синдромом.

Наиболее значимыми отклонениями в состоянии здоровья новорожденных у матерей с ожирением являлись перинатальное поражение ЦНС различного генеза ($56,9 \pm 5,4\%$), инфекции, специфичные для перинатального периода ($31,4 \pm 5,0\%$), макросомия ($43,8 \pm 5,4\%$) или задержка внутриутробного развития ($8,1 \pm 2,9\%$), родовая травма ($3,5 \pm 1,9\%$). Особенностью перинатальных исходов при патологии углеводного обмена у матерей являлись диабетическая фетопатия ($44,4 \pm 12,1\%$), генерализованная внутриутробная инфекция ($16,7 \pm 9,0\%$), пневмония ($16,7 \pm 9,0\%$), респираторный дистресс-синдром ($16,7 \pm 9,0\%$), врожденные пороки развития ($11,1 \pm 7,6\%$), гибель детей в раннем неонатальном периоде ($11,1 \pm 7,6\%$). Частота нарушений в состоянии здоровья детей у матерей с нормальным индексом массы тела была существенно ниже.

Таким образом, у женщин с ожирением беременность была связана с увеличением числа осложнений, среди которых превалировали гипертензивные нарушения беременных ($42,7\%$ против $11,0\%$ в контроле). Осложнениями родового акта при ожирении являлись развитие аномалий родовой деятельности (в 5,3 раза чаще, чем в контроле). Ручное отделение плаценты и кесарево сечение у женщин с ожирением применяли в 1,6 и 2,1 раза чаще. У женщин с ожирением чаще наблюдались случаи рождения детей с асфиксиией и массой тела более 4 кг.

Список литературы:

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. -456 с.
2. Скворцова М.Ю., Перова Т.В. Прогностические критерии развития гестоза у повторнородящих с ожирением // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». - Москва. - 2007. - С. 237.

3. Прилепская В. Н., Цаллагова Е. В. *Ожирение. Клиника, диагностика, лечение.* М.: Медпресс-информ, 2007. - 64 с.
4. Шехтман М. М., и соавт. *Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных.* М.: «Триада-Х», 2001. - 128 с.
5. Arendas K., et al. *Obesity in pregnancy: pre-conceptual to postpartum consequences // J Obstet Gynaecol Can.* - 2008. - Vol. 30, № 6. - P. 477-88.
6. Despres J. P. et al. *Abdominal obesity: the cholesterol of the 21st century? // Can J. Cardiol.* - 2008. - Vol. 24, Suppl D. - P. 7-12.
7. Ehrenberg H. M. et al. *The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery // Am J Obstet Gynecol.* - 2004. - Vol. 191, №3. - P. 969-74.

УДК: 618.2/7.14-089:616-083.98-005.1-616-003.9-055.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОТЛОЖНУЮ ГИСТЕРЭКТОМИЮ В СВЯЗИ С МАССИВНЫМИ АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Eспаева Р.Н.

EVALUATING LIFE QUALITY OF WOMEN, UNDERGONE EMERGENCY HYSTERECTOMY ASSOCIATED WITH PROFUSE OBSTETRIC BLEEDING

Yespayeva R.N.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Республики Казахстан,*

Резюме: Цель исследования состояла в оценке качества жизни женщин, перенесших неотложную гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями.

Для самооценки качества жизни обследуемых женщин использовалась методика, разработанная в Российском Центре акушерства, гинекологии и перинатологии.

Отмечалось ухудшение качества жизни по многим параметрам, в основном это угнетение физической активности и психического состояния.

Ключевые слова: качество жизни, неотложная гистерэктомия, массивные акушерские кровотечения, постгистерэктомический синдром.

Resume: The purpose of the research was to evaluate life quality of women, undergone emergency hysterectomy associated with profuse obstetric bleeding.

For self-rating of life quality of surveyed women, the technology, developed in Russian Center of obstetrics, gynaecology and perinatology, was used.

It was noticed, that life quality is degrading because of different reasons, mainly, were noticed depression of physical activity and mental state.

Key words: life quality, emergency hysterectomy, profuse obstetric bleeding, post-hysterectomy syndrome.

Актуальность. Учитывая, что в настоящее время, уделяется большое внимание оценке качества жизни пациентов при различных патологических состояниях [1, 3], актуальным является изучение качества жизни женщин, перенесших гистерэктомию, в связи с массивными акушерскими кровотечениями.

По современным представлениям клинический симптомокомплекс, развивающийся после гистерэктомий с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями объединяют в постгистерэктомический синдром (ПГС) [2]. Гистерэктомии подвергается каждая пятая женщина в течение жизни. Наибольшее количество гистерэктомий приходится на наиболее социально-активный период жизни женщин. ПГС резко снижает качество жизни женщины. Частота выпадения функции яичников, приводящей к развитию ПГС,

колеблется от 20% до 80% и зависит от возраста пациентки, преморбидного фона, характера сопутствующей патологии, объема операции, особенностей кровоснабжения яичников.

Цель исследования. Изучить психоэмоциональный статус и качество жизни женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 30 родильниц (основная группа), перенесших массивные кровотечения, которым был произведен хирургический гемостаз в объеме тотальной и субтотальной гистерэктомии (ГЭ) (средний возраст $32 \pm 2,3$); и 30 родильниц (контрольная группа), перенесших акушерские кровотечения с консервативным гемостазом (средний возраст $34 \pm 2,6$). Для самооценки качества жизни обследуемых женщин использовалась методика, разработанная в Российском Центре акушерства, гинекологии и перинатологии [3]. Методика тестирует 5 основных категорий качества жизни. Тестирование всех ощущений проводилось к концу послеродового периода. Максимальная выраженность симптома оценивалась в 5 баллов. По каждому симптуму высчитывался средний балл для всех опрошенных.

Наличие тревожности и депрессии оценивали по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (d) - HADS(d)). Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации учитывался суммарный показатель по каждой подшкале.

Также, для оценки психического состояния испытуемых использовали методику «САН» (Самочувствие, Активность, Настроение). Методика представляет собой шкальную оценку, содержащую 20 характеристик психического состояния человека, каждая из которых выражена в двух противоположных по смыслу определениях.

Результаты и обсуждение: Все родильницы были выписаны на 7-9 сутки. Послеоперационных осложнений не отмечалось. Объем кровопотери в основной группе исследования составил от 1000,0 до 3500,0. 75% женщин, перенесших массивные кровотечения, были оптимального репродуктивного возраста, 30% беременных были первородящими, 10% - многорожавшие. Различные экстрагенитальные заболевания отмечались у 55% беременных. 80% женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, из них половина преждевременно.

У 90% процентов женщин беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее частыми из них были гипертензивные состояния (60%), аномальное расположение плаценты (30%).

Из числа женщин с гистерэктомией троим (15%) произведена перевязка внутренних подвздошных артерий. Основным показанием к гистерэктомии послужила атония матки (50%), затем синдром-ДВС (25%) и патология плаценты (15%).

При интерпретации результатов самооценки качества жизни пациенток основной группы были выявлены следующие особенности.

I. Физическая активность. У пациенток основной группы отмечалось снижение физической активности, которое воспринималось как ощущение недостатка энергии и снижение общего тонуса в сочетании с ощущением усталости и сонливости. Практически все пациентки основной группы исследования испытывали неспособность переносить значительные физические нагрузки.

II. Психическое состояние. Исследуемый период характеризовался максимальной выраженностью таких негативных психологических реакций как ощущение подавленного, унылого, депрессивного состояния у наблюдаемых первой группы. Самыми выраженными психологическими симптомами было ощущение тревожности и нервозности (5 баллов). Подавленное, унылое, депрессивное состояние характерно, в основном, в тех случаях, когда женщина теряла ребенка (особенно, когда беременность была долгожданной и желанной). Ощущение неудовлетворенности своей личной жизнью,

тревожность и нервозность характерна и для тех женщин, у которых роды закончились экстренным кесаревым сечением с последующими негативными последствиями. У женщин контрольной группы тревожность и нервозность, в основном, связана с переживаниями по поводу состояния ребенка.

III. Социальное функционирование. Данная категория качества жизни характеризовалась устойчивым стремлением к одиночеству, путем ограничения встреч с друзьями у наблюдаемых основной группы.

IV. Ролевое функционирование. Для женщин первой группы исследования характерна быстрая утомляемость после обычной домашней работы, а также изменения в увлечениях.

V. Сексуальное функционирование. По самооценке опрошенных из первой группы наблюдения они старались не уклоняться от сексуальных отношений, но отмечали снижение сексуальных реакций, чувство дискомфорта при половых контактах. Эти пациентки беспокоились, что будут нежеланны для своего сексуального партнера, что ощущения при сексуальных контактах изменятся для обоих партнеров.

VI. Общая самооценка состояния здоровья. Проблемы со сном у опрошенных первой группы, в основном связаны с их психоэмоциональным состоянием. В то время как, в контрольной группе, проблемы со сном, в основном, связаны с ребенком.

VII. Общая самооценка качества жизни. Женщины первой группы анкетирования отмечали общую самооценку качества их жизни как удовлетворительное, а женщины контрольной группы – как хорошее.

По результатам тестирования по Госпитальной шкале тревожности и депрессии выявлено, что у всех опрошенных женщин основной группы имелись субклинически и клинически выраженная тревога/депрессия. Тревога проявлялась в виде напряжения, страха, что может случиться что-то ужасное, беспокойных мыслей, невозможности расслабиться, внутреннего напряжения и дрожи, а также в возникновении внезапного чувства паники, которые испытывались часто или большую часть времени. Депрессия проявлялась в способности в меньшей мере испытывать удовольствие, в снижении или отсутствии бодрости, в замедленных движениях.

Результаты тестирования по методике «САН» показали, что пациентки основной группы самочувствие оценивали на 4,2 балла против 6,5 баллов в контрольной группе. Это связано, с тем, что 37% молодых женщин, перенесших гистерэктомию сильно озабочены последствиями и неспособностью больше иметь детей и 80,1% женщин испытывают постоянное напряжение, в связи с тем, что вынуждены скрывать свое состояние от близких и имитировать месячные. Активность пациентки основной группы оценивали в 5,2 балла против 6,0 баллов в контрольной группе, причем 80,5% женщин первой группы и 56,2% контрольной группы испытывают усталость, сонливость и потребность в отдыхе. Настроение как хорошее отмечали 47% женщин первой группы и 73% опрошенных контрольной группы. Большинство женщин обеих групп исследования отмечают, что на характер настроения основное влияние оказывало состояние ребенка. Матери с проблемными детьми отмечали взволнованность, напряженность, некоторую раздражительность. Большинство женщин (89%) основной группы и 31% контрольной группы были недовольны исходом родов. Женщины основной группы исследования, которые в силу перенесенных обстоятельств остались еще и без ребенка отмечают пассивность, грусть, вялость, безучастность в текущих событиях.

Выводы: Таким образом, ухудшение качества жизни после массивных кровотечений, закончившихся ГЭ, отмечается по следующим параметрам: ощущение усталости, снижение общего тонуса, подавленность, депрессивное состояние, ощущение тревожности и нервозности, стремление к одиночеству, проблемы со сном, изменения сексуальных желаний. Общий итог проведенного исследования можно характеризовать как угнетение физической активности и психического состояния.

Список литературы:

1. Ветиев П.С., Крылов Н.Н., Ф.А. Шпаченко. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения.// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова.- 2000.- № 1.- С.64-67.
2. Гинекология. Национальное руководство.// Под редакцией акад. Кулакова В.И. Москва.- 2007.- С.572-575.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. - М.: Медицина, 1999.-312 с.

УДК: 618.2/.7:616-005.1-083.98:618.14-089-616-003.9

**К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНОЙ
ГИСТЕРЭКТОМИИ В СВЯЗИ С МАССИВНЫМИ АКУШЕРСКИМИ
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Еспаева Р.Н.

**ISSUE ON REHABILITATION AFTER EMERGENCY HYSTERECTOMY
ASSOCIATED WITH PROFUSE OBSTETRIC BLEEDING**

Yespayeva R.N.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан.*

Резюме: Целью исследования было обоснование необходимости проведения реабилитации после гистерэктомии в связи с массивными акушерскими кровотечениями. 60 женщинам основной и контрольной групп исследования были проведены общеклинические, биохимические, иммунологические, функциональные методы исследования; оценка психоэмоционального состояния и самооценка качества жизни. Реабилитация должна состоять из медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

Ключевые слова: реабилитация, неотложная гистерэктомия, массивные акушерские кровотечения, качество жизни, тревожность, депрессия.

Resume: Purpose of the research was to ground the necessity of rehabilitation after hysterectomy associated with profuse obstetric bleeding. 60 women of main and control survey group were taken to general clinic, biochemical, immunological and functional trial. Therefore evaluation of mental state and self-rating of life quality were carried out. Women under survey need a rehabilitation of physical and mental health, which must include medical and non-medical correction.

Key words: rehabilitation, emergency hysterectomy, profuse obstetric bleeding, life quality, anxiety, mental depression.

Актуальность. Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8%. При послеродовых кровотечениях гистерэктомия (ГЭ) производится в 0,1% случаев, в 0,27% - после операции кесарева сечения [1, 2].

В Республике Казахстан акушерские кровотечения осложняют течение беременности и родов в каждом 20 случае [3]. Частота массивных кровотечений составляет 5,2 на 1000 родов. В 15,5% акушерские осложнения (атонические кровотечения, патология плаценты, рубец на матке, разрыв/перфорация матки, тяжелый гестоз) явились причиной радикальных операций в популяции женщин репродуктивного возраста г. Алматы [4].

Цель работы. Обосновать необходимость проведения реабилитации соматического здоровья и психоэмоционального состояния женщин, перенесших ампутацию или экстирпацию матки с сохранением одного или двух яичников по поводу массивных акушерских кровотечений.

Материал и методы исследования. Объектом изучения явились 30 женщин, перенесшие гистерэктомию по поводу массивного кровотечения во время беременности и родов (основная группа). Контрольную группу составили 30 женщин, перенесших акушерские кровотечения без удаления детородного органа. С целью выяснения состояния соматического здоровья исследуемых групп женщин, проводились общеклинические, иммунологические и функциональные методы исследования. Общеклинические методы включали общий анализ крови, биохимические исследования и коагулограмму. Из функциональных методов использовали ЭЭГ и УЗИ органов малого таза. Материалом для иммунологического исследования явилась периферическая кровь, взятая стерильно из вены под гепарин/физиологический раствор на 4-6 сутки после родов. Лимфоциты выделяли на градиенте плотности фикол/триомбраст $P=1,077$ г/мл.

Субпопуляционный анализ Т-лимфоцитов осуществляли на проточном цитофлюориметре («Facs Calibur», фирмы «Becton Dickinson» методом непрямой мембранный иммунофлюоресценции по методике модифицированной НИИ Иммунологии МЗ РФ, с применением панели моноклональных антител к поверхностным антигенам лимфоцитов (НПО «Сорбент», Москва, РФ): к CD3+ - маркеру зрелых Т-лимфоцитов, к CD4+ - маркеру Т-хелперов/индукторов, к CD8+ - маркеру супрессоров/цитотоксических лимфоцитов, к CD16+ - маркеру натуральных киллеров, к CD25+ - маркеру а-цепи рецептора интерлейкина -2, к CD95+ - маркеру Fas-рецептора, опосредующего апоптоз, к HLA-DR- маркеру гистосовместимости. Так же исследовали соотношения CD16+/ CD3+, ИРИ (CD4+/ CD8+), а также индекс апоптоза (CD95+/ CD25+). Все полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Фишера-Стьюдента.

Психоэмоциональное состояние оценивалось наличием тревожности и депрессии, которое определялось по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. При интерпретации учитывается суммарный показатель по каждой подшкале. Для самооценки качества жизни обследуемых женщин использовалась методика, разработанная в Российском Центре акушерства, гинекологии и перинатологии специально для пациенток после гистерэктомии [5]. Методика тестирует 5 основных категорий качества жизни и общую самооценку состояния здоровья. Мы использовали все разделы и все вопросы данного опросника. Максимальная выраженность симптома оценивалась в 5 баллов. По каждому симптуму высчитывался средний балл для всех опрошенных.

Результаты и обсуждение. Все родильницы были выписаны на 7-9 сутки. Послеоперационных осложнений не отмечалось. Объем кровопотери составил от 1000,0 до 3500,0 мл. При выписке у всех женщин имелась умеренная анемия (уровень гемоглобина варьировал в пределах 80 – 100 г/л). 96% родильницам проводилось переливание крови и/или компонентов крови.

Проведенное иммунологическое исследование (таблица 1) выявило характерные особенности формирования иммунореактивности у родильниц, роды которых осложнились кровотечением. При этом было выявлено, что в основной группе имело место достоверно значимое снижение количества зрелых CD3+ клеток, иммунорегуляторных хелперно-индукторных (CD4+) и супрессорно-цитотоксичных (CD8+) Т-лимфоцитов ($P<0,05$). ИРИ (CD4+/ CD8+) был снижен за счет иммуносупрессии Т-клеточного звена. Также отмечалась тенденция статистически недостоверная к увеличению количества CD16+ лимфоцитов ($P>0,05$), что нашло отражение в увеличении соотношения CD16+/ CD3+ в основной группе. Полученные результаты свидетельствуют о существенном количественном иммунном дисбалансе в основной группе родильниц.

Анализ экспрессии маркеров ранней и поздней активации лимфоцитов, а также маркера гистосовместимости HLA-DR позволил выявить увеличение количества клеток, находящихся в стадии ранней активации (по CD25+маркеру), резкое увеличение числа

клеток, готовых к апоптозу (по CD95+маркеру), увеличение индекса апоптоза (CD95+/CD25+), а также повышение количества лимфоцитов с HLA-DR маркером гистосовместимости, по сравнению с контрольной группой ($P<0,05$).

Таблица 1.

Исследование субпопуляционного профиля лимфоцитов

Параметры	Основная группа	Контрольная группа	P
CD3+	54,56±1,5	67,82±2,1	P<0,05
CD4+	29,01±1,2	39,01±1,2	P<0,05
CD8+	19,21±1,3	33,72±1,7	P<0,05
CD16+	19,20±1,4	17,61±1,2	P>0,05
CD25+	7,03±0,7	5,09±0,5	P<0,05
CD95+	25,52±1,6	10,46±0,9	P<0,05
HLA-DR	20,51±1,3	16,76±1,6	P<0,05
CD16+/CD3+	0,35±0,006	0,26±0,006	P<0,05
CD4+/CD8+	1,51±0,01	1,16±0,005	P<0,05
CD95+/CD25+	3,63±0,02	2,06±0,01	P<0,05

Таким образом, исследование активационных маркеров в основной группе позволило установить, что при акушерских кровотечениях отмечается увеличенная экспрессия рецепторов к интерлейкину-2, нарастание количества клеток, готовых к апоптозу, а также неблагополучие по HLA-DR локусу в отличие от контрольной группы.

В результате электрорэнцефалографических исследований установлено, что у родильниц, перенесших патологическую кровопотерю, биоэлектрическая активность мозга существенно отличается от таковой у женщин с физиологической кровопотерей. Основные особенности ЭЭГ в основной группе исследования выражались в виде замедления основного альфа-ритма, и возрастании условной мощности тета-активности, так показатель тета-индекса составил от 5% до 60%.

При сравнении ЭЭГ, в зависимости от величины кровопотери, обнаружено, что патологические отклонения регистрируются чаще и носят более устойчивый характер при массивной кровопотере, а при умеренной они менее выражены и быстрее компенсируются. Также отмечались активация мезодиэнцефальных, диэнцефальных и медиобазальных структур (гормональные изменения, патология щитовидной железы).

При анализе результатов тестирования самооценки качества жизни, снижение качества жизни после массивных кровотечений, закончившихся ГЭ, отмечается по следующим параметрам: ощущение усталости, снижение общего тонуса, подавленность, депрессивное состояние, ощущение тревожности и нервозности, стремление к одиночеству, проблемы со сном, изменения сексуальных желаний. Общий итог проведенного исследования по оценке качества жизни можно характеризовать как угнетение физической активности и психического состояния, особенно выраженное у наблюдавшихся после органоуносящих операций в связи с массивными акушерскими кровотечениями и потерей ребенка. Самыми выраженными психологическими симптомами было ощущение тревожности и нервозности (5 баллов). Ощущение неудовлетворенности своей личной жизнью, тревожность и нервозность характерна и для тех женщин, у которых роды закончились экстренным кесаревым сечением с негативными последствиями. Удаление матки и не способность иметь еще детей для ряда женщин этой группы явилось сильным психотравмирующим фактором. Потеря матки для них означает потерю молодости, женственности.

По результатам тестирования по Госпитальной шкале тревожности и депрессии выявлено, что у всех опрошенных женщин имеется субклинически и клинически выраженная тревога/депрессия. Тревога проявлялась в виде напряжения, страха, что может случиться что-то ужасное, беспокойных мыслей, не возможности расслабиться, внутреннего напряжения и дрожи, а также в возникновении внезапного чувства паники,

которые испытывались часто или большую часть времени. Депрессия проявлялась в способности в меньшей мере испытывать удовольствие, в снижении или отсутствии бодрости, в замедленных движениях.

Выводы. У женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями, отмечается анемический синдром, из них 96% наблюдаемых входят в группу риска в связи с трансфузией крови и/или компонентов крови. Результатом иммунологического исследования является определение количественного иммунного дисбаланса у данных женщин. Исследование активационных маркеров выявило увеличение экспрессии рецепторов к интерлейкину-2, нарастание количества клеток, готовых к апоптозу, а также неблагополучие по HLA-DR локусу. Изменения на ЭЭГ свидетельствуют об угнетении функции головного мозга и его гипоксическом состоянии (медленной активности и возрастании условной мощности тета-активности). Общий итог проведенного исследования по оценке качества жизни можно характеризовать как угнетение физической активности и психического состояния, особенно выраженное у наблюдаемых после органо-уносящих операций в связи с массивными акушерскими кровотечениями и потерей ребенка. Самыми выраженнымими психологическими симптомами было ощущение тревожности и нервозности (5 баллов). По результатам тестирования выявлено, что у всех опрошенных женщин имеется субклинически и клинически выраженная тревога/депрессия.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения коррекции выявленных изменений состояния женщин, перенесших ГЭ, в связи с массивными акушерскими кровотечениями, с целью скорейшей реабилитации и, в конечном счете, улучшения качества жизни таких женщин.

Возможный объем реабилитационной программы:

- продолжительная антианемическая терапия под контролем гемограммы;
- наблюдение акушер-гинеколога с решением вопроса применения ЗГТ;
- применение иммуномодуляторов;
- прием сосудистых и ноотропных препаратов;
- немедикаментозная и/или медикаментозная коррекция тревожного и депрессивного состояния.

Список литературы:

1. Чернуха Е.А., Федорова Т.А. Эволюция методов терапии послеродовых кровотечений // Акушерство и гинекология. - 2007. - №4. - С.61-64.
 2. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Комисарова Л.М. Профилактика и лечение массивных акушерских кровотечений, как фактор снижения материнской смертности // Материалы форума «Мать и Дитя». - 2007. - С.294-295.
 3. Кравцова Т.Г., Каюрова Л.С., Базылбекова З.О. Пути снижения материнской смертности в группах высокого риска // Акушерство, гинекология и перинатология. -2009.-№1.- С.17-20.
 4. Арынов Г.С. Хирургическая менопауза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- А., 2004.
 5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. - М.:Медицина, 1999. - 312 с.
-

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Жалалов Р.К.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS CAUSE OF MATERNAL MORTALITY BLEEDING FROM HYPOTONIC

Jalalov R.K.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан.

Резюме: изучены причины материнской смертности от гипотонических кровотечений в Наманганской области, была проанализирована медицинская документация 71 умершей женщины. Установлено, что смертность от гипотонических кровотечений встречалась среди 22,5% умерших женщин. Результаты исследования показывают, что еще на этапах обследования беременных необходимо выделять группу риска с развитием кровотечений, выявлять и корректировать нарушения, предрасполагающие к патологической кровопотере. При патологической кровопотере необходимо адекватное лечение по принципам своевременности и комплексного подхода.

Ключевые слова: материнская смертность, акушерские кровотечения, причины

Resume: studied the causes of maternal mortality hypotonic bleeding in Namangan region was analyzed medical records of 71 of the dead woman. Found that mortality from hypotonic bleeding met 22.5% of deaths among women. The results show that even at the stage of screening of pregnant should be allocated to the risk of bleeding, detect and correct violations that predispose to abnormal blood loss. Abnormal blood loss must be adequately treated by the principles of timeliness and integrated approach.

Key words: maternal mortality, obstetric hemorrhage, causes.

Актуальность. Исследования, посвященные проблеме материнской смертности (МС), а также определение организационных мероприятий по ее снижению и предупреждению актуальны для органов управления здравоохранением [2, 5].

В настоящее время кровотечения — частые осложнения в послеродовом периоде и одна из основных причин материнской смертности. Ежегодно в мире 127 тысяч женщин (25% всей материнской смертности) умирают от кровотечений [1, 3].

Изучение причин таких смертельных осложнений как акушерские кровотечения в Узбекистане - это сложный комплекс социально-экономических и медицинских факторов, среди которых характеристика нозологического спектра основных причин, патоморфологических изменений и отсутствие централизованного учета причин акушерских кровотечений имеют особое значение. Из этого вытекает необходимость общегосударственных мероприятий по снижению уровня МС [3, 4]. Вместе с тем, наряду с общегосударственным подходом к решению данной проблемы, важен и необходим региональный подход, когда причины МС анализируются в отдельном регионе на уровне субъектов Республики Узбекистан. Таким образом, проблема МС должна решаться на государственном уровне с учетом конкретных условий каждого региона.

Цель исследования: изучить недостатки в оказании медицинской помощи, приводящие к материнской смертности от гипотонических кровотечений в Наманганской области.

Материалы и методы исследования: Работа базируется на клиническом анализе первичной медицинской документации 71 умерших в Наманганской области женщин с начала беременности и до 42 дней после ее завершения за период с 2005 по 2010 гг.

Выполнение работы осуществлялось в несколько этапов: сбор информации о случаях смерти беременных, рожениц и родильниц (истории родов умерших женщин, индивидуальные карты, медицинские карты стационарного больного, данные лабораторного исследования, протоколы патологоанатомического исследования), выкопировка сведений из первичной медицинской документации на всех этапах.

Результаты исследования: Согласно проведенному исследованию из 71 умерших в Наманганской области женщин за период с 2005 по 2010 гг. у 30 смертность произошла вследствие акушерского кровотечения, что составило 42,3%. В дальнейшем было установлено, что у 16 развилось гипотоническое кровотечение, что составило 22,5% от общего числа материнской смертности.

Изучение первичной документации умерших женщин от гипотонических кровотечений показало, что все женщины состояли на учете, причем из них 81,2% женщин зарегистрированы до 12 недель гестационного срока и 18,8 % выше 12 недель.

Средний интергравидарный интервал умерших от гипотонических кровотечений в 56,2% случаях с интервалом до 1,5 года и 18,7% случаях от 1,5 – 4 и больше года. Результаты исследования показывают, что почти больше половины женщин, несмотря на имеющиеся сочетанные соматические патологии, не соблюдали интергенетический интервал, что говорит о низком уровне профилактической работы в первичном звене.

Изучение взаимосвязи экстрагенитальных заболеваний в гестационном периоде и гипотонического кровотечения, показало, что все женщины имели железодефицитную анемию, в частности, 37,5% из них анемию тяжелой степени; заболевания почек были у 50%, у 18,7% - наблюдались болезни печени и у 6,2% случаев - сердечнососудистые и эндокринные заболевания. Этот факт свидетельствует о несвоевременном выявлении и отсутствии должной профилактики данной патологии.

Определенное значение в благоприятном исходе беременности и родов имеет своевременное поступление женщин в стационар, качество лечебно – диагностического процесса и уровень квалификации персонала. При анализе состояния при поступлении установлено, что 4 (25%) женщины поступали в удовлетворительном состоянии, 7 (43,7%) - в среднетяжелом, 3 (18,7%) – в тяжелом и 2 пациентки (12,5%) доставлены в стационар в крайне тяжелом состоянии, что свидетельствует об отсутствии наблюдения при беременности и дородовой госпитализации с тяжелыми осложнениями гестации.

Причины поступления женщин в состоянии средней тяжести, тяжелом и крайне тяжелом состоянии обусловлены наличием в 18,7% преэклампсии легкого течения, 37,4% преэклампсии тяжелой степени и 37,4% анемия тяжелой степени. Так же у 25% женщин выявлена многоплодная беременность, у 25% - женщин многоводие и у 12,5% женщин - крупный плод, причем причиной смерти явилась нарушенная сократительной способности перерастянутой мышечной стенки матки. Роды осложнены слабостью родовой деятельности.

Изучение материнских потерь от гипотонического кровотечения в зависимости от гестационного срока и характер родов установлено, что 25% женщин поступили в сроках 32 – 37 недель, 62,5% женщин - в 38 – 40 нед и 12,5% женщин были в сроке 40 – 42 недели.

У 25% рожениц проведено родовозбуждение и родостимуляция по показаниям. При влагалищном родоразрешении ручное исследование стенок послеродовой матки было произведено в 62,5%. У 37,5% женщин в последующем произведено абдоминальное родоразрешение, в том числе в 1 случае с ампутацией матки и в 3-х - с экстирпацией матки. При массивном кровотечении у - 12,5 % женщин проведена перевязка крупных магистральных сосудов и у 37,5% женщинам оставлен контрольный дренаж в брюшной полости. У 31,2% женщинам проведена релапаротомия, перевязка крупных магистральных сосудов с дренированием брюшной полости.

Заключение: Анализируя причины смерти от гипотонического кровотечения, следует отметить, что удельный вес смерти от постгеморрагического шока был высоким и составил 87,5%. В данном случае отмечено нерациональное и несвоевременное родоразрешение и хирургическое вмешательство, что определило неэффективность оказанной медицинской помощи и привело к опасности смертельного исхода. Анализ подобных случаев материнской смертности от гипотонических кровотечений показал, что в 66,6% случаях было проведено нерациональное ведение беременности в амбулаторных

условиях и в 95,5% случаях в стационаре. Также в 77,7% случаях наблюдалось ошибки введении родов и послеродовом периоде. Интенсивная терапия при данной патологии проводилась в не полном объеме и не всегда своевременно.

Основной ошибкой в борьбе с гипотоническим кровотечением явилась многочасовая консервативная терапия, недооценка потерянной крови, несвоевременное и недостаточное восполнение кровопотери.

По-видимому, недооценка кровопотери в родах связана с одной стороны с несовершенством методов ее учета, с другой – различной реакцией больных на дефицит ОЦК, отсюда и несвоевременная и недостаточная по объему трансфузионная терапия. Наши данные подтверждают результаты исследований ряда авторов, что в условиях развивающейся коагулопатии хирургические методы остановки кровотечения заканчиваются в большинстве случаев безуспешно [1, 2, 4]. Поэтому важное значение имеет своевременное оказание экстренной хирургической помощи. Анализ времени наступления смерти при хирургических вмешательствах показал, что у 12,5% смерть наступила в первые 1 – 3 часа, у 12,5% 3 – 10 часа, у 25% женщин 10 – 24 часов и у 50% женщины в течение первых суток.

Таким образом, анализ случаев материнской смертности у родильниц от гипотонических кровотечений, показал что, у 62,5% женщин наблюдалось нерациональное ведение беременности и у 68,7% родов. Интенсивная терапия при данной патологии проводится в неполном объеме и не всегда своевременно. Основной ошибкой в борьбе с гипотоническим кровотечением явилась многочасовая консервативная терапия, недооценка объема потерянной крови, неадекватная профилактика, несвоевременная и недостаточное восполнение кровопотери.

В заключение хочется отметить, что, учитывая сложный процесс борьбы с акушерскими кровотечениями, который связан с гипотонией матки, следует серьезно относиться к мерам профилактики. На этапах обследования беременных необходимо выделять группу риска с развитием кровотечений, выявлять и корректировать нарушения, предрасполагающие к патологической кровопотере, рационально вести I и II периоды родов, избегать длительного использования родостимулирующих препаратов, своевременно проводить оперативное родоразрешение. При патологической кровопотере необходимо адекватное лечение по принципам своевременности, комплексного подхода и индивидуального выбора интенсивной терапии.

Список литературы:

- 1.Додхоеева М.Ф., Ходжисбаева Т.Ю., Ашуррова Г.С. *Материнская смертность среди первородящих* // «Доклады Академии наук РТ». – Душанбе, 2009. – Т. 52. - № 5. – С. 396-399.
- 2.Серов В.Н., Маркин С.А. *Критические состояния в акушерстве: Руководство для врачей.* – М.: Медиздат, 2003. – 702 с.
- 3.Турсункулова М.Э., Султанов С.Н. *Анализ причин материнской смертности от акушерских кровотечений в Каракалпакской области* // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. - Ташкент, 2009. - № 1. - С. 37-38.
- 4.Ядгарова К.Т. *Пути снижения материнской смертности в Республике Узбекистан* // *Вестник врача. - Самарканд, 2009. - №3. - С. 9-14.*
- 5.Beth Fredrick. *Eliminating unsafe abortion worldwide* // *The Lancet.* – 2007. - Vol. 370. - № 9595. - P 1295-1297.

**АНАЛИЗ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
ПО АЛМАТИНСКОЙ И КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ
ОБЛАСТИЯМ ЗА 2008-2011 ГГ.**

*Качурина Д.Р., Шарипова М.Н., Нуртазаева С.Н., Серикбаева Л.П.,
Тюлебаева Ж.С.*

**ANALYSIS OF LATE NEONATAL MORTALITY
IN ALMATY AND KYZYLORDA REGIONS IN 2008-2011**

*Kachurina D.R., Sharipova M.N., Nurtozaeva S.N., Serikbaeva L.P.,
Tyulebaeva Zh.S.*

*Научный центр педиатрии и детской хирургии,
г. Алматы, Республика Казахстан.*

Резюме: Проведен анализ смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде в Алматинской и Кызылординской областях за 2008-2011 гг. на основе исследования медико-социальных анкет 420 умерших детей. Установлен рост смертности в позднем неонатальном периоде в Алматинской с 1,26% до 1,64% и по Кызылординской с 2,58% до 3,29%. Выявлена тенденция «старения» неонатальной смертности за счет роста детей, умирающих в возрасте от 7 до 28 дней жизни.

Ключевые слова: новорожденные, младенческая смертность, поздняя неонатальная смертность.

Resume: analysis of neonatal mortality in the late neonatal period in Almaty and Kyzylorda regions for 2008-2011 based on a study of medical and social profiles of 420 children who died. Set the increase in mortality in the late neonatal period in Almaty with 1,26% to 1,64% and Kyzylorda from 2,58% to 3,29%.

The tendency of the "aging" of neonatal mortality due to the growth of children who die between the ages of 7 to 28 days of life.

Keywords: newborn, infant mortality, late neonatal mortality.

Актуальность. Младенческая смертность (МС) по определению Всемирной организации здравоохранения является интегральным индикатором качества жизни, социального и экономического благополучия в обществе [1-4]. По статистическим данным Республики Казахстан показатель МС за последние годы имеет тенденцию к снижению с 19,6% (2000 г) до 11,7% в 2013 г. Одним из составляющих компонентов МС является поздняя неонатальная смертность (ПНС) – смертность новорожденных от 7 до 28 дня жизни.

Цель: анализ смертности новорожденных в позднем неонатальном периоде в Алматинской и Кызылординской областях за 2008-2011 гг.

Материал и методы исследования: статистические данные «Мединфо»; анкеты медико-социального исследования семьи 420 детей, умерших в позднем неонатальном периоде в Алматинской и Кызылординской областях за 2008-2011 гг.

Результаты исследования. За анализируемые 2008-2011 гг. в позднем неонатальном периоде (ПНС) в Алматинской области умерло 212 детей, в Кызылординской области – 208 детей. При пересчете на 1000 живорожденных установлено, что показатель ПНС в Кызылординской области в 2 раза превышает аналогичный в Алматинской области.

При анализе динамики смертности в позднем неонатальном периоде отмечен одинаковый рост смертности по обеим областям - в Алматинской с 1,26% (47) в 2008 г до 1,64% (61) в 2011 г, то есть в 1,3 раза или на 30,2%; по Кызылординской соответственно с 2,58% (46) до 3,29% (63) – тоже в 1,3 раза или на 26,4 (рис. 1).

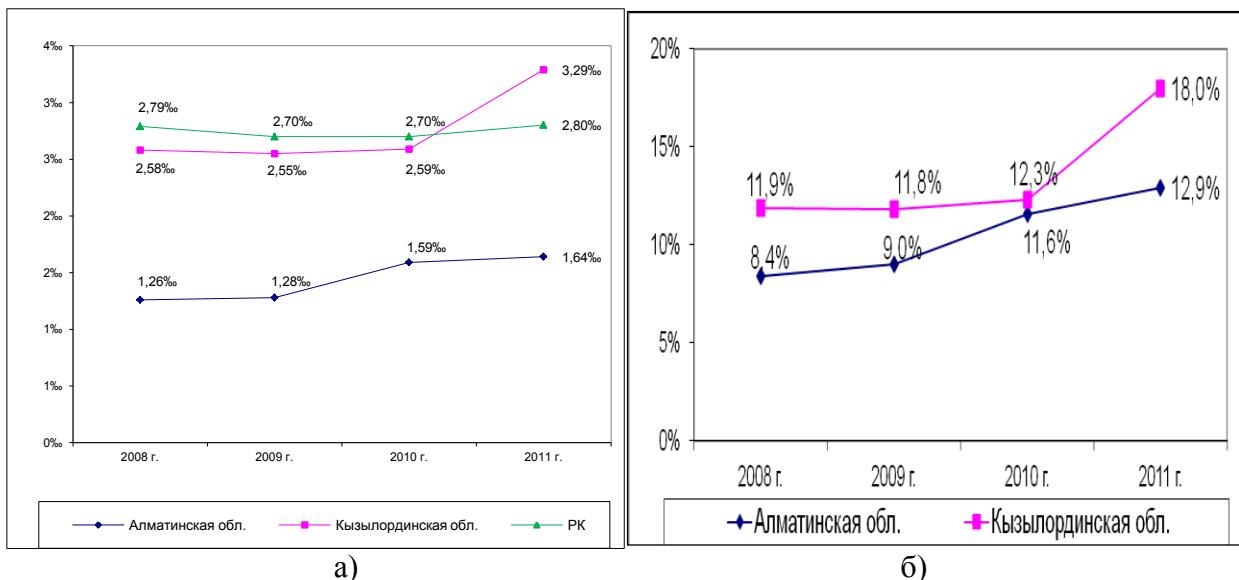


Рис. 1. а) Показатели поздней неонатальной смертности в динамике 2008-2011 гг. по Алматинской, Кызылординской областям и Республике Казахстан.

б) Удельный вес новорожденных, умерших в позднем неонатальном Периоде в структуре младенческой смертности по Алматинской и Кызылординской областям за 2008- 2011 гг.

При сопоставлении ПНС с показателями ранней неонатальной смертности (РНС) выявлена обратная корреляционная связь ($r = -0,6$). То есть при росте ПНС по обеим областям отмечено нереально высокое снижение РНС за 4 года: по Алматинской области с 8,83% (329) до 6,38% (237) – в 1,4 раза или на 27,7% и с 12,84% (229) до 8,1% (155) – в 1,6 раза или на 36,9% по Кызылординской областям.

В связи с сомнительно высоким ростом ПНС и снижением РНС показатель неонатальных потерь (от 0 до 28 дней) за эти годы (2008-2011 гг.) по областям характеризовался относительно меньшими показателями снижения. Так, по Алматинской области неонатальная смертность (НС) снизилась с 10,1% до 8% – снижение в 1,3 раза или на 20,8%; по Кызылординской области с 17,9% до 14,6% – снижение в 1,2 раза или на 18,4%.

С одной стороны, выявленная динамика за исследуемый период показателей НС и ее главной составляющей – РНС является вполне позитивной. Однако возникают серьезные сомнения в достоверности статистических данных по областям. Столь высокие темпы снижения РНС всего за 4 года при росте ПНС является нереальным. Такая же динамика характерна и для РФ, в отличие от стран Евросоюза.

Установлено, что за анализируемый период Алматинская область характеризуется высоким ростом доли ПНС в структуре неонатальной смертности – в 1,6 раза и в 2011 г. составляла почти 1/5 от всего количества детей, умерших от 0 до 28 дней жизни – 20,5%. Соответственно в 1,5 раза возросла ПНС и в структуре младенческой смертности – с 8,4% до 12,9%.

В Кызылординской области доля ПНС в смертности неонатального периода возросла в 1,7 раза и составляла в 2011г почти 1/3 – 28,9% от всей неонатальной смертности в области; в структуре смертности до 1 года также, как и в Алматинской области увеличилась в 1,5 раза с 11,9% до 18,0%.

Считается, что показатель ПНС является более достоверным и наиболее надежным по сравнению с МС и РНС, так как этот показатель в минимальной степени подвержен фальсификации и исключается возможность «переброса» в мертворожденные и минимизируется вероятность занижения массы тела.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении объективной биологической закономерности: чем старше ребенок, тем выше его уровень

жизнеспособности и снижается вероятность смерти, то есть больше должно умирать детей на 1-ой неделе жизни, чем на 2-4 неделях.

Такая динамика ПНС, РНС и НС в исследуемых областях качественно отличается от стран Европейского союза, где наблюдается совершенно противоположная динамика, а именно снижение неонатальной смертности происходит за счет снижения поздней неонатальной смертности. В исследуемых регионах, как и в республике в целом обратная тенденция обусловлена продолжающейся недорегистрацией умерших новорожденных первой недели жизни и «перебросом» их в нерегистрируемые мертворожденные или «плоды» массой тела менее 500 гр.

Выводы. Таким образом, в исследуемых Алматинской и Кызылординской областях, как и в республике в целом, выявлен рост динамики смертности детей в позднем неонатальном периоде. Установлена устойчивая тенденция «старения» неонатальной смертности за счет роста детей, умирающих в возрасте от 7 до 28 дней жизни.

Важной задачей органов управления является контроль за достоверностью статистических показателей неонатальной и младенческой смертности.

Список литературы:

1. Conde-Agudelo A., Diaz-Rosello J.L., Belizan J.M. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*.
2. UNICEF *The State of the World's Children: Maternal and Newborn Health. Cross Ref; PubMed/NCBI*; 2009.
3. Darmstadt G.L, Lawn J.E, Costello A. *Advancing the state of the world's newborns. Bull. World Health Organ.* 81: 224–225. Cross Ref; PubMed/NCBI; Google Scholar2003.
4. Суханова Л.П. *Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России*. – Дисс... докт. мед. наук. – М., 2006. – 335 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Джаманкулова Ф.С., Назаралиева С.Б., Эшалиева А.С.

THE ETIOLOGICAL FACTORS OF THE ANTENATAL DEATH OF FETUS ON THE CONDITIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Djamanculova F.S., Nazaralieva S.B., Eshalieva A.S.

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

Резюме: в исследовании представлены этиологические факторы антенатальной гибели плода в условиях Кыргызской Республики.

Ключевые слова: антенатальная гибель плода, причины, факторы.

Rezume: the review presents the etiological factors of antepartum fetal death on the conditions of Kyrgyz Republic.

Key words: antenatal death of fetus, etiology, factors.

Актуальность. Одно из главных направлений в решении проблемы охраны материнства и детства связано со снижением репродуктивных потерь. Репродуктивные потери рассматриваются, как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного.

Официально ежегодно фиксируется более 3,2 млн. мертворождений во всем мире. За последние десятилетия во всем мире произошло значительное снижение уровня неонатальной смертности, однако антенатальная гибель плода остается высоким и составляет почти 50% в структуре перинатальных потерь [12, 16].

В экономически развитых странах уровень мертворождений низкий и остается стабильным, составляя в среднем 5 на 1000 живорожденных [15, 16]. В этих странах за последние 50 лет произошло 10-кратное снижение уровня мертворождения за счет

снижения уровня антенатальной гибели плода в доношенном сроке беременности и интранатальной гибели плода. До 98% мертворождений приходится на развивающиеся страны южной Азии и Африки и составляет в среднем 32 на 1000 живорожденных [9, 12], причем преобладает гибель плодов в сроках выше 34 недели беременности и в интранатальном периоде, что связано с низким уровнем развития и доступности медицинской помощи.

Несмотря на многочисленные исследования, изучение причин антенатальной гибели плода остается актуальной. Как известно, причины «необъяснимой» антенатальной гибели плода разнообразны [3, 8, 7].

Этиологические факторы, способствующие антенатальной гибели плода многочисленны: материнские, плодовые факторы и осложнения беременности [5, 6, 10, 14]. Одним из материнских факторов являются демографические: низкий социально-экономический статус и уровень образования, увеличивающие риск антенатальной гибели плода [14]. Частой причиной формирования хронического страдания плода является высокая частота плацентарной недостаточности, которая развивается в 47-84,8% случаев.

Значительную роль в антенатальной гибели плода занимают вирусно-бактериальные инфекции, высокое кровяное давление, возраст женщины старше 40 лет и вредные привычки [12, 17].

Из выше изложенного следует, что этиологические факторы антенатальной гибели плода существенно варьируют в различных странах.

Целью исследования явилось определение динамики показателя антенатальной гибели плода, причин и факторов внутриутробной гибели плода в антенатальном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 56 случаев антенатальной гибели плодов при сроках гестации от 22 до 37 недель и более, изучены особенности экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, течения беременности, антенатального наблюдения. Во время беременности женщинам проводились исследования с использованием клинико-анамнестических и функциональных методов, морфогистологическое исследование плацент.

Результаты исследования и обсуждение. Нами проанализированы особенности акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, течения беременности и исход, антенатальное наблюдение.

Обращает на себя внимание, что большинство женщин - 74,2% были активного репродуктивного возраста. Средний возраст составил $26,3 \pm 7,1$ год. Доля беременных женщин позднего детородного возраста (35 лет и старше) составил 17,1%, а юного возраста - 8,6%. Наши данные подтверждают исследования Бурдули Г.М. и Фроловой О. (1997 г.) об увеличении доли женщин юного и старшего возрастов в группе с антенатальной гибелью плода [1].

Чаще антенатальная гибель плода наблюдалась у жительниц Жалал-Абадской (18,1%) и Иссык-Кульской областей (17,9), меньше Таласской (5,3%), Чуйской (5,2%) и в г. Бишкек (1,8%). Возросла доля женщин, не состоящих в браке - 11,4%.

Одним из важных аспектов Национальной программы по эффективному перинатальному управлению является своевременный и качественный антенатальный уход за беременными женщинами. Анализ учета беременных показал высокий удельный вес женщин, не охваченных антенатальным наблюдением - 45,7%, что было обусловлено отсутствием прописки по месту проживания. Высокий удельный вес женщин, не охваченных антенатальным наблюдением, в исследуемой группе с антенатальной гибелью плодов, согласуются с результатами исследований Joshua P. Vogel, Ndema A.N., свидетельствующих о повышении риска гибели плода при снижении дородового посещения женщин [11].

Особый интерес представляет анализ экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, осложнений беременности.

Согласно современным представлениям антенатальная гибель плода обусловлена состоянием матери и осложнениями беременности [2, 8]. К состояниям матери, вызывающим поражение плода, отнесены согласно МКБ-Х - гипертензивные расстройства у матери, болезни почек и мочевыводящих путей, инфекционные болезни и расстройства питания.

В исследуемой группе беременных женщин с антенатальной гибелью плода чаще выявлены заболевания крови и почек: анемия (22,8%), пиелонефриты (13,2%), простудные заболевания: грипп – у 11,4% женщин и ОРВИ с повышением температуры тела выше 37,5°C – у 5,7%.

Анализ гинекологических заболеваний показал высокий инфекционный фон: хронические воспалительные заболевания гениталий (сальпингоофориты, эндометриты и кольпиты) - 38,7%. Миома матки имела место у 5,7% беременных женщин.

По паритету родов 26 беременных женщин (43,4%) были первородящими. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе имели 6 (10,7%) женщин, врожденный порок развития новорожденных – у 2 (3,6%).

При изучении течения беременности выявлены следующие осложнения: гипертензивные нарушения беременности в 19,6% случаев, преждевременная отслойка плаценты в 12,5%, угроза прерывания беременности – в 8,1%, многоводие (3,5%) и маловодие (7,1%), в 10,7% случаев течение беременности осложнено хорионамнионитом.

В 14,2% случаев причиной антенатальной гибели явились врожденные пороки развития.

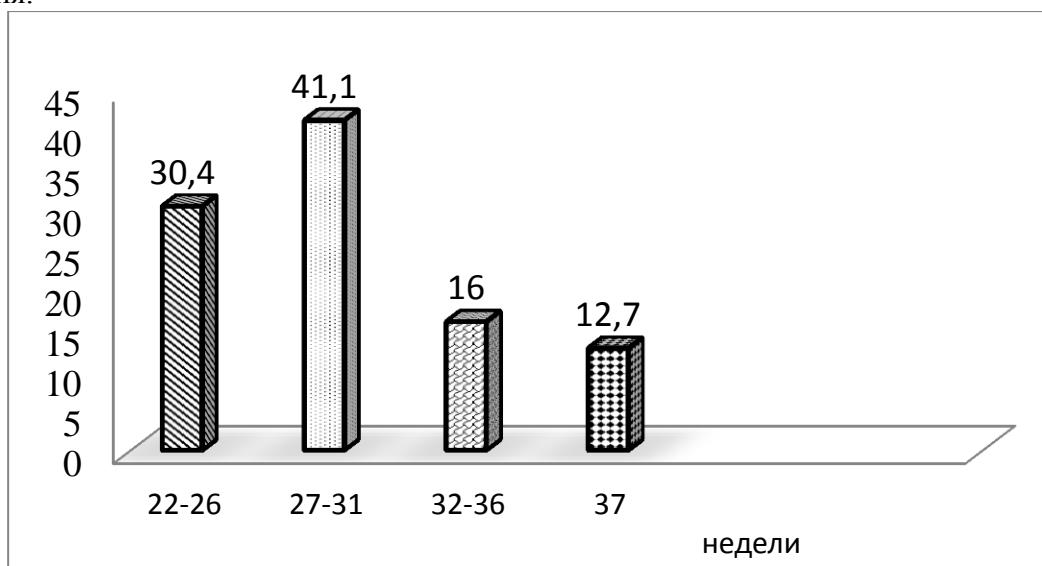


Рис. 1. Срок родов при антенатальной гибели плодов.

Как видно из рисунка 1 наиболее высока доля антенатальной гибели плодов в сроках 22 – 31 неделе - 71,5%, в 28,7% случаев антенатальная гибель плодов произошла в сроках выше 32 недель, т.е., почти у каждой трети женщины при массе плода более 1500 гр.

Среди причин перинатальных потерь одно из ведущих мест занимает патология плаценты. На её долю приходится от 20 до 60% в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности [5].

Анализ результатов гистологического исследования плацент в 92,2% случаев выявил плацентарную недостаточность. Наиболее чаще выявлена хроническая плацентарная недостаточность (71,3%), в том числе в стадии декомпенсации в 17,8%. Причиной антенатальной гибели плодов в 17,9% случаев явились острая плацентарная недостаточность, в 3,5% абсолютная плацентарная недостаточность.

При гистологическом исследовании в 17,9% выявлены воспалительные изменения оболочек, в виде децидуита, в 7,1% бактериального плацентита и 5,3% плацентита вирусного генеза. Истощение компенсаторных реакций, обусловленное хронической гипоксией плода, проявлялось нарастающим малокровием виллезных терминалей с исходом в циркуляторно – дистрофические изменения хориального синцития в стадии декомпенсации.

Выходы: За последние годы в республике показатель антенатальной гибели плода не имеет тенденции к снижению. К факторам риска антенатальной гибели плода следует отнести женщин юного и позднего детородного возраста, отсутствие и/или низкое качество антенатального наблюдения. Причинами развития антенатальной гибели плода являются высокий инфекционный фон, осложнения беременности (угроза прерывания, гипертензия беременных, преждевременная отслойка плаценты), врожденные пороки развития и плацентарная недостаточность.

Повышение уровня повсеместного охвата и качества антенатального наблюдения является одним из резервов снижения антенатальной гибели плода.

Список литературы:

1. Бурдули Г.М, Фролова О.Г. *Репродуктивные потери.* М.: – 1997. –с. 7.
2. Бурдули Г.М, Фролова О.Г. *Репродуктивные потери.* М.: – 1997. –с. 28.
3. Кондратьев Н.И., Баринова И.В. Проблема исследования «необъяснимой» антенатальной гибели плода // *Арх. патол.* 2010; 1:1 –11.
4. Кулаков В.И. и Барашнев Ю.И. Морально-этические проблемы перинатальной медицины // *Акуш. и гин.* 1994. №1. – с. 3.
5. Серов В. Н. Плацентарная недостаточность. *Трудный пациент.* 2005; 3(2): 17-20.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А. И. и др. *Физиология и патология плода.* М.: Медицина; 2004; 357.
7. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Попова Ю.Ю. Этиология антенатальной гибели плода // *Вопросы гин., акуш. и перинат.* М. 2012. т 11. №3. с. 31-39.
8. Туманова В. А. Медико-соц. аспекты профилактики антенатальных потерь: *Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* М.: 2005; 38.
9. Goldenberg R.L, Mc Clure E.M, Belizan J.M. *Commentary: reducing the world's stillbirths.* *BMS Pregnansy Childbirth.* 2009. May 7; 9 Supp. 1: S 1.
10. Johns J, Jauniaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. *Obstetric Gynecol.* 2006 Apr.; 107 (4): 845 – 50.
11. Joshua P. Vogel at all. *J. Reproductive Health* 2013, 10: 12 1186/1742 – 4755 – 10 – 19.
12. Lawn J. E, Yaakov M. Y at all. 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009 May 7; 9 Suppl. 1: S.
13. Olufemi T. O, Daniel A. at all. *Australian and New Zealand. J. Obstetrics and Gynecology* v. 47, Issue 5. P. 383-388. October 2007.
14. Office for National Statistics. *Investigation into the increase in stillbirth rate in 2002 in England and Wales.* October 2004.
15. Reddy U. M, Laughton S.K. at all. *Pregnancy risk factors for antepartum stillbirth in the United States.* *Obstet. Gynecol.* 2010 Nov; 116(5): 1119 – 26.
16. Sliver R. M. *Fetal death.* *Obstet. Gynecol.* 2007. Jan; 109 (1): 153-67.
17. Syridou G. *Detection CMV, parvovirus B19 and herpes simplex viruses in cases of intrauterine fetal death.* *J. Virology.* 10, 2008.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Аскеров А.А.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики разработало новую стратегию здравоохранения «Ден Соолук», направленную на устранение ключевых недостатков в современной системе медицинского обслуживания.

Несмотря на предпринимаемые усилия по реализации структурных и организационных реформ, Кыргызстану до сих пор не удалось исправить эпидемиологическую картину по случаям заболеваемости и смертности, возникшую за последние годы. Кыргызская республика сегодня сталкивается с двойным вызовом незавершенной повестке дня Целей развития тысячелетия (WHN) и ростом показателей заболеваемости неинфекционными болезнями (НИБ). Хотя продолжительность жизни в стране сопоставимо с показателями большинства соседних Центральноазиатских стран, она почти на 10 лет ниже средних данных по Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭРС). Кроме того, необходимо дальнейшее повышение эффективности расходов государства на здравоохранение и управление медицинскими учреждениями. Стратегия предусматривает дальнейшее увеличение бюджета в здравоохранении в среднесрочной перспективе (уровень государственных расходов на здравоохранение в 2014 г. составил 13,5 процентов всего государственного бюджета).

Реализация стратегии поддерживается партнерами по развитию в рамках широкого секторального подхода. Мониторинг успеха стратегии производится в рамках совместной оценки, являющейся частью меморандума по взаимопониманию, подписанного в феврале 2014 г. между Правительством и участниками совместного финансирования (донорами), которые объединяют свои средства для достижения целей, поставленных в программе «Ден Соолук».

Программа «Здоровье матери и ребенка» (ЗМР) демонстрирует значительный прогресс по ряду индикаторов воздействия и результатов. Кыргызстан предпринимает все усилия для достижения Цели развития тысячелетия 4 - по снижению перинатальной смертности. Мероприятия включают: повышение эффективности перинатальных услуг, ухода за новорожденными и реанимацией; переход исключительно на грудное вскармливание, которое начинается вскоре после рождения ребенка и т.д.

За период с 1990 г. по 2012 г. отмечено 42-процентное снижение смертности детей до 5 лет (с 71 до 27 случаев на 1000 рожденных детей), с ежегодным снижением на 4,4 процента. Показатели младенческой и ранней детской смертности также сократились на 4,4 процента. Но что касается ЦРТ 5, здесь страна значительно отстает от поставленных целей. Материнская смертность за последние 10 лет не приближалась к целевому критерию 15,7 на 100000 рожденных детей. Тренд показателя материнской смертности изменчив; его самое низкое значение наблюдалось в 2011 г. (43,8 на 100000 рожденных детей) и в 2013 г. 39,2 на 100000, а самое высокое в 2009 г. 75,3). Данные за 2013 год показывают снижение материнской смертности до 38,2, что является результатом усилий, предпринимаемых в последние годы. Кроме того, был разработан стратегический план по ее сокращению путем определения барьеров и их последующего устранения (как часть ускорения продвижения к ЦРТ 5).

Одновременно, были определены следующие стратегические цели на 2013 г.:

большее участие гражданского общества в проблемах здоровья матери и ребенка;

- улучшение доступа к услугам ЗМР через усиление принципов регионализации и своевременное направление больных на соответствующий уровень здравоохранения

- развитие систем наставничества для усиления потенциала медицинских работников и повышения качества предоставляемых услуг на уровне медицинских учреждений;

- усиление роли руководства и медицинских работников среднего звена.

Для поддержания медицинских программ в организациях здравоохранения районного и стационарного уровня предложен проект «ФОР» (финансирование здравоохранения на основе результатов).

Цели проекта: в ходе проекта будет апробировано финансирование по результатам деятельности и/или интенсивный мониторинг за качеством медицинской помощи матерям и новорожденным в районных больницах, отобранных путем случайной выборки. Также будут проведены мероприятия по развитию потенциала Министерство здравоохранение, Фонда обязательного медицинского страхование и поставщиком мед услуг по заключению контрактов, основанных на результатах деятельности и осуществлении мониторинга и оценки результатов.

Проект состоит из двух компонентов:

Первый компонент предполагает тестирование двух альтернативных подходов к улучшению качества охраны материнства и новорожденных детей на уровне районных больниц: а) интенсивный мониторинг с использованием оценочной карты, совместно по стимулирующей оплатой по результатам деятельности; и б) только интенсивный мониторинг с использованием оценочной карты.

Второй компонент предполагает финансирование обучение и техническую помощь для поставщиков мед услуг в участвующих организациях здравоохранения для того, чтобы:

- а) понять их роль и обязанности в рамках контрактов по результатам деятельности больниц;
- б) усилить их компетенцию в проведении обзора коллег;
- в) повысить их способности проводить само-мониторинг и оценки результатов.

Ожидаемые результаты:

• В пилотных больницах, расположенных в районах и малых городах, будут апробированы методы стимулирующей оплаты по результатам деятельности и интенсивный мониторинг качества медицинской помощи матерям и новорожденным.

• Усилен потенциал Правительства (Министерство здравоохранение, Фонда обязательного медицинского страхование) и поставщиком мед услуг в заключении контрактов по результатам деятельности, а также в проведение мониторинга и оценки результатов.

30-декабря 2013 г. было подписано Соглашение о предоставлении гранта для пилотного проекта, который в настоящее время после рассмотрения Парламента одобрен, что в июле 2014 г., после ратификации, пилотный проект вступит в силу.

Предварительный пилотный проект начался осенью 2013 г. в Чуйской районной больнице. Первый раунд проверки показал базовый показатель качества в 37 процентов. Оставшиеся мероприятия по предварительному проекту будут включать: (I) разработку и тестирование процессов, процедур и инструментов финансирования по результатам (настройка учетных записей, исследований потоков средств, процесс проверок); (II) оценку эффективности пилотного проекта; (III) разработку системы мониторинга и (IV) планирование самого пилотного проекта.

Основные партнеры: Министерство финансов, Министерство здравоохранения, Фонд обязательного медицинского страхования, а также гражданское общество.

Основные партнеры по развитию: Германский банк развития (KfW) Швейцарское бюро по сотрудничеству (SDC), Всемирная организация здравоохранения (WHO), Агентство США по международному развитию (USAID), UNISEF, UNFPA, Германское общество по международному сотрудничеству (GIZ), ПРООН, а также другие партнеры, активно задействованные в сфере охраны здоровья матери и ребенка.

<i>СОДЕРЖАНИЕ</i>	стр.
<i>ПЕДИАТРИЯ</i>	
Задержка физического развития у детей и подростков по данным специализированного стационара	2
<i>Алымбаев Э.Ш., Терехова О.И., Кушубекова Н.Н., Исакова Ф.Б., Джунушалиева Н.К.</i>	
Сравнительная оценка физического развития современных девушек-подростков различных этнических групп	6
<i>Атамбаева Р.М., Сокубашева Б.К.</i>	
Основные показатели заболеваемости детского и подросткового населения Кыргызской Республики	9
<i>Атамбаева Р.М.</i>	
Клинические случаи тяжелой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры	13
<i>Мамырбаева Т.Т., Исаева Б.Э.</i>	
Исследование распространенности атопического дерматита у детей школьного возраста в г. Жалал-Абад	17
<i>Муратова Ж.К., Узаков О.Ж.</i>	
Клиническая характеристика детей с дисбалансом тяжелых металлов	20
<i>Попович Ю.Г.</i>	
Физическое развитие детей с избытком бериллия в пробах мочи	23
<i>Попович Ю.Г.</i>	
Основные синдромы экопатологии у детей, проживающих в зоне хвостохранилищ радиоактивных отходов	28
<i>Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Кудаяров Д.К., Жантураева Б.Т.</i>	
Клинико-функциональная характеристика сердечнососудистой патологии у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана	33
<i>Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Жантураева Б.</i>	
Влияние учебного процесса на состояние органов пищеварения у школьников	37
<i>Шалабаева Б.С., Кабылова Э.Т., Маймерова Г.Ш.</i>	
<i>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ</i>	
Наш опыт хирургической коррекции сложных форм врожденных пороков сердца, сочетающихся аномальным впадением полых вен	41
<i>Жоошов К.Т., Шабыралиев С.Э., Муралiev Э.Ж., Раипов Н.О., Абдылдаев И.З., Усупбаева Г.Т.</i>	
Модифицированная методика пластики передней стенки пахового канала при ущемленной паховой грыже у детей	44
<i>Минбаев Ж.М.</i>	
Медико-демографическая характеристика и структура врожденных гемангиом у детей	46
<i>Омурзаков Б.А.</i>	
Риск возникновения врожденных гемангиом	50
<i>Омурзаков Б.А.</i>	

Использование остеопластического материала и дентальных имплантатов для сохранения целостности альвеолярного гребня при острых перфорациях дна гайморовой пазухи <i>Тыналиев У.А.</i>	55
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	
Прогнозирование заболеваемости раком шейки матки у лиц молодого возраста в Кыргызстане <i>Айтышева Д., Измайлова З.М., Макимбетов Э.К.</i>	58
Течение беременности и родов у женщин с ожирением <i>Асакеева Р.С., Калканбаева Ч. К., Акматов А.</i>	60
Оценка качества жизни женщин, перенесших неотложную гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями <i>Еспаева Р.Н.</i>	64
К вопросу о реабилитации после неотложной гистерэктомии в связи с массивными акушерскими кровотечениями <i>Еспаева Р.Н.</i>	67
Медико-социальные аспекты причин материнской смертности от гипотонических кровотечений <i>Жалалов Р.К.</i>	71
Анализ поздней неонатальной смертности (по Алматинской и Кызылординской областям за 2008-2011 гг.) <i>Качурина Д.Р., Шарипова М.Н., Нуртазаева С.Н., Серикбаева Л.П., Тюлебаева Ж.С.</i>	74
Этиологические факторы антенатальной гибели плода в условиях Кыргызской Республики <i>Джаманкулова Ф.С., Назаралиева С.Б., Эшалиева А.С.</i>	76
Финансирование здравоохранения на основе результатов <i>Аскеров А.А.</i>	80

Здоровье матери и ребенка. 2014. Том 6. № 1.

Формат 64x90. Печать офсетная. Объем 5,2 п. л.
Тираж 150 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Папирус Print»
ул. Киевская 137/а