



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2015. Том 7. № 3.

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. №3.

<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 http://ncomid.kg</p>	<p>Башкы редактор К.А. Узакбаев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Башкы редактордун орун басары Т.Т. Мамырбаева – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Редакциялык жамаат 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>Жооптуу катчы А.С. Эшалиева – м.и.к., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p>
--	--

УДК 614.02:616.07

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КАДРОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б.

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

Резюме. В статье представлены сведения о динамике численности педиатрических кадров за истекшее десятилетие, о причинах и последствиях снижения числа педиатров в Кыргызской Республике (КР), а также схематически представлены пути совершенствования системы подготовки и переподготовки педиатрических кадров и преподавателей медицинских ВУЗов и СУЗов.

Ключевые слова: численность педиатров в КР, обучение педиатров, совершенствование процесса подготовки преподавателей медицинских ВУЗов и СУЗов.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАЛДАР ДАРЫГЕРЛЕРИН ДАЯРДОО КӨЙГӨЙЛӨРҮ

Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б.

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

Корутунду. Макалада акыркы он жыл аралыгында балдар дарыгерлеринин азайышы, анын себептери жана бул абалдан чыгуу жолдору караган. Ошондой эле балдар дарыгерлерин ЖОЖдордо жана ООЖдордо кайра даярдоону жакиширтуу ыкмалары тууралуу айтылган.

Ачык сөздөр: Кыргыз Республикасындагы балдар дарыгерлеринин саны, балдар дарыгерлерин окутуу, ЖОЖдордо даярдоону жакиширтуу.

MODERN ASPECTS OF PREPARATION OF PEDIATRIC STAFF IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Kudajarov D.K., Furtikova A.B.

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

Resume: In article data about dynamics of pediatric staff number for expired decade, about the reasons and consequences of decrease in number of pediatricists in the Kyrgyz Republic (KR) are presented, and also ways of perfection of system of preparation and retraining of pediatric staff and teachers of medical higher schools and specialized secondary schools are schematically presented.

Key words: number of pediatricists in KR, training of pediatricists, perfection of process of preparation of teachers of medical higher schools and specialized secondary schools.

По мнению международных экспертов, кадровый потенциал государства по своей значимости сопоставим с научным потенциалом и сырьевыми ресурсами, так как от уровня профессионализма в медицине напрямую зависит состояние здоровья и качество жизни населения.

Успешное решение вопросов кадровой политики в медицине, как, пожалуй, ни в одной другой сфере деятельности, может быть средством и источником значимых

прорывов в обеспечении растущих затрат общества по достижению необходимых пределов процесса воспроизводства и высокого уровня качества жизни населения.

Область интересов данного сообщения касается сферы высококачественного медицинского обеспечения детского населения, в связи, с чем считаем необходимым вкратце охарактеризовать сложившуюся ситуацию в этой области в республике.

Менталитет населения соответствует стремлению к многодетной семье, поэтому детское население республики составляет в среднем 30%, с колебаниями по регионам от 25,8% (г. Бишкек) до 35,5% (Таласская обл.). Сведения по численности детского населения в 2014 году в Кыргызской Республике представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Среднегодовая численность детского населения полностью в КР в 2014 году (тысяч человек)

Регионы	Всего	Детей до 14 лет	%
Кыргызская Республика	5835,8	1819,7	30,0
Баткенская область	475,2	157,5	33,1
Джалал-Абадская область	1110,8	366,6	33,0
Иссык-Кульская область	461,2	143,9	31,0
Нарынская область	272,9	93,1	34,0
Ошская область	1214,1	411,1	33,8
Таласская область	245,3	87,2	35,5
Чуйская область	862,0	245,8	28,5
г. Бишкек	926,5	239,0	25,8
г. Ош	267,7	75,5	28,2

Именно высокий уровень детей в демографической структуре населения, высокая рождаемость, а также высокие показатели младенческой и детской смертности стали обоснованием к расширению подготовки специализированных медицинских кадров для обслуживания детей. В соответствии с этим в 1956 году в Кыргызском Государственном медицинском институте был впервые открыт педиатрический факультет. За период с 1956 по 2014 год выпущено 4300 врачей-педиатров.

Число педиатров, подготавливаемых ежегодно в КГМИ, в первые годы составляло всего 34-40 человек, в дальнейшем педиатрический факультет расширялся, и к 1990-1995 годам прошлого столетия число выпускников достигало 350 человек. В последнем десятилетии прошлого века численность выпускников педиатрического факультета снизилась до 150, а в начале 2000 года, в связи с реформированием системы здравоохранения, число выпускаемых педиатров стало стремительно падать (рис. 1).

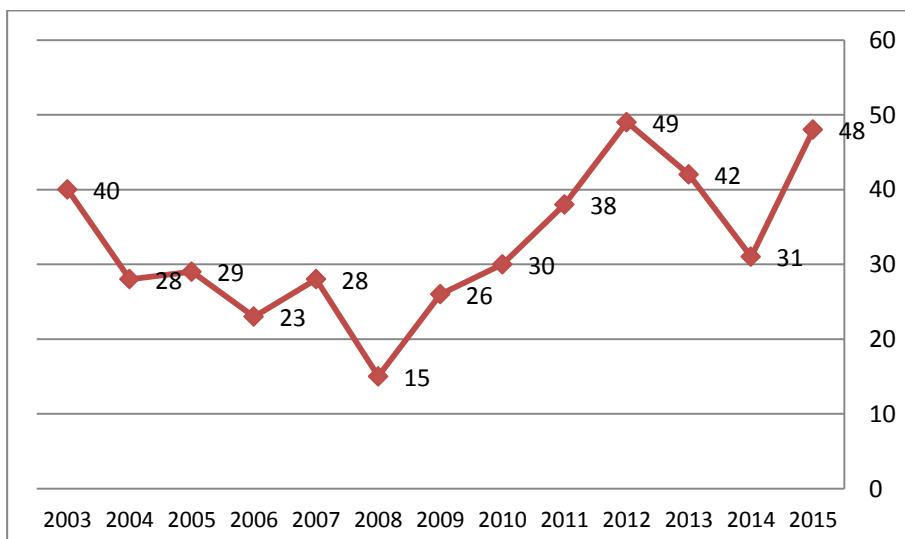


Рис. 1. Число выпускников педиатрического факультета КГМА в 2003-2015 гг.

Так, в 2008 году было выпущено всего 15 педиатров. Как известно, основной установкой реформирования системы здравоохранения, проводимой с начала 2000 годов в Республике, была переориентация на обслуживание населения группами семейных врачей (ГСВ), что и привело практически к почти полному закрытию педиатрического факультета. Но, признавая значимость перемен, произошедших в области первичной медико-санитарной службы, пришло понимание того, что принципы работы групп семейных врачей в неполной мере отвечают семейной медицине, так как не обеспечивают необходимой компетентности в различных аспектах медицины.

В целом, поддерживая принципы перестройки системы здравоохранения, большинство ведущих педиатров Республики считает, что в процессе реформирования была значительно ослаблена педиатрическая служба, в том числе и на первичном уровне. В связи с этим, начиная с 2009 года, число выпускников педиатрического факультета КГМА постепенно увеличилось почти до 50 человек в 2015 году.

В настоящее время врачи-педиатры обучаются и в Кыргызско-Российском Славянском Университете, где число студентов-первокурсников составляет 150 человек.

Что мы имеем на сегодняшний день?

На рис. 2 представлено абсолютное число педиатров и педиатров-неонатологов в Кыргызской Республике в 2012-2014 годах.

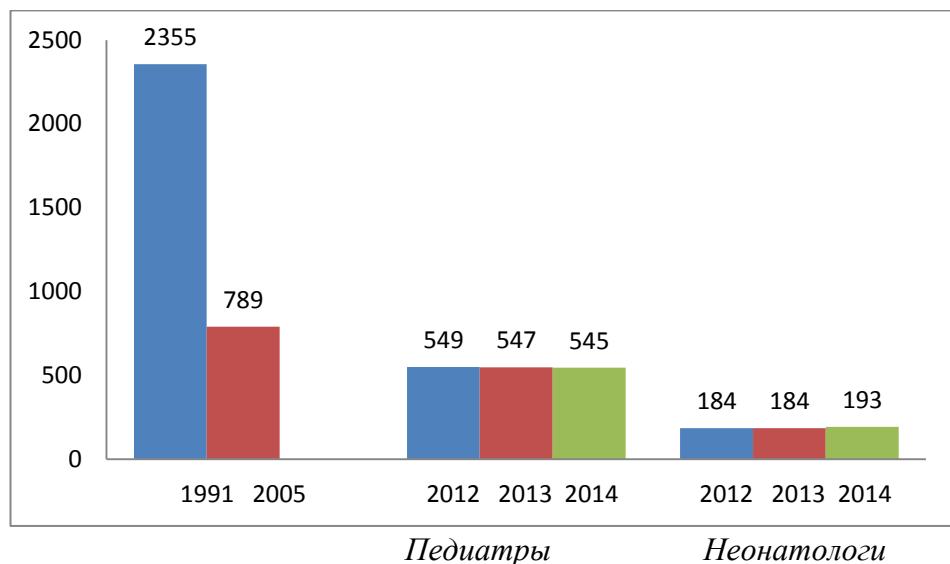


Рис. 2. Абсолютное число педиатров и педиатров-неонатологов в КР в 2012-2014 гг.

Как видно из представленных данных, количество педиатров явно не соответствует численности детского населения в Республике. Этот вывод подтверждается и при анализе обеспеченности педиатрами регионов и городов (табл. 2).

Таблица 2 - Число врачей - педиатров и врачей-неонатологов на 10.000 детского населения по Республике

Годы	Педиатры	Педиатры-неонатологи
2012	1,0	0,3
2013	0,9	0,3
2014	0,9	0,3

Распределение специалистов в области педиатрии по регионам существенно отличается и, в основном, педиатры работают в республиканских организациях и в городах (Бишкек, Ош), но при этом есть регионы, где число педиатров находится на крайне низком уровне. Так, в 2014 году в Таласской области работало лишь 6 педиатров (на 10.000 населения 0,2), в Иссык-Кульской области – 15 врачей (обеспеченность – 0,3).

Можно констатировать, что в количественном отношении кадровый состав педиатров не соответствует потребностям детского населения, а качественные показатели педиатрической службы (младенческая и детская смертность, заболеваемость, инвалидность) отражают недостатки в работе первичного звена (ГСВ) и учреждений третичного уровня здравоохранения.

Кроме того, тенденция к снижению потенциала людских ресурсов в здравоохранении вообще и в педиатрии в частности обусловлена их высокой убылью: переход в коммерческие структуры, миграция за пределы Республики, выход на пенсию.

Серьезную проблему представляет не только недостаточная обеспеченность врачами, но и старение кадров в системе здравоохранения. Средний возраст медицинских работников составляет около 50 лет, так как молодых специалистов не привлекает слабая оснащенность лечебно-профилактических учреждений современным оборудованием, проблемы с инфраструктурой помещений, социально-бытовая неустроенность, снижение позитивности общественного мнения по отношению к системе здравоохранения.

Помимо недостаточной в количественном отношении подготовки врачей общей практики и педиатров, вторым и очень важным аспектом кадровой политики является качественная их оценка. И в этом плане обоснованную тревогу вызывает слабый уровень теоретических знаний и практических навыков у выпускников высших и средних учебных заведений, о чем свидетельствует нерациональное использование имеющегося оборудования, назначение излишних лабораторных анализов, полипрагмазия, высокая частота необоснованных госпитализаций.

Очевидно, что на уровень подготовки молодых специалистов существенное влияние оказывают обновление информационной базы учебных программ с учетом рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, эффективность которых доказана на глобальном уровне, внедрение новых методов и технических средств обучения и профессиональная компетентность преподавателей. В последнее время в медицинских ВУЗах пересмотрены программы обучения, используется новые технологии.

Во многих странах мира используется метод клинического обучения, который направлен на достижение компетентности и фокусируется на обучении путем тренировки практических навыков, целью такого подхода является обучение врачей и медицинских сестер навыкам, которые необходимы им для более безопасного и эффективного выполнения своих клинических обязанностей.

В этом плане в последние десятилетия в Республиканских ВУЗах сделаны определенные, в некоторой мере значительные, реформации в обучающих программах. К их числу можно отнести переход на изучение клинических дисциплин параллельно с теоретическими с первых курсов обучения студентов, что значительно повышает уровень усвоения значимости взаимосвязанности теории и практики.

Следующим новым шагом в модернизации подготовки врачей стал переход на модульную систему обучения, предполагающую активное включение самого студента в процесс обучения.

В целях унификации объемов диагностики и лечения пациентов с различной патологией в программы обучения педиатров включены разделы по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) и по клиническим протоколам по ряду заболеваний (ОРВИ, бронхиальная астма, вскармливание и др.).

Важным этапом подготовки студентов является оценка знаний и навыков, полученных при обучении, выявление степени усвоения и прочности полученного материала. В этом плане сделан переход от билетной системы оценки к технологии тестирования, в какой-то мере исключающей вероятность простого «везения», особых отношений с преподавателем и коррупционных составляющих.

Кроме того, тестирование позволяет выявлять знания студентов по значительно более широкому кругу программы, по сравнению с билетной системой. Хотя и этот вид оценки знаний студентов нельзя считать идеальным, так как он предполагает краткость и

однозначность ответа, что не позволяет делать заключение о возможностях студента к ассоциативному мышлению.

Как известно, достижение профессионализма и его сохранение в медицине зависит от непрерывности обучения.

В Кыргызской Республике этот этап подготовки педиатров осуществляется на базе Кыргызского медицинского института подготовки и переподготовки кадров, а также в процессе последипломного обучения в интернатуре и ординатуре на базе КГМА, КРСУ и Национального Центра охраны материнства и детства.

Совершенствование профессионального образования и переподготовки врачей общей практики и педиатров может стать возможным путем внедрения инновационных технологий, к одной из которых можно отнести дистанционное дополнительное обучение. Этот вид обучения в настоящее время в Республике в силу разных причин практически не используется.

Между тем, преимущества дистанционного образования очевидны.

Преимущества дистанционного образования

1. Обучение осуществляется без отрыва специалиста от основной работы и семьи.
2. Многократное сокращение финансовых расходов.
3. Возможность обучения в наиболее удобное время и в комфортных условиях.
4. Возможность выбора последовательности и приоритетности освоения модулей образовательной программы.
5. Независимость от места жительства – в городе или селе.

Единственным недостатком дистанционного обучения является отсутствие прямого контакта с преподавателем, но этот недостаток с лихвой компенсируют его преимущества.

Говоря о подготовке кадров, нельзя не сказать о проблеме качества преподавания и профессионализма преподавателей. В этой связи большое значение имеет уровень подготовки кадров высшей квалификации – кандидатов и докторов наук, т.е. потенциальных будущих преподавателей ВУЗов и СУЗов. В прежние годы для подготовки таких специалистов широко использовались аспирантура и докторантура различных институтов республик бывшего Советского Союза, в основном, России. В нынешних условиях эта работа по большей части осуществляется в местных условиях. В Кыргызстане кандидатские и докторские диссертации по педиатрии защищаются в докторантуре Национального Центра охраны материнства и детства. В течение ряда лет функционировал такой совет при Кыргызско-Российском Славянском университете.

В Республике с 2003 года работает национальная Высшая Аттестационная Комиссия, в компетенции которой находится такое присвоение научных званий старшего научного сотрудника, доцента и профессора.

Следует лишь отметить, что владение знаниями и клиническими навыками даже на самом высоком уровне необязательно предполагает умение преподавать, ко многим преподавателям опыт приходит со временем путем проб и ошибок, что обосновывает необходимость совершенствования системы подготовки, повышения квалификации и аттестации преподавателей медицинских высших и средних учебных заведений.

Перспективы образовательной системы в аспекте подготовки врачей-педиатров может быть сформулированы в ряде обобщающих тезисов:

- Только масштабная стратегия четкой взаимосвязи потребностей системы здравоохранения и возможностей специальных образовательных учреждений может поставить достижения в сфере подготовки кадров в один ряд с успехами высокоразвитых стран;

- Высокий уровень профессионализма выпускников медицинских ВУЗов и врачей может быть обеспечен лишь при высоком качестве обучения на клинико-лабораторных базах, обеспеченных современным оборудованием;

• В учебных программах следует использовать опыт наиболее известных международных университетов, но с обязательным учетом специфики Республики и с учетом того, что излишняя стандартизация обучения суживает рамки вероятного участия контингента обучающихся в конкретных ситуациях.

В качестве мер по претворению в жизнь представленных направлений можно рекомендовать некоторые пути их реализации.

- Гармонизация управляющих систем;
- Создание оптимальной и интегрированной в конкретные условия сети ВУЗов;
- Усиление обучающих программ;
- Мониторинг качества подготовки и переподготовки педиатров.

Естественно, процесс оптимизации подготовки медицинских кадров не завершен, он будет постоянно улучшаться, и дополняться новыми технологиями, необходимо только своевременное знакомство с ними и поэтапное их внедрение в соответствии с имеющимися потребностями и возможностями.

УДК: 616-053.2/7-073.43

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ

Ахмедова И.М., Абдуллаева Д.А., Султонхождаева Ш.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,
г. Ташкент, Республика Узбекистан.*

Резюме. Целью исследования образа жизни школьников проанализирован образ жизни у 500 школьников, проживающих в г. Ташкенте. В исследование включены дети «пограничных» возрастов, т.е. - школьники 1-х, 5-х, 9-х классов. Оценка образа жизни проводилась на основе заполненных регистрационных карт. В первом классе здорового образа жизни придерживаются более трети опрошенных. К 5 классу доля детей со здоровым образом жизни уменьшается до 22%. А среди подростков условно - здоровый образ жизни ведут примерно 5% старшеклассников.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, вредные привычки, физическая активность, сон, еда.

МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРДЫН ДЕНИСАК ЖАШОО МУНӨЗҮН КАЛЫПТООГО ЖАҢЫ ҮКМАЛАР

Ахмедова И.М., Абдуллаева Д.А., Султонхождаева Ш.С.

*Өзбекстан Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Республикалык атайын илимий-практикалык медициналык педиатрия борбору,
Ташкент шаары, Өзбекстан Республикасы.*

Корутунду. Бул эмгектин максаты мектеп курагындагы балдардын канчалык деңгээлде сергек жашоо шарттарына ылайык өмүр сүрүп жаткандыгын изилдөө болгон. Ташкент шаарында жашаган 500 окуучулардын жашоо шарттары изилденген. Изилдөөгө 1-, 5-, 9-класстагы балдар киргизилген. Балдардын жашоо шарттарына атайын иштелип чыккан карталардын негизинде баа берилген. 1-класста сергек жашоо шарттарын балдардын учтөн бири, 5-класста - 22%, ал эми 9-класстагы өспүрүмдөрдүн 5% гана аткара турғандыгы аныкталган.

Ачыкчىк сөздөр: ден соолук, сергек жашоо, зыяндуу адаттар, шаймандуулук, уйку, тамак-аи.

NEW APPROACHES TO THE FORMATING OF THE HEALTHY LIFESTYLE AMONG SCHOOLCHILDREN

Akhmedova I M., Abdullayeva D.A., Sultonkhodjaeva Sh.S.

*Republican Specialized Scientific-Practical Center of Pediatrics of the Ministry of Health
Tashkent, Uzbekistan Republic.*

Resume: The aim of this study was to analyze the indicators of the schoolchildren's lifestyle, which are largely responsible for their health. Analysis of the 500 schoolchildren's lifestyle was held in Tashkent. The study included children of the "border" ages, ie – schoolchildren of the 1-st, 5-th, 9-th grade. Evaluation of lifestyle was based on the registration card. In the first class healthy lifestyle was followed by more than a third of respondents. To the 5th class the proportion of children with a healthy way of life is reduced to 22%. Among teenagers conditionally healthy life was held in the average about 5% of high school students.

Key words: *health, healthy lifestyle, bad habits, physical activity, naps, meals.*

Актуальность. Здоровье - категория, в значительной степени социально обусловленная. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1].

Если рассматривать ранговую шкалу группировки факторов риска, определяющих нарушение здоровья детей и взрослых, то они расположатся в следующем порядке: образ и условия жизни; генетика и биология человека; внешняя среда, экология, природно-климатические условия; уровень и качество медицинской помощи населению. Взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии «здоровый образ жизни» [3].

Оказание профилактической и лечебной медицинской помощи при заболеваниях является очень важным мероприятием. Однако профилактика проблем, связанных с вредными привычками, низкой самооценкой, конфликтами в семье и неблагоприятными отношениями со сверстниками, представляется ещё более важной [2]. Следует подчеркнуть, что, сколько бы сил ни затрачивали медицинские работники на лечение, при отсутствии у человека стремления к сохранению здоровья как главному жизненному приоритету, являющемуся основным критерием качества жизни, будут появляться все новые и новые неизлечимые страдания [5].

Здоровый образ жизни включает в себя следующие основные элементы: рациональное питание, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, искоренение вредных привычек, рациональный режим труда и отдыха, плодотворный труд и т.п. [6, 7]. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя и наркотиков) являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье подрастающего поколения и на здоровье будущих детей.

Целью данного исследования явился анализ некоторых показателей образа жизни школьников, в значительной степени обуславливающих их здоровье.

Материалы и методы исследования. Анализ образа жизни проведен у 500 школьников в возрасте от 7 до 15 лет, проживающих в г. Ташкенте.

Для оценки образа жизни была использована регистрационная карта [4], которая состоит из 27 пунктов. В карту включены вопросы, освещающие материально-бытовые условия, режим дня (сон, питание, прогулки, время, проводимое за просмотром телепередач и у компьютера), учебные и дополнительные нагрузки, характеристика семьи, физическая активность, занятие спортом, вредные привычки. Опрос проводился в течение не более 15 минут с участием педагогов и/или родителей с разрешения администрации и педагогического коллектива школы. В исследование включены дети «пограничных» возрастов; начало обучения в школе, начало обучения в средней школе, окончания неполного среднего образования, т.е. - школьники 1-х, 5-х, 9-х классов соответственно.

Оценка образа жизни проводилась на основе заполненных регистрационных карт. Необходимо отметить, что учащиеся 1-х классов самостоятельно заполнить

регистрационные карты не могли, и отвечали на вопросы в режиме интервью. Учащиеся 5-х, 9-х классов заполняли регистрационные карты самостоятельно.

В анализ вошли основные компоненты режима дня сегодняшнего школьника, помимо его пребывания в школе; длительность подготовки уроков, среднее время просмотра телевизионных передач, количество времени, проводимого у компьютера, прогулки, занятия физической зарядкой и спортом, кратность приема пищи, наличие вредных привычек и т.д.

Результаты и обсуждение. Данные опроса показывали, что в г. Ташкенте финансовое положение семьи обследуемых нами детей были хорошими. Родители у 34% опрошенных детей имели среднее образование.

Дети практически не пользовались городским транспортом из-за близкого расположения учебных заведений к месту их проживания.

При оценке времени, проводимого за просмотром телепередач, установлено, что только половина опрошенных проводили у телевизора 1-2 часа в день, а остальные - больше 2-х часов.

Из первоклассников, компьютером не пользовались 53% опрошенных. До 1 часа занимались компьютерными играми около 15% учащихся. 36 % детей-первоклассников проводили возле компьютера более 2-х часов в день.

Время, проводимое детьми на свежем воздухе, зависит от возраста. Так все первоклассники (100%) практически каждый день бывали на прогулках. 40% старшеклассников проводили 1-2 часа на улице, 20% указывали более длительное время нахождения на улице. Трудно оспаривать пользу активных движений на свежем воздухе, однако у детей старшего возраста выявлена прямая корреляционная зависимость между длительностью прогулок и частотой курения.

Средняя длительность ночного сна у первоклассников составлял 9-10 часов, что соответствует возрастным гигиеническим нормативам. Однако дневной сон отмечен только у 2 из 49 детей, хотя дневной сон является существенным режимным моментом детей в возрасте 7 лет. Учащиеся 5-х классов спят в среднем 8-9 часов в сутки. Несмотря на более старший возраст, 6 детей (12%) из 50 отметили потребность в дневном сне.

С 9-го класса отмечается резкое укорочение времени ночного сна, более 30% детей в 9-м классе спят менее 6 часов в сутки. Сокращение времени ночного сна было связано с дополнительными нагрузками: 54% опрошенных старшеклассников занимались на вечерних курсах. Вместе с тем, у старшеклассников еще более возрастает потребность в дневном сне, так в 9 классе днем спят 8% учащихся. Этот факт был связан с сокращением времени ночного сна, астенизацией у старшеклассников, в связи с ростом нагрузок с одной стороны, и ухудшением состояния здоровья с другой.

Среднее время, затрачиваемое на подготовку уроков, с 1-го по 9-й класс практически оставалось постоянным. Так, 20%-26% детей затрачивали на уроки примерно один час времени, 29%-38% - 2 часа, 3 часа готовились к занятиям около 20% учащихся. Интересно отметить, что к 9-му классу в два раза сокращалось количество детей длительно (3-5 часов) готовящих уроки, при том, что только 14% школьников 9-го класса занимались в общеобразовательном классе, у всех остальных школьников имелась дополнительная учебная программа.

Ежедневную физическую зарядку делали от 6% до 18% детей различных возрастных групп. Регулярно занимались спортом от 16 % детей на первом классе до 40% учащихся старших классов. Показатели 1-х - 5-х классов можно расценивать как оптимальные, поскольку примерно 42% первоклассников дополнительно занимались танцами, а к 5-му классу росло количество детей, занимающихся различными видами спорта. Занятия танцами в этом возрасте отметили лишь 11% школьников. Среди старшеклассников регулярно имели физическую нагрузку до 40% детей. Мальчики чаще, чем девочки, регулярно занимались спортом.

Учащиеся связывали свою ограниченную физическую активность с хроническими заболеваниями: хронические гастродуодениты, анемии, диффузный зоб.

У более половины школьников наблюдается головная боль, боль в спине, подавленность и дискомфорт, которые влияют на психоэмоциональное состояние детей, определяют их поведение, влияют на их общение со своими сверстниками и окружающими. Негативный вариант приводит к снижению социальной активности и психоэмоциональному напряжению (депрессивность, агрессивное поведение, повышенная тревожность).

Для улучшения отношения школьников к своему здоровью в учебном процессе общеобразовательных учреждений реализована утвержденная в 2012 г. Министерством народного образования и Центром медицинского образования Республики Узбекистан, согласованная с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, учебная программа по интегрированному преподаванию в 1-9 классах начальной и средней школы «Уроков здоровья» и «Основ здорового поколения».

Для каждого класса имеется перечень тем, в которых освещаются: вопросы физического, социального и эмоционального развития детей и подростков, питание и физическая активность, гигиена полости рта, употребление алкоголя, табакокурение и употребление наркотиков, сексуальное и репродуктивное здоровье, психическое здоровье и благополучие и профилактика травматизма и насилия;

Выходы:

1. В первом классе здорового образа придерживаются более одной трети опрошенных. К 5 классу доля детей со здоровым образом жизни уменьшается до 22%. А среди подростков условно - здоровый образ жизни ведут около 5% старшеклассников.

2. При планировании лечебных и профилактических программ следует особое внимание обращать на привитие детям здорового образа жизни, а на «уроках здоровья» в школах необходимо акцентировать внимание учащихся на влиянии «образа жизни» на состояние их здоровья в настоящем и будущем.

3. Целесообразно ограничивать время, проводимое детьми у источников электромагнитного излучения (телефизор, компьютер) согласно существующим гигиеническим нормативам в Республике Узбекистан.

4. При выявлении психоэмоционального напряжения, проявляющегося аддитивным поведением школьника, необходимо оказать психологическую помощь детям и их семьям.

Список литературы:

1. Баранов, А. А. *Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности* [Текст] / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина, А. Г. Ильин // Росс. педиатрический журнал. - 2005. - № 2. - С. 4-8.
2. Здоровая молодежь - здоровое общество /Л.Н Галанкин, Г. С. Корчагина, А. М. Куликов, Л. П. Симбирцева, Ю. М Шикин.- СПб.; НОДМЕДИЗДАТ. - 2005. - 368с.
3. Казин Э. М. *Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную археологию* [Текст] / Э. М. Казин, Н. Г. Блинова, Н. А. Литвинова // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М. Уманит. издательский центр ВЛАДОС, 2000. - 192 с.
4. Рычкова С.В. *Качество жизни детей школьного возраста и влияние на него хронической гастродуоденальной патологии* [Текст] :/ дисс. ... д-а мед. наук. 14.00.09 / С.В. Рычкова. - Санкт-Петербург, 2009. - 383с.
5. Левин М. Я. *Качество жизни и влияющие на него факторы* [Текст] / М. Я. Левин, В. А. Таймазов, Л.Ю. Орехова, В Н. Степанова : учеб. пособие, изд. 2-е, доп. - СПб.: изд-во «Олимп СПб.», 2003. - 360 с.
6. Лосев, С. И. *Роль педиатра в формировании здорового образ жизни у детей и подростков* [Текст] / С. И. Лосев, Т. А. Бородулина // Росс. педиатрический журнал. - 2006. - № 2. - С. 44-48.
7. Михайлов А. И. *Вредные привычки подростков и их связь с показателями здоровья* [Текст] / А. И. Михайлов, В. Ф. Кириллов, С. В. Сланина // Здоровье населения и среда обитания – 2009. - Т.190. - №1. - С. 19-22.

УДК: 614-056.43-02:613.2:616.33/34-002.44-053.2-07/085

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭНТЕРОКОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО БЕЛКАМИ ПИЩИ У ДЕТЕЙ

*Камилова А.Т.¹, Геллер С.И.², Султанходжаева Ш.С.¹,
Дустмухамедова Д.Х.¹, Алиева Н.Р.¹, Убайходжаева Х.Т.¹*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан¹, Ташкентский
медицинский педиатрический институт², Ташкент, Узбекистан.

Резюме: обследованы 18 пациентов в возрасте от 4 месяцев до 5 лет. Были
использованы клинико-анамнестические, параклинические, и иммунологические методы
исследования. Пациенты поступили в стационар с жалобами на диарею, вздутие
живота, рвоту и на дефицит массы тела. Исследование уровня лимфотоксина к
пищевым аллергенам установило сенсибилизацию к белку куриного яйца и коровьему
молоку, цитрусовому, говядине, мясу курицы. Причиной заболевания чаще были
употребление белка куриного яйца, коровьего молока.

Ключевые слова: пищевая аллергия, FPIES, Ig E, лимфотоксин.

БАЛДАРДЫН ТАМАК-АШЫНЫН БЕЛОКТОРУ МЕНЕН ИНДУЦИЯЛАНГАН ЭНТЕРОКОЛИТ СИНДРОМДУН КЛИНИКА- ЛАБОРАТОРДУК БИЛИНҮҮСҮ

*Камилова А.Т.¹, Геллер С.И.², Султанходжаева Ш.С.¹,
Дустмухамедова Д.Х.¹, Алиева Н.Р.¹, Убайходжаева Х.Т.¹*

Өзбекстан Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинекарааштуу
Респубикалык атايын илимий-практикалык медициналык педиатрия борбору¹, Ташкент
медицинский педиатриялык институту², Ташкент, Өзбекстан.

Корутунду: 4 айдан 5 жашка чейинки курактагы 18 бейтап изилденди. Изилдөөнүн
клиника-анамнестикалык, параклиникалык, жана иммунологиялык ыкмалары колдонулду.
Бейтаптар стационарга ич өтүүгө, ич көпкөнгө, кускандарына жана дene салмактын
кемдигине арызданып келишикен. Тамак-аш аллергендерге лимфотоксиндин деңгээлин
изилдөө тоок жумурткасынын белогуна жана уйдун сүтүнө, цитрустарга, уйдун этине,
тооктун этине сезимтадыгын аныктады. Оорунун себеби көпчүлүк учурда тоок
жумурткасынын белогун, уйдун сүтүн жеп-ичүү болду.

Ачкыч сөздөр: тамак-аш аллергиясы, FPIES, Ig E, лимфотоксин.

CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF THE FOOD PROTEIN INDUCED ENTEROCOLITIS SYNDROME IN CHILDREN

*Kamilova A.T.¹, Geller S.I.², Sultankhodjaeva Sh.S.¹,
Dustmukhamedova D.X.¹, Aliева N.R.¹, Ubaykhodjaeva X. T.¹*

Republican Specialized Scientific-Practical Center of Pediatrics of the Ministry of Health¹, Tashkent
Medical Pediatric Institute²,
Tashkent, Uzbekistan.

Resume: in the study were involved 18 patients aged 4 months to 5 years. For diagnosis were used clinicoanamnestic, paraclinical, and immunological methods.

The patients came to the hospital complaining of diarrhea, abdominal distension, vomiting, and weight loss. Research of lymphotoxin level to food allergens set sensitization to egg white and cow's milk, citrus fruits, beef, chicken meat. Leading causative factors of the disease were egg, cow's milk.

Key words: food allergy, FPIES, Ig E, lymphotoxin.

Актуальность. Тенденцией последнего столетия стал рост частоты аллергических заболеваний среди детей, причем в каждом третьем случае (34,2%) они проявляются только гастроинтестинальными симптомами [1]. Особенна актуальна данная проблема в педиатрической практике. Именно в детском возрасте формируется сенсибилизация организма к различным аллергенам и первичную роль в этом играет пищевая гиперчувствительность. В генезе развития гастроинтестинальных признаков лежат в основном IgE-зависимые, клеточно-опосредованные или смешанные патогенетические механизмы. Одним из таких вариантов является синдром энтероколита, индуцированного белками пищи. Наиболее характерными симптомами заболевания являются повторяющаяся изнуряющая рвота и диарея, которые возникают через 2-6 часов после употребления причинно-значимой пищи и обычно сопровождаются бледностью и летаргией [2]. Несмотря на то, что данный синдром постоянно изучается специалистами разных сфер, все равно картина энтероколита, индуцированного белками пищи имеет много «белых пятен». Так, до сих пор точно не известны механизмы развития, не разработаны единые стандарты диагностики и лечения.

Целью данного исследования являлось изучение клинико-анамнестических и лабораторных особенностей FPIES у детей.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте от 4 месяцев до 5 лет, из них 10 мальчиков и 8 девочек. Средний возраст обратившихся составил $15,6 \pm 4,5$ месяцев, а клинической манифестации – $2,5 \pm 0,5$ месяца. В ходе работы все пациенты были разделены на 4 группы по возрасту возникновения первых симптомов. Так, у 12 детей (67%) первые клинические проявления отмечались в периоде до 6 месяцев, следующая группа включала в себя 3 пациентов (16%), в ней начало заболевания наблюдалось с 6 до 12 месяцев. 2 пациентов (11%) вошли в возрастной период от 12 до 24 месяцев, старше 24 месяцев – 1 ребенок. Для установления диагноза были использованы клинико-анамнестические, параклинические (общий анализ крови, копрология, кал на скрытое кровотечение, общий белок), и иммунологические (Ig E общий, Ig E специфический к пищевым антигенам методом ИФА, определение лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к аллергенам) исследования. Сущность теста по «определению лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к аллергенам» заключается в обнаружении и определении концентрации лимфотоксина в надосадочной жидкости культур Т-лимфоцитов, полученной после стимуляции клеток пищевыми антигенами. В случае положительной реакции происходит изменение длины волны опытного образца лимфоидных клеток (стимулированная аллергенами проба) на спектрофотометре по сравнению с контрольной (не стимулированной) пробой. Количество лимфотоксина выражается в условных токсических единицах (UTE). [3]. Физическое развитие пациентов оценивалось по критериям ВОЗ (2006).

Результаты и обсуждение. При изучении анамнеза всех пациентов было установлено следующее: у 33% (6 детей) наследственность была отягощена по аллергоанамнезу, из них у 3 аллергическими заболеваниями страдала мать, у 1 – только отец, и у 2 – оба родителя.

Несмотря на то, что в рационе 9 (50%) пациентов присутствовало исключительно молоко матери, клиника заболевания у них наблюдалась с первых месяцев жизни, что подтверждает факт возможности развития аллергии у детей и на грудном

вскормливании [4]. Около 40% матерей связывали развитие симптомов с конкретным продуктом, таким как коровье молоко и его производные. Каждая их попытка ввести в рацион ребенка творог, кефир или молочную кашу приводила к неприятным последствиям. Основная часть пациентов поступила в стационар с жалобами на диарею неясной этиологии (83%), вздутие живота, (67%), рвоту (44%). Диарея возникала в среднем через 6 часов после употребления предполагаемого аллергена и сопровождалась беспокойством, сменяющимся слабостью. Рвота наблюдалась у 8 больных, ее объем варьировал от незначительного срыгивания до фонтанной. Средняя частота составила 5 ± 2 раз. У трети пациентов рвота появлялась в течение 1,5–2 часов после еды, у оставшейся части в течение 5–10 минут. Из общих симптомов большинство детей имели плохой аппетит и беспокойный сон, матери замечали частые перемены настроения. 9 пациентов (50%) имели выраженное отставание в физическом развитии (МРИ ≤ 3 СО), у остальных был умеренный дефицит веса (МРИ ≤ 2 СО). Больше половины обследованных детей (11) состояло на диспансерном учете у невролога с диагнозом – последствия перинатального поражения нервной системы, задержка моторного развития. У 5 больных (30%) отмечался сопутствующий аллергический фон: наличие в анамнезе обструктивного бронхита, экссудативно-катарального диатеза в раннем детстве, аллергического дерматита.

Результаты лабораторных исследований свидетельствовали о наличии у всех пациентов анемии средней и легкой степени, средний уровень гемоглобина составил $100,9 \pm 4$ г/л. Снижение уровня общего белка крови было более выраженным, так средний показатель равнялся $62,1 \pm 3,8$, а у 4 пациентов опустился до отметки 52 г/л. Семь из 18 детей (40%) имели тромбоцитоз – $(400 \pm 10) \times 10^9$. Остальные показатели крови были без патологии. В общем анализе кала – выраженная стеаторея 1 и 2 типа, отмечалась у 8 пациентов, умеренная стеаторея – у 9 детей. Наличие крахмала в большом количестве в кале было обнаружено у 5 пациентов. У 3 пациентов в кале присутствовало увеличенное количество лейкоцитов (более 10 в поле зрения). Кристаллы билирубина обнаружились в кале у 7 пациентов, следовательно, в процесс был вовлечен не только кишечник, но и другие органы пищеварения. Кал на скрытое кровотечение был положительным у 2 пациентов.

При определении общего и специфического IgE к коровьему молоку и глютену было установлено, что у 30% (6 пациентов) отмечался повышенный уровень общего Ig E, достигающий значения $73,3 \pm 8$ МЕ/мл, при норме от 0 до 20 МЕ/мл. У остальных пациентов (50%/9 детей) уровень общего Ig E не превышал возрастной нормы, что подтверждает клеточно-опосредованный путь развития FPIES. В группе обследованных нами больных значения специфических Ig E к коровьему молоку и глютену были отрицательными, однако это не исключает возможности участия в патогенезе заболевания IgE – зависимого механизма, так как местный синтез IgE и сенсибилизация тучных клеток могут происходить и в отсутствие специфического IgE в кровотоке [5].

Результаты исследования лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов к пищевым аллергенам продемонстрировали, что чаще всего имеется сенсибилизация к белку куриного яйца и коровьему молоку (87% обследуемых), цитрусовым (75%), говядине (62,5%), мясу курицы (50%).

Среднее значение лимфотоксина по куриному яйцу составляло: $56,5 \pm 8$ UTE, по цитрусовым 57 ± 9 UTE, по говядине $55,2 \pm 6,5$ UTE, по куриному мясу $32,5 \pm 8,5$ UTE, по молоку 18 ± 8 UTE. Прослеживалась определенная зависимость между значениями сенсибилизованных лимфоцитов к различным пищевым аллергенам и возрастом детей. Так, у большинства детей (10/55%) до года таковым являлось коровье молоко, после введения прикорма спектр «виновных» продуктов расширялся (куриное яйцо, говядина и курятину, цитрусовые). После года отмечен рост влияния цитрусовых, который составил (11/61%). У большинства пациентов старше 6 месяцев отмечалась поливалентная пищевая аллергия.

Основу лечения составляла элиминационная диета с исключением причинного аллергена. С учетом того, что большинство детей имели повышенную чувствительность к коровьему молоку, то из их рациона полностью была убрана пища, содержащая данный продукт или его производные. Если пациент находился на грудном вскармливании, то безмолочная диета назначалась матери. Всем детям на искусственном или смешанном вскармливании мы давали специальные смеси на основе высокого гидролиза сывороточных белков, такие как Nutrilon Пепти Гастро или Nutrilak Пептиди ТСЦ в возрастных объемах. У 3 детей старше 6 месяцев использовалась смесь на основе изолята соевого белка Nutrilak и Nutrilon соя. Улучшение состояния отмечалось уже на следующие сутки: рвота прекратилась у всех детей, на полную нормализацию стула хоть и потребовалось чуть больше времени, но его частота прогрессивно уменьшалась. В качестве прикорма нами использовались безмолочные рисовые и кукурузные каши, обогащенные необходимыми микронутриентами. С целью предотвращения возникновения перекрестных реакций между белками коровьего молока и говядины детям давались мясные блюда из крольчатины или индейки.

Лекарственная терапия включала в себя использование антигистаминных и ферментных препаратов, сорбентов. Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 10 ± 2 дня. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии, с прибавкой в весе минимум 500 гр. Родителям были даны четкие рекомендации по питанию в течение года. Через 6 месяцев после выписки мы произвели повторную оценку состояния наших пациентов. Так, у 15 детей больше не наблюдалось симптомов заболевания, они регулярно набирали вес (в среднем каждый ребенок прибавил 1-2 килограмма за текущие месяцы), диета строго соблюдалась. У 2 пациентов значительного улучшения состояния не наблюдалось в связи с наличием сопутствующих неврологических патологий, но в целом жалоб стало меньше. Мать 1 ребенка периодически нарушала его диету, что приводило к повторному развитию у него клиники энтероколита, индуцированного белками пищи.

Выводы. Синдром энтероколита, индуцированного белками пищи - это тяжелое заболевание, характеризующееся диареей, рвотой и выраженной белково-энергетической недостаточностью. Как правило, в его основе лежит не IgE - зависимая пищевая гиперсенситивность к таким продуктам, как куриное яйцо, коровье молоко, цитрусовые, говядина. Была установлена зависимость между возрастом больных и увеличением количества повышенной чувствительности к пищевым аллергенам. В основу лечения легли элиминационные мероприятия с исключением причинных аллергенов, коррекция рациона больных, назначение ферментных препаратов и сорбентов.

Список литературы:

1. *Gastrointestinal Food Allergy in Infants* Hideaki Morita 1,2, Ichiro Nomura1, Akio Matsuda1, Hirohisa Saito1 and Kenji Matsumoto // *Allergology International*. – 2013. – 62. – P. 297-307.
2. Stefano Miceli Sopo, Monica Greco, Serena Monaco, Salvatore Tripodi, Mauro Calvani.- *Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome From Practice to Theory [Tekst]* // *Expert Rev Clin Immunol*. - 2013. - 9(8) .- P. 707-715.
3. Мирзамухамедов Д.М. Диагностическое значение лимфотоксина у детей с атопической бронхиальной астмой [Текст] /Д.М. Мирзамухамедов : Методические рекомендации. - Ташкент. – 1989.
4. Keet C.A. Potential mechanisms for the association between fall birth and food allergy [Tekst] / C.A. Keet, E.C. Matsui, J.H. Savage, D.L. Neuman-Sunshine, J. Skripak, R.D. Peng, et al // *Allergy*. – 2012. – 67. P. 775–782.
5. Host A. Clinical course of cow's milk protein allergy and intolerance [Tekst] / A. Host // *Pediatr Allergy Immunol*. – 1998. – 9 (Suppl 11). – P. 48-52.

**ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**
Кермалиева Б.Б.

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

Резюме: проведен ретроспективный анализ историй болезни 1584 детей с тугоухостью, находившихся на стационарном лечении в отделении оториноларингологии. Определена структура заболеваемости по формам тугоухости, по полу и возрасту пациентов.

Ключевые слова: дети, тугоухость, глухота.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛДАРДЫН ЧАЛА УГУУ
ДАРТЫНЫН КЕЗДУУШУСУ ЖАНА ТУЗУЛУШУ.**
Кермалиева Б.Б.

*Улуттук эне жана баланы коргоо борбору,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.*

Кортунду: болумдо кулактын чала угуу дарты менен ооруган 1584 балага ретроспективдуу анализ жүргүзүлдү. Оорунун тузулушу чала угуу дартынын турлуу, жынысы жана жашы боюнча аныкталды.

Ачкыч создор: балдар, чала угуу дарты, дулой.

**FREQUENCY AND STRUCTURE OF BRADYACUAIS OF CHILDREN IN
THE KYRGYZ REPUBLIC**
Kermalieva B.B.

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

Resume: passed retrospective analysis of case histories of 1584 children with bradyacuas, who are hospitalized in the department of otorhinolaryngology. The structure of morbidity is defined by different forms of bradyacuas, by age and sex of patients.

Key words: children, bradyacuas, deafness.

Актуальность. Проблема тугоухости и глухоты у детей имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Врожденный или рано приобретенный недостаток слуха, даже небольшое его снижение, влечет за собой не только речевые, но и интеллектуальные, тяжелые эмоциональные и социально-психологические нарушения в развитии ребенка [1, 2]. Нарушения слуха у детей занимают одно из ведущих мест в структуре инвалидности [3].

По данным имеющихся публикаций, в России насчитывается более 13 млн. слабослышащих, среди них более 1 млн. составляют дети. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с глубокой тугоухостью или тотальной глухотой, а в течение первых 3-х лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей [4]. Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2013 год показывают, что почти 360 миллионов людей имеют нарушения слуха, в том числе 32 миллиона детей [5]. По результатам 10-летнего скринингового исследования Института физиологии и патологии слуха в Варшаве, нарушения звуковосприятия у новорожденных диагностируется у 4-5 на 1000 родившихся, а у детей первого года жизни у 2-4% [6].

Для Кыргызской Республики, как и для других стран СНГ, проблема усугубляется тем, что в силу определенных социально-экономических изменений произошел существенный рост распространенности нарушений слуха, повлекший за собой

ухудшение качества жизни, инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных данного профиля.

По результатам статистических материалов Республиканского медико-информационного центра Кыргызской Республики за период 2001-2010 гг. ежегодно в медицинские учреждения обращается по поводу потери слуха в среднем 3,9 тысяч человек, из которых у 1,5 тысяч пациентов диагноз потери слуха выявляется впервые жизни [7].

До настоящего времени в Кыргызской Республике нет единого подхода к учету лиц с нарушениями слуха, превалирует учет по обращаемости пациентов в специализированные кабинеты. Отсутствие полноценной статистики затрудняет планирование требуемых объемов помощи. При этом хорошо известно, что чем раньше выявляются нарушения слуха и начинаются реабилитационные мероприятия, тем лучше показатели речевого и психосоматического развития.

Создавшееся положение определяет актуальность проблемы разработки методов исследования слуха, которые являются основой для проведения наиболее рациональных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Цель исследования - представить динамику частоты и структуры тухоухости у детей по данным специализированной клиники за 2004-2012 гг.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе отделения оториноларингологии Национального центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики. В группу исследования включены все дети, госпитализированные в отделение оториноларингологии с 2004 по 2012 годы с различной формой и степенью тухоухости. Исследование включало анализ жалоб, анамнеза болезни и жизни, клинический осмотр ЛОР-органов: отоскопия, передняя риноскопия, мезофарингоскопия. Для диагностики нарушений слуха использовались тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, акустическая рефлексометрия и отоакустическая эмиссия. Измерение порогов воздушной проводимости осуществлялось на частотах 125-8000 Гц. За период с 2004 по 2012 годы в ЛОР-отделение госпитализировано всего 6973 детей, из них 1584 детей с тухоухостью.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных детей со сниженным слухом было 754 (47.6%) мальчика и 830 (52.4%) девочек. Чаще дети с тухоухостью выявлялись после 3-х лет и даже старше 7-ми лет, у детей грудного возраста (1.51%) и раннего возраста (17.1%) частота выявляемости ниже. Это объясняется в основном отсутствием ЛОР-врачей и сурдологов в регионах. В Кыргызской Республике до настоящего времени нет национальной программы по скринингу слуха, поэтому возможности выявления снижения слуха и глухоты ограничены. Это в дальнейшем отрицательно сказывается на восстановлении слуха при реабилитации, что обуславливает рост детей с инвалидизацией (табл. 1).

Таблица 1 - Возрастной состав пациентов с тухоухостью и глухотой

Возраст в годах	Число обследованных	
	абс.	%
0-1	24	1,51
1-3	271	17,13
3-7	479	30,23
7-14	810	51,13
Всего	1584	100

Наиболее высокие показатели тухоухости отмечались в 2007 г., причем они в 7,4 раза превышали частоту тухоухости в 2004 г., что связано с улучшением оториноларингологической службы в районах Республики. В последующие пять лет (2008-2012 гг.) частота тухоухости была на уровне 12,00%-15,21% с небольшими

колебаниями, при этом наиболее высокий уровень госпитализированных детей отмечен в 2012 г. (рис. 1).

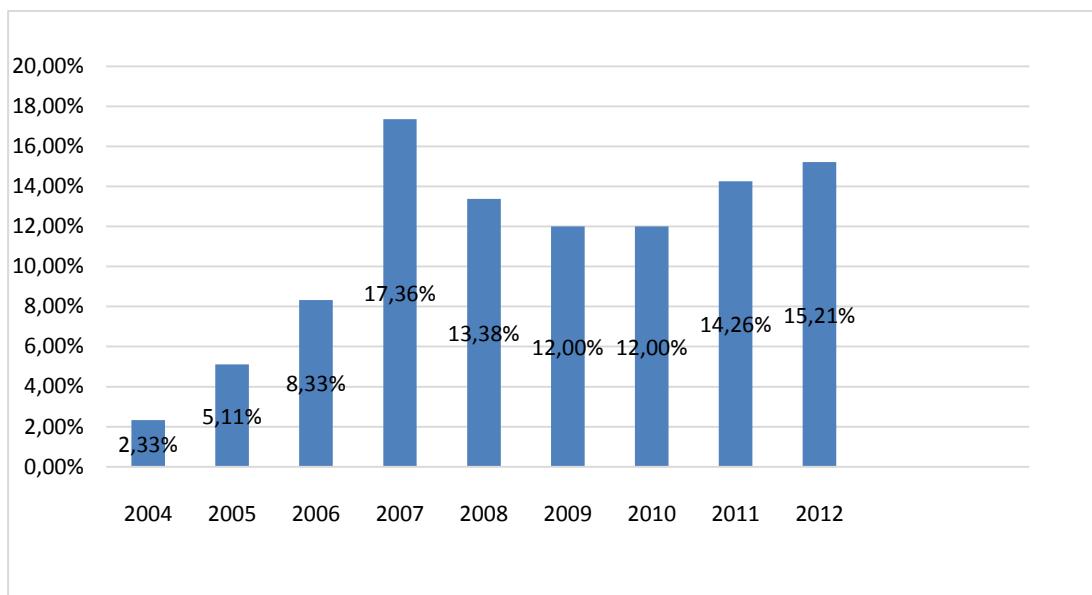


Рис. 1. Динамика частоты тухоухости у детей за 2004-2012 гг.

Как видно из рис. 1, число пролеченных в отделении детей с тухоухостью с 2004 по 2012 гг увеличилась с 2,33% до 15,2%.

Преобладала обращаемость пациентов из Чуйской области, что обусловлено миграционными патоками и расположением поблизости от столицы Республики, где имеются основные медицинские центры. Распределение обследованных детей по степени снижения слуха представлено в табл. 2.

Таблица 2 - Распределение обследованных детей по регионам.

Регионы	Количество пациентов	
	абс. число	%
Город Бишкек	227	14,33
Чуйская область	408	25,75
Иссык-Кульская область	263	16,6
Нарынская область	209	13,2
Таласская область	205	12,94
Баткенская область	105	6,62
Жалал-Абадская область	103	6,5
Ошская область	64	4,04
Всего	1584	100

Все степени снижения слуха представлены среди обследованных в равном соотношении, и выявлены у 380-404 пациентов, полная глухота (>90 Дб) выявлена у 19 детей. Обращает на себя внимание высокий уровень числа детей с 1-ой и 2-ой степенью тухоухости. Данный факт указывает на необходимость максимального приближения сурдологической помощи к пациентам и широкого внедрения реабилитационных программ среди пациентов с тухоухостью (рис. 2).

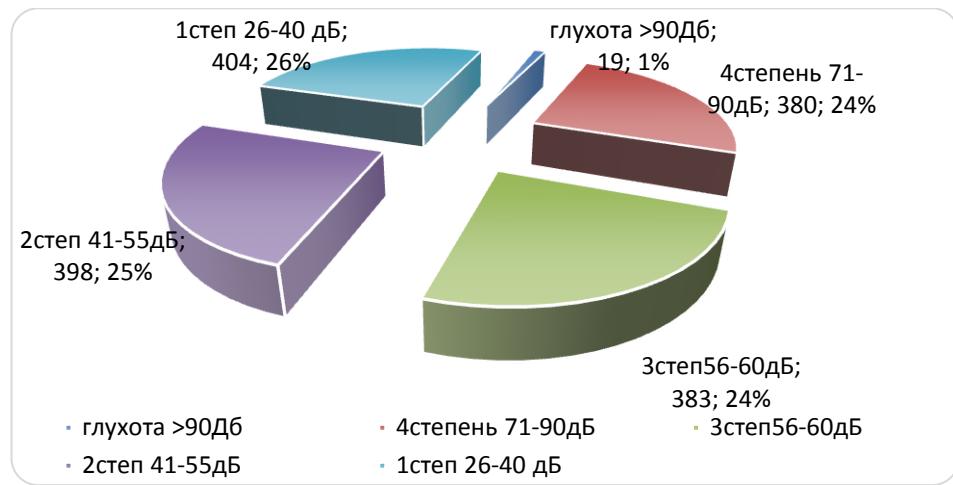


Рис. 2. Распределение пациентов по степени снижения слуха.

По формам из числа 1584 детей с тугоухостью, пролеченных в отделении, у 267 была диагностирована врожденная форма тугоухости, у остальных 1317 установлена приобретенная тугоухость, причинами которой были: воспалительные заболевания среднего уха, инфекционные заболевания, нейроинфекции (менингит, менингоэнцефалит), осложнения после прививки АКДС, черепно-мозговая травма; интоксикации, включая вызванные ототоксическими лекарственными средствами (рис. 3).



Рис. 3. Распределение больных по формам тугоухости.

Выходы:

1. Тугоухость выявляется преимущественно среди детей с 7 до 14 лет (51,1%).
2. В структуре тугоухости установлено равное соотношение всех степеней тугоухости среди детей и минимальное количество глухоты.
3. Сведения о распространенности тугоухости среди детей в КР обосновывают необходимость расширения сурдологической службы, приближения ее к населению и широкого внедрения реабилитационных программ среди детей со снижением слуха.

Список литературы:

1. Кисина А.Г. Роль педиатра в ранней диагностике нарушений слуха у детей [Текст] / А.Г. Кисина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2010. - №5. - С. 106-111.
2. Богомильский М.Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство [Текст] / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова: «ГЭОТАР- Медиа», Москва, 2008.-736 с.
3. Щетинина Ю.В. Оценка состояния периферического звена слухового анализатора у детей с перинатальной патологией. [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Ю.В. Щетинина. - Москва, 2002.

4. Маркова М.В. К вопросу о необходимости стандартизации проведения объективных методов исследования слуховой функции при воспалительных заболеваниях уха на поликлиническом этапе [Текст] / М.В Маркова, Н.Н. Алексеева // Вестник оториноларингологии. - 2014.- №2.- С.73-74.

5. Pietro Giordano, R.P. D'Ecclesia. Auditory brainstem responses in high-risk neonates: 3 years' experience at an Italian hospital [Text] / R.P. Pietro Giordano, A. Ortore, // Journal of Hearing Science. - 2014. - Vol. 4. - N. 2. - P. 17-23.

6. Дудник В.М. Современные технологии определения слуха у детей раннего возраста. [Текст] / В.М. Дудник // Перинатология и педиатрия, Украина, 2013 -2. Т. 54. - С.93-96.

7. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М., А.А. Исмаилова, Н.Н. Беднякова: Практическое руководство по аудиологии. - 2014. – С. 5.

УДК 616.32-056.54:053.36

УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Муратов А.А., Нарицына Л.М.,
Кудайбергенова К.А.**

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, разделенных на две группы – 50 условно здоровых новорожденных детей и 102 недоношенных новорожденных детей с I степенью пренатальной гипотрофии. Определено, что уровень кортизола за все 7 дней наблюдения у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией был ниже, чем в контрольной группе, и восстановление данного показателя происходило значительно медленнее. У недоношенных детей с пренатальной гипотрофией низкий уровень кортизола, истощаемость коры надпочечников, артериальная гипотензия приводят к дистресс-синдрому.

Ключевые слова: кортизол, недоношенные дети.

ЭРТЕ НЕОНАТАЛДЫК КУРАГЫНДАГЫ АЗ САЛМАКТА АРА ТӨРӨЛГӨН ҮМҮРКАЙЛАРДЫН КОРТИЗОЛУНУН ДЕҢГЭЭЛИ Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Муратов А.А., Нарицына Л.М., Кудайбергенова К.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутундуу: 35 жумадан 37 жума аралыгында ара төрөлгөн 152 үмүркайга изилдөө жүргүзүлгөн. Алар 2 топко болунгөн: 50 үмүркай шарттуу түрдө дени сак жана 102 үмүркай аз салмактагы ара төрөлгөндөр болгон. Жогоруда аталган үмүркайлардын кортизолунун деңгээли дени сак үмүркайлардына салыштырганда төмөн болгон жана калыбына кеч келген. Аз салмактагы ара төрөлгөн үмүркайлардын кортизолунун деңгээлинин жана кан басымынын төмөндүгү бөйрөк үстүндөгү бездин иштешин жасырлантып өткөнүн иштөөсүнүн бузулушуна алып келет.

Ачкыч сөздөр: кортизол, ара төрөлгөн үмүркайлар.

CORTISONE LEVEL IN PRETERM CHILDREN WITH PRENATAL HYPOTROPHY IN THE EARLY NEONATAL PERIOD Kudajarov D.K., Vychigzhanina N.V., Muratov A.A., Naritsyna L.M., Kudajbergenova K.A.

Resume: Research of 152 preterm newborns with gestational age from 35 up to 37 weeks divided into two groups – conditionally healthy 50 newborn children and 102 preterm newborns with prenatal hypotrophy of I degree – is carried out. It is defined, that cortisone level for all 7 days of supervision in preterm children with prenatal hypotrophy was lower, than in control group, and restoration of the given indicator occurred much more slowly. In preterm children with prenatal hypotrophy low level of cortisone, emaciation of adrenal glands cortex, an arterial hypotension lead to a distress-syndrome which is manifested in the form of primary pulmonary atelectases.

Key words: cortisone, preterm children.

Состояние эндокринной системы у матери и плода в значительной степени определяет адаптацию новорожденных детей к внеутробной жизни. Функции эндокринной системы недоношенного новорожденного ребенка предопределяют компенсаторно-приспособительные реакции в течении неонатального периода.

Содержание кортизола, в крови плода нарастает в последние недели беременности, свидетельствуя о структурно-функциональной зрелости дефинитивной коры надпочечников [3, 4, 7, 8]. Исследованиями Field T. с соавт. [9] показано, что дети, рожденные от матерей, имеющих высокие показатели кортизола, были с более коротким гестационным возрастом и более низкой массой при рождении.

По данным Н.П. Шабалова [2], уровень кортизола в пуповинной крови у новорожденных колеблется в пределах 138-469 нмоль/л, на 1-7 дней – от 55 до 304 нмоль/л. При хронической фето-плацентарной недостаточности в стадии компенсации концентрация кортизола в пуповинной крови составляет $95,1 \pm 2,37$ нг/мл, субкомпенсации – $145,4 \pm 8,56$ нг/мл, декомпенсации – $75,4 \pm 14,5$ нг/мл [3, 4]. Имеются противоречивые сведения по уровню кортизола в крови у недоношенных и маловесных детей. Так, по данным Е.В. Нагаевой [6], на момент рождения недоношенного или маловесного ребенка глюкокортикоидная функция надпочечников недостаточна вследствие морффункциональной незрелости коры надпочечников, что сопровождается транзиторным гипокортицизмом в первые дни и недели после рождения. Сниженная секреция кортизола к моменту рождения приводит к тяжелому дистресс-синдрому [1, 5, 6].

Цель настоящей работы явилось изучение уровня кортизола в пуповинной крови у недоношенных детей с преатальной гипотрофией в течение раннего неонатального периода, и определить его клиническое значение.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 152 недоношенных новорожденных ребенка с гестационным возрастом от 35 до 37 недель. Все недоношенные дети были подразделены на две группы. Основная группа состояла из 102 недоношенных новорожденных детей с I степенью преатальной гипотрофии. Контрольную группу составили 50 условно здоровых недоношенных новорожденных детей.

У всех детей, включенных в исследование в течение раннего неонатального периода, ежедневно исследовали уровень кортизола в сыворотке пуповинной крови.

Результаты исследования и их обсуждение. В наших исследованиях выявлено значительное снижение уровня кортизола в пуповинной крови у недоношенных детей (табл.). Причем уровень кортизола в пуповинной крови у недоношенных детей с преатальной гипотрофией был ниже, чем у недоношенных детей контрольной группы. На родовой стресс все недоношенные новорожденные дети реагировали повышением уровня кортизола сразу же после рождения, что свидетельствовало о структурно-функциональной зрелости дефинитивной коры надпочечников.

В то же время на родовой стресс недоношенные дети контрольной группы ответили более высоким повышением уровня кортизола в крови в первые сутки, чем дети основной группы (на 47,29 против 26,48 нмоль/л). Далее отмечалось снижение уровня кортизола в

обеих исследованных группах. Уровень кортизола в течение 7 дней наблюдения был достоверно ниже у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией, чем у детей контрольной группы. Необходимо отметить, что снижение уровня кортизола у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией продолжалось до 4-х суток, а у недоношенных детей без пренатальной гипотрофии уровень кортизола восстановился к 4-м суткам жизни. Уровень кортизола в крови детей основной группы достиг исходного только к 6-м суткам.

Таблица - Уровень кортизола в крови у недоношенных детей (нмоль/л).

Сутки жизни	Содержание кортизола, нг/мл	
	Контрольная группа	Основная группа
Пуповинная кровь	127,61±6,94	101,09±8,52***
1 сутки	174,86±8,07	127,57±11***
2 сутки	116,25±6,79	78,55±5,0***
3 сутки	106,00±4,69	91,2±6,8**
4 сутки	128,17±9,05	59,63±2,95***
5 сутки	144,73±8,46	85,06±8,47***
6 сутки	157,25±8,69	102,84±8,1***
7 сутки	153,58±3,88	93,72±5,03***

Примечание: статистически значимые различия обозначены:

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

На фоне низкого уровня кортизола и артериальной гипотензии у новорожденных с пренатальной гипотрофией отмечался тяжелый респираторный дистресс-синдром. Респираторные нарушения отмечались у 81 (79,4%) ребенка с пренатальной гипотрофией. Чаще это был СДР (у 51%). Врожденная пневмония наблюдалась у 5 (4,9%) детей. У большинства обследованных детей при рентгенографии органов грудной клетки выявлен ателектаз, что является проявлением незрелости легких и дефицита сурфактанта у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией.

Заключение. Таким образом, исследование показало, что уровень кортизола в течение первых 7 дней жизни у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией был ниже, чем у недоношенных детей, масса тела которых соответствовало гестационному возрасту. Снижение кортизола у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией продолжалось в течение первых 4-х суток после рождения, тогда как у недоношенных детей без пренатальной гипотрофии к 4-м суткам их жизни его уровень восстановился до исходного. Уровень кортизола в крови у детей с пренатальной гипотрофией достиг исходного только к 6-м суткам их жизни.

Список литературы

1. Ветрова Е. В. *Нарушения местного иммунитета дыхательных путей и их коррекция у недоношенных новорожденных детей с респираторным дистресс-синдромом* [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Е.В. Ветрова - М., 2007.- 27с.
2. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: [Текст] : Справочник / Под ред. проф. Н.П. Шабалова.- М.: МЕДпресс, 2002.- 450с.
3. Додхоев Д. С. *Механизмы задержки внутриутробного развития ребенка при хронической плацентарной недостаточности* [Текст]: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Д.С. Додхоев - Душанбе, 2009.- 36 с.
4. Евсеенко Д.А. *Морфологические изменения в плаценте при осложненном течении беременности и состояние здоровья новорожденных* [Текст] / Д.А. Евсеенко, Н.И. Цирельников // *Педиатрия.* - 2000. - Т №3. - С. 11-13.
5. Евтиюков Г.М. *Синдром дыхательных расстройств (СДР) I типа у новорожденных детей* [Текст] / Г.М. Евтиюков, Д.О. Иванов // *Медицинский реферативный журнал.* - 2005. - www.airspb.ru.

6. Нагаева Е. В. Внутриутробная задержка роста [Текст] / Е.В. Нагаева //Педиатрия. - 2009. - Том 88. - №5. - С. 140-145.
7. Рец Ю.В. Структурно-гормональные проявления хронической плацентарной недостаточности [Текст] / Ю.В. Рец // Акушерство и гинекология. - 2008. - №5. - С. 28-31.
8. Рец Ю. В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать-плацента-плод. Возможности прогнозирования и профилактики акушерских и перинатальных осложнений [Текст]: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Ю.В. Рец - Челябинск, 2010. - 48 с.
9. Field T. Prenatal cortisol, prematurity and low birth weight [Test] / [T. Field, M. Hernandez-Reif, M. Diego et al] // Early Hum Dev. – 2007, Jan. - № 83 (1). - P.47-54.

УДК 616.2-056.716:618.3

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.

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

Резюме: в статье дана комплексная оценка состояния здоровья детей, постоянно проживающих в регионах экологического неблагополучия. Подтверждена необходимость выделения группы детей высокого риска для длительного медицинского мониторинга. Установлены закономерности формирования сочетанной хронической патологии у детей, проживающих в экологически неблагополучных регионах юга Кыргызстана.

Ключевые слова: дети, здоровье, экология, южный регион, Кыргызстан.

КЫРГЫЗСТАН ТУШТУГУНУН ЭКОЛОГИЯЛЫК КООПТУУ АЙМАКТАРЫНДА ЖАШАГАН БАЛДАРДЫН ДЕН СООЛУГУНУН АБАЛЫ

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.

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

Корутунду: макалада ар дайым экологиялык жактан жайсыз аймактарда жашаган балдардын ден соолук абалына комплекстүү баа берилди. Узак медициналык мониторинг учун жогорку коопттуу балдар тобун бөлүүт зарылчылыгы далилденди. Кыргызстандын түштүк экологиялык жактан жайсыз аймактарында жашаган балдардын айкалышкан өнөкөт патологиясынын калыптануу мыйзамдуулугу аныкталды.

Ачыкч сөздөр: балдар, ден соолук, экология, түштүк аймак, Кыргызстан.

THE HEALTH OF CHILDREN LIVING IN THE REGION OF SOUTHERN KYRGYZSTAN ENVIRONMENTAL RISK

Saatov G.M, Furtikova A.B.

Resume: the paper presents a comprehensive assessment of the health of children residing in areas of ecological trouble. It confirmed the need for a group of children at high risk for long-term medical monitoring. The regularities of formation of combined chronic diseases in children living in environmentally disadvantaged areas of southern Kyrgyzstan.

Key words: children, health, ecology, southern region, Kyrgyzstan.

По данным ВОЗ, на формирование здоровья детей оказывает свое влияние не только биологическое начало, но и общие социально-экономические и экологические условия [14].

Для Кыргызстана влияние окружающей среды на здоровье детей являются главной и приоритетной проблемой. Для Кыргызстана, имеющего несколько климатогеографических зон с различным уровнем загрязнения окружающей среды, актуально изучение роли экологических факторов в распространенности врожденной и приобретенной патологии [8, 11].

На карте юга Кыргызстана выделены 12 экологически гетерогенных зон, некоторые из них являются зонами высокого экологического риска: 2-ая зона – хлопкосеющая, 3-я зона – табакосеющая, загрязненная ядохимикатами и алкалоидами табака, 10-ая зона – с повышенным радиационным фоном, т.е. отвалы и хвостохранилища радиоактивных элементов, загрязненная радионуклидами (радоном) почва, вода и воздух (Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной академии наук Кыргызской Республики) [11].

В антенатальном периоде развития детей большую значимость имеют условия микросреды, в которой развивается ребенок. Состояние здоровья матери, качество её жизни и среды, акушерский анамнез, течение беременности и родов являются решающими факторами формирования здоровья ребенка [3].

ВОЗ подтверждает, что индикаторами экологического состояния территории являются новообразования, ВПР, болезни эндокринной системы [14].

В антенатальном периоде большое значение имеет состояние микросреды, в которой развивается эмбрион и плод, а именно здоровье матери, качество ее жизни, течение беременности и родов. По-видимому, в группу экопатологических заболеваний, следует включить и ряд патологических состояний формирующихся с антенатального и постнатального периодов развития ребенка.

У рожениц, постоянно проживающих в условиях экологического риска, подтверждаются реальные предпосылки к развитию хронической фетоплacentарной недостаточности. Исследователи указывают на инвалютивно-дистрофические процессы в плаценте в 60-70% [12]. Важным показателем загрязнения окружающей среды являются выкидыши и мертворождения, при выкидышах удельный вес врожденных пороков, несовместимых с жизнью, достигает 95%.

За 13 лет в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов (городе Майлуу Суу) зарегистрировано 11,59% выкидышей из числа родов, в то время как в городе Ош частота самопроизвольных выкидышей составила 1,75%, что более чем в 6 раз ниже. В городе Майлуу Суу наивысший показатель частоты спонтанных абортов отмечен в 1994 и 1995 годы, составляя 13,97% и 13,05%, а более низкий показатель отмечался в 2001 и 2002 годах, составляя 9,36% и 9% [11].

Наибольший показатель частоты мертворождения выпадает также на 1993 и 1994 годы, составляя соответственно 2% и 2,2%. Наименьший показатель мертворождения выпадает на 2001 и 2002 годы, составляя соответственно, 0,25% и 0,49%. В городе Ош за этот период показатель частоты мертворождения составил в среднем 0,75%, что в 1,5 раза ниже, чем показатель города Майлуу Суу.

Если в регионе хвостохранилищ отмечены годовые колебания частоты выкидышей и мертворождений, то в хлопко - и табакосеющих регионах прослеживаются сезонные колебания. Наиболее высокий процент выкидышей наблюдается в период возделывания табака, достигая 30% и хлопка (23,0%). В этот же период в 2,5-3 раза чаще наблюдались и мертворожденные по сравнению с другими периодами года [6, 12].

При обследовании удаленных во время операций и секций участков органов детей с врожденными пороками развития на содержания хлорорганических пестицидов (ХОП) исследователи подтвердили то, что причиной образования ВПР являются токсические вещества радиоактивных отходов, табака и пестициды [6].

У рожениц, проживавших в регионе высокого радиационного фона городе Майлуу-Суу определено высокое содержание в плаценте урана, тория – радиоактивных элементов, которых в организме не должно быть вообще [6, 12].

С концентрацией пестицидов в плаценте женщин, проживающих в хлопко- и табакосеющих регионах, коррелировала частота осложнений новорожденных: внутриутробная гипоксия, в/у гипотрофия, нарушения мозгового кровообращения, синдром дыхательных расстройств, ВПР [7].

Особую тревогу вызывает увеличения удельного веса детей ВПР в регионах высокого экологического риска. В структуре факторов, определяющих высокий риск зачатия плода с ВПР, при наличии социально-гигиенических и биологических факторов, доминировали медицинские факторы. Надо признать, что все эти перечисленные проявления могут быть вызваны токсическим влиянием внешней среды на организм женщины: отягощенный акушерский анамнез предыдущих беременностей, эпизод мертворождения, случай смерти ребенка по неизвестной причине преимущественно на первом году жизни, более одного выкидыша на ранних сроках беременности, малые сроки между беременностями (до 2 лет), не леченная УГИ, соматические заболевания у женщины и мужчины [12].

Среди факторов, подтверждающих вероятность сформированного ВПР у плода, выделены только медицинские факторы, среди которых доминировали признаки позднего гестоза, предполагаемая низкая масса плода, интервал между последней и настоящей беременностью до 2 лет, перенесенная ОРВИ, угроза выкидыша, нелеченная соматическая патология.

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

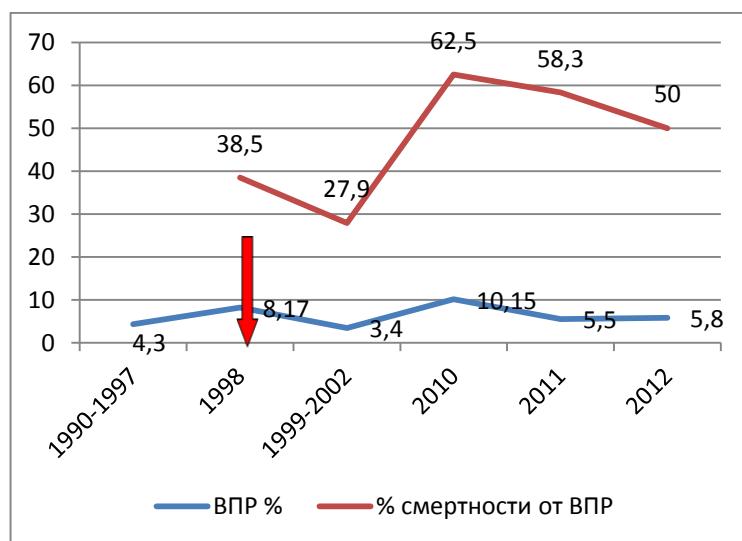


Рис. 1. Динамика частоты рождения детей с ВПР процент смертности в связи с ВПР из числа родившихся живыми (%) (по данным родильного отделения ЦОВП города Майлуу Суу).

Уровень регистрации ВПС среди детского населения с 2003 по 2005 годы преобладал в Джалалабадской области, с 2006 по 2009 годы - в Ошской области, и с 2010 вновь возрос уровень регистрации ВПС в Джалалабадской области.

В городе Майлуу Суу отмечается самый высокий уровень заболеваемости врожденными аномалиями развития сердца и сосудов даже в сравнении с другими регионами Джалалабадской области (уровень распространенности колеблется за последние 10 лет от 1312,3 до 829,0 на 100 тыс. детского населения), превышают областной уровень в разные годы в 10-22 раз (от 90,1% до 95,6%) (рис. 2).

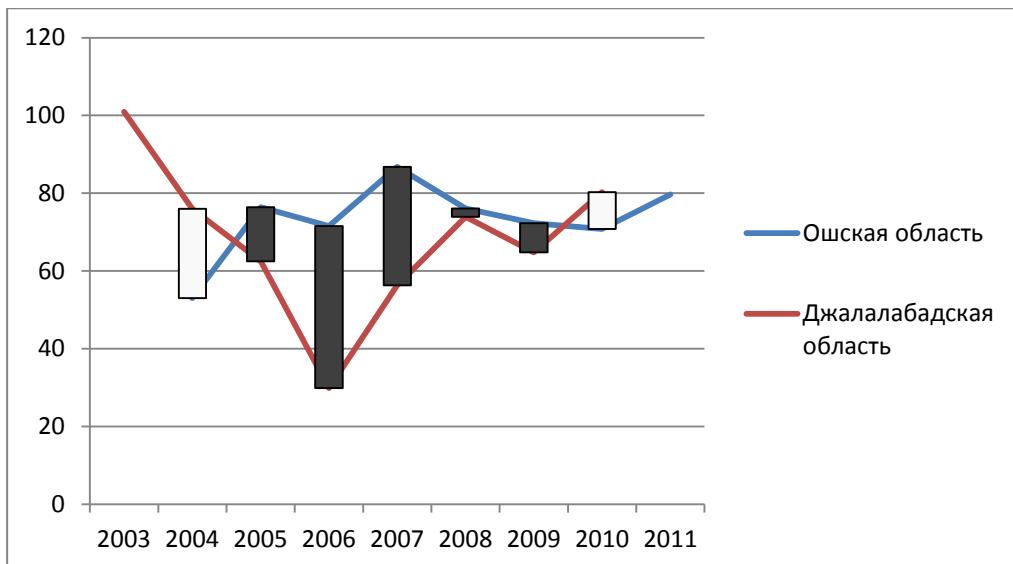


Рис. 2. Динамика показателей распространенности врожденных аномалий сердца по обращаемости детского населения в Ошской и Джаянбадской областях (на 100000 детского населения) (РМИЦ МЗ КР).

В районах Ошской области наибольшее количество детей с ВПС зарегистрировано в хлопкосеющих регионах (Араванском и Кара Суйском районах), табакосеющем регионе – (Ноокатском районе). Однако, средний уровень распространенности ВПС в Араванской районе Ошской области был в десятки раз ниже, чем в городе Майлуу Суу Джаянбадской области.

Важнейшим показателем состояния здоровья детей является их физическое развитие. Это универсальный диагностический «ключ» для определения риска развития заболеваний. У детей табаководческого села, отмечаются самые низкие показатели питания по стандартам ВОЗ. Ретардация – основная отрицательная тенденция физических показателей детей с дисгармоничным развитием. По результатам исследований самый высокий процент явно дисгармоничного развития наблюдается у мальчиков и девочек с. Ноокена, на которых воздействует комплекс экологических риск-факторов [1,2].

Дефицит массы тела ребенка достоверно чаще отмечается в экологически неблагополучном регионе, преимущественно в табакосеющем.

Частота железодефицитных анемий также выше у детей в условиях экологического неблагополучия [2].

Таким образом, вполне закономерно использовать рассмотренные показатели здоровья населения проживающих в регионах экологического риска как индикаторы экологического состояния территорий:

- состояние репродуктивной функции женщин (состояние репродуктивной функции женщин, которое непосредственно отражает реакцию на изменение среды обитания);
- патологические состояния новорожденных – хроническая внутриутробная гипоксия плода, железодефицитные анемии, внутриутробная гипоксия, в/у гипотрофия, нарушения мозгового кровообращения, синдром дыхательных расстройств;
- дисгармоничное развитие ребенка, дефицит массы тела.

С целью выделения экологически детерминированных синдромов, острой и хронической экообусловленной патологии нами использовалась формулировка экологических синдромов по классификации Ю.Е.Вельтищева и В.В.Фокеевой (1996). В зависимости от наличия и вида «экологического» диагноза были выделены подгруппы детей: с синдромом экологической дезадаптации (СЭД), синдром специфической химической и /или радиационного гиперчувствительности (СХГ/СРГ), синдром хронической интоксикации (СХИ).

Большинство ученых считают, что во всех случаях хронического антропогенного воздействия, не достигающего токсического, существует ряд общих механизмов "запуска" и прогрессирования патологического процесса, связанных с влиянием токсических агентов на иммунную систему. На этом фоне в иммунной системе развивается две фазы изменений - естественная стимуляция и следующее за этим, в случае отсутствия компенсации - ослабление адаптационных механизмов. Вероятно, если иммунологические механизмы блокируют токсический антиген на уровне барьерных органов (дыхательный, пищеварительный тракт, мочевыводящая система) или хотя бы на уровне региональных лимфатических узлов, то ребенок приспосабливается к избыточным токсическим нагрузкам и не заболевает. Если же адаптация не наступает, то, по-видимому, развивается сенсибилизация к этим антигенам с последующим антителообразованием, нередко возникновением иммунопатологических реакций, протекающих преимущественно в виде инфекционного и/или аллергического синдромов. Эти синдромы характеризуются в первую очередь рецидивирующими острыми респираторными заболеваниями, аллергическими болезнями, и, по-видимому, сопровождаются гипертрофией лимфоидной системы [4, 5, 7].

По данным официальных отчетов ЛПУ города Майлуу Суу главной причиной смерти детей в 2004-2005 годах были ВПР, и в первую очередь в связи с ВПС. ВПС встречаются от 46,1+ % до 58,6+% родившихся детей с ВПР. В 1998 и 2010 годах отмечен также высокий уровень смертности новорожденных детей в связи с ВПС (38,5% и 62.5%, соответственно). Отмечен высокий уровень смертности детей в связи болезнями органов дыхания, перинатальными причинами, а также от воздействия внешних причин (травмы и отравления).

Диагноз экообусловленного заболевания устанавливался по номенклатуре МКБ X «Последствия воздействия внешних причин» по рубрике Т-98 и «Проблемы связанные с физическими факторами окружающей среды» по рубрике Z 58.1-58.9.

Критериями диагностики были:

1. Проживание детей в регионе высокого риска более 5 лет.
2. Наличие 2 и более фоновых состояний в сочетании с 3 и более хроническими соматическими заболеваниями.
3. Резистентность к терапии хронических болезней.

В регионах экологического риска юга КР чаще, чем в зоне относительного экологического благополучия обнаруживались основные клинические формы экопатологии и хронические заболевания, обеспечивающие высокий уровень инвалидизации детей.

Социально-значимые врожденные аномалии развития органов кровообращения (врожденные пороки сердца (ВПС) и малые аномалии развития сердца (МАРС) достоверно чаще регистрировались в регионах хвостохранилищ ядерных отходов, что обеспечило более высокую долю этой патологии в структуре инвалидности детей.

Из числа обследованных детей, постоянно проживающих в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов, 52,6% детей имеют хронические заболевания, в табакосеющем регионе – 49,3%, в хлопкосеющем регионе – 48,9%, что почти в два раза превышает данный показатель у детей, проживающих в зоне относительного экологического благополучия (28,2%) (табл. 1).

В различных зонах экологического неблагополучия выявлено до 3-х хронических заболеваний в среднем от 44,8% и до 48,4% детей, и более 3-х заболеваний - от 3,8 до 4,2% детей. Экообусловленные заболевания выявлены у 6,2% детей в городе Майлуу Суу, у 3,8% - в табакосеющем регионе, у 4,1% - в хлопкосеющем регионе (табл. 2).

В структуре фоновых состояний у умерших детей доминировали анемия (в разные годы от 46% до 26%), далее по частоте тимомегалия (от 18% до 5%). Тимомегалию можно рассматривать как проявление адаптационных механизмов на фоне постоянного воздействия высокой техногенной нагрузки на организм ребенка.

Таблица 1 - Частота основных синдромов экопатологии у детей, постоянно проживающих в зонах экологического риска (%).

<i>Синдромы экопатологии</i>	<i>Регион хвостохранилищ (n=190)</i>	<i>Табакосеющий регион (n=215)</i>	<i>Хлопкосеющий регион (n=340)</i>	<i>Экологически благополучный регион (n=170)</i>
Синдром экологической дезадаптации	75,7	71,8	76,1	68,2
Синдром специфической химической/радиационной гиперчувствительности	12,5	10,5	11,4	3,6
Синдром хронической интоксикации	11,7	8,6	9,1	4,2
Хронические болезни	52,6	49,3	48,9	28,2
ВПС и МАРС	51,6	22,36	23,8	23,3
Социально значимые последствия хронических заболеваний (инвалидность)	6,3	4,18	4,1	3,5

Таблица 2 - Среднее количество хронических сочетанных заболеваний у детей, проживающих в зонах экологического неблагополучия

	<i>Регион хвостохранилищ (Ноокенский район и г.Майлуу-Суу Джалаалабадской области)</i>	<i>Табакосеющий регион (Наукатский район Ошской области)</i>	<i>Хлопкосеющий регион (Араванский и Карасуйский район Ошской области)</i>	<i>Экологически благополучный регион (Алайский район Ошской области)</i>
% детей имеющих до 3 хронических заболеваний	48,4	45,5	44,8	25,8
% детей имеющих более 3 хронических заболеваний	6,2	3,8	4,1	2,4
Среднее количество хронических сочетанных заболеваний	4,7	4,2	4,3	2,7

Выделены наиболее значимые критерии прогнозирования высокого риска развития хронических заболеваний у детей, проживающих в регионах экологического неблагополучия: инфекционный и инфекционно-аллергический синдромы, повышенная степень стигмации, снижение неспецифической резистентности в виде лейкоцитопении и лимфопении, гиперреакция на туберкулиновую пробу, тимомегалия, что является по-видимому, неспецифической основой для возникновения и хронизации патологических процессов (табл. 3).

Выделенные признаки помогут ориентироваться в прогнозе формирования сочетанных хронических заболеваний у детей, постоянно проживающих в регионах экологического неблагополучия, что позволит выделить группы риска, а, следовательно, определить терапевтическую тактику, что окажет определенное влияние на снижение частоты рецидивов, хронизации и инвалидности.

Вероятность формирования экообусловленных сочетанных хронических заболеваний у детей в регионах экологического риска увеличивается при наличии вышеперечисленных признаков в 1,5 и 1,6 раз.

Таблица 3 - Частота выявления признаков, прогнозирующих риск формирования экообусловленных врожденных и сочетанных хронических заболеваний у детей, проживающих в зонах экологического неблагополучия

Признаки	Регион хвостохранилищ (n=190)	Табакосеющий регион (n=215)	Хлопкосеющий регион (n=340)
Сочетание инфекционного и аллергического синдромов	27,8	24,6	24,9
Повышение количества стигм дисэмбриогенеза в 2 - 2,5 раза по сравнению с контрольной группой	35,0	19,3	20,3
Лейко- и лимфопения	11,5	8,0	9,5
Гиперреакция на туберкулиновую пробу	5,5	5,8	6,7
Тимомегалия	18,5	8,5	9,2

Медико-экологическая реабилитация предусматривает проведение природоохранных мер. Другим важным направлением является неспецифическая медико-терапевтическая тактика, основанная на профилактической иммунокоррекции с применением препаратов, обладающих общим стимулирующим действием, что приводит к повышению иммунного статуса, адаптационных возможностей организма из местных сырьевых ресурсов.

Терапия экотоксических нарушений должна включать натуральные адаптогены, детоксицирующие средства, витамины и препараты, восстанавливающие нормальный биоценоз и иммунологическую реактивность организма из местных сырьевых ресурсов для выведения и нейтрализации пестицидов, радионуклидов [5, 7, 9, 10, 13].

Таким образом, комплексная оценка состояния здоровья детей постоянно проживающих в регионах экологического неблагополучия, подтверждает необходимость выделения группы детей высокого риска и ведения длительного медицинского мониторинга с целью выявления последствий экологических воздействий и обеспечения ранней коррекции выявленных нарушений.

Список литературы:

1. Абдылдаева А.А. Сравнительная характеристика физического развития школьников-кыргызов в Чуйской долине и высокогорных районах Ошской области. [Текст] /А.А. Абдылдаева, С.Д. Боконбаева, Т.Д. Счастливая, Н.М. Алдашева, Х.М. Сушанло // Вестник КРСУ. - 2005.- Том 5. - № 5.- С. 23-28.

2. Абдылдаева А.А. *Распространенность железодефицитных анемий в многодетных семьях г. Бишкек* [Текст] / А.А. Абдылдаева, С.Д. Боконбаева, Т.Д. Счастливая.
3. Боконбаева С.Дж. *Экопатология детей Кыргызстана* [Текст] / С.Дж. Боконбаева. - Б, 2008. - 130 с.
4. Вельтищев Ю.Е. *Экологически детерминированная патология детского возраста* [Текст] / Ю.Е. Вельтищев // *Рос. вестн. перинатол. и пед.* - 1996. - № 2. - С. 5-12.
5. Вельтищев Ю.Е. *Экология и здоровье детей. Химическая экопатология* [Текст] / Ю.Е. Вельтищев, В.В. Фокеева // *Рос. вести, перинат. и педиатр.* 1996. - Прил. № 9. - 57 с.
6. Камарли З.П. *Влияние экологических факторов на возникновение и развитие некоторых наиболее распространенных заболеваний человека* [Текст] / З.П. Камарли // *Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации* / Под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. - С. 93 – 97.
7. Каракеева Г.Ж. *Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана* [Текст] / Г.Ж. Каракеева: ежегодный сборник научных статей медфакультета КРСУ, выпуск 7. Бишкек, 2007. - С. 234-239.
8. Каримов К.А. *Основные проблемы безопасности окружающей среды в Кыргызстане* [Текст] / К.А. Каримов // *Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации* / под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. - С. 3-9.
9. Мамажакып уулу Ч. *Изменение клеток периферической крови у жителей, проживающих в районе захоронения радиоактивных отходов* [Текст] / Ч. Мамажакып уулу, Э.Б. Камчыбеков, Ч.М. Магазова, Д.К. Назарбеков, А.К. Нартаева, С.М. Маматов // *Вестник РНЦЗЗ МХ РФ.* – 1997. - №6.
10. Мануйленко Ю.И., Абдылдаев Т.Т., Садырбеков К.К. *Радиационная обстановка и показатели здоровья населения в некоторых регионах Кыргызстана* [Текст] / Ю.И. Мануйленко, Т.Т. Абдылдаев, К.К. Садырбеков // *Экология Кыргызстана: проблемы, прогнозы, рекомендации* / под редакцией К.А.Каримова. - Бишкек, 2000. – С. 3-9.
11. Тойчуев Р.М. *Использование углубленных интеграционных методов исследования в изучении роли геннообусловленных патологий* [Текст] / Р.М. Тойчуев // *Успехи современного естествознания.* - 2013.- №4.- С.37-41.
12. Раймбекова Г.К. *Структурно-функциональная характеристика плаценты у женщин при воздействии повышенного радиационного фона и горной гипоксии* [Текст] / автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.К. Раймбекова. – 2000.
13. Экологическая педиатрия / А. Д. Царегородцев, А. А. Викторов, И. М. Османов и др. М.: Триада - X, 2011. 328 с.,
14. *National Environmental Hygiene Action Plan of Kyrgyz Republic.* – Bishkek. Kyrgyzstan: Regional Bureau of WHO, 1997.

УДК 616.72-002.77:616-053.2

КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Файзиев А.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: Исследована взаимосвязь различных форм ЮРА с иммуноантигенными особенностями организма.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, иммунологические маркеры.

БАЛДАРДЫН ЮВЕНИЛДИК РЕВМАТОИДДИК АРТРИТИНИН КЛИНИКА-ИММУНГЕНЕТИКАЛЫК АСПЕКТТЕРИ

Файзиев А.Н.

Ташкент медициналык педиатриялык институту,
Ташкент шаары, Өзбекстан Республикасы.

Корутунду: ЮРАнын ар кандай формалары менен организмдин иммунгенге кариы өзгөчөлүктөрдүн өз ара байланышы изилденди.

Ачык сөздөр: ювенилдик ревматоидик артрит, иммунологиялык маркерлер.

CLINICAL IMMUNOGENETIC ASPECT OF JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN

Fayziev A.N.

Resume: The aim is to study reactive possibilities of JRA in interrelation with immunogenetic peculiarities of organism..

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, immunological markers.

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной педиатрической ревматологии является возможность раннего прогнозирования вариантов течения и исходов ювенильных ревматоидных артритов (ЮРА), удельный вес которых значительно вырос среди детского населения в последние десятилетия [2,3]. ЮРА-хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся воспалительно-деструктивным поражением суставов и системностью, которая проявляется вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Несмотря на последние достижения в терапии ЮРА, имеет место тенденция к дальнейшему прогрессированию, которая отражается на качестве жизни больного ребенка и имеет высокую вероятность его ранней инвалидности [4,6]. ЮРА - гетерогенное заболевание, основу патогенеза которого составляет сложное взаимодополняющее влияние генетически детерминированных и приобретенных дефектов нормальных иммунорегуляторных механизмов, ограничивающих патологическую активность иммунной системы в ответ на потенциально патогенные, а нередко и физиологические стимулы. Это определяет многообразие клинических и иммунологических проявлений, что делает ЮРА более похожим на клинико-иммунологический синдром, чем на одну «гомогенную» болезнь [2,5]. Клинический полиморфизм ЮРА в значительной степени обусловлен генетическими факторами [1].

Цель исследования - изучить иммуногенетические особенности различных форм ЮРА.

Материалы и методы исследования. В работе проведены клинические наблюдения и специальные обследования 57 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, больных ЮРА. Исследование проводились на базе педиатрической клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского института. Из общего числа больных было обследовано 21 мальчиков и 36 девочек. Контрольную группу составили 17 детей аналогического возраста. У всех детей при поступлении исследовались показатели гуморальной активности, белки острой фазы, ревматоидный фактор, рентгенологическое исследование суставов. Тестирование на HLA антигены проводили в микролимфотоксическом тесте с антисыворотками. Для определения типов гаптоглобина (Hp) и фенотипов церулоплазмина (Cp) применялся дисэлектрофорез на полиакриламидном геле в модификации Х.С. Рафикова. Идентификация больных по системе АВО, устанавливалась с помощью комплекса «Резус-1» МРТУ 64-1-2781-68.

Результаты и их обсуждение. Клинико-биохимический анализ особенностей проявлений ЮРА у детей по уровню гуморальной активности не выявил каких-либо особенностей при различных формах ЮРА. При ЮРА суставной и суставно-висцеральной форм уровень гуморальной активности, белки острой фазы и уровень ревматоидного фактора не имели достоверных отличий.

Взаимосвязь клинических проявлений ЮРА у детей с определенным носительством иммуноантигенных качеств представлена в таблице.

Как следует из данной таблицы высокая частота предрасположенности больных к ЮРА суставно-висцеральной формы наиболее вероятна при наличии II группы системы

антигенов АВО, а также - Нр 2-2 и Ср-АВ. В то время как у детей с ЮОРА суставной формы более вероятна высокая частота присутствия антигена HLA-АВ, а также Ср-В.

Таблица - Частота клинических проявлений ЮОРА у детей в зависимости от иммуноантигенного носительства.

Антигенная детерминированность	Частота присутствия антигенов у детей с различными клиническими формами ЮОРА	
	ЮОРА суставная форма	ЮОРА суставно-висцеральная форма
О (I)	20 %	14,2 %
А (II)	40 %	71,4 %
В (III)	30 %	14,2 %
AB (IV)	10 %	-
HLA-AB	90 %	66,6 %
HLA-B	33,4 %	33,4 %
Нр 2-2	50 %	83,3 %
2-1	50 %	16,7 %
Ср АВ	10 %	50%
В	90%	50 %

Анализ сопоставления генотипических проявлений ЮОРА позволил выявить некоторую закономерность прогнозирования эволюции ЮОРА как суставной формы или суставно-висцеральной формы.

Список литературы:

1. Генетические маркеры ревматоидного артрита. [Текст] / С.П. Абдуллаев, Г.З. Шодикулова, З.М. Шоалимова, М.С. Исламова // Патология. - 2009. - №2. - С.13-15.
2. Демидова Н.В. Клинико-иммунологические аспекты раннего ревматоидного артрита [Текст] / Н.В. Демидова, И.А. Гусева, Д.Е. Карапаев // Тер. Архив. - 2010. - №5. - С.71-76.
3. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации по ревматологии – Москва, 2008. - С.25-65.
4. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации [Текст] / Е.Л. Насонов // Рус. мед. журн. - 2002. - №10 (6). - С. 294-301.
5. Хаитов Р.М. Достижения иммуногенетики - медицина [Текст] / Р.М. Хаитов, Л.П. Алексеев, И.И. Дедов, А.В. Сечкин // Иммунология. – 1999. - №1. - С.9-14.
6. Scott D.L. The diagnosis and prognosis of early arthritis: rationale for new prognostic criteria [Test] / D.L. Scott // Arthr. and Rheum. – 2002. - 46 (2).- P. 286-290.

УДК.155.194.8-055.2-084-08

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

Назаралиева С.Б.¹, Атакозуева Г.М.¹, Черикчиева А.Б.¹, Жусупова Ш.К.²

Национальный центр охраны материнства и детства¹,
Кыргызский научный центр гематологии²,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

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

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, железодефицитная анемия, скрининг, профилактика, лечение.

**АЯЛДАРДЫН ТЕМИРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН ПАЙДА
БОЛУУЧУ АЗ КАНДУУЛУГУН АНЫКТОО, АНЫН АЛДЫН АЛУУ
ЖАНА ДАРЫЛОО**

Назаралиева С.Б.¹, Атакозуева Г.М.¹, Черикчиева А.Б.¹, Жусупова Ш.К.²

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору¹,
Кыргыз гематологиялык илимий изилдөө борбору²
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: бул статьяда төрөт курагындағы аялдардын темирдин жетишиңиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо боюнча жасағын сапаттағы изилдөөлөрдүн негизинде иштеген чыккан ықмалар көлтирилген. Бул ықмалар канчалык деңгээлде биздин УБДБ/УБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилет.

Акыч сөздөр: төрөт курагындағы аялдар, темирдин жетишиңиздигинен пайда болуучу аз кандуулук, аныктоо, алдын алуу, дарылоо.

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

Nazaralieva S.B.¹, Atakozueva G.M.¹, Cherykchieva A.B.¹, Zhusupova Sh.K.²

*National Center for Maternal and Child Health Care¹, Kyrgyz scientific center of hematology²;
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

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

Key words: childbearing age women, iron deficiency anemia, screening, prevention and treatment.

Дефицит железа самое распространенное в мире нарушение здоровья человека, связанное с рационом питания [8]. Около 4-5 млрд. (66-80%) людей во всем мире испытывают дефицит железа, из них 2 млрд., то есть более 30%, страдают железодефицитной анемией (ЖДА) [6]. В Кыргызской Республике распространенность анемии среди небеременных женщин фертильного возраста составила 35,2% [5].

Наиболее распространенной причиной ЖДА у женщин фертильного возраста является недостаточной поступление железа с пищей [1] и частые роды [2]. ЖДА у

женщин фертильного возраста может развиться из-за кровопотери различной природы, которая нарушает равновесие между поступлением и выведением железа. Женщина за сутки с пищей потребляет около 10-20 мг железа, из которых всасывается не более 2 мг, и теряет примерно 1 мг железа с мочой, испражнениями, потом, слушивающимся эпителием кожи, выпадающими волосами. Во время менструаций, беременности, в родах и при лактации потери железа значительно увеличиваются и превышают возможности всасывания железа из пищи. Согласно наблюдениям специалистов, до 75% здоровых женщин теряют за время менструаций от 20 до 60 мг железа. При обильных или длительных менструациях с кровью выделяется 50-250 мг железа. Потребность в железе у таких женщин возрастает в 2,5-3 раза. Такое количество железа не может всосаться даже при большом содержании его в пище.

Важность проведения рациональной и эффективной тактики искоренения ЖДА обусловлена медико-социальным значением и высокой распространенностью данного состояния среди женщин детородного возраста. Обмен железа тесно связан с активностью многих энзимов, витаминов и металлобиотиков, поэтому его дефицит негативно отражается на эритропоэзе, снижает уровень общей иммунологической реактивности, тем самым способствует росту инфекционной заболеваемости.

В настоящей статье представлены рекомендации по скринингу, профилактике и лечению ЖДА у женщин, основанные на доказательствах для широкого обсуждения приемлемости рекомендаций. С учетом полученных откликов будет разработан клинический протокол для медицинских работников ЦСМ и ГСВ.

Рекомендации по выявлению причин ЖДА. У женщин фертильного возраста необходимо собрать информацию о промежутках между родами, менструациях, послеродовом кровотечении, нет ли заболеваний, которые могут привести к развитию анемии (миома матки, геморрой, острые, рецидивирующие и хронические заболевания, в т. ч. туберкулез, гельминтные и паразитарные инвазии).

Скрининг на ЖДА. Рекомендуется исследовать уровень гемоглобина (Нв) у всех женщин фертильного возраста один раз между 15 и 17 годами и, по крайней мере, один раз между 18 и 25 годами [10].

При наличии факторов риска (плохое питание, большие менструальные потери крови, донорство, ЖДА в анамнезе, желудочно-кишечные кровотечения и др.) требуется более частый, ежегодный скрининг.

Критерии диагностики анемии. Анемия у женщин репродуктивного возраста диагностируется при уровне Нв ниже 120 г/л [10]. С учетом идентичности рекомендаций по лечению при I и II степенях ЖДА предлагается разграничение не тяжелой и тяжелой анемии (табл.).

Таблица - Классификация тяжести анемии у женщин.

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

Тяжелая ЖДА обычно редко встречается у женщин фертильного возраста и дефицит железа в рационе питания не является единственной причиной такой анемии. При наличии у женщины фертильного возраста тяжелой анемии специалист семейной медицины должен направить терапевту или гематологу для определения формы анемии и назначения соответствующего лечения.

Питание женщин фертильного возраста. Необходимо проводить обучение женщин фертильного возраста рациональному питанию для профилактики ЖДА. Хорошие результаты дает пропаганда потребления продуктов, содержащих аскорбиновую или лимонную кислоты, которые усиливают всасывание железа (апельсин, грейпфрут, киви и клубника, помидоры, спаржа, брюссельская капуста, шпинат и др.).

Биодоступность железа различных круп улучшается при использовании проращивания, ферментации и/или замачивании для снижения содержания фитатов, которые могут препятствовать всасыванию железа.

Обогащение микроэлементами и витаминами продуктов питания, таких как: мука, масло, сахар, молоко, соль, которые широкопотребляются населением, является довольно эффективным и относительно недорогим методом профилактики ЖДА [7].

Профилактика ЖДА у женщин фертильного возраста. При высоком уровне распространенности анемии среди женщин фертильного возраста целесообразно назначать еженедельно 60 мг элементарного железа и 2,8 мг (или 2800 мкг) фолиевой кислоты в течение 3-х месяцев 2 раза в год с перерывом в 3 месяца [4, 9]. Настоятельно не рекомендуется потреблять чай и кофе одновременно с едой.

Лечение ЖДА у женщин фертильного возраста. Женщинам фертильного возраста с нетяжелой (легкой или среднетяжелой) ЖДА рекомендуются препараты железа из расчета 120 мг/с, при тяжелой степени 180 мг/с элементарного железа [10]. Препараты железа лучше всего принимать между приемами пищи, целесообразно запивать соком или кипяченой водой. Запрещается запивать чаем, кофе.

Через 14 дней от начала лечения следует проводить оценку приверженности к терапии, а через 4 недели после начала лечения ЖДА следует повторно определить Нв. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (любое увеличение Нв по сравнению с исходным уровнем до начала лечения) [3], то лечение должно продолжаться еще 2 месяца. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца, с последующим переходом на профилактический режим еженедельной саплементации (см. выше).

В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения показателей Нв: недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием или отказ от приема препарата железа. В случае исключения погрешностей в лечении следует направить женщину к терапевту или гематологу (в ТБ, ООБ) для уточнения формы анемии.

Женщины с тяжелой анемией (Нв ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы терапевтом или гематологом. При тяжелом истощении женщины не следует начинать оральную железо терапию до тех пор, пока не восстановится у нее аппетит, и она не начнет набирать вес. Если аппетит или вес не нормализируются, то больную необходимо направить к гематологу для дальнейшего обследования.

Показания к госпитализации. Женщины с тяжелой анемией с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы должны быть госпитализированы на стационарное лечение. Необходимо госпитализировать также тех женщин, чье состояние ухудшилось через одну-две недели от начала лечения ЖДА. При отсутствии повышения уровня Нв через 4 недели от начала лечения препаратами железа следует решить вопрос о направлении женщины в стационар.

Список литературы:

1. Black, R.E. *Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences* [Text] / R.E. Black, H. A. Lindsay, A. B. Zulfiqar at al // *The Lancet*. 2008.371 (9608): 243–60. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0.
2. Conde-Agudelo A. *Maternal morbidity and mortality associated with inter pregnancy birth interval: cross sectional study* [Text] / A. Conde-Agudelo, J.M. Belizan // *BMJ* Nov 18.- 2000; 321(7271).- P.- 1255-1259.
3. Domagalski JE. *Iron deficiency anemia: evaluation and management* [Text] / JE. Domagalski // *Am Fam. Physician*. - 2013 Jan 15; 87 (2):98-104. PubMed PMID: 23317073.
4. Fernández-Gaxiola Intermittent Iron Supplementation for Reducing Anaemia and Its Associated Impairments in Menstruating Women. [Text] / Fernández-Gaxiola, C. Ana, Luz María De-Regil // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. - 2011. - No. 12: CD009218. doi:10.1002/14651858.CD009218.pub2.

5. Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey in 2012. USA: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic, Ministry of Health Kyrgyz Republic, and ICF International. - 2013. - 468 p.

6. Guideline: Intermittent Iron and Folic Acid Supplementation in Menstruating Women. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: WHO. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179900/>.

7. Kulier R. Nutritional interventions for the prevention of maternal morbidity [Text] / R. Kulier, M. De Onis, AM. Gürmezoglu, J. Villar Int // J Gyn Obs 1998; 63(3): 231-246.

8. Milman. Anemia-Still a Major Health Problem in Many Parts of the World! [Text] / Milman, Nils //Annals of Hematology. - 2011. - 90 (4): 369–77. Doi: 10.1007/s00277-010-1144-5.

9. Sanghvi TG. Maternal iron-folic acid supplementation programs: Evidence of impact and implementation [Text] / TG. Sanghvi, PWJ Harvey, E. Wainwright //Food and Nutrition Bulletin 2010; 3(2): S100-7.

10. WHO. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NHD/01.3. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/.

УДК 618.1 + 612. 662.9 + 616 – 007.61

ИЗМЕНЕНИЯ ФАГОЦИТАРНОГО И КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА

Теппееева Т.Х.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии № 1,
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: у женщин, страдающих климактерическим синдромом на фоне гиперплазии эндометрия, регистрируются более выраженная дисфункция нейтрофилов и нарушения в гуморальном звене иммунитета. Выявленная у женщин в перименопаузе депрессия пула Т-хелперных и Т-супрессорных клеток может приводить к недостаточной выработке регуляторных цитокинов и поражению органов-мишеней, что повышает риск развития инфекционно-воспалительных заболеваний, развитию полиорганности патологического процесса, и усугублению течения климактерического синдрома.

Ключевые слова: патологический климактерий, климактерический синдром, иммунитет, гуморальный иммунитет, иммуноглобулины, В-лимфоциты, гиперплазия эндометрия.

АЯЛДАРДЫН ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ МЕНЕН ПАТОЛОГИЯЛЫК КЛИМАКС АБАЛЫНДА ИММУНИТЕТТИН ФАГОЦИТАРДЫК ЖАНА КЛЕТКАЛЫК ЗВЕНОСУНУН ӨЗГӨРҮҮЛӨРҮ

Теппееева Т.Х.

И.К. Ахунбаев атындағы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия,
№ 1 акушерлик жана гинекология кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: ГЭ жүрүшүндө КСтен азап тарткан аялдарда нейтрофилдердин бир кыйла ачык – айқын болгон дисфункциясы жана иммунитеттин гуморалдык звеносунун бузулуштари белгиленет. Аялдардын айыз тынну мезгилиндеги аныкталган хелпер Т-пулу жана Т-супрессордук клеткалардын дисфункциясы тейлөөчү цитокиндердин жетишисиз болуп иштелип чыгышына жана белгиленген органдардын жабыркашина алып келиши мүмкүн, ал болсо жугуштуу – сөзгенүү оорулардын, патологиялык жүрүштөрүнө көпчүлүк органдардын кабылусун жана климакс синдромуңун өтүүсүн күчөтүүчү коркунучтарын жогорулатат.

Ачкыч сөздөр: патологиялык климактерий, климакс синдрому, иммунитет, гуморалдык иммунитет, иммуноглобулиндер, В-лимфоциттери, эндометрий гиперплазиясы.

THE CHANGE OF PHAGOCYTE AND CELL IMMUNITY COMPONENT IN WOMEN WITH HYPERPLASIA OF ENDOMETRIUM ON THE BACKGROUND OF PATHOLOGICA CLIMAX

Teppueva T.H.

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, obstetrics and gynecology chair № 1, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: more marked dysfunction of neutrophils and disturbances in humoral immunity component are registered in women with climacteric syndrome on the background of HE. Depression of pool T-helper and T-suppressive cells marked in women in perimenopause may lead to insufficient production of regulatory cytokines and lesions of organs-targets increasing risk of development of infectious-inflammatory diseases and polyorganic pathological process, and aggravation of climacteric syndrome course.

Key words: Pathological climacterium, climacteric syndrome, immunity, humoral immunity, immunoglobulin, B-lymphocytes, hyperplasia of endometrium.

Актуальность. У женщин в пре- и постменопаузе отмечается развитие гиперпластических процессов эндометрия, частота различных форм которых составляет 23% всех гинекологических заболеваний [1, 3, 4].

Как известно, в развитии и прогрессии патологической трансформации эндометрия важная роль отводится нарушениям функции иммунного надзора [2]. Последние исследования убедительно доказали роль иммунной системы женщины в формировании патологических процессов в эндометрии (авторы). До настоящего времени в Кыргызской Республике не было проведено исследований, изучающих состояние системного иммунитета у женщин с различным течением климактерия. Данное исследование было предпринято с целью определения иммунологических маркёров формирования гиперплазии эндометрия на фоне патологического климактерия у женщин Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования. У 79 пациенток с верифицированным диагнозом гиперплазии эндометрия на фоне патологического климактерия, было изучено состояние системного иммунитета. Для достижения репрезентативности в качестве группы сравнения системный иммунитет был изучен у 54 женщин с патологическим климаксом не имеющих гиперплазии эндометрия. Контрольная группа представлена 82 пациентками с патологическим течением климактерического периода без детализации состояния эндометрия, согласно основному критерию отбора – наличие климактерического синдрома.

Исследование иммунного статуса осуществлялось по 20 показателям. Оценивали фагоцитарную реакцию по состоянию нейтрофильных гранулоцитов как «профессиональных» фагоцитов. Тестирование функций нейтрофильных гранулоцитов проводили по - количеству лейкоцитов в периферической крови; абсолютному и относительному числу циркулирующих нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови; - состоянию рецепторного аппарата - по экспрессии Е-рецепторов нейтрофильных гранулоцитов к эритроцитам барабана в teste Е-розеткообразования (Е-РОН); поглотительной способности в отношении частиц латекса; состоянию цитотоксической кислородзависимой системы по показателям спонтанного НСТ-теста (тест с нитросиним тетразолием): а) проценту формазанположительных клеток (ФПК, %) , б) среднему цитохимическому коэффициенту (СЦК /НСТ). Оценивая состояние клеточного звена иммунитета, определяли иммунокомпетентные клетки с разными эффекторными функциями, в частности, тимусзависимыми Т-лимфоциты, ответственными за развитие клеточных иммунологических реакций. Так же было изучено состояние гуморального

иммунитета на основании определения уровня В-лимфоцитов и полифункциональных белков плазмы крови (иммуноглобулинов) по трем иммуноглобулинам А, G, M.

Результаты исследования. При сравнительном анализе иммунограммы у женщин с гиперплазией эндометрия на фоне патологического климактерия с аналогичной группой женщин, но без гиперплазии эндометрия выявлена более выраженная дисфункция нейтрофилов, характеризующаяся депрессией пула нейтрофильных фагоцитов и снижением их рецепторной, поглотительной и особенно метаболической активности. Тогда как у женщин с наличием климактерического синдрома эти явления зафиксированы, но в меньшей степени.

Таблица 1. - Изменения фагоцитарного звена иммунитета у женщин с КС на фоне гиперпластических процессов эндометрия.

Показатели фагоцитарного звена иммунитета	Клинические группы		
	ПК, N=82 (1)	ПК без ГЭ, N=54 (2)	ПК+ГЭ, N=79 (3)
Лейкоциты, в 1 л $\times 10^9$	4,08 \pm 0,79	4,18 \pm 1,93	3,44 \pm 0,23**
Нейтрофилы, %	42,0 \pm 1,94	44,0 \pm 1,18	38,1 \pm 1,07**
Нейтрофилы, абс. ч. в 1 мкл	2761 \pm 207	2867 \pm 202	2972 \pm 244**
Е-РОН, %	43,8 \pm 2,62	42,4 \pm 1,97*	44,0 \pm 2,3**
Активность фагоцитоза, %	59,8 \pm 3,9	63,7 \pm 3,2**	49,4 \pm 3,4*
Активные нейтрофилы в НСТ - teste, %	43,7 \pm 2,16	45,2 \pm 1,97*	37,9 \pm 1,99***
СЦК-НСТ, усл. ед.	1,01 \pm 0,03	0,91 \pm 0,07**	1,40 \pm 0,03**

Примечание: *достоверность различий $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$. между 2 и 3 группами.

Усугубление дисфагоцитоза у женщин с гиперпластической трансформацией эндометрия реализуется через значительное повышение уровня реакционно-способных активных форм кислорода в гранулах нейтрофильных гранулоцитов. Развитие хронического «оксидантного» стресса является неблагоприятным признаком, может играть роль в развитии метаболической дезадаптации и деструктивных процессов в различных органах и тканях, в поддержании хронически текущих заболеваний.

Состояние гуморального иммунитета у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Гуморальные иммунные взаимодействия изучали на основании исследования В-системы иммунитета и иммуноглобулинов класса А, G и M.

Таким образом, у женщин, страдающих климактерическим синдромом на фоне гиперплазии эндометрия, регистрируются более выраженные нарушения в гуморальном звене иммунитета.

Персистирующий характер вторичной гранулопатии и угнетение локального иммунитета способствуют развитию большей предрасположенности женщин к реализации инфекционных и хронических процессов, более того, инициации аутоиммунных заболеваний.

Имеющее значительное увеличение уровня иммуноглобулинов класса M, при снижении уровня Ig G, является маркёром неадекватности синтеза специфических антител на антигены, в том числе, на патогенные антигены.

Прогрессирующее снижение иммуноглобулинов класса A, свидетельствует о повышении риска реализации инфекций органов мочеполовой системы.

Состояние клеточного иммунитета у женщин с патологическим климактерием на фоне гиперпластических процессов эндометрия. Сравнивая результаты содержания зрелых Т-лимфоцитов у женщин с гиперплазией эндометрия, выявлено значительное их преобладание у женщин без гиперплазии эндометрия ($P<0,01$).

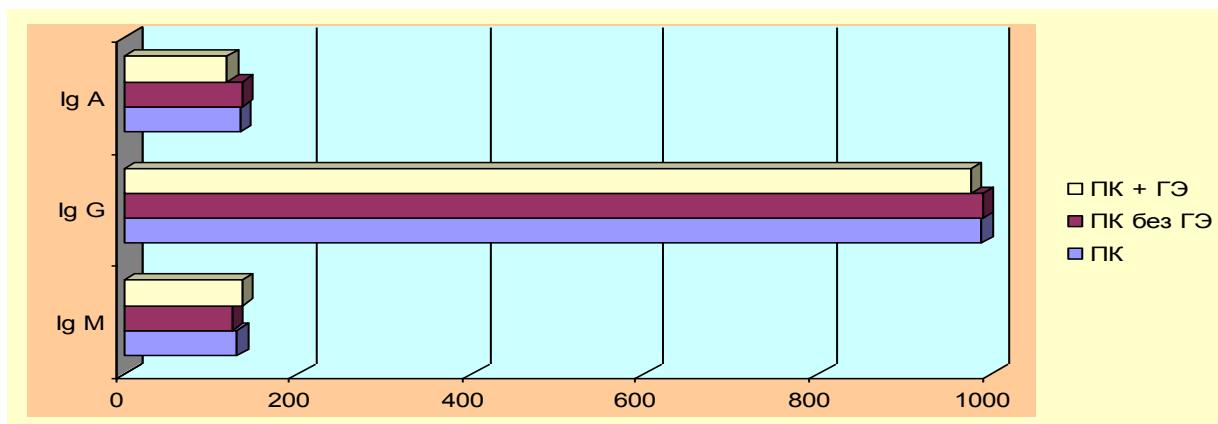


Рис. 1. Уровень иммunoглобулинов у пациенток с патологическим климактерием на фоне гиперплазии эндометрия.

Снижение содержания активных форм Т-лимфоцитов, свидетельствует о подавлении функциональной активности ранних форм Т-лимфоцитов, у женщин с гиперплазией эндометрия, по сравнению с контрольной группой.

Определен дисбаланс в клеточном звене иммунитета: депрессия Т-лимфоцитов с нарушением их регуляторной способности ($P<0,01$).

Выявленная у женщин в перименопаузе депрессия пула Т-хелперных и Т-супрессорных клеток является свидетельством развития вторичного иммунодифицита. Индекс ТФР/ТФЧ, отражающий соотношение регуляторных субпопуляций, у женщин с ГЭ был равен – $2,9\pm0,16$, тогда как в группе пациенток без патологической трансформации эндометрии его значение было $1,98\pm0,01$, что почти в 1,5 раза меньше индекса сравниваемой группы, что свидетельствует об усугубляющем дисбалансе регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов.

Количество постиммических предшественников Т-лимфоцитов у женщин с ГЭ составило – $3,47\pm0,22$, а абсолютное число $0,05\pm0,005\cdot10^9$ г/л., что превышало показатели группы пациенток с КС на фоне гиперпластической трансформации эндометрия и не отличалось от показателей группы женщин с наличием патологического климактерия.

Количество нулевых лимфоцитов в иммунограмме женщин с ГЭ составило в среднем – $36,23\pm0,93$, а их абсолютное число - $0,98\pm0,04\cdot10^9$ г/л. И относительное и абсолютное количество этой популяции нулевых клеток было статистически достоверно выше чем в сравниваемой группе обследованных ($p<0,001$), но не отличалось от показателей группы пациенток с наличием патологического климактерия.

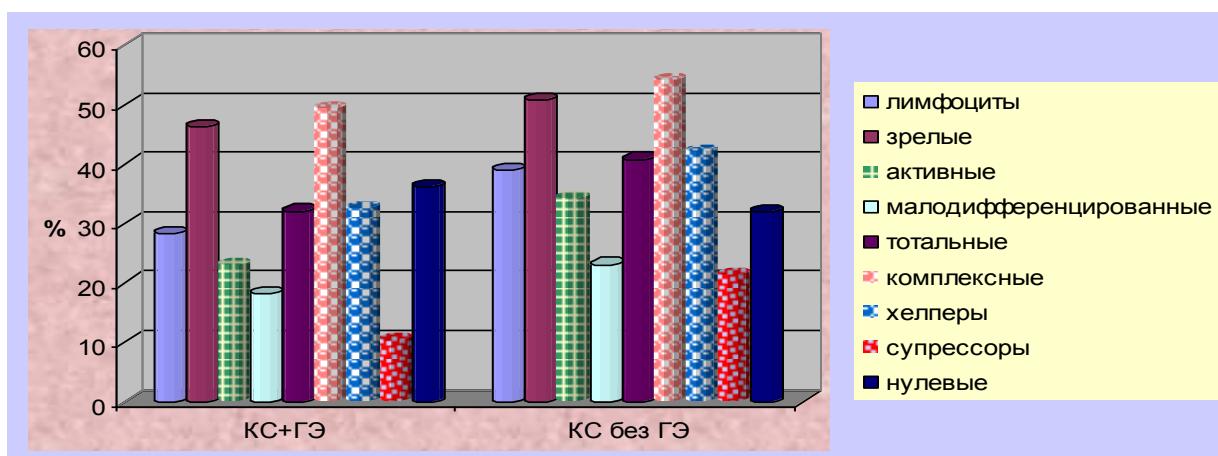


Рис. 2. Наиболее значимые изменения клеточного иммунитета у женщин с патологическим климактерием на фоне гиперплазии эндометрия.

Заключение: Проблема патологических состояний эндометрия изучается в различных аспектах: этиология, патогенез, диагностика, профилактика, терапия. Однако работы, направленные на исследование патогенеза пролиферативных процессов в эндометрии, затрагивают в основном гормональные нарушения в организме женщины и экспрессию рецепторов стероидных гормонов в слизистой оболочке матки. Дальнейшего изучения требует комплексная оценка факторов риска возникновения и развития гиперплазии эндометрия на основе молекулярно-генетического и иммунологического статуса.

При исследовании показателей системного иммунитета у женщин с гиперпластической трансформацией эндометрия на фоне патологического климактерия выявлено, что на развитие гиперпластических процессов у женщин в период перименопаузы влияют патологические процессы, происходящие в иммунной системе. Наблюдаются нарушения как клеточного, так и гуморального звена иммунитета за счет снижения и нарушения соотношения субпопуляций Т-лимфоцитов, достоверного увеличения иммуноглобулинов класса М и А и угнетения иммуноглобулинов класса G.

Важной особенностью является, что у женщин перименопаузального возраста с климактерическим синдромом на фоне ГЭ определен более выраженный дисбаланс в клеточном звене иммунитета: депрессия Т-лимфоцитов с нарушением их регуляторной способности ($P<0,01$). Выявленная у женщин в перименопаузе депрессия пула Т-хелперных и Т-супрессорных клеток может приводить к недостаточной выработке регуляторных цитокинов и поражению органов - мишней, что повышает риск развития инфекционно-воспалительных заболеваний, развитию полиорганности патологического процесса, и усугублению течения климактерического синдрома.

Список литературы:

1. Гаспарян С.А. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия [Текст] / С.А. Гаспарян, Н.В. Подина, О.А. Гондаренко // Проблемы репродукции. - Спец. выпуск. - 2009. - С.173.
2. Канина Н.В. Иммунологические аспекты патофизиологических процессов у женщин с климактерическим синдромом в перименопаузе [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук. / Н.В. Канина. - Мордовский государственный институт имени Н.П. Огарева. – Саранск, 2006. - 27с.
3. Ладневовский Ю.Д. Диагностическая значимость разных методов исследования при внутреннем эндометриозе матки [Текст] / Ю.Д. Ладневовский, М.С. Шнайдерман // Акушерство и гинекология, 2000. - N 3. - С. 48-53.
4. Хачатрян Л.Т. Структурно-функциональные особенности эндометрия в постменопаузе [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Т. Хачатурян. – М., 2008. - 24 с.

УДК:618.3-06

ВЛИЯНИЕ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Тойчуев Р.М.

Институт медицинских проблем Южного отделения Национальной академии наук КР,
г. Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: изучено влияние хлорорганических пестицидов (ХОП) на течение беременности у женщин и на перинатальные исходы. ХОП в плаценте были обнаружены у 54,9% обследованных, а среди женщин, проживающих вблизи бывших ядохимикатных складов и агроаэроплощадок - у 98,0%. В плаценте обнаружены ДДТ, ДДЭ, ГХЦГ и алдрин. Осложнения во время беременности и родов зависят от концентрации ХОП в плаценте: чем выше концентрация, тем чаще развиваются осложнения. При содержании ХОП в плаценте свыше 0,1 мг/кг у 96,7 % новорожденных диагностируется различная патология, в том числе мертворождение, врожденные пороки развития, внутриутробный гепатит, перинатальная смертность.

Ключевые слова: хлорорганические пестициды, склады, агроаэроплощадки, беременные женщины, плацента, грудное молоко, дети, осложнения.

ХЛОРОРГАНИКАЛЫК ПЕСТИЦИДДЕРДИН КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАР МЕНЕН ҮМЫРКАЙ БАЛДАРГА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ Тойчуюев Р.М.

КР Улуттук илимдер академиясынын Түштүк бөлүмүндөгү Медициналык проблемалар институту,
Ош ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду. бул илимий макалада баланын тонунан табылган хлорорганикалык пестициддердин (ХОП), боюнда бар аялдарга жсана үмүркай балдарга тийгизген таасири изилденген. Изилденген балдардын тонунан 54,9%нан ХОП табылган, эски уулу заттар кампасынын жсана уулу заттарды себүү үчүн колдонулган аэропортторго жасын жасашаган аялдардын балдарынын тонунан 98,0% табылган. Балдардын тонунан ДДТ, ДДЭ, ГХЦГ и алдрин пестициддер табылган. ХОП концентрациясы канчалык көп болсо кош бойлуу аялдардын оорулары, төрөттүн асайлаши ошончолук көп болоору далилденген. Баланын тонунда ХОП 0,1 мг/кг көп болгон учурда 96,7% үмүркайларда ар кандай оорулардын кезигүүсү аныкталган, анын ичинен баланын өлүк төрөлүшү, тубаса кемтик оорулары, тубаса гепатит оорусу, баланын үмүркай кезинде мөрт болушу.

Ачкыч сөздөр: хлорорганикалык пестициддер, кампалар, агроаэроаянтар, кош бойлуу аялдар, баланын тону, эмчек сүтү, балдар, асайлаши.

THE EFFECT OF ORGANOCHLORINE PESTICIDES (OCPs) ON THE COURSE OF PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES Toichuev R.M.

*Institute of Medical Problems, South Branch of the National Academy of Sciences of the KR,
Osh, the Kyrgyz Republic.*

Resume: the paper studies the effect of organochlorine pesticides (OCPs) on the course of pregnancy and perinatal outcomes in women. OCPs were detected in placenta in 54.9% of surveyed women and in 98.0% of women living near the former pesticides storehouses and agro-air strips. Pesticides detected in placenta were as follows: DDT, DDE, HCH and Aldrin. The occurrence of complications during pregnancy and childbirth depends on the concentration of OCPs in placenta: the higher concentrations of OCPs the greater the risk of pregnancy complications. At concentrations of OCPs > 0.1 mg/kg, 96.7% of newborns developed various complications including still-born cases, congenital malformations, fetal hepatitis and perinatal mortality.

Key words: organochlorine pesticides, pesticide storehouses, agro-air strips, pregnant women, placenta, breast milk, children, complications.

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяется проблемам стойких органических загрязнителей (СОЗ); с учетом вредности этих соединений для живых существ, в том числе человека, была принята Стокгольмская конвенция. Наиболее опасными из числа СОЗ являются хлорорганические пестициды (ХОП), обнаруженные даже в Арктике и высокогорных ледниках Кыргызстана [1, 2, 3].

Ядохимикатные могильники в Кыргызстане появились в 1973 году, когда были выделены места для захоронения пестицидов в 12 км от села Кочкор Кочкорского района Нарынской области, и в 1980 году - в Сузакском районе Жалал-Абадской области, вблизи с. Кызыл-Байрак в местности Ак-Чабыр. Начиная с 1973 года, вблизи с. Кочкор было захоронено 272 т ядохимикатов, далее в 1979-1990 гг. - 308,5 т на площади в 5000 м², причем ДДТ из этого количества составляет 293 т. В Сузакском районе в двух могильниках захоронено 1295,88 т, в том числе ДДТ - 655 т и 69,5 т алдрина. Площадь захоронения составляет 10000 м². Всего в республике захоронено 1876,38 т пестицидов, в том числе СОЗ - 1033,4 т [3]. В данное время из этих могильников ядохимикаты селевыми потоками и через фильтрацию попадают в реку Сыр-Дарью, о чем свидетельствуют проведенные нами в 2008, 2013 и 2014 гг. исследования.

Кроме того, на юге Кыргызстана в хлопко - и табакосеющих зонах против вредителей хлопка, табака и в чумных очагах в 1980-х гг. было применено огромное количество пестицидов, в том числе и запрещенные в мире. В 1970-х годах ХОП составляли 66% из числа применяемых пестицидов. В настоящее время остались места бывших ядохимикатных складов, агроаэроплощадок, часть которых передана в частные руки как земельная доля. Если учесть, что ХОП оказывают влияние на генном уровне, актуальность данной проблемы высока.

На юге Кыргызстана по официальным архивным данным имеется 183 бывших ядохимикатных склада и агроаэроплощадки и 2 ядохимикатных могильника (на холмистой местности Ак-Чабыр на расстоянии 15 км от населенного пункта и на холмах местности Таш-Бака на расстоянии 3-4 км от населенного пункта в Сузакском районе Жалал-Абадской области). Исходя из вышеизложенного, исследование населения, проживающего в данных местах, является актуальной проблемой современной медицинской науки, в том числе и в области акушерства и педиатрии, с точки зрения необходимости разработки способов профилактики и лечения патологий, обусловленных воздействием пестицидов на здоровье человека.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования были изучены архивные материалы с 1978 года, касающиеся проблем пестицидов: расположение складов, агроаэроплощадок в населенных пунктах юга Кыргызстана, перечень примененных пестицидов, в том числе против насекомых, клещей, сельскохозяйственных животных.

Определение содержания ХОП (ДДТ, ДДД, ДДЭ, ГХЦГ с изомерами, алдрина и дилдрина) в почве (11 проб почвы, взятые из могильников, агроаэроплощадок, складов, по 2 пробы почвы выше и ниже бывших хлопковых полей и 2 пробы почвы с бывших ядохимикатных складов, где в последние 20 лет выращиваются овощи, бахчевые); воде (2 пробы) и биосредах (262 пробы - плацента, грудное молоко - 13 проб, баранье и коровье молоко - по 1 пробе, баранья печень - 1 проба, пробы крови - у 3 детей, пшеница - 1 проба) проводили на газожидкостном хроматографе «Свет-100» в лаборатории токсикологии, радиологии, морфологии и экологии ИМП ЮО НАН КР, а также в лаборатории токсикологии Ошской областной СЭС.

Результаты исследования. В почве с территории могильника Таш-Бака суммарное содержание ХОП колебалось от 0,52 мг/кг до 1242,69 мг/кг. В почве, взятой на расстоянии 1 км от могильника Таш-Бака в направлении села Кызыл-Туу по ходу водотока и селевых потоков, обнаружены следующие виды ХОП, загрязняющие продукты питания и биосреды: ГХЦГ, ДДТ, ДДД, ДДЭ и алдрин (табл. 1).

Из могильников пестициды смываются водными и селевыми потоками, из-за чего содержание пестицидов в почве, взятой ниже могильника на расстояния 1 км, оказалось высоким (табл. 1). Высокая концентрация ХОП обнаружена даже в грудном молоке кормящих женщин, проживающих вблизи могильника.

Анализы почвы с поверхности могильника Ак-Чабыр содержали ХОП в концентрации 448,42 мг/кг. Могильник стал источником загрязнения окружающей среды, включая подземные источники, расположенные в 10 км ниже от Базар-Коргонского водохранилища. Смытые с поверхности могильника ядохимикаты во время весенних паводков стали причиной отравления скота и троих детей, употреблявших мясо погибших животных от отравления ХОП (табл. 2).

В грудном молоке женщины с ребёнком в возрасте 14 месяцев, проживающей вблизи могильника Ак-Чабыр, содержалось ГХЦГ α - 0,003 мг/л, ДДЭ - 0,04 мг/л, ДДТ - 0,06 мг/л.

У трех детей, которые отравились бараньей печенью, в сыворотке крови обнаружены ДДТ, ДДД. Содержание α -ГХЦГ и β -ГХЦГ у всех троих детей не превышало <0,005 мг/л.

Таблица 1 - Содержание ХОП в пробах, взятых с территории и вблизи могильника Таши-Бака.

Материал, взятый на анализ	ХОП					Суммарно, мг/кг
	ГХЦГ γ , мг/кг	ДДТ, мг/кг	ДДД, мг/кг	ДДЭ, мг/кг	Алдрин мг/кг	
Почва №1 с террит. могильника	0,09	0	0	0,86	0	0,95
Почва №2 с террит. могильника	0,2	1,47	1,63	1,05	0	4,35
Почва №3 выше с западной стороны, в 70 м от могильника	0,09	0,27	0	0,16	0	0,52
Почва №4 в 1 км от могильника	267,80	767,70	147,10	60,09	0	1242,69
Почва №5 в 3 км от могильника	21,14	17,07	13,40	9,40	0	60,88
В населенном пункте, расположенному ниже могильника	0,17	0	0,63	1,66	0	2,46
Зерна пшеницы, произрастающие вблизи могильника	2,8	2,7	1,1	3,09	0	9,69
Молоко, взятое у коров, пасущихся вблизи могильника	0,03-0,07	0	0	0,03-0,07	0	00
Грудное молоко 12 женщин, проживающих вблизи могильника	до 0,08	до 1,47	0	до 0,08	0,01	1,64

Из бывших мест ядохимикатных складов и агроаэроплощадок Кара-Сууйского района самая низкая суммарная концентрация ХОП была в почве агроаэроплощадки, самая высокая концентрация – в почве с. Жоош (табл. 3).

Таблица 2 - Содержание ХОП в пробах вблизи могильника Ак-Чабыр.

Материал, взятый на исследование	ХОП, мг/кг, мг/л							
	ГХЦГ- α	ГХЦГ- β	ГХЦГ- γ	ГХЦГ	ДДТ	ДДД	ДДЭ	Алдрин
Почва с поверхности могильника	0	0	0	0,42	244	56	148	0
Подземные воды в 10 км от могильника	0	0	0,0001	0	0	0,0001	0	0
Вода из Базар-Коргонского водохранилища	0	0	0	0,05	0,07	0	0	0
Молоко овец, пасущихся в 3 км от могильника	0,0023	0	0	0	0,03	0	0,023	0
Баранина	0,013	<0,001	0,005	0	0,018	0,0036	0,022	0
Грудное молоко 6 женщин	0	0	0	0,03-2,0	0	0	0,03-2,00	0

Таблица 3 - Содержание ХОП в пробах из мест бывших ядохимикатных складов и агроаэроплощадок Кара-Сууйского района.

Место взятия проб	ХОП, мг/кг					Суммарно
	ГХЦГ	ДДТ	ДДД	ДДЕ	Алдрин	
Проба почвы со склада с. Сарай	0	36,5	170,9	44,76	0	252,16
Проба почвы с агроаэроплощадки с. Сарай	0	10,1	14,7	7,8	0	32,6
Проба почвы со склада с. Жоош	0	767,7	147,1	60,1	0	974,9
Проба почвы с агроаэроплощадки с. Жоош	0	21,1	17,1	13,4	0	51,6
Проба почвы с агроаэроплощадки с. Ак-Таш	0	30	26,3	9,4	0	65,7

Для изучения влияния ХОП на течение беременности и перинатальные исходы проведены исследования плацент у 262 женщин. При этом в 144 (54,9%) обнаружены ХОП в различной концентрации (табл. 4) у женщин, проживающих вблизи бывших ядохимикатных складов и агроаэроплощадок – у 98%. В плаценте обнаружены ДДТ, ДДЭ, ГХЦГ и алдрин.

Таблица 4 - Содержание ХОП в плаценте.

Концентрация ДДТ и ГХЦГ	Число плацент, в которых обнаружены ХОП	
	Абс. число	%
0,1 мг/кг – выше	30	20,8
0,01 – 0,099 мг/кг	40	27,8
0,001 – 0,0099 мг/кг	59	41,0
0,0001 – 0,00099 мг/кг	15	10,4
Всего	144	100,0

Во время беременности у 59 (41%) женщин были диагностированы различные гестационные осложнения (отеки, гипертензия, преэклампсия тяжелой степени), у которых в плаценте обнаружены ХОП (табл. 5). При этом частота осложнений зависела от концентрации ХОП в плаценте.

Таблица 5 - Патология у беременных и рожениц в зависимости от концентрации ХОП в плаценте.

Содержание ДДТ и ГХЦГ, мг/кг	Беременные женщины и роженицы		
	Всего	С осложнениями, абс. число	В %
0,1 – выше	30	29	96,7
0,01 – 0,099	40	21	52,5
0,001 – 0,0099	59	8	13,6
0,0001 – 0,00099	15	1	6,7
Всего	144	59	41,0±4,0
ХОП не были обнаружены	118	11	9,3±2,7***

Примечание: *** - достоверность различия $P<0,001$.

У 11 (9,3%) женщин, у которых в плаценте не были обнаружены ХОП, также имели место различные гестационные осложнения, но достоверно реже, чем у беременных с ХОП.

Проанализирована также частота осложнений у новорожденных детей в зависимости от концентрации ХОП в плаценте матери (табл. 6).

Таблица 6 - Частота патологии у новорожденных в зависимости от концентрации ХОП в плаценте

Содержание ДДТ и ГХЦГ, мг/кг	Новорожденные		
	Всего	С осложнениями, абс. число	В %
0,1 – выше	30	29	96,7
0,01 – 0,099	40	34	85,0
0,001 – 0,0099	59	19	32,2
0,0001 – 0,00099	15	2	13,3
Всего	144	84	58,3
ХОП не были обнаружены	118	16	13,6

Наличие какой-либо патологии зависело от содержания ХОП в плаценте. Так, при концентрации ХОП в плаценте выше 0,1 мг/кг частота осложнений у новорожденных составили 96,7%. Патология со стороны новорожденных была представлена мертворождением (10,7%), ВПР (14,3%), врожденными гепатитами (9,3%), перинатальной смертностью (21,4%).

При содержании ХОП 0,01-0,099 мг/кг различная патология выявлена у 85,0% новорожденных, мертворождение – у 2,9%, ВПР – у 2,9%, перинатальная смертность – у 5,7%; при 0,001-0,0099 мг/кг различные заболевания диагностированы у 32,2% детей.

При концентрации ХОП в пределах 0,0001-0,00099 мг/кг частота осложнений со стороны новорожденных была аналогичной частоте патологии у детей, у матерей которых ХОП не был обнаружен (табл. 7).

Следует также отметить, что при наличии ХОП в плаценте 18 (12,5%) детей родились недоношенными, против 5 (4,2%) недоношенных в группе женщин, у которых в плаценте ХОП не были обнаружены (Хи-квадрат = 5,529, Р<0,05; Хи-квадрат с поправкой на правдоподобие = 5,923, Р<0,05).

Сравнительные данные о частоте различных осложнений у матерей и их детей приведены в таблице 7.

При концентрации ХОП в плаценте выше 0,1 мг/кг практически у всех беременных женщин и их детей диагностировалась та или иная патология. При более низких концентрациях ХОП патология со стороны новорожденных обнаруживается значительно чаще, чем осложнения беременности, что, возможно, связано с высокой чувствительностью плода к пестицидным нагрузкам.

Таблица 7 - Сравнительные данные о патологиях у беременных и новорожденных в зависимости от концентрации ХОП в плаценте.

Содержание ДДТ и ГХЦГ, мг/кг	Выявлена патология, в %	
	У беременных	У новорожденных
0,1 – выше	96,7	96,7
0,01 – 0,099	52,5	85,0
0,001 – 0,0099	13,6	32,2
0,0001 – 0,00099	6,7	13,3
Всего	41,0	58,3
Контрольная группа	9,3	13,6
Итого	26,7	38,2

Выводы. Таким образом, основными источниками загрязнения окружающей среды ХОП являются почва, бывшие ядохимикатные склады и агроаэроплощадки.

ХОП являются основной причиной мертворождаемости, ВПР, недоношенности, а также других тяжелых осложнений. Содержание ХОП в плаценте выше 0,1 мг/кг часто осложняется патологией беременности, мертворождаемостью, ВПР у плода и перинатальной смертностью. Для профилактики патологии у беременных, рожениц, плода

и новорожденного рекомендуется устранение пестицидных источников в почве. Населению рекомендуется в этих местах не выращивать овощи, бахчевые, зернобобовые и кормовые культуры.

Список литературы:

1. Лунев М.И. *Инвентаризационные и эколого-токсикологические аспекты в решении проблемы устаревших пестицидов* [Текст] / М.И. Лунев // Материалы национального семинара «Проблемы стойких органических загрязнителей в Кыргызской Республике: подготовка национального плана выполнения Стокгольмской конвенции о СОЗ», Бишкек, 26-28 января 2004 г. - С-115-122.
 2. *Национальный план выполнения Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях*. – Бишкек, 2006. 82 с.
 3. *Проект ГЭФ/ЮНЕП № GEL-2328-2971-471`4 «Содействие Кыргызской Республике в подготовке Национального плана выполнения Стокгольмской конвенции о СОЗ*. Бишкек, 2006. 82 с.
-

УДК: 616-0533:616.367-088.85:47-089.

**ИТОГИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ
КРИОТЕРАПИИ**

**Жолдошев У.Б., Анарбаев А.А., Айбашев К.А., Абдихаликов Ж.А.,
Жолдошев С.А.**

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

Резюме: в работе представлены результаты лечения 398 детей с гемангиомами различной локализации, обратившиеся в хирургическое отделение Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2008 по 2014 год. Методом лечения гемангиомы служила криотерапия. Криодеструкцию проводили аппаратом заливного типа Г.И. Репникова (криоаппликатор). В качестве охлаждающего средства использовался жидкий азот.

Ключевые слова: гемангиома, криотерапия, дети, жидкий азот.

**КРИОТЕРАПИЯ ЖАРДАМЫ МЕНЕН БАЛДАРДЫН
ГЕМАНГИОМАЛАРЫН ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ**
**Жолдошев У.Б., Анарбаев А.А., Айбашев К.А., Абдихаликов Ж.А.,
Жолдошев С.А.**

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

Корутунду: бул шите 2008-жылдан 2014-жылга чейинки мезгилде Ош облуст аралык балдар клиникалык бейтапканасынын хиургиялык бөлүмүнө кайрылган ар кандай жайгаштагы гемангиомалары менен 398 балдарды дарылоонун натыйжалары көрсөтүлдү. Гемангиоманы дарылоо ыкмасы болуп криотерапия болду. Криодеструкцияны Г.И. Репниковаң суу кантама типтеги аппараты (криоаппликатор) менен өткөрүштү. Муздатуучу каражат катары суюк азоттук колдонулду.

Ачкыч сөздөр: гемангиома, криотерапия, балдар, суюк азот.

**RESULTS OF TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN USING
KRIOTHERAPY**

**Joldoshev U.B., Anarbaev A.A., Aybashev K.A.,
Abdihalikov J.A., Zholdoshev S.A.**

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

Resume: the results of treatment of 398 children with different localization gemangimami who applied to the surgical department of the Osh Interregional №1 Children's Hospital from 2008 to 2014. The method of choice for treatment of hemangiomas served as cryotherapy. Cryodestruction conducted filler machine type GI Repnikova (krioapplikator). The the liquid nitrogen was used as coolant.

Key words: hemangioma, cryotherapy, children, liquid nitrogen.

Целью настоящего исследования являлось определение эффективности применения криодеструкции жидким азотом при лечении кавернозных гемангиом проблемных областей у детей.

Актуальность. В последние годы растет число детей с гемангиомами различной локализации, из них более половины составляют дети до 1 года. Особенно быстрый рост

гемангиом отмечается в первом полугодии жизни ребенка, впоследствии этот процесс замедляется, исключение составляют гемангиомы сложной анатомической локализации. Лечение гемангиомы следует начинать как можно раньше. Универсального метода лечения гемангиом у детей нет [1, 2].

В настоящее время применяются следующие виды лечения: хирургический, склеротерапия, электротерапия, электрокоагуляция, лучевая терапия и консервативная терапия. Однако, консервативные методы лечения недостаточно эффективны и требуют длительного времени. Лазерная техника и электрокоагуляция, а также хирургическое лечение, сопровождаются повреждением здоровых тканей, окружающих клетки опухоли, образованием обширных рубцов и косметических дефектов [1-3].

Этих недостатков лишены низкотемпературные методы лечения данной патологии. Криогенный метод позволяет безболезненно, бескровно, щадяще, в заданном объеме разрушать и удалять патологически измененную ткань, не дает грубых рубцов, в большинстве случаев проводится амбулаторно, не ограничивает трудоспособность пациента, практически не имеет противопоказаний [3-5].

Материалы и методы исследования. Для изучения лечения гемангиом были взяты данные хирургического отделения Ошской межобластной детской клинической больницы за период с 2008 по 2014 гг. За этот период в клинику обратились 398 детей с кавернозной гемангиомой различной локализации. Проблемные локализации кавернозных гемангиом были у 234 (58,6%) детей.

Стационарно лечились 93 больных (23,5%), амбулаторно – 305 больных детей (76,5%). Некоторые из них лечились поэтапно, несколько раз.

Стационарно лечились дети с гемангиомами глубинной локализации и больших размеров, а также дети из отдаленных районов.

Из 398 детей девочки составляли 232 (58,3%), мальчики – 166 (41,7%).

В возрасте до 1 года было 275 (69,2%), от 1 до 3 лет – 92 (23,3%), старше 3 лет – 29 (7,5%).

Таблица - Распределение больных детей по локализации гемангиом.

Локализации гемангиом	Количество	
	абс. число	%
Голова, лицо, шея	234	58,6%
Тулowiще	87	21,5%
Конечности	43	10,6%
В области гениталий	34	9,3%
Всего:	398	100%

Результаты исследования. Криодеструкцию проводили аппаратом заливного типа Г.И. Репникова (криоаппликатор). В качестве охлаждающего средства использовался жидкий азот.

Экспозиция и кратность криовоздействия зависели от размеров и глубины расположения опухоли (от 10 до 60 сек). После оттаивания очага поражения (5 мин) цикл замораживания повторяли 2-3 раза. В одно посещение обрабатывали не более 1 см² поверхности.

После криовоздействия поверхность покрывалась ледяной коркой, которая быстро оттаивала, возникал отек подлежащих тканей и появлялись пузыри. На 2-3 сутки формировался участок крионекроза. Крионекротическая пленка предохраняет раневую поверхность от инфицирования и механических травм. Эпителилизация очагов крионекроза завершалась к 10-15 суткам и зависела от глубины промораживания тканей. У всех пациентов заживление проходило без образования грубых рубцов и косметических дефектов. На коже времененная гиперпигментация исчезала в течение 2-4 месяцев, рецидивов не наблюдалось.

Выходы: 1. Криотерапия жидким азотом кавернозных гемангиом является простым, доступным, эффективным, экономичным методом лечения.

2. Криотерапия может широко использоваться при локализации гемангиом даже в проблемных областях тела, не имеет противопоказаний, особой подготовки не требует и обладает хорошим косметическим эффектом.

Список литературы:

1. Шафранов В. *Лечение гемангиом у детей* — 1996.
2. *Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей* / Е.В. Кожевников, Н.В. Маркина, В.А. Кожевников — 2009.
3. Исакова Ю.Ф. *Хирургические болезни детского возраста [Текст]* / Ю.Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
4. Ашкрофт К.У. *Детская хирургия: пер. с англ.- М., 1999.*
5. Holcomb G.W. *Ashkraft's Pediatric Surgery*, 2010.

УДК 616.2-617.001.611.84

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Сулайманова Г.

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

Резюме: в статье представлены результаты изучения клинических и эпидемиологических особенностей травм органа зрения у 170 детей и отдаленные результаты их хирургического лечения. В структуре травм глаза проникающие ранения глазного яблока составили 68,8%. Своевременное оказание хирургической помощи при травмах глаза способствовало сохранению органа зрения, как в анатомическом, так и в функциональном отношении.

Ключевые слова: травма органа зрения, контузия, ожог, проникающая травма глаза, дети.

КЫРГЫЗСТАНДА БАЛАНЫН КӨРҮҮ ОРГАНДАРЫНЫН ЖАРАКАТТАРДЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨР

Сулайманова Г.

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

Корутунду: макалада 170 баланын көрүү органдарынын жаракаттардын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн натыйжалары жана хирургиялык дарылоонун алысны натыйжалары көрсөтүлдү. Көз жаракаттардын түзүмүндө көз алманын өтүп кирген жаракаты 68,8% түзөт. Көз жаракаттарда өз убагында адистештирилген жардам көрсөтүү анатомиялык да, функционалдык да жаскап көз органын сактоого обөлгө болду.

Акыч сөздөр: көрүү органдардын жаракаты, урундуу (контузия), күйүк, көздүн өтүп кирген жаракаты, балдар.

CHILDREN EYE TRAUMA PECULIARITIES IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Sulaimanova G.

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

Resume: in this article, the results of the study of clinic and epidemiologic peculiarities of eye trauma of 170 children and long-term results of their surgery treatment are presented. In the structure of eye traumas, the penetrating injuries of an eyeball represent 68,8%. Timely surgery treatment of eye traumas assisted to an eye organ saving in both anatomical and functional term.

Key words: eye organ trauma, contusion, burn, penetrated eye trauma, children.

Актуальность. Офтальмотравматизм до настоящего времени остается одной из важнейших проблем офтальмологии, приводящих к инвалидизации населения. Механические повреждения органа зрения варьируют от 2 до 15% в общем числе травм и являются причиной слепоты и инвалидности в 30-35% случаев [2]. Повреждение глазного яблока и его вспомогательного аппарата в структуре детской глазной патологии составляют почти 10% [1].

По данным Р.А. Гундоровой и В.В. Кашникова в России в структуре травм органа зрения превалировали контузии глазного яблока (60%) [3]. В США частота проникающих травм глаза достигает 25% [4]. Согласно эпидемиологическому исследованию в России травмы чаще встречаются среди мужского населения в возрасте 9-11 и 12-15 лет [5]. В общей структуре глазного травматизма доля детской травмы составляет 10-20% [5]. Однако в последние годы зафиксирован рост детского глазного травматизма: например, по данным Уральского ИУВ с 1984 по 1993 г. [6], удельный вес детских травм в общей структуре глазного травматизма региона вырос с 21,4% до 27,6%.

Наряду с этим отмечают «омоложение» детских травм - лидирующей возрастной группой становятся дошкольники 4-7 лет. Начиная с 3 лет, выявляют половые различия в травматизме, обусловленные «мужской агрессивностью», базирующейся на результатах исследований, проведенных кафедрой глазных болезней Казанского медицинского университета, где 62% случаев составляют мальчики среди всех детей с травмами органа зрения [7]. По данным литературы в России у детей чаще всего получают травмы режущими предметами (вилка, нож и т.д.), наносят повреждения глаз друг другу, бросая различные предметы (сломанные игрушки, палки, ветки), а также в результате взрывов бутылок с карбидом, лампочек и различных горючих и взрывчатых веществ [5, 8]. Проникающие ранения глаза с внедрением инородных тел, осложненные повреждением внутренних структур и оболочек глаза отличаются сложностью процесса и непредсказуемостью развития изменений. В Кыргызстане отсутствуют данные по структуре и отдаленным результатам хирургического лечения травм и ожогов глазного яблока, что значительно затрудняет организацию профилактических мероприятий и выработку рекомендаций по совершенствованию офтальмологической помощи детям в республике.

В связи с этим **целью** настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей, оценка отдаленных результатов хирургического лечения травмы глаза у детей по данным детского глазного отделения Национального центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились дети с повреждением органа зрения в возрасте от 1 года до 17 лет. В исследование включены все дети, поступившие на стационарное лечение в период с января 2013 по июль 2015 гг.

Исследование детей с повреждением органа зрения включало общеклинические исследования, визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, офтальмобиомикроскопию, рентгенографию орбиты в двух проекциях и ультразвуковое исследование глаз.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего исследовано 170 детей с различными травмами органа зрения, в том числе 135 (79,4%) мальчиков и 35 (20,6%) девочек. Из них 107 (62,9%) детей были жителями сел, 63 (37,1%) больных – города.

С травмами органа зрения чаще поступали дети в возрасте 3-7 лет (40,0%) и подростки в возрасте 10-17 лет (28,2%), чем дети младшего школьного (7-10 лет) возраста (20,0%) и дети от 1 года до 3-х лет (11,8%).

Дети с различными травмами органа зрения чаще всего поступали весной и летом во время весенних и летних каникул (рис. 1). Зимой дети поступали также чаще всего в период зимних каникул.

Структура травм органа зрения была представлена открытой проникающей травмой глаза (68,8%), тупыми травмами глаза (20%), ранами придатков глаза (5,9%), химическими (4,1%) и термическими (1,2%) ожогами глазного яблока.

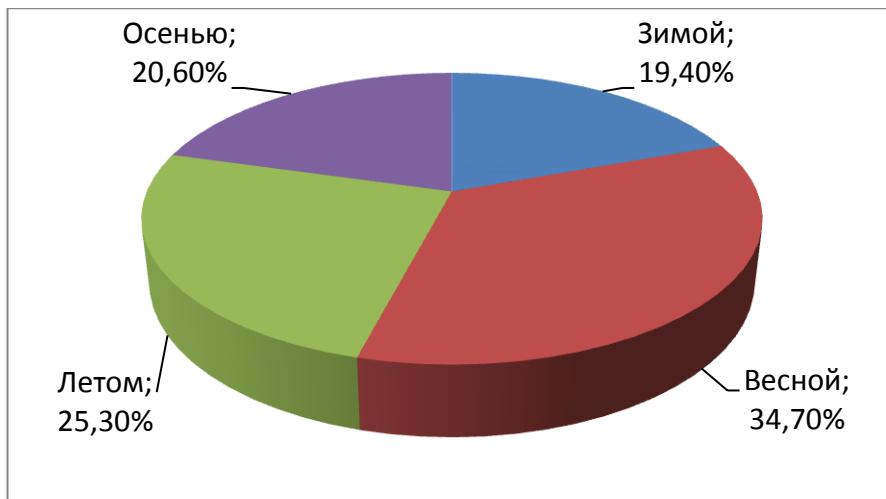


Рис. 1. Частота поступления детей с травмами органа зрения в зависимости от сезона года.

Частыми повреждающими факторами были металлические (ножницы, вилка, нож, гвоздь, отвертка - у 32,9%) и деревянные предметы (ветки, палки, колышки, соломинки - у 28,8%), петарды и различные новогодние салюты-хлопушки (21,3%). Сравнительно реже повреждения глаз было вызвано стеклом (5,9%), камнем (5,9%) и прочими повреждающими предметами (5,9%). Контузии глазного яблока в основном возникали в результате удара тупым предметом (дверью, кулаком, попадания мячей, палок или камней при стрельбе из рогаток в глаз). Ожоги глаз наступали в результате контакта с известью, кислотой, кипятком и аккумуляторной жидкостью, при попадании в глаз суперклея, а также при взрыве кипятильника.

Необходимо отметить, что 107 (63%) детей с травмами глаза обратились поздно, т.е. через 24 и более часов после получения травмы.

У 144 (84,7%) детей травма глаза была осложненной. Среди осложнений отмечались следующие: выпадение и ущемление внутренних оболочек глаза (32,6%), гипопион (4,9%), эндофталмит (2,1%), травматическая катаракта (14,6%), травматическая отслойка сетчатки (2,1%), гемофтальм (34,7%),uveит (2,8%) и др. (6,3%).

Таблица 1 - Характеристика зрительных функций при поступлении.

Показатели зрительных функций	Всего, n=170 детей	
	абс. число	%
Не определено у детей в возрасте до 3-х лет	20	11,8
Не определено из-за травмы	16	9,4
Острота зрения=0 (нуль)	3	1,8%
Светоощущение	21	12,4
Движение пальцев	10	5,9
До 0,1 -(10% зрения)	26	15,3
0,1-0,3-(10-30% зрения)	25	14,7
0,3-0,5	27	15,9
0,5-0,7	15	8,9
0,7-1,0-(70-100% зрения)	7	4,1

При поступлении в стационар хирургическая экстренная помощь потребовалась 117 (68,8%) пострадавшим. Из них первичная хирургическая обработка открытых ранений

глазного яблока произведена 102 (87,2%) больным, ревизия ран глаза – 9 (7,7%) и эвисцероэнуклеация – 4 (3,4%) пострадавшим и другие операции – 2 (1,7%) детям.

102 больным детям с проникающими травмами глаза была произведена первичная хирургическая обработка раны с последующей противовоспалительной и рассасывающей терапией. Но, несмотря на адекватное послеоперационное лечение, в более отдаленные сроки (от 2 до 9 месяцев после первичной хирургической обработки ран глазного яблока), 26 (25,5%) пострадавшим детям потребовались повторные оперативные вмешательства. Причинами повторной операции явились следующие осложнения травм глаза: посттравматическая осложненная катаракта (80,8%), посттравматическая субатрофия глазного яблока (11,5%), другие причины (7,7%).

Консервативное лечение проведено 53 больным детям, что составило 31,2% от общего числа больных детей. Детям с диагностированными тупыми закрытыми травмами и ожогами глаз было проведено соответствующее патогенетическое и симптоматическое лечение.

Исходы хирургического лечения повреждений глаз при выписке приведены в табл. 2.

Таблица 2 - Исходы хирургического лечения повреждений глазного яблока.

Показатели зрительных функций	Исходное состояние, n=117		Восстановленные функции, n=117	
	абс. число	%	абс. число	%
Не определено из-за возраста	5	4,3%	5	4,3%
Не определено из-за травмы	7	6%	-	-
Острота зрения=0 (ноль)	3	2,6%	4	3,4%
Светоощущение	9	7,7%	-	-
Движение тени у лица	10	8,5%	-	-
До 0,1	26	22,2%	30	25,6%
0,1-0,3	24	20,5%	27	23,1%
0,3-0,5	23	19,6%	28	23,9%
0,5-0,7	7	6%	15	12,8%
0,7-1,0	3	2,6%	8	6,8%

Выводы:

1. Среди исследованного контингента детей, находившихся на стационарном лечении с травмой органа зрения, большую часть составили мальчики в возрасте 3-7 лет из сельской местности.

2. Среди больных с травмой глаза наибольшее количество приходится на проникающие ранения глазного яблока (68,8%).

3. Своевременное оказание специализированной помощи при травмах глаза способствовало сохранению органа зрения, как в анатомическом, так и в функциональном отношении.

4. Профилактика травм глаза у детей должна быть направлена на совершенствование организации досуга детей в период школьных каникул и усиления воспитательной работы в детских коллективах.

Список литературы:

1. Аветисов Э.С. Руководство по детской офтальмологии [Текст] / Э.С. Аветисов, Е.И. Ковалевский, А.В. Хватова. : Медицина. – 1987. – 496с.

2. Гундорова Р.А. Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма [Текст] / Р.А. Гундорова, Л.К. Мошетова, И.Б. Максимов // ВІТ Съезд офтальмологов России: тезисы докладов. - М. - 2000. - С.55-60.

3. Гундорова Р.А. Повреждение глаз в чрезвычайных ситуациях [Текст] / Р.А. Гундорова, В.В. Каиников. – Новосибирск: СО РАМН. - 2002. – С. 179.

4. Schein O.D. *The spectrum and burden of ocular injury [Text]* / O.D. Schein, P.L. Hibberd, T. Kanzweiler., et al. // *Ophthalmology*. – 1988 - № 95 – P.300-305.
5. Гундорова Р.А. *Современная офтальмопатология [Текст]* / Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова. - М. - 2007. - С. 256.
6. Винькова Г.А. *Состояние глазного травматизма в Челябинской области [Текст]* / Г. А. Винькова, Т.С. Носаль // *Травмы глаз: сборник научных трудов.* - М. - 1994. - С.9-11.
7. Бушеева Э.М. *Разработка системы реабилитации детей с проникающими ранениями глаз, полученными в сельской местности [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук.* / Э.М. Бушеева. - М., 1999. - 14 с.
8. Тарасова Л. Н. *Структура криминальной травмы органа зрения [Текст]* / Л.Н. Тарасова, Т.С. Носаль // *Повреждение глаз при экстремальных ситуациях: науч. практик. конф., 22–26 мая 1995г.* - М., 1995- С.10-11.

УДК 616.02-617.001-617.51

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ: СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Узакбаев К.А., Абдувалиева С.Т., Бабаджанов Н.Дж.

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

Резюме: в статье приведены результаты анализа черепно-мозговой травмы у 214 детей. Комплексное исследование детей с ЧМТ показало, что в структуре черепно-мозговой травмы у детей преобладает кефалогематома (у 50,5%), на втором месте встречается кефалогематома с внутричерепным кровоизлиянием (у 21,5%), затем следуют хроническая (у 14,9%) и острые субдуральные (у 13,1%) гематомы.

Ключевые слова: дети, новорожденные, черепно-мозговая травма, кефалогематома с внутричерепным кровоизлиянием, хроническая и острые субдуральные гематомы.

БАЛДАРДЫН МЭЭ БАШ СЫНЫКТАРЫ: ООРУНУН ТУЗУЛУШУ ЖАНА АГЫМЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Узакбаев К.А., Абдувалиева С.Т., Бабаджанов Н.Дж.

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

Корутунду: журналдагы макалада 214 баладагы мээ-баш сыныктардын анализинин жыйынтыктары корсотулгон. Мээ-баш сыныктар менен балдардын комплекстуу изилдоосуу корсоктөндөй, анын тузулушундо кефалогематома устомодук кылат (50,5%), экинчи орунда кефалогематома менен мээ кондойуно кандын куюлуп кетиши турат (21,5%), андан сон онокот (14,9%) жана кескин (13,1%) мээнин каттуу кабыкчасынын астына кандын куюлушу.

Ачыкч сөздөр: балдар, ымыркайлар, мээ баш сыныктары, кефалогематома менен мээ кондойуно кандын куюлуп кетиши, онокот жана кескин мээнин каттуу кабыкчасынын астына кандын куюлуп кетиши.

TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN: THE STRUCTURE AND CHARACTERISTICS OF THE COURSE

Uzakbaev K.A., Abduvalieva S.T., Babadzhhanov N.Dzh.

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

Resume: this article given the results of analysis of traumatic brain injury in 214 children. A comprehensive study of children with traumatic brain injury found, that in structure of traumatic brain injury in children prevails the cephalohematoma (in 50,5%), in second place is found the

cephalocephalhematoma with intracranial hemorrhage (in 21,5%), then there are chronic (in 14,9%) and acute subdural (in 13,1%) hematoma.

Key words: children, newborns, traumatic brain injury, *cephalocephalhematoma with intracranial hemorrhage, chronic and acute subdural hematoma.*

Понятие «черепно-мозговой травмы» (ЧМТ) охватывает не только изменения наружных покровов черепа, обусловленные воздействием механического фактора, но и внутричерепные поражения, вызывающие сдавление мозга, размозжение, разрыв тканей и, как правило, кровоизлияния. По данным разных авторов частота ЧМТ колеблется от 0,2% до 30% от числа всех новорожденных [4]. Травматические поражения сосудов, связанные с родовой травмой, встречаются у 7-20% новорожденных [1]. Имеются данные о том, что РЧМТ обнаруживаются в 35-40% всех аутопсий мертворожденных и погибших новорожденных [5].

ЧМТ определяют высокую летальность, приводят к развитию неврологических осложнений и определяют дальнейший прогноз и качество жизни ребенка [2]. По данным неонатологов, в структуре перинатальной смертности РЧМТ составляет 11%. Летальность от внутричерепных кровоизлияний, вызванных перинатальными повреждениями, колеблется от 27% до 57%.

Между тем, квалифицированная неотложная нейрохирургическая помощь позволяет не только сохранить жизнь, но и предотвратить грубые вторичные поражения мозга [3]. Тем не менее, до настоящего времени вопросы о сроках оперативного вмешательства при внечерепных и внутричерепных кровоизлияниях является дискутабельным.

Целью данного исследования явилось изучение структуры и особенностей течения ЧМТ в зависимости от характера травмы.

Материал и методы исследования. В исследование включены все дети с ЧМТ, которые поступали на лечение с 2012 по 2014 гг., т.е. выборка проводилась методом сплошного отбора. Клиническое наблюдение за детьми осуществлялось согласно общепринятым стандартам и включало в себя оценку общего состояния, физического развития, определение морфофункциональной зрелости недоношенного ребенка по шкале Bollard, выраженности клинических симптомов основного заболевания, неврологического статуса и патологических изменений со стороны смежных органов.

Комплексное исследование наряду с общеклиническими методами диагностики включало нейросонографию, краниографию и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Под наблюдением находилось 214 детей с различными формами ЧМТ: кефалогематома без внутричерепного кровоизлияния (КГ), кефалогематома с внутричерепным кровоизлиянием, острыми субдуральными гематомами (ОСГ) и хроническими субдуральными гематомами (ХСГ).

Результаты исследования. Комплексное исследование детей с ЧМТ позволило диагностировать у 108 (50,5%) новорожденных КГ, у 46 (21,5%) детей – кефалогематома с внутричерепным кровоизлиянием, у 28 (13,1%) больных – ОСГ и у 32 (14,9%) детей грудного возраста – ХСГ.

Из 108 детей с КГ без внутричерепного кровоизлияния 76 (70,4%) новорожденных поступили на 2-е сутки после родов. Среди детей преобладали мальчики (61,1%) над девочками (38,9%).

Односторонняя КГ диагностирована у 87 (80,5%) детей, двухсторонняя – у 21 (19,5%) ребенка.

КГ чаще обнаруживалась в теменной области (табл.). У всех детей с изолированной КГ отсутствовала какая-либо неврологическая симптоматика.

Как уже отмечено выше, у 46 новорожденных (19 девочек и 27 мальчиков) с КГ диагностировано внутричерепное кровоизлияние. Из них 56,5% детей поступили до 3-х суток жизни, 43,5% новорожденных через три дня после рождения. При этом КГ сочеталась с субдуральной гематомой в 26,1% случаях, внутримозговым кровоизлиянием в 23,9% случаях, субарахноидальным кровоизлиянием в 19,6% случаях,

внутрижелудочковым кровоизлиянием в 17,4% случаях и эпидуральной гематомой в 13% случаях.

Таблица - Локализация кефалогематомы у детей с РЧМТ.

Локализация кефалогематомы	Абс.	%
Кефалогематома теменной области	92	85,2
Кефалогематома височной области	6	5,6
Кефалогематома теменно-височной области	4	3,7
Кефалогематома затылочной области	4	3,7
Кефалогематома лобной области	2	1,8

У детей с кефалогематомой в сочетании с внутричерепным кровоизлиянием угнетение сознания варьировало от оглушения до глубокого коматозного. В зависимости от локализации кровоизлияния выявлялись парезы взора по корковому типу «больной смотрит на очаг», синдром угнетение ЦНС, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионный синдром, судорожный синдром и синдром вегето-висцеральных пароксизмов.

Оболочечные симптомы проявились общей гиперестезией, запрокидыванием головы, ригидностью затылочных мышц.

Среди 28 детей в возрасте от 3 дней до одного года жизни с ОСГ вследствие РЧМТ у 6 (21,4%) детей причиной гематомы явилась механическая травма в раннем неонатальном периоде. Большинство (67,9%) детей с ОСГ поступили до 3-х суток, каждый пятый (21,4%) ребенок с ОСГ – на 4-5 сутки после травмы. У 10,7% детей ОСГ диагностирована в течение первого года жизни.

Неврологическая симптоматика выражалась синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 75% детей, синдром угнетения ЦНС у 25% детей, гипертензионным у 50% детей, гидроцефальным у 62,3% детей. Синдром дислокации выявлен у 28,6% детей, судорожный синдром отмечен у 42,9% детей, двигательные нарушения наблюдались у 82,1% детей, менингеальный синдром у 10,7% детей и вегето-висцеральные нарушения отмечены у 32,1% детей.

Классические симптомы компрессионного синдрома: «светлый промежуток», гомолатеральный мидриаз, контралатеральный гемипарез наблюдались только у 14,2% детей со сдавлением головного мозга. У детей со сдавлением головного мозга наблюдались признаки геморрагического шока и грубые расстройства дыхания, потребовавшие проведения ИВЛ.

У 5 детей грудного возраста ОСГ, обусловленная постнатальной черепно-мозговой травмой, располагалась по конвекситальной поверхности полушарий мозга, у двух из них гематома была двусторонней. Неврологическая картина выражалась синдромами угнетения ЦНС, двигательных нарушений и внутричерепной гипертензии.

С ХСГ наблюдались 32 ребенка грудного возраста. При этом у 24 (60,7%) детей причиной образования ХСГ явилась внутричерепная родовая травма. Из них у 8 (39,13%) пациентов в анамнезе имело место осложненное течение беременности: вирусные и бактериальные инфекции, заболевания матери, в том числе заболевания сердечнососудистой системы, эндокринной системы, нефропатия, которые приводили к гипоксически-ишемическому поражению плода. Преобладающим в клинике у этих больных был гипертензионный синдром у 56% детей и синдром двигательных нарушений у 16% детей.

Среди больных с ХСГ нетравматической этиологии у 6 детей в анамнезе отмечались интра- или экстракраниальные воспалительные заболевания.

У всех детей с ХСГ наблюдались общемозговые симптомы: резкое беспокойство, иногда вялость, нарушение периодов сна и бодрствования, учащение срыгиваний, реже рвота.

Неврологическая симптоматика у больных с ХСГ была представлена гипертензионным синдромом у 31,3% детей, двигательными нарушениями у 56,3% детей, парезами у 25% детей, мышечной дистонией у 71,9% детей, вегето-висцеральными нарушениями в 37,5% случаях, угнетением ЦНС в 9,4% случаях и нейрорефлекторной гипервозбудимостью в 28,1% случаях.

Имели место также симптомы грубого отставания моторного и психического развития: дети самостоятельно не удерживали голову, не переворачивались, не проявляли интереса к игрушкам, к окружающему. У 68% детей с ХСГ был отмечен эпилептический синдром. Со стороны локальных симптомов преобладали двигательные нарушения в нижних конечностях, проявлявшиеся парезами различной степени с изменением сухожильных рефлексов, мышечного тонуса.

У всех больных детей с ХСГ была выявлена стволовая симптоматика, чаще страдал средний мозг (у 30,4%). Наблюдались парезы взора вверх, разное стояние глазных яблок.

Список литературы:

1. Бабенко А.И. Эпидемиология и классификация последствий внутричерепной родовой травмы новорожденных [Текст] /А.И. Бабенко, Г.Г. Орехова // Медицинская диагностика. Управление и качество. – 2007. - №3. – С.104-105.
2. Володин Н.Н. Перинатальная психология и психиатрия [Текст] / Н.Н. Володин // Академия – М. – 2009. - Том 1. - 304 ст. - Том 2 - 253 ст., ISBN 978576956030.
3. Марущенко Л.Л. Эффективность ликворошунтирующих операций у детей с прогрессирующей гидроцефалией, обусловленной перинатальными повреждениями [Текст] / Л.Л. Марущенко, И.П. Проценко // 3-й съезд нейрохирургов России. – СПб.,- 2002. – С. 508-509.
4. Ольхова Е.Б. Суб- и эпидуральные кровоизлияния у новорожденных и детей первых месяцев жизни. [Текст] / Е.Б. Ольхова //Медицинская визуализация. - 2006. - № 3. - С. 101-111. - ISSN 1607-0763.
5. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения нервной системы [Текст] / А.Ю. Ратнер // Казань: Издательство Казанского университета, 1985. – 336 с.

УДК 616.311-001.37-053.2

**ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ
СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА**
Шайбеков Д.Р., Омурбеков Т.О.

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

Резюме: в статье проведено ретроспективное изучение 571 истории болезни детей в возрасте от 1 года до 16 лет, госпитализированных в ГДКБСМП г. Бишкек с химическими ожогами слизистой ротовой полости и пищевода за период с 2009 по 2013 годы. Случайное употребление детьми агрессивных химических средств (кислоты, щелочи) приводит к поражению слизистой ротовой полости, ожогам слизистой пищевода I-III степени и формированию стеноза пищевода.

Ключевые слова: дети, химические ожоги пищевода.

**КЫЗЫЛ ӨҢГӨЧТҮН ХИМИЯЛЫК КҮЙҮКТӨРҮ: ЭТИОЛОГИЯЛЫК
ТҮЗҮМҮ ЖАНА КЛИНИКА-ФУНКЦИОНАЛДЫК МУНӨЗДӨМӨСҮ**
Шайбеков Д.Р., Омурбеков Т.О.

Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык оорууланасы,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: статьяда 2009-2013 жылдар аралыгында Бишкек шаарынын ШМТЖБКОго ооз көндөйүнүн жана кызыл өңгөчтүн химиялык күйүк менен оорууланага жаткырылган 1

жаштап 16 жашка чейинки курактагы 571 балдардын бейтап баяндарынын ретроспективдүү изилдөөсүнүн талдоосу жүргүзүлгөн. Балдардын агрессивдүү химиялык заттарды (кислоталар, щелочтор) кокустан кабыл алушу ооз көндөйүнүн былжырлуу оболочкасынын жарадар болушуна, кызыл өнгөчтүн былжырлуу оболочкасынын I-III даражадагы күйүгүнө жана кызыл өнгөчтүн стенозунун пайды болушуна алып келет.

Ачкыч сөздөр: балдар, кызыл өнгөчтүн химиялык күйүгү.

CHEMICAL BURNS OF ESOPHAGUS: ETIOLOGICAL STRUCTURE AND CLINICAL-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS

Shaibekov D.R., Omurbekov T.O.

*The Children's Emergency Hospital of Bishkek,
Kyrgyz Republic*

Resume: the article carries out a retrospective analysis based on the research of 571 case histories of children in age from 1 year to 16 years hospitalized in the Children's Emergency Hospital of Bishkek with chemical burns of oral mucosa and esophagus during 2009 – 2013 years. The accidental cases of usage of aggressive chemicals (acids and alkalis) by children can lead to injuries of the oral mucosa, the esophagus (I-III degrees), and stenosis of esophagus may appear.

Key words: children, chemical injuries of esophagus.

Актуальность: Химические ожоги пищевода (ХОП) остаются одними из частых заболеваний пищевода у детей. Число их постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту различных агрессивных веществ в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка.

По данным американской ассоциации токсикологических центров только в 2008 году произошло более 1,6 млн отравлений у детей, причем щелочные ожоги пищевода были зарегистрированы в 18–46% после употребления различных бытовых химикатов [1]. Сравнивая результаты своих исследований с результатами американских, турецких и египетских клиник, Sakineh Fallahi и соавт. (Иран), указывают на более высокий процент тяжело пострадавших в развивающихся странах [2]. Причем в структуре поступивших в детскую больницу Abbass за период 2009–2011 гг. те же авторы указывают на преобладание городского населения и оценивают частоту встречаемости химических ожогов пищевода как 15,8 на 10000.

В структуре заболеваний пищевода у детей химические поражения занимают лидирующие позиции [3, 4]. Широкое использование в быту прижигающих веществ с различной химической структурой, активная реклама «красивых бутылочек», бесконтрольное хранение и отсутствие должной просветительской работы среди родителей способствуют увеличению количества пострадавших среди детского населения [5].

В последние годы в исследовании данной патологии детские хирурги продвинулись далеко вперед: изучены механизмы повреждающего действия различных по химическому составу прижигающих веществ [6], разработана рабочая классификация многокомпонентных бытовых химикатов, позволяющая прогнозировать степень поражения пищевода [7]. Но, несмотря на эти достижения, число химических ожогов пищевода у детей не снижается, что объясняется ростом количества и видов агрессивных веществ, а также их легкодоступностью для потребителя.

Цель: изучить исходы поражения слизистой пищевода, обусловленных случайным употреблением детьми различных химических веществ.

Материалы и методы: По данным архива ГДКБСМП г. Бишкека проведен ретроспективный анализ 571 истории болезни детей в возрасте от 1 года до 16 лет, госпитализированных с подозрением на пероральное отравление различными химическими веществами за период с 2009 по 2013 годы. Признаки отравления

диагностированы в приемном отделении больницы, все дети госпитализированы в хирургическое отделение больницы на обследование и лечение. В 2009 году госпитализировано 76 больных, после чего отмечался резкий рост обращаемости: 2010 год – 111, 2011 год – 120, 2012 год – 125, 2013 год – 139 больных.

В условиях стационара всем детям (100%) выполнено общеклиническое лабораторное обследование (ОАК, ОАМ) и инструментальное обследование (ФГДС), по отдельным показаниям проводили рентгеноскопию верхних отделов пищеварительного тракта. Дети консультированы лор-врачом и педиатром. Глубина поражения тканей при ожоге пищевода оценивалась эндоскопически. Использовались как консервативные, так и оперативные методы лечения (бужирование пищевода и наложение гастростомы).

Результаты. Все дети, госпитализированные в стационар, приняли химическое вещество случайно, из-за невнимательности взрослых, при этом их количество нарастало из года в год. Распределение по полу: обследовано 302 мальчика (52,8%) и 269 девочек (47,2%). Наиболее часто встречающийся возраст детей – от 1 до 3 лет, их количество составило 380 детей (66,5%); от 3 до 6 лет было 172 (30,5%) ребенка; 6 до 9 лет – 13 (2%) детей, и число детей свыше 9 лет составило 6 больных (1%) (рис. 1). Средний возраст госпитализированных детей составил – $2,31 \pm 0,12$ лет.

Ожог слизистой пищевода констатирован при употреблении уксусной эссенции (уксусной кислоты) у 233 (40,8%) детей, марганцовокислого натрия – у 109 (19%) детей, уайт спирита – у 82 (14,3%) детей, красителей – у 71 (12,4%) ребенка, средства «Аврора» – у 13 (2,2%), аккумуляторной кислоты – у 5 (0,8%), чистотела – у 2 (0,3%) и других реагентов – у 56 (9,7%) детей (табл. 1). Наиболее тяжелое течение заболевания и 100% осложнений в виде стриктуры пищевода вызвал реагент – «Аврора».

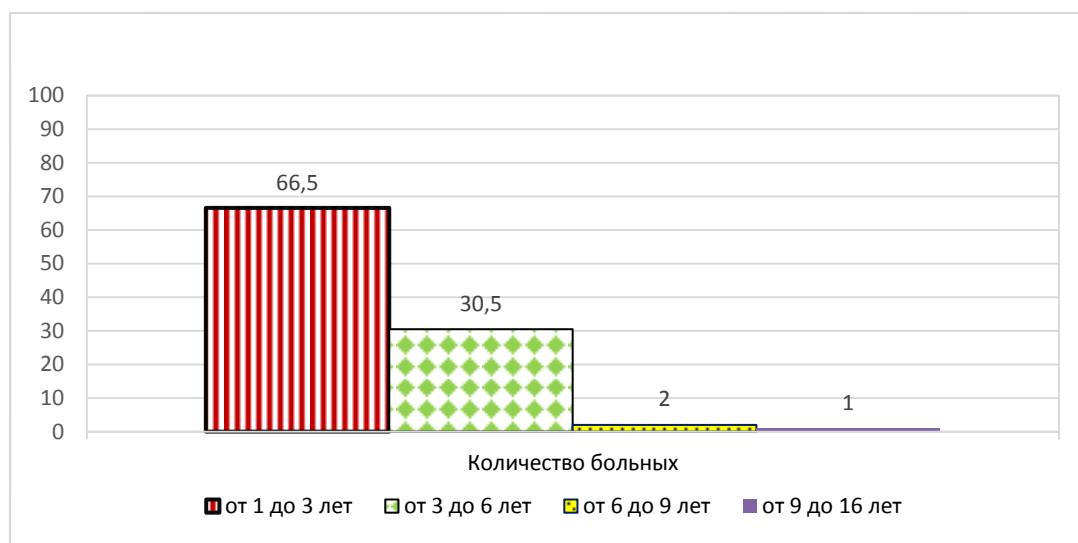


Рис. 1. Распределение детей с химическими ожогами пищевода по возрасту.

Таблица 1 - Причинные агенты, вызвавшие развитие ожога пищевода у детей

№	Название причинного агента	Абсолютное количество детей	Процентное количество детей
1.	Уксусная кислота	233	40,8%
2.	Марганцовокислый натрий	109	19%
3.	Уайт спирит	82	14,3%
4.	Красители	71	12,4%
5.	Средство «Аврора»	13	2,2%
6.	Аккумуляторная кислота	5	0,8%
7.	Чистотел	2	0,3%
8.	Другие реагенты	56	9,7%

Химические ожоги слизистой пищевода кислотой и щелочью клинически проявлялись отечностью и гиперемией губ, гиперемией и кровоточивостью слизистой ротовой полости, гиперсаливацией; при употреблении кристаллов перманганата калия - окрашиванием слизистой полости рта и языка в черный цвет. В тяжелых случаях отмечалось наложение фиброна на слизистой ротовой полости, дисфагия, дисфония – у 14% детей. Осложнений в виде острой почечной и печеночной недостаточности у этих детей не зарегистрировано.

Первичная ЭГДС выполнена 481 (84%) ребенку, в сроки от 1 до 8 дней. Родители 24 детей отказались от эндоскопического обследования (ЭГДС). Эндоскопическая картина ожога I степени диагностирована у 240 детей (43,7%), II степени - у 180 пациентов (31,2%), III степени - у 34 больных (5,4%), в 117 случаях (2,4%) ожог пищевода эндоскопически не подтвердился. В результате ФГДС верифицирована локализация ожоговой поверхности: ожог слизистой верхней трети пищевода диагностирован у 303 больных, ожог слизистой средней трети пищевода - у 115 детей, ожог на границе верхней и средней трети пищевода – у 98 больных, ожог на границе средней и нижней трети пищевода – у 19 детей, ожог слизистой нижней трети пищевода – у 14 пациентов. У 22 детей отсутствовали клинические признаки химического ожога верхних отделов пищеварительного тракта.

Стеноз пищевода, как осложнение химического ожога вследствие случайного употребления химических веществ, диагностирован у 282 (48%) больных. Всем пациентам со стенозом пищевода проводилось лечебное бужирование по струне-проводнику, а в тяжелых случаях (III степень ожога) – в сочетании с наложением гастростомы.

Химические ожоги слизистой пищевода сопровождались воспалительными изменениями в гемограмме (ускорение СОЭ - $17,2 \pm 2,05$ мм/ч, лейкоцитоз – $13,3 \pm 1,7 \cdot 10^9/\text{л}$). Все дети получили консервативное лечение: промывание желудка, ранняя антибактериальная терапия для профилактики вторичного инфицирования, с целью ускорения эпителилизации слизистой перорально использовалось облепиховое масло, применялись короткие курсы глюкокортикоидов (5-7 дней), обволакивающие средства (альмагель), хитозановый гель, калезвин и инвазионная терапия как компонент противошоковой терапии (по показаниям).

Выходы:

1. Отмечается ежегодная тенденция роста числа детей с химическими ожогами.
2. Химический ожог пищевода чаще всего регистрируется в возрастной группе детей от 1 до 3 лет.
3. Основной причиной роста числа ожогов пищевода у детей является невнимательность со стороны родителей и родственников.
4. Наиболее частыми реагентами, вызывающими ожоги слизистой полости рта и пищевода являются уксусная кислота, марганцовокислый натрий, уайт спирит и красители.

Список литературы:

1. George D Ferry, Douglas S Fishman, Craig Jensen, Alison G Hoppin, *Caustic esophageal injury in children*. 2013. www.uptodate.com.
2. Sakineh Fallahi, Seyed M.V. Hosseini Soghra Fallahi, Morteza Salimi, Ali Akbar Hesam, Seydeh Hamideh Hoseini. *Extent of Injury of Gastrointestinal tract due to accidental ingestion of chemicals among children at Bandar Abbas Children Hospital 2009–2011*. *Life Science Journal* 2012; 9(4): 2054–2057.
3. Алексеенко С.И. *Химические ожоги пищевода у детей: особенности диагностики, лечения и профилактики осложнений*. [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / С.И. Алексеенко. – СПб. - 2006.
4. Волков С.В. *Химические ожоги пищевода и желудка (эндоскопическая диагностика и лазеротерапия)* [Текст] / С.В. Волков, А.С. Ермолов, Е.А. Лужников. - М: Издательский дом «Медпрактика-М». – 2005. - 120 с.

5. Салахов Э.С. Лечение химических ожогов пищевода у детей. / [Текст] : Дисс...канд. мед. наук / Э.С. Салахов. – Москва. - 2007.
6. Кожевников В.А. Местная терапия химических ожогов пищевода [Текст] / В.А. Кожевников, А.К. Смирнов, Д.Г. Полухин //Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 40-летию педиатрического факультета АРМУ «Педиатры Алтая - будущему России» — Барнаул,2006 - С 258 -262.
7. Макарова О.Л. Тактика лечения больных с сочетанными рубцами структурами пищевода и желудка после химических ожогов [Текст] / О.Л. Макарова, М.П. Королев, Л.Е. Федотов // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. Киев, 2003. - №3. - Т.7. – С. 39-40. 8.
8. Corrosive esophageal injury. Professional health care portal «Health writing» Nov., 2007 www.health-writtings.com.
-

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

ПЕДИАТРИЯ

Современные аспекты подготовки педиатрических кадров в Кыргызской Республике 3
Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б.

Новые подходы к формированию здорового образа жизни у школьников 8
Ахмедова И.М., Абдуллаева Д.А., Султонхождаева Ш.С.

Клинико-лабораторные проявления синдрома энтероколита, индуцированного 12
белками пищи у детей

*Камилова А.Т., Геллер С.И., Султанходжаева Ш.С., Дустмухамедова Д.Х.,
Алиева Н.Р., Убайходжаева Х.Т.*

Частота и структура тугоухости у детей в Кыргызской Республике 16
Кермалиева Б.Б.

Уровень кортизола у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в раннем 20
неонатальном периоде

Кудаяров Д.К., Вычижсанова Н.В., Муратов А.А., Нарицына Л.М., Кудайбергенова К.А.

Состояние здоровья детей, проживающих в регионах экологического риска юга 23
Кыргызстана

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.

Клинико-иммуногенетические аспекты ювенильного ревматоидного артрита у детей 30
Файзиев А.Н.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Железодефицитная анемия у женщин: скрининг, профилактика и лечение 33
Назаралиева С.Б., Атакозуева Г.М., Черикчева А.Б., Жусупова Ш.К.

Изменения фагоцитарного и клеточного звена иммунитета у женщин с гиперплазией 36
эндометрия на фоне патологического климакса

Тепеева Т.Х.

Влияние хлорорганических пестицидов на течение беременности и перинатальные 40
исходы

Тойчубаев Р.М.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Итоги лечения гемангиом у детей с помощью креотерапии 47
Жолдошев У.Б., Анараев А.А., Айбашев К.А., Абдихаликов Ж.А., Жолдошев С.А.

Особенности травм органа зрения у детей в Кыргызстане 49
Сулайманова Г.

Черепно-мозговые травмы у детей: структура и особенности течения 53
Узакбаев К.А., Абдувалиева С.Т., Бабаджанов Н.Дж.

Химические ожоги пищевода: этиологическая структура и клинико-функциональная 56
характеристика

Шайбеков Д.Р., Омурбеков Т.О.