



# ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2015. Том 7. № 2.

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.  
+996 312 492371  
+996 312 464112  
+996 555 992526  
ainash\_eshalieva@mail.ru  
http://ncomid.kg

## Главный редактор

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

## Заместитель главного редактора

Мамырбаева Т.Т. – д.м.н., профессор (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)

Каюпова Л.С. – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

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)

Рыскельдиева В.Т. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

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

Самигуллина А.Э. – д.м.н. (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)

# ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СООЛУГУ

## мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

2015. 7-том. №2.

<p>Журнал 2009-жылы негизделген</p> <p>Түзүүчү – Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине карашттуну Эне жана баланы коргоо улуттук борбору</p> <p>Журнал Кыргыз Республикасынын Юстиция министрлигинде катталган. Каттоо номери 1519</p> <p>Журнал Кыргыз Республикасынын ЖАК диссертациялык изилдөөлөрдүн натыйжаларын басып чыгаруу үчүн сунуштаган басылмалардын тизмесине кирет</p> <p>Редакциянын дареги: 720038, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 190. +996 312 492371 +996 312 464112 +996 555 992526 ainash_eshalieva@mail.ru <a href="http://ncomid.kg">http://ncomid.kg</a></p>	<p><b>Башкы редактор</b> К.А. Узакбаев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p><b>Башкы редактордун орун басары</b> Т.Т. Мамырбаева – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p><b>Редакциялык жамаат</b> Э.Ш. Алымбаев – м.и.д. (Бишкек, Кыргызстан) М.Э. Ашералиев – м.и.д., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) С.Ж. Бекенбаева – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Н.Д. Гулиев – м.и.д., профессор (Баку, Азербайжан) Р.М. Кадырова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) А.А. Кангельдиева – м.и.д., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Л.С. Каюрова – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Д.К. Кудаяров – м.и.д., профессор, КР УИА академиги (Бишкек, Кыргызстан) М.С. Мусуралиев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) З.Н. Набиев – м.и.д., профессор (Душанбе, Таджикстан) С.Г. Нукусева – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Т.О. Омурбеков – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) В.Т. Рыскельдиева – м.и.д., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Г.М. Саатова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) А.Э. Самигуллина – м.и.д. (Бишкек, Кыргызстан) И.М. Юлдашев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) А.Б. Фуртикова – м.и.к., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p><b>Жооптуу катчы</b> А.С. Эшалиева – м.и.к., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p>
--	--

УДК 612.2-614.2: 312.24

**МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В УСЛОВИЯХ  
РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Узакбаев К.А.**

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

**Резюме:** оценивая этап реформирования системы здравоохранения, выделены ряд позитивных аспектов, проведенных в системе здравоохранения, направленные на снижение младенческой и детской смертности. Анализ итогов работы учреждений здравоохранения в новых условиях позволил констатировать низкую результативность реформирования охраны здоровья женщин и детей. В статье выделены перспективные направления в сфере охраны материнства и детства в КР.

**Ключевые слова:** младенческая, детская, материнская смертность, заболеваемость, Кыргызская Республика, здравоохранение.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО  
ТУТУМУНДАГЫ РЕФОРМАЛООЛОР ШАРТЫНДА ҮМЫРКАЙ  
ЖАНА БАЛДАР ӨЛҮМДҮҮЛҮГҮ**

**Узакбаев К.А.**

*Эне жана баланы коргоо улуттук борборуу,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.*

**Резюме:** саламаттык сактоо тутумундагы реформалоонун баскычын баалап жатып, үмүркай жана балдар өлүмдүүлүгүн төмөндөтүүгө багытталган саламаттык тутумундагы бир катар позитивдүү аспекттер өзгөчөлөндү. Жаңы шарттардагы саламаттык сактоо мекемелердин ишин жыйынтыктоону талдоо эне жана баланын саламаттыгын коргоону реформалоонун төмөн натыйжалуулугун констатациялоого мүмкүнчүлүк берди. Макалада Кыргыз Республикасында эне жана баланы коргоо чөйрөсүндө келечектүү багыттар чагылдырылды.

**Ачкыч сөздөр:** үмүркай, бала, эне өлүмдүүлүгү, ооруулулук, Кыргыз Республикасы, саламаттык сактоо.

**INFANT AND CHILD MORTALITY IN THE HEALTH SYSTEM  
REFORM IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**Uzakbaev K.A.**

*National Center for Maternal and Child Health Care,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Summary:** assessing the stage of reforming the health system, highlighted a number of positive aspects, and carried out in the health system aimed at reducing infant and child mortality. Analysis of the results of the health institutions in the new conditions allowed to state poor performance of reforming the health of women and children. The article highlights the promising directions in the field of maternal and child health in Kyrgyzstan.

**Keywords:** infant, child, and maternal mortality, morbidity, the Kyrgyz Republic, health care.

Забота о детях – это забота о завтрашнем дне страны. Многие проблемы воспитания здорового поколения являются прерогативой государства, но значительная их часть решается, и будет решаться в дальнейшем в системе здравоохранения.

ВОЗ выделяет ряд ведущих проблем мировой «Стратегии охраны здоровья детей и подростков». Эти проблемы, несомненно, являются приоритетными и для педиатрии в Кыргызстане, и именно их следует иметь в виду при разработке конкретных планов на всех уровнях медицинского обслуживания.

Как известно, Кыргызская Республика одной из первых стран СНГ начала проводить кардинальное реформирование всей системы здравоохранения, при активной поддержке зарубежных стран, финансовых структур, фондов.

Принятие мер в отношении младенческой и детской смертности является актуальной проблемой и приоритетной задачей для государства, поскольку страна должна предпринять все усилия для достижения ЦРТ по снижению детской смертности (цель 4).

Определены ожидаемые результаты по охране здоровья детей, достижение которых станет ключевым в рамках программы «Ден соолук» до 2016 года.

<i>Ожидаемые результаты</i>	<i>Ожидаемые изменения показателей здоровья</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Уменьшение распространения анемии среди детей до 5 лет на 10-15% к 2016 году</li><li>• Увеличение до 75% детей до 5 лет, получающих оральную регидратационную терапию и цинк при диарее;</li><li>• Увеличение до 75% детей до 5 лет, получающих антибактериальные препараты при пневмонии;</li><li>• Поддержка охвата детей до 2 –х лет вакцинальным комплексом не менее 96%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Снижение смертности от болезней органов дыхания у детей до 5 лет на 7% к 2016 году.</li><li>• Снижение смертности от диареи у детей до 5 лет на 7% к 2016 году.</li></ul>

#### ***Приоритетными направлениями охраны здоровья детей и подростков явились:***

1. Выхаживание новорожденных, в том числе недоношенных.
2. Снижение младенческой и детской смертности.
3. Воспитание здоровых детей и подростков, включая физическое, психическое здоровье и психосоциальное развитие.
4. Обеспечение достаточным и качественным питанием, дифференцированным в соответствии с возрастом и состояния здоровья.
5. Повышение качества и доступности медицинской помощи детям с основными соматическими заболеваниями, независимо от места проживания.
6. Расширение и повышение качества медицинской помощи детям с врожденными аномалиями развития и врожденными пороками сердца.
7. Развитие в Республике кардиохирургической помощи детям и трансплантологии.

Реформы последних десяти лет, в частности, реализация программы «Манас таалими» (2006-2011), программы «Ден соолук» (2012-2016) позволили добиться улучшения показателей младенческой и детской смертности.

Анализ итогов работы учреждений здравоохранения в новых условиях позволяет констатировать, что результативность реформирования охраны здоровья женщин и детей, составляющих 2/3 населения Кыргызстана, была ниже ожидаемой по следующим позициям:

- ниже ожидаемых оказались темпы изменения интегральных показателей эффективности материнства и детства – материнская и младенческая смертность;
- принципы работы Групп семейных врачей (ГСВ) мало соответствуют семейной медицине;
- выявлена несвоевременность ряда структурных преобразований медицинских учреждений для женщин и детей, приведших к резкому сокращению числа педиатров и акушеров - гинекологов в Республике и к ослаблению преемственности между учреждениями разного уровня;
- практически были ослаблены многие позиции профилактических мероприятий среди женщин и детей, полностью утрачена система государственного дошкольного воспитания и координация школьной медицины.

Общеизвестно, что основными индикаторами непосредственной деятельности органов здравоохранения в области материнства и детства являются показатели материнской и детской смертности.

За последние годы Кыргызстан добился улучшения показателей младенческой смертности и сохраняет тенденцию к дальнейшему ее снижению. Младенческая смертность сократилась с 22,8 в 2010 году до 20,2 случая на 1000 живорождений в 2014 г.

Детская смертность снизилась с 26,5 до 23,0 случая на 1000 живорождений, соответственно. Показатель материнской смертности остался на уровне 2010г., составив 50,7 случаев на 100 тыс. живорождений. Заболеваемость ТБ незначительно выросла в сравнении с 2010 г. (+1,4%), составив 98,8 на 100 тыс. населения в 2014 г. Последние три года отмечается тенденция к ее снижению (2012 г. – 101,2; 2013 г. – 99,8). Смертность от ТБ сократилась с 8,6 до 6,7 на 100 тыс. населения. Количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось с 554 в 2010 г. до 612 в 2014 г.

Анализ причин младенческой смертности показал, что большинство случаев смертности приходит в течение 24 часов после рождения, то есть, когда ребенок находится под наблюдением медицинского работника. В структуре причин младенческой смертности в республике на первом месте были заболевания и состояния, возникшие в перинатальном периоде (63,5%), на втором болезни органов дыхания (13,7%), и на третьем – врожденные аномалии (13,6%).

Если попытаться выделить основные категории условий, способствующих формированию плодово-младенческих потерь в Кыргызстане согласно матрицы Babies, то можно отметить высокий уровень младенческих потерь в весовой категории до 1499 г - 24%. Для его снижения необходимы комплексные меры по повышению здоровья женщин репродуктивного возраста – до беременности.

Достаточно высок показатель смертности в родах и послеродовом периоде – 6,2%о– 7,8%о, что диктует необходимость улучшения антенатального и интранатального ухода, снижения числа новорожденных с асфиксиею, и позволяют разумно планировать необходимые ресурсы. Постнатальная смертность составляет 7,4%о.

Перед системой учреждений, представляющих услуга беременным женщинам, матерям и детям, стоит сложная задача технического переоборудования родовспомогательных и детских учреждений различного уровня, восполнения квалифицированного кадрового потенциала, постоянного обучения семейных врачей, среднего медперсонала.

Несомненно, важную роль в этом процессе играет повышение осведомленности жителей сельской местности, общественности по вопросам планирования семьи, репродуктивного здоровья, здорового образа жизни.

В совершенствовании перинатальной службы республики значительную роль играет принцип регионализации, выделение трех уровней функционирования, предусматривающих соответствующие объемы помощи для территориальных, городских больниц, специализированных подразделений и для крупных областных больниц и НЦОМиД.

Для снижения младенческой смертности основное внимание должно уделяться улучшению качества медицинских услуг, оказываемых в организациях здравоохранения на всех уровнях оказания помощи.

За последние годы основная причина детской смертности, в частности смертности детей до 5 лет представлена болезнями органов дыхания и острыми кишечными инфекциями. Высокая распространенность анемии среди детей оказывает неблагоприятное влияние на заболеваемость у детей. За последние годы системой здравоохранения принимались меры, направленные на снижение этих показателей. Проводятся программы по обогащению продуктов питания, включены в список ЖВЛС лекарственные средства, необходимые для лечения основных болезней у детей до 5 лет, охват иммунизацией составляет 96%.

В последние годы, к сожалению, в Республике не совсем успешной была практическая реализация ряда законов и программ, направленных на улучшение здоровья подрастающего поколения.

В частности, не на должном уровне внедряются программы по улучшению питания, обеспечению женщин и детей различного возраста витаминными препаратами, нельзя признать доступной медицинскую помощь всем категориям граждан, особенно это касается высокотехнологичных диагностических и терапевтических мероприятий.

Уровень заболеваемости среди детей остается на достаточно высоком уровне и охватывает различные классы болезней. Уровень заболеваемости среди детей до 14 лет остается стабильно высоким. Более детально клинико-патогенетические, этиологические и реабилитационные аспекты по ряду наиболее распространенных классов болезней будут представлены в специальных докладах ведущих специалистов.

#### ***Перспективные направления в сфере охраны материнства и детства в КР.***

Для нашей Республики, также как для большинства стран Средне-Азиатского региона, приоритетными являются: снижение уровня материнской, младенческой и детской смертности, повышение индекса здоровья женщин и детей, обеспечение оптимально высокого уровня качества жизни и возможности получения высококвалифицированной помощи при заболеваниях.

Одно из непременных условий повышения здоровья и снижения смертности детского населения – это улучшение санитарно-эпидемического положения страны. В этом плане мы будем предпринимать усилия для выявления экологически неблагополучных зон проживания населения, изучать состояние здоровья, заболеваемость, смертность и другие индикаторы с последующей разработкой краткосрочных и долгосрочных программ по исправлению ситуации.

Перспективным направлением совершенствования системы охраны здоровья матерей и детей является внедрение информационных технологий в ЛПУ для проведения многофакторного анализа состояния здоровья женщин и детей.

Несомненно, в перспективе следует способствовать повышению престижа и значимости социальной педиатрии, совершенствования подростковой медицины для медицинской поддержки детей сирот, детей высокого социального риска.

Повсеместное внедрение элементов здорового образа жизни среди взрослого населения, детей, подростков.

И, конечно, важным представляется расширение координирующей роли Центра в организации медицинской помощи на местах путем активизации кураторской работы, усиления практической помощи учреждениям, расширения подготовки кадров через ординатуру, аспирантуру, докторантуре.

В будущем мы планирует расширить и усилить детскую трансплантологию. Первые шаги в этом направлении уже сделаны. Признавая сложности экономического характера, нехватку кадров мы с достаточным оптимизмом смотрим в будущее и верим в возможность претворения в жизнь наших обоснованных планов.

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ.

**Мамедалиева Н.М.**

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии,  
г. Алматы, Республика Казахстан.*

**Резюме:** в данной статье приведены результаты анализа причин, тактики ведения и исходов ранних преждевременных родов, окончившихся рождением детей с ЭНМТ. Исследование проведено на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) МЗ РК.

**Ключевые слова:** ранние преждевременные роды, экстремально низкая масса тела, перинатальные исходы, факторы риска.

## ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ӨТӨ ТӨМӨН ДЕНЕ САЛМАГЫ МЕНЕН ЭРТЕ МӨӨНӨТТӨН МУРУН ТӨРӨТТӨРДҮН ПЕРИНАТАЛДЫК НАТЫЙЖАЛАРЫ

**Мамедалиева Н.М.**

*С.Д. Асфендияров атындағы Казахстан улуттук медициналық университети,  
Акушердик, гинекология жана перинатология илимий борбору,  
Алматы шаары, Казахстан Республикасы.*

**Резюме:** бул макалада өтө төмөн дене салмагы менен төрөлгөн төрөттөргө алып келген, эрте мөөнөттөн мурун төрөттөрдү байкоо тактикасы жана натыйжалардын себептерин талдоонун жыыйынтықтары көрсөтүлдү. Изилдөө Казахстан Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигine караштуу Акушердик, гинекология жана перинатология илимий борборунун (АГжПИБ) базасында өткөрүлдү.

**Ачкыч сөздөр:** эрте мөөнөттөн мурун төрөттөр, өтө төмөн дене салмак, перинаталдык натыйжалар, кооптуулук факторлор.

## PRETERM LABOR AND BIRTH PERINATAL OUTCOMES OF INFANTS WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT

**Mamedalieva N.M.**

*Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology,  
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,  
Almaty, Republic of Kazakhstan.*

**Resume:** this article presents an analysis of the causes, tactics and outcomes of early preterm delivery, ending on the birth of children with ELBW. The study conducted based on the Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology (NTsAGiP) MOH.

**Key words:** preterm labor and birth, extremely low birth weight infant, perinatal outcomes, risk factors.

**Актуальность.** Частота преждевременных родов в мире колеблется в пределах 5-10% и, несмотря на внедрение новых технологий, не имеет тенденции к снижению. На долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной смертности, в том числе 50 % – на долю родившихся с ЭНМТ [1, 2].

Рождение детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) влечет за собой ряд серьезных проблем. Это, в первую очередь, появление специфической патологии

недоношенных детей, такой как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, некротический энтероколит, которые существенно ухудшают состояние ребенка как в острый период, так и в отдаленном периоде. Во-вторых, для выхаживания глубоконедоношенных детей требуются значительные материальные и кадровые ресурсы, что определяет экономическую значимость проблемы. Важно отметить, что проблема преждевременных родов имеет и психосоциальный аспект, так как рождение неполноценного ребенка, его болезнь или смерть являются тяжелой психологической травмой для семьи [3].

С 2008 года в Республике Казахстан (а в г. Алматы в качестве пилотного проекта с 2002 года) было начато внедрение критериев живорожденности и мертворожденности, рекомендованных ВОЗ и в том же году ожидаемо был отмечен рост показателя перинатальной смертности (ПС) в 1,8 раза (23,7%). Наряду с этим, показатель неонатальной смертности (НС) среди недоношенных детей увеличился почти вдвое (с 68,5% до 123,1%). Несмотря на внедрение регионализации перинатальной помощи, новых методов интенсивной терапии и реанимации новорожденных, включающих применение современной дыхательной аппаратуры, использование неинвазивных диагностических и лечебных процедур, показатели ПС и НС в Казахстане остаются достаточно высокими, что указывает на необходимость всестороннего изучения данной проблемы [3].

**Цель исследования:** проанализировать особенности перинатальных исходов ранних преждевременных родов с ЭНМТ новорожденных.

**Материал и методы исследования.** Для анализа были отобраны истории родов и истории развития новорожденных с ЭНМТ за период 2012 – 2014 г. Всего за исследуемый период было рождено 58 детей с ЭНМТ. Все дети, вес которых при рождении составлял менее 1000 грамм, были разделены нами на две группы наблюдения. В первую группу вошли выжившие новорожденные с ЭНМТ, во вторую группу – погибшие дети, рожденные с ЭНМТ. Количество детей в первой группе составило 31, во второй – 27 (табл. 1).

*Таблица 1 - Распределение новорожденных по массе тела*

Вес (г)	Всего		Выжившие		Умершие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Менее 500	-	-	-	-	-	-
500-650	8	13,8	-	-	8	13,8
651-800	12	20,7	7	12,06	5	8,6
801-999	38	65,5	24	41,4	14	24,1
Всего	58	100	31	53,45	27	46,55

**Результаты исследования и обсуждение.** Средний возраст матерей в 1 группе составил  $30,19 \pm 5,2$  лет, во 2 группе  $29,14 \pm 5,6$  лет, то есть группы были сопоставимы по возрасту. В 1 группе первородящие составили 38,9%, в том числе повторнобеременные первородящие 16,3%. Повторнородящих было 61,2%, в том числе многорожавших 19,3%. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у подавляющего большинства женщин (77,5%).

2 группу составили преимущественно повторнородящие женщины (51,8%), первородящих было 48,2%, в том числе повторнобеременных первородящих 11,1%. Таким образом, более половины пациенток из обеих групп были повторнобеременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. При этом преждевременные роды в анамнезе были у 6 пациенток 1 группы (19,3%) и 9 пациенток 2 группы (33,3%); 2 и более выскабливаний полости матки (во время искусственных абортов, самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей) также достоверно чаще встречались во 2 группе (77,7% против 38,7%,  $p < 0,05$ ).

Отдельно следует акцентировать, что частота неразвивающейся беременности в анамнезе у пациенток 2 группы встречалась достоверно чаще (18,5% против 9,6%,  $p<0,05$ ). Учитывая, что каждый случай неразвивающейся беременности ассоциируется с хроническим эндометритом, то есть с наличием внутриматочной инфекции, значимость которой в причинах преждевременных родов неоспорима.

Немаловажная роль в преждевременном прерывании беременности принадлежит также истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), патогенез которой тесно связан с развитием восходящего инфицирования плодного пузыря и преждевременным его разрывом [3]. В наших исследованиях ИЦН с проведением хирургической коррекции была отмечена у 9,7 % пациенток 1 группы и 14,8 пациенток 2 группы.

Известно, что многоплодные беременности сопряжены с повышенным риском преждевременных родов. При наличии двух плодов преждевременными родами заканчиваются 60% беременностей, а при большем количестве плодов – почти все беременности. Считают, что к спонтанным преждевременным родам при многоплодных беременностях приводит перерастяжение матки, обусловливающее повышение ее сократительной способности, или преждевременный разрыв плодных оболочек. Среди анализируемых нами историй многоплодная беременность имела место в 8 случаях. 7 из них были представлены двойней, 1 – тройней. В четырех случаях многоплодность была обусловлена проведением программ ЭКО и ПЭ, четыре двойни были спонтанными. Оба плода из двойни имели ЭНМТ при рождении в четырех случаях, в остальных четырех случаях ЭНМТ была у одного из плодов.

Важное значение среди факторов, влияющих на перинатальные исходы у новорожденных, принадлежит причинам досрочного родоразрещения. Согласно полученным нами данным, среди выживших детей с ЭНМТ первое место в структуре показаний к досрочному родоразрещению занимает преэклампсия тяжелой степени у матери (15 случаев -48,3%), далее следуют критическое состояние плода (по данным допплерометрии - нарушение МППК IIIстепени) - 12 случаев (38,7%), ПДРПО - 2 случая (6,4%). У одной пациентки причиной досрочного родоразрещения стала угроза разрыва матки по рубцу (3,2%). В структуре причин досрочного родоразрещения в группе умерших детей также ведущее место занимает преэклампсия тяжелой степени, но на фоне тяжелой экстрагенитальной патологии: артериальной гипертензии II-III степени, ХРБС, пороков сердца, аневризмы сосудов, состояния после ОНМК, сахарного диабета, эпилепсии (12 случаев, 44,4%), критические состояния плода (7 случаев – 25,9 %), ПДРПО и хориоамнионит (3 случая), преждевременная отслойка плаценты (2 случая – 7,4%). Таким образом, наличие сопутствующих тяжелых экстрагенитальных заболеваний в сочетании с акушерской патологией усугубляло как состояние самой пациентки и степень выраженности гестоза, так и состояние новорожденного с ЭНМТ.

Наиболее часто преждевременные роды ассоциированы с такой патологией, как преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). В нашем исследовании ПРПО имел место в 10,3% наблюдений, причем случаев ПРПО в двух группах наблюдения было поровну – по 3 случая. Однако во 2 группе достоверно чаще наблюдался длительный безводный период (до 205,6 часов против 45,3 часа в 1 группе) и 3 случая хориоамнионита отмечены были только во 2 группе.

Распределение детей, рожденных с ЭНМТ, в зависимости от гестационного возраста выявило следующие особенности: в сроке гестации 22-24 недели родилось 2 ребенка (3,5% от числа детей с ЭНМТ, оба ребенка погибли). В сроке гестации 25-27 недель родилось 20 детей (34,5%) из них 5 детей выжило (8,6%) и 15 умерло (25,9%). В сроке гестации 28 недель и более родились 36 детей (62,0%) из них 26 детей выжило (44,9%) и 10 детей (17,2%) погибло (табл.1).

Средний гестационный срок родоразрещения в 1 группе составил  $29,3 \pm 0,9$  недели, что достоверно больше, чем во 2 группе, где средний срок родоразрещения составил  $26,2 \pm 0,84$  недели ( $p<0,01$ ).

Немаловажным вопросом, значительно влияющим на перинатальные исходы, является метод родоразрешения при преждевременных родах, который определяется наличием показаний, требующих экстренного родоразрешения, сроками гестации и предполагаемой массой плода, наличием или отсутствием околоплодных вод, признаками острой гипоксии у плода, готовностью родовых путей (2). В наших наблюдениях в 1 группе путем операции кесарева сечения родоразрешены 25 женщин (80,6%). Роды через естественные родовые пути были у 6 женщин (19,4). Во второй группе оперативным путем родоразрешены 22 женщины (81,4%), роды через естественные родовые пути наблюдались у 5 женщин (18,51%). Таким образом, в обеих анализируемых группах ведущим способом родоразрешения являлся оперативный, однако большое значение имели показания к кесареву сечению и сроки его проведения. Так, в 1 группе показаниями к оперативному вмешательству явились преэклампсия тяжелой степени у матери (9 случаев – 36%), критическое состояние плода (6 случаев – 24%), рубец на матке (2 случая – 8%), неправильное положение плода (6 случаев - 24%). Во 2 группе в структуре показаний к операции кесарева сечения доминировало критическое состояние плода (13 случаев – 59,1%), тяжелая преэклампсия на фоне экстрагенитальных заболеваний (3 случая – 13,63%), неправильное положение плода и многоплодие (4 случая – 18,2%), преждевременная отслойка плаценты (2 случая – 9,09%). Средний гестационный возраст детей к моменту оперативного родоразрешения был достоверно выше в 1 группе наблюдения ( $29,2 \pm 0,81$  против  $26,7 \pm 0,72$  недели во 2 группе,  $p < 0,05$ ).

Особо следует отметить, что оперативное родоразрешение во второй группе чаще проводилось на фоне тяжелого внутриутробного страдания плода. Синдром задержки роста плода по данным ультразвукового исследования у новорожденных 2 группы встречался в два раза чаще, чем у детей 1 группы: у 14 детей 2 группы (51,85%) против 8 детей 1 группы (25,8%). При этом у детей 2 группы в подавляющем большинстве случаев наблюдалась симметричная форма СЗРП (11 случаев), тогда как в 1 группе – асимметричная (5 случаев).

Допплерометрия маточно-плодово-плацентарного кровотока (МППК) проводилась всем пациенткам из обеих групп. При этом было отмечено, что нарушение МППК почти в 2 раза чаще выявлялось во 2 группе наблюдения (62,9% против 32,2% в 1 группе). Нарушение 3 степени (критическое состояние плода) достоверно чаще регистрировалось у пациенток 2 группы (51,8% против 25,8% в 1 группе,  $p < 0,05$ ).

По результатам оценки состояния новорожденных по шкале Апгар во 2 группе наблюдения достоверно чаще дети рождались в состоянии тяжелой асфиксии (88,8% против 51,6% в 1 группе при оценке по Апгар на 1 минуте,  $p < 0,05$ ).

При рассмотрении характера распределения новорожденных в исследуемых группах по величине массы тела при рождении отмечены следующие особенности: случаев рождения детей с массой менее 500 грамм не наблюдалось, с массой от 500 до 650 грамм родилось 8 детей (13,8% от общего количества детей, родившихся с ЭНМТ), при этом все они входили во вторую группу наблюдения. С массой тела от 651 до 800 грамм родилось 12 детей (20,7%). Из них 7 детей выжило (12,06%), а 5 новорожденных (8,6%) – погибли, подавляющее большинство детей имело массу в диапазоне 801-999 граммов (38 детей – 65,5%), причем 24 ребенка при этом выжили (41,4%), а 14 – погибли (24,1%) (табл. 1).

Средний вес детей, рожденных с ЭНМТ в группе выживших детей, составил  $981,7 \pm 56,2$  граммов, что достоверно выше, чем в группе умерших детей  $789,2 \pm 64,3$  грамма ( $p < 0,05$ ).

Согласно данным Национального института детского здоровья и развития человека США, фактором, определяющим вероятность благоприятного исхода для новорожденного с ЭНМТ наряду с массой при рождении и гестационным возрастом, является женский пол, что также имело место и в проведенном нами исследовании (2). Отметим, что в 1 группе достоверно преобладали дети женского пола (67,7% против 37,4% во 2 группе), тогда как 2 группу, напротив, составляли преимущественно новорожденные мужского пола (62,6%).

Известно, что важным фактором, влияющим на перинатальные исходы недоношенных детей, является своевременное и в полном объеме проведение профилактики РДС глюкокортикоидами. В наблюдаемых нами группах профилактика РДС плода проводилась дексаметазоном. При этом только 51,8% пациенток 2 группы получила полный курс дексаметазона, в то время как в 1 группе 96,7%.

Таким образом, результаты проведенных нами исследований позволили нам сделать **следующие выводы:**

1. Важную роль среди факторов, влияющих на неблагоприятные перинатальные исходы ранних преждевременных родов играет отягощенность акушерского анамнеза искусственными abortionами, самопроизвольными выкидышами, неразвивающимися беременностями, которые сопровождались неоднократными внутриматочными вмешательствами.

2. Наличие сопутствующей тяжелой экстрагенитальной патологии в сочетании с акушерской патологией (презкламсией, ПРПО, хориоамнионитом и др.) усугубляло как состояние самой пациентки, так и состояние новорожденного с ЭНМТ, приводя к его гибели.

3. На перинатальные исходы ранних преждевременных родов с ЭНМТ новорожденных значительное влияние оказывали:

- **антенатальное состояние плода:** при этом нарушение МППК III степени (критическое состояние) по допплерометрии достоверно чаще выявлялось во 2 группе (51,8% против 25,8% в 1 группе,  $p<0,05$ );

- **гестационный срок родоразрешения:** средний срок гестации к моменту родов был достоверно выше в 1 группе -  $29,3\pm 0,9$  против  $26,2\pm 0,84$  во 2 группе ( $p<0,01$ );

- **масса плода при рождении:** средний вес детей, рожденных с ЭНМТ в 1 группе был  $981,7\pm 56,2$  граммов, что достоверно выше, чем во 2 группе -  $789,2\pm 64,3$  грамма ( $p<0,05$ ). При этом СЗРП по данным УЗИ отмечен в 2 раза чаще среди новорожденных 2 группы (51,85% против 25,8% в 1 группе);

- **профилактика РДС плода глюкокортикоидами** достоверно увеличивает процент выживаемости детей с ЭНМТ (профилактика РДС была проведена у 96,7% пациенток 1 группы и 51,8% во 2 группе).

4. Способ родоразрешения и характер предлежащей части плода на момент родоразрешения не имели существенного влияния на благоприятный перинатальный исход ранних преждевременных родов.

#### **Список литературы:**

1. Башмакова Н.В. Выживаемость и актуальные перинатальные технологии при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела [Текст] / Н.В. Башмакова, В.В. Ковалев, А.М. Литвинова, Е.О. Девятова, Г.В. Якорнова, Б.Т. Чарипова. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2012. - №1.

2. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22—27 нед в медицинских учреждениях Российской Федерации [Текст] / Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина // Вопросы современной педиатрии. - 2011. - № 10. - С.17-20.

3. Мамедалиева Н.М. Преждевременные роды [Текст] / Н.М. Мамедалиева, Г.Б. Банаева // Алматы, 2006. - 160 с.

УДК 616.03.616.17: 618.53.221.2

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РЕЗУС ИММУНИЗАЦИЕЙ**

**Мамедалиева Н.М., Лялькова И.А.**

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии,  
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
г. Алматы, Республика Казахстан.*

**Резюме:** проблема гемолитической болезни плода и новорожденного как фактор, влияющий на перинатальную заболеваемость и смертность в нашей стране до сих пор остается актуальной. В настоящее время наиболее информативным неинвазивным маркером диагностики тяжести гемолитической болезни плода является метод допплерометрии кровотока в СМА плода, что лежит в основе современного решения вопроса о внутриутробном переливании крови, позволяющем предотвратить гибель плода.

**Ключевые слова:** резус-сенсебилизация, гемолитическая болезнь плода, кордоцентез, внутриутробная гемотрансфузия.

## **РЕЗУС ИММУНДОО МЕНЕН ШАРТТАЛГАН КҮМӨНДҮН ТАТААЛ ФОРМАДАГЫ ГЕМОЛИТИКАЛЫК ООРУСУН БОЛЖОЛДОО ЖАНА ДАРЫЛООДО ЗАМАНБАП КӨЗ КАРАШТАР**

**Мамедалиева Н.М., Лялькова И.А.**

*Акушердик, гинекология жана перинатология илимий борбору  
С.Д. Асфендияров атындағы Казахстан улуттук медициналық университети,  
Алматы шаары, Казахстан Республикасы.*

**Корутунду:** перинаталдық ооруга жана өлүмдүүлүккө таасир эткен фактор катары, күмөн жана ымыркайдын гемолитикалык оору көйгөйүй биздин өлкөдө азыркы күнгө чейин актуалдуу бойдон кала берүүдө. Азыркы убакта күмөндин гемолитикалык оорусунун оордугун дарттапмада эң маалыматтуу инвазивдүү эмес маркери болуп – күмөн СМАсында кан агымдын допплерометрия ыкмасы болуп эсептелет. Бул ыкма күмөн өлүмүн болтурбоого мүмкүндүк берген, жатын ичиндеги кан куюу маселени заманбап чечүүнүн негизинде жатат.

**Ачкыч сөздөр:** резус-сенсебилдөө, күмөндүн гемолитикалык оорусу, кордоцентез, жатындағы кан куюу.

## **MODERN ASPECTS OF PROGNOSIS AND TREATMENT OF SEVERE FORMS OF HEMOLYTIC DISEASE OF THE FETUS DUE TO RH-IMMUNIZATION**

**Mamedalieva N.M., Lialkova I.A.**

*Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology,  
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,  
Almaty, Republic of Kazakhstan.*

**Resume:** the problem of hemolytic disease of the fetus and newborn as a factor influencing the perinatal morbidity and mortality in our country is still relevant. Currently, the most informative non-invasive diagnostic marker of the severity of hemolytic disease of the fetus is the method of Doppler blood flow in the middle cerebral artery of the fetus, which is the basis of modern solutions question intrauterine blood transfusions to help prevent fetal death.

**Key words:** Rh-alloimmunization, fetal hemolytic disease, cordocentesis, intrauterine blood transfusion

**Актуальность.** Известно, что гемолитическая болезнь, возникающая вследствие сенсибилизации матери антигенами плода, определяет высокий уровень заболеваемости и занимает ведущее место среди причин гибели плода и новорожденного, поэтому в нашей стране данная проблема до сих пор остается актуальной, и не имеет тенденций к снижению. По статистическим данным резус-несовместимость встречается в 13% всех беременностей, частота гемолитической болезни составляет около 1,5%. При этом легкая степень гемолитической болезни отмечается у 40-50% плодов; гемолитическая болезнь, требующая лечения в раннем неонатальном периоде, имеет место в 25-30%; а тяжелая степень гемолитической болезни, требующая инвазивных методов лечения, встречается в 20-25% случаев.

G. Mari и соавторы впервые предложили исследовать максимальную систолическую скорость кровотока (МССК) в средней мозговой артерии (СМА) для определения степени тяжести развивающейся анемии у плода при резус-аллоимунизации. Методика основана на чувствительности мозговых артерий к гипоксии. Кроме того, СМА легко доступна при ультразвуковом исследовании. При анемии у плода меняется вязкость крови, снижается ее кислородная емкость, развивается гипердинамический тип кровообращения-компенсаторно-приспособительная реакция, направленная на усиление перфузии, прежде всего, жизненно важных органов и в первую очередь головного мозга [1, 2].

В настоящее время в связи с техническим прогрессом наиболее информативным неинвазивным маркером диагностики тяжести ГБП является метод допплерометрии кровотока в СМА плода, что лежит в основе современного решения вопроса о внутриутробном переливании крови (ВПК), позволяющем предотвратить гибель плода [1, 2].

**Целью нашего исследования** явилось определение прогностического значения измерения МССК в СМА плода беременных с аллоимунизацией по резус фактору, выявление и коррекция тяжелых форм анемии плода методом внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии.

**Материал и методы исследования.** Исследования были проведены на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК с 2006 по 2014 гг. Измерение максимальной систолической скорости кровотока (МССК) в среднемозговой артерии плода (СМА) проводилось методом допплерометрии на аппарате Voluson 730 Expert (GE) и Voluson E6 (GE) с 16 по 37 неделю беременности у 207 беременных с аллоимунизацией по резус фактору с титром Rh антител от 1:2 до 1:8192.

При УЗИ на аппарате Voluson 730 Expert (GE) и Voluson E6 (GE) было получено аксиальное сечение головы плода на уровне сфеноидальных костей. Далее с помощью цветного допплеровского картирования (ЦДК) визуализируется Виллизиев круг в одну из средних мозговых артерий по направлению кпереди. Измерение МССК приводилось в проксимальном отделе СМА на 1-2 мм выше ее отхождения от Виллизиева круга и угле инсонации равном нулю.

При обследовании у 183 обследованных плодов, имелись физиологические значения скорости кровотока в СМА на всем протяжении периода наблюдения в амбулаторных условиях. После рождения у новорожденных не было отклонений в показателях гемоглобина и гематокрита.

У 24 беременных показатели кровотока СМА выше 1,5 МоМ, что явилось показанием для проведения инвазивной диагностики - диагностического кордоцентеза. Показаниями для проведения внутриутробной гемотрансфузии явилось снижение гемоглобина менее 80 г/л и снижение гематокрита менее 25%. При подтверждении тяжести анемии плода приступали к внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии отмытых лейкофильтрованных эритроцитов О (I) Rh(-) в сочетании с 10% раствором альбумина, что способствует ослаблению иммунного ответа организма беременной за счет снижения относительного количества резус-положительных эритроцитов и помогает поддержать общий объем эритроцитов плода на уровне выше критического. Для

обездвиживания плода использовали введение Ардуана из расчета 0,1 мг на 1 кг массы плода. Скорость трансфузии составляла в начале переливания 3 мл/мин, затем увеличивалась до 5 мл/мин. После окончания трансфузии проводили повторный забор крови из пуповины с целью определения уровня гемоглобина и повторное измерение максимальной систолической скорости кровотока в СМА плода. Показанием для следующего инвазивного вмешательства служило повторное увеличение максимальной систолической скорости кровотока в СМА более 1,5 МоМ.

**Результаты исследования.** Чувствительность измерения максимальной систолической скорости кровотока как показание к диагностическому кордоцентезу составила 92,3%, специфичность-91%.

Во всех случаях после проведения внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии отмечалось снижение максимальной систолической скорости кровотока в СМА. В последующем у плодов продолжали контролировать уровень максимальной систолической скорости кровотока в СМА с интервалом в 3-5 дней.

Всего было выполнено 38 гемотрансфузии 24 плодам, из них повторная гемотрансфузия потребовалась 11 пациенткам. Интервал между гемотрансфузиями составил от 5 дней до 5 недель.

Все пациентки, плодам которых были проведены гемотрансфузии родоразрешены в сроках от 32 недель до 36 недель. По методам родоразрешения, роды через естественные родовые пути произошли у 18 пациенток, роды путем операции кесарево сечения у 6.

У 13 новорожденных после родов анемия не была выявлена, у 3- выявлена анемия легкой степени, не потребовавшая проведения гемотрансфузии, 4-м новорожденным потребовалось проведение от 1 до 3 заменных переливаний крови, по поводу увеличения уровня исходного билирубина и его почасового прироста.

Согласно проведенного исследования эффективность использования метода внутриутробной внутрисосудистой гемотрансфузии составила 83,4%, что явилось самым эффективным методом для предотвращения внутриутробной гибели плода.

#### **Выводы:**

1. Метод допплерометрии максимальной систолической скорости кровотока в СМА как наиболее информативный неинвазивный маркер диагностики тяжести ГБП.
2. Определение скорости кровотока в СМА лежит в основе своевременного решения вопроса о внутриутробной гемотрансфузии, которая является актуальным и эффективным методом, позволяющим предотвратить гибель плода.

#### **Список литературы:**

1. Савельева Г.М. Диагностика, лечение, профилактика гемолитической болезни плода при резус-сенсбилизации [Текст] / Г.М. Савельева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - №6 - С. 73-78.
2. Mari G. Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red cell alloimmunization. Collaborative Group for Doppler Assessment of the Blood Velocity in Anemic Fetuses [Test] / G. Mari, R.L. Deter, R.L. Carpenter // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 342. – P. 9–14.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЮГА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Анарбаева А.А., Анарбаев А.А., Абдухаликов Ж.А.**

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

**Резюме:** в данной статье представлена сравнительная оценка антропометрических параметров у детей первых 3-х лет жизни Юга Кыргызской Республики по сравнению с эталонными показателями ВОЗ. Проанализированы данные у 1298 детей, в т.ч. 645 городских детей и 653 ребенка из сельской местности. Анализ показал, что у 66,3% детей первых 3-х лет жизни антропометрические параметры укладываются в эталонные показатели, определенные ВОЗ.

**Ключевые слова:** физическое развитие, антропометрические данные, масса тела, длина тела/рост.

## КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮГҮНДӨГҮ ЖАШ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН АНТРОПОМЕТРИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРДҮН САЛЫШТЫРМА ТАЛДООСУ

**Анарбаева А.А., Анарбаев А.А., Абдухаликов Ж.А.**

Ош облуст аралык балдар клиникалык бейтапканасы,  
Ош шаары, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** бул макалада БДССУнун эталондук көрсөткүчтөрүнө салыштырмалуу Кыргыз Республикасынын түштүгүндөгү балдардын биринчи 3 жаш жашоосунун антропометриялык параметрлеринин салыштырма баасы көрсөтүлдү. 1298 балдардын маалыматтары талданды, анын ичинде 645 шаардык балдар жана 653 бала айыл жергесинен. Талдоо 66,3% балдардын биринчи 3 жаш жашоосунун антропометриялык параметрлерин БДССУ белгилеген эталондук көрсөткүчтөргө дал келээрин көрсөттү.

**Ачыкчىк сөздөр:** физикалык өнүгүүсү, антропометриялык маалыматтар, дene салмагы, дene узундугу/бою.

## A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN OF EARLY AGE IN THE SOUTHERN REGIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

**Anarbaeva A.A., Anarbaev A.A., Abduhalikov J.A.**

Osh Interregional Children's Hospital,  
Osh, the Kyrgyz Republic.

**Resume:** this article presents a comparative evaluation of anthropometric parameters of children during the first 3 years of life in the South with a reference who indicators. In order to assess the analyzed data in 1298 children, including 645 urban children and 653 of the child from the countryside. The analysis showed that 66,3% of children during the first 3 years of life anthropometric parameters fit the reference indicators defined by the WHO.

**Key words:** physical development, anthropometric data, body weight, body length/height.

**Актуальность проблемы.** На протяжении последних десятилетий специалисты обеспокоены значительным ухудшением состояния здоровья подрастающего поколения, в том числе серьезными изменениями физического развития [1, 2]. Адекватное

динамическое наблюдение за физическим развитием детей является инструментом не только выявления индивидуальных особенностей роста и созревания, но и весьма универсальным диагностическим «ключом» к определению риска развития заболеваний и своевременному решению вопроса о показаниях к углубленному обследованию, изучению региональных особенностей формирования здоровья населения, разработке профилактических мероприятий [4]. Таким образом, физическое развитие детей – индикатор социально-экономического благополучия общества, санитарного и экологического состояния страны [3]. Исследование показателей физического развития детей в нашей стране актуально, поскольку это дает возможность прогнозировать последующие проблемы здоровья, в том числе заболеваемости, смертности, умственного развития, работоспособности, репродуктивной функции и риска хронического заболевания.

**Целью** работы явилось проведение сравнительного анализа антропометрических данных детей раннего возраста с эталонными данными ВОЗ.

**Материал и методы исследования.** Проводилось эпидемиологическое исследование детей раннего возраста, что включало сбор информации о состоянии физического развития и пищевого анамнеза детей раннего возраста.

Объектом исследования явились семьи, имеющие детей в возрасте 0-36 месяцев, единицей исследования – ребенок раннего возраста.

В соответствии с программой исследования для этого этапа исследования определен объем выборки с использованием формулы:

$$n = (t^2 [ P \times q ] : \Delta^2$$

где: n – объем выборки;

✓  $\Delta = 2\%$  - предельная ошибка при вероятности безошибочного

прогноза  $P=95\%$  и критерия достоверности  $t = 2$ ;

✓ Р – частота нарушений питания среди детей раннего возраста взята из отчетных данных быстрой оценки в Ошской области (2010);

✓  $q=100-P$ .

Таким образом, расчетный объем исследования составил 1202 ребенка, а фактический объем выборки – 1298 детей, что на 7,4% больше, чем планируемый объем. Оценка физического развития проводилась с учетом пола ребенка по индексам «вес/возраст», «вес/рост» и «рост/возраст», а также проводились дополнительные методы обследования.

**Результаты исследования.** Установлено, что у 66,3% детей показатели физического развития соответствовали - 2CO $\leftrightarrow$ 2CO стандартам ВОЗ (табл. 1). При этом число детей, у которых показатели физического развития соответствовали норме, в селах было достоверно ниже, чем в городах.

*Таблица 1 - Показатели физического развития*

Показатели физического развития	Городские жители, n = 645		Сельские жители, n = 653		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
- 2CO $\leftrightarrow$ 2CO	462	71,6 $\pm$ 1,8	399	61,1 $\pm$ 1,9**	861	66,3
<-2CO ↔ 2CO	183	28,4	254	38,9	437	33,7
Итого:	645	100	653	100	1298	100

*Примечание: \*\* - достоверность разницы показателей равна P <0,01.*

При анализе динамики среднемесячной прибавки в весе у здоровых детей (табл. 2) установлено, что наиболее интенсивная прибавка в массе и длине тела происходила в первые три месяца жизни ребенка. В последующем интенсивность прибавки в массе и длине тела несколько замедлялась.

Таблица 2 - Среднемесячная прибавка в весе и длине тела в первые три года жизни ребенка

Возраст	Среднее значение		Среднемесячная прибавка в		Прибавка за квартал	
	массы тела, кг	длина тела, см	массе тела, кг	длине тела, см	в массе тела, кг	в длине тела, см
ВДПР *	3,466	50,8				
1 мес.	4,540	53,7	1,112	2,9		
2 мес.	5,615	57,7	1,058	3,9	3,033	9,6
3 мес.	6,453	60,5	0,862	2,8		
4 мес.	6,976	62,7	0,524	2,2		
5 мес.	7,467	64,6	0,510	1,9	1,473	5,8
6 мес.	7,930	66,3	0,438	1,7		
7 мес.	8,212	68,0	0,310	1,6		
8 мес.	8,559	69,6	0,350	1,4	0,966	4,4
9 мес.	8,844	71,0	0,325	1,4		
10 мес.	9,103	72,4	0,265	1,4		
11 мес.	9,463	73,7	0,375	1,7	0,925	4,4
12 мес.	9,693	75,0	0,194	1,3		
Итого за 1-ый год жизни прибавка в массе тела					6,399	24,2
За второй год жизни					2,129	11,1
За третий год жизни					1,629	7,4
Итого за три года жизни					10,157	42,7

Примечание: \* - вес и длина тела при рождении.

При анализе средней массы тела у здоровых детей первого года жизни статистически достоверного различия по областям не обнаружено. Но средняя масса тела у здоровых детей первого года жизни из южных областей была несколько выше, чем эталонные показатели ВОЗ (2006), хотя достоверного различия в показателях не было выявлено (рис. 1).

Масса тела относительно возраста у 90,6% детей в возрасте одного года находилась в пределах  $-1\text{CO} < \text{средний показатель} > 1\text{CO}$  и у 9,4% детей – в пределах  $2\text{CO} < \text{средний показатель} > 2\text{CO}$ .

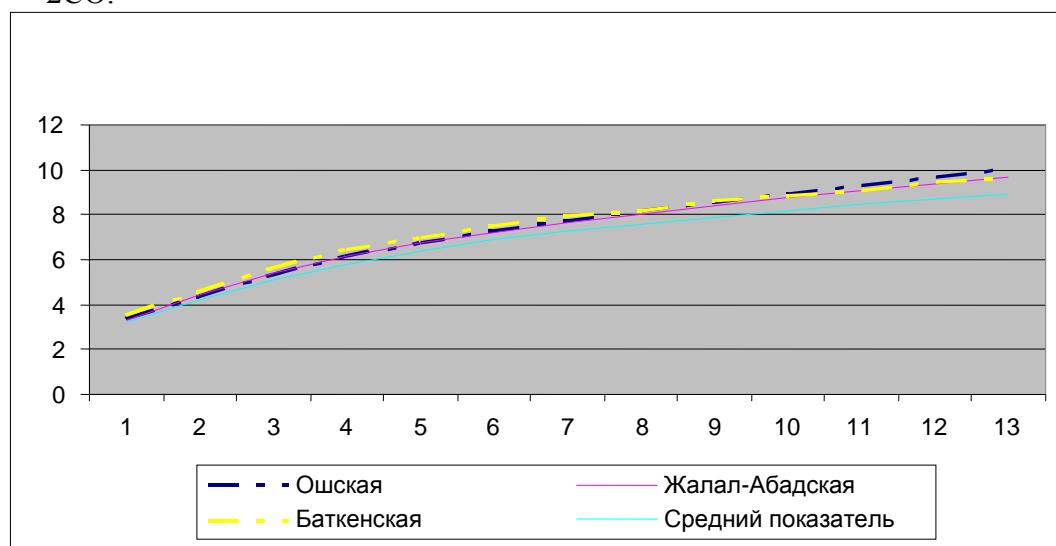


Рис. 1. Средняя масса детей первого года жизни по сравнению с эталонными показателями ВОЗ.

Средняя длина тела детей первых двух лет жизни, проживающих в разных областях юга Кыргызской Республики, не имела достоверного различия, хотя дети из Ошской области в возрасте 12 месяцев (77,6 см) на 3,0 см были выше, чем их сверстники из Баткенской (74,4 см) и Жалал-Абадской (74,0 см) областей. Такая же тенденция сохранялась и в возрасте 24-х месяцев, а в возрасте 36-ти месяцев разница в росте детей становится статистически достоверной.

Рост детей в возрасте 3-х лет из Жалал-Абадской области ( $88,8 \pm 1,3$  см,  $P < 0,01$ ) ниже, чем рост их сверстников, проживающих в Ошской ( $96,1 \pm 1,1$  см) и Баткенской ( $95,5 \pm 1,5$ ) областях.

У детей, проживающих Жалал-Абадской области, отмечалось некоторое замедление роста после двух лет жизни, хотя его показатели укладывались в пределы от  $-1\text{CO}$  до  $1\text{CO}$ . Динамика фактической длины тела/роста детей практически совпадает с эталонными показателями, за исключением детей из Жалал-Абадской области (рис. 2).

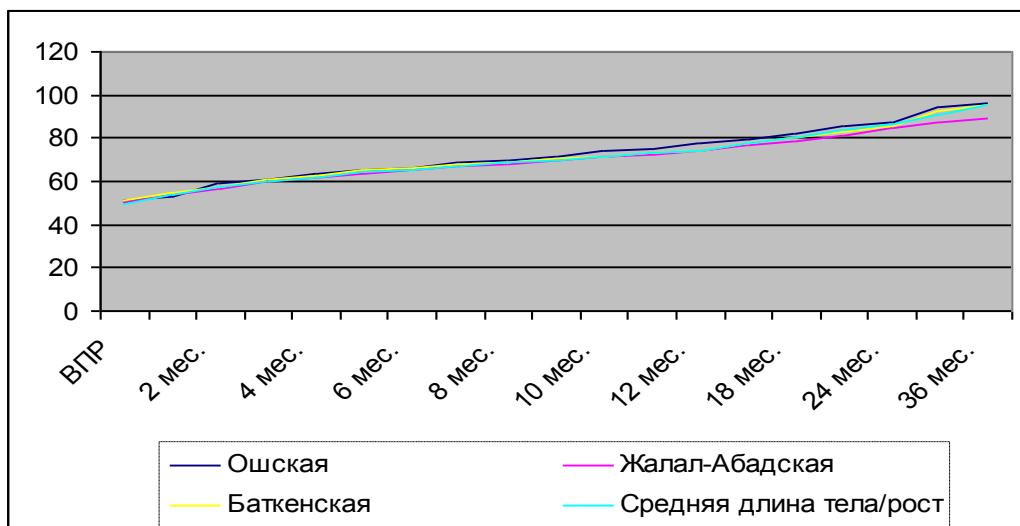


Рис. 2. Средняя длина тела/рост детей по сравнению с эталонными показателями ВОЗ.

В данной ситуации особое значение имело распределение детей с разными значениями индекса «длина тела или рост/в возраст». Длина тела или рост относительно возраста у 88,5% детей в возрасте одного года находилась в пределах  $-1\text{CO} <$  средний показатель  $>1\text{CO}$  и у 5,6% детей – в пределах  $-2\text{CO} < \leftrightarrow >1\text{CO}$  и 5,9% детей – в пределах  $1\text{CO} < \leftrightarrow >2\text{CO}$ .

Таким образом, анализ современных тенденций физического развития показал, что у 66,3% детей первых 3-х лет жизни антропометрические параметры укладываются эталонные показатели, определенные ВОЗ. При этом у 41,2% детей индексы «вес/в возраст» и у 44,9% индексы «длина тела или рост/в возраст» соответствовали среднему показателю стандартов ВОЗ, у 20,7% детей индексы «вес/в возраст» и у 20,2% «длина тела или рост/в возраст» находились в пределах от  $-1\text{CO}$  до среднего показателя. У 28,7% детей индексы «вес/в возраст» и у 23,4% детей «длина тела или рост/в возраст» были выше среднего показателя, но меньше  $1\text{CO}$ , соответствующие индексы у 4,9% и у 5,6% детей находились в пределах  $-1\text{CO}$  и  $-2\text{CO}$ , у 4,5% и у 5,9% детей в пределах от  $1\text{CO}$  до  $2\text{CO}$ . Динамика фактической длины тела/роста детей практически совпадает с эталонными показателями, за исключением детей из Жалал-Абадской области. У детей, проживающих в этой области, отмечалось некоторое замедление роста после двух лет жизни, хотя его показатели укладываются в пределы от  $-1\text{CO}$  до  $1\text{CO}$ .

**Выводы.** Антропометрические индексы: «вес к возрасту», «длина тела или рост к возрасту» и «вес к росту» у 66,3% детей первых 3-х лет жизни, проживающих на юге Кыргызской Республики, находятся в пределах  $-2\text{CO}$  и  $2\text{CO}$ , т.е. укладываются в

возрастные нормы, которые рекомендованы ВОЗ для оценки физического развития у здоровых детей.

**Список литературы:**

1. Каганова, Т. И. Факторы риска задержки физического развития у детей [Текст] / Т. И. Каганова, О. В. Кучумова // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 128–130.
2. Шварц И. Д. Задержка развития. Старая беда в новом тысячелетии [Текст] / И. Д. Шварц // Международный медицинский журнал. – 2001 – № 5. – С. 460–468.
3. Martorell R. The nature of child malnutrition and its long-term implications. Food and nutrition bulletin, 20: 288–292 (1999).
4. Weaver, L. T. Feeding the weanling in the developing world: problems and solutions [Text] / L. T. Weaver // International journal of food sciences and nutrition. – 1994. – Vol. 45, N 2. – P. 127–134.

---

УДК 616.379-008.64-053.2/. 6:614(575.2-25)

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Исакова Ф.Б., Акматова Н.К., Джунушалиева Н.К., Кушубекова Н.Н.**

Национальный центр охраны материнства и детства,  
Международная высшая школа медицины,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Резюме:** изучено качество жизни (КЖ) детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа, проживающих в г. Бишкек и Чуйской области в зависимости от длительности заболевания, степени социальной адаптации, региональных и гендерных особенностей с использованием общего и диабетического модулей опросника PedsQLTM (Pediatric Quality of Life Questionnaire) Джеймса Варни (США). Изучение анкетирования 83 детей и подростков с СД1 в возрасте от 10 до 18 лет показали, что длительность диабета негативно влияет на качество жизни, хотя психоэмоциональное функционирование остается на стабильном уровне. Девушки оценили свое КЖ ниже сверстников-юношей. Пациенты, обученные в «Школе диабета», социально более адаптированы. Четкой зависимости уровня КЖ от места проживания не выявлено.

**Ключевые слова:** дети и подростки, качество жизни, сахарный диабет 1 типа

## **БИШКЕКТЕ ЖАНА ЧУЙ ОБЛАСТЫНДА ЖАШАГАН 1 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАР ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ЖАШОО САПАТЫН БААЛОО**

**Исакова Ф.Б., Акматова Н.К., Джунушалиева Н.К., Кушубекова Н.Н.**

Энэ жана баланы коргоо улуттук борборуу,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** Бишкек шаары жана Чуй обласында жашаган 1 типтеги кант диабети менен ооруган 83 балдардын жана өспүрүмдөрдүн жашиоо сапатын аныктоо учун Дж. Варни өнүктүргөн PedsQL™ (Pediatric Quality of Life Questionnaire) суроо баракчасы колдонулган. 10–18 жаштагы диабет менен ооруган балдардын суроо баракчаларын изилдөөдө диабеттин узактыгы балдар жана өспүрүмдөрдүн жашиоо сапатына терс таасир берсе да психоэмоциялык абалы туруктуу деңгээлде калаары аныкталды. Кыздар жашиоо сапатын эркек балдарга караганда төмөн баалаган. “Диабет мектебинде” үйрөнгөн жаши ооруулар социалдык адаптацияланган. Жашаган жери – шаар же айыл – балдардын жашиоо сапатына ачык таасир көрсөткөн жок.

**Ачык сөздөр:** балдар жана өспүрүмдөр, жашиоо сапаты, 1 типтеги кант диабети

## **THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES IN BISHKEK AND CHUI OBLAST**

**Isakova F., Akmatova N., Djunushalieva N., Kushubekova N.**

*National Center for Maternal and Child Health Care,*

**Resume:** it has studied quality of life (QOL) of children and adolescents with type 1 diabetes living in Bishkek and Chui region, depending on the duration of the disease, the degree of social adaptation, regional and gender features using a common questionnaire and diabetic modules of PedsQL™ (Pediatric Quality of Life Questionnaire) James W. Varni (USA.). The study questionnaires of 83 children and adolescents with diabetes type 1 aged between 10 and 18 years have shown that the duration of diabetes affects the quality of life, although psycho-emotional functioning is stable. Girls have assessed their quality of life lower than peer-boys have. Patients who trained in the "Diabetes School" more socially adapted. A clear dependence on the level of quality of life from the place of residence did not reveal.

**Key words:** children and adolescents, quality of life, diabetes mellitus type 1.

Сахарный диабет 1 типа (СД1) является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний в детском возрасте [1]. Повсеместный рост числа детей с сахарным диабетом 1 типа требует дальнейшего модифицирования интенсивных программ лечения СД для предупреждения развития осложнений. Интенсивное управление диабетом влияет на повседневные обычные отношения детей и их семей, часто требует болезнь-ориентированного поведения от ребенка и его семьи, и потенциально воздействует на общее качество жизни [2]. Становится важным понимание того, как диабет и его лечение, а также как и физическое развитие, школьная успеваемость и психосоциальное здоровье влияют на качество жизни ребенка [3].

В соответствии с «Сент-Винсентской декларацией» основные направления медико-социальной политики в отношении сахарного диабета должны быть направлены на минимизацию осложнений и кризисов заболевания, а также на улучшение качества жизни больных [4].

Качество жизни (КЖ) рассматривается как субъективная оценка человеком собственного благополучия, на которое влияют внешние и внутренние факторы (состояние здоровья, окружающая среда, общественная жизнь, уровень благосостояния, медицинского обслуживания и др. [5, 6]. Качество жизни ребенка – это интегральная характеристика здоровья ребенка, основанная на его субъективном восприятии [7]. Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как «качество жизни (QoL), изменяемое в зависимости от состояния здоровья». Поэтому разделены понятие «качества жизни» QoL (Quality of Life) и понятие «качество жизни, связанное с состоянием здоровья» HRQoL (Health Related Quality of Life).

Конечной целью любой инициативы, связанной с охраной здоровья, сегодня следует считать достижение более качественной жизни пациентов, наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия [8]. Для больных СД 1 наиболее важными параметрами КЖ являются интеграция тяжелого, неизлечимого заболевания в повседневную жизнь человека, нормализация психологических, социальных и функциональных аспектов, связанных с заболеванием [6]. Единых критериев и стандартных норм КЖ не существует. Опросники позволяют выявить лишь тенденции изменения КЖ в той или иной группе респондентов.

С 1995 г. во Франции работает международная некоммерческая организация по изучению КЖ – Институт MAPI. Одним из направлений деятельности Института является координация работ по разработке опросников и их адаптации к языковым и экономическим различиям стран. Детский опросник оценки КЖ PedsQL™ Generic Core Scales был разработан Дж. Варни в США и включает отдельные формы для заполнения детьми и родителями [8].

**Цель работы.** Оценить качество жизни (КЖ) детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (СД1), проживающих в г. Бишкек и Чуйской области, в зависимости от

длительности заболевания, степени социальной адаптации, региональных и гендерных особенностей.

**Материал и методы исследования.** Инструментом изучения КЖ были выбраны опросники: общий PedsQL<sup>TM</sup> Generic Core Scales и специальный PedsQL<sup>TM</sup> Diabetes Module, а именно варианты этих опросников для родителей и детей возрастных групп 8–12 и 13–18 лет [9]. Нами было получено разрешение Института МАПИ по использованию русскоязычных версий данных опросников для проведения исследования КЖ в Кыргызской республике.

Исследование проводилось в отделении эндокринологии Национального центра охраны материнства и детства. Проведена оценка КЖ у 83 детей и подростков с СД 1 в возрасте от 10 до 18 лет (средний возраст  $14,6 \pm 2,5$  лет), проживающих в г. Бишкек и Чуйской области. В соответствии с критериями включения (неосложненный СД), исследование проводилось у пациентов с длительностью заболевания от 3 месяцев до 16 лет при участии одного из родителей каждого пациента. Критериями исключения из исследования было наличие у ребенка острых осложнений СД (кетоацидоза или гипогликемии тяжелой степени); признаков нарушения умственного развития или девиантного поведения.

Опросник PedsQL имеет хорошие психометрические свойства, с параллельными формами для родителей. Модули опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но несколько отличаются по форме задаваемых вопросов. Общий опросник позволяет оценить параметры КЖ детей и подростков независимо от болезни, отражает физическое функционирование (здоровье и уровень повседневной активности ФФ), эмоциональное функционирование (настроение ЭФ), социальное функционирование (общение со сверстниками СФ), жизнь в школе – ролевое функционирование (РФ). По различным шкалам опросника определяются суммарные баллы по компонентам и общий балл (ОБ).

Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта (вертикально расположенные варианты ответов на вопрос, каждому из которых соответствует цифра). Каждый вопрос оценивался респондентами по частоте возникновения предложенных ситуаций за «последний месяц». После заполнения опросники были подвергнуты процедуре перекодировки, в ходе которой необработанные данные были переведены в баллы КЖ по шкалам опросника. Общее количество баллов рассчитывается по 100-балльной шкале: чем больше итоговая величина, тем выше качество жизни.

Диабетический модуль относится к специальным опросникам, позволяет оценить степень влияния СД на КЖ больных детей. Состоит из 28 вопросов, объединенных в следующие шкалы: «О моем диабете» (симптомы гипогликемии и кетоацидоза) – 11 вопросов; «Проблемы с лечением» (блок 1 – 4 вопроса, блок 2 – 7 вопросов) – 11 вопросов; «Беспокойство» (опасения развития острых и хронических диабетических осложнений) – три вопроса; «Общение» – три вопроса. Формат, оценка ответов и процедура шкалирования диабетического модуля аналогична таковым опросника PedsQL Generic Core Scale.

Согласно международным требованиям, перед началом исследования родители и пациенты старше 15 лет подписывали информированное согласие [3, 4].

Кроме того, родители заполняли медико-социальную анкету по оценке условий и образа жизни ребенка. Информация о состоянии здоровья детей получена путем выкопировки из медицинской документации (истории болезни).

Для проведения корреляционного анализа пациенты разделены на группы по длительности заболевания (до 1 года, от 1 до 5 лет, от 6 до 10 лет, более 10 лет), степени социальной адаптации, региональных (Бишкек и Чуйская область) и гендерных особенностей.

Для обработки результатов использовался пакет программ MSOffice 2007 и критерий Стьюдента. Основные статистические параметры “М” – среднюю величину переменной и

“m” – ошибку средней рассчитывали по общепринятым формулам. Результаты расценивались как статистически значимые, при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Распределение респондентов по группам с учетом форм опросника PedsQL представлено в табл. 1: в группу 8 – 12 лет вошли 15 детей, что составило 18,1%, тогда как 68 пациентов, или 81,9%, составили группу в возрасте 13–18 лет. Распределение по полу показало, что в группе 8-12 лет преобладали девочки, а в группе 13-18 лет – мальчики, в целом в исследуемой группе распределение М:Д было 43 и 40 соответственно.

*Таблица 1 - Распределение детей и подростков с сахарным диабетом I типа по группам с учетом форм опросника.*

Возрастная группа	Всего		Пол	
	абс.	%	Мальчики	Девочки
8-12 лет	15	18,1	3(20%)	12(60%)
13-18 лет	68	81,9	40(58,8%)	28(41,2%)
Всего	83	100	43(51,8%)	40(48,2%)

В табл. 2 представлены результаты оценки КЖ детей с сахарным диабетом по общему опроснику PedsQL. Согласно данным, представленным в табл. 2, пациенты с СД1, как дети 8-12 лет, так и подростки 13-18 лет, высоко оценили социальное функционирование (СФ), что подразумевает отсутствие существенных проблем в общении у анкетируемых респондентов со своими сверстниками.

*Таблица 2 - Параметры качества жизни пациентов с сахарным диабетом I типа (по ответам детей и родителей).*

Параметры качества жизни	Оценка (в баллах) в возрастных группах ( $M \pm m$ )					
	8-12 лет (n=15)		p	13-18 лет (n=68)		p
	Дети	Родители		Подростки	Родители	
Физическое функционирование ФФ	87,7±3,15	70,7±5,47	<0,01	81,8±1,88	71,8±2,51	<0,01
Эмоциональное функционирование ЭФ	74,6±4,72	61,8±4,88	>0,05	71,8±2,35	64,2±2,24	<0,05
Социальное функционирование СФ	92,1±2,56	80,5±4,75	<0,05	90,7±1,62	88,5±2,03	>0,05
Функционирование в школе РФ	70,7±5,99	64,5±4,52	>0,05	67,5±2,90	60,3±2,20	<0,05
Психосоциальное здоровье ПСЗ	75,89±4,91	68,9±3,90	>0,05	76,6±1,72	70,9±1,96	<0,05
Общий балл ОБ	81,3±3,56	61,6±5,99	<0,01	77,9±1,65	71,2±1,98	<0,01

Школьное функционирование респондентами было оценено наименее низко, что было связано с частыми пропусками школьных занятий из-за плохого самочувствия или необходимости посетить врача/больницу, а также с невнимательностью или ухудшением памяти. Снижение общей физической активности (ФФ), подверженность негативным эмоциям страха, грусти, гнева или волнения (ЭФ) указывали на затруднения в повседневной деятельности чаще у подростков 13-18 лет, что приводило к нарушениям адаптации больных детей в коллективе (ПСЗ).

В табл. 2 также представлены результаты родительской оценки показателей КЖ своих детей. Родители детей 8-12 лет и подростков 13-18 лет ниже оценивали качество

жизни своих детей по большинству изучаемых показателей ( $p<0,05-0,01$ ) и аналогично своим детям высоко оценили умение общаться со сверстниками.

Выявление факторов, влияющих на показатели КЖ детей с сахарным диабетом 1 типа, проводилось с использованием опросника PedsQL™ Diabetes Module. Влияние специфических симптомов и особенностей управления данным заболеванием на оценку КЖ продемонстрировано в табл. 3.

Таблица 3 - Оценка качества жизни пациентов с сахарным диабетом 1 типа по результатам PedsQL™ Diabetes Module (по ответам детей).

Шкалы опросника	Оценка (в баллах) в возрастных группах ( $M\pm m$ ) *	
	8-12 лет $n=15$	13-18 лет $n=68$
Диабет (Д)	68,1±26,1	67,7±17,8
Лечение (блок1) Л (1)	82,1±19,1	75,6±23,4
Лечение (блок2) Л (2)	84,5±13,5	79,6±21,0
Беспокойство (Б)	60,7±28,4	63,8±24,2
Общение (О)	84,5±16,6	81,6±23,8
Суммарный балл (КЖ-Д)	75,9±16,5	73,7±17,4

Примечание: \* - различия между группами недостоверны -  $p>0,05$

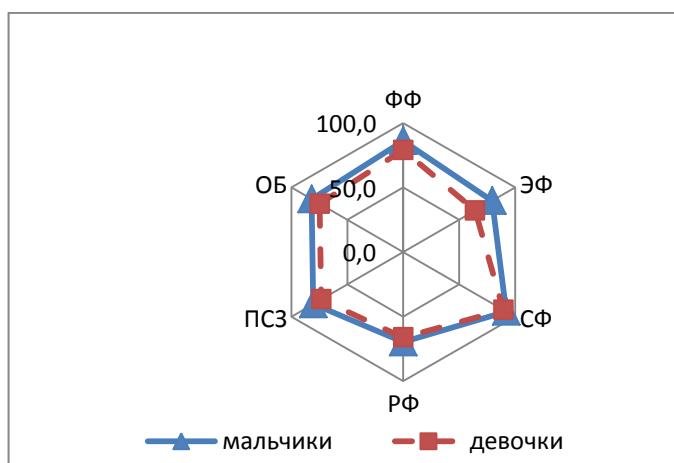


Рис. 1. Гендерные особенности КЖ у подростков 13-17 лет с сахарным диабетом 1 типа.

Согласно данным, представленным в табл. 3, респондентами обеих групп были наиболее низко оценены шкалы «Беспокойство» и «Диабет», а наиболее высокие показатели в этих группах были получены по шкале «Общение». Шкала «Диабет» отражает симптомы декомпенсации заболевания, и низкая оценка свидетельствует о лабильном течении сахарного диабета у большинства респондентов. Желание быть похожими на своих сверстников является отличительной чертой детей в возрасте 13-18 лет, что часто становится причиной несоблюдения ими плана лечения, и, как следствие, возникают конфликтные и спорные ситуации в отношениях с родителями. Это отражено у них в низких баллах по шкале «Лечение» в обоих блоках 1, 2. Особенно дети и подростки с СД1 были обеспокоены развитием и прогрессированием хронических диабетических осложнений, что и иллюстрирует низкая оценка по шкале «Беспокойство».

Анализ изучения результатов анкетирования подростков с СД1 в зависимости от пола показал, что девушки оценивали свое КЖ ниже, чем юноши. На рис. 1 из всех показателей качества жизни обращает на себя внимание низкий показатель ЭФ у девочек. Это, вероятно, является следствием более раннего вступления в пубертатный период и

более ранним началом нарастания проблем и конфликтов подросткового возраста. Причиной низкого уровня эмоционального компонента могут быть сугубо физиологические процессы, которые оказываются под взаимовлиянием заболевания и пубертата.

Данные табл. 4 демонстрируют прогрессивное снижение показателей КЖ у пациентов с длительностью диабета до 10 лет. Более высокая оценка КЖ подростков со стажем диабета более 10 лет может быть объяснена привыканием их к своему состоянию<sup>[10]</sup>. Подростки в этой группе заболели сахарным диабетом в раннем детском возрасте до 5 лет, и уже адаптировались к управлению болезнью, что подтверждается более высокими показателями КЖ и по диабетическому модулю. Максимально низкая оценка у всех респондентов отмечается в ролевом функционировании (школьной жизни) и по шкале беспокойство, что связано с беспокойством по развитию гипогликемии и поздних осложнений. Психосоциальное функционирование оказалось менее всего подвержено негативному влиянию болезни (во всех группах оценка была выше 85 баллов).

*Таблица 4 - Параметры КЖ пациентов с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от длительности заболевания (по ответам детей).*

Шкалы опросников	Длительность заболевания / кол-во пациентов/			
	До 1 года n=15 (M±m)	1 – 5 лет n=39 (M± m)	6 – 10 лет n=20 (M± m)	Более 10 лет n= 9 (M± m)
1. Общий модуль				
Физическое функционирование ФФ	82,1±5,01	81,8±2,37	81,6±2,50	83,3±5,70
Эмоциональное функционирование ЭФ	73,3±5,78	67,9±3,17	66,3±3,91	83,3±2,33
Социальное функционирование СФ	93,3±2,27	91,7±2,34	86,5±3,67	89,4±3,77
Ролевое функционирование (школа) РФ	67,0±6,53	66,7±3,44	69,8±4,63	68,9±9,57
Психосоциальное здоровье ПСЗ	77,9±4,88	75,5±2,98	74,2±4,07	80,6±5,87
Общий балл ОБ	78,9±3,38	77,0±2,19	76,0±3,09	81,3±5,00
2. Диабетический модуль				
Диабет Д	69,7±3,64	65,0 ±3,65	63,3±5,37	74,0±4,37
Лечение (блок1) Л(1)	77,9±7,31	69,9±3,96	79,1±4,27	85,4±5,40
Лечение (блок2) Л 2)	79,2±7,40	77,2±3,31	81,5±3,29	83,3±4,70
Беспокойство Б	56,1±7,02	66,3±3,86	57,5±5,30	71,3±8,47
Общение О	72,8±9,22	80,6±3,54	87,5±3,18	86,1±4,80
Суммарный балл КЖ по диабету	71,1±5,63	71,8±3,01	73,8±3,24	80,0±4,37

*Примечание: \* - различия между группами по ЭФ достоверны: – p<sub>2-4</sub><0,001; p<sub>2-4</sub><0,001.*

Таким образом, результаты шкалирования КЖ с учетом продолжительности болезни не подтверждали наличия явной зависимости между двумя этими показателями.

В период госпитализации в отделении эндокринологии пациенты проходят обучение в «Школе диабета». В ходе анализа эффективности школы диабета было установлено, что длительность болезни снижает мотивацию к обучению [11]. Дети с длительностью диабета 6 – 10 лет имели низкую мотивацию к управлению диабетом и, соответственно, были чаще декомпенсированы, что отразилось на низкой оценке КЖ. По литературным данным наиболее выраженное снижение общих показателей КЖ имело

место у пациентов в течение 1-го года болезни [4, 12]. Сопоставимая оценка КЖ в дебюте заболевания с оценкой в других группах объясняется обучением и психологической поддержкой в школе диабета с первых дней диагностики заболевания.

Фактическое применение в повседневной жизни полученных знаний влияло на клинико-метаболические параметры. Сформированная у обученных детей мотивация на самоконтроль, поддержание уверенности в способности управлять диабетом позволили им рассматривать свою болезнь как иной образ жизни, самоконтроль стал для них нужной процедурой. Эти дети были социально более адаптированы, получали образование в общеобразовательных учреждениях, активно занимались на уроках физкультуры. КЖ эти респонденты оценивали достаточно высоко (86-89 баллов).

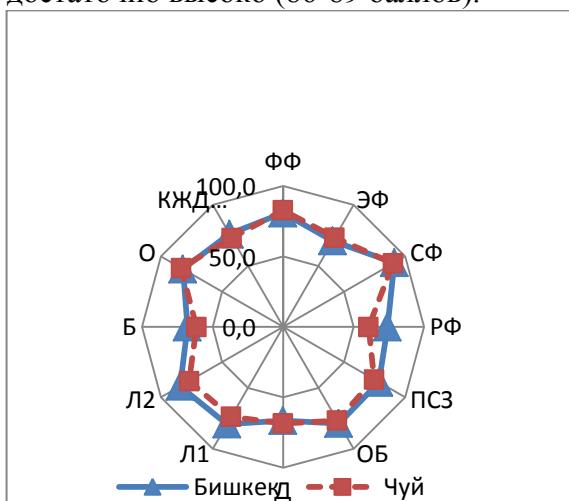


Рис. 2. Региональные особенности КЖ подростков 13-17 лет с сахарным диабетом 1 типа.

Изучение влияния места проживания пациентов (город село) на оценку КЖ, что представлено на рис. 2, не выявило существенных различий между группами детей по всем параметрам функционирования ( $p>0,05$ ). В определенной степени обращало на себя внимание то, что подростки-респонденты из Чуйской области оценивали несколько ниже свое ролевое функционирование, а также у них наблюдались относительно более низкие баллы по Шкале «Диабет» в разделах Лечение и Беспокойство, чем у их сверстников, проживающих в г. Бишкек.

#### Выводы.

1. КЖ у детей и подростков с СД1 в г. Бишкек и Чуйской области при увеличении длительности болезни не имело тенденции к прогрессивному ухудшению и привыкание к наличию болезни способствует переоценке собственного функционирования.
2. Сформированная, у обученных детей в Школе Диабета, мотивация на самоконтроль, поддержание уверенности в способности управлять диабетом благоприятно влияют на КЖ и способствуют лучшей социальной адаптации.
3. Имеются половые различия в оценке КЖ в подростковом возрасте: девушки чаще более низко оценивают свое эмоциональное функционирование, чем юноши.
4. Не выявлено существенных региональных различий в КЖ детей, страдающих диабетом, проживающих в городе и в селе.

#### Список литературы:

1. Дедов И.И. Сахарный диабет у детей и подростков [Текст] / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 160 с.
2. DCCT Research Group: Effect of intensive diabetes treatment on the development of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 125:177–188, 1994.
3. Eiser C, Morse R: The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr* 22: 2001. - 248–256.
4. Баранов А.А. Изучение качества жизни в педиатрии [Текст] / А.А. Баранов, В.Ю.

Альбицкий, И.В. Винярская // Союз педиатров России: серия «Социальная педиатрия». - М., 2010. - вып.10. – 272 с.

5. Суркова Е.В. Качество жизни как важнейший показатель эффективности лечения сахарного диабета в XXI веке [Текст] / Е.В. Суркова, М.Б. Анциферов, А.Ю. Майоров // Сахарный диабет. – 2000. – № 1. – С. 23–25.

6. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life' World Health Foram. 2006; 6: 29.

7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова / СПб. Издательский дом «Нева». - М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320с.

8. Вестник Международного Центра Исследования Качества Жизни. [http://www.cl.spb.ru/mcqlr/inform\\_MCQLR.htm](http://www.cl.spb.ru/mcqlr/inform_MCQLR.htm).

9. James W. Varni, Tasha M. Burwinkle, Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory<sup>TM</sup> Generic Core Scales and Type 1 Diabetes Module/ Diabetes care, volume 26, number 3, March 2003.

10. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии [Текст] / Е.М. Лукьянова / Качественная клиническая практика. – 2002. - №4. - С.34-42.

11. Исакова Ф.Б. Влияние терапевтического обучения на углеводный обмен у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа [Текст] / Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова, З.Э. Абдылдаева // Здоровье матери и ребенка. – 2011. - Том 3. - № 1. - С. 59-63.

12. Болотова Н.В. Оценка качества жизни как составляющая мониторинга состояния детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа [Текст] / Н.В. Болотова, О.В. Компаниец, Н.Ю. Филина, Н.В. Николаева / Сахарный диабет, 2009. - №3. - С 57-59.

---

УДК 616.079.5.02

## **АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ГРУППЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ (ЧБД) НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

**Каримханова А.Т., Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М.**

Кафедра педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования  
Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова,  
г. Алматы, Казахстан.

**Резюме:** в данной статье представлен анализ данных по выявлению клинических особенностей детей из группы ЧБД и ведение их в условиях поликлиники. В реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД необходим комплексный подход с учетом не только медицинских, но и социально-экономических аспектов.

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, поликлиника, лечение, реабилитация.

## **ПЕДИАТРИЯЛЫК УЧАСТОКТО ҚӨП ООРУГАН БАЛДАР (КОБ) ТОПТУ БАЙКООНУН ТАЛДООСУ**

**Каримханова А.Т., Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М.**

С.Д. Асфендияров атындағы КазҰМУнун Дипломдон кийинки Билим берүү Институтунун педиатрия жана неонатология кафедрасы.  
Алматы шаары, Казахстан Республикасы.

**Корутунду:** бул макалада КОБ тобунан балдардың клиникалық өзгөчөлүктөрүн аныктоо боюнча маалыматтардың талдоосу жана аларды поликлиниканың шартында байкоо көрсөтүлдү. КОБ учун дарылоо, жандандыруу жана алдын алуу иши-чараларды ишке аширууда медициналык гана эмес, социалдык-экономикалык аспекттерди да эске алуу менен комплекстүү мамиле жасоо зарыл.

**Ачык сөздөр:** қөп ооруган балдар, поликлиника, дарылоо, жандандыруу.

# ANALYSIS OF REFERENCE OF THE GROUP OFTEN ILL CHILDREN AT PEDIATRIC AREA

**Karimhanova A.T., Abdullayeva G.M., Batyrkhanov Sh.K., Imambaeva T.M.**

*Department of Pediatrics and Neonatology Institute of Post-Graduate Studies of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan.*

**Resume:** this article presents an analysis of the data to identify the clinical characteristics of children from the group FIC and keeping them in a clinic. In the implementation of therapeutic, rehabilitative and preventive measures for FIC a comprehensive approach taking into account not only medical, but also social and economic aspects.

**Key words:** sickly children, clinic, treatment, rehabilitation.

**Актуальность.** Детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям (ОРЗ), принято называть часто болеющими (ЧБД). Иногда, для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций у этих детей (их затяжной характер), используется термин «часто и длительно болеющие дети» [1-3]. В зарубежной литературе используется термин «пациенты с рекуррентными (т.е. повторными) ОРЗ» [2, 4]. При этом, например, в Великобритании к группе детей с рекуррентными респираторными инфекциями относят пациентов, у которых ОРЗ повторяются в течение года более 8 раз [3, 5]. Учитывая выше изложенное, ЧБД – это термин, обозначающий группу детей, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. При этом к ЧБД относят детей, у которых частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корректируемых отклонений в защитных системах организма.

**Цель работы:** выявить клинические особенности группы ЧБД и ведение их в условиях поликлиники.

**Материалы и методы.** Исследование по типу поперечного среза. Проанализировано 100 амбулаторных карт (форма 112/у) детей, относящихся к группе ЧБД (согласно критериям Альбицкого В.Ю., Баранова А.А., 2004) в возрасте от 2 до 6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ). Родители предъявляли жалобы на частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), рецидивирующие бактериальные инфекции, такие как гнойные синуситы, отиты, ангины, пневмонии и др. Для клинико-лабораторного анализа мы условно распределили детей по группам в соответствии с клиническими проявлениями:

I группа – дети с изолированными рецидивирующими вирусными инфекциями верхних дыхательных путей – 63 чел. В группу вошли дети с повторными вирусными инфекциями дыхательных путей и ЛОР-органов и с давностью заболевания более года;

II группа – дети с сочетанием рецидивирующих вирусных инфекций верхних дыхательных путей и рецидивирующих бактериальных (два и более в год) инфекций с давностью заболевания более года – 25 чел.;

III группа – дети с преобладанием рецидивирующих бактериальных инфекций (два и более в год) либо с перенесённой тяжелой или затяжной бактериальной инфекцией – 12 чел.

В исследование не были включены дети с изолированным рецидивирующими фурункулёзом, пациенты с рецидивирующими инфекциями одной локализации, связанными с анатомическими дефектами того или иного органа, в том числе дети с рецидивирующими инфекциями мочеполовой системы. Диагноз «первичный иммунодефицит» устанавливался согласно критериям Европейского общества по иммунодефицитным состояниям. Диагноз «бронхиальная астма» устанавливался согласно критериям, предложенным научно-практической программой JINA (2010). Исследование проводилось по единому плану, включающему анализ данных анамнеза (дебют

клинических проявлений, частота, характер заболеваний); анализ клинических симптомов на момент обследования и в динамике, получаемой терапии; стандартное (комплексное) инструментальное и лабораторное обследование пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст обследованных детей – 4,1 года. Максимальная кратность ОРЗ отмечалась в возрасте от 3 до 5 лет (72%), что совпадает с началом посещения ДДУ. У обследованных детей начало посещения ДДУ пришлось на возраст 2,4 года. Частота ОРЗ до начала посещения ДДУ составила 3,7 эпизодов в год, после – 6,3 эпизодов в год. При этом оказалось, что состоят на диспансерном учете как ЧБД всего 63% детей.

В I группе детей с рецидивирующими вирусными инфекциями респираторного тракта (63 чел.) в процессе исследования была выявлена большая частота ранее не диагностированной бронхиальной астмы (БА). Дети с впервые диагностированной БА составили 39,7 % случаев. Остальные дети (38 чел.) I группы распределились следующим образом: 13 детей имели рецидивирующие инфекции более 8 раз в год и 25 чел. – менее 8 раз в год. Данное разделение основывалось на положении ВОЗ, что здоровые дети младшего возраста, как правило, переносят до 8 ОРВИ в год. У большинства детей (71 %) с частотой ОРВИ менее 8 раз в год не определялось нарушений по органам и системам. Количество ОРЗ за последние 12 месяцев составило 6,9 эпизодов, длительность одного эпизода – 8,9 дней. Более 80% всех ОРЗ пришлось на ринофарингиты. Среди детей, болеющих изолированными вирусными инфекциями респираторного тракта чаще ожидаемого, т. е. более 8 раз в год, также в большинстве (62 %) случаев не выявлялись осложнения.

Группу II составили пациенты, имеющие в анамнезе сочетание частых вирусных (8 и более) и бактериальных (два и более в год) инфекций, – 25 человек. Показатели крови у данных больных были различными и в большинстве случаев имели отклонения от нормы. Однако и в этой группе у 24% обследованных, была выявлена не диагностированная ранее БА. Среди детей с сочетанием рецидивирующих вирусных и бактериальных инфекций частота встречаемости патологии сердечнососудистой системы составила 72 %, при этом преобладал миокардит. Оказалось, что у каждого третьего ребенка (38%) сохранялся длительный кашель (более 7 дней) после перенесенного ОРЗ, а у части из них (6%) – более двух недель. Нормальные показатели гемограммы были выявлены лишь в 28% случаях.

Дети с рецидивирующими (два и более в год), тяжелыми, затяжными бактериальными инфекциями составили III группу больных (12 чел.). Как и во II группе, среди пациентов этой группы в большинстве случаев гематологические показатели не соответствовали возрастной норме. У 6 детей были обнаружены анемия, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, умеренно повышенное СОЭ. Данные дети требуют особого внимания, так как являются группой риска по формированию аллергопатологии. Отмечена высокая частота бактериальных инфекций – у 48%, из них 80% – отиты, тонзиллиты, гнойные конъюнктивиты.

Необходимо отметить, что количество дней нетрудоспособности родителей ЧБД составило в среднем 57,4 дней в год. За последний год 80% детей получали антибактериальную терапию, в среднем 2,4 курса в год. Наиболее назначаемыми препаратами оказались: амоксициллин – (62,5%), азитромицин – (45%), амоксициллин/claveуланат (26,3%). Посевы на микрофлору из носа были сделаны только 23% детям, из зева – 25%, иммунограмма была назначена 12% детей. Противовирусные препараты получали 95% детей, в среднем 4,2 курса в год. Наиболее назначаемыми противовирусными препаратами были анаферон – 27%, виферон – 18%, арбидол – 12%, генферон – 11,5%. Подготовка к вакцинации проводилась только у 28% детей, у 7% детей проведена менее чем за 1 месяц до поступления в ДДУ. Иммунокорректирующую терапию получали 47% детей, в среднем 1,9 курса в год. Наиболее назначаемыми препаратами оказались рибомунил (33%), ИРС-19 (16%), деринат (15%). Выявлен недостаточный охват

детей реабилитационными мероприятиями, такими как закаливания, физиолечение, витаминотерапия и т.д., в 63% случаев.

**Выводы.** Таким образом, выявлены клинические особенности в группе ЧБД, а также недостатки ведения таких детей на амбулаторно-поликлиническом уровне, что необходимо учитывать для улучшения качества их диспансерного наблюдения.

ЧБД являются проблемой, имеющей не только медицинский, но и социально-экономический аспект, что требует комплексного подхода к ее решению в реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД.

**Список литературы:**

1. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии [Текст] / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Лечащий врач. – 2009. - №1.
2. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления [Текст] / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. – Саратов. - 1986. - 89 с.
3. Егоров В.Б. Основные вопросы профилактики и терапии вирусных инфекций у детей из групп риска [Текст] / В.Б. Егоров, О.В. Кладова, Е.Г. Кондюрина // Поликлиника. – 2008 -. №1. - С. 20-22.
4. Понаморева Я.И. Формирование групп риска по снижению уровня здоровья часто болеющих детей [Текст] / Я.И. Понаморева // Вестник восстановительной медицины. – 2013. - №6. - С.47-51.
5. Заплатников А.Л. Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста [Текст] / А.Л. Заплатников // Вопросы современной педиатрии. – 2010. - Т.11. - №2. - С.22-29.

---

УДК 616.02.615.357.32:616-053.36

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мустапаева Ж.Ш.,  
Болотбекова А.Ж., Бакаева А.К.**

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

**Резюме:** проведено исследование 152 недоношенных новорожденных ребенка с гестационным возрастом от 35 до 37 недель. Определено, что уровни тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона у недоношенных детей с пренатальной гипотрофии понижены, и восстанавливаются значительно медленнее по сравнению с таковыми у недоношенных детей того же срока гестации, но без пренатальной гипотрофии.

**Ключевые слова:** тироксин, трийодтиронин, тиреотропный гормон, недоношенные дети.

## АРА ТӨРӨЛГӨН ҮМҮРКАЙЛАРДЫН КАЛКАН БЕЗИННИН ГОРМОНДОРУНУН ӨЗГӨРҮШҮ ЭРТЕ НЕОНАТАЛДЫК УЧУРДА

**Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мустапаева Ж.Ш.,  
Болотбекова А.Ж., Бакаева А.К.**

И.К. Ахунбаев атындағы Кыргыз мамлекеттік медициналық академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** 35 жумадан 37 жума аралығында ара төрөлгөн 152 үмүркайга изилдөө жүргүзүлгөн. Калкан безинин гормондору жана тиреотроптук гормон аз салмактагы ара төрөлгөн үмүркайларда төмөнкү деңгээлде болгоору жана алардын көлөмү салмагы курагына туура төрөлгөн балдардыкына салыштырышанда калыбына кечирээк келээри аныкталган.

**Ачык сөздөр:** тироксин, трийодтиронин, тиреотроптук гормон, ара төрөлгөн үмүркайлар.

# DYNAMICS OF THYROID HORMONES INDICATORS IN PRETERM CHILDREN IN THE EARLY NEONATAL PERIOD

**Kudajarov D.K., Vychigzhanina N.V., Mustapaeva Z.S.,  
Bolotbekova A.Z., Bakaeva A.K.**

*Kyrgyz state medical academy named after I.K.Ahunbaev,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Resume:** research of 152 preterm newborns with gestational age from 35 up to 37 weeks. It is defined, that level of thyroid hormones and thyroid-stimulating hormone in preterm newborns with prenatal hypotrophy is lowered and restored much more slowly in comparison with that in preterm children of the same gestation term, but without prenatal hypotrophy.

**Key words:** thyroxine, triiodothyronine, thyroid-stimulating hormone, preterm children.

В развитии плода важную роль играет щитовидная железа. Гормоны щитовидной железы влияют на рост, процессы оссификации, формирование компенсаторно-приспособительных реакций и центральной нервной системы у плода.

Сведения о состоянии тиреотропно-тиреоидной системы у недоношенных детей противоречивы. Так, С.И. Елгина [2] отмечает, что функциональное состояние тиреотропно-тиреоидной системы у недоношенных новорожденных характеризуется незрелостью и неготовностью к становлению в постнатальном периоде. На возникновение транзиторного гипотиреоза у новорожденных влияет ряд факторов: недоношенность, респираторный дистресс-синдром, сепсис, внутриутробная и приобретенная гипотрофия, инфекционные заболевания, перинатальные поражения ЦНС [3, 4]. В то же время исследования Т.В. Давыдова [1] показали, что в раннем неонатальном периоде у детей с внутриутробной инфекцией имела место транзиторная неонатальная гипертиреотропинемия.

**Целью** работы явилось изучение состояния тиреотропно-тиреоидной системы у недоношенных детей с пренатальной гипотрофиией в течение раннего неонатального периода.

**Материал и методы исследования.** Исследовано 152 недоношенных ребенка с гестационным возрастом от 35 до 37 недель. Все недоношенные дети были подразделены на две группы. Первую группу составили 50 условно здоровых новорожденных детей, у которых основной патологией была только недоношенность. Вторая группа состояла из 102 недоношенных новорожденных детей с пренатальной гипотрофиией I степени. В течение первых 7 дней у всех детей исследовали содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина ( $T_3$ ) и тироксина ( $T_4$ ) в сыворотке крови. Первый забор крови на исследование ТТГ,  $T_3$  и  $T_4$  проводился из пуповины.

**Результаты и их обсуждение.** У всех недоношенных детей с пренатальной гипотрофиией I степени (2-ая группа) уровень ТТГ был низким и имел тенденцию к снижению в последующие сутки (табл. 1).

*Таблица 1 - Уровень ТТГ в крови у недоношенных детей.*

Возраст детей	Уровень ТТГ (нмоль/л)	
	1-ая группа	2-ая группа
Пуповинная кровь	10,52±0,62	4,18±0,48***
1 сутки	8,27±0,52	3,56±0,48***
2 сутки	8,70±0,31	2,61±0,23***
3 сутки	7,38±0,58	2,16±0,24***
4 сутки	7,87±0,62	1,38±0,29***
5 сутки	8,85±0,57	2,03±0,28***
6 сутки	9,90±0,17	2,92±0,21***
7 сутки	9,66±0,47	3,25±0,15***

*Примечание: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$*

Максимальное снижение уровня ТТГ у детей во 2-й группе отмечалось на 4-е сутки их жизни, и постепенно повышался с 5-го дня жизни, но, оставался низким по сравнению с данными детей 1-ой группы до конца раннего неонатального периода. Это вероятно было связано с незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы.

Уровень  $T_3$  у недоношенных детей 1-ой группы на протяжении раннего неонатального периода так же был выше, чем у детей 2-ой группы (табл. 2).

Таблица 2 - Уровень тиреоидных гормонов в крови недоношенных детей (нмоль/л)

Возраст детей	Уровень $T_3$ в крови		Уровень $T_4$ в крови	
	1-ая группа	2-ая группа	1-ая группа	2-ая группа
Пуповинная кровь	3,96±0,10	3,22±0,14***	187,90±4,38	210,30±8,18
1 сутки	3,39±0,07	2,67±0,10***	182,13±4,01	173,29±7,04
2 сутки	3,16±0,18	2,52±0,16***	166,29±5,52	165,91±3,63
3 сутки	3,08±0,15	2,2±0,14***	163,83±4,52	131,60±5,03***
4 сутки	3,44±0,08	1,97±0,10***	173,16±3,9	118,48±3,49***
5 сутки	3,74±0,10	2,68±0,13***	184,14±4,22	137,06±3,8***
6 сутки	3,4±0,19	2,91±0,14***	180,36±3,61	150,55±6,74**
7 сутки	3,61±0,05	3,19±0,09***	180,09±2,96	139,55±2,55***

Примечание: статистически значимые различия обозначены:

\* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$

Уровень  $T_3$  у недоношенных новорожденных в 1-ой группе незначительно снижался к третьим суткам, затем начинал повышаться, приближаясь к исходным показателям, в то время как у детей с пренатальной гипотрофией (2-я группа) низкий уровень трийодтиронина сохранялся и на 4-ые сутки их жизни.

Содержание  $T_4$  в пуповинной крови и в первые сутки у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией практически не отличалось от его уровня у условно здоровых недоношенных детей. Затем уровень у детей с пренатальной гипотрофией содержание  $T_4$  снижалось, достигая самого низкого уровня к 4-ым суткам жизни (с 210,3±8,18 до 118,48±3,49 нмоль/л), и в течение всего раннего неонатального периода его содержание было ниже, чем у детей 1-ой группы. Повышение уровня  $T_4$  начиналось с 5-х суток, но к 7-м суткам оставался ниже исходных показателей.

У детей же 1-ой группы незначительное снижение  $T_4$  отмечено на 3-и сутки, затем его уровень нарастал, достигая практически исходного уровня к 5-м суткам жизни.

Таким образом, уровень ТТГ и  $T_3$  у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией, был ниже, чем у недоношенных детей того же срока гестации, но без пренатальной гипотрофии. В процессе адаптации детей к внеутробным условиям уровень гормонов снижался, а к концу раннего неонатального периода повышался.

Наиболее низкий уровень гормонов отмечался на 4-е сутки жизни, которые можно считать критическими в раннем неонатальном периоде. Очевидно, это было связано с окончанием влияния материнских гормонов, полученных ребенком во время родов. Постепенное повышение уровней гормонов, указывающее на становление гормональной деятельности у недоношенных детей из обеих групп, имело место к 7-м суткам.

Однако, у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией уровни ТТГ,  $T_3$  и  $T_4$  на 7-е сутки были достоверно ниже, чем у условно здоровых новорожденных.

Это свидетельствует об отрицательном влиянии пренатальной гипотрофии на механизмы гормональной адаптации в раннем неонатальном периоде у недоношенных детей.

**Выводы:** 1. Уровень тиреоидных гормонов и ТТГ у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией понижен по сравнению с таковыми у недоношенных детей того же срока гестации, но без пренатальной гипотрофии.

2. Уровень тиреоидных гормонов у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией восстанавливается только к концу раннего неонатального периода, в то время как у недоношенных детей того же срока гестации, но без пренатальной гипотрофии – к 4-м суткам жизни.

**Список литературы:**

1. Давыдова Т.В. Функциональное состояние щитовидной железы при внутриутробных инфекциях у новорожденных и детей первого года жизни [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Т.В. Давыдова - Томск, 2009. - 26 с.
2. Елгина С.И. Тиреотропно-тиреоидная система недоношенного плода к моменту рождения [Текст] / С.И. Елгина // Акушерство и гинекология. - 2009. - №3. - С. 59-61.
3. Лещенко Р.И. Роль йододефицита в адаптации новорожденных Электронный ресурс. [Текст] / Р.И. Лещенко // Здоровье ребенка. - 2007. - № 3. URL: <http://pediatric.mif-ua.com/archive/issue-286/article-3>.
4. Лещенко С.С. Особенности течения раннего неонатального периода у детей, перенесших выраженную фетоплацентарную недостаточность [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С.С. Лещенко - Воронеж, 2007. - 35 с.

---

УДК 616.2-616.155.194.8

**ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ: СКРИНИНГ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

**Мамырбаева Т.Т., Исмаилова А.З., Черикичева А.Б.**

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

**Резюме:** в статье представлены основанные на доказательствах рекомендации по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии у детей для широкого обсуждения приемлемости тех или иных рекомендаций, поскольку на их основе будет разработан клинический протокол для медицинских работников ЦСМ и ГСВ.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, скрининг, профилактика, лечение.

**БАЛДАРДЫН ТЕМИРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН ПАЙДА БОЛУУЧУ АЗ КАНДУУЛУГУ: АНЫКТОО, АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО**

**Мамырбаева Т.Т., Исмаилова А.З., Черикичева А.Б.**

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** бул статьяда балдардын темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо боюнча жасакы сапаттагы изилдөөлөрдүн негизинде иштөлип чыккан ыкмалары көлтирилген. Бул ыкмалар канчалык деңгээлде биздин УБДБ/УБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилгени жатат.

**Ачык сөздөр:** балдардын темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулу аныктоо, алдын алуу, дарылоо.

**IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN: SCREENING, PREVENTION AND TREATMENT**

**Mamyrbaeva T.T., Ismailova A.Z., Cherykchieva A.B.**

**Resume:** the article presents evidence-based recommendations for early screening, prevention and treatment of iron deficiency anemia in children for a broad discussion in terms of admissibility of recommendations, since a respective clinical Protocol for primary level health care workers developed in accordance with these recommendations.

**Key words:** iron deficiency anemia, screening, prevention and treatment

Анемия является широко распространенной проблемой общественного здравоохранения [3]. У детей среди всех анемий удельный вес железодефицитной анемии (ЖДА) составляет 90%, у взрослых – 80% [5, 6].

В настоящее время доказано, что длительный дефицит железа в организме у детей раннего возраста приводит к замедлению их моторного развития и нарушению координации, задержке речевого развития, психологическим и поведенческим нарушениям, снижению физической активности. В основе двигательных и поведенческих нарушений лежат нарушение обмена допамина в полосатом теле головного мозга, связанное со снижением концентрации железа в тканях головного мозга и нарушения метаболизма серотонина и норэпинефрина. Учитывая, что развитие головного мозга, процессы его дифференцировки происходят преимущественно в перинатальном периоде и в первые годы жизни, очень важно избежать дефицита железа именно в это время [3].

Кроме того, в результате дефицита железа у детей повышается восприимчивость к инфекциям, усиливается тяжесть диарейных и респираторных заболеваний, увеличивается риск смертности от распространенных болезней детского возраста [2].

В Кыргызской Республике ЖДА обнаружена у 42,6% детей в возрасте от 6-ти до 59 месяцев [1], что диктует необходимость внедрения в практику практического здравоохранения методы борьбы с анемией, которые имеют доказательную базу.

В настоящей статье представляем основанные на доказательствах рекомендации по скринингу, профилактике и лечению ЖДА у детей для широкого обсуждения приемлемости тех или иных рекомендаций, поскольку на их основе будет разработан клинический протокол для медицинских работников ЦСМ и ГСВ.

**Рекомендации по скринингу.** В регионах с высокой распространностью ЖДА рекомендуется проверить уровень гемоглобина (Нb) у всех доношенных детей в возрасте 6-ти месяцев, у всех недоношенных детей – не позднее чем в 3-х месячном возрасте. Повторное измерение уровня Нb у всех детей проводится в возрасте 12-ти и 24-х месяцев. Также желательно определение уровня Нb у всех девочек в возрасте 15-17 лет хотя бы один раз [7, 8].

**Критерии диагностики анемии.** Анемия у детей в возрасте с 6-ти до 59-ти месяцев определяется при уровне Нb ниже 110 г/л, старше 59-ти месяцев – при Нb 120 г/л. Целесообразно выделение не тяжелой и тяжелой анемии, поскольку рекомендации по лечению при I и II степенях ЖДА идентичны (табл. 1).

Таблица 1 - Классификация тяжести анемии

Тяжесть	Уровень гемоглобина, г/л.			
	У детей младше 5 лет	У детей старше 5 лет	У небеременных женщин	У беременных женщин
Не тяжелая анемия	70< - <110	70<-<120	70< - <120	70< - <110
Тяжелая анемия	ниже 70	ниже 70	ниже 70	ниже 70

**Кормление доношенных детей, недоношенных или детей с малым весом при рождении.** Рекомендуется исключительно грудное вскармливание до 6-ти месячного возраста. В случае преждевременного прекращения грудного вскармливания следует использовать железосодержащую адаптированную смесь до достижения ребенком 12-ти

месячного возраста и избегать приема цельного коровьего молока до достижения ребенком 12-ти месячного возраста.

К концу 6-го месяца жизни в рацион ребенка вводится прикорм. Включение в пищевой рацион ребенка продуктов, богатых аскорбиновой кислотой (фрукты, овощи или сок) и мяса улучшает усвояемость железа и способствует сокращению распространенности ЖДА среди детей раннего возраста.

**Профилактика ЖДА у детей.** Рекомендуется позднее перевязывание пуповины (не раньше одной минуты после родов) для улучшения содержания железа в крови у новорожденного ребенка. При распространенной анемии выше 40% необходимо назначить саплментацию препаратами железа в дозировке 2 мг/кг веса в день всем детям в возрасте от 6 до 23 месяцев или обогащать домашнюю еду полимикронутриентными порошками, в которых доза элементарного железа составляет 12,5 мг. Дети с очень низким весом при рождении (меньше, чем 1,5 кг) и недоношенные младенцы должны ежедневно получать саплментацию железом в объеме 2 мг/кг дополнительно к исключительному грудному вскармливанию в возрасте от 2 до 23 месяцев [8].

Если среди детей старше 5-ти лет уровень распространенности глистных инфекций, передаваемых через почву, превышает 20%, то следует проводить ежегодную дегельминтизацию. При уровне распространенности глистных инфекций выше 50% рекомендуется двух дегельминтизация в течение года. Для дегельминтизации назначают однократную дозу альбендазола (400 мг) или мебендазола (500 мг) или левамизола (80 мг) при глистных инфекциях, передаваемых через почву, и празиквантел (600 мг) при шистосомозе.

В регионах с высокой распространностью ЖДА дегельминтизация способствует значительному сокращению уровня распространенности ЖДА [6].

**Лечение детей с ЖДА.** При умеренной ЖДА назначаются препараты железа из расчета 2 мг/кг массы тела элементарного железа, при тяжелой ЖДА из расчета 3 мг/кг массы тела элементарного железа (табл. 2). Детям старше 5-ти лет препараты железа назначаются в комбинации с фолиевой кислотой в дозе 250 мкг в день в течение 3-х мес.

Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе.

Через 14 дней от начала лечения оценивается самочувствие ребенка и приверженность к лечению.

Через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Нв. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение в виде увеличения Нв на 10 г/л и более по сравнению с исходным уровнем или нормализации Нв до 110-120 г/л, то лечение должно продолжаться еще 2 месяца. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца.

*Таблица 2 - Руководство по оральной железотерапии для лечения тяжелой степени анемии [4, 7].*

Возраст	Дозировка в сутки и продолжительность курса
От 2 до 4 месяцев	10-20 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно 3 месяца
От 4 до 12 месяцев	20-25 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 12 месяцев до 2 лет	30 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 2 до 5 лет	60 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
От 6 до 12 лет	60 мг элементарного железа (3 мг на кг массы тела) ежедневно, 3 месяца
Старше 12 лет	120 мг элементарного железа ежедневно, 3 месяца

В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения, врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения дефектов в лечении следует направить ребенка к педиатру или гематологу для уточнения формы анемии.

После завершения лечения препаратами железа в течение 3-х месяцев детям в возрасте до 24-х месяцев следует назначать профилактический прием препаратов железа (см. выше). Детям старше 24-х мес. после завершения лечения препаратами железа профилактический прием препаратов железа рекомендуется в течение 6-ти месяцев.

Дети с анемией с Нb ниже 70 г/л должны быть проконсультированы педиатром или гематологом.

У детей с тяжелым нарушением питания, анемия часто протекает в тяжелой форме. Однако не следует начинать оральную железо терапию до тех пор, пока не восстановится аппетит у ребенка, и он не начнет набирать вес, обычно через 14 дней от начала коррекции питания.

**Показания к госпитализации.** Дети с тяжелой анемией с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы должны быть направлены на стационарное лечение. Необходимо госпитализировать также тех больных, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения. Показанием к госпитализации является отсутствие эффекта через 4 недели от начала лечения препаратами железа.

*Уровень доказательности некоторых рекомендаций, приведенных в данной статье*

<i>Рекомендации</i>	<i>Уровень доказательности</i>
<i>Скрининг:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В регионах с высокой распространенностью ЖДА рекомендуется проверить уровень Нb у всех доношенных детей в возрасте 6-ти месяцев, у всех недоношенных детей – не позднее чем в 3-х месячном возрасте.</li> <li>• Дети старше 6-ти месяцев, входящие в группу риска развития ЖДА, должны ежегодно проходить скрининг на определение уровня гемоглобина крови (Se – 25%, Sp – 92%), для выявления анемии</li> <li>• Повторное определение уровня гемоглобина показано детям, начиная с 6-ти месяцев жизни, входящим в группу риска.</li> </ul>	В
<i>Профилактика ЖДА:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исключительно грудное вскармливание детей до 6-ти месячного возраста.</li> <li>• Обучение и поощрение матерей к проведению грудного вскармливания.</li> <li>• В рацион детей старше 6-ти месяцев необходимо вводить продукты питания с высоким содержанием железа.</li> <li>• Введение цельного коровьего молока в рацион питания ребенка не ранее 12 месяцев жизни.</li> <li>• Добавление в рацион питания всех детей продуктов, богатых аскорбиновой кислотой.</li> <li>• При распространенности анемии выше 40% необходимо назначить саплементацию препаратами железа в дозировке 2 мг/кг веса в день всем детям в возрасте от 6 до 23 месяцев или обогащать домашнюю еду полимикронутриентными порошками, в которых доза элементарного железа составляет 12,5 мг.</li> </ul>	В

<p><i>Медикаментозная профилактика:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначение детям с малым весом при рождении и недоношенным новорожденным препаратов железа с первого месяца жизни в дозировке 2-4 мг/кг в день до 12 месячного возраста.</li> </ul>	<p>В А</p>
<p><i>Лечение ЖДА</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Для детей терапевтическая доза элементарного железа составляет 3 мг/кг в сутки.</li> <li>• Для детей в возрасте от 6 до 12 лет терапевтическая доза элементарного железа составляет 60 мг в сутки.</li> <li>• Для подростков терапевтическая доза элементарного железа составляет 120 мг в день.</li> <li>• Через 4 недели приема препарата необходимо повторное определение уровня гемоглобина крови. В случае отсутствия эффекта от лечения (увеличение уровня гемоглобина менее чем на 10 г/л), больной должен быть направлен к педиатру или гематологу для обследования.</li> </ul>	<p>В В В В</p>

### **Список литературы:**

1. Медико-демографическое исследование в Кыргызстане. Национальный статистический комитет, 2012. – 468 с.
2. Abbaspour, N. “Review on Iron and Its Importance for Human Health.” [Text] / N. Abbaspour, H. Richard, K. Roya // Journal of Research in Medical Sciences, 2014.-19 (2): 164–74.
3. Beard, John. 2003. “Iron Deficiency Alters Brain Development and Functioning.” The Journal of Nutrition 133 (five Suppl 1): 1468S – 72S.
4. Black, R.E. 2014. “Global Distribution and Disease Burden Related to Micronutrient Deficiencies.” [Text] / R.E. Black // Nestlé Nutrition Institute Workshop Series 78: 21–28. Doi: 10.1159/000354932.
5. Fernández-Gaxiola, Ana C., Luz M. De-Regil. “Intermittent Iron Supplementation for Reducing Anaemia and Its Associated Impairments in Menstruating Women.” The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. - No. 12: CD009218. doi:10.1002/14651858.CD009218.pub2.
6. Ganz, T. 2011. “Hepcidin and Iron Regulation, 10 Years Later.” Blood 117 (17): 4425–33. Doi: 10.1182/blood-2011-01-258467.
7. Goodnough, Lawrence Tim, Stanley L. Schrier. “Evaluation and Management of Anemia in the Elderly.” [Text] // American Journal of Hematology, 2014. - 89 (1): 88–96. doi:10.1002/ajh.23598.
8. Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes. WHO. 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf).
9. Iron Supplementation in Children 6-23 Months of Age. Accessed February 2015. [http://www.who.int/elenatitles/iron\\_supplementation\\_children/en](http://www.who.int/elenatitles/iron_supplementation_children/en).

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Батырханов Ш.К.<sup>1</sup>, Имамбаева Т.М.<sup>1</sup>, Абдуллаева Г.М.<sup>1</sup>,  
Каримханова А.Т.<sup>1</sup>, Аязбеков Е.А.<sup>2</sup>, Тажимбетова А.М.<sup>2</sup>**

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

**Резюме:** в данной статье представлен анализ особенностей клинических проявлений пневмонии с типичным и нетипичным течением. При назначении антибактериальной терапии детям с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор и тяжесть состояния.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, внебольничная пневмония антибактериальная терапия.

## TAUTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA INFANTS

**Batyrkhanov SH.K.<sup>1</sup>, Imambaeva T.M.<sup>1</sup>, Abdullayeva G.M.<sup>1</sup>,  
Karimhanova A.T.<sup>1</sup>, Ayazbekov E.A.<sup>2</sup>, Tazhibetova A.M.<sup>2</sup>**

*Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,  
Almaty, Republic of Kazakhstan.*

**Resume:** this article presents an analysis of clinical manifestations of pneumonia with typical and atypical course. In the appointment of antibacterial therapy in children with community-acquired pneumonia should be considered an etiological factor and the severity of the condition.

**Key words:** infants, community-acquired pneumonia antibiotic therapy.

**Актуальность.** В настоящее время наиболее серьезную проблему в патологии детей раннего возраста составляют инфекции нижних дыхательных путей, особенно пневмонии. Ведущими учеными, работающими в области респираторной медицины в РФ, была разработана программа: «Внебольничная пневмония у детей (распространенность, диагностика, лечение и профилактика)» (2011), являющаяся практическим формулляром для педиатров. Согласно программе и современной классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний (2009), под внебольничной пневмонией понимают острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48-72 часа госпитализации. Высокая заболеваемость пневмонией приходится на ранний возраст, что обусловлено иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка. Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах пневмония остается одной из частых причин смертности, особенно в раннем возрасте. Заболеваемость пневмониями составляет в год около 15-20 случаев на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5-6 - на 1000 детей старше 3 лет. Несмотря на снижение летальности от пневмонии за последние 50 лет США и Европе, она встречается с частотой от 34 до 40 случаев на 1000 детей [1]. Следует отметить, что основная часть смертности от ОРЗ связана с пневмониями у детей первых лет жизни – ежегодно в мире от них умирает 1,8 млн. детей в возрасте до 5 лет. Смертность от пневмонии у детей в России, согласно данным Государственной статистики МЗ РФ, в 2001 году составила 116±3 на 100 000.

В Республике Казахстан отмечается положительная динамика показателей детской смертности от заболеваний органов дыхания, в том числе пневмоний (рис. 1).



*Рис. 1 – Доля болезней органов дыхания в структуре младенческой смертности 2005-2013 гг по Республике Казахстан (medinfo.kz, 2014).*

Подавляющее большинство внебольничных («домашних», «уличных») пневмоний - это результат активации эндогенной бактериальной флоры носоглотки, хотя возможно и экзогенное инфицирование. Многочисленные исследования показали, что клинически

здоровые дети в 10-20% случаев при обследовании оказываются транзиторными носителями пневмококков, в 3-7% - гемофильной палочки или микоплазмы, хламидии пневмонии, в 20-45% - различных стафилококков [3].

При лечении пневмонии препаратами выбора в педиатрической практике являются пенициллины широкого спектра-В-лактамы (амоксциллин, амоксциллин\claveуланат, а в качестве альтернативы цефалоспорины II-III поколений и макролиды).

**Цель исследования:** на основе сравнительного анализа эффективности антибактериальной терапии при острой внебольничной пневмонии у детей раннего возраста, обосновать пути оптимизации программ лечения.

**Материалы и методы исследования:** Исследования проводились с 2010 по 2014 годы на базе многопрофильной детской клинической больницы г. Алматы. Ретроспективно проанализировано 125 историй болезни детей первых трех лет жизни с диагнозом внебольничная пневмония: 1-я группа – 62 ребенка, находившиеся на лечении в пульмонологическом отделении за период с 2005 по 2010 годы, 2-я группа – 63 детей, госпитализированных в то же отделение, начиная с 2010 по 2014 годы.

**Результаты и обсуждение:** этиология пневмонии с типичным течением у наблюдавшихся нами больных в возрасте первых шести месяцев жизни была представлена – *E.coli*, *S.aureus*, *S.epidermidis* и *Kl.pneumonia*. Перечисленные возбудители обуславливали наиболее тяжелые формы течения заболевания. Другая группа пневмоний в этом возрасте была вызвана атипичными возбудителями, в основном *Chlamydia trachomatis*. С 6 месячного возраста и до 6-7 лет почти 60 % всех случаев пневмонии этиологически приходилось на *Streptococcus pneumonia*, в 7-10% случаев – на *Haemophilus influenza* тип b. Микоплазменную пневмонию чаще диагностировали на 2-3 годах жизни. По особенностям клинических проявлений выделены пневмонии с типичным и нетипичным течением. Типичные пневмонии характеризовались четкой очаговой клинической симптоматикой и соответствующей рентгенологической картиной. Для пневмонии с нетипичным течением очаговая симптоматика не характерна. У детей первых 6 месяцев при типичных пневмониях препаратами выбора были ингибитор-защищенный амоксциллин (амоксциллин+claveулановая кислота) или цефалоспорины II поколения (цефуроксим или цефазолин).

У части больных не удалось определить характер возбудителя. В этой ситуации учитывалось, что по клинической картине и рентгенологическим данным определить этиологию пневмонии не представляется возможным, так как все методы этиологической диагностики имеют ретроспективный характер. И при назначении терапии следует руководствоваться клиническими показаниями и эпидемиологической ситуацией. Госпитализации подлежали больные с тяжелыми и осложненными формами пневмонии, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, дети из социально-неблагополучных условий и пациенты раннего возраста (как правило, первого полугодия жизни) при невозможности организации их лечения в домашних условиях, а также при отсутствии улучшения в динамике терапии.

При среднетяжелых формах пневмонии отдавалось предпочтение монотерапии пероральными лекарственными препаратами. Правильность выбора антибиотика подтверждалась быстрой положительной динамикой клинического состояния. При отсутствии положительной динамики в течение двух суток решался вопрос о смене антибиотика или использовалась комбинация препаратов для расширения антибактериального спектра.

При атипичной пневмонии, как и при отсутствии положительного эффекта от лечения В-лактамами, терапию проводили препаратами макролидного ряда.

Основанием для назначения этих препаратов служила их антимикробная активность в отношении большинства респираторных патогенов, в том числе атипичных (хламидии, микоплазмы, легионеллы). Новые макролиды лишены недостатков, присущих эритромицину, они обладают удовлетворительными вкусовыми качествами особенно

детские формы (сусpenзии и саше), реже вызывают побочные реакции, имеют лучшие фармококинетические параметры, что позволяет назначать их 1-2 раза в сутки коротким курсом.

Низкая токсичность макролидов позволяет использовать их в педиатрии для лечения детей всех возрастных групп. Для всех макролидов характерно наличие постантбиотического эффекта, выражющегося в продолжении подавления роста бактерии после прекращения приема антибиотика, что имеет важное клиническое значение. Они эффективны у 80-90% больных с внебольничными пневмониями, что явилось основанием Западным коллегам рекомендовать их в качестве монотерапии для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без серьезной сопутствующей патологии. В некоторых случаях (достаточно тяжелое состояние ребенка) нами применялся ступенчатый метод проведения терапии, когда в первые 2-3 суток лечение проводили парентерально, а затем при улучшении или стабилизации состояния больного тот же антибиотик назначали внутрь. Длительность курса при внебольничной пневмонии составляла 6-10 суток. Затем дается назначение препарата в течение 2 суток после получения стойкого эффекта. Больные с осложненной и тяжелой пневмонией находились на 2-3 недельном курсе антибиотикотерапии.

Беспокойство международного сообщества врачей вызвано постепенным ростом антибиотикорезистентности возбудителей. С этих позиций внимание практических врачей привлекает препарат джозамицин, являющийся природным 16-членным антибиотиком в отличие от 14 и 15 членных антибиотиков. Различия химической структуры имеют важное значение, так как к джозамицину не развивается устойчивость, характерная для других макролидов.

Успешное применение джозамицина при внебольничной пневмонии обусловлено высокой активностью в отношении *S. Pneumonia*, в том числе ряда штаммов, устойчивых к 14-15-членным макролидам, и внутриклеточных возбудителей. Другие положительными свойствами джозамицина - это стабильная биодоступность при пероральном приеме независимо от приема пищи, создание высоких концентраций в бронхолегочной ткани, низкая частота лекарственных взаимодействий и минимальное число побочных эффектов

**Заключение.** Таким образом, при назначении антибактериальной терапии у детей с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор, особенности клинического течения (типичные и атипичные формы) и тяжесть состояния.

#### **Список литературы:**

1. *Российский национальный педиатрический формуляр / Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 912 с.*
2. *www.medinfo.kz «Медико-демографические показатели в разрезе областей Республики Казахстан»*
3. *Радыг Е.Ю. Кашель и противокашлевые лекарственные средства [Текст] / Е.Ю. Радыг // Эффективная фармакотерапия, 2010. - № 4. – С. 18-20.*
4. *Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика и лечение кашля у детей [Текст] / В.К. Таточенко // Детский врач, 2007. - № 1. – С. 4-7.*
5. *Мизерницкий Ю.Л. Пульмонология детского возраста: достижения, задачи и перспективы [Текст] / Ю.Л. Мизерницкий // Росс. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. - №1 (Т. 59).*
6. *Страчунский Л.С. Макролиды в современной клинической практике [Текст] / Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов // Русич, Смоленск, 1998.*
7. *Сорокина Е.В. Современные представления о механизмах действия макролидов. [Текст] / Е.В. Сорокина, Ю.Л. Мизерницкий // Вестн. Педиатр.фармакологии и нутрициологии. -2006. - № 3 (5).- С. 9-12.*

УДК 616-073.48:618-07

## СКРИНИНГ ПЕРВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В 11-14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Израилова А.С.

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

**Резюме:** разработка новых наиболее информативных эхографических маркеров врожденных аномалий и наследственных заболеваний плода, которые используются уже в ранние сроки беременности, позволит снизить показатели младенческой смертности от ВПР (врожденные пороки развития).

**Ключевые слова:** скрининг, ВПР, хромосомные маркеры.

## КОШ БОЙЛУУЛУКТУН 11-14 ЖУМАЛЫГЫНДАГЫ УЛЬТРАЗВУКТУК ИЗИЛДООНУН СКРИНИНГИ Израилова А.С.

Энэ жсана баланы коргоо улуттук борбору,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** кош бойлуулуктун эрте мезгилдеринде колдонулуучу тубаса аномалиялардын жсана ымыркайлардын тукум куучулук оорулардын ото информативдуу эхографиялык маркерлорун ондуруу тубаса оорулардан ымыркайлардын олуусунунун корсоктукчаторун томондотууго мумкунчулук берет.

## SCREENING OF THE FIRST ULTRASOUNDS RESEARCH IN 11-14 WEEKS OF PREGNANCY

Izrailova A.S.

National Center for Maternal and Child Health Care,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Resume:** development of the new most informative echography markers of congenital anomalies and hereditary diseases of prenatal fruit, which used already in early terms of pregnancy, will allow for lower indicators of in sanlik mortality from congenital malformation.

**Key words:** screening, congenital malformation, chTheromosomal markers.

**Актуальность.** В настоящее время до 5% новорожденных появляются на свет с различными врожденными и наследственными заболеваниями. Около 30% коечного фонда детских стационаров различного профиля заняты больными с наследственной патологией, 40% младенческой смертности в той или иной степени обусловлено наследственными и врожденными дефектами. В связи с этим особое значение приобретает их пренатальная диагностика, одним из основных направлений которой является разработка новых наиболее информативных эхографических маркеров врожденных аномалий и наследственных заболеваний плода, которые могли бы использоваться уже в ранние сроки беременности [1, 9, 11].

Повышение качества ультразвуковых сканеров, возможность цифровой обработки изображения, и особенно внедрение в практику новых программ полуавтоматического расчета ряда эхографических маркеров позволяет перенести решение ряда вопросов пренатального выявления врожденной и наследственной патологии на I триместр беременности [4, 5].

В 2002 году в Афинах состоялся I Всемирный конгресс медицины плода, с тех пор он стал ежегодным и очень популярным во всем мире. Бессменным председателем его является замечательный английский врач акушер-гинеколог, профессор Кипрос

Николайдес. Он же 15 лет назад создал международный Фонд медицины плода (FMF). Это признанная во всём мире организация, проводящая широкомасштабные научные исследования в области пренатальной диагностики и лечения плода. Кипрос Николайдес был одним из первых, кто показал и доказал значимость визуализации и измерения воротникового пространства у плода в I триместре беременности, но понадобились годы, чтобы создать существующую ныне стройную систему пренатального скрининга в I триместре беременности. Суть этой системы заключается в проведении ультразвукового исследования (УЗИ) плода по определённому алгоритму при 100% соблюдении всех необходимых критериев визуализации с одновременным биохимическим анализом крови беременной на  $\beta$ -ХГЧ и PAPP-A (белок, ассоциированный с беременностью). Данные УЗИ и биохимического анализа, обрабатываются в программном продукте, основанном на модуле FMF, рассчитывается риск основных хромосомных аномалий: синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау.

В Российской Федерации регламентированы 3 скрининговых ультразвуковых исследования в 11-14, 20-22 и 32-34 недели беременности (Приказа МЗ и СР РФ №808н от 2 октября 2009 г. «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»). Однако если во II и III триместрах беременности пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных пороков развития уже во многом не представляет трудностей, то использование эхографии в ранние сроки беременности еще требует решения многих методических вопросов [6, 8].

При первом скрининговом ультразвуковом исследовании в 11-14 недель беременности наиболее ценным эхографическим маркером хромосомных аномалий является расширение воротникового пространства плода. Однако хромосомные аномалии при расширении воротникового пространства обнаруживаются в среднем только у каждого третьего плода. Кроме этого, численные значения толщины воротникового пространства при хромосомных аномалиях у плода нередко имеют пограничные значения и изолированное использование этого маркера нередко приводит к увеличению частоты ложноположительных результатов [3]. Также остаются спорными многие методические вопросы оценки носовых костей плода в ранние сроки беременности для выделения группы высокого риска по хромосомным аномалиям. Поэтому актуальной задачей является разработка как новых пренатальных эхографических маркеров хромосомных аномалий, которые могли бы использоваться при скрининговых ультразвуковых исследованиях в ранние сроки беременности, так и разработка новых нормативных значений толщины воротникового пространства и длины носовых костей плода не в зависимости от срока беременности, а от численных значений копчико-теменного размера плода, что способствовало бы, с одной стороны, увеличению чувствительности пренатальной эхографии в идентификации хромосомных аномалий у плода, а с другой стороны привело бы к уменьшению процента ложноположительных результатов [9-11].

Также нерешенными и в настоящее время всесторонне обсуждаемыми являются вопросы совершенствования пренатальной ультразвуковой диагностики врожденных пороков у плода в ранние сроки беременности. Проведенные исследования убедительно продемонстрировали, что пока возможна диагностика только выраженных пороков развития. Большинство же пороков у плода диагностируется по-прежнему только во второй половине беременности. В то же время предложенные в последние годы новые маркеры различных пороков требуют оценки их прогностической ценности, а также разработки региональных диагностических критериев в ранние сроки беременности, в первую очередь, в отношении spina bifida, аноректальной атрезии и единственной артерии пуповины, являющейся одним из ведущих маркеров врожденных и наследственных заболеваний [5, 9].

Современная стратегия проведения пренатального скринингового исследования в ранние сроки беременности, декларированная во многих европейских странах,

основывается на комплексном учете наиболее информативных ультразвуковых маркеров и соблюдении единого национального протокола [9, 11].

Использование основных эхографических маркеров хромосомных аномалий (толщина воротникового пространства, длина носовых костей, реверсные значения кровотока в венозном протоке, трикуспидальная регургитация) при синдроме Дауна в 11-14 недель беременности позволит значительно снизить показатели младенческой смертности [1, 7, 9].

Стандартизация усовершенствованного подхода к оценке эхографических маркеров хромосомных аномалий и ультразвуковой анатомии плода при скрининговых ультразвуковых исследованиях в 11-14 недель беременности для выделения группы высокого риска по врожденным и наследственным заболеваниям, позволит повысить эффективность ранней пренатальной диагностики, как хромосомных аномалий, так и различных врожденных пороков, в первую очередь, ранее трудно диагностируемых в ранние сроки беременности. Разработаны новые нормативные процентильные значения наиболее информативных эхографических маркеров хромосомных аномалий в ранние сроки беременности и основных фетометрических показателей. На основании полученных результатов разработан новый усовершенствованный протокол скринингового ультразвукового исследования плода в конце первого триместра беременности [2, 3, 9, 11].

Данный протокол адаптирован к условиям республики. Приняты во внимание следующие моменты: наличие серошкольных УЗИ-аппаратов, подготовленность врачей ультразвуковой диагностики в каждом регионе.

Протокол предлагаем к обсуждению. Будем рады выслушать ваши предложения и замечания, по адресу [izrailovaanara@mail.ru](mailto:izrailovaanara@mail.ru):

## ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

## 1 ЭТАП СКРИНИНГА

(11-13 нед 6 дней: КТР 45-84 мм)

## Медицинский центр

Исследование проведено на УЗИ аппарате

Ф.И.О. , возраст

В полости матки определяется (количество) плод.

КТР      мм, что соответствует      нед. ЧСС      уд/мин, ритмичность.

Анатомия плода: ГОЛОВНОЙ МОЗГ – наличие, симметричность

СЕРДЦЕ – расположение ЖЕЛУДОК

КИШЕЧНИК – состояние просвета, эхогенность, жидкости

## ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ СТЕНКА, ПУПОЧКИ

отсутствие объемных образований, дефектов

## МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ – визуализация

СКЕЛЕТ – мозговой и лицевой череп, позвоночник

верхние, нижние конечности

## Хромосомные маркеры:

## ТОЛЩИНА ВОРО

## Носовые кости .----

## Венозный проток-----

## Трикуспидальная регургитация -----

## Прогнозирование гестозов\преэкламсии –

Плацента (хорион) по передней, задней, улна, перекрывает внезв

Околоплодные воды количество , качество

Пуповина определяется (не определяется), особенности

Тонус миометрия , шейка длиной мм,

цервикальный канал

## Эхоструктура миометрия

Особенности яичников \_\_\_\_\_

Факторы, затрудняющие визуализацию \_\_\_\_\_

Срок беременности : 1 день менструации \_\_\_\_\_ нед,  
по данным первого УЗ- исследования \_\_\_\_\_ нед).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ :Беременность нед \_\_\_\_\_

Врач ультразвуковой диагностики:

**Список литературы:**

1. Алтынник, Н. А. Значение ультразвуковой оценки толщины воротникового пространства плода в ранние сроки беременности для пренатальной диагностики хромосомных аномалий [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.19 / Н.А. Алтынник; Федер. упр. мед. биол. и экстрим. проблем МЗ РФ. – М., 2002. – 22 с.
2. Опыт проведения пренатальной диагностики хромосомной патологии в I триместре беременности по системе «OSCAR» [Текст] / С. Б. Арбузова, М. И. Николенко, И. В. Глазкова [и др.] // Пренатальная диагностика. – 2007. – Т. 6. – № 2. – С. 99–103.
3. Бадигова, Е. А. Совершенствование протокола скринингового льтразвукового исследования в 11-14 недель беременности [Текст]: дис. канд. мед. наук: 14.01.13 / Е. А. Бадигова; ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства". – М., 2011. – 82 с.
4. Козлова О.И. Длина костей носа плода как пренатальный эхографический маркер хромосомных аномалий [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.19 / О. И. Козлова; "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства". – М., 2007. – 89 с.
5. Косовцова, Н. В. Реалии пренатальной ультразвуковой диагностики врожденных пороков в ранние сроки беременности в Екатеринбурге [Текст] / О. В. Прибушеня, Н. Б. Гусина // Пренатальная диагностика. – 2013. – Т. 12. - № 2. – С. 92–103.
6. Пренатальная диагностика хромосомных болезней у плода: десятилетний опыт [Текст] / Т. В. Кузнецова, А. Н. Баранов, Н. В. Киселева [и др.] // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 3. – С. 95–99.
7. Медведев, М. В. Пренатальная эхография. Дифференциальный диагноз и прогноз [Текст]: руководство для врачей ультразвуковой диагностики, специалистов по пренатальной диагностике, акушеров-гинекологов, перинатологов и генетиков / М. В. Медведев. – 3-е изд., перераб. – М.: Рeal Тайм, 2013. – 440с.
8. Медведев, М. В. Воротниковое пространство у плодов в ранние сроки беременности: новые аспекты пренатальной диагностики [Текст] / М. В. Медведев, Н. А. Алтынник // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 1999. – Т. 7. - № 1. – С. 19–26.
9. Медведев, М. В. Пришло время совершенствования протокола скринингового ультразвукового исследования в 11-14 нед. Беременности. [Текст] / М. В. Медведев, Н. А. Алтынник // Пренатальная диагностика. – 2012. – Т. 11. - № 3. – С. 196–207.
10. Медведев, М. В. Что влияет на раннюю пренатальную диагностику скелетных дисплазий? [Текст] // Пренатальная диагностика. – 2003. – Т. 2. - № 3. – С. 237–240.
11. Медведев, М. В. Основы ультразвукового скрининга в 11-14 недель беременности [Текст]: практ. Пособие для врачей / М. В. Медведев, Н. А. Алтынник. – 2-е изд., доп. – М.: Рeal Тайм, 2009. – 93 с.

УДК 616.151.5:618.39(048.8)

**РОЛЬ ТРОМБОФИЛИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ПОТЕРЬ (обзор литературы)**  
**Кибец Е.А., Самигуллина А.Э.**

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки  
и повышения квалификации,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Резюме:** в статье предоставлен обобщающий анализ современного представления о тромбофилии и ее роли в патогенезе репродуктивных потерь.

**Ключевые слова:** тромбофилии, репродуктивные потери, акушерские осложнения, антифосфолипидный синдром, генетически обусловленные и приобретенные дефекты гемостаза, молекулярные маркеры.

**ТУКУМ УЛОО ЖОГОТУУЛАР ПАТОГЕНЕЗИНДЕ  
ТРОМБОФИЛИЯЛАРДЫН ОРДУ (адабият сереби)**  
**Кибец Е.А., Самигуллина А.Э.**

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жсана адистикти жогорулатуу институту.  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** макалада тромбофилия жөнүндө заманбап көз караштын жалпылаган талдоосу жсана тукум улоо жоготуулар патогенезинде анын орду көрсөтүлдү.

**Ачкыч сөздөр:** тромбофилиялар, тукум улоо жоготуулары, акушердик кабылдоолор, фосфолипидке карши синдром, генетикалык шартталган жсана кабылданган кан токтотуунун кемтиктери, молекулярдык маркерлер.

**THE ROLE OF THROMBOPHILIA IN PATHOPHYSIOLOGIC  
REPRODUCTIVE LOSS MECHANISMS (literature review)**  
**Kibets E. A., Samigullina A. E.**

Kyrgyz State Medical Institute of Advanced Training and Staff Retraining.  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Resume:** the article gives a corporate analysis of the present-day ideas about thrombophilia and its role in pathophysiologic reproductive loss mechanisms.

**Key words:** thrombophilia, reproductive losses, obstetric complications, antiphospholipid syndrome, heritable (genetic) and non-heritable hemostasis disorders, molecular markers.

**Цель:** анализ современного обзора литературы о роли тромбофилий в патогенезе репродуктивных потерь.

Изучение патогенеза и возможная профилактика множества акушерских осложнений продолжают оставаться важнейшими проблемами современного акушерства ввиду исключительного значения предотвращения материнской смертности и снижения материнской заболеваемости. В структуре материнской заболеваемости гестозы и невынашивание беременности являются наиболее частыми осложнениями, являющимися в то же время неблагоприятным фоном развития других опасных для жизни матери и плода осложнений, таких как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, массивные кровотечения, тромбоз и тромбоэмболии [1].

Следует заметить, что существующие ранее теории патогенеза многих акушерских осложнений на сегодняшний день практически исчерпали себя и подвергаются серьезной ревизии благодаря последним достижениям в области общей биологии, биохимии, молекулярной медицины и генетики, а также гемостазиологии. Прогресс в понимании

молекулярных механизмов тромбофилии и открытие АФС и новых генетических форм тромбофилии позволили установить их роль в патогенезе большинства акушерских осложнений, таких как ранние и поздние выкидыши, АГП, СЗВРП и другие формы репродуктивных потерь, а также ПОНРП, гестозы и тромбоэмбологические осложнения [2].

Последние годы структура причин синдрома потери плода претерпела значительные изменения. Если ранее традиционно в качестве причин привычного невынашивания рассматривались в основном хромосомные, генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунные факторы, то в последние годы в отдельную группу выделяются нарушения в системе гемостаза, как наследственные, так и приобретенные [3].

В мировой литературе последних лет все чаще репродуктивные потери объединяются в так называемый «синдром потери плода», включающий:

- один или более самопроизвольных выкидышей на сроке 10 недель и более (включая неразвивающуюся беременность);
  - мертворождения;
  - неонатальная смерть, как осложнение преждевременных родов, тяжелого гестоза или плацентарной недостаточности;
  - три или более самопроизвольных выкидышей на преэмбрионической или ранней эмбриональной стадиях, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания.

Изучение причин и патогенеза более общего синдрома потери плода по сравнению с привычным невынашиванием позволяет глобальнее подойти к данной проблеме, а также разработать основные меры профилактики с точки зрения общности патогенетических механизмов этих осложнений у женщин репродуктивного возраста. Современный уровень знаний, а также высокое качество диагностики и патогенетически обоснованная терапия позволяют осуществлять профилактику репродуктивных потерь еще до наступления беременности. Что касается привычного невынашивания, то мнения мировых ученых относительно количества повторных выкидышей, позволяющих поставить данный диагноз, разделились. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет спонтанный аборт как «изгнание или удаление плода весом 500 граммов или менее, что приблизительно равно сроку беременности до 20-22 недели, или другого специфического продукта беременности (например, пузырного заноса) вне зависимости от его веса и срока беременности и наличия или отсутствия признаков жизни» (FIGO, 1977). Привычное невынашивание определяется как три и более беременностей, заканчивающихся самопроизвольным выкидышем.

Последние годы усилия исследователей сфокусированы на патофизиологии происходящих при гестозе изменений. Изучение эффектов АФС и генетической тромбофилии в свою очередь свидетельствует о влиянии этих факторов на процессы имплантации, инвазии трофобласта и формирования маточно-плацентарного кровотока. Поэтому вполне объясним интерес к изучению взаимосвязи между наличием АФС и генетической тромбофилии. По данным Dekker и соавт. у 28,4% беременных с гестозами был выявлен АФС и у 16% - мутация FV Leiden [4].

Артериальные и венозные тромбозы, а также тромбоэмбологические осложнения, являются одними из наиболее опасных для жизни осложнений различных заболеваний. Они продолжают оставаться в то же время и важнейшей причиной материнской заболеваемости и смертности. В экономически развитых странах, где последние 30 лет удалось снизить материнскую смертность от геморрагии, эклампсии и сепсиса. По обобщенным данным мировой литературы частота тромбоэмбологических осложнений во время беременности колеблется в пределах 2-5 на 1000 родов [5].

Беременность сама по себе является состоянием, в 5-6 раз увеличивающим риск венозных тромбозов, что связано с наличием таких предрасполагающих факторов, как тенденция к стазу в результате гормональных и механических причин, состояние физиологической гиперкоагуляции в результате повышения уровня факторов свертывания

в крови. Таким образом, физиологической беременности практически присуща «триада» Вирхова, предрасполагающая при неблагоприятные условиях, к развитию тромбозов и тромбоэмболии. При осложненном течении беременности, родов и послеродового периода степень выраженности триады

Вирхова возрастает. Так, у беременных и родильниц с экстрагенитальной патологией (ревматические пороки сердца, оперированное сердце, искусственные клапаны сердца, заболевания почек, гипертензия, гнойно-септические заболевания и пр.), а также у беременных с гестозом и родильниц с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями и возникает синдром, который определяет основной патологический фактор риска возникновения тромбоэмболии [6].

Из тромбофилических расстройств лишь АФС до последнего времени рассматривался как «тромбофилическая» причина синдрома потери плода, в то время как роль генетически обусловленной тромбофилии не обсуждалась. Признаваясь, безусловно самостоятельной нозологией, в клинической практике АФС встречается в сочетании с другими нарушениями, осложняет их течение и может стать ведущим фактором, определяющим исход беременности.

Существует мнение, что для АФС более характерен аутосомно-доминантный тип наследования [7]. Идея о наследственно обусловленной тенденции к тромбоэмбологическим осложнениям не нова: акушеры давно наблюдают тот факт, что беременность, роды и послеродовый период у женщин, матери или сестры которых имели тромбозы в анамнезе, часто также осложнялись тромбозами и тромбоэмболиями. Более того, часто первая манифестация в виде тромбоэмбологических осложнений может быть как раз во время беременности.

Таким образом, дефекты гемостаза, связанные с синдромом потери плода включают приобретенные тромбофилические состояния (антифосфолипидный синдром, эссенциальная тромбоцитемия), а также генетически обусловленные тромбофилии: дефицит антитромбина, дефицит протеина C, протеина S, мутация фактор V Leiden, являющаяся причиной резистентности к активированному протеину C, мутация гена протромбина G20210A, фактора XII, дисфибриногенемии, связанные с тромбозом, дефекты системы фибринолиза, связанные с тромбозом (дефицит плазминогена, дефицит t-PA, повышение уровня PAI-1, включая его полиморфизмы). Хотя синдром липких тромбоцитов известен уже более 10 лет, только недавно установили его связь с синдромом потери плода [8].

Гипергомоцистеинемия также является фактором риска развития венозных и артериальных тромбозов, соответственно и синдрома потери плода у беременных, она чаще является результатом наследственного дефекта энзимов, термолабильной мутацией метилентетрагидро-фолатредуктазы (5,10 - MTHFR). Можно ожидать, что с открытием новых мутаций факторов коагуляции, приводящих к состоянию гиперкоагуляции и тромбоза, они также будут связаны с тромбозом плацентарных сосудов, а, следовательно, и с синдромом потери плода [9].

Следует отметить, что значение мутации FV Leiden для акушерской практики не ограничивается одним СПП. Несколько недавних работ указывают на связь APC-R, мутации FV Leiden и ранним развитием тяжелого гестоза. Исследования Kupferminck также подтверждают ведущую роль тромбофилии в структуре таких осложнений как СЗВРП, ПОНРП, АГП: у 50% женщин с СЗВРП, согласно его данным, обнаруживается генетическая форма тромбофилии и у 11,4% - тромбофилия приобретенная; у 60% женщин с ПОНРП также обнаружена та или иная форма генетической тромбофилии, а у 10% - приобретенная тромбофилия; среди пациенток с АГП тромбофилия составила 50%. Таким образом, согласно анализу, Kupferminck и соавт. (2000), среди беременных с разнообразными акушерскими осложнениями (СЗВРП, привычное невынашивание, ПОНРП, АГП, гестоз) у 65% выявляется та или иная форма тромбофилии, в то время как в контрольной группе - у 13%. В настоящее время интенсивно изучается роль наиболее

часто встречающихся в общей популяции генетических форм тромбофилии (мутация FV Leiden, мутация PtG20210A, MTHFR C677T) в структуре основных акушерских осложнений [10].

Несмотря на интенсивное изучение в последнюю декаду гестоза и поиска генов, «ответственных» за его возникновение, вряд ли можно думать, что существует один «ген гестоза», хотя, безусловно, те или иные генетические нарушения играют существенную роль в развитии гестозов.

В настоящее время гестоз рассматривают как клиническую модель распространенного эндотелиоза. Гестоз характеризуется гиперкоагуляционным состоянием, ДВС, микротромбозами в различных органах и нарушением маточно-плацентарного кровотока [11]. Избыточная депозиция фибрина в плаценте свидетельствует, что расстройства коагуляции и фибринолиза в плаценте могут играть роль в активации системы гемостаза. В условиях эндотелиопатии при гестозе наблюдается снижение экспрессии важнейших естественных антикоагулянтов, включая протеин C, протеин S и антитромбин III. В ответ на повреждение или активацию эндотелиальных клетки экспрессируют гликопротеины экстрацеллюлярного матрикса с прокоагулянтной активностью, как фибронектин, vWF и др. О важной роли снижения эффектов NO при гестозе свидетельствует тот факт, что в условиях эксперимента хроническое введение животным ингибиторов синтеза NO полностью имитирует картину гестоза. Это свидетельствует не только о роли, но и эндотелиальной дисфункции в патофизиологии гестоза [12].

Исходя из вышеизложенного, в свете последних открытий в биологии и медицине и значимости своевременной диагностики различных форм тромбофилии для оптимизации ведения беременности и профилактики важнейших акушерских осложнений в группах высокого риска и профилактике репродуктивных потерь нам представляется актуальным проведение дальнейших научных работ в Кыргызской Республике по данному направлению.

#### **Список литературы:**

1. Джобава Э.М. *Беременность высокого риска по развитию акушерской патологии – система гемостаза и функция эндотелия. Системный подход к диагностике и терапии* [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / Э.М. Джобава. – М, 2014. – 40 с.
2. Путилова Н.В. *Патогенетические основы прогнозирования и профилактики неблагоприятных перинатальных исходов у пациенток с врожденной и приобретенной тромбофилией* [Текст]: дис... д-ра мед. наук/ Н.В. Путилова. – Екатеринбург, 2011. – 236 с.
3. Макацария А.Д. *Новый взгляд на причины и структуру материнской смертности* [Текст] / А.Д. Макацария. – М.: Журнал РОАГ, 2001. - №8. – С. 13.
4. Хизроева Д.Х. *Патогенез и профилактика разнообразных клинических проявлений антифосфолипидного синдрома в акушерской практике* [Текст]: дисс...д-ра мед. наук / Д.Х. Хизроева. – М, 2014. - 231с.
5. Таравнек Д.Ш. *Патогенетически обоснованная тактика подготовки женщин с тромбофилиями к программам экстракорпорального оплодотворения* [Текст] / Д.Ш. Таравнек. – М.: Вестник РГМУ, 2013. – С. 138.
6. Мондоева С.С. *Особенности патогенетической профилактики синдрома потери плода у беременных с тромбофилией* [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / С.С. Мондоева. – М., 2010. – 20 с.
7. Трифонова Е.А. *Анализ роли наследственной тромбофилии в развитии осложненного течения беременности* [Текст] / Е.А. Трифонова, Т.В Габидулина, Т.А. Агаркова. – М.: Медицинские науки, 2012. - №10. – С.337.
8. Акиньшина С.В. *Патогенез и профилактика тромбоэмбологических осложнений, связанных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий* [Текст] / С.В. Акиньшина, А.Д. Макацария, В.О Бицадзе. – М.: Медицинский журнал, 2014. - №9. – С. 84-89.
9. Бицадзе В.О. *Патогенез, принципы диагностики и профилактики осложнений беременности, обусловленных тромбофилией* [Текст]: дисс...д-ра мед. наук / В.О. Бицадзе. – М, 2004. – 229 с.

10. Акопова К.А. Совершенствование диагностики осложнений гестации при тромбофилиях различного генеза [Текст] / автореф. дис... канд. мед. наук / К.А Акопова. – Волгоград, 2010. – 20 с.

11. Капанадзе Д.Л. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с мультигенными и приобретенными формами тромбофилии и синдромом потери плода в анамнезе [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / Д.Л. Капанадзе. – М, 2015. – 20 с.

12. Мелкадзе Е.В. Прогнозирование перинатальных исходов у беременных с угрозой прерывания во II триместре гестации [Текст]: дис... канд. мед. наук / Е.В. Мелкадзе. – Самара, 2014. – 126 с.

---

УДК 616.004-618.1-612.017

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ “ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ” НА УРОВНЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

**Осмонова С.К., Назаралиева С.Б.**

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

**Резюме:** в статье представлены вопросы внедрения программы ППМР на уровне НЦОМиД.

**Ключевые слова:** профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

## **ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНДА “ЭНДЕН БАЛАГА АИВдин ӨТҮҮСҮН АЛДЫН АЛЛУУ” ПРОГРАММАНЫН КИРГИЗҮҮ ТАЖЫРЫЙБАСЫ**

**Осмонова С.К., Назаралиева С.Б.**

Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** макалада “Энеден балага АИВдин өтүүсүн алдын аллуу” программанын киргизүү маселелери көрсөтүлгөн.

**Ачкыч сөздөр:** энеден балага АИВдин өтүүсүн алдын аллуу.

## **THE IMPLEMENTATION OF PROGRAM “PREVENTION OF MOTHER TO CHILD HIV TRANSMISSION” AT THE BASES OF THE NATIONAL CENTER FOR MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE**

**Osmonova S.K., Nazaralieva S.B.**

*National Center for Maternal and Child Health Care,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Resume:** The results of the “PMTCT” program are presented in the work.

**Key words:** prophylaxis of mother to child HIV transmission.

**Актуальность.** Рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и увеличение доли женщин среди них, а также ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин определяют чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. По Республике в последние годы выявляется около 100 ВИЧ-инфицированных беременных женщин в год, более того, имеется тенденция к ежегодному увеличению числа ВИЧ-инфицированных беременных [1].

Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики уделяет особое внимание предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку. Одной из целей Национальной программы реформирования здравоохранения “Ден Соолук” на 2012-2016 гг., Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 гг. является снижение вертикальной передачи ВИЧ-инфекции до

3% от числа родившихся детей. В Кыргызской Республике согласно приказу МЗ КР № 29 от 22.01. 2015г утвержден новый протокол: “Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку” (ППМР). ППМР – это комплекс мер по профилактике передачи ВИЧ от инфицированной женщины плоду или ребенку во время беременности и родов, или при вскармливании. Методами ППМР являются дотестовое и послетестовое консультирование, назначение антиретровирусных препаратов (АРВ), выбор безопасного метода родоразрешения, безопасное вскармливание новорожденного [1, 2].

Таким образом, вышеуперечисленные национальные стратегии и приоритеты по снижению случаев вертикальной трансмиссии ВИЧ среди новорожденных в Кыргызской Республике определили цель проводимого исследования для выявления проблем в оказании услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку [3]

**Цель исследования:** Оценка внедрения программы “Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку” на уровне Национального Центра Охраны Материнства и Детства.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые были родоразрешены на базе Клинического Родильного Дома Национального Центра Охраны Материнства и Детства (КРД НЦОМиД) за период с 2010 по I-й квартал 2015 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** За период с 2010 года по I-й квартал 2015 года в КРД НЦОМиД всего было госпитализировано 22088 беременных женщин и рожениц.

*Таблица 1 – Общие данные по госпитализированным беременным в КРД НЦОМиД за период с 2010 по 2015 гг.*

Годы	Количество госпитализированных беременных женщин	Количество проведенных экспресс тестов	% проведенных экспресс тестов от общего количества госпитализаций	Количество родов в год	Количество беременных родоразрешенных с ВИЧ-инфекцией
2010	3998	799	19,9%	3594	2
2011	3765	800	21,2%	3431	4
2012	4137	984	23,7%	3665	7
2013	4290	737	17,1%	4026	11
2014	4848	1010	20,1%	4304	21
I кв 2015	1050	246	23,4%	884	5
	22088	4576	20,9%	19904	50

Как видно из табл. 1 с 2011 года имеется тенденция к увеличению общего числа госпитализаций в стационар, равно как и увеличение количества родов в год. Количество беременных женщин, которым проводилось дотестовое консультирование с последующим экспресс-тестированием по выявлению ВИЧ-инфекции в приемном блоке родильного дома составило в разные годы от 17,1% до 23,7% от общего числа госпитализаций в стационар.

Между тем, следует отметить тот факт, что согласно приказу Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики №400 от 13.11.2007 г. «О проведении аналитического исследования среди детей Ошской области», при взятии на учет беременных женщин должно проводиться обязательное тестирование на ВИЧ. Однако, в среднем 20,9% беременных и рожениц, из числа всех госпитализированных в КРД, не были обследованы, поэтому прошли экспресс-тестирование на ВИЧ инфекцию только на уровне стационара. Данный факт указывает на то, что имеются проблемы с ранней постановкой на учет по беременности, ранним выявлением ВИЧ-статуса беременной, и как следствие, возможное запоздалое назначение АРВ терапии.

За вышеуказанный период в КРД НЦОМиД были родоразрешены 50 женщин с ВИЧ-положительным статусом. Более того, каждым годом имеется тенденция к увеличению числа данной категории беременных. Всего было изучено 50 историй родов, из них 19 (38%) составили жительницы города Бишкек, из Чуйской области – 7 (34%), приезжие из других областей – 14 (28%); в структуре: Ошская область – 5 (10%), Иссык-Кульская – 4 (8%), Таласская – 2 (4%), Жалалабадская – 2 (4%), Баткенская – 1(2%) соответственно. Возраст женщин составил от 19 до 46 лет, при этом женщины молодого фертильного возраста от 19 до 35 лет составили 80%. Согласно записям в истории родов, большинство 88% - 44 женщины не работают, и только 6 (12%) указали на наличие высшего образования. Исходя из вышеизложенного, возможно, что низкий уровень образованности, отсутствие социализации беременных, и как следствие – низкий уровень информированности и ответственности за свое здоровье и здоровье своего будущего ребенка, а также фактор миграции могут быть как прямыми, так и косвенными причинами неудовлетворительного охвата беременных женщин на уровне антенатального наблюдения.

При изучении историй родов, официальный информационный лист (ИЛ) Республиканского Центра (РЦ) СПИД был в наличии только в 19 случаях – 38%, в 10 историях родов – 20% данный бланк отсутствовал, но в истории была запись о том, что беременная находится на диспансерном наблюдении (ДН) и получала АРТ/ППМР «со слов», при этом нет каких либо записей относительно вирусной нагрузки (ВН) и/или рекомендованном методе родоразрешения, а в 21 случае, что составляет 42% в историях родов полностью отсутствовала информация о том, находилась ли беременная на ДН, получала АРТ/ППМР во время беременности или нет. Эти данные указывают на отсутствие преемственности между РЦСПИД и НЦОМиД.

Согласно утвержденному клиническому протоколу, метод родоразрешения при наличии ВИЧ у матери зависит от уровня вирусной нагрузки в доношенном сроке; при этом самостоятельные роды возможны, если уровень ВН менее 500, а в остальных случаях рекомендовано оперативное родоразрешение. Из общего числа родов - 50, роды через естественные родовые пути произошли у 20 (40%), плановое кесарево сечение (КС) в 20 случаях (40%), экстренное кесарево сечение у 10 беременных – 20% (табл. 2).

*Таблица 2 – Методы родоразрешения по уровням ВН*

<i>Метод родоразрешения</i>	<i>N=50</i>	<i>ВН ниже 500</i>	<i>ВН выше 500</i>	<i>ВН не определена</i>
Роды	20 (40%)	13 (65%)	-	7 (35%)
Плановое КС	20 (40%)	2 (10%)	3 (15%)	15 (75%)
Экстренное КС	10 (10%)	1 (10%)	-	9 (90%)

При анализе табл. 2 видно, что из 20 родов, которые произошли через естественные родовые пути, в 13-ти случаях (65%) роды были проведены согласно рекомендации в ИЛ РЦСПИД в виду низкой ВН (менее 500), в остальных 7 (35%) случаях ВН не была определена. Причинами того, что роды прошли самостоятельно, при отсутствии информации о ВН, являются поступление беременной в стационар во втором периоде родов – 4, категорический отказ беременной от предложеной в стационаре операции кесарева сечения – 3 (письменный отказ в истории родов прилагается). Плановое кесарево сечение было проведено 20 беременным женщинам, при этом, 2 беременные (10%) категорически отказались от родов через естественные родовые пути (письменный отказ в истории родов прилагается), хотя в ИЛ РЦСПИД были рекомендованы вагинальные роды в виду низкой ВН менее 500. В данном случае, возможно, имеет место дефект в предоставлении услуг информирования и консультирования, как на этапе диспансерного наблюдения, так и на этапе приемного блока в стационаре. Однако, следует также иметь в виду, что после проведения консультирования и предоставления полной информации о

безопасных методах родоразрешения при ВИЧ инфекции, беременные вправе сами выбирать метод родоразрешения, не зависимо от данных рекомендаций. В остальных 3 (15%) случаях с ВН более 500 и 15 (75%) случаях с неизвестной ВН, беременным было проведено плановое кесарево сечение согласно клиническому потоколу. Экстренное КС проведено 10-ти беременным женщинам, из них ВН была определена только у одной беременной (10%), а в 9-ти случаях (90%) ВН не была определена. При анализе историй родов, структура показаний к экстренному оперативному родоразрешению состоит следующим образом: в 4-х случаях показанием была экстренная акушерская патология, не связанная с ВИЧ статусом – ПОНРП, ПТС; а в 6-ти случаях ЭКС проведено в связи с поступлением беременной в стационар с началом первого периода родов и отсутствием информации о ВН.

Таким образом, факт того, что беременные с ВИЧ-позитивным статусом и отсутствием ИЛ с указанием вирусной нагрузки поступают в стационар уже с началом регулярной родовой деятельности, в позднем втором периоде родов, сознательно отказываются от безопасных методов родоразрешения еще раз указывает на то, что на сегодняшний момент остро стоит вопрос о необходимости улучшения качества предоставления услуг по консультированию, информированию, диспансерному наблюдению, улучшению сотрудничества в цепи РЦСПИД, АНУ и НЦОМиД. Кроме того, отсутствие информированности беременных приводит к снижению эффективности работы протокола по ППМР.

Все 50 новорожденных детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей получили АРВ-терапию, при этом, у 33 (66%) матерей АРВ препараты были на руках, а в 17 случаях (34%) данные препараты были выданы НЦОМиД, согласно данным записей в журнале регистрации приема и выдачи АРВ препаратов. Кроме того, все новорожденные находились на искусственном вскармливании.

#### **Выходы:**

1. Ввиду того, что на сегодняшний день остается высокий процент беременных женщин, не охваченных пакетом услуг по дородовому наблюдению, целесообразно разработать механизмы по улучшению работы звена антенатального ухода и, как следствие, улучшение первичной диагностики ВИЧ у беременных.

2. С целью повышения информированности и ответственности беременных женщин, необходимо проводить качественное пред- и послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ инфекции, ППМР и безопасных методах родоразрешения.

3. Улучшить взаимодействие и преемственность в цепи АНУ-РЦ СПИД-НЦОМиД, для улучшения оказания качественных медицинских услуг беременным женщинам данной категории.

#### **Список литературы:**

1. Отчет по оценке омплементации ППМР в медицинских учреждениях Кыргызской Республики. – Бишкек. – ЮНИСЕФ, 2013. - 87 с.
  2. Ситуационный анализ оказания медицинских услуг девятым, рожденным с перинатальным контактом по ВИЧ в Кыргызской республике. – Бишкек. – ЮНИСЕФ, 2013. – 30 с.
  3. Клинический протокол для 1-3 уровней Профилактика ВИЧ инфекции у детей. – Бишкек. - МЗ КР.- Прилож. 14. - приказ № 29, 2015. – 11 с.
-

## ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРИЧИНА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ

**Рыскельдиева В.Т., Исаева Э.В., Бектемир кызы З.**

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

**Резюме:** в статье представлены результаты исследования частоты и структуры гипертензивных нарушений беременности, а также показатели перинатальной заболеваемости и смертности при преэклампсии тяжелой степени по данным родильного дома НЦОМиД.

**Ключевые слова:** гипертензивные нарушения беременности, преэклампсия, перинатальные исходы.

## КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ГИПЕРТЕНЗИВДҮҮ БУЗУЛУУЛАРЫ ПЕРИНАТАЛДЫК ООРУУНУН ЖАНА ӨЛҮМДҮҮЛҮКТҮН СЕБЕБИ КАТАРЫ

**Рыскельдиева В.Т., Исаева Э.В., Бектемир к. З.**

Эне жана баланы коргоо улуттук борборуу,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

**Резюме:** бул статьяда эне жана баланы коргоо борборундагы кош бойлуулардын кан басымы жогору болгон учурдагы көрсөткүчтөр, перинаталдык жыйынтык жана ошондой эле катаал кеч талгактын оор даражасынын натыйжасындағы өлүм көрсөткүчтөрү берилген.

**Негизил сөздөр:** кош бойлуу учурундагы кан басымдыгы көтөрүлүшү, катаал кеч талгактын жесиүл жана оор даражалары, перинаталдык жыйынтык.

## HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY AS A CAUSE OF PERINATAL MORTALITY AND MORBIDITY

**Ryskeldieva V.T., Isaeva E.V., Bektemir g. Z.**

National Center for Maternal and Child Health Care,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Resume:** the article presents the results of a study of the frequency and patterns of hypertensive disorders of pregnancy at the National Center for maternal and child welfare, as well as perinatal morbidity and mortality in severe preeclampsia.

**Key words:** hypertensive disorders of pregnancy, gestational hypertension, preeclampsia, mild severe preeclampsia, a perinatal outcome.

**Актуальность.** Проблема материнской заболеваемости и смертности по причине гипертензивных нарушений беременности (ГНБ) в течение многих лет остается одной из самых актуальных и в Кыргызской республике. ГНБ остаются на втором месте в структуре МС КР [1]. К сожалению, в настоящее время окончательно не выяснены причины развития преэклампсии, нет единого подхода к критериям диагностики и классификации этого грозного осложнения [2].

По мнению экспертов ВОЗ, преэклампсию «необходимо выявлять и надлежащим образом вести до наступления судорог (эклампсии) и других осложнений, представляющих угрозу для жизни» [3]. Проводимые исследования подтверждают, что преэклампсия является осложнением беременности, прогрессирующим с увеличением срока гестации, требующим досрочного родоразрешения по состоянию беременной, что ведет к рождению недоношенных детей, увеличивая перинатальную заболеваемость и смертность [3, 4].

Все вышеперечисленное диктует необходимость оптимизации ведения преэклампсии и поиска резервов улучшения перинатальных исходов при наличии этого осложнения [4].

Таким образом, в условиях не снижающегося уровня материнской смертности от гипертензивных нарушений беременности в Кыргызской республике представляется весьма актуальным проведение дальнейших исследований по разработке мероприятий, способствующих снижению частоты осложнений преэклампсии, а также улучшению перинатальных исходов при преэклампсии тяжелой степени.

**Цель:** представить динамику частоты, структуры и перинатальных исходов при ГНБ в учреждении третичного уровня КР в 2012-2014 гг.

**Материал и методы исследования.** Материалом для проведения исследования явились жительницы КР, беременность которых осложнилась гипертензивными нарушениями различной степени тяжести в период 2012 – 2014 гг.

Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации – историй родов (форма №096/у) у беременных с ГНБ и историй развития новорожденных (форма №003/у), родившихся от матерей с ПТС.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с определением средних величин. Для оценки достоверности различий показателей использовался критерий достоверности  $\chi^2$ . Анализ данных проводился с использованием пакета статистических программ MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2004-2012 гг.). Различие считалось достоверным при  $p < 0,05$ .

Показатели мертворождаемости и смертности высчитывались по формулам:

$$\text{Мертворождаемость, \%} = \frac{\text{Число мертворожденных}}{\text{Число родившихся детей (живых + мертвых)}} * 1000$$

$$\text{Ранняя неонат. смертн. \%} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 168 часов}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} * 1000$$

$$\text{Перинат. смертн. \%} = \frac{\text{Число мертворожд + число детей, умерших в первые 168 часов}}{\text{Число родившихся детей (живыми и мертвыми)}} * 1000$$

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для оценки ситуации на локальном уровне проведено исследование частоты и структуры гипертензивных нарушений беременности за трехлетний период по данным учреждения III уровня оказания медицинской помощи.

Согласно рекомендациям ВОЗ [4], к гипертензивным нарушениям беременности были относены: гипертензия беременных, легкая преэклампсия, преэклампсия тяжелой степени, эклампсия и HELLP – синдром.

По основным социально-демографическим характеристикам группы были сопоставимы.

В таблице 1 приведена частота и структура гипертензивных нарушений беременности за период 2012 – 2014 гг.

Из данных табл. 1 видно, что частота родов с ГНБ в КРД НЦОМиД на протяжении 3-х последних лет колебалась в пределах 10,0% (8,1 – 9,0%).

За трехлетний период частота родов с ГНБ достоверно не уменьшилась ( $\chi^2 = 0,055$ ;  $P > 0,05$ ). В структуре ГНБ достоверно снизилась частота гестационной гипертензии: в 2012 году - 16,2, а в 2014 – 6,2% ( $\chi^2 = 16,75$ ;  $P < 0,05$ ).

В то же время нельзя не отметить отрицательные тенденции в структуре ГНБ. За трехлетний период отмечалось достоверное увеличение частоты преэклампсии тяжелой степени. В 2012 году она составляла 66,6%, а в 2014 году – 80,7% ( $\chi^2 = 16,67$ ;  $P < 0,05$ ).

Таблица 1 - Структура ГНБ за период 2012 – 2014 гг. по данным НЦОМиД.

Нозология	2012	2013	2014	$\chi^2_{2012-2014}$	P
<b>Гестационная гипертензия</b>	<b>48</b> <b>16,2%</b>	57 13,6%	<b>24</b> <b>6,1%</b>	<b>16,75</b>	<b>P&lt;0,05</b>
Легкая преэклампсия	51 17,2%	84 20,0%	57 14,5%	1,84	P>0,05
<b>Преэклампсия тяжелой степени из них:</b>	<b>198</b> <b>66,6%</b>	278 66,4%	<b>313</b> <b>79,4%</b>	<b>13,69</b>	<b>P&lt;0,001</b>
Эклампсия	4 2,0%	6 2,1%	4	1,63	P>0,05
HELLP - синдром	-	-	2		
Родов с ГНБ	297 8,1%	419 10,4%	394 9,1%	0,055	P>0,05
Родов без ГНБ	3368 91,9%	3607 89,6%	3916 90,9%		
Всего родов	3665	4026	4304		

Частота эклампсии, возникшей на фоне ПТС, достоверно не изменилась. Она колебалась в пределах 2,0% - 1,3%.

Что касается родоразрешения при ПТС, то его структура представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Структура методов родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени.

Метод родоразрешения	2012	2013	2014	$\chi^2_{2012-2014}$	P
<b>Кесарево сечение</b>	<b>82</b> <b>41,4%</b>	<b>126</b> <b>45,3%</b>	<b>159</b> <b>50,8%</b>	<b>3,91</b>	<b>P&lt;0,05</b>
Роды через естественные родовые пути	116 58,6%	152 54,7%	154 49,2%		
Всего родов с ПТС	198	278	313		

Из табл. 2 видно, что частота оперативного родоразрешения за изученный период достоверно увеличилась. В 2012 году частота оперативного родоразрешения составляла 41,4%, а в 2014 году она составила 50,8% ( $\chi^2 = 3,91$ ; P<0,05).

Таким образом, за трехлетний период в НЦОМиД достоверно увеличилось количество преэклампсий тяжелой степени и количество оперативного родоразрешения при ПТС. Эти результаты, безусловно, не оптимистичны в условиях предпочтения родоразрешения через естественные родовые пути и требуют дальнейших разработок по снижению количества кесаревых сечений.

Дополнительно проведено изучение показателей перинатальной смертности при осложнении беременности преэклампсией тяжелой степени (ПТС) (табл. 3).

Коэффициент мертворождаемости при ГНБ в НЦОМиД за последние два года составил от 38,1 до 45,3%, ранняя неонатальная смертность при ГНБ не имела тенденции к снижению и за последние два года составила 117,5% в 2013 году и 145,1% в 2014 году. Перинатальная смертность при ГНБ составила в 2013 году 157,5%, а в 2014 – 177,7%.

Отмечена тенденция к росту показателя смертности при ГНБ. Учитывая, что основную долю ГНБ (в среднем 70,0%) составляет ПТС, изучены показатели детской смертности при данном осложнении беременности.

*Таблица 3 - Показатели мертворождаемости, неонатальной и перинатальной смертности при ГНБ (2013-2014 гг.).*

<i>Годы</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	$\chi^2$ ; <i>P</i>
<i>Структура ПС</i>			
Родилось всего	419	394	
Родилось живыми	400	379	
Родились мертвыми	19	15	0,11; <i>p</i> >0,05
Умерло в неонатальном периоде	47	55	1,15; <i>p</i> >0,05
Коэф. мертворождаемости	45,3‰	38,1‰	
<b>Ранняя неонатальная смертность</b>	<b>117,5‰</b>	<b>145,1‰</b>	
<b>Перинатальная смертность</b>	<b>157,5‰</b>	<b>177,7‰</b>	

В табл. 4 показаны основные показатели мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности при преэклампсии тяжелой степени в НЦОМиД.

*Таблица 4 - Показатели мертворождаемости, неонатальной и перинатальной смертности при ПТС (2013-2014 гг.).*

<i>Годы</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	$\chi^2$ ; <i>P</i>
<i>Структура ПС</i>			
Родилось всего	278	313	
Родилось живыми	266	299	
Родились мертвыми	12	14	0,01; <i>p</i> >0,05
Умерло в неонатальном периоде	44	51	0,02; <i>p</i> >0,05
Коэф. мертворождаемости	43,2‰	44,7‰	
<b>Ранняя неонатальная смертность</b>	<b>165,4‰</b>	<b>170,6‰</b>	
<b>Перинатальная смертность</b>	<b>201,4‰</b>	<b>207,7‰</b>	

Коэффициент мертворождаемости при ПТС в НЦОМиД за последние два года составил от 43,2 до 44,7‰, ранняя неонатальная смертность при ПТС не имела тенденции к снижению и за последние два года составила 165,4‰ в 2013 году и 170,6‰ в 2014 году. Перинатальная смертность при ПТС составила в 2013 году 201,4‰, а в 2014 – 207,7‰. Отмечена тенденция к росту показателя смертности.

Поставленные сведения являются обоснованием к дальнейшему продолжению исследований по вопросам формирования гипертензивных нарушений беременности и их последствий, что позволит разработать дополнительные мероприятия по их предотвращению.

**Выводы:** 1. Общая частота родов с ГНБ на протяжении последних трех лет в НЦОМиД КР достоверно не увеличилась, но в ее структуре имеется достоверное

увеличение доли родов с преэклампсией тяжелой степени (в 2012 году 66,6%, а в 2014 – 79,4%;  $p<0,05$ ).

2. В 2014 году отмечено достоверное увеличение частоты абдоминального родоразрешения ( $p<0,05$ ) при ПТС по сравнению с 2012 годом при отсутствии снижения показателя перинатальной и ранней неонатальной смертности.

3. При гипертензивных нарушениях в целом и в частности при преэклампсии тяжелой степени в НЦОМиД на протяжении последних двух лет отмечена тенденция к росту показателя перинатальной смертности, что еще раз доказывает необходимость продолжения изыскания мер по его снижению.

**Список литературы:**

1. Статистические отчеты РМИЦ КР за 2013, 2014 гг.
  2. Judi A Turner. *Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update* // International Journal of Women's Health 2010:2 327–337.
  3. Материнская смертность. Информационный бюллетень №348, Май 2014 г., <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>
  4. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии (World Health Organization, Женева, 2014).
-

УДК 615.832.74:616.662-089

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОКОАГУЛЯТОРА ПРИ ЦИРКУМЦИЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Ерназаров А.А., Еликбаев Г.М., Шакенов Б.Ш.\*\*, Ерназаров А.Е.\*\*\*,  
Алиханова Н.Н.\*\*\***

*Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави,*

*Областной реабилитационный центр матери и дитя\*\*,*

*Шардаринская центральная районная больница\*\*\*,*

*Республика Казахстан.*

**Резюме:** целью исследования являлось применение нового устройства для проведения циркумцизии у ВИЧ-инфицированных детей. Исследование было проведено у 34 ВИЧ-инфицированных детей. Отличительными сторонами предложенного термокоагулятора от известных электрокоагуляторов является то, что режущие насадки съемные, то есть имеется возможность дезинфекции режущих элементов и подбора режущих насадок к разным типам хирургических вмешательств, так же на рабочей поверхности установлены ультрафиолетовые светодиоды, которые обеспечивают бактерицидное действие на участки тканей воздействия во время диссекции и коагуляции. Критериями эффективности было время, затраченное на операцию, объем послеоперационных кровотечений и частота воспалительных осложнений и инфицирования. Использование термокоагулятора для проведения циркумцизии ВИЧ-инфицированных детей является безопасным и быстрым методом.

**Ключевые слова:** термокоагулятор, гемостаз, циркумцизия, ВИЧ-инфекция.

**КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК-КАЗАХСТАН  
ОБЛУСУНДА БАЛДАРДЫН АДАМДЫН ИММУНКЕМ ВИРУСУ (АИВ)  
ЖУКТУРУЛГАНДА ЦИРКУМЦИЗИЯСЫНДА ТЕРМОКОАГУЛЯТОРДУ  
КОЛДОНУУ**

**А.А. Ерназаров, Г.М. Еликбаев, Б.Ш. Шакенов \*\*, А.Е. Ерназаров \*\*\*,  
Н.Н. Алиханова \*\*\***

*Х.А. Ясави атындагы эл аралык казак-турк университети,*

*Облустук жандандыруучу эне жана баланын борбору\*\*,*

*Шардарин борбордук райондук бейтапкана\*\*\*,*

*Казахстан Республикасы.*

**Корумунду:** балдардын АИВ-инфекциясында циркумцизия өткөрүү учун жаңы түзүлүштү колдонуу изилдөөнүү максаты болду. Изилдөө АИВ-жуктурган 34 балдарда өткөрүлгөн. Сунушталган термокоагулятордун атактуу электрокоагуляторлордон өзгөчөлөнгөн жактары бул - кесүү насадкалары чечилме, демек кесүүчү элементтерди дезинфекцияло мүмкүнчүлүгү бар жана хиургиялык кийлигишүүлөрдүн түрлөрүнө жарааша кесүүчү насадкаларды тандап алса болот, ошондой эле жумушчу жердин устүндө ультрафиолет жарыкдиоддор орнотулган, алар диссекция жана коагуляция учурунда таасир этүүчү ткандын участокторуна бактерициддүү таасирди камсыз кылышат. Натыйжалуулуктун критериялары операцияга кеткен убакыт, операциядан кийинки кан кетүүлөрдүн көлөмү жана сезгенме кабылдоолордун, инфекциялануунун жышиштыгы болду.

Балдардын АИВ-инфекциясында циркумцизия өткөрүү учун термокоагуляторду колдонуу коопсуз жана тез ыкма.

**Ачкыч сөздөр:** термокоагулятор, гемостаз, циркумцизия, АИВ-инфекциясы.

# APPLICATION THERMAL COAGULATOR DURING CIRCUMCISION IN HIV-INFECTED CHILDREN IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

**Yernazarov A.A., Elikbaev G.M., Shakenov B.Sh. \*\*,**  
**Yernazarov A.E. \*\*\*, Alikhanov N.N. \*\*\***

*International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi,  
Regional Rehabilitation Center of Mother and Child \*\*,  
Shardarinsk Central District Hospital,  
Republic of Kazakhstan\*\*\*.*

**Resume:** the purpose to this study was the identification of the optimum device for carrying out circumcision in HIV-infected children. Materials and Methods: The study was performed in all HIV-infected children who were at the mother and child center in Chimkent (Kazakhstan) for the period from 2007 to 2012 years. Data analyzed were the operation time, postoperative bleeding rates and infection rates. Conclusion: Using thermal coagulator for circumcision for HIV - infected children is a safe and fast method.

**Key words:** thermal coagulator, hemostasis, circumcision, HIV – infection.

**Актуальность.** Ритуал обрезания является одним из самых распространенных хирургических процедур, выполняемых в мусульманских странах. Обрезание ВИЧ-инфицированных детей требует большой осторожности. Устройство для обрезания ВИЧ-инфицированных детей должно быть безопасным и предотвращать передачу инфекции.

Устройства для обрезания ВИЧ-инфицированных детей должны отвечать следующим требованиям: быть легким в эксплуатации, не допускать чрезмерного кровотечения, позволять добиваться хорошего косметического и функционального результата, с минимумом затрат на послеоперационный уход.

Известные электрохирургические устройства отвечают некоторым вышеупомянутым критериям, но имеют и ряд недостатков. При использовании элетрокоагулятора ток проходит через тело ребенка, что является не безопасным для организма [1, 2].

Мы провели ретроспективный анализ пациентов для сравнения количества послеоперационных осложнений после обрезания с биполярной электрохирургией и обрезанием по предложенной нами методике с использованием термоагулятора.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено у 34 ВИЧ-инфицированных детей, которые находились в Областном реабилитационном центре матери и ребенка города Шымкент (Казахстан) за период с 2010 по 2014 гг. Критериями эффективности было время, затраченное на операцию, послеоперационные показатели кровотечения и частота воспалительных осложнений и инфицирования.

При использовании биполярной электрохирургии разрез проводится скальпелем, только после этого с помощью биполярной диатермии проводится гемостаз. При применении разработанного нами термоагулятора рассечение крайней плоти проводится в один прием (Инновационный патент Республики Казахстан №29421 от 25.12.2014). Отличительными сторонами предложенного электрохирургического термоагулятора от известных электрохирургических устройств является то, что режущие насадки у него съемные, то есть имеется возможность дезинфекции режущих элементов и подбора режущих насадок к разным типам хирургических вмешательств, так же на рабочей поверхности установлены ультрафиолетовые светодиоды, которые обеспечивают бактерицидное действие на участки тканей воздействия во время диссекции и коагуляции.

Анализ данных включал: возраст пациента, метод электрохирургии (биполярный или с помощью термоагулятора), длительность процедуры, послеоперационные осложнения (кровотечения, воспаление, инфицирование). Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения STATISTICA.

**Результаты.** В исследование были включены 34 пациента. Средний возраст на момент операции был 4,7 года. Меньше всего потрачено времени на проведение процедуры в группе

с использованием термокоагулятора (в среднем 1,5 минуты) по сравнению с группой (в среднем 15,3 минут) ( $p<0,01$ ), где применялся биполярный электрокоагулятор. Ранние послеоперационные осложнения в виде оттека также выявлены достоверно чаще в группе, где использовался термокоагулятор (22 против 10;  $P = 0,02$ ).

**Обсуждение.** Проведенное нами исследование показало, что применение термокоагулятора для диссекции и коагуляции при циркумцизии у ВИЧ-инфицированных детей является приоритетным. По данным исследователей у биполярных коагуляторов имеется ряд недостатков. Современные электрохирургические устройства не влияют на работу сердца. Тем не менее, если в генераторе имеются неисправности или сбои в электросети, есть вероятность отрицательного воздействия на работу сердца и организма в целом. Одним из недостатков электрохирургии является распространение инфекции, то есть активный электрод может оставаться холодным в течение всей операции и вероятность передачи бактерий и вирусов на операционном поле остается высокой [3, 4].

Использование разработанного нами термокоагулятора со съемными наконечниками полностью исключает вышеуказанные недостатки. При этом температура наконечника (режущего элемента) достигала 1000°C, то есть режущий элемент во время операции находится в стерильном состоянии.

Преимущества предложенного электрохирургического термокоагулятора:

Быстрая и эффективная остановка кровотечения. Применение термокоагулятора при иссечении крайней плоти в один прием по нашей методике уменьшает время операции в 8-10 раз. Рецидивов кровотечения не отмечалось.

- Обработка раны с помощью ультрафиолетового облучения.
- Легкость и портативность.
- Возможность обработки и смены режущих элементов.
- Разновидность насадок в зависимости от вида операции.
- Возможность проведения операции в экстремальных условиях.
- Возможность использовать вне электрической сети и при выезде хирургов по санитарной авиации.

**Заключение.** Минимальное рабочее время и полное отсутствие кровотечения достигается путем применения предложенного термокоагулятора. Устройство мобильное, универсальное и не сложное в конструкции, а имеющийся рефлектор с ультрафиолетовыми светодиодами и съемные режущие насадки позволяют эффективно применять устройство в амбулаторных условиях. Использование термокоагулятора для проведения циркумцизии ВИЧ-инфицированных детей является безопасным и эффективным методом.

#### **Список литературы:**

1. Peters, K.M. *Electrosurgery for routine pediatric penile procedures* [Text] / K.M. Peters, E.J. Kass // *J Urol.* - 1997. - 157. P - 1453-5.
2. Arash, T. *Electrosurgery: Part II. Technology, applications, and safety of electrosurgical devices* [Text] / Arash Taheri, Parisa Mansoori, Laura F. Sandova et al. // *Journal of the American Academy of Dermatology.* - 2014. - Vol.70. - P. 607.-607.
3. Ananth, K. *Current technological advances of bipolar coagulation* [Text] / K.Ananth, M.Daniel, C.Joseph et al. // *NEUROSURGERY.* - 2009. - Vol.64. - Issue: 3.-Pages: S11-S19.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

**Маматов А.М., Анарбаев А.А., Кайыпов А.Б.,  
Айбашев К.А., Жолдошев С.А.**

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

**Резюме:** в статье приведены результаты хирургического лечения в урологическом отделении ОМДКБ 77 мальчиков с гипоспадией от 1,5 до 15 лет за 2012-2014 гг.

**Ключевые слова:** дети, гипоспадия, уретропластика.

## БАЛДАРДЫН ГИПОСПАДИЯСЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ТҮЗӨӨ

**Маматов А.М., Анарбаев А.А., Кайыпов А.Б.,  
Айбашев К.А., Жолдошев С.А.**

Ош облуст аралык клиникалык балдар бейтапканасы,  
Ош ш., Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** макалада 2012-2014-жж. ичинде 1,5 жаштан 15 жашка чейин гипоспадия менен 77 эркек балдарды ООАКБнын урология бөлүмүндө хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжалары берилди.

**Акыч сөздөр:** балдар, гипоспадия, уретропластика.

## SURGICAL CORRECTION OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN

**Mamatov AM, Anarbaev AA., Kaiyrov A.B.,  
Aybashev K.A., Zholdoshev S.A.**

Osh Interregional Children's Hospital,  
Osh, Kyrgyzstan.

**Resume:** in article results of surgical treatment in OIC hospital urology department 77 boys with hypospadias from 1,5 to 15 years in 2012 - 2014.

**Key words:** children, hypospadias, urethroplasty.

**Цель.** Поиск оптимальных способов хирургической коррекции гипоспадии у детей.

Гипоспадия – это сложная врожденная аномалия развития наружных, а иногда и внутренних, половых органов, а также детерминация пола [1].

Встречается в среднем у 1 из 200-300 новорожденных мальчиков.

Проксимальная гипоспадия относится к наиболее сложным формам гипоспадии и встречается – у 1 из 1250 мальчиков [5].

Клиническая картина гипоспадии зависит от формы порока, общими для всех форм признаками является недоразвитие дистального отдела мочеиспускательного канала, дистопия наружного отверстия мочеиспускательного канала. Тяжелые формы гипоспадии часто сопровождаются раздвоением, недоразвитием мошонки, атрофией или неопущением яичек, пахово-мошоночной грыжей и искривлением полового члена. Больные с гипоспадией хорошо удерживают мочу, так как сфинктер мочевого пузыря сохранен [3].

Оперативное лечение гипоспадии остается актуальной проблемой пластической хирургии. Ошибки в выборе метода операции без учета особенностей порока приводят к большому числу осложнений – до 30-40%, поэтому поэтапная пластика считается более надежной [5].

Предложено более 150 методов оперативного лечения гипоспадии и их модификаций [3].

Следует отметить, что ни один из многих методов уретропластики при гипоспадии не является идеальным и нередко больные по несколько раз подвергаются повторным оперативным вмешательствам из-за образования структур и свищей уретры в послеоперационном периоде [2].

Хирургическое лечение производят в два этапа: I - выпрямление полового члена; II - создание недостающего отрезка мочеиспускательного канала.

I этап хирургического лечения выполняют в возрасте 1,5-2 лет. Операцию по созданию недостающего отрезка мочеиспускательного канала целесообразно производить в 6-7 летнем возрасте, чтобы к моменту поступления ребенка в школу полностью завершить хирургическое лечение [3].

Основными зонами заимствования кожи для перемещения её на воллярную поверхность полового члена являются крайняя плоть и мошонка [1].

**Материал и методы исследования.** За 2012-2014 гг. прооперировано 77 больных с различными формами гипоспадии в возрасте от 1,5 года до 14 лет. От 10 до 14 лет прооперировано 11 больных, от 1,5 до 10 лет – 66. Средний возраст составлял 5 лет 4 месяца.

21 мальчику с венечной формой гипоспадии, у которых искривление полового члена не было выраженным, произведена одномоментная уретропластика по Омбредану. При проксимальных формах гипоспадии с искривлением полового члена у 56 больных соблюдали поэтапность оперативного лечения.

Первый этап операции выполняли в возрасте 1,5-2,5 лет. 56 больным при выполнении I-этапа операции применили метод выпрямления полового члена по Омбредану с перемещением расщепленного листка крайней плоти на ножках на воллярную поверхность полового члена. Второй этап операции мы разделили на 2 подэтапа и выполняли через 4-6 месяцев после выпрямления полового члена. Сначала выполняли уретропластику по Брауну в модификации Корольковой-Долецкого до гипоспадического отверстия с установлением через него катетера Нелатона в мочевой пузырь на 5-6 дней. Больные выписывались через 7-8 дней. Эти больные через 4-6 месяцев вновь госпитализировались, и им производили операцию уретроуретроанастомоза с наложением 2-х рядных кисетных швов, после предварительного установления постоянного катетера Нелатона через артифициальную уретру в мочевой пузырь на 7 дней.

Данный метод снижает риск развития послеоперационных свищей. В качестве шовного материала во всех случаях применили синтетическую рассасывающую нить I-COL № 6,0. После операции на рану накладывали повязку со стерильным глицерином, которая обеспечивает гемостаз и препятствует возникновению послеоперационного отека. В послеоперационном периоде повязку обильно пропитывали глицерином. На 3-й день снималась повязка, после осмотра раны вновь накладывалась повязка со стерильным глицерином. При обильных солевых отложениях уретральный катетер промывался раствором фурациллина и удалялся на 6-7-е сутки. Швы снимались на 8-9-е сутки. В последние годы с применением в качестве шовного материала синтетическую рассасывающую нить I-COL № 6,0 и повязок со стерильным глицерином значительно снизилось число послеоперационных осложнений. Из 77 оперированных больных у 8 наблюдалась послеоперационные осложнения, что составляет 10,3%, у 1 стеноз мятуса, которому произведена мятотомия, у 7-ми больных образовался уретральный свищ, им произведено ушивание свища.

#### **Выводы:**

1. Поэтапное хирургическое лечение мальчиков, особенно с проксимальной формой гипоспадии является эффективным способом лечения.

2. В целях снижения риска развития послеоперационных осложнений рекомендуется следующий алгоритм этапов хирургической пластики проксимальной формы гипоспадии:

- выпрямление полового члена по Омбредану;

- уретропластика по Брауну в модификации Корольковой-Долецкого;
- наложения уретроуретроанастомоза через 4-6 месяцев с использованием в качестве шовного материала синтетической нити I-COL № 6,0;
- наложение в послеоперационном периоде на рану повязок со стерильным глицерином.

3. Недостатком такой тактики хирургического лечения является то, что каждому больному требуется минимум 3-х кратное оперативное вмешательство.

***Список литературы:***

1. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермофродитизм, Минск. – 1974.
  2. Долецкий Ю.Ф. // Детская хирургия, Москва, 1972.
  3. Лопаткин Н.А. Аномалии мочеполовой системы [Текст] / Н.А. Лопаткин, А.В. Люлько. - Москва, 1987.
  4. Рудин Ю.Э. Лечение дистальной формы гипоспадии. РМАПО [Текст] / Ю.Э. Рудин, Е.Б. Алексеев // Журнал урологии и нефрологии. – Москва. 1997. - №3.
  5. Рудин Ю.Э. Способ одномоментной коррекции гипоспадии дезепителизованным лоскутом крайней плоти [Текст] / Ю.Э. Рудин // Журнал урологии и нефрологии РМАПО. Москва. - 2002. - №5.
-

**СОДЕРЖАНИЕ  
ПЕДИАТРИЯ**

Младенческая и детская смертность в условиях реформирования системы здравоохранения в Кыргызской Республике <i>Узакбаев К.А.</i>	3
Перинатальные исходы ранних преждевременных родов с экстремально низкой массой тела новорожденных <i>Мамедалиева Н.М.</i>	7
Современные аспекты прогнозирования и лечения тяжелой формы гемолитической болезни плода, обусловленной резус иммунизацией <i>Мамедалиева Н.М., Лялькова И.А.</i>	12
Сравнительный анализ антропометрических показателей у детей раннего возраста юга Кыргызской Республики <i>Анарбаева А. А., Анарбаев А.А., Абдихаликов Ж.А.</i>	15
Оценка качества жизни у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа <i>Исакова Ф.Б., Акматова Н.К., Джунушалиева Н.К., Кушубекова Н.Н.</i>	19
Анализ ведения группы часто болеющих детей (ЧБД) на педиатрическом участке <i>Каримханова А.Т., Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М.</i>	26
Динамика показателей тиреоидных гормонов у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде <i>Кудаяров Д.К., Вычижсанина Н.В., Мустапаева Ж.Ш., Болотбекова А.Ж., Бакаева А.К.</i>	29
Железодефицитная анемия у детей: скрининг, профилактика и лечение <i>Мамырбаева Т.Т., Исмаилова А.З., Черикчиеva А.Б.</i>	32
Тактика ведения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста <i>Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М., Абдуллаева Г.М., Каримханова А.Т., Аязбеков Е.А., Тажимбетова А.М.</i>	36
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
Скрининг первого ультразвукового исследования в 11-14 недель беременности <i>Израилова А.С.</i>	40
Роль тромбофилий в патогенезе репродуктивных потерь (обзор литературы) <i>Кибец Е.А., Самигуллина А.Э.</i>	44
Опыт внедрения программы “Профилактика передачи ВИЧ матери ребенку” на уровне национального центра охраны материнства и детства <i>Осмонова С.К., Назаралиева С.Б.</i>	48
Гипертензивные нарушения беременности как причина перинатальной заболеваемости и смертности <i>Рыскельдиева В.Т., Исаева Э.В., Бектемир кызы З.</i>	52

**ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Применение термокоагулятора при циркумцизии у ВИЧ-инфицированных детей 57  
в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан  
*Ерназаров А.А., Еликбаев Г.М., Шакенов Б.Ш., Ерназаров А.Е., Алиханова Н.Н.*

Хирургическая коррекция гипоспадии у детей 60  
*Маматов А.М., Анарбаев А.А., Кайыпов А.Б., Айбашев К.А., Жолдошев С.А.*

Здоровье матери и ребенка. 2015. Том 7. № 2.

Формат 64x90. Печать офсетная. Объем 8,3 п. л.  
Тираж 200 экз.

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