



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2015. Том 7. № 4.

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://jurnal.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. №4.

<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://jurnal.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 616-036.22:616-36-002

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ
ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А»**

Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Баялиева М.М., Кадырова Р.М.

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И. К. Ахунбаева,
Республиканская клиническая инфекционная больница.
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: в работе проведен анализ 670 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с вирусным гепатитом «А». Представлены эпидемиологические особенности гепатита «А» на современном этапе.

Ключевые слова: вирусный гепатит «А», эпидемиологические особенности, вакцинация.

**«А» ГЕПАТИТИНИН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МУНӨЗДОРУ ЖАНА
ООРУНУ АЛДЫН АЛУУ ЖОЛДОРУ**

Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Баялиева М.М., Кадырова Р.М.

И. К. Ахунбаев атындағы Кыргыз мамлекеттік медициналық академиясынын балдардың жүргүштүү оорулар кафедрасы, Республиканын жүргүштүү оорулар бейтапканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул илмий әмгекте Республикалык жүргүштүү оруулар бейтапканасына жаткырылган 670 баланын «А» гепатитинин оруу баяны изилденди. Акыркы жылдардағы гепатит «А» оорусунун эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүнүн жыйынтығы берилген.

Ачык сөздөр: курч муноздогу вирустук гепатит «А», эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү, ооруну алдын алуу.

EPIDEMIOLOGICAL ACUTE HEPATITIS A AND PREVENTION

Balabasova A.M., Mambetova M.K., Bayalieva M.M., Kadyrova R.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy of the children infectious diseases department, Republic clinical infection hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: at this article was done analysis 670 of medical reports of children who has acute viral hepatitis A. These children were treated in Republic clinical infections hospital. The review of the studies devoted to study of the epidemiological particularities of the acute viral hepatitis «A» in children at the last is presented.

Key words: acute viral hepatitis «A», epidemiology, prevention.

Вирусные гепатиты остаются одной из актуальных проблем современности, так как заболеваемость вирусными гепатитами продолжает оставаться на высоком уровне и сохраняет свою социально-экономическую и эпидемиологическую значимость во всем мире [1, 3].

Вирусный гепатит «А» (ВГА) занимает одно из ведущих мест в этиологической структуре острых вирусных гепатитов, которые традиционно считался преимущественно детским, легким, доброкачественным заболеванием и потому не привлекал особого внимания клиницистов и ученых. Однако в последние годы появились новые данные, побуждающие пересмотреть некоторые положения, ранее казавшиеся незыблемыми. В частности, в России заболеваемость ВГА среди подростков и взрослых, превышает таковую у детей, а течение болезни не всегда «гладкое» с развитием фульминантных форм [2, 4, 7].

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 2 млн. летальных исходов от вирусных гепатитов, включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному. Заболеваемость ВГА в различных регионах мира колеблется в широком диапазоне и характеризуется неравномерным распространением по континентам и странам, а также в пределах одной страны из-за неблагоприятных социальных факторов, неудовлетворительного состояния системы водоснабжения, а так же низкого охвата вакцинации против гепатита А [2, 5, 6, 8, 9].

К эндемичным областям относят регионы с высокой плотностью населения, низкими гигиеническими стандартами, относятся страны Африки, Азии, страны Средней и южной Америки, большая часть Восточной Европы, Ближнего Востока, где большинство случаев инфицирования приходится на детей [7, 9, 10].

В последние годы, несмотря на совершенствование эпидемиологического надзора за ВГА в странах Европы, России, Белоруссии, Украине продолжается рост заболеваемости, среди лиц молодого возраста [4, 6, 9].

Страны Центральной Азии относятся к региону высокой эндемичности, в связи с этим проэпидемичивание населения достигается в более ранние сроки. Так, в городах Узбекистана у 60-80% детей в возрасте 5-10 лет обнаруживаются антитела класса IgG к вирусу гепатита «А». Подобная ситуация имеет место и в Таджикистане, где основная заболеваемость гепатитом «А» приходится на возраст от 1 до 5 лет, в Центральном Казахстане дети 5-9 летнего возраста. Так как население использует воду в основном из открытых водоемов, т.е. водный путь передачи инфекции приобретает в последние годы значимость в условиях отсутствия чистой питьевой воды [3, 7].

На территории Кыргызстана заболеваемость ВГА колеблется в широком диапазоне, наиболее высокий показатель (560,2 на 100 тыс. населения) был отмечен в 1997 году. По данным ДГСЭН КР начиная с 2012 г. увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,7 раза, число заболевших составило 17801 случай (322,8) против 10656 случаев (193,2) за 2011г. Из них 95,8% составил ВГА. При этом наибольшее число случаев ВГА регистрировалось в крупных г. Ош и г. Бишкек, где интенсивный показатель составил в 2008г. – 235,9 соответственно 159,4; 2009 г. – 279,4 и 134,6; 2010 г. – 226,5 и 114,5; 2011 г. – 209,9 и 103,2; 2012 г. – 375,6 и 310,1.

Подъем заболеваемости ВГА обусловлен не только очередным циклом, но и другими факторами: скученностью населения, массовой миграцией, низким уровнем санитарной культуры, отсутствием централизованного водоснабжения большинства территорий. Вышеуказанные данные свидетельствуют о напряженной эпидемиологической ситуации по ВГА в республике.

Целью данного исследования является изучение эпидемиологических особенностей ВГА у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования. В работе проведен анализ заболеваемости ОВГ 1990-2014 гг. по данным официальной статистики.

Под наблюдением на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за 2010-2013 гг. находились 670 детей с ВГА в возрасте от 1 до 14 лет.

Диагноз ВГА был выставлен на основании общепринятой классификации, с учетом типа, тяжести и течения болезни. Критериями тяжести ВГА считались: продолжительность и выраженность симптомов интоксикации, интенсивность желтухи, размеры печени, наличие геморрагического синдрома и лабораторные.

В лабораторной диагностике использовались общеклинические, биохимические и дополнительные методы исследования (ИФА, УЗИ и др.).

Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS 20.

Результаты и их обсуждение. Начиная с 1990 г. в Кыргызстане заболеваемость острыми вирусными гепатитами имеет неуклонный рост (рис. 1).

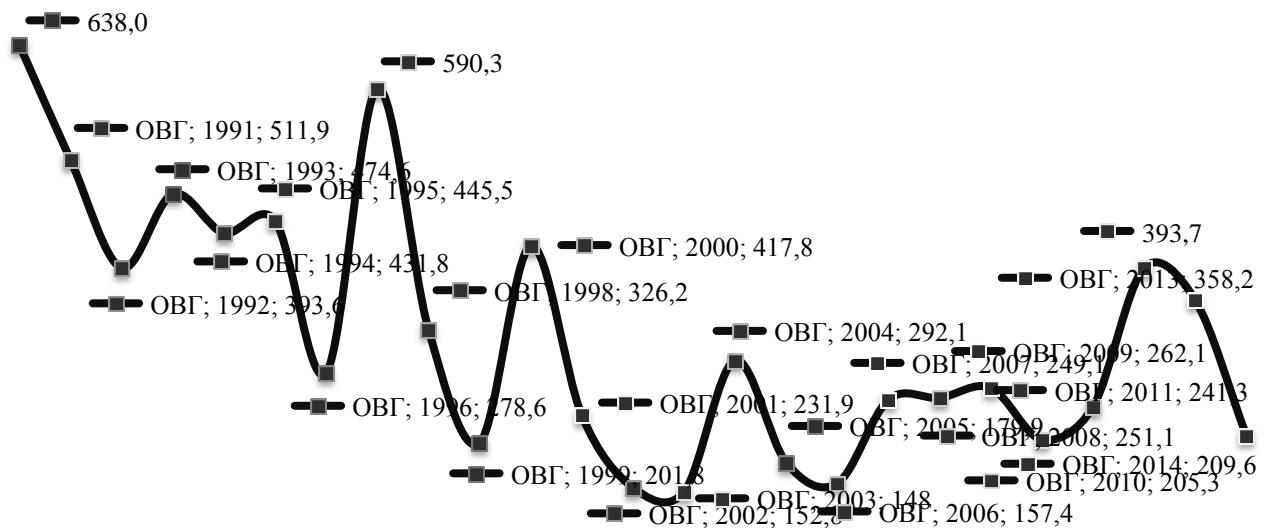


Рис. 1. Динамика заболеваемости ОВГ 1990-2014 гг.

Заболеваемость острыми вирусными гепатитами (ОВГ) была высокой в южных регионах страны (рис. 2), в частности в г. Ош. Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в г. Ош в 2000 г. и 2004 г. (рис. 2).

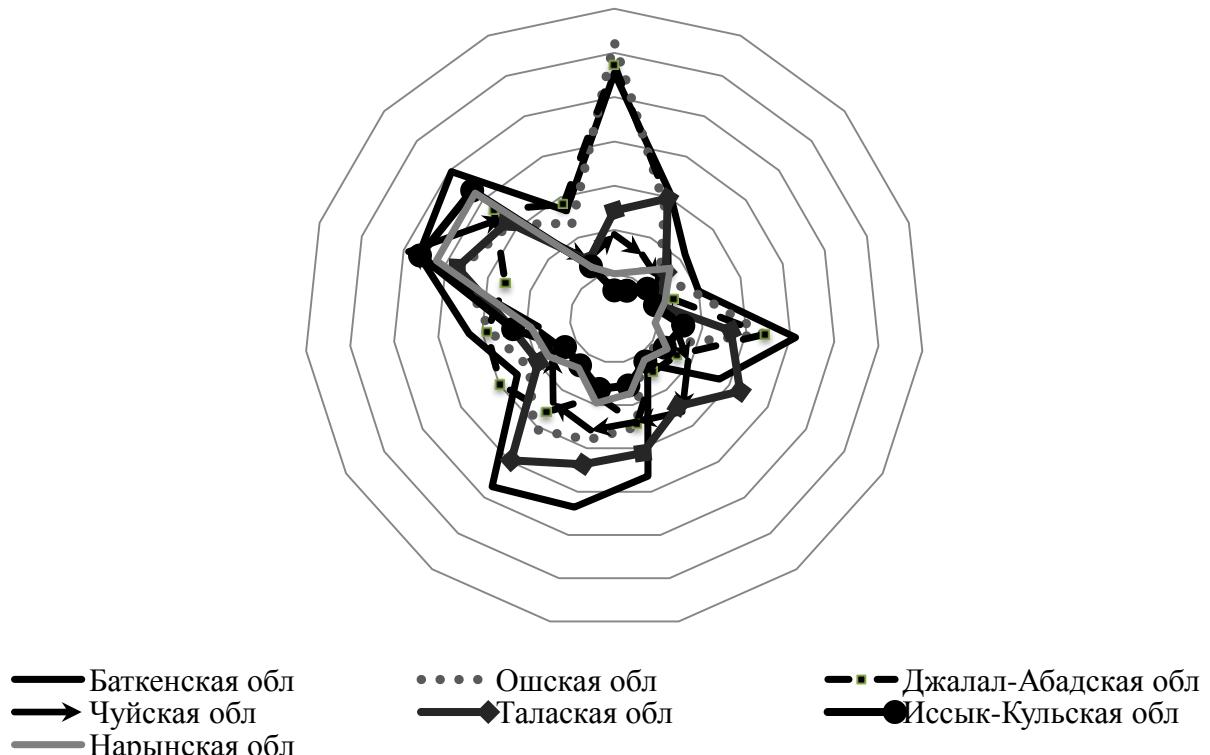


Рис. 2. Динамика заболеваемости ОВГ по Республике 2000-2014 гг. (на 100 тыс. населения).

Заболеваемость ВГА в г. Ош превысила в 7 раз, по сравнению со столицей и северными регионами (Чуйской, Нарынской и Иссык-Кульской областями). Подъемы заболеваемости по ОВГ в Кыргызской Республике всегда были связаны с ростом заболеваемости ВГА (рис. 3).

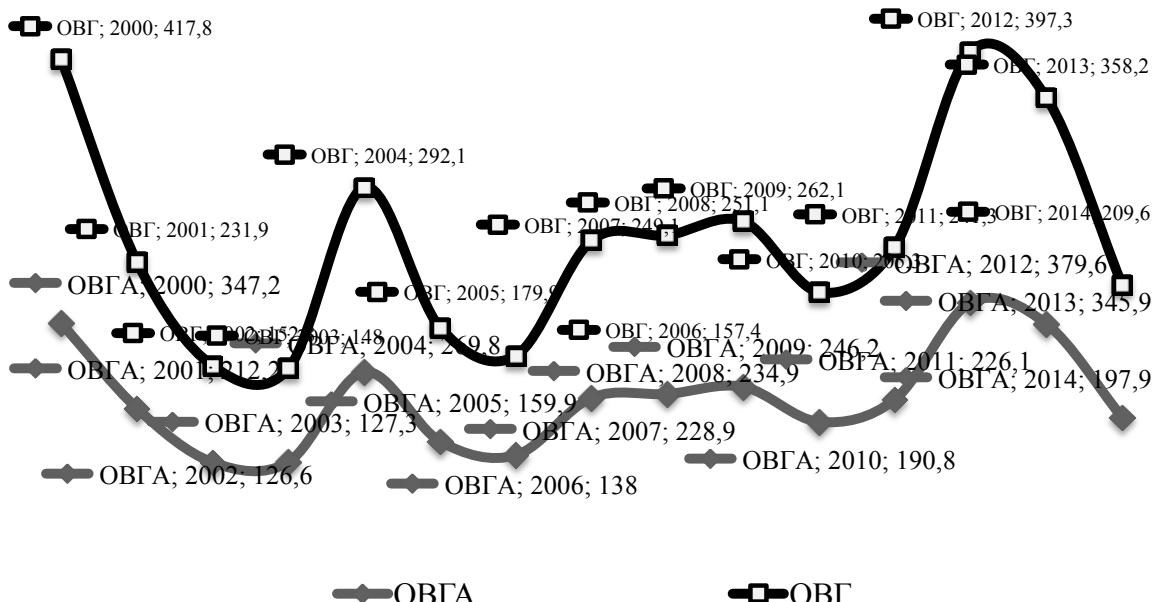


Рис. 3. Динамика заболеваемости ОВГ и ВГА 2000-2014 гг.

С 2006 г. отмечен рост заболеваемости ВГА и на севере республики. Начиная с 2011 г. рост заболеваемости ВГА уже регистрировался по всей республике. С 2014 г. наметилась тенденция к снижению заболеваемости ВГА.

В условиях клиники наблюдали за 670 детьми с ВГА. Возрастная структура распределилась следующим образом: 1-3 года – 197 (30,0%) детей, 4-6 лет – 201 (30,0%) ребенок, дети в возрасте 7-14 лет – 272 (40,0%) ребенка, т.е. преобладали дети старшего возраста и подростки.

ВГА чаще регистрировался у городских детей (59,5%), что вероятно, связано со скученностью, социальными факторами, качеством водоснабжения новостроек и др.

Большинство детей старшего возраста не обращались к врачу, так как их самочувствие существенно не нарушалось, болезнь протекала не только в типичной (желтушной) форме, но атипичной (безжелтушной, стертой) форме.

Анализ историй болезни детей, обратившихся в приемное отделение больных с ВГА за последние 4 года, позволил утверждать о наличии достаточного количества детей, которые нуждаются в госпитализации по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Среди госпитализированных число детей с ВГА превышает число взрослых пациентов более чем в 4 раза (рис. 4).

Анализ возрастной структуры детей с характерными симптомами ВГА, госпитализированных в РКИБ, свидетельствует об увеличении детей старшего возраста (рис. 5).

Среди больных с ВГА преобладали городские дети (59,5%). Из 399 городских детей 283 ребенка поступили из новостроек города. Среди иногородних (40,5%) больных, выявлено отсутствие доступа к чистой питьевой воде в 21,0% случаев.

Подъем заболеваемости был отмечен в осенне-зимний период с началом роста заболеваемости в октябре.

При изучении эпидемиологического анамнеза выявлено, что в 47,8% случаев источники инфекции не удалось установить, в 52,2% имел место контакт с больным ВГА. Так, среди уточненных случаев внутрисемейный контакт имел место у 54,1% детей, в школе – у 17,1% больных, в детских дошкольных учреждениях – 8,0% пациентов. В доме

ребенка имели контакт с больным ВГА 7,1% детей, с соседями и друзьями – 13,7% больных.



Рис. 4. Госпитализированные в РКИБ больные ВГА дети и взрослые.

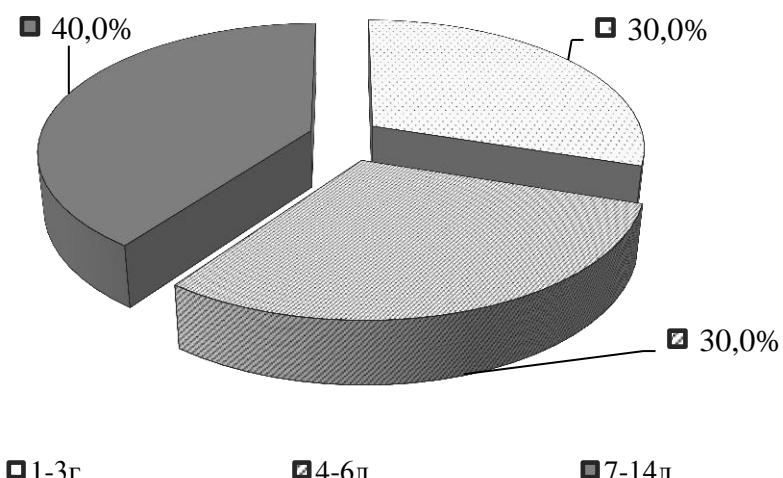


Рис. 5. Возрастная структура детей, госпитализированных в РКИБ с ВГА.

Эти данные свидетельствуют о том, что среди детей с гепатитом преобладали дети из семейных очагов, а на втором месте были дети из организованных коллективов, т.е. посещающие детские дошкольные учреждения, школу, дети из Дома ребенка г. Бишкек.

Немаловажное значение имело социальное положение родителей детей с ВГА. Так, у 38,4% детей родители не работали, 32,6% семей не имели собственного жилья. Лишь у 16,4% детей работали оба родителя.

В стационар по направлению семейных врачей поступили 288 (43,0%) детей, из других детских стационаров были переведены 101 (15,0%) ребенок, каретой скорой помощи доставлены 10 (1,5%) больных с ВГА. Без направления врачей поступили 271 (40,5%) больной. Из-за отсутствия положительной клинической динамики из территориальных больниц были переведены 14 (2,1%) больных с ВГА. Причинами перевода в РКИБ были холестаз и затяжное течение болезни.

В желтушном периоде госпитализированы 79,4% больных с ВГА, в преджелтушном периоде – 20,6%. Больные с ВГА поступали в стационар на вторые (43,6%) и третью (20,4%) сутки появления желтухи, реже в более поздние сроки (13,5%). На 1-й день появления желтухи госпитализированы 22,5% больных с ВГА.

У 62,3% детей ВГА протекал в среднетяжелой форме, у 18,5% – тяжелой форме с развитием отечно-асцитического и геморрагического синдромов.

Таким образом, в последние годы в республике регистрируется рост заболеваемости детей ВГА. Особенностями эпидемиологии ВГА на современном этапе являются: стертость сезонности, влияние водного фактора, вспышки в закрытых учреждениях среди детей раннего возраста. На эпидемиологические вспышки ВГА значительное влияние оказывают внешняя и внутренняя миграция и отсутствие вакцинации в районах с низкими социально-бытовыми условиями жизни. Среди клинических особенностей можно выделить следующие характеристики: развитие тяжелых форм ВГА и осложненное течение болезни. Полученные данные позволяют заключить, что в настоящее время необходим пересмотр не только противоэпидемических мероприятий, но и клинических показаний для госпитализации, сроков диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими ВГА.

Список литературы:

1. Андреева, Е. В. Влияние природного цеолита шивыртуйского месторождения на процессы детоксикации при лечении гепатита А у детей [Текст] / Е. В. Андреева // Забайкальский медицинский вестник. - 2008. - №2. – С. 15 – 18.
2. Быстрова, Т. Н. Эволюция эпидемиологического процесса, стратегия и тактика вакцинопрофилактики гепатита А на территории крупного города среднеевропейской части России [Текст] / Т. Н. Быстрова, Е. И. Ефимов // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. - №3. С. 82 – 86.
3. Караткина, Г. Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики [Текст] / Г. Н. Караткина // Лечащий врач. - 2010. - № 4. - С. 21-24.
4. Боев, Б. В. Моделирование вспышек гепатита А для поиска мер противодействия [Текст] / Б. В. Боев, Э. Р. Салман // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2009. - №3 (46). – С. 56 – 62.
5. Бондаренко, Т. Ю. Вирус гепатита А: структурно-функциональная организация генома, молекулярная диагностика и культивирование [Текст] / Т. Ю. Бондаренко, В. А. Терновой, С. В. Нетесов // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. - 2013. - № 3. - С.12 – 21.
6. Игнатов, О. А. Гепатит А: эпидемиология и профилактика [Текст] / О. А. Игнатов, Г. В. Ющенко, А. Н. Каира и др. // Санитарный врач. – 2011. - №10. – С. 22 – 34.
7. Игнатов, О. А. Особенности эпидемиологии вирусного гепатита А в Московской области на современном этапе [Текст] / О. А. Игнатов, Г. В. Ющенко, Т. В. Соломай // Санитарный врач. – 2011. - №5. – С. 26 – 29.
8. Калагина, Л. С. Динамика показателей трипсина сыворотки крови у детей с пищевой аллергией при вирусном гепатите А [Текст] / Л. С. Калагина, Н. О. Зеленская, Т. И. Зобкова // Аллергология и иммунология. – 2010. - №4. Том11. – С. 321 – 323.
9. Ющук, Н. Д. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. Руководство для врачей / [Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О. и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2012. - 160 с.
10. Torner, N. Hepatitis A outbreaks: the effect of a mass vaccination programme [Text] / N. Torner, P. Godoy // Journal of Viral Hepatitis. - 2011. – Vol. 18. – P. 18.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

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

Резюме: в данной статье представлен анализ особенностей клинических проявлений пневмонии с типичным и нетипичным течением. При назначении

антибактериальной терапии детям с внебольничной пневмонией необходимо учитывать этиологический фактор и тяжесть состояния.

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

TACTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA INFANTS

Batykhanov Sh.K., Imambaeva T.M., Abdullayeva G.M.,

Karimhanova A.T., Ayazbekov E.A., Tazhibetova A.M.

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

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

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

Актуальность. В настоящее время наиболее серьезную проблему в патологии детей раннего возраста составляют инфекции нижних дыхательных путей, особенно пневмонии. Ведущими учеными, работающими в области респираторной медицины в РФ, была разработана программа: «Внебольничная пневмония у детей (распространенность, диагностика, лечение и профилактика)» (2011), являющаяся практическим формулляром для педиатров. Согласно программе и современной классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний (2009), под внебольничной пневмонией понимают острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48-72 часа госпитализации. Высокая заболеваемость пневмонией приходится на ранний возраст, что обусловлено иммунологической, функциональной и анатомической незрелостью организма ребенка. Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах пневмония остается одной из частых причин смертности, особенно в раннем возрасте. Заболеваемость пневмониями составляет в год около 15-20 случаев на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5-6 - на 1000 детей старше 3 лет. Несмотря на снижение летальности от пневмонии за последние 50 лет США и Европе, она встречается с частотой от 34 до 40 случаев на 1000 детей [1, 4]. Следует отметить, что основная часть смертности от ОРЗ связана с пневмониями у детей первых лет жизни – ежегодно в мире от них умирает 1,8 млн. детей в возрасте до 5 лет. Смертность от пневмонии у детей в России, согласно данным Государственной статистики МЗ РФ, в 2001 году составила 116±3 на 100000 [5-7].

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



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

Подавляющее большинство внебольничных («домашних», «уличных») пневмоний - это результат активации эндогенной бактериальной флоры носоглотки, хотя возможно и экзогенное инфицирование. Многочисленные исследования показали, что клинически здоровые дети в 10-20% случаев при обследовании оказываются транзиторными носителями пневмококков, в 3-7% - гемофильной палочки или микоплазмы, хламидии пневмонии, в 20-45% - различных стафилококков [1-3].

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

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

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

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

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

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

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

Основанием для назначения этих препаратов служила их антимикробная активность в отношении большинства респираторных патогенов, в том числе атипичных (хламидии, микоплазмы, легионеллы). Новые макролиды лишены недостатков, присущих эритромицину, они обладают удовлетворительными вкусовыми качествами особенно детские формы (сусспензии и саше), реже вызывают побочные реакции, имеют лучшие фармококинетические параметры, что позволяет назначать их 1-2 раза в сутки коротким курсом.

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

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

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

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

Список литературы:

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

УДК: 616-053.2+616.611-002 (575,2)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Бейшебаева Н.А., Узакбаев К.А., Кирсанова М.В.

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

Резюме: среди детей, постоянно проживающих в условиях высокогорья, гломерулонефрит по обращаемости выявлен у 71 (47,6%) и доминировал в структуре патологии мочевыделительной системы. Детей с гломерулонефритом, поступивших по обращаемости из г. Бишкека было немного меньше (34,0%).

Ключевые слова: гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность.

БИЙИК ТООЛУУ ШАРТТАРДА БӨЙРӨК ООРУЛАРЫ ЖАНА СИЙДИК БӨЛҮП ЧЫГАРУУ СИСТЕМАСЫНЫН ТАРАЛЫШЫ

Бейшебаева Н.А., Узакбаев К.А., Кирсанова М.В.

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

Корутундуу: бийик тоолуу шарттарда жашаган балдардын гломерулонефрити 71 (47,6%) түздү жсана заара болуп чыгаруу тутумдун баардык патологиялардын арасынан эң көп болду. Нарын облусунан келип түшкөн пайыздык көрсөткүчү Бишкек ш. караганда кобуроок болду: 47,6% жсана 34%.

Ачкыч сөздөр: гломерулонефрит, өнөкөт кемтиги жыйынды.

THE PREVALENCE OF KIDNEY DISEASE AND URINARY SYSTEM DISEASE AT HIGH ALTITUDE

Beishebaeva N.A., Uzakbaev K.A., Kirsanova M.V.

*National centre for the protection of motherhood and childhood,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: Glomerulonephritis in children permanently residing at high altitudes was 71 (47.6%) and was the highest among all the pathologies of the urinary system. The percentage of children with glomerulonephritis was even greater from the Naryn region than from Bishkek: 47.6% and 34.0%.

Key words: glomerulonephritis, chronic renal failure.

Актуальность. Болезни почек и мочевыводящей системы в последние годы приобретают всё большую актуальность в связи с тем, что частота их повсеместно имеет тенденцию к увеличению, и их хроническое течение чаще приводит к ранней инвалидности и высокой летальности.

Лечение хронической почечной недостаточностью сложная проблема и весьма обременительная в моральном и финансовом отношении для пациентов, семьи и государства. Достижения клинической и теоретической нефрологии в настоящее время позволяют спасти жизнь, повысить качество жизни пациентов, но, к сожалению, практические возможности лечения этих больных не являются широкодоступными.

Исследования, касающиеся эпидемиологии хронических болезней почек и ее осложнений в высокогорных условиях единичны и не содержат полной информации о распространенности, факторах риска, течения хронической нефрологической патологии. Особое место занимают горные провинции, где на организм человека воздействуют высотная гипоксия, низкая температура окружающей среды, высокая доля ультрафиолетовой радиации, сухость воздуха, особенности минерального состава питьевой воды, продуктов питания. Изменчивость природных условий в горах связана не

только с высотой, но и временами года. Каждая горная провинция имеет свои особенности. Они порождают своеобразие физиологических реакций организма в конкретных горных регионах [1].

Именно изучение региональных особенностей формирования патологии у детей является ключом к эффективному управлению здоровьем населения. Высокая значимость проблемы повышения эффективности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями почек определяет необходимость проведения эпидемиологических и клинических исследований.

Таким образом, для разработки научно-обоснованного комплекса мероприятий по снижению потерь здоровья детского населения от хронических болезней почек и их осложнений, необходимо изучить эпидемиологические аспекты, усовершенствовать алгоритмы ранней диагностики и ведения таких пациентов, проводить профилактику развития хронических необратимых форм болезней почек у детей высокогорья, что определило актуальность настоящего исследования

Материал и методы исследования. Работа проведена на базе отделения нефрологии НЦОМиД за 2013-2015 годы. Ретроспективный анализ историй болезни проведен детям с заболеваниями почек и мочевыводящей системы из г. Бишкек и Нарынской области

Результаты и обсуждение. Проведена сравнительная оценка частоты регистрации заболеваний мочевыделительной системы у детей по обращаемости в НЦОМиД из г. Бишкека и Нарынской области.

Как видно из представленных данных, преобладали дети старше 7-летнего возраста, число детей от 0-4 лет и до 4-7 лет составило соответственно 27,7 и 22,3% (табл. 1).

Таблица 1.
Число больных детей из г. Бишкека, пролеченных в отделении нефрологии НЦОМД за 2013-2015 гг. по возрастам

Возраст в годах	Годы			Всего
	2015	2014	2013	
0-4 лет	13	29	19	61 (27,7%)
4-7 лет	11	19	19	49 (22,3%)
старше 7 лет	30	46	32	108 (49,1%)
взрослые	2	-	-	2 (0,9%)
Всего	56	94	70	220 (100%)

В течение всех лет среди больных преобладали девочки (63,1%), мальчики составили в целом 36,8% (табл. 2).

Таблица 2.
Структура пролеченных детей, жителей г. Бишкек, по половому признаку

2015 г.		2014 г.		2013 г.		Всего	
м	д	м	д	м	д	м	д
21	35	31	63	29	41	81 (36,8%)	13 (63,1%)

Из данных, представленных в табл. 3, в нозологической структуре устойчиво в течение всех лет преобладали гломерулонефриты, в целом составившие 34% от числа всех пролеченных. Среди заболеваний мочевыводящих путей превалировали нейрогенная дисфункция мочевого пузыря 16,3% и хронический вторичный пиелонефрит-7,2%. Острое почечное повреждение было диагностировано у 11 детей (5%), причём одну девочку спасти не удалось.

Хроническая почечная недостаточность диагностирована также у 11 пациентов (5%). Эта группа пациентов представляет собой сложный контингент с вероятной

необходимостью в последующем гемодиализного и хирургического лечения в виде трансплантации почек.

Таблица 3.

Нозологическая структура пролеченных больных из г. Бишкек за 2013-2015 гг.

Заболевания	2015 г.	2014 г.	2013 г.	Всего		
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)			
<i>Гломерулонефриты (нефритический синдром, нефротический синдром)</i>	20	24	13	57 (25%)	75 (34%)	
<i>Вторичные гломерулонефриты: Люпус нефрит, нефрит Шенлейна Геноха</i>	7	10	1	18 (8,1%)		
<i>Инфекции мочевыводящих путей/острый пиелонефрит</i>	13	9	10	32 (14,5%)		
<i>Аномалия мочевой системы</i>	-	5	1	6 (2,7%)		
<i>Пузирно-мочеточниковый рефлюкс</i>	6	3		9 (4%)		
<i>Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря</i>	1	18	17	36 (16,3%)		
<i>Интерстициальный нефрит</i>	1	5	3	9 (4%)		
<i>Хроническая почечная недостаточность</i>	2	3	6	11(5%)		
<i>Взрослые нефробиопсия</i>	2	-		2 (0,9%)		
<i>Наследственный нефрит</i>	1	-	1	2 (0,9%)		
<i>Тубулопатия</i>	3	2	2	7 (3,1%)		
<i>Поликистоз</i>	-	2		2 (0,9%)		
<i>Острое почечное повреждение</i>	-	6	5	11 (5%), 1 умерла		
<i>Др. нозологии</i>	-	1	1	2 (0,9%)		
<i>Хронический вторичный пиелонефрит</i>	-	6	10	16 (7,2%)		
<i>ИТОГО</i>	56	94	70	220		

Количество пролеченных детей с патологией почек и мочевыводящей системы из высокогорья (Нарынская область) составило 149 (табл. 4).

Таблица 4.

Возрастная структура пролеченных детей из Нарынской области

Возраст в годах	Годы			
	2015 г.	2014 г.	2013 г.	Всего
0-4 лет	5	14	4	23 (15,4%)
4-7 лет	2	6	13	22 (14,7%)
Старше 7 лет	34	37	33	104 (69,7%)

Также как и в г. Бишкеке, среди больных из высокогорья преобладали дети школьного возраста (69,7%), число детей в возрасте 0-4 г. составило 15,4%, 4-7 лет - 14,7%.

В сравнении с г. Бишкеком в числе госпитализированных из Нарынской области почти в два раза преобладали дети школьного возраста, а число дошкольников было почти на 1/3 меньше, чем среди больных из г. Бишкека. Данный факт может косвенно указывать на позднюю диагностику болезней мочевыводящей системы в Нарынской области.

Среди детей из высокогорья, так же, как и в г. Бишкеке болезни почек и мочевыводящей системы чаще встречались у девочек (53,7%), по сравнению с мальчиками (46,3%) (табл. 5).

Таблица 5.

Структура пролеченных больных из Нарынской области по половому признаку

2015 г.		2014 г.		2013 г.		Всего	
м	д	м	д	м	д	м	д
18	23	27	30	24	27	69 (46,3%)	80 (53,7%)

Из данных, приведенных в таблице 6, видно, что число детей с гломерулонефритом, постоянных жителей высокогорья составило 71 (47,6%) и было наибольшим среди всех патологий мочевыделительной системы. В процентном отношении детей с гломерулонефритом, поступивших из Нарынской области, было даже больше, чем из г. Бишкека: 47,6% и 34,0%. Из числа этих детей один больной был с летальным исходом от осложнений проводимой цитостатической терапии.

Таблица 6.

Нозологическая структура пролеченных детей из Нарынской области за 2013-2015 гг.

Заболевания	2015 г.	2014 г.	2013 г.	Всего	
	абс.	абс.	абс.		
<i>Гломерулонефриты (Нефритический синдром, нефротический синдром)</i>	16	15	13	44 (29,5%)	71 (47,6%)
<i>Вторичные гломеруло-нефриты: Люпус нефрит, нефрит Шенлейна Геноха</i>	8	13	-	27 (18,1%), 1 умерла	
<i>Инфекции мочевыводящих путей/острый пиелонефрит</i>	5	10	6	21 (14%)	
<i>Аномалия мочевой системы</i>	3	1	5	9 (6%)	
<i>Пузырно-мочеточниковый рефлюкс</i>	2	2	2	6 (4%) переход в ХБП - 3	
<i>Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря</i>	1	6	9	16 (0,7%)	
<i>Интерстициальный нефрит</i>	2	4	4	10 (6,7%)	
<i>Хроническая почечная недостаточность</i>	4	3	2	9 (6%), 1 умерла	
<i>Острое почечное повреждение</i>	-	1	-	1 (0,67%)	
<i>Хронический вторичный пиелонефрит</i>	-	1	3	4 (2,6%)	
<i>Др. нозологии</i>	-	1	1	2 (1,3%)	
<i>Всего</i>	41	57	51	149	

Из 6 больных детей с диагнозом пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 2 (33,3%) развивалась хроническая болезнь почек 3 стадии и они получают додиализную терапию.

Сопоставляя данные историй болезни детей, пролеченных в отделении нефрологии НЦОМиД, отчетливо видна тенденция преобладания среди детей из высокогорья пациентов с тяжелыми и хроническими формами болезни, способствующими снижению качества жизни детей, их инвалидизации и с вероятностью неблагоприятных исходов.

Проведенный ретроспективный анализ по историям болезни детей, пролеченных в НЦОМиД подтверждает необходимость более глубокого изучения распространенности болезней мочеполовой системы у детей, постоянных жителей высокогорья, исследования клинических особенностей данных заболеваний, реакции организма больных детей при

перемещении их в низкогорье, а также разработки программ диагностики, профилактики и реабилитации пациентов с патологией почек и мочеполовой системы, адаптированных к факторам высокогорной местности. На данном этапе очевидным является факт о необходимости распространения обучающих программ по нефрологии среди врачей высокогорья.

Выводы. К настоящему времени нельзя считать достоверными сведения о распространенности нефрологической патологии у детей в условиях высокогорья и об особенностях течения заболеваний. Но даже имеющиеся сведения выявляют пробелы в обеспечении детей достаточной по объему и высококвалифицированной медицинской помощью этого контингента пациентов.

Список литературы:

1. Джээналиев М.Д. Клинико-функциональные особенности гломерулонефритов в горных условиях: Автореф. дис....канд. мед. наук: 14.00.05. - Бишкек, 1996. - 22 с.
2. Джээналиев М.Д., Калиев Р.Р. О латентном нефрите в условиях горного климата // Тез. III съезда тер. Кыргызской Республики. - Бишкек, 1995. - с. 28.
3. Клинические практические рекомендации KDIGO по лечению гломерулонефритов, 2012 г. // Нефрология и диализ. - 2014. - приложение.

УДК 616.34-053.2-036.2(575.2)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Кожоназарова Г.К., Джетыбаева А.Б., Шайдерова И.Г., Акматова А.С.

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

Резюме: в статье представлен анализ распространенности гастроэнтерологической патологии на основании годовых отчетов отделения гастроэнтерологии НЦОМиД за последний пятилетний период и отчетных данных Республиканского медико-информационного центра у детей.

Ключевые слова: дети, заболевания ЖКТ, патология органов пищеварения, гастроэнтерология.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БАЛДАРДЫН АШКАЗАН-ИЧЕГИ ООРУЛАРЫНЫН ТАРКАЛЫШЫ ЖАНА КУРАМЫ

Кожоназарова Г.К., Джетыбаева А.Б., Шайдерова И.Г., Акматова А.С.

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

Корутунду: бул макалада Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун ашказан-ичеги оорулар бөлүмүнүн жана РММБ акыркы 5 жылдын ичиндеги жылдык отчетторунун негизинде жаш балдардын жана өстүрүмдөрдүн ашказан-ичеги ооруларынын өзгөзөлүктөрү берилген.

Ачкыч сөздөр: балдар, ашказан-ичеги оорулары

THE PREVALENCE AND THE STRUCTURE OF THE GASTROINTESTINAL TRACT INCIDENCE IN CHILDREN OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Kozhonazarova G. K., Djetybaeva A. B., Shaiderova I. G., Akmatova A. S.

*National Center of Maternity and Childhood,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: The article presents an analysis of the disease on gastroenterological pathology based on the annual reports of the Gastroenterology Department of National Center of Maternity and Childhood for the last five years and the report data of the National health information center for children and adolescents.

Key words: children, gastrointestinal diseases, pathology of the digestive system, gastroenterology.

Патология органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей – одна из актуальных проблем здоровья подрастающего поколения в Кыргызской Республике в связи с продолжающимся ростом ее распространенности. В то же время невысока доля вовремя установленных диагнозов заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, вычисляемая преимущественно по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Подобная ситуация снижает эффективность лечения, ухудшает прогноз и исход заболевания.

В структуре этиологических факторов формирования гастроэнтерологической патологии у детей на сегодняшний день в первую очередь выделяют нерациональность, нарушения режима и качества питания. Все эти факторы зависят от семейного уклада, пищевых привычек, сформированных с раннего возраста. Помимо этого, большую роль играют наследственность, высокий риск стрессовых ситуаций в семье и школе, а также неблагоприятный экологический фон, который в большой степени зависит от климато-географического положения нашей республики.

Эпидемиологические исследования заболеваний ЖКТ у детей в Кыргызской Республике проводились в последний раз в конце 80-х годов, по результатам которых было выявлено, что имеется чёткая связь между распространенностью патологии и высотой местности. Так, распространенность хронических неспецифических заболеваний органов пищеварения у детей составляла 121,15 на 1000 детей, в том числе в низкогорье – 113,07, в среднегорье – 118,19 и в условиях высокогорья - 141,8 на 1000 детей. Также было выявлено, что чем выше местность проживания, тем тяжелее и длительнее протекает болезнь [1].

В настоящее время официальной статистикой учитывается распространенность и заболеваемость по обращаемости пациентов за медицинской помощью, поскольку отсутствуют эпидемиологические исследования по изучению этих показателей. Следовательно, показатели распространенности и заболеваемости патологии ЖКТ могут значительно отличаться от реальной ситуации потому, что уровень обращаемости пациентов за медицинской помощью зависит от доступности медицинских учреждений в регионе, их диагностических возможностей и немаловажную роль играет социально-культурный уровень семьи.

Материал и методы исследования. Проводился анализ данных по распространенности заболеваний ЖКТ по данным РМИЦ и отделения гастроэнтерологии НЦОМиД за последние пять лет.

В клиническое исследование включены все дети, которые поступали на стационарное лечение за последние пять лет.

В условиях клинического наблюдения проведены клинико-лабораторные и функциональные методы диагностики.

Результаты исследования и обсуждение. Распространенность болезней органов пищеварения у детей по данным официальной статистики в 2014 г. выросла 1,5 раза по сравнению с данными 2010 г. (табл. 1).

Таблица 1.

Распространенность болезней органов пищеварения у детей, РМИЦ, 2014 г.

Показатели	На 100 тыс. населения				
	2010	2011	2012	2013	2014
Общая заболеваемость	41625,4	42574,6	48501,9	47139,7	43453,2
Болезни органов пищеварения	3242,6	3504,6	8241,6	6682,7	5226,0

В структуре общей заболеваемости патология органов пищеварения занимает третье место после болезней органов дыхания и инфекционных и паразитарных заболеваний (табл. 2).

Таблица 2.

Структура общей заболеваемости у детей 0-14 лет (%), РМИЦ, 2014 г.

Классы болезней	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
<i>Всего</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Болезни органов дыхания</i>	46,0	44,8	40,6	44,4	44,8
<i>Некоторые инфекционные и паразитарные болезни</i>	11,4	11,2	11,7	11,9	11,6
<i>Болезни органов пищеварения</i>	7,8	8,3	16,8	9,9	9,2
<i>Болезни крови, кроветворных органов</i>	7,4	7,7	6,5	7,3	7,2
<i>Болезни эндокринной системы</i>	4,1	3,5	3,0	2,7	2,6
<i>Болезни кожи и подкожной клетчатки</i>	5,0	5,1	4,5	5,2	5,2
<i>Болезни уха и сосцевидного отростка</i>	4,0	4,1	3,9	3,9	4,1
<i>Болезни глаза и его придатков</i>	3,3	3,6	3,2	3,6	4,1
<i>Травмы и отравления всего</i>	3,8	3,9	3,2	3,5	3,6
<i>Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	2,5	2,4	2,1	2,1	2,1
<i>Прочие</i>	4,7	5,4	4,5	5,5	5,5

Данные о распространенности заболеваний ЖКТ на 100 тыс. населения по различным регионам республики представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Распространенность заболеваний органов пищеварения по различным регионам Кыргызской Республики, РМИЦ, 2014 г.

Регион	на 100 тыс. населения				
	2010	2011	2012	2013	2014
г. Бишкек	5982,2	6499,9	6657,6	6544,5	6781,3
г. Ош	1873,0	1949,8	2679,6	2501,1	2120,9
Чуйская область	3799,7	3677,9	3054,7	2702,2	2489,9
Ошская область	1276,3	1656,6	1706,5	1852,8	1696,1
Баткенская область	4365,3	3862,4	4167,3	3312,8	2757,9
Джалал-Абадская область	1383,4	1347,2	23715,3	17638,3	12238,2
Иссык-Кульская область	9530,6	7718,5	4744,9	2492,6	2094,0
Таласская область	1823,8	1641,9	1675,6	1750,8	1478,8
Нарынская область	1178,8	8913,3	14937,7	15968,5	15229,7

Согласно данным, приведенным в табл. 3, наиболее высокие показатели распространенности были зарегистрированы в г. Бишкеке и в Джадал-Абадской области, наименьшее количество – в г. Оше и Талассской области. Рост заболеваемости выявлен в г. Бишкеке, Джадал-Абадской и Нарынской областях. Причем в последних двух областях рост произошел более чем в 10 раз. В Ошской области рост наблюдался до 2013 года, в 2014 году произошел спад заболеваемости. В остальных областях наблюдалось снижение распространенности патологии органов пищеварения.

Среди детей, госпитализированных на стационарное лечение, большинство детей проживало в г. Бишкек и Чуйской области (рис. 1).

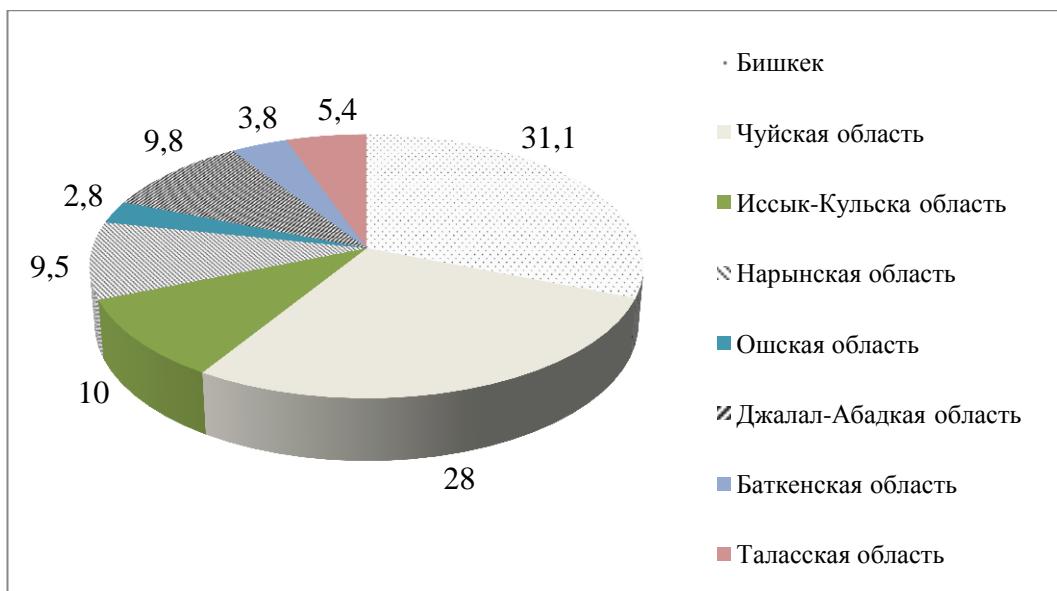


Рис. 1. Распределение госпитализированных детей по регионам.

Из остальных регионов количество детей с патологией органов пищеварения, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение НЦОМиД, значительно ниже. Этот факт не является доказательством низкой заболеваемости детей, проживающих в этих регионах, поскольку в Нарынской области распространенность заболеваний органов пищеварения почти в 2,2 раза и 6 раз выше, чем данные, соответственно, по г.Бишкек и Чуйской области.

Низкий удельный вес госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение НЦОМиД детей из Нарынской, Ошской, Жалал-Абдской, Баткенской и Таласской областей скорее связан социально-экономическими причинами.

Наибольший удельный вес среди заболеваний ЖКТ занимали болезни верхнего отдела пищеварительного тракта, в частности эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, на втором месте – синдром раздраженного кишечника и на третьем – острые и хронические нарушения питания умеренной и тяжелой степени (табл. 4).

Таблица 4.
Структура заболеваний органов пищеварения, отделение гастроэнтерологии НЦОМиД, 2015 г.

Нозологическая единица	Количество детей	
	Абс.	%
Эрозивно-язвенные поражения желудка и 12перстной кишки	213	46,2
Хронический гепатит, цирроз печени	37	8,0
Нарушение питания	41	8,8
Заболевания пищевода	5	1,1
Синдром раздраженного кишечника	95	20,6
Ферментопатии, целиакия	33	7,2
Прочие	37	8,0
Всего	461	100

Таким образом, обобщая вышеизложенное можно заключить, что среди детей в возрасте до 14-ти лет по данным официальной статистики распространенность заболеваний ЖКТ высокая, занимая третье место после острых инфекционных заболеваний. Более того, распространенность в течение последних пяти лет имеет устойчивую тенденцию к росту. При этом следует подчеркнуть, что в официальной статистике распространенность оценивается по обращаемости пациентов за медицинской

помощью. Если учесть, что в ряде случаев заболевания ЖКТ могут протекать в течение длительного времени бессимптомно, то истинная распространенность патологии органов пищеварения значительно выше, той, которая приведена в официальной статистике. В структуре заболеваний ЖКТ преобладает патология верхнего отдела пищеварительного тракта.

В связи с этим, считаем целесообразным регулярное проведение эпидемиологических исследований через каждые пять лет с использованием современных методов диагностики для совершенствования существующей системы медицинского обеспечения детей с гастроэнтерологическими заболеваниями и профилактики заболеваний ЖКТ у детей.

Список литературы:

1. Кожоназаров К. К. Гастродуоденальная патология у детей проживающих в горных условиях [Текст]: Автореф. дисс... д-ра. мед. наук: 14.00.09 / К.К. Кожоназаров - Москва, - 1989. - 35с.
2. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2014 году [Текст]: Справочник РМИЦ – Бишкек, 2015. – С. 55-56.

УДК.616.24-002.053.2-036.88 (23.03) (23.01) (575.2)

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш., Кабаева Д.Д.,
Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г., Михайлова В.В.**

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

Резюме: в статье представлен анализ статистических данных за период 2005-2014 гг., показан рост заболеваемости детей острыми бронхолегочными заболеваниями по всем регионам Кыргызской Республики, с акцентом на особенности клинических проявлений пневмоний в высокогорной Нарынской области. Выявлен ряд клинико-лабораторных особенностей острых пневмоний у детей, жителей высокогорья.

Ключевые слова: дети, пневмонии, заболеваемость, смертность, высокогорье.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ӨПКӨНҮН СЕЗГЕНҮҮ ООРУСУНУН ӨНҮГҮШҮШҮ ЖАНА ӨЛҮМҮ, КЛИНИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧҮЛҮГҮ

**Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г. Ш., Кабаева Д.Д.,
Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г., Михайлова В.В.**

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада 2005-2014 жылдардын аралыгындагы статистикалык маалыматты талдоо жана Кыргыз Республикасынын баардык аймагындагы балдардын колко-опко оорусунун осуушу, бийик тоолуу Нарын аймагынын озгочолугу коргозулгон. Бийик тоолуу аймакта жашаган балдардын опко сезгенуу оорусунун клиника-лабораториялык озгочолугу аныкталган.

Ачык сөздөр: балдар, опко сезгенуусу, оорусу, олуму, бийик тоолуу аймак.

DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY OF CHILDREN WITH PNEUMONIA, THE CLINICAL COURSE IN CHILDREN IN KYRGYZ REPUBLIC

***Furtikova A.B., Saatova G.M., Maimerova G.Sh., Kabaeva D.D.,
Djanuzakova N.E., Shaiderova I.G., Mickhailova V.V.***

*National Center for Maternity and Childhood,
Bishkek city, Kyrgyz Republic.*

Resume: The article presents an analysis of statistical data for the period 2005-2014 years and shows the growth of children incidence of acute bronchopulmonary diseases in all Kyrgyz Republic regions, with the features of high-mountainous Naryn region. It revealed a number of clinical and laboratory features of acute pneumonia in children, the highland inhabitants.

Key words: children, pneumonia, morbidity, mortality, high mountains mountains

Введение. Пульмонология и аллергология детского возраста являются быстроразвивающимися и постоянно совершенствующимися разделами педиатрии.

В 1970-2000 годы в Кыргызской Республике сотрудниками НИИ акушерства и педиатрии проводились широкомасштабные клинико-функциональные исследования патологии органов дыхания в различных аспектах: в зависимости от возраста детей, высоты местности их проживания, наличия сопутствующей патологии, характера течения заболевания [1-5].

Исследования были направлены на совершенствование, повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи детям с бронхолегочной патологией, что относится к особой приоритетности педиатрической науки, как во всем мире, так и в Кыргызстане [1-3].

В исследованиях, проведенных в Кыргызстане, на основе изучения эпидемиологии, структуры, особенностей клинического течения острых, рецидивирующих и хронических форм БЛЗ в условиях низкогорья, высокогорья и в сельской местности, установлены характерные причинно-следственные связи формирования патологии, дана оценка влияния социальных, экологических, биологических факторов риска её развития и исходов.

По ряду исследований разработаны системы прогнозирования, усовершенствованы лечебно-реабилитационные программы, представлены сведения об использовании уникальных природно-климатических условий Кыргызской Республики для лечения и реабилитации больных детей.

Установлено, что острый воспалительный процесс у 35-37% больных раннего возраста приобретает затяжное течение. Распространенность рецидивирующей и хронической бронхолегочной патологии у детей в сельской местности зависит от неоднородности условий проживания, быта и характера производственной деятельности жителей сёл, преобладающей формой патологии является рецидивирующий бронхит (56,9%), трансформирующий в астматический в 21,6% случаев. Установлены факторы риска развития острых гнойных деструктивных пневмоний у детей с дисбактериозом: ранний возраст (62,8%), воспитание в малообеспеченных семьях (70,7%), наличие профессиональных вредностей, гнойно-септические заболевания у матери, недооценка состояния, неадекватная терапия, поздние сроки поступления в стационар (85,9%).

В.П. Алексеевым (2001) определены частота и варианты клинических проявлений ведущих патологических синдромов, осложненных форм воспалительных заболеваний легких, разработаны методы диагностики, прогнозирования неблагоприятного течения болезни и рациональные варианты этиопатогенетической и синдромальной терапии.

Изучены газовый и кислотно-основной состав крови у детей при острой пневмонии в горных условиях, клинические особенности острой пневмонии у детей-горцев, состояние гемостаза при заболеваниях органов дыхания, сочетанных с ЖДА.

Давность проведенных исследований, коренные изменения в социально-экономических условиях жизни населения и в уровне обеспечения медицинской помощью являются обоснованием к проведению исследований в области пульмонологии и в частности в области лечения острой пневмонии у детей младшего возраста, постоянных жителей высокогорья.

Материалом исследования служили:

- Отчётные данные РМИЦ за 5 лет по распространенности заболеваний органов дыхания;
- Годовые отчёты профильных отделений НЦОМиД: отделение пульмонологии;

Результаты и обсуждения. Болезни органов дыхания относятся к классу болезней, имеющих большое распространение среди детского населения и обуславливающие высокий уровень младенческой и детской смертности. В табл. 6 представлены абсолютные данные о количестве больных детей с заболеваниями органов дыхания (ОРВИ, РОБ, ОБ, ОП) по КР, Нарынской области и Чуйской области на 100 тысяч детского населения в динамике с 2005 по 2014 год.

Таблица 1.

Заболеваемость органов дыхания у детей от 0 до 14 лет

Регионы	Всего по КР, до 14 лет на 100 тыс.									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Кыргызская Республика</i>										
Болезни органов дыхания	13868,9	14493,6	14875,4	14791,3	17013,5	16189,6	16191,8	16992,2	17256,7	16515,0
пневмонии	702,3	655,0	766,2	718,6	849,7	906,9	755,9	725,9	770,0	826,2
<i>Нарынская область</i>										
Болезни органов дыхания	9587,3	9896,5	11631,6	9191,6	12091,3	11352,8	10895,1	9661,3	12662,0	12182,9
пневмонии	471	445,1	756,6	696,9	1067,0	1095,0	828,3	693,5	923,5	759,3
<i>Чуйская область</i>										
Болезни органов дыхания		19750,7	19843	22331,6	22885,2	20341,5	19315,5	19308,6	21131,3	18385,8
пневмонии	430,9	421,6	415,1	446,0	840,1	800,1	600,5	602,6	647,8	576,7
<i>Структура в КР, % дети от 0 до 14 лет</i>										
Болезни органов дыхания	46,1	46,0	44,6	42,9	47,9	46,0	44,8	40,6	44,4	44,8

Из представленных данных видно, что число больных с болезнями органов дыхания в целом и с пневмонией, в частности, за анализируемый период по Кыргызской Республике увеличилось соответственно с 13868,9 до 16515,0 и с 702,3 до 826,2.

По Нарынской области отмечалось та же тенденция, но увеличение числа заболевших было даже более значительным: общее число больных на 100 тыс. детей увеличилось с 9587,3 до 12.182,0, а число детей с пневмонией - с 471,0 увеличилось до 759,3.

По Чуйской области эти показатели не отличались устойчивостью и прямолинейностью их динамики по годам. Так, общее число больных детей с заболеваниями органов дыхания на 100 тыс. колебалось от 19750,7 до 22885,2, в 2014 году составил в 18385,8. Число больных с острой пневмонией колебалось с 840,1 до 430,9, в 2014 году этот показатель был равен 573,7.

В 2014 году общая заболеваемость в Нарынской области была ниже общереспубликанского показателя, а в Чуйской области – выше почти на 2000,0.

Острая пневмония и в Нарынской и в Чуйской областях была диагностирована реже, чем по Республике в целом.

В структуре общей заболеваемости детей до 14 лет в КР болезни органов дыхания на протяжении 2005-2014 гг. сохраняли высокий уровень, составляя от 40,6 до 47,9%, в 2014 году этот показатель был равен 44,8%.

Высокий уровень распространения болезней органов дыхания обусловливал высокий коэффициент детской смертности от болезней органов дыхания в 2005-2014 гг. (табл. 2).

Таблица 2.

Коэффициент детской смертности от болезней органов дыхания за 2005-2014 гг.

Год	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
КР	21,1	20,8	19,5	16,7	17,2	17,2	16,0	15,9	15,5	12,5
Чуйская область	13,7	16,2	13,3	9,7	13,1	13,1	12,3	10,9	12,2	6,0
Нарынская область	28,8	18,4	22,8	17,9	24,4	24,4	23,1	20,8	17,9	17,1

В данных, представленных в таблице 3, особенно обращают на себя внимание и настораживают высокие показатели коэффициента детской смертности от болезней органов дыхания в Нарынской области, значительно превосходящий республиканский показатель и аналогичный показатель в Чуйской области.

Данный факт можно объяснить более тяжелым течением пневмонии в условиях высокогорья, а также дефектами диагностики и лечения этого заболевания в Нарынской области и недостаточным уровнем служб реанимации и интенсивной терапии. Подтверждение этих заключений возможно лишь в процессе последующих комплексных исследований.

Для получения сведений об особенностях течения бронхолёгочной патологии проведен анализ отчётных данных по количеству больных, пролеченных из г. Нарына в НЦОМиД за 2013 -2015 гг.

Таблица 3.

Число больных с острой пневмонией пролеченных в НЦОМиД

Годы	Всего		
	Всего пролеченных	Всего из Чуйской области	Всего из Нарынской области
2013	964 (100%)	330 (34,2%)	136 (14,0%)
2014	1018 (100%)	369 (36,2%)	150 (14,0%)
2015	1004 (100%)	407 (40,8%)	117 (11,6%)

Как видно из представленных данных за последние три года прослеживается относительная стабильность, как общего числа больных, так и их соотношения по Чуйской и Нарынской областям.

В таблице 4 представлен анализ пролеченных больных в возрастном аспекте.

Таблица 4.

Возраст детей, пролеченных в отделении ОРП 2013-2015 гг.

Возрастные группы	Количество детей					
	2013		2014		2015	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0-1 год	357	37,0	442	43,4	409	40,7
1-5 лет	490	50,8	483	47,5	488	48,6
Старше 5 лет	117	12,2	93	9,1	107	10,7
Всего	964	100	1018	100	1004	100

Как видно из сведений, приведенных в таблице, наибольшее число детей, госпитализированных по поводу БЛЗ, было в возрасте первого года жизни (37,0-43,4-40,7% по годам соответственно) и от 1 года до 5 лет (50,8-47,5-48,6%).

Дети старше 5 лет значительно меньше подвержены заболеваниям бронхолёгочной системы и реже госпитализируются: 12,2-9,1 и 10,7% соответственно в 2013 -2015 гг.

Для получения сведений об особенностях течения БЛЗ у детей, постоянных жителей высокогорья, проведен ретроспективный анализ клинических симптомов острой пневмонии у этих детей в сравнении с пациентами из низкогорья (Чуйская область). Проанализированы данные соответственно 30 историй болезни из Нарынской области и 34 – из Чуйской области.

Выявлен ряд клинико-лабораторных особенностей течения пневмонии у детей из высокогорных условий.

Отмечено, что течение пневмонии у детей высокогорья сопровождается температурной реакцией, характерным отличием которой являются более низкие её уровни (до 38⁰ у 62,3%), но большая длительность её – свыше трёх дней в 53,0%.

Для детей с пневмонией из Нарынской области характерна значительная частота отклонений в нервно-психическом статусе (16,3%), выраженная одышка (62,3%), цианоз носогубного треугольника, нарушения пищеварительной системы (44,9%).

Для детей из высокогорья, заболевших острой пневмонией, характерно также наличие отягощенного преморбидного фона. Наиболее частым преморбидным состоянием при острой пневмонии у детей в КР является ЖДА, причём у пациентов из высокогорья её наличие выявлено в 46,7% случаев.

Наряду с ЖДА в качестве фонового фактора существенную роль оказывали: хроническая патология Лор-органов, нарушения питания. Эксудативно-катаральный диатез для детей высокогорья менее характерны, чем для жителей Чуйской долины.

Наибольшую клиническую значимость в риске развития прогностически неблагоприятных форм пневмонии имело сочетания преморбидных состояний.

Для начального периода острой пневмонии у всех детей был характерен сухой кашель, причём у больных из города Нарына он был более затяжным. У пациентов из Чуйской области чаще выявлялся продуктивный кашель.

Физикальные данные у больных детей из высокогорья характеризовались укорочением звука над очагом пневмонии, резкое удлинение выдоха, коробочный звук над пораженным участком лёгких.

Также установлено, что обструктивный синдром при острой пневмонии встречается довольно часто у детей из обеих зон обследования (21,3% -22,6%) и нередко является одним из ведущих осложнений, предрасполагающих к более длительному течению.

Клинико-рентгенологическая картина острой пневмонии у детей, постоянных жителей высокогорья, характеризовалась преобладанием циркуляторных изменений в лёгких над воспалительными и сопровождалась быстрым развитием острой лёгочно-сердечной недостаточности, предопределяющей исход заболевания.

Вывод: Клинико-рентгенологическая картина острой пневмонии у детей, постоянных жителей высокогорья, характеризовалась преобладанием циркуляторных изменений в лёгких над воспалительными и сопровождалась быстрым развитием острой лёгочно-сердечной недостаточности, предопределяющей исход заболевания.

Список литературы:

1. Алексеев В.П. Этиология и клинико-патогенетические варианты осложненных форм острых БЛЗ у детей [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.08 / В.П. Алексеев. - Бишкек, 2001. – 39 с.
2. Анарбаев А.А. Особенности клиники и лечения острых гнойных деструктивных пневмоний у детей с дисбактериозом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / А.А. Анарбаев. - Бишкек, 2000. – 24 с.
3. Борякин Ю.В. Острые пневмонии у детей-горцев грудного возраста (эпидемиологические и клинические наблюдения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Ю.В. Борякин. - Фрунзе, 1990. – 136 с.
4. Плоткин П.В. Особенности течения острых БЛЗ у детей с перинатальными поражениями ЦНС [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / П.В. Плоткин. - Бишкек, 2004. – 24 с.

5. Рыжикова Г.И. Неспецифические заболевания бронхолегочной системы у детей – сельских жителей Кыргызстана [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.08 / Г.И. Рыжикова. – Бишкек, 1996. – 44 с.

УДК616 – 053.2 – 053.3 + 612.1/2 (575.2)

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ ПРОЦЕССОВ
ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш.

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

Резюме. В обзоре представлен краткий анализ результатов исследований, выполненных в Кыргызстане по проблеме особенностей течения различных заболеваний у детей, постоянных жителей высокогорья.

Ключевые слова: дети, горные условия, новорожденные, болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, почек, крови, сердца, аллергопатология.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТООЛУУ ШАРТЫНДА БАЛДАР
ООРУЛАРЫНЫН КАЛЫПТАНУУСУ ЖАНА КЛИНИКАЛЫК
ӨТҮШҮНҮН ПРОЦЕССТЕРИН ИЗИЛДӨӨЛӨР БОЮНЧА
АНАЛИТИКАЛЫК СЕРЕП**
Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш.

*Эне жсана баланы коргоо улуттук борбору,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.*

Корутунду. Бул серепте бийик тоолордун туруктуу тургундары, балдардын ар кандай ооруларынын өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү проблемасы боюнча Кыргыз Республикасында аткарылган изилдөөлөрдүн натыйжаларынын кыскача талдоосу сунушталды.

Ачкыч сөздөр: балдар, тоолуу шарттар, ымыртайлар, дем органдарынын, ичеги-карын жолдорунун, бөйрөктөрдүн, кандын, жүрөктүн оорулары, аллергология.

**ANALYTICAL REVIEW OF RESEARCH OF PROCESSES OF
FORMATION AND CLINICAL COURSE OF DISEASES OF CHILDREN
IN THE MOUNTAIN CONDITIONS OF KYRGYZ REPUBLIC**
Furtukova A.B., Saatova G.M., Maimerova G.Sh.

*National centre for the protection of motherhood and childhood,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume. The review presents a brief analysis of the results of research carried out in Kyrgyzstan on the issue of the characteristics of various diseases in children, permanent residents of the highlands.

Key words: children, mountain conditions, newborn, diseases of the respiratory system, gastrointestinal tract, kidneys, blood, heart, allergopathology.

Актуальность. Кыргызская Республика является страной высоких гор, межгорных долин и котловин. Она почти вся располагается в пределах одной из высочайших горных систем – Тянь-Шаня. Характерными чертами республики являются ступенчатый рельеф местности, исключительное разнообразие природных условий, как вследствие вертикальной зональности, так и в результате сложного сочетания различных форм землеустройства, почвенно-климатических особенностей и растительности [28]. Атмосферное давление в Кыргызстане ниже, чем на уровне моря вследствие

возвышенного положения её территории, показатели давления воздуха поникаются по мере увеличения высоты местности, соответственно этому падает и парциальное давление кислорода. Наряду с этим, наиболее характерными чертами Нарынской области и г. Нарына, в частности, где планировалось выполнение проекта НИР, являются: значительная инсоляция, относительно теплое лето, длительная суровая зима, малое количество выпадающих осадков, большая суточная амплитуда температур.

Отмеченные факторы стали обоснованием к проведению многочисленных исследований, направленных на изучение особенностей жизнедеятельности человека в горных условиях в норме и при патологических процессах.

В Кыргызской Республике наиболее интенсивно проводилось изучение реакций взрослых и детей, постоянных жителей высокогорья, в норме и при различных заболеваниях во второй половине прошлого столетия, начиная с 60-х годов и до 2000 г.

В педиатрии в этот период были проведены масштабные исследования особенностей физического развития, функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и кроветворной систем.

В данном обзоре сознательно представлен анализ исследований и докторских диссертационных работ, выполненных в Кыргызстане, для получения дополнительной информации об актуальности проблемы "дети гор", а также для выбора наиболее важных направлений для изучения.

В последнем десятилетии прошлого века выполнен ряд исследований по адаптации новорожденных в горных условиях и по характеру течения у детей таких патологических процессов как ревматизм, бронхо-легочные и аллергические заболевания, анемии. Основными исполнителями данной проблемы в педиатрии были НИИ охраны материнства и детства и КГМИ, руководителями исследований были профессора А.А. Ильин, Д.А. Алымкулов, Г.А. Комаров, Т.И. Покровская, Б.Ф. Шаган, Л.В. Водкайло и другие.

К сожалению можно отметить, что начало нового тысячелетия связано с практически полной остановкой научных исследований в области горной медицины, касающихся детского организма. Данный факт обусловлен известными социально-экономическими переменами, связанными с изменением общественно-политического строя, повлекшими за собой негативные процессы в сфере материального обеспечения населения, его социального статуса и медицинского обслуживания.

Проблема смертности детей сохраняет свою актуальность в плане конкретизации влияния различных факторов, в том числе и климато-географических, на показатель смертности, а также в аспекте расширения возможностей воздействия на показатель смертности, его прогнозирование и управление медицинскими факторами, определяющими его уровень.

Анализ этиологической структуры смертности детей за последние годы показывает, что наибольший процент в ней составляют перинатальные причины, в том числе выживаемость новорожденных, а также их заболеваемость. К наиболее распространенным патологиям относятся наследственные заболевания, которые в последующем приводят к ранней детской инвалидности. В Кыргызской Республике ежегодно рождается от 2,8 до 4,1% детей с врожденными заболеваниями, 90-95% из которых в последующем составляют группу инвалидов детства, требующих пожизненной финансовой поддержки государства. Затраты на их содержание не сопоставимы с затратами на предупреждение рождения таких детей. Новорожденные дети из условий высокогорья составляют наименее исследованный контингент. Известны лишь единичные исследования по особенностям адаптации к внеурбской жизни новорожденных детей в условиях высокогорья, которые касаются особенностей периферической крови у новорожденных [2], состояния здоровья преждевременно родившихся детей [12], особенностей углеводного обмена у новорожденных детей в условиях высокогорья [11], состояния адаптивных процессов у новорожденных горцев [24].

Давность проведенных исследований, а также отсутствие сведений о выживаемости детей в условиях высокогорья подтверждают актуальность исследования адаптационных возможностей новорожденных в условиях высокогорья, их выживаемости, частоты недоношенности и вклада перинатальных причин в уровень младенческой смертности в сравнительном с низкогорьем аспекте.

Пульмонология и аллергология детского возраста являются быстроразвивающимися и постоянно совершенствующимися разделами педиатрии.

В 1970-2000 годы в Кыргызской Республике сотрудниками НИИ акушерства и педиатрии проводились широкомасштабные клинико-функциональные исследования патологии органов дыхания в различных аспектах: в зависимости от возраста детей, высоты местности их проживания, наличия сопутствующей патологии, характера течения заболевания [3, 6, 17, 23, 27, 29].

Исследования были направлены на совершенствование, повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи детям с бронхолегочной патологией, что относится к особой приоритетности педиатрической науки, как во всем мире, так и в Кыргызстане. В исследованиях, проведенных в Кыргызстане, на основе изучения эпидемиологии, структуры, особенностей клинического течения острых, рецидивирующих и хронических форм БЛЗ в условиях низкогорья, высокогорья и в сельской местности, установлены характерные причинно-следственные связи формирования патологии, дана оценка влияния социальных, экологических, биологических факторов риска её развития и исходов.

По ряду исследований разработаны системы прогнозирования, усовершенствованы лечебно-реабилитационные программы, представлены сведения об использовании уникальных природно-климатических условий Кыргызской Республики для лечения и реабилитации больных детей.

Установлено, что острый воспалительный процесс у 35-37% больных раннего возраста приобретает затяжное течение. Распространенность рецидивирующей и хронической бронхолегочной патологии у детей в сельской местности зависит от неоднородности условий проживания, быта и характера производственной деятельности жителей сёл, преобладающей формой патологии является рецидивирующий бронхит (56,9%), трансформирующий в астматический в 21,6% случаев. Установлены факторы риска развития острых гнойных деструктивных пневмоний у детей с дисбактериозом: ранний возраст (62,8%), воспитание в малообеспеченных семьях (70,7%), наличие профессиональных вредностей, гнойно-септические заболевания у матери, недооценка состояния, неадекватная терапия, поздние сроки поступления в стационар (85,9%).

В.П. Алексеевым (2001) определены частота и варианты клинических проявлений ведущих патологических синдромов, осложненных форм воспалительных заболеваний лёгких, разработаны методы диагностики, прогнозирования неблагоприятного течения болезни и рациональные варианты этиопатогенетической и синдромальной терапии.

В условиях высокогорья по пульмонологии всего выполнено три исследования: Х.Р. Ахмедовой (1984), Ю.В. Борякиным (1990) г. и А.А. Кучербаевым (1990).

Изучены газовый и кислотно-основной состав крови у детей при острой пневмонии в горных условиях, клинические особенности острой пневмонии у детей-горцев, состояние гемостаза при заболеваниях органов дыхания, сочетанных с ЖДА.

Давность проведенных исследований, коренные изменения в социально-экономических условиях жизни населения и в уровне обеспечения медицинской помощью являются обоснованием к проведению исследований в области пульмонологии и в частности в области лечения острой пневмонии у детей младшего возраста, постоянных жителей высокогорья.

Бронхиальная астма, являясь одним из наиболее распространенных заболеваний, рассматривается в современном обществе не только как крупная медицинская, но и социально-значимая проблема [25, 29].

В настоящее время организация высококачественной помощи больным бронхиальной астмой, практически не возможна без учета региональной адаптации материалов Международного консенсуса по диагностике и лечению БА, в которых обобщены последние научные достижения. Но их внедрение возможно лишь с учетом особенностей распространенности и клинического течения БА у детей, проживающих в различных климатических и высотных зонах.

Многогранной является и роль возрастных аспектов в формировании и течении аллергической патологии. Вопросы эпидемиологии аллергических заболеваний у детей в КР изучались неоднократно и представителями разных исследовательских школ, однако целостные представления этнических, иммунологических, природных и социальных факторов на сегодняшний день отсутствуют.

Изложенные факты об актуальности проблемы бронхиальной астмы в полной мере касаются аллергического дерматита и других аллергических заболеваний кожи. Особенно мало эта проблема изучена в условиях высокогорья, хотя существенное влияние внешней среды на формирование аллергодерматозов подтверждается многими исследователями [1, 16].

Достаточно много работ в конце прошлого столетия и на рубеже сорока-пятилетия было проведено по изучению частоты, особенностей формирования и клинического течения железодефицитной анемии (ЖДА) в условиях высокогорья. Интерес к данной проблеме вполне объясним, т.к. негативное влияние гемической гипоксии на организм человека, постоянно проживающего в условиях высокогорной гипоксической среды, несомненно. Процессы адаптации к гипоксии высокогорья, сочетанной с гемической гипоксией, широко изучены физиологами [3, 4], а также клиницистами. В педиатрии также проводились исследования по адаптации системы крови к высокогорью. По данным ВОЗ (1973, 1977), алиментарная анемия широко распространена среди детей и женщин во всем мире, поэтому к числу важных проблем при исследовании системы крови следует отнести определение нормативов показателей крови в различных высотных зонах и возрастном аспекте, что будет служить отправной точкой при оценке патологических сдвигов в анализах крови. Из числа заболеваний крови у детей, изучавшихся в различных зонах Кыргызстана, относится изучение ЖДА в различных аспектах: особенности красной крови и дефицитных анемий у детей [21, 22], особенности периферической крови у новорожденных в условиях высокогорья [2], изучались состояния гемостаза при ЖДА у детей [23] и структурно-функциональные показатели эритроцитов [31].

К числу неизученных относятся различные тромбоцитопенические синдромы, гемофилии, апластические и гипопластические формы анемии, различные заболевания белой крови.

Особую актуальность имеет выяснение механизмов кардио- и гемодинамики в условиях различных климато-географических зон, так как реакция организма определяется свойствами действующих факторов [5, 34]. Сердечно-сосудистая система обладает определенными функциональными возможностями и потенциальными резервами, благодаря которым она приспособливается к условиям внешней среды [35].

В клинической практике наиболее общее представление о сердечно-сосудистой системе дает пульс, в частности, его частота, которая у детей подвержена индивидуальным колебаниям и с возрастом уменьшается, что обусловлено изменением нервной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы и обмена веществ [7, 33].

Изучавшие частоту пульса у детей низкогорья и высокогорья КР Л.И. Брянцева (1965); Б.Т. Турусбеков (1970); М.Ж. Жунусов (1971) отмечали урежение пульса с возрастом у мальчиков, у девочек – изменение частоты сердечных сокращений с возрастом незначительно, а в целом частота пульса у жителей Кыргызстана ниже, чем на равнине [4, 15, 32].

Наряду с частотой пульса индикатором состояния гемодинамики как в норме, так и при патологических состояниях может служить артериальное давление по мере роста

детей АД повышается [18, 30]. При оценке уровня АД следует учитывать как контингент обследованных, так и климато-географические особенности региона, где оно определялось, причем наибольшее значение из климатических факторов придается температуре и барометрическому давлению. По данным некоторых авторов в условиях высокогорья АД выше, чем у детей, живущих в равнинной местности [13, 36], тогда как по данным А.А. Брянцевой (1961) и Б.Т. Турусбекова (1970) у детей высокогорья Киргизии уровень АД ниже, чем у их сверстников на равнине. По данным А.Б. Фуртиковой (1976), выполнившей исследование частоты пульса и АД у здоровых школьников низкогорья и высокогорья (г. Нарын) тахоосциллографическим методом М.М. Савицкого (1966), получены данные, представленные в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели частоты пульса и АД у школьников низкогорья и высокогорья ($M \pm m$)

Возраст обсле- дованных	Показатели					
	Низкогорье			Высокогорье		
	ЧП уд.в мин	min АД мм рт.ст.	max АД мм рт.ст.	ЧП уд.в мин	min АД мм рт.ст.	max АД мм рт.с т.
7-11 лет	80,7± 1,18	65,3± 3,82	113,8± 8,6	76,3± 1,25	66,1± 1,31	106,2± 1,25
12-15 лет	80,12± 1,14	60,8± 6,08	116,6± 14,8	73,2± 1,55	64,2± 0,55	110,6± 1,01
	P>0,05	P>0,05	P>0,02	P>0,1	P>0,1	P<0,02

В целом выявлена относительная стабильность показателей у школьников, как в низкогорье, так и в высокогорье при достоверном увеличении максимального АД у постоянных жителей высокогорья с возрастом. При этом в обоих возрастных группах выявлены достоверно более низкие уровни частоты пульса и максимального АД у детей высокогорья при тенденции у них к более высоким показателям минимального АД.

В последующие годы уровень артериального давления у здоровых детей низкогорья и высокогорья не исследовался, так же как и частота и особенности течения гипертензивных состояний, хотя это несомненно представляет интерес в плане прогнозирования вероятности их развития у взрослых.

Патология органов желудочно-кишечного тракта у детей – одна из составляющих проблем здоровья подрастающего поколения в Кыргызской Республике и требует большого внимания со стороны органов здравоохранения в связи с продолжающимся увеличением распространенности заболеваний органов желудочно-кишечного тракта у детей. В то же время невысока доля вовремя установленных диагнозов заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, вычисляемая преимущественно по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Подобная ситуация снижает эффективность лечения, ухудшает прогноз и исход заболевания.

В структуре этиологических факторов формирования гастроэнтерологической патологии у детей на сегодняшний день в первую очередь выделяют нерациональность, нарушения режима и качества питания. Все эти факторы зависят от семейного уклада, пищевых привычек, сформированных с раннего возраста. Помимо этого большую роль играют наследственность, высокий риск стрессовых ситуаций в семье и школе, а также неблагоприятный экологический фон, который в большой степени зависит от климато-географического положения нашей республики.

Широкие эпидемиологические исследования заболеваемости ЖКТ у детей в нашей республике проводились в последней раз в конце 80-х годов. По результатам этого исследования было выявлено, что имеется чёткая связь между распространенностью патологии и высокой местности. Так, обобщая численность хронических неспецифических заболеваний органов пищеварения у детей, было установлено, что она

составляла 121,15, в том числе в низкогорье – 113,07, в среднегорье – 118,19 и в условиях высокогорья - 141,8 на 1000 детей. Также было выявлено, что чем выше местность проживания, тем тяжелее и длительнее протекает болезнь.

В настоящее время, в связи с отсутствием эпидемиологические исследований, данные статистики могут значительно отличаться от реальной заболеваемости, так как организаторы здравоохранения ориентируются на показатели обращаемости в медицинские учреждения. Этот факт зависит от доступности медицинских учреждений в регионе, их диагностических возможностей и немаловажную роль играет социально-культурный уровень семьи.

Наименее изученными в педиатрии к настоящему времени относятся особенности течения, формирования и исходов заболеваний мочевыделительной и эндокринной систем у детей-горцев, что, несомненно, должно стать предметом внимания специалистов данных сфер клинической и научной педиатрии.

Обобщая сведения, представленные в данном аналитическом обзоре, можно заключить, что в целом проблема адаптации здоровых детей к условиям высокогорья и особенностей течения патологических процессов в условиях горной местности сохраняет свою актуальность, требует системного клинико-патологического подхода, использования современных методов доказательной медицины.

Исследование проблемы «дети гор» важно в аспектах воспитания здорового поколения и прогнозирования вероятных негативных последствий болезней в детском возрасте на уровень здоровья взрослых.

Список литературы:

1. Абдылдаев Т.Т., Мануйленко Ю.И. и др. *Распространенность аллергических болезней у детей в различных экологических зонах Кыргызстана* // Информационное письмо. - Бишкек. - № 1. - 1986.
2. Айманбетова К.Дж. *Особенности периферической крови у детей периода новорожденности и раннего возраста в условиях высокогорья и низкогорья Киргизии: Автореф. дис... к.м.н. – Фрунзе. - 1976.*
3. Алексеев В.П. *Этиология и клинико-патогенетические варианты осложненных форм острых БЛЗ у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. – Бишкек. - 2001.*
4. Алиев М.А., Кулакова Р.И. *Гипертония и атеросклероз в условиях высокогорья. - Фрунзе, 1971.*
5. Алымкулов Д.А. *Особенности газообмена и гемодинамики при кровопотере в условиях высокогорья в онтогенезе // Тр. КГМИ, Фрунзе. – 1971.*
6. Анарбаев А.А. *Особенности клиники и лечения острых гнойных деструктивных пневмоний у детей с дисбактериозом: Автореф. дис. ... к.м.н. – Бишкек. - 2000.*
7. Аршавский И.А. *Механизмы возникновения гипервентиляционных влияний, регулирующих деятельность сердца в онтогенезе // Вести АМН СССР. - 1961.*
8. Афанасенко П.П. *Артериальное давление у детей школьного возраста г. Фрунзе // Тр. КГМИ. - Фрунзе. - 1962.*
9. Борякин Ю.В. *Острые пневмонии у детей-горцев грудного возраста (эпидемиологические и клинические наблюдения): Автореф. дис. ... к.м.н.- Фрунзе. - 1990.*
10. Брянцева Л.А. *Состояние сердечно-сосудистой системы и внешнего дыхания у детей, длительно проживающих в высокогорье. – Фрунзе. - 1965.*
11. Даирбекова Т. *Особенности углеводного обмена у новорожденных детей в условиях горной местности: Автореф. дис. ... к.м.н. – Фрунзе. - 1984.*
12. Доскеева Ж.А. *Состояние здоровья преждевременно родившихся детей первого года жизни в условиях высокогорья: Автореф. дис. ... к.м.н., Фрунзе. - 1982.*
13. Жунусов М.Ж. *Состояние сердечно-сосудистой системы у здоровых школьников постоянно проживающих в условиях низкогорья и высокогорья Киргизии: Автореф. дис. ... к.м.н. - Фрунзе, - 1971.*
14. Иманалиева Ч.А. *Атопический дерматит у детей Кыргызстана: Автореф. дис. ... док-ра мед. наук. – Бишкек. - 1999.*
15. Иманалиева Ч.А., Узаков О.Ж., Абдылдаев Т.Т. и др. *Экология и аллергология // Сб. тез. научно-практич. конф.- Бишкек. - 1995.*

- 16.Иманалиева Ч.А., Балаболкин И.И., Абдылдаев Т.Т. и др. Применение противоаллергического иммуноглобулина при аллергических заболеваниях у детей // Педиатрия, Москва. – 1992.
- 17.Исаева Ж.С. Клинико-иммунологические особенности затяжных пневмоний у детей в Киргизии. – Фрунзе. - 1989.
- 18.Керимов М.К. Артериальное давление у школьников предгорной зоны Дагестанской АССР //Педиатрия. - 1974.
- 19.Климова Е.И. Эпидемиологические и клинико-иммунологические аспекты возрастной аллергической патологии в г. Бишкек: Автореф. дис. ... к.м.н., Бишкек. - 2000.
- 20.Кожомкулова А.Т. Риск возникновения ВПС у детей и оптимизация программ консервативного ведения больных: Автореф. дис. ... к.м.н., Бишкек, 2001.
- 21.Кудаяров Д.К. Особенности красной крови и дефицитных анемий у детей в разных зонах Киргизской ССР: Автореф. дис. ... док-ра мед. наук, Москва. - 1979.
- 22.Кудаяров Д.К. Картина периферической крови и физическое развитие детей дошкольного возраста в условиях высокогорья и низкогорья Киргизии: Автореф. дис. ... к.м.н., Фрунзе. – 1966.
- 23.Кучербаев А.А. Состояние гомеостаза у детей раннего возраста в горных условиях при сочетанных с ЖДА заболеваниях органов дыхания: Автореф. дис. ... к.м.н., Фрунзе. – 1990.
- 24.Кушбакеева А.К. Состояние адаптированных процессов у новорожденных-горцев от матери, имеющих анемию в периоде беременности: Автореф. дис. ... к.м.н., Фрунзе. – 1992.
- 25.Миррахимов М.М. Состояние и перспективы изучения высокогорной, клинической патологии человека. – Душанбе. – 1974.
- 26.Плоткин П.В. Особенности течения острых БЛЗ у детей с перинатальными поражениями ЦНС: Автореф. дис. ... к.м.н. - Бишкек. – 2004.
- 27.Рыжикова Г.И. Неспецифические заболевания бронхолегочной системы у детей – сельских жителей Кыргызстана: Автореф. дис. ...к.м.н. - Бишкек. – 1996.
- 28.Рязанцев С.Н., Павленко В.Н. Киргизская ССР. - М.- 1960.Сулайманов Ш.А. Бронхиальная астма у детей Кыргызстана (новые аспекты диагностики, лечения и профилактики): Автореф. дис. ... док-ра мед. наук, Бишкек. – 2000.
- 29.Сулайманов Ш.А. Бронхиальная астма у детей Кыргызстана (новые аспекты диагностики, лечения и профилактики): Автореф. дис. ... док-ра мед. наук, Бишкек. - 2000.
- 30.Студеникин М.Я. и соавт. Показатели АД у детей школьного возраста Москвы и Московской области // Педиатрия. - М.- 1969.
- 31.Токтосунова С.Б. Клиническая характеристика и структурно-функциональные показатели эритроцитов при ЖДА у детей данного возраста в условиях высокогорья: Автореф. дис. ... к.м.н. – Фрунзе. - 1990.
- 32.Тыныбеков А.Т. Возрастные особенности кровообращения у постоянных жителей высокогорья Тянь-Шаня: Автореф. дис. ... к.м.н., Фрунзе. - 1967.
- 33.Тур А.Ф. Пропедевтика детских болезней. - М. – 1967.
- 34.Турусбеков Б.Т. Особенности вегетативных функций у жителей горной Киргизии. – Кыргызстан, Фрунзе. – 1971.
- 35.Шалков Н.А. Показатели сердечного выброса у детей и подростков // Педиатрия. – М. – 1970.
- 36.Шаталина А.С., Хамракулов А.К., Япматов П.Л. Особенности дыхания пульса и артериального давления у детей в условиях высокогорья. – Фрунзе. – 1974.

УДК: 616.314-084-053.2-078

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ – ОСНОВА СОЗДАНИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Атежсанов Д.А., Негаметзянов Н.Г., Супиев Т.К.

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

Резюме: авторами для повышения стоматологического уровня здоровья детского населения путем стабилизации и дальнейшего снижения кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий разработан макет программы профилактики стоматологических заболеваний у детей. Разработанная программа может быть взята за основу при составлении аналогичных программ разного уровня: от района, города и области до Республики.

Ключевые слова: дети, стоматология, профилактика, лечение.

**БАЛДАР СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДЕН СООЛУГУН ИЗИЛДОО -
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫН АЛДЫН АЛУУ
ПРОГРАММАЛАРДЫН ИШТЕП ЧЫГАРУУ НЕГИЗИ**

Атежсанов Д.А., Негаметзянов Н.Г., Супиев Т.К.

*С.Д. Асфендияров атындағы, Казак улуттук медициналық университети
Алматы ш., Казахстан Республикасы.*

Корутунду: балдар стоматологиялык ден соолугунун денгелин жогорлуу максатын чечини учун авторлор стоматологиялык оорулар профилактикалык программасынын макетин сунуштайдыт. Аталган программанын негизи - балдар арасындағы тиши кариеси жана пародонт ооруларынын санын томондоттуу Иштеп чыгарылган программа республиканын ар кайсы – район, шаар, област же республика денгелдериндеги ушундай программаларды тузуп колдонууга мумкунчулук берет.

Акыч сөздөр: балдар стоматологиясы, профилактика, дарылоо.

**THE STUDY OF DENTAL HEALTH OF THE CHILD POPULATION -
THE BASIS OF THE CREATION OF PROGRAMS FOR THE
PREVENTION OF DENTAL DISEASES**

Atezhanov D.A., Negametzyanov N.G., Supiyev T.K.

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

Resume: the authors level to improve the dental health of the child population by the stabilization and further reduction of dental caries, periodontal disease and dentition anomalies designed the layout of the program of prevention of dental diseases in children. The developed program can be taken as the basis for drafting similar way programs of different levels, from the district, city and region to the Republic.

Key words: children, dentistry, prevention, treatment.

Актуальность проблемы. В природе все взаимосвязано и находится в постоянной взаимозависимости. Точно также и человек, и его здоровье. При нарушении этой гармонии и развивается болезнь. Чтобы знать, как предупредить развитие причин, вызывающих нарушение гармонии человека и общества, человека и его здоровья, необходимо представлять себе факторы, приводящие к их проявлению. До недавнего

времени мы больше знали о болезнях и практически ничего не знали о самом здоровье. Само определение здоровья предложено было ВОЗ не так давно. Появилась новая наука – *валеология*, занимающая изучением вопросов здоровья, его поддержания и профилактики всяческих недугов, а также продлением жизни.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что предупреждение стоматологических заболеваний у детей, начиная с раннего возраста, повышение эффективности лечения – это не только медицинская, но и важная социально-экономическая проблема, актуальность которой постоянно нарастает. В связи с этим генеральной линией развития стоматологической помощи детскому населению в Республике, области, города является дальнейшая проработка и широкое внедрение первичной комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей.

Диспансеризация предусматривает систематическое наблюдение за состоянием здоровья детей, проведение профилактических мероприятий, своевременное выявление ранних форм заболеваний, оказание соответствующих видов лечебно-профилактической помощи. Одним из показателей уровня прогресса страны ВОЗ называет количество средств, выделяемых на диспансеризацию. В первую очередь в систему диспансеризации должны быть включены дети всех возрастных групп, поскольку они определяют здоровье народа на перспективу.

Для осуществления всех этих мер нужны материально-технические условия, достаточное количество кадров среднего и высшего звена, и, глубокое понимание проблемы.

Так, по данным ВОЗ, среди факторов, влияющих на здоровье людей, образ жизни составляет 51,2%, генетические факторы – 20,4%, окружающая среда – 19,9%, здравоохранение – 8,5%.

Вредные для здоровья человека факторы распределены следующим образом:

А. Образ жизни: 1- курение, 2 – неправильное питание, 3 – злоупотребление алкоголем, 4 – вредные условия труда, 5 – повышенная стрессированность, 6 – адинамия, гиподинамия, 7 – скверные материально-бытовые условия жизни, 8 – потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, 9 – непрочность семей, одиночество, многодетность, 10 – низкий культурный и образовательный уровень.

Б. Генетические: 1 – предрасположенность к дегенеративным болезням, 2 - предрасположенность к наследственным заболеваниям.

В. Окружающая среда (природно-климатические условия): 1 – загрязнение воздуха канцерогенами, 2 - загрязнение воды канцерогенами, 3 - загрязнение почвы канцерогенами, 4 – резкая смена атмосферных явлений, повышенные гелиокосмические и магнитные излучения.

Г. Здравоохранение: 1 – неэффективные профилактические мероприятия, 2 – низкое качество медицинской помощи, 3 – несвоевременность медицинской помощи, 4 – малодоступность различных видов медицинской помощи, 5 – низкая оснащенность медицинских учреждений диагностической аппаратурой.

Следовательно, основным фактором, влияющим на наше здоровье, является образ жизни (ментальность человека, его способность воспринимать окружающий мир, его жизненные цели и задачи, от которых будет зависеть его жизнь и каково будет его здоровье, в том числе и здоровье ротовой полости). Эти факторы должны быть учтены при составлении программ профилактики стоматологических заболеваний разного уровня [1].

Проведение ситуационного анализа. Оно состоит из нескольких этапов:

1. *Получение информации о состоянии профилактической работы в регионе* (область, город, район, школа, ДДУ, участок). При этом используются данные учетно-отчетной документации врача-стоматолога, подтвержденные результатами выборочного стоматологического обследования.

2. Исследование распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний на данном регионе по оценочным критериям и индексам ВОЗ.

3. Выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний в окружающей среде, питании, производстве. Для этого проводится:

- Ознакомление с документами СЭС;
- Изучение региона в учреждениях питания;
- Исследование условий труда;
- Анкетирование или опрос населения;
- Стоматологический осмотр населения.

4. Прогнозирование заболеваемости населения. При этом учитываются результаты разового стоматологического обследования и ряд факторов:

- тенденция заболеваемости;
- наличие факторов риска;
- действующие или планируемые профилактические мероприятия.

5. Оценка адекватности проводимой профилактической работы.

Программы обычно планируются не менее чем на 5 лет. За этот период стоматологическая заболеваемость должна быть снижена или стабилизироваться.

Таким образом, в настоящее время разработаны научные основы профилактики стоматологических заболеваний и, при поддержке местных и центральных органов власти, курирующих медицину, имеется возможность провести широкомасштабные эпидемиологические исследования, адаптировать программу профилактики стоматологических заболеваний к современным требованиям и осуществить ее внедрение в широкую практику.

Факторы риска развития стоматологических заболеваний. Они условно делятся на три группы: 1- внешние факторы; 2) – общие соматические и 3) – стоматологические факторы.

• Внешние факторы. Среди них важную роль играет *характер питания*, достаточное или недостаточное потребление продуктов питания, микро- и макроэлементов, особенно необходимых для формирования и поддержания зубочелюстной системы, таких как фосфор, кальций и фтор. Для их хорошего усвоения потребуются витамины. Особую роль при этом играет потребление сахара.

• Общие соматические факторы риска. Наряду с общепринятыми факторами риска развития кариеса зубов у детей младшего возраста (кариесогенные микроорганизмы полости рта, избыточное количество углеводов в пище, длительный контакт углеводов и микроорганизмов с эмалью зуба, низкая резистентность тканей зубов, ослабление сопротивляемости организма), имеет особое значение их *соматическое здоровье*. Оно расценивается как фоновое, способствующее развитию патологического состояния в полости рта. Среди них общие заболевания организма, имеющие хроническое течение в большей степени создают неблагоприятный фон. Как показали результаты наших исследований, наиболее тяжелое протекает кариес зуба у детей, страдающих хронической персистирующей инфекцией, что является важной проблемой современной педиатрии и детской стоматологии.

• Стоматологические факторы риска непосредственно обуславливают развитие основных стоматологических заболеваний, к чему способствует «благоприятные» общие условия. При этом важную роль приобретает склонность к бляшкообразованию и умение (или неумение) его контролировать, что выражается в уровне и качестве индивидуальной гигиены полости рта. Уровень гигиены в совокупности с другими факторами, отражается на характере микрофлоры полости рта, которая отражается на pH ротовой жидкости. На pH ротовой жидкости будет влиять не только питание, но и характер секрета слюнных желез, и его способность выполнять свои основные функции. В совокупности уровень и

степень проявления всех слагаемых данного процесса отразится на характере течения процессов реминерализации и деминерализации.

Очень важна методическая подготовка семейного врача, акушера-гинеколога, медицинской сестры по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у беременной и ребенка.

Для полноценного проведения программы профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо учесть этиологические факторы, патогенетические механизмы, а также характер течения беременности, влияющие на развитие ЗЧС у плода/ребенка. Среди них:

- Заболевания беременной женщины, обуславливающие патологию развития плода (задержка внутриутробного развития, гидроцефалия, внутриутробная гипоксия).
- Неблагоприятные наследственные факторы, приводящие к порокам развития твердых и мягких тканей ЗЧС (гипоплазия и аплазия эмали, флюороз, несовершенство амелогенеза, синдром Стейтона, Капдепона, диастемы, тремы, аномалии формы зубов, расщелина верхней губы и неба) и др.
- Наличие экстрогенитальной патологии, осложнения в течение беременности (токсикоз первой половины, токсикоз второй половины) профессиональные вредности, стресс, которые также влияют на ход беременности.

Каждый врач-стоматолог должен знать сроки формирования различных частей ЗЧС. На 6-10 неделя беременности образуются зачатки всех временных зубов. С 20-й недели беременности начинается минерализация зачатков первых и вторых временных зубов. С 24 недели беременности (5 мес.) начинается формирование зачатков постоянных зубов (продолжается до 5 летнего возраста ребенка). Начавшись в этот период минерализация зачатков постоянных зубов, заканчивается к 8 годам жизни ребенка. С 28 недели беременности (7мес.) начинается минерализация зачатков временных клыков, первого и второго моляров (завершается после рождения ребенка).

С середины беременности у многих беременных начинает активизироваться течение кариеса зубов, что связано с началом минерализации зачатков, а с третьего триместра такое состояние встречается практически у всех беременных, что связано с началом интенсивной минерализации скелета плода.

Профилактика стоматологических заболеваний у матери и ребенка проводится врачом-стоматологом, акушером-гинекологом и врачом-педиатром. С учетом условий проживания каждая беременная нуждается в индивидуальных профилактических мероприятиях.

Дети первого года жизни осматриваются в среднем 16 раз в году педиатром и врачами специалистами, дети яслей и ясельных групп профилактически осматриваются педиатром не менее 12 раз в году. Дети детских садов осматриваются педиатром не менее 4 раз. Все школьники проходят осмотры врачей пяти специальностей, в том числе и врача-стоматолога. При этом выявляются начальные стадии заболевания, отклонения в возрастном развитии и осуществляются необходимые меры для лечения и своевременной коррекции.

Отметим, что наиболее частым осложнениями кариеса зубов являются одонтогенные воспалительные заболевания (ОВЗ): пульпит, периодонтит, периостит, остеомиелит, лимфадениты, абсцессы и флегмоны. Из-за ослабления профилактики основных стоматологических заболеваний частота ОВЗ не снижается. Считается целесообразным выделить следующие основные задачи профилактики указанных заболеваний, которые возможны лишь при условии диспансеризации детей у стоматолога:

1. Выделение детей группы риска (дети с суб- и декомпенсированным течением кариеса и относящиеся к II-IV группам здоровья), борьба с поздним обращением в клинику пациентов.
2. Ранняя диагностика легких форм воспалительных заболеваний с использованием доступных методов, прежде всего рентгенографии.

3. Сокращение времени обследования больных с ОВЗ и использование рациональных методов лечения в условиях поликлиники (заслуживает внимания использование методики прогнозирования тяжести течения острой одонтогенной инфекции).

4. Совершенствование методов лечения детей с ОВЗ в условиях стационара.

5. Восстановление здоровья путем регулирования в доступных пределах дальнейшего роста и созревания челюстно-лицевой области и компенсации утраченных функций.

Состояния стоматологического здоровья детей города Алматы. Численность детского населения города на 01.01.2015 года составляет 421776 чел. Стоматологическую помощь детскому населению оказывают единственная в городе детская стоматологическая поликлиника, а также стоматологические отделения при ГП№12, ГП№9, ГП№11, ГП№19, ГП№21. Городским управлением для оказания стоматологической помощи детям в государственных медицинских организациях выделено 2,4 штатных должностей на 10 тыс. детского населения.

В г. Алматы выявлена высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы стоматологическими заболеваниями у детей. Причем, у одного и того же ребенка могут встречаться одновременно несколько самостоятельных видов стоматологической патологии: кариес зубов, заболевания пародонта, зубочелюстные аномалии. Установлено, что тяжелое течение кариозной болезни чаще наблюдается при наличии соматических заболеваний у ребенка. В свою очередь, хронические очаги одонтогенной инфекции могут явиться причиной развития заболеваний различных систем и органов ребенка.

Употребление большого количества рафинированного сахара, замена в рационе питания натуральных продуктов, их чрезмерная механическая, термическая обработка, химизация сельского хозяйства также способствуют повышению заболеваемости зубов, тканей пародонта и зубочелюстных аномалий. Высокий уровень стоматологической заболеваемости также поддерживается недостаточной гигиенической грамотностью и отсутствием навыков личной гигиены у населения.

В таблице 1 даны усредненные показатели по распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний среди детского населения города г. Алматы, полученные при обобщении годовых отчетов детской стоматологической поликлиники и стоматологических отделений многопрофильных поликлиник города (2014 год). Они позволяют ориентироваться в стоматологической службе города, которые окажут помощь в планировании программы профилактики стоматологических заболеваний у детей.

Таблица 1.

Показатели распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний у детей ключевых возрастов г. Алматы.

Показатели	Возраст детей		
	6 лет	12 лет	15 лет
Распространенность кариеса (в %)	85,6	74,6	76,5
Интенсивность кариеса (КПУ, кп)	3,8 (кп +КПУ)	2,2 (КПУ)	2,7 (КПУ)
Распространенность заболеваний пародонта (в %)	15,0	63,0	54,0
Распространенность зубочелюстных аномалий (в %)	86,6	88,0	71,8

Несмотря на то, что согласно данным ВОЗ по уровню интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей г. Алматы относится к зоне с низким уровнем заболеваемости, наблюдается высокая распространенность кариеса зубов. Такие проблемы, как флюороз, зубочелюстные аномалии, заболевания пародонта, нуждаются в углубленном изучении и в перспективе - решению.

В г. Алматы программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения наиболее активно внедрялась в 1985-1990 годах. К 1990 году в 57 общеобразовательных школах, 14 школах – интернатах, детских домах и специализированных школах, в 11 женских консультациях, 21 лечебно-профилактическом учреждении были открыты стационарные стоматологические кабинеты. Эти кабинеты были оснащены современным оборудованием, где все дети этих учебных заведений были обучены основным правилам гигиены полости рта, а также проводилась санация полости рта.

В этот период в городе функционировало 2 детские стоматологические поликлиники. Обеспеченность врачами стоматологами составляла 4,5 должности на 10 тыс. детского населения, укомплектованность штатных должностей была 100%. Профилактическим осмотрами были охвачены 54,5% детского населения города. При этом 47,2% детей школьного возраста нуждалось в лечении стоматологических заболеваний и 92,4% из числа нуждающихся были санированы.

В Республике Казахстан первая Республиканская программа профилактики стоматологических заболеваний у детей была создана в 1989 году и была рассчитана на 1989-2000 годы, а затем пролонгирована до 2005 год.

В годы реструктуризации стоматологической службы ухудшилась стоматологическая помощь детскому населению республики из-за резкого ухудшения финансово-экономической ситуации в здравоохранении. В связи с этим, вышеуказанную программу полностью реализовать не удалось. В 1994 году в г. Алматы была закрыта детская стоматологическая поликлиника №2 и две детские стоматологические отделения при многопрофильных поликлиниках, 55 стационарных кабинетов в школах. Были приватизированы 6 поликлиник города, в составе в которых были детские стоматологические кабинеты. Обеспеченность врачебными кадрами уменьшилась более, чем в 2 раза.

В связи с объективно сложившейся ситуацией перед стоматологами города стояла задача сохранить и обеспечить оказание стоматологической помощи детскому населению по обращаемости и использовать имеющиеся возможности для плановой санации детей организованных коллективов. Из-за отсутствия сил и средств, в последующие годы реализация программы первичной профилактики стоматологических заболеваний практически была свернута.

В настоящее время экономическая ситуация в здравоохранении улучшается и назрела необходимость разработки и внедрения новой программы профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения. За последние два года проведена определенная работа по повышению качества стоматологической помощи детскому населению, дальнейшему расширению сети стоматологических кабинетов, оснащению их современной медицинской техникой, внедрению современных технологий медицинского обеспечения детей с заболеваниями полости рта.

В эти годы достижениями детской стоматологической службы является возрождение системы школьных стоматологических кабинетов (в школах с количеством учащихся свыше 800 человек). В целом количество стационарных стоматологических кабинетов в школах увеличилось до 29 из 182. Количество обучающихся в школах достигает 166.615 чел. На сегодняшний день более чем в 150 средних школах города до сих пор не организованы стационарные стоматологические кабинеты. Следовательно, в этих школах плановая профилактическая стоматологическая работа не проводится.

Профилактическая стоматологическая работа не ведется в 43 негосударственных школах (с числом обучающихся 8804 чел.) и в школе, являющейся собственностью другого государства (с числом обучающихся 396 чел.). В 128 функционирующих на территории города детских дошкольных учреждениях, кроме профилактических осмотров, детям стоматологическая помощь не оказывается.

В стоматологической службе, прежде всего детской, имеет место ряд проблем, требующих решения. В частности, нет системной профилактической работы с детьми, не посещающими ДДУ, беременными женщинами. Ограничение гарантированного объема бесплатной стоматологической помощи на фоне низкой платёжеспособности основной части населения не позволяет повысить объем стоматологической помощи. Нормативная база стоматологической службы в республике практически отсутствует. Значителен отток опытных медицинских кадров в стоматологические организации негосударственного сектора, что будет негативно отражаться на качестве оказываемой стоматологической помощи детям.

В соответствии с приказом МЗ РК №29 от 26.01.1996 года и Постановлением Министерства труда РК №2-2 от 20.02.1996 года на базе средних медицинских учебных заведений проводится подготовка зубных гигиенистов. Только в последние годы в штатные нормативы стоматологических учреждений начали вводиться эти должности. Хотя именно эти специалисты должны обеспечивать профилактическую работу среди детей.

В 2014 году, исходя из возможностей городского бюджета, на выполнение госзаказа по оказанию стоматологической помощи детскому и подростковому населению выделено финансовых средств из расчёта 481,1 тенге за 1 УЕТ (в 2013 году – 467,1 тенге). На профилактические осмотры детей и подростков выделяется по 86,79 тенге. Естественно, качество помощи может быть обеспечено только при наличии достаточного количества средств.

Опыт, накопленный в организации детской стоматологической помощи показывает, что без значительных экономических затрат добиться снижения показателей стоматологической заболеваемости невозможно. Снижение стоматологических заболеваний у детей возможно только при внедрении программы профилактики стоматологических заболеваний и путем оказания высококвалифицированной стоматологической помощи.

Учитывая, что проблема стоматологической заболеваемости детей является в первую очередь социальной, меры по ее предупреждению могут быть успешными только при консолидации усилий системы охраны здоровья населения, и всех городских служб, влияющих на здоровье детей. В этой связи, необходимо усиление взаимодействия всех заинтересованных государственных структур, общественных и международных организаций в контроле выполнения задач настоящей любой Программы.

Заключение. Итогом реализации данной программы является повышение стоматологического уровня здоровья детского населения путем стабилизации и дальнейшего снижения кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий. Данная программа может быть взята за основу при составлении программ профилактики стоматологических заболеваний у детей разного уровня от района, города и области до Республики.

Список литературы:

1. Сутиев Т.К., Божбанбаева Н.С., Негаметзянов Н.Г., Атежсанов Д.О. Профилактика стоматологических заболеваний – путь к диспансеризации детского населения // *Персистирующая инфекция и ее влияние на соматическое и стоматологическое здоровье детей, меры профилактики и лечения / Под ред. Сутиева ТК. – Алматы, 2015. – С.145- 198.*

УДК 616.08.07; 616.006.2.03(04)

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ И ТЕРАТОБЛАСТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Омурзаков Б. А., Узакбаев К. А., Замирбеков К. З., Эргешов Т. А.

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

Резюме: в данной работе изучены результаты комплексного лечения тератом и тератобластом крестцово-копчиковой области у детей. Оценены наиболее значимые прогностические факторы риска (возраст больного, стадия заболевания, гистологическая структура опухоли и др.), которые влияли на эффективность комплексного лечения. Даны качественная оценка отдаленных результатов комплексного лечения тератом и тератобластом крестцово-копчиковой области у детей.

Ключевые слова: тератома, тератобластома, крестцово-копчиковая область, опухоли у детей, лечение, химиотерапия.

БАЛДАРДЫН КҮЙМУЛЧАК ОМУРТКАСЫНДА ЖАЙГАШКАН ТЕРАТОМА ЖАНА ТЕРАТОБЛАСТОМАСЫН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО ҮКМАСЫНЫН УЗАК МӨӨНӨТТӨГҮ НАТЫЙЖАСЫ

Омурзаков Б. А., Узакбаев К. А., Замирбеков К. З., Эргешов Т. А.

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

Корутунду: статьяда балдардын күймүлчак омурткасындагы тератома жана тератобластомасын комплекстүү дарылоо үкмасынын узак мөөнөттөгү натыйжасы изилденген. Комплекстүү дарылоонун натыйжасына таасир берүүчү эң маанилүү божомолдуу коркунуч факторлорлуруна (оорулунун жасы, оорунун стадиясы, шишиктин гистологиялык түзүлүшү ж.б.) баа берилген. Балдардын күймүлчак омурткасындагы жайгашкан тератома жана тератобластомалардын комплекстүү даарылоодон кийинки узак мөөнөттөгү натыйжасаларына сапаттуу баа берилген.

Ачкыч сөздөрү: тератома, тератобластома, күймүлчак-чычаң, балдардын шишиктери, дарылоо, химиотерапия.

DELAYED RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF TERATOMAS AND TERATOBLASTOMS OF SACROCOCCYGEAL REGION IN CHILDREN

Omurzakov B. A., Uzakbaev K. A., Zamirbekov K. Z., Ergeshov T. A.

*The National Center of Maternity and Childhood Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: in this study we present the results of complex treatment of teratomas and teratoblastomas sacrococcygeal region in children. Evaluated the most important prognostic risk factors (the age of the patient, the stage of the disease, histological tumor structure, etc.) that affect the effectiveness of the integrated treatment. Presented qualitative evaluation of follow up results of complex treatment of teratom and teratoblastom sacrococcygeal region in children.

Keywords: teratoma, teratoblastoma, sacrococcygeal region, tumors in children, treatment, chemotherapy.

Введение. Крестцово-копчиковая тератома – редкий вид опухоли, встречающийся с частотой 1:40 000 новорожденных, и у девочек диагностировались чаще, чем у мальчиков (3:1) [1, 5, 6, 8]. Тератомы чаще всего локализовались в крестцово-копчиковой области, в

половых железах, в забрюшинном пространстве и даже в головном мозге и печени [10, 11].

Тератома – это истинная опухоль или неоплазма, состоящая из разнообразных тканей, чужеродных для той области, где она развивалась [14]. Крестцово-копчиковые тератомы, как правило, были очень большие (в среднем 8-10 см), хорошо инкапсулированными, в большинстве случаев они имели дольчатое строение. Характер опухоли также может быть кистозным, солидным или смешанным [5, 6]. Прогноз зависит от размера, гистологического строения опухоли, степени недоношенности новорожденного, наличия сопутствующих пороков, от срока постановки диагноза, полного хирургического удаления опухоли с обязательной резекцией копчика [3, 4, 7, 9].

В Кыргызской Республике из-за ограничения диагностических возможностей первичного и вторичного уровней здравоохранения довольно остро стоит проблема дородовой диагностики тератом у детей.

Актуальность проблемы тератом и тератобластом у детей определяется не только лидирующим положением их среди опухолей у новорожденных, но и высокой агрессивностью клинического течения, ранним появлением отдаленных метастазов, наличием функциональных и косметических дефектов, приводящих к ранней инвалидности и смертности детей.

Цель исследования: повысить эффективность пренатальной диагностики и улучшить комплексный метод лечения тератом и тератобластом крестцово-копчиковой области у детей.

Задачи исследования:

1. Изучить эффективность пренатальной диагностики у детей с тератомами крестцово-копчиковой области.

2. На основании сопоставимого анализа данных сывороточных маркеров опухоли (АФП), ультразвуковой, компьютерной томографии и результатов хирургических вмешательств у больных детей оценить клинические результаты комплексного метода лечения тератом и тератобластом крестцово-копчиковой области у детей.

3. Изучить непосредственную эффективность различных комбинаций современной неадьювантной полихимиотерапии и лучевой терапии у детей с тератобластомами крестцово-копчиковой области.

4. Изучить частоту послеоперационных осложнений и выявить основные причины влияющие на длительность пребывания больного в стационаре.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 30 детей с крестцово-копчиковой тератомой и тератобластомой оперированных с августа 2005 по август 2015 гг. в отделении хирургии врожденных пороков НЦОМиД. Была разработана карта-опросник, которая включала в себя следующие вопросы: анамнез беременности, анамнез заболевания, объективные данные, АФП анализ крови, данные УЗИ, МРТ, методы и сроки хирургического лечения, данные гистологического типирования опухоли. Также была изучена непосредственная эффективность различных комбинаций современной неадьювантной полихимиотерапии и лучевой терапии детей с тератобластомами крестцово-копчиковой области.

По анатомо-морфологической классификации предложенной Американской Академией Педиатрии [2] больные дети были классифицированы следующим образом:

1. тип I (n=18 или 60%), когда опухоль имела преимущественно наружное расположение с минимальным пресакральным компонентом;

2. тип II (n=8 или 26.7%), когда преобладала наружная опухоль, но со значительным пресакральным компонентом (по типу песочных часов);

3. тип III (n=3 или 10%), когда преобладал пресакральный компонент с минимальной наружной опухолью;

4. тип IV (n=1 или 3.3%)— пресакральная опухоль без наружного компонента.

Больные дети были разделены на 2 клинические группы, в зависимости от возраста на момент операции. В I группу были включены 9 детей, возраст которых на момент операции составлял от 2 дней до 1 месяца. Этую группу в основном составили больные дети, оперированные с 2012 года. Во II группу были включены 21 детей старше 1 месяца на момент операции. В I группе всем детям проводилась полное лабораторно-инструментальное исследование, которое включало в себя: общеклинические анализы, анализ крови на ВУИ и уровень АФП в крови, УЗИ, МРТ. В то же время, во II группе только 3 больным детям был сделан МРТ крестцово-копчиковой области, а уровень АФП в крови был определен только у 6 больных детей. Это объяснялось отсутствием клинических протоколов ведения данного контингента больных с одной стороны и материального состояния родителей с другой.

Всем 30 детям было проведено оперативное вмешательство. Из них 4 детей получили несколько курсов полихимиотерапии по протоколу SIOP (международное общество детских онкологов) по схеме РЕВ (Цисплатин - (P)latinol, Этопозид - (E)toposide, Блеомицин - (B)leomycin), как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах.

Результаты исследования и их обсуждение. Антенатально диагноз тератомы и тератобластомы детей был установлен у 4 детей, в периоде новорожденности у 21 детей (I и II типы опухоли) и после 1 месяца у 4 детей (III тип). У 1 больного диагноз установлен в возрасте одного года, в связи с острой задержкой выделения мочи. Позднее установление диагноза объяснялось тем, что у ребенка был IV тип опухоли, и длительное время опухоль клинически не проявляла себя.

По полу дети распределились следующим образом: 5 мальчиков против 25 девочек (1:5), что почти соответствует данным зарубежной литературы [1, 5, 6, 10, 12, 13].

Для установления диагноза злокачественной герминогенной опухоли крестцово-копчиковой области вполне достаточно производить определение альфа-фетопротеина (АФП), которая вырабатывалась клетками опухоли желточного мешка. Уровень АФП при наличии данного новообразования очень высок и для определения его на этапе установления клинического диагноза достаточно проведения реакции Абелева-Татарина.

Установлено, что наиболее высокий уровень АФП наблюдался при распространенных процессах (от 800 нг/мл и выше).

Неоценима роль определения уровня АФП и для контроля радикальности проводимой операции - при адекватном удалении опухоли наступала нормализация этого показателя. Из 30 оперированных детей контроль уровня АФП проводился лишь у 17 исследуемых детей (у всех детей первой группы (n=9) и у 8 детей второй группы (n=21)). Уровень АФП планомерно снижался в послеоперационном периоде у всех детей первой группы в 2-3 раза при первичном уровне 135 ± 56 нг/мл в возрасте 2 месяца и нормализация АФП (<8,5нг/мл) наступала по достижении 1 года. В случае неэффективного оперативного лечения нарастание уровня АФП начиналось задолго до очевидного роста опухоли. Так, в одном случае у ребенка из второй группы имело место повышение уровня АФП планомерно в 1,5-2 раза в послеоперационном периоде в течение 6 месяцев и в возрасте 1 года был диагностирован рецидив опухоли.

У всех 30 пациентов опухоль была удалена сакральным доступом. Резекция копчика была выполнена у всех оперированных детей, при этом у 4 больных ранее оперированных в других клиниках копчик не был резецирован, и это явилось причиной рецидива (n=4), что соответственно привело к повторной операции.

В исследуемых группах герминогенные опухоли крестцово-копчиковой области были представлены зрелыми и незрелыми тератомами (n=29 или 97%) и герминогенными новообразованиями сложного строения с включением опухоли желточного мешка (злокачественные герминогенные опухоли) (n=1 или 3%). Исходя из гистологической верификации опухоли, было выявлено, что у всех детей первой группы опухоль была представлена зрелой тератомой (n=9).

Таблица 1.

Гистологическая верификация опухоли

Гистологические типы опухоли	I группа (n=9)				II группа (n=21)				Всего	
	количество		рецидив		количество		рецидив			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
зрелая	9	30%	0	0%	13	43,3%	1	3,3%	22	73,3%
незрелая	0	0%	0	0%	7	23,3%	2	6,6%	7	23,3%
тератобластома	0	0%	0	0%	1	3,3%	1	3,3%	1	3,3%
всего	9	30%	0	0%	21	70%	4	13,3%	30	100%

По результатам гистологического типирования опухоли (см. табл.), у 7 детей диагностирована незрелая тератома и у одного ребенка тератобластома, в дальнейшем они были консультированы онкологами и 4 из 8 детей продолжили лечение в детском отделении Национального Центра Онкологии, а 4 детей в химиотерапии не нуждались.

Всем 4 больным детям (1 мальчик и 3 девочки) в возрасте 2-5 лет была проведена неадьювантная полихимиотерапия в связи с рецидивом по протоколу SIOP (международное общество детских онкологов) по схеме РЕВ (Цисплатин - (P)latinol, Этопозид - (E)toposide, Блеомицин - (B)leomycin). Опухоли начинали уменьшаться в размерах на 4-5 день терапии, максимальный эффект наблюдался на 3-4 неделе. Хирургическое вмешательство проводили через неделю после последней инъекции, когда наступала стабилизация гематологических показателей крови.

Для оценки эффекта неадьювантной химиотерапии до её начала и после окончания, всем 4 больным поэтапно проводили три вида исследования: УЗИ, ЯМРТ крестцово-копчиковой области, анализ крови на АФП. Размеры опухоли до лечения варьировали от 5 до 11 см, в максимальном измерении. У двух детей опухоль имела капсулу, у остальных 2 детей опухоль выходила за пределы и прорастала в окружающую клетчатку. УЗИ до начала лечения производили на первом этапе, но почти всегда она предшествовала определению уровня в крови АФП, а затем проводился сопоставимый анализ результатов исследования. При проведении УЗИ кроме размеров продольного и поперечного сечения опухолевого процесса исследовали зоны регионарного метастазирования, наличие лимфатических узлов пахово-подвздошной области и забрюшинного пространства, а также определяли ультразвуковую картину различных участков опухоли. Аналогичное исследование выполняли и после проведенного лечения, в среднем за 10 дней до операции.

Размеры опухоли, по данным УЗИ уменьшались у больных от 25% до 95%.

После предоперационного курса полихимиотерапии всем детям произведено радикальное удаление тератобластомы крестцово-копчикового сочленения с резекцией копчика. После удаления опухоли изучались размеры опухоли, консистенция и содержимое опухоли, и окончательно устанавливалась стадия заболевания. Наряду с этим сравнивались параметры опухоли, полученными при последнем предоперационном исследовании всеми тремя методами.

Динамическое наблюдение после операции детям из первой группы проводилась исключительно всем детям, в то время, во второй группе исследуемых детей не было сделано ни одному. В раннем послеоперационном периоде осложнение, как вторичное заживление раны, отмечено у 2 больных из первой группы, а во второй группе по записям из медицинских карт больных, у всех детей послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Процент поздних послеоперационных осложнений такие как: недержание кала и мочи в первой группе не выявлено. Во второй группе, по данным анкетирования у 2 детей выявлена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, которая у первого ребенка сохранялась до 3 летнего возраста, а у второго – вплоть до школьного возраста. Однако, некоторые исследования [1, 4] показывают, что если нейрогенная дисфункция мочевого

пузыря разрешилась до школьного возраста, можно утверждать, что нейрогенный мочевой пузырь был не связан с оперативным вмешательством.

Косметические результаты (внешний вид ягодиц) следует признать неудовлетворительным во всех случаях, из них 3 пациентам требовалась пластическая операция по поводу грубого деформирующего послеоперационного рубца.

Выводы. Крестцово-копчиковые тератомы являются наиболее распространенными опухолями у новорожденных. У девочек встречалось чаще, чем у мальчиков, в соотношении 5:1.

В нашем исследовании сопутствующая патология была обнаружена в 20% случаях.

В нашем исследовании антенатально тератомы и тератобластомы были выявлены только у 4 (13.3%) детей. И это было связано, прежде всего, с отсутствием специально обученных специалистов УЗИ в отдаленных регионах страны с одной стороны, и пренебрежением проведения УЗИ беременными женщинами с другой.

Все 4 детей у которых антенатально была диагностирована крестцово-копчиковая тератома были рождены путем планового кесарева сечения.

В соответствии с классификацией Альтмана крестцово-копчиковые тератомы I типа выявлены у 60%, II типа у 26,7%, III типа у 10% и IV типа у 3,3% обследованных детей.

В нашем исследовании в 13.3% случаях опухоли были злокачественными, и все они были диагностированы после 1 месяца жизни.

Список литературы:

1. Пури П., Гольварт М.: Атлас детской оперативной хирургии. пер. с англ.; под общ. ред. проф. Т.К. Немиловой. - М.: МЕДпресс-информ. - 2009. - Р. - 451-458.
2. Altman RP, Randolph JG, Lilly JR. Sacrococcygeal teratoma. American Academy of Pediatrics surgical section survey—1973 // J Pediatr Surg. – 1974. - № 9. – Р. 389–398.
3. Barakat M.I., Abdelaal S.M., Saleh A.M. Sacrococcygeal teratoma in infants and children // Acta Neurochir (Wien). – 2011. – Sep. 153(9). – Р. 1781-6.
4. Bittmann S, Bittmann V. Surgical experience and cosmetic outcomes in children with sacrococcygeal teratoma. Curr Surg. – 2006. – № 63. – Р. 51-4.
5. Büyükkaramikçi M., Varan A., Küpeli S., et al. Malignant sacrococcygeal germ cell tumors in children: a 30-year experience from a single institution. - . – 2013. - Jan-Feb. - 99(1). – Р. 51-6.
6. Gabra HO, Jesudason EC, McDowell HP, et al Sacrococcygeal teratoma--a 25-year experience in a UK regional center // J Pediatr Surg. – 2006. - № 41. – Р. 1513-6.
7. Giannatempo P., Pond G.R., Sonpavde G., et al. Treatment and clinical outcomes of patients with teratoma with somatic-type malignant transformation: an International collaboration // J Urol.. – 2015. - Dec 31. pii: S0022-5347(15)05538-X.
8. Graf JL, Albanese CT. Fetal sacrococcygeal teratoma. // World J Surg. – 2003. – № 27. – Р. 84 - 6.
9. Gucciardo L., Uyttebroek A., De Wever I., et al. Prenatal assessment and management of sacrococcygeal teratoma. Prenat Diagn. – 2011. - Jul. - 31(7). – Р. 678-88.
10. Hashish A. et al: Annals of Pediatric Surgery Vol. - 2009. - 5. - No 2. - PP 119-125.
11. Ma Y., Zheng J., Zhu H., et al. Sacrococcygeal teratoma with nephroblastic elements: a case report and review of literature // Int J Clin Exp Pathol. – 2011. - Oct 15. - № 7(11). – Р. 8211-6.
12. Sacrococcygeal Teratoma. Teresita Angtuaco and Harold B. Collins, July 14, 2011 www.obgyn.net.
13. Sayed H.A., Ali A.M., Hamza H.M., Mourad A.F., Eltayeb A.A. Sacrococcygeal tumors: clinica characteristics and outcome of pediatric patients treated at South Egypt Cancer Institute. A retrospective analysis // J Pediatr Surg. – 2013. - Jul 48(7). – Р. 1604-8.
14. Willis RA, The borderland of embryology and pathology, 2nd edn. Butterworth, London, 1962.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТРУКТУРА ТРАВМ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ
Сулайманова Г.М.

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

Резюме: в статье представлен анализ травм органа зрения у детей по частоте, причинам, структуре и эпидемиологическим особенностям. Травмы органа зрения являются одной из ведущих причин слепоты и слабовидения в любом возрасте. До 50 % всех несчастных случаев офтальмотравматизма случаются в возраст до 18 лет. Мальчики в возрасте 5 - 7 лет по отношению к девочкам наиболее подвержены травмам глаза.

Ключевые слова: травма органа зрения, дети.

БАЛДАРДЫН КӨЗ ЖАРАКАТТАРЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ
ЖАНА ТҮЗҮЛҮШҮ
Сулайманова Г.М.

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

Корутунду: макалада балдардын көрүү органдарынын жаракаттарынын түзүлүшү, себептери, тез кездешүүсү жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү талданат. Көз жаракаттары адамдардын бардык курагында начар көрүүнүн жана сокур болуунун себептеринин бири болуп саналат. Бардык көз жаракат кырсыгынын 50 % балдардын 18 жашка чейинки курагында болот. 5-7 жаштагы эркек балдар кыздарга салыштырмалуу көз жаракатына көбүрөөк кабылаары аныкталган.

Ачыкчىк сөздөр: көрүү органдарынын жаракаттары, балдар.

EPIDEMIOLOGY AND STRUCTURE OF CHILDREN'S EYE TRAUMAS
Cylaimanova G.M.

*National centre for the protection of motherhood and childhood,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: this article presents frequency, reasons, structure and epidemiological characteristics of children's eye traumas. Traumas of visual organ are one of the top reasons of blindness and hypo vision at any age. Up to 50% of all ophthalmic-traumatism accidents happen under the age of 18. 5-7 year old boys are most subjected to eye traumas.

Key words: trauma of vision organ, childhood.

Актуальность: Проблема травматизма является одной из наиболее актуальных в современной офтальмологии. Повреждения органа зрения приводят к снижению зрения, слепоте и инвалидности, что отражается на качестве жизни пациентов. Одной из основных причин монокулярной слепоты во всем мире является травма органа зрения [4, 34]. Все возрасты подвержены травмам органа зрения, хотя среди некоторых возрастных групп существует большая предрасположенность к глазным травмам, а именно, среди детей. По некоторым данным до 50 % всех травм случаются до 18-летнего возраста [37]. Национальным обществом по предотвращению слепоты установлено, что 90% всех травм глаза можно было бы предотвратить [28]. Для этого необходимо накопление максимального объема эпидемиологической информации для составления соответствующих рекомендаций и организации первичной и вторичной профилактики.

Цель данного сообщения. В статье представлен обзор научной литературы по вопросам детского глазного травматизма и описание эпидемиологических особенностей детского офтальмотравматизма в Кыргызстане.

Проникающие ранения глаз являются причиной развития таких тяжелых посттравматических осложнений как травматическая катаракта,uveит, глаукома, фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки, симпатическая офтальмия и субатрофия глазного яблока. Ввиду этого ранняя диагностика, адекватное своевременное лечение и возможность прогнозирования характера течения и исходов травм глаза остаются на сегодняшний день актуальным направлением научных исследований в офтальмологии. Тяжелая травма глаза у пациентов детского возраста - это не только медицинская, но и социальная проблема. Соответственно, необходима разработка рекомендаций по организации профилактики, тактике ведения, а также реабилитации маленьких пациентов с травмой глаза. Решение этих задач обуславливает накопление и анализ эпидемиологической информации по данной проблематике.

Материал и методы исследования. Представлен анализ печатных источников по проблеме. Объектом проспективного исследования явились дети с повреждениями органа зрения в возрасте от 1 года до 17 лет. В исследование включены все дети, получившие стационарное лечение в период с января 2013 по июль 2015 гг. в глазном отделении Национального центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики. В исследование детей с повреждением органа зрения включены общеклинические анализы, биомикроскопия, визометрия, офтальмоскопия, рентгенография орбиты в двух проекциях и ультразвуковое исследование глаз.

Результаты и обсуждения. Эпидемиология общего глазного травматизма. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) был проведен мета-анализ эпидемиологии травм глаза, по которому ежегодно происходит 55 миллионов травм глаза, приводящих к нетрудоспособности более чем на 1 день, 750 000 травм глаза, требующих госпитализации, 200 000 открытых травм глаза. Вследствие травм глаза 19 миллионов человек потеряли зрение на один глаз, 2,3 миллиона имеют двустороннее снижение зрения и 1,6 миллиона потеряли зрение на оба глаза [32]. Около 22% госпитализированных пациентов - дети до 16 лет [3]. В структуре инвалидности по зрению в России в последние годы зафиксирована травма органа зрения, составляющая 19,0-22,8% [1, 11]. В крупных офтальмологических центрах по данным литературы на долю пациентов с травмами глаз и их последствиями приходится до 1/3 случаев [6, 10, 12]. На протяжении последнего десятилетия среди основных причин зрительных расстройств, приводящих к инвалидности, на втором месте (19%) стоят последствия травм органа зрения [13].

Эпидемиология детского офтальмотравматизма. По данным Американского национального общества по предотвращению слепоты [35, 36], за 2005 г. 35% всех повреждений глаза происходят у детей в возрасте до 16 лет, более $\frac{1}{3}$ случаев травмы глаза встречаются у маленьких пациентов. Последствия травмы глаза отражаются на развитии ребенка, его образовании и качестве жизни в дальнейшем. Повреждения глаз в детском возрасте встречаются в 30% - 60% от всей детской офтальмопатологии и в 27,3%-86,7% от всего числа больных детей, получивших стационарное лечение в детских глазных отделениях [9, 2, 14]. В структуре детской инвалидности по зрению офтальмотравматизм занимает лидирующее место и составляет до 40 % от общего числа заболеваний органа зрения [13]. По данным Т.Р. Grin и соавторов, общая частота травм глаз у детей до 15 лет зафиксирована в 21,5% [26]. В. А. Maltzman сообщает, что 29% всех травм глаза произошли у детей младше 11 лет [30]. Ежегодно в США происходит около 24.000.000 травм органа зрения, 35% из этих травм выявлено в возрасте до 17 лет [35] и 18% - у детей младше 12 лет [18]. 7% этих травм повлекло значительное снижение зрения и слепоту, что делает травму органа зрения ведущей причиной односторонней слепоты у детей [35,36]. Согласно Brophy госпитализация детей с травмами глаза в США в 2000 году была необходима в более 7500 случаев [19]. В Австралии детский глазной травматизм выявлен в 20-50% всех травм органа зрения [41]. В Хабаровском крае РФ доля детского офтальмотравматизма составляет 46% среди всех пролеченных детей [14]. В

Таджикистане удельный вес детского глазного травматизма равен 27% - 35% [7, 8]. В Кыргызстане за исследуемый период среди госпитализированных в детское глазное отделение удельный вес травмы глаза составил 20.5%.

Структура травм. По разным источникам среди травм глаза наиболее часто встречаются тупые травмы (65% - 80%), из них 33% представляют тяжелые травмы глаза, приводящие к слепоте и инвалидности [9]. В анализе структуры детского офтальмотравматизма в Республике Таджикистан указывается, что лидирующее положение занимают проникающие ранения глаза - 58,9%, контузии - 29,9%, ожоги - 6,9%, травмы придаточного аппарата - 4,3% [8]. В Хабаровском крае РФ контузии глаза у детей составляют 65%, проникающие ранения - 19%, ожоги - 15,4% [14]. На травмы придатков глаза в Красноярске относят 13,1% от всех травм органа зрения среди 813 детей [17]. В Азербайджане закрытое повреждение глазного яблока выявлено в 37,4%, открытые повреждение глаза у детей диагностировали в 42% [15]. Garcia (2005 a, b) изучили травму органа зрения у детей с сочетанными травмами. Чаще отмечаются переломы орбиты (39%), а также контузии глазного яблока и придатков (35%) [24, 25]. Структура травм органа зрения у детей Кыргызстана за данный период различна: открытая проникающая травма глаза (68,8%), тупые травмы глаза (20%), раны придатков глаза (5,9%), химические (4,1%) и термические (1,2%) ожоги глазного яблока. Установлено, что 107 (63%) детей с травмами глаза обратились спустя 24 часа и более от момента получения травмы; у 144 (84,7%) детей диагностирована осложненная травма глаза. Среди осложнений выявлены выпадение и ущемление внутренних оболочек глаза (32,6%), гипопион (4,9%), эндофталмит (2,1%), травматическая катаракта (14,6%),uveит (2,8%), травматическая отслойка сетчатки (2,1%), гемофтальм (34,7%), др. (6,3%).

Распределение по возрасту. Травма органа зрения отмечается в любой возрастной группе. Так, по данным ученых, до 43% травм органа зрения приходится на дошкольный возраст (4-7 лет), что подтверждают наблюдения по Республике Таджикистан, где наиболее часто травмам подвергается возрастная группа от 3 до 6 лет [8, 17]. С другой стороны, есть данные о высокой частоте травм (до 82%) у детей школьного возраста [2, 16]. Согласно исследованиям, эпидемиология травм глаза у детей младше 15 лет, изученных в отделении неотложной помощи в Колумбии, около 71 % пациентов – это дети в возрасте 10 лет и младше [39]. По другим источникам, средний возраст детей с травмами органа зрения, зарегистрированных в Национальном Реестре детского травматизма, составил 8,6 лет [24]. Как показал ретроспективный европейский анализ, средний возраст детей младше 12 лет с травмой глаз составляет 7,2 года [42]. В Турции средний возраст детей с проникающими ранениями глаз – 8,35 лет [40]. Возрастная шкала пациентов в Азербайджане выглядит следующим образом: 0–2 года — 15 (5,9%) больных, 3-5 лет – 21 (8,2%), 6-9 лет – 67 (26%), 10-12 лет – 63 (24,5%), 13-15 лет – 91 (35,4%) [15]. Значительная часть травм глаза отмечается у детей в возрасте старше 6 лет. В Кыргызстане травмы органа зрения чаще наблюдаются у детей в возрасте 3-7 лет (40,0%) и у подростков 10-17 лет (28,2%), чем у детей младшего школьного (7-10 лет) возраста (20,0%) и у детей до 3 лет (11,8%).

Распределение по полу. Исследователи единодушны и в том, что частота травм глаза у мальчиков доминирует над таковой у девочек. Во многих исследованиях отражается высокая частота травм глаза среди лиц мужского пола. Некоторые публикации обращают внимание на соотношение мужского травматизма к женскому (м:ж) от 2:1 до 7,3:1 [19, 38, 25, 42]. Serrano JC и другие исследователи пишут о таком соотношении как 1,8:1 [39]. В исследовании проникающих ранений глазного яблока у детей 0-14 лет в Турции авторы представили соотношение м:ж во всей группе как 2,6:1, а в возрасте 10-14 лет - 5,2:1 [40]. В Таджикистане представлен анализ относительно низкого соотношения м:ж - 1:1,13 [8]. Американская педиатрическая академия дает другое соотношение м:ж величиной 4:1 [23], что отличается от вышеуказанных данных. В Кыргызской Республике в глазном

отделении Национального центра охраны материнства и детства исследовано 170 детей с различными травмами органа зрения, в том числе 135 (79,4%) мальчиков и 35 (20,6%) девочек. Соотношение мальчиков и девочек в нашем исследовании - 3,86:1, глазной травматизм в Кыргызстане имеет четко выраженный половой диморфизм. Из них 107 (62,9%) детей являются сельскими жителями, 63 (37,1%) города.

Как утверждает Е. И. Духанина и соавторы [5] место получения травм разное: травмы глаза можно получить на улице (79%), дома (19,5%), в школе (5,5). Американская Академия Офтальмологии публикует результаты исследования по травмам глаза, из которых следует, что частыми причинами травм были брошенные или летающие объекты (20%), тупые (10%) и острые предметы (9%). Встречается повреждение глаз пальцами или кулаками (12%), а также в результате дорожно-транспортных происшествий (4%) [18]. Другие авторы пишут о необычных причинах травм, таких, как удар клювом петуха [29], травма кончиком карандаша [38], взрывающимися яйцами из микроволновой печи [20], рукояткой двери [21, 22], палочками для еды [33], газированными напитками [28] и средствами для мытья посуды [27]. Имеются случаи травмы глаза амниоцентезной иглой и в результате применения силы со стороны старших родственников, так называемый синдром избитого ребёнка [27, 31]. В исследовании выявлена сезонность детского офтальмотравматизма с пиком получения ранений в весенний период и в начале летних каникул, когда взрослые оставляют детей без присмотра. За период наблюдения в отделении офтальмологии НЦОМиД Кыргызской Республики отмечено, что дети с различными травмами органа зрения чаще поступали в период весенних и летних каникул. Установлено, что дети в Кыргызстане получали травму глаза по тем же причинам, что и в других странах (клюв цыпленка, при падении с дерева, укус собаки, иглы, стрелы, дротики, камень, стекла, вилка, нож и др). По мнению M.Soylu и соавторов [40], «... к основным причинам травм глаза относятся недостаточный надзор взрослых и использование опасных объектов».

Профилактика детского офтальмотравматизма. Стратегия превентивных мер предполагает сбор и изучение данных об офтальмотравматизме и определение факторов риска, позволяющих разработать и внедрить профилактические мероприятия. Анализ места и времени получения травм у детей позволяет сделать вывод о возможности предупреждения несчастных случаев с повреждением органа зрения у пациентов младше 15 лет. В случае с детьми до 2 лет на первое место следует выдвинуть работу с родителями, поскольку такие дети, как правило, получают травмы из-за недостаточного внимания взрослых. С детьми доподросткового и подросткового возраста необходимо проведение воспитательных мероприятий непосредственно с ребенком о правилах поведения дома и во дворе, осторожности при играх, а также об использовании опасных игрушек и бытовых предметов не по назначению. Результаты анализа взаимоотношений между временем от момента получения травмы до операции и окончательной остротой зрения показали, что чем короче этот период, тем выше прогнозируемая острота зрения, и наоборот. Частота травм органа зрения у детей имеет высокие показатели, что говорит о необходимости более активного изучения данного вопроса.

Выводы. Все дети подвергаются риску получения травмы глаза, но мальчики в возрасте 5-9 лет чаще получают травму глаза. Масштабы детского офтальмотравматизма достаточно широки.

В Кыргызской Республике наблюдается высокий уровень детского глазного травматизма, в связи с этим следует решать вопросы его профилактики.

Важно и в будущем анализировать структуру и факторы риска ранений органа зрения среди детей, разработать и внедрить приоритетные меры профилактики детского офтальмотравматизма, а также повысить эффективность оказания высококвалифицированной офтальмологической помощи для снижения уровня слепоты и слабовидения в детском возрасте.

Список литературы:

1. Батищева Е. А., Мартиюшова Л. Т., Шмакова О. В. Состояние первичной инвалидности вследствие травм органа зрения в г. Москве // VII съезд офтальмологов России. - М. – 200. – С. 217.
2. Боброва Н. Ф. Травмы глаз у детей. - М. – 2003.
3. Гундорова Р.А., Волков В.В. Реабилитация больных с травмами органа зрения // Актуальные вопросы хирургии глаза. – Уфа. - 1986. - С. 76-78.
4. Гундорова Р. А., Степанов А. В., Курбанова Н. Ф. Современная офтальмопротивматология // ОАО Издательство «Медицина». - Москва. – 2007. - С. 256.
5. Духанина Е. И., Землянова И. М., Топчий Е. И. Травмы глаз у детей по материалам глазного отделения областной детской больницы г. Калининграда // Тез. докл. 3-й межобластной конф. офтальмологов. - Новгород. – 1979. – С. 132 -133.
6. Ермолаев В. Г. Комплексное социально-гигиеническое исследование глазного травматизма и организация его профилактики в крупном городе: автореф. дис.. д-ра мед. наук.- СПб. - 2005.: С. 37.
7. Икромов К. И., Халиков Н. К., Очилзода Н., Хакимов Х. Проникающие ранения органа зрения и их профилактика // Материалы 1-ой научно-практ. конф. офтальмологов с международным участием. - Худжанд. – 2005. –С. 118 -122.
8. Карим-Заде Х. Д. Особенности травм органа зрения у детей // Вестник Оренбургского государственного университета. - Оренбург. – 2011. - № 14 (133). – С. 174 -178.
9. Ковалевский Е. И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. - М: Медицина. – 1991. – С. 131 -140.
10. Курбанова Н. Ф. Разработка комплексной системы мероприятий по оказанию травматической помощи на основе современных методов диагностики и лечения: автореф.. д-ра мед. наук. - М. – 2004. - № 42. (11).
11. Либман Е.С., Шахова Е. В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // Тез. докл. VII съезда офтальмологов России. - М. – 2000. – С. 209 -214.
12. Либман Е. С. Современные позиции клинико-социальной офтальмологии // Вестн. офтальмол. - 2004.- № 1. – С. 10 -12.
13. Либман Е. С., Шахова Е. В. Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ // Матер. Российского межрегионального симпозиума.- М.- 2003. – С. 38 -43.
14. Пятышина О. В., Сорокин Е. Л. Структура и динамика ургентной детской заболеваемости органа зрения в Хабаровском крае // Сборник научных работ «Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения Дальневосточном регионе». - Хабаровск. – 2012 – С. 24.
15. Султанова М.М., Гашимова Н.Ф. Анализ характера и частоты травматических повреждений органа зрения у детей // Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой. - г. Баку, Азербайджан.
16. Сухина Л. А., Голубов К. Э. Контузионные повреждения глаз у детей // Офтальмол. журн. – 2002 - № 4. - С. 28 -30.
17. Хайвинбо Т. А., Иванов В. В. Особенности травм придаточного аппарата у детей // Сборник научных трудов научно-прак. конф. по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад 2012». - Уфа. – 2012. – С. 401.
18. American Academy of Ophthalmology. 2006 Eye Injury Snapshot Project. <http://www.aoa.org/patients/eyemd/snapshot.cfm> [accessed 21 February 2007].
19. Brophy M, Sinclair S, Hostetler SG, Xiang H. Pediatric eye injury-related hospitalizations in the United States // Pediatrics. – 2006. – 117. - P. 1263 -1271.
20. Berestizshevsky S., Goldenberg-Cohen N., Friling R., Weinberger D, Snir M. Ocular injury in children from exploding microwaved eggs // Am J Ophthalmol. – 2005. – № 139. - P. 718 -719.
21. Chaundry IA., Al-Sharif A., Shamsi FA., Elzaridi E, Al-Rashed W. Severe ocular injuries from pointed door handles in children // Ophthalmology.- 2005. – 112. – P. 1834 -1837.
22. Chaundry IA., Shamsi FA., Al-Sharif A., Elzaridi E, Al-Rashed W. Optic nerve avulsion from door-handle trauma in children // Br J Ophthalmol. – 2006. - 90 P. 844 -846.

23. Coody D, Banks JM, Yetman RJ, Musgrove K. *Eye trauma in children: Epidemiology, Management and Prevention* // *J Pediatr health Care*. – 1997. - № 11. P. 182 -188.
24. Garcia TA, McGetrick BA, Janik JS. *Spectrum of ocular injuries in children with major trauma* // *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*. - 2005a. - № 59. – P. 169 -174.
25. Garcia TA, McGetrick BA, Janik JS. *Ocular injuries in children after major trauma* // *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. - 2005b. - № 42. – P. 349 -354.
26. Grin T.R., Nelson L.B., Jeffers J.B. *Eye injuries in childhood* // *Pediatrics*. – 1987. - v. 80(1). - P.13-17.
27. Horgan N, McLoone E., Lannigan B, Flitcroft I. *Eye injuries in children: a new household risk*. - *Lancet*. – 2005. – 366. – P. 547 -548.
28. Kuhn F., Mester V., Morris R., Dalma J. *Serious eye injuries caused by bottles containing carbonated drinks* // *Br J Ophthalmol*. – 2004. – 88. - P. 69 -71.
29. Lekse Kovach J., Maguluri S., Recchia FM. *Subclinical endophthalmitis following a rooster attack* // *J AAPOS*. - 2006. – 10. – P. 579 -580.
30. Maltzman B.A., Pruzon H., Mund M.L. *A survey of ocular trauma* // *Surv. Ophthalmol*. – 1976. - v.21(3). - P. 285-290.
31. Naylor G, Roper JP, Willshaw HE. *Ophthalmic complications of amniocentesis*. *Eye*. - 1990. - № 4. – P. 845 -9.
32. Negrel A, Thylefors B. *The global impact of eye injuries*. *Ophthalmic Epidemiology*.- 1998. - № 5 (3). – P. 115 -116.
33. Park SH., Cho KH, Shin YS, Kim SH, Ahn YH, Cho KG, Yoon SH. *Penetrating craniofacial injuries in children with wooden and metal chopsticks* // *Pediatr. Neurosurg*. – 2006 № 42. – P. 138 -146.
34. Pizarello L. *Ocular trauma: time for action* // *Ophthalmic Epidemiology*. – 1998. - № 5 (3). - P. 115 -116.
35. Prevent Blindness America. *The scope of the eye injury problem*. http://www.preventblindness.org/resources/factsheets/eye_injuries_FD93.PDF. [Accessed 23 February 2007].
36. Prevent Blindness America. *Quick facts: children's eye problems*. http://www.preventblindness.org/resources/factsheets/children_eyeproblems_MK03.PDF [Accessed 23 February 2007].
37. Savir H., Kovad R., Romeni M., Yanco L. *Incidence of ocular injuries among hospitalized civilians in Israel*. - *Acta Ophthalmol*. – 1984. – P. 164:35.
38. Seider N., Gilboa M., Lautman E., Miller B. *Delayed presentation of orbito-cerebral abscess caused by pencil-tip injury* // *Ophthal Plast Reconstr Surg*. – 2006. - № 22. P. 316 -317.
39. Serrano JC, Chanela P, Arias JD. *Epidemiology of childhood ocular trauma in northeastern Columbian region* // *Arch Ophthalmol*. – 2003. – 121. – P. 1439 -1445.
40. Soylu M, Demircan N, Yalaz M, Isiguzel I. *Etiology of pediatric perforating eye injuries in Southern Turkey* // *Ophthalmic Epidemiology*. – 1998. - № 5 (1). - P 7 -12.
41. Thompson C, Kumar N, Billson F, Martin F. *The aetiology of perforating ocular injuries in children* // *Br J Ophthalmol*. – 2002. – 86. – P. 920 -922.
42. Tomazzoli L, Renzi G, Mansoldo C. *Eye injuries in childhood: a retrospective investigations of 88 cases from 1988 to 2000* // *Eur J Ophthalmol*. – 2000. - № 13 (8). – P. 710 -713.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кармышев А.О.

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

Резюме: проблема неразвивающейся беременности I триместра остается актуальной в настоящее время не только в Кыргызской республике, но и в других странах. В обзоре представлены имеющиеся сведения о факторах риска данной патологии.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, замершая беременность, невынашивание, самопроизвольный выкидыш, репродуктивные потери.

КОШ БОЙЛОУУКТУН ТОКТОП КАЛУУСУН ӨРЧҮТҮҮЧҮ

ТОБОКЕЛЬДИК ФАКТОРЛОРУ

Кармышев А.О.

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

Корутунду: учурда өрчүбөгөн кош бойлуулук I триместра проблемасы Кыргыз Республикасында эле эмес, башка өлкөлөрдө дагы актуалдуу боюнча калууда. Обзордо бул патологиянын тобокельдик факторлору жөнүндөгү маалыматтар көлтирилген.

Ачык сөздөр: өрчүбөй калган кош бойлуулук, токтоп калган кош бойлуулук, мөөнөтүнө чейин көтөрө албастык, өз алдынча бойдан түшүп калуу, репродуктивдүү жоготуулар.

THE RISK FACTORS FOR MISSED ABORTION

Karmyshev A.O.

Resume: the problem of non – developing I trimester pregnancy remains relevant at the present time, not only in the Kyrgyz Republic, but also in other countries. This review summarizes the available data on the risk factors of this disease.

Key words : non-developing pregnancy, missed abortion, miscarriage, spontaneous miscarriage, reproductive losses.

Известно, что присутствие даже очень сильного фактора риска еще не означает, что человек обязательно заболеет, но знание этого фактора поможет в ранней диагностике заболевания [1]. На сегодняшний день значительное количество исследований посвящено выявлению факторов риска развития неразвивающейся беременности [2]. Отмечаемые исследователями факторы многочисленны и разнообразны. Их можно разделить на социально-демографические, анатомические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, генетические.

Особое внимание ученые, занимающиеся проблемой невынашивания, уделяют возрасту беременной. Так, возраст женщины старше 30 лет отмечен в качестве фактора риска в многочисленных исследованиях последних лет не только ученых постсоветского пространства, но и зарубежных исследователей [3]. В работе Davor J. и Overton C. [2] определена степень риска ранней потери беременности по годам. У беременных до 35 лет этот риск составляет 15%, 35-39 лет – 25%, 40-44 лет – 51%, а 45 и более – 90%. Непосредственное влияние старения матери на возникновение ранних репродуктивных потерь можно объяснить изменением состояния маточных сосудов, вследствие наличия хронических заболеваний, а также гинекологических или акушерских осложнений. Женщины старшего возраста более подвержены гипертонии или диабету, но все же окончательное влияние возраста матери на исход беременности до конца не выяснено. В то же время имеются кардинально противоположные точки зрения. Например, Клечан М.М. [4] в качестве фактора риска отмечает возраст беременной младше 18 лет, а

Кузнецова О.А. [5] – в группу риска невынашивания относит первобеременных женщин. Исследователь Гуман Л.П. [9] констатирует, что в результате анкетирования средний возраст женщин, перенесших неразвивающуюся беременность составил 23,7 лет.

Некоторые ученые считают расовую принадлежность фактором риска ранних репродуктивных потерь. В работе нашей соотечественницы Токоевой А.А. [6] отмечено, что «женщины кыргызской популяции имеют больший риск невынашивания беременности». Подобные исследования проведены и в Казахстане. По их результатам в казахской популяции при наличии мутации гена MTHFR риск развития невынашивания увеличивается в 4 раза, при лейденовской мутации (мутация фактора V, при которой происходит замена аминокислоты аргинина глутамином в позиции 506, а вследствие замены аминокислот фактор V не активируется APC и в результате этого не происходит деградация факторов Va и Villa, а это в свою очередь ведет к тромбозам) в 4 раза, при мутации в гене протромбина – в 18 раз [1].

Низкий вес беременной (индекс массы тела менее 25) отмечен учеными как фактор риска [7].

Род занятий имеет значение в возникновении замершей беременности. Одни ученые утверждают, что это рабочая специальность, связанная с физическим трудом [8], т.е. женщины со средним или специальным образованием [9], а другие относят к группе риска служащих [10]. В то же время имеются данные о том, что социально-экономические условия [9] или работа не имеют связи с исследуемой патологией, но имеет значение регулярное или большое употребление алкоголя [3].

По мнению авторов, профессиональные вредности (22,5%) также имеют значение в этиологии гибели плода [9]. Значимость роли условий проживания в экологически неблагоприятных регионах в возникновении раннего невынашивания придает учений Рыбалкина Л.Д. [11], которая считает, что техногенная среда пагубно влияет на репродуктивную систему женщины. Исследователь отмечает необходимость проведения в Кыргызской республике научных работ по определению роли индивидуальной антропогенной нагрузки в формировании нарушений репродуктивной функции.

К числу анатомических факторов риска исследователи относят аномалии развития гениталий, генитальный инфантилизм [4].

Некоторые соматические заболевания матери играют роль в возникновении ранних репродуктивных потерь. Особое внимание заслуживает ожирение [12], перенесенные детские инфекции (корь, краснуха), заболевания почек, мочевыводящих путей [10], нейроциркуляторная дистония [12]. Острые респираторные вирусные заболевания во время настоящей беременности значительно повышают риск ее потери на ранних сроках [1].

Отягощенный гинекологический анамнез как фактор риска отмечен многими учеными. Нарушения менструального цикла в виде полименореи, опсоменореи, предшествующие операции на придатках матки, медицинские аборты в анамнезе, диагностированная замершая беременность, а также самопроизвольные выкидыши в анамнезе – бесспорные факторы риска [8]. По поводу самопроизвольных выкидышей мнения ученых расходятся. Одни утверждают, что один выкидыш в анамнезе – это уже фактор риска последующих репродуктивных потерь [3], а другие – что два и более самопроизвольных выкидышей в анамнезе (привычное невынашивание) относят женщину к группе повышенного риска [10], а после потери 3-й беременности риск повышается на 36 – 38% [6].

Разнообразную по проявлениям группу риска невынашивания и замершей беременности составляют эндокринные факторы. К ним относится нарушения становления менструальной функции беременной, бесплодие [3], гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, которые могут привести к неполноценной прегравидарной подготовке эндометрия, образованию ретрохориальных гематом и гибели эмбриона [8]. К патологии эндокринной системы относится и сахарный диабет I типа [2], а также диффузное увеличение щитовидной железы с нарушением ее функции [4].

В группу инфекционных факторов входят хронические и острые воспалительные заболевания генитального тракта (хронический аднексит, эндометрит), вызванные условно-патогенными бактериями, хламидиями, уреомикоплазмами или вирусами простого герпеса и ЦМВ, причем одни авторы первостепенную негативную роль отдают вирусным агентам, а другие – бациллярной микрофлоре влагалища, но с сопутствующей условно-патогенной микрофлорой [1]. У 60% пациенток с missed abortion выявляется микст – бактериальная инфекция, а у 40% – бактериально – вирусная. Хронический воспалительный процесс характеризуется лимфоплазмоклеточной инфильтрацией и склерозом стромы, а острый – выраженной лейкоцитарной инфильтрацией. Все вышеописанные процессы в зависимости от стадии могут вызывать гибель эмбриона на ранних стадиях.

К иммунологическим факторам можно отнести аллоиммунные и аутоиммунные процессы, такие как антифосфолипидный синдром легкого течения, при котором эмбрион погибает не в 100% случаев. Аллоиммунная степень риска обусловлена аллельным полиморфизмом C677T, A1298C гена MTHFR, A666 гена MTRR, A2756G гена MTR. Носительство ассоциаций полиморфных аллелей в генах фолатного обмена повышает риск неразвивающейся беременности в 2,7 – 5,1 раза [4].

Снижение уровня лимфоцитов с фенотипом GD95+ может свидетельствовать о скорой гибели плода. Повышение в крови уровня ИЛ1 β , ИЛ – 6, ФНО α , фибронектина, повышение содержания фактора роста плаценты, общего IgE вне и во время беременности увеличивает риск гибели эмбриона [6].

При приобретенном недостатке в организме фолиевой кислоты, витаминов B₆, B₁₂ и B₁ в сыворотке крови организма повышается уровень гомоцистеина, который является и фактором риска и причиной потери беременности на ранних стадиях [2]. Дефицит фолиевой кислоты и витаминов группы В может возникнуть у женщин, злоупотребляющих кофе, курящих женщин, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта и анемию [1].

Наличие любой формы патоспермии у мужчины, сочетающейся с увеличением числа незрелых, разрушенных и патологически измененных форм при цитофлюориметрическом исследовании, по мнению некоторых исследователей, достоверно повышает риск потери будущей беременности [4].

Ученым К.А. Тетруашвили [15] определены генотипы повышенного риска потерь беременности. Предрасполагающим фактором у мужчин в парах с невынашиванием явился антиген B35, аллели 0501 и 0201 по локусу DQAb аллели 0301 и 0201 по локусу DQB], а у женщин гомозиготность 0301/0301 по локусу DQBi. Таким образом, ученые предполагают, что особенности генотипа пола могут повышать риск потери беременности.

Что касается генетических факторов, то исследованием О.И. Мелешкиной [14] «выявлено, что у женщин А(II) группы крови ведущей причиной неразвивающейся беременности является хромосомная патология эмбриона. У носителей В(III) группы крови отмечена тенденция к минимальной встречаемости эмбрионов, остановившихся в развитии, с патологическим кариотипом. Для женщин О(I) и АВ(IV) групп с неразвивающейся беременностью характерно идентичное распределение патологических и нормальных кариотипов». Таким образом, по групповой принадлежности крови можно предположить будущую хромосомную аберрацию беременной.

Исследователь Е.А. Грон [13] отмечает, что носительство аллеля PL – ALL повышает риск повторных неразвивающихся беременностей в сроках гестации до 5 недель. В своей диссертационной работе она придает особую значимость интегриновой принадлежности в генезе невынашивания и утверждает, что интегрины являются мощным фактором, влияющим на коагуляционные, гормональные и иммунные реакции организма на этапе имплантации плодного яйца.

В работе соотечественницы А.А. Токоевой [6] выявлены генетические маркеры привычного невынашивания у женщин Кыргызской Республики. Ими являются носительство антигенов A2, B5, B40, носительство антигенов A1, B8, отсутствие антигена B16, повышение концентрации антигена B7 и B13. Кроме этого, у супружеских пар с привычным невынашиванием установлен низкий полиморфизм системы гистосовместимости – 68,2% против 20% fertильных пар.

В последние годы все больше внимания ученые уделяют так называемым психоэмоциональным факторам риска. Одни считают, что риск потери беременности увеличивается при неблагополучной эмоциональной обстановке в семье, другие - придают особое значение категориям и чертам личности и считают, что «низкий нейротизм, экстраверсия, гипертиимный и демонстративный типы акцентуации, экстернальность в области отношения к своему здоровью повышают вероятность неразвивающейся беременности» [9].

Таким образом, по данным литературных источников, взгляды ученых на факторы риска возникновения потери эмбриона на ранних этапах его развития, равно как и на причины этой патологии, отличаются многообразием и неоднозначностью. Многие факторы можно отнести одновременно и к причинам.

Необходимо признать, что исходя из реальной экономической ситуации в Кыргызской республике изучение генных, иммунологических, большей части эндокринных и инфекционно-воспалительных факторов риска экономически затруднено. Все же, имеющиеся сведения о значении социальных, возрастных, анамнестических, расовых и психоэмоциональных факторов, тем более частично подтверждены исследованиями соотечественников, [14] дают основания для дальнейшего изучения данного вопроса с позиции прицельного определения групп риска неразвивающейся беременности в условиях экономического неблагополучия для снижения частоты данной патологии.

Список литературы:

1. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера, 1998. – С. 127, 206.
2. Davor Jurkovic, Caroline Overton, Ruth Bender-Atik. Diagnosis and management of first trimester miscarriage // BMJ 2013; 346: 13676 doi: 10.1136/bmj.13676 (Published 19 June 2013).
3. N Maconochie, P Doyle, S Prior, R Simmons, Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case-control study // An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, Published OnlineEarly 4 December 2006. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.01193.x
4. in women with an incomplete evacuation of the uterus after treatment with misoprostol for miscarriage: the MisoREST trial // Verschoor et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:102.
5. Кузнецова О.А. Значение эндотоксина в прогнозировании осложнений ранних сроков беременности у женщин с синдромом потери плода // автореф. дисс. канд. мед. наук, Волгоград, 2013. С.13-14.
6. Токоева А.А. Иммуногенетические факторы невынашивания беременности у женщин Кыргызстана // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Бишкек, 2011. С. 18-19.
7. Тулаева Л.С. Оптимизация технологии медикаментозной эвакуации продуктов зачатия при неразвивающейся беременности // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Душанбе, 2011. С. 16-17.
8. Соловова Л. Д. Комплексный подход к лечению угрожающего прерывания беременности с ретроорхиальными гематомами // Дисс. канд. ... мед. наук, Самара, 2014. 153 с.
9. Гуман Л.П. Социальные аспекты семей, перенесших неразвивающуюся беременность // Материалы форума «Мать и Дитя», Москва, 2012. С. 33-34.
10. Гараева Л.Н. Клинико-иммунологические аспекты несостоявшегося аборта // Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Уфа, 2005.
11. Рыбалкина Л.Д., Торогельдиева Ч.Б. Невынашивание беременности в ранних сроках в условиях экологического неблагополучия // Здоровье матери и ребенка.- Т. 2, №1-2. С. 41-43.
12. Мукова Б.Б. Оптимизация тактики ведения и восстановительного лечения женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре // Автореф. дисс. ... канд. наук.- Москва, 2003.- 23 с.

13. Грон Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Москва, 2004. 20 с.
14. Пути снижения репродуктивных потерь на ранних и поздних сроках беременности // Материалы V Международной научно-практической конференции КАРМ «Современные подходы к лечению бесплодия. ВРТ в Казахстане: настоящее и будущее», 2013.
15. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy / R.Kulier, L.Cheng, A.Fekih et al. // Published Online: 8 JUL 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD002900.

ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЕ НА РАЗЛИЧНЫЕ УРОВНИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫХ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эшалиева А.С., Бекибаева Б.

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

Резюме: в статье представлены результаты базовой оценки эффективности системы перенаправления на различные уровни оказания медицинской помощи матерей и новорожденных в южных регионах Кыргызской Республики.

Ключевые слова: перенаправление, родовспоможение, беременность, роды, новорожденные.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТУШТУК РЕГИОНДОРУНДА ЭНЕ ЖАНА ҮМЫРКАЙЛАРДЫ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮ ҮЧҮН АР КАНДАЙ ДЕНГЭЭЛДЕРГЕ КАЙРА ЖОЛДОМО

Эшалиева А.С., Бекибаева Б.

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

Корутунду: макалада Кыргыз Республикасынын туштук региондорунда эне жана үмүркайларды медициналык жардам көрсөтүү учун ар кандай денгээлдерге кайра жолдомо тутумдун базалык баалоо натыйжалуулугунун жыйынтыктары көрсөтүлдү.

Ачыкчىк сөздөр: кайра жолдомо, төрөткө жардам беруу, коши бойлуулук, төрөттөр, үмүркайлар.

REDIRECTING MOTHERS AND NEWBORNS TO DIFFERENT LEVELS OF MEDICAL TREATMENT IN SOUTH REGIONS OF KYRGYZ REPUBLIC

Eshalieva A.S., Bekibaeva B.

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

Resume: the article presents the results of the baseline assessment referral system efficiency at different levels of health care for mothers and newborns in the southern regions of the Kyrgyz Republic.

Key words: redirection, obstetrics, pregnancy, childbirth, newborn.

Актуальность проблемы. Кыргызская Республика согласно глобальной оценке находится на пути к достижению ЦРТ 4 благодаря реализации научно-обоснованных программ в области эффективной перинатальной помощи, реанимации и ухода за новорождёнными. Прогресс в достижении ЦРТ 5 развивается медленно, и уровень материнской смертности (МС) в Кыргызской Республике остается высоким в течение многих лет, несмотря на то, что 97% беременных женщин получают антенатальный уход

и рожают в присутствии квалифицированного медицинского работника [1]. Кровотечение (44,2%), гипертензия беременных (19%) и сепсис (14%) были отмечены в качестве основных причин в структуре смертности [1, 2].

Многие факторы влияют на замедление прогресса, включая низкое качество предоставления неотложной акушерской и медицинской помощи в целом; неудовлетворительная инфраструктура медицинских учреждений, неадекватная система отопления, водоснабжения и канализации; низкий потенциал медицинских работников (55,8% материнской смертности по причине ненадлежащего ухода) и, среди прочих факторов, несоблюдение клинических протоколов [1, 2].

По данным различных исследований оценки качества услуг первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике показано, что система регионализации, несмотря на интеграцию в национальные программы, на практике не работает. Отсутствие четких критериев и стандартов перенаправления, оформленного взаимодействия между лечебными организациями, рассматриваются как мешающие процессу реализации [1, 3]. Более того, низкая информированность населения и неразвитая система транспортировки это проблемы, которые оказались на поведении женщин и семей, нуждающихся в помощи и в доступе к лечению [3].

Целью исследования явилась базовая оценка эффективности системы перенаправления на различные уровни оказания медицинской помощи матерей и новорожденных в южных регионах Кыргызской Республики. При анализе стимулирующих и сдерживающих факторов, задачей являлось понять как работает система перенаправления матерей и новорожденных, и определить причины хорошего или плохого функционирования данной системы.

Для оценки перенаправления в Кыргызстане была выбрана Ошская область: Узгенский район (Узген ТБ, ЦСМ Узген), Карасуйский район (ЦСМ Кара-Суу, Кара-Суу ТБ, ФТБ Курманжан-Датка, 10 ФАП, 16 ГСВ) и приграничный к ним Каракульджинский район (Кара-Кульджа ТБ, ЦОВП Мырза-Аке, ЦОВП Куршаб).

Выбор регионов обоснован следующими факторами: густонаселенность (от 3 до 15 тыс. населения), наличие высокого коэффициента фертильности (приблизительно 600-700 родов в месяц), наличие домашних родов, удаленность от районных центров, приграничное расположение организации здравоохранения. Интервенции состояла из сбора данных на уровне ПМСП, а также лечебных учреждений на областном и районном уровнях. Учитывая особенность среды, опрос проводился по смешанной методике (устной и письменной) на двух языках (киргызском и русском).

Методология включала анализ: 1) Медицинских карт как направляющих, так и принимающих лечебных учреждений различных уровней. Медицинские карты изучались для установления случаев, перенаправления в другие лечебные учреждения (особенно пациенток с преэкламсией, кровотечением, сепсисом).

2) На уровне лечебных учреждений наличие клинических протоколов и алгоритмов, связанных с направлением оценивались для установки быстрого доступа к информации и принятию решения медицинским персоналом.

3) В лечебных учреждениях анонимный опрос женщин проводился с целью выявления знаний, отношений и восприятий в вопросах беременности и родов, здоровья новорожденного. Опрашивались преимущественно беременные женщины в более поздних сроках гестации (24- 40 недель), а также женщины в послеродовом периоде, которые могли дать полную информацию.

4) Для определения качества услуг в вопросах родовспоможения был проведен анонимный тест медработников, непосредственно оказывающих услуги (медперсонал ФАПов, ГСВ, ФТБ, ТБ, ООБ, станции скорой помощи). Тест, включал вопросы антенатального, интранатального и послеродового ухода и ухода за новорожденным, а также вопросы перенаправления.

5) Анализ журналов скорой помощи (как дополнительный источник информации), качество заполнения, информативность.

6) Дополнительно проанализирована статистика о смертности и осложнениях на уровне лечебного учреждения. В большинстве роддомов проводятся исследования критических случаев, которые также были использованы для получения данных по непроизведенным перенаправлениям беременных и новорожденных.

В целом опрошено 241 женщина, 79 медработников и проведен аудит 36 клиник. Общее количество исследований составило 371.

В целях всестороннего выявления восприятия респондентами качества услуг и оценки знаний и отношений провайдеров по вопросам беременности, родов и послеродовому периоду, были проведены дискуссии в режиме фокус-группы с участием беременных женщин (по две-три фокус-группы в каждом районе), с провайдерами медицинских услуг, и фокус-группа с руководителями ОЗ. Сбор данных различными методами исследования позволил получить полное понимание отношений между различными факторами для обнаружения пробелов в доступе к качественному сервису.

В процессе небольшого аудита 36 клиник проверены на пригодность их инфраструктуры, наличия оборудования для антенатального, родового и послеродового ухода.

Описание деятельности по транспортно-консультативной помощи в зависимости от уровня с указанием ответственных служб/подразделений и штатных нагрузок. Отмечалось, что финансовые стимулы выделяются только врачам неакушерских специальностей и отсутствует приоритизация по охране здоровья матери и ребенка в штатной структуре санитарной авиации.

Результаты исследования. Районы, в которых проводились исследования, сосредоточены в приграничных, горных и отдаленных местностях. Пути сообщения с городом осуществляются посредством частного такси и маршрутных мини-автобусов. Центральные дороги асфальтированы, внутри сел дороги грунтовые и труднопроходимые, что затрудняет передвижение внутри жилых массивов, как пешком, так и на транспорте. Большинство населенных пунктов районов расположены от районных центров на расстоянии от 15 до 180 км. Многие населенные пункты Кара-Кульгинского района в зимний период вообще оторваны от центра из-за снегопадов и закрытия дороги. Изолированность затрудняют медицинскую помощь в области родовспоможения, поэтому отмечаются роды в домашних условиях, особенно в Узгенском и Каракульдинском районах. Численность населения некоторых сел от 1000 до 20000. Население каждого села обслуживается ГСВ от районного Центра семейной медицины.

Улицы и дома расположены иногда беспорядочно, т.е. без названий улиц и нумерации домов, что создает проблемы медицинским работникам в процессе обслуживания приписанного населения, особенно на дому. Плохие дорожные условия, неудовлетворительное обслуживание скорой помощи создают сложности также при транспортировке беременных женщин в стационар при родах и других критических состояниях.

Водоснабжение в основном децентрализовано. Женщины и дети вынуждены носить питьевую воду издалека, причем несколько раз в день. Энергообеспечение официально без ограничений, но отключения электричества происходят эпизодически, особенно часто в отдаленных селах и в зимний период. Все перечисленные факты свидетельствуют о низком уровне жилищных условий, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения.

Большинство лечебных учреждений, оказывающих услуги беременным женщинам, находятся в нетиповых и старых зданиях, плохо отапливаются в зимний период, системы водоснабжения и канализации неадекватны или в аварийном состоянии, кроме районных стационаров, обеспечение горячей водой отсутствует. Оснащение учреждений недостаточное, есть оборудование морально и физически устаревшее. Недостаточное

обеспечение медикаментами. Ощущается нехватка медработников, в том числе врачей-гинекологов, так, в некоторых филиалах территориальных больниц работают только акушерки.

Кабинеты для приема больных не создают условий конфиденциальности консультирования и медицинской помощи. Наблюдаются многочисленные очереди к специалистам. Рабочий день медработников в основном тратится на заполнение множества документов, в то время как на консультирование уделяется мало внимания, проводится зачастую формально, что естественно ухудшает его качество. Телефонная связь имеется только в административных зданиях, но сотовая связь имеется во всех населенных пунктах.

Здания, отведенные под родильные дома, не соответствуют требованиям, нуждаются в ремонте. Не соблюдается температурный режим из-за отсутствия комбинированного отопления. Водоснабжение не всегда соответствует стандартам, горячей воды нет. Отсутствие необходимых медпрепараторов для экстренной помощи и недоукомплектованность боксов для принятия родов ставит под сомнение возможность получения женщинами качественной медицинской помощи.

Таким образом, социальный уровень жизни в регионе с постоянно мигрирующим и прибывающим населением очень низкий. Это в свою очередь отрицательно сказывается на состоянии здоровья женщин и детей и качестве медицинских услуг.

Характеристика респондентов. Первым шагом исследования явилось посещение ФАПов, ГСВ, ЦСМ, для проведения интервью. В целом в опросе приняли участие - 241 женщина, преимущественно во втором и третьем триместре беременности и в послеродовом периоде, находившиеся в родильных отделениях. Средний возраст опрошенных женщин составил – 27,7 лет. По национальности 72,6% (175) респондентов – кыргызки, 21,2% (51) – узбечки, 2,1% (5) - уйгурки, 1,7% (4) - турчанки, по 0,8% (2, 2) - таджички и азербайджанки, по 0,4% (1, 1) – татарки и дунганки.

По вероисповеданию 100% опрошенных респонденток были мусульманки. По уровню образования 46,9% (113) женщин имели среднее образование, 22,4% (54) высшее образование, 8,7% (21) среднее специальное и 8,3% (20) незаконченное среднее, неоконченное высшее - 5,4% (13), 0,8% (2) женщин не знали свой уровень образования.

При опросе большинство респонденток 66,4% (160) читают литературу о здоровье, в основном брошюры и буклеты, имеющиеся в медицинских учреждениях. 38,6% (81) женщин не читают литературу вообще, объясняя это отсутствием времени или литературы на понятном языке.

В структуре источников существования семьи лидирует занятие торговлей, работа в бюджетных организациях, затем ведение домашнего хозяйства (скотоводство, земледелие), помощь родственников и получение пособия.

Опрошенные беременные женщины были на разных сроках гестации: в I-триместре - 19,5% (47), во II триместре - 29,5% (71), в III триместре 46,8% (113), 2,9 (10) женщин опрошены в послеродовом периоде. Из общего числа респондентов первородящих – 31,5% (76), и 68,5% (165) – повторнородящие. По паритету родов женщин, имеющих в анамнезе 3-5 и более родов, составило 9,7% (16) женщин, 1-2 родов – 7,3% (12) женщин. Интергенетический интервал составил в среднем 1-3 года. У 13,9% (23) женщин из числа 165 рожавших имели в анамнезе мертворождения.

Следующий блок вопросов, касался знаний здоровья и опасных признаков беременности. Большая часть женщин указали на проблемы, которые могут возникнуть *во время беременности*: кровотечение, сильная головная боль, повышение температуры, затрудненное дыхание, сильная слабость, сильная боль в животе, тошнота, рвота, потеря сознания, судороги, излитие вод без родовых схваток.

Из серьезных проблем, которые могут возникнуть *во время родов*, 45,2% (109) женщин назвали кровотечения, 12,5% (30) повышение температуры, 21,6% (52) сильная

головная боль, 4,6% (11) потеря сознания, не знали вообще об опасных признаках - 9,5% (22) женщин.

Большинство женщин *из опасных симптомов в послеродовом периоде* указали на отеки, вагинальные выделения с неприятным запахом, кровотечение, повышение температуры, сильная слабость, головная боль, сильные боли внизу живота. Но 26,5% (64) женщин не знали о возможных проблемах в послеродовом периоде.

По вопросам об опасных признаках у новорожденного 37,3% (90) респонденток указали на плохое сосание ребенка, гной, кровотечение или выделения из пуповины, кожная сыпь или волдыри, частый плач, 17,8% (43) женщин не знали об опасных симптомах у новорожденных.

В целом, по данным вопросников, лишь треть 29,5% (71) женщин знали 3 и более опасных признаков беременности, которые требуют срочного лечения, 46,8 (113) женщин при появлении осложнений во время беременности, своевременно обращаются за срочной помощью, 7,5% (18) женщин знают 4 и более опасных признаков новорожденных, 12,8% (31) женщин при развитии осложнений у новорожденных, своевременно обращаются за скорой помощью.

Таким образом, по числу правильно названных возможных осложнений антенатального периода, родов и послеродового периода следует, что женщины недостаточно информированы о возможных осложнениях.

Большинство респонденток 55,6% (134) наблюдались во время беременности у акушер-гинекологов, 18,3% (44) у акушерок, 2,9% (7) у семейных врачей, что свидетельствует о достаточном доступе респонденток к консультированию специалистами на местах.

По данным опроса подготовка семей к родам состояла главным образом из: накопления денег, нахождения транспорта, лекарственных средств и медицинского работника, который вел бы роды. Персональная подготовка к родам включала: беседу с акушеркой или медработниками, со свекровью и с недавно родившими женщинами.

30,2% (73) женщин читали литературу о родах, 22,8% - спрашивают об этом у других недавно родивших женщин, 14,5% (35) узнают от свекрови, 9,13% (22) женщин не интересуются о родах и лишь четверть 24,5% (59) женщин задают вопросы своей акушерке/медработнику. Эти данные говорят о большом потенциале в улучшении антенатального ухода при взаимодействии с родственниками респонденток и о необходимости повышения качества антенатального ухода.

Большинство женщин 48,9% (142) заблаговременно решили рожать в филиалах районных родильных домов, 19,9% (48) в территориальных больницах, 19,9% (48) намерены рожать в частных родильных домах, 4,6% (11) в ФАПе/ГСВ. При этом большинство женщин предпочитали, чтобы роды принимала акушерка и меньшее количество хотели бы, чтобы роды принимал акушер-гинеколог.

В 37,7% случаев женщина самостоятельно принимает решение о месте родов, совместно с мужем решают 31,1% (75) женщин, мнение свекрови было решающим у 13,7%, 1,2% (3) женщин не знали, где будут проходить роды.

При появлении признаков приближающихся родов большинство 46,8% (113) женщин сообщают об этом мужу, 23,6% (57) засекают время между схватками, 20,3% (49) собирают сумку с вещами, 12% (29) сообщают своему врачу, лишь 7,5% (18) вызовут скорую помощь или другой транспорт для поездки в роддом. При этом 70,5% (170) женщин поедут на частной машине, 20,7% на такси; и лишь 6,22% на машине скорой помощи, 1,6% - пешком (в случаях, когда женщина живет поблизости).

Фокус группы с женщинами, помимо вопросника касался вопросов доступа к медицинской помощи в экстренных ситуациях, вовлеченность родственников женщины, качество консультирования в анте и постнатальном периоде, удовлетворенность женщины. Выяснилось, что устоявшиеся традиции, менталитет, уклад семьи и установки

самых респонденток оказывают большое влияние на отношение их к вопросам репродуктивного здоровья.

Качество предоставляемых услуг в медицинском учреждении оценили как хорошее - 57,2%, отличное - 21,2%, среднее - 12,5%, плохое - 3,7% и не могут дать оценку - 5,4%.

Критериями качества были: доступ для пациентов, уважительное отношение медперсонала, постоянное присутствие врача. Критериями низкого качества услуг были: отсутствие необходимых лекарственных средств, горячей и холодной воды, плохое отопление, неофициальные выплаты.

Таким образом, опрос респондентов показал, что из-за незнания или отсутствия опыта, женщины оценивали свое состояние и качество услуг в основном на «хорошо». Но, фокус группы женщинами, особенно с молодыми первородящими, выявил проблемы антенатального наблюдения - некомпетентность врачей и фельдшеров, отсутствие клинико-лабораторных и инструментальных (УЗИ) методов диагностики и вынужденность ехать в другое учреждение, трудности транспортировки и задержка в госпитализации женщин в стационар, взимание денег за осмотр, бензин, низкое качества послеродового патронажа.

Следует отметить, что использование санитарных машин первичной медико-санитарной помощи (ГСВ, ФАП) нерационально с экономической точки зрения (расход бензина на 100 км 26 литров), с медицинского аспекта (ограниченный набор лекарств и навыков персонала) и технического аспекта (плохая амортизация, машины скорой помощи не соответствуют современным требованиям, быстрая изнашиваемость запасных частей техники).

Знания и навыки медпровайдеров по вопросам ведения беременности, родов и ухода за новорожденным. Очень важным считается эффективный антенатальный уход, при котором услуги направлены на оказание качественной и безопасной помощи беременной женщине.

Низкое качество антенатальной помощи обусловлено недостаточностью комплекса предлагаемых антенатальных услуг для беременных женщин с различными патологиями. Это особенно характерно для сельской местности, и обусловлено, в числе прочего, отсутствием критериев по своевременному направлению пациентки к соответствующему специалисту или медучреждение, отсутствием адекватного мониторинга на соответствие клиническим протоколам, высоким уровнем оттока специалистов и отсутствием мотивации среди медработников, поощряющей их к качественной работе. Также остро стоят вопросы организации перенаправления, большинство женщин теряют много времени и средств, в том числе и провайдеры услуг из-за отсутствия адекватных транспортных средств. Врачам приходится самим оплачивать частный транспорт для перенаправления женщин в другое учреждение.

Большинство опрошенных медработников в исследуемых ОЗ представлены врачами акушерами-гинекологами - 34,5%, семейными врачами - 11,4% и средним звеном – акушерки (28,2%), медсестры (24,1%) и фельдшеры – 2,5%. Процент правильных ответов по вопросам перенаправления составил среди медпровайдеров 68,6%.

Фокус группы с провайдерами включали вопросы по перенаправлению, проблемы взаимодействия между различными уровнями ОЗ, доступ консультантов, возможные пути улучшения, необходимость разработки стандартов перенаправления, документации, договоров и транспортного оснащения.

Средний уровень знаний медпровайдеров по вопросам перенаправления был следующим. Высокий уровень знаний был у врачей акушеров-гинекологов (80%), неонатологов (80%), немного ниже уровень знаний у акушерок (71,3%) и семейных врачей (71%). У медицинских сестер (58,75%) и фельдшеров (50%) отмечался более низкий уровень знаний.

При анализе уровня знаний по вопросам антенатального ухода наибольший уровень выявлен у фельдшеров (78%), семейных врачей (74%), акушеров-гинекологов (69%), у

акушерок (68%). Немного ниже оказались знания у неонатологов (61%) и медицинских сестер (54%).

При анализе результатов оценки знаний медработников по разделу «Роды», отмечен относительно высокий уровень знаний у акушеров-гинекологов (76,7%), акушерок (69,1%) и у неонатологов (66%), ниже уровень у семейных врачей (59,5%), медсестер (48,3%) и фельдшеров (47,5%).

По вопросам послеродового периода, отмечен сравнительно высокий уровень знаний у врачей акушеров-гинекологов (73,9%). Знания неонатологов (56,5%), семейных врачей (55%), акушерок (47,5%) соответствуют уровню знаний ниже среднего. Выявлено, что знания медсестер (29,2%) и фельдшеров (0%) по вопросам послеродового периода не соответствуют требованиям и есть необходимость проведения обучения.

Общая градация оценки знаний соответствовала стандартной: 100-90% правильных ответов - «отлично», 80-90% - «хорошо», 60-79% - «удовлетворительно», 59% и менее - «неудовлетворительно». Знания врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, акушерок по оказанию медицинской помощи беременным и роженицам соответствовал «удовлетворительному» уровню, семейных врачей, медсестер и фельдшеров на уровне «неудовлетворительных» знаний.

Аудит клиник проводился в следующих ОЗ Ошской области: Узгенский район (Узген ТБ, ЦСМ Узген), Карасуйский район (ЦСМ Кара-Суу, Кара-Суу ТБ, ФТБ Курманжан-Датка, 10 ФАП, 16 ГСВ) и Каракульджинский район (Кара-Кульджа ТБ, ЦОВП Мырза-Аке, ЦОВП Куршаб).

При аудите клиник организациями, предоставляющими медуслуги в течение 24 часов в сутки 7 дней являются 7 учреждений: ГПЦ г. Ош, ОМОКБ, Кара-Суу ТБ, ФТБ Курманжан-Датка, Узген ТБ, Мырза-Аке и Кара-Кулжа ТБ. В данных учреждениях имеется аналоговая и мобильная связь, компьютерная связь, электроснабжение, водоснабжение и санитарные узлы, соответствующие требованиям. Есть приемные и кабинеты для осмотра пациентов. В данных учреждениях есть общественные комитеты, проводятся разборы материнской смертности, исследования критических случаев (ИКС).

В остальных ОЗ медицинская помощь оказывается в основном в дневное время и в будние дни, отсутствует аналоговая связь, но имеется доступ по мобильной связи - врачи круглосуточно находятся на связи с женщинами по мобильной связи.

Компьютерная связь через интернет есть только в пяти из 36 ОЗ: ГПЦ г. Ош, ЦСМ Кара-Сууского района, Узген ТБ, Кара-Кульджа ТБ, ЦОВП Мырза-Аке.

Водоснабжение и электроэнергия есть во всех ОЗ. Но санузел находящийся внутри здания есть только в шести (18,8%) учреждениях, что говорит о том, что в 81,2% медицинских учреждений для женщин нет элементарных гигиенических условий. Кроме этого медработники приносят воду ведрами с улицы в 22 учреждениях, в основном это 14 ГСВ и 8 ФАП.

В ФАПах Конурат, Эркин, Кыдырша не было электричества и воды, что говорит об отсутствии элементарных условий для оказания медицинской помощи беременным женщинам.

В ФТБ Курманжан-Датка на 10 родильных коек вода находится снаружи, а в родильном отделении ГСВ Мады на 5 родильных коек санузел и вода находятся во дворе, нет своего туалета, поэтому медработники и беременные женщины ходят в туалет рядом расположенной мечети.

Протоколы ИКС представлены в 6 организациях: Кара Суу ТБ, ГПЦ, Кара-Суу ЦСМ, Узген ТБ, Кара-Кульджа ТБ, ЦОВП Мырза-Аке. При анализе протоколов ИКС отмечены некачественное ведение заседаний, без контроля выполнения рекомендаций. Протокол перинатальных комиссий в ОЗ носили формальный характер, в некоторых случаях без рецензий ведения родов, заключений и рекомендаций, без ответственных и без контроля за исполнением рекомендаций. Имели место частые смены председателя ИКС (обученные уехали, необученные не знают методологию и превратили ИКС просто в формальный

доклад по случаю). Все это свидетельствовало о низком потенциале руководителей, о необходимости обучения ключевых лиц анализу, использованию инструментов оценки качества.

Во всех вышеуказанных учреждениях за 2013 год встали на учет по беременности 32458 (97%) женщин, за 1 полугодие 2014 года встали на учет 7570 женщин, из них прошли УЗИ в сроке до 12 недель беременности 3731 (17,28%) женщин. К сожалению, на сегодняшний день беременные женщины не встают на учет по беременности, или прилетают из ближнего зарубежья сразу же на роды, не успев предварительно встать на учет и пройти необходимое клинико-лабораторное обследование. Состояние этих женщин, как правило, крайне тяжелое, сопутствует анемия, ВУИ и не выявленные другие заболевания.

Фолиевая кислота назначается практически каждой беременной женщине вставшей на учет до 12 недель беременности.

Количество домашних родов в 2013 и 1 половине 2014 года составило 174 случаев. Общее количество родов за 2013 год составило 33318, а за 1 половину 2014 года составило 26114. За 2013 год и 1 половину 2014 года зарегистрировано 1497 случаев преждевременных родов (14%).

Женщины из ГСВ и ФАПов в основном переводятся в ГПЦ г. Ош и ОМОКБ. Всего было переведено в организации вторичного и третичного уровней 579 женщин и 288 новорожденных. При анализе журналов перенаправления выявлено некачественное заполнение журналов, формальное оформление диагнозов, отсутствие обратной связи, практически лишь 5% перенаправленных беременных и рожениц, были доставлены машиной скорой помощи, остальные не ожидая помощи, уезжали на своем транспорте (такси) без сопровождения медицинских работников.

По работе вторичного уровня – ГПЦ г. Ош, нужно отметить, что организация работает автономно и фрагментировано, нет анализа поступления беременных и новорожденных по нозологиям, районам, на чем приехали женщины, критерии перенаправления не работают. Руководство организации не обладает потенциалом для эффективного анализа и улучшения работы.

Всего зарегистрировано 348 случаев мертворождения, в основном большая доля приходится на ОМОКБ, ГПЦ и территориальные больницы, так как частота патологических родов выше именно там. Показатели по материнской смертности за 2013 год в ОМОКБ -4 случая, в ГПЦ г. Ош – 4 случая, за 1 полугодие 2014 года в ОМОКБ – 7 случаев.

Оснащение общего характера соответствовало в ОМОКБ, ГПЦ г. Ош, Кара-Суу ТБ, Узген ТБ, Кара-Кульджа ТБ, ЦОВП Мырза-Аке. В ГСВ и ФАПах отсутствовали мочевые катетеры, шовные материалы, стетоскопы, системы для внутривенного введения растворов, в 6 ФАПах и 7 ГСВ отсутствуют клинические регистры, гравидограммы, нет контейнеров для острых предметов в 4 ГСВ в 1 ФАП, в ФАП Кызыл-Кыштак нет стерильных перчаток, хлора, контейнера для острых предметов, стерилизатор инструментов в нерабочем состоянии.

В трех родильных отделениях ТБ и филиалах нет вакуум-экстрактора, шприц для мануальной вакуум аспирации отсутствовал во всех учреждениях, кроме 4 (Узген ТБ, ЦОВП Мырза-Аке, ГПЦ г. Ош, Кара-Суу ТБ). Комплект для приема родов был в наличии только в 14 из 36 клиник.

При анализе обеспечения медикаментами в некоторых клиниках нет лидокаина, вакцины для профилактики столбняка, во всех ЦСМ и ГСВ нет вакцины для профилактики туберкулеза, нет местных анестетиков, препаратов железа с фолиевой кислотой. В родильном отделении Мады и ФТБ Кара-Кульджа нет эритромициновой мази, вакцины от столбняка, метрида.

Переливание крови за последние три месяца проводились в ГПЦ г. Ош, Кара-Суу ТБ и Узген ТБ. Во всех остальных ОЗ переливание крови не проводится. Лабораторные

анализы на ВИЧ, RW и гепатиты проводятся только в ГПЦ, Кара-Суу ТБ, Узген ТБ и ЦОВП Мырза-Аке, ГСВ Нариман.

В данных районах кесарево сечение проводится только в четырех учреждениях: ГПЦ, ОМОКБ, Кара-Суу ТБ, Узген ТБ, Кара-Кульджа ТБ. При проведении кесарева сечения в Узген ТБ используется спинная, местная, кетаминовая, общая анестезия, в Кара-Суу ТБ не используется местная и кетаминовая анестезия. Операционная всегда развернута и готова к использованию в ГПЦ (2 операционные), Кара-Суу ТБ (2 операционные), Узген ТБ (1 операционная).

Комплект для инструментов для кесарева сечения соответствует требованиям в ГПЦ г. Ош. В Кара-Суу ТБ нет влагалищного зеркала и самоудерживающегося ранорасширителя, включенного в список инструментов необходимых для произведения кесарева сечения. Хирургический чек лист используется в ГПЦ г. Ош, Кара-Суу ТБ и Узген ТБ, в остальных хирургические чек листы не используются.

В ГПЦ г. Ош критерии оказания помощи при неотложных состояниях соблюдаются, при поступлении пациенток помощь начинается в приемном блоке, при необходимости реанимация находится в 2 метрах от приемного блока, но нет запасов эритроцитарной массы и плазмы, получают из центра переливания крови. В Кара-Суу ТБ расстояние от приемного блока до ПИТ также 2 метра, но при необходимости трансфузии препаратов крови женщин перенаправляют в г. Ош. В остальных ГСВ, ФАПах и ТБ экстренная акушерская помощь оценена как оказываемая согласно стандартам.

В ЦОВП Куршаб, обслуживающем один из густонаселенных районов (54000) при наличии анестезиолога, акушер-гинеколог не владеет оперативной техникой, при этом роддом на 16 коек, в год проходят 1200 родов, 16 -20% (197) беременных по данным журнала перенаправлены в г. Ош (ГПЦ или ОМОКБ не пишется, а значит, нет и согласования, обратной связи со следующим уровнем), не представлены данные по критериям перенаправления, отчеты машины скорой помощи не информативны, в журналах скорой помощи записи не полные, фиксируется только время отправки пациента, время вызова скорой не отмечается, динамических листов во время транспортировки нет. Скорая ЦОВП ведет свой журнал, журнал перенаправлений из роддома свой и формальный, на чем уехали женщины, времени и дат поступления и направления нет, то есть многие женщины выпали из поля зрения специалистов.

Но даже по этим некачественным записям выявлено несоблюдение протоколов: беременные с тяжелой преэкламсией отправляются без магнезиальной терапии, дают только нифедипин, и наоборот легкая преэкламсия назначается инфузия магнезии, дородовое излитие вод через 6 часов начинается индукция родов, слабые навыки гинеколога по определению угрозы преждевременных родов (отправляются в конце первого периода родов, в результате преждевременные роды в скорой машине, не приспособленной для принятия родов, выпадение петель пуповины отправляется на следующий уровень – антенатальная гибель плода, послеродовое кровотечение отправлена в ОМОКБ и нет никаких данных, как доставлена женщина, нет преемственности между ОЗ). При этом в ЦОВП Куршаб неоднократно проводились тренинги по ЭПУ, но до сих пор не имеют для себя критерии перенаправления.

В остальных ОЗ при возникновении экстренных случаев женщину перенаправляют в организации здравоохранения более высокого уровня г.Ош. При транспортировке женщин остро ощущается проблема нехватки машин скорой помощи. Из всех учреждений обеспечены транспортом только 3 ТБ, ОМОКБ, ГПЦ г. Ош, и два ГСВ.

Но при осмотре даже наиболее соответствующего современным требованиям реанимобиля родильного стационара ОМОКБ выявлено отсутствие алгоритмов реанимации, нет фиксаторов для инфузионных сред, кислорода хватает только на 20 мин., кувез для новорожденных находится не в машине, а в отделении, нет нагревательного матраса. Все это свидетельствует о не полной готовности к оказанию неотложной помощи новорожденным и женщинам. Также необходимо дооснастить реанимобиль комплектом

белья и инструментов для экстренного кесарева сечения, глюкометром. Отмеченные проблемы: нет оборудования для портативной искусственной вентиляции легких, нет надлежащего использования мониторного оборудования, нет системы обеспечения безопасности для использования кислородных баллонов, при транспортировке нет условий для стабилизации пациентов.

В остальных учреждениях транспорта нет, женщины пользуются частным или общественным транспортом. При экстренной транспортировке женщин врачи сами находят транспортное средство и обеспечивают прибытие женщин в учреждения более высокого уровня или женщины приезжают на своем/частном транспорте. В целом, по вопросам перенаправления и транспортировке женщин ситуация критичная и требует улучшений.

Результаты анализа санитарной авиации Ошской областной службы показали, что штатная нагрузка представлена 6 ставками диспетчеров медиков, 12 ставок экспертов-консультантов (хирург, неонатолог, реаниматолог, терапевт, эндокринолог), 6 ставок санитаров. Как видно отсутствует ставка гинеколога, хотя здоровье матери и ребенка является приоритетом для здравоохранения. Консультанты акушеры-гинекологи и неонатологи не имеют финансовых и профессиональных стимулов. Это влияет на устойчивость и качество услуг в санитарной авиации.

Объем дохода для данной службу по договору с ФОМС имеет ограниченную сумму, из которых основная доля выделяется на заработную плату технического персонала, водителей, и мизерная часть на заработную плату консультантов санавиации и это при отсутствии ставок по неотложной акушерской и неонатальной помощи. Следует отметить, что ни одна из исследуемых организаций не могла дать расходы, расчеты топлива по санавиации, скорой помощи.

Потенциал руководителей ОЗ также требует повышения: по результатам вопросника для руководителей ОЗ основные моменты по регионализации перинатальной помощи, по пакету перинатальных услуг, маршрутизации в рамках ОЗ и области, договоров и механизмов взаимодействия, медицинской карты транспортной помощи, остались открытыми и нерешенными, так как собственный потенциал недостаточен для анализа и принятия решений и действий.

Заключение. Таким образом, для улучшения качества медицинской помощи необходимо совершенствовать механизмы перенаправления, финансовых и нефинансовых стимулов для транспортно-консультативной службы с приоритетом на охрану здоровья матери и ребенка.

Практически все организации здравоохранения сельской местности имели низкий уровень инфраструктуры, нет постоянного водоснабжения, отопления и канализации. Водоснабжение в этих ОЗ не отвечает санитарным нормам, нет оборудования для дезинфекции. Существует постоянные проблемы, связанные с поставкой лекарственных средств и услуг.

В некоторых ОЗ формально оборудованы больничные койки для приема родов, они не имеют соответствующей инфраструктуры, оборудования, ресурсов и квалифицированного персонала, что делает невозможным обеспечение безопасных родов, как для женщин, так и для новорожденных. Уровень знаний медпровайдеров по вопросам беременности, родов и послеродовому периоду, определен как удовлетворительный, что не отвечает требованиям профессиональных стандартов.

Нужны дополнительные обучения провайдеров услуг. И хотя почти все роды происходят в присутствие квалифицированного персонала, на лицо недостаток навыков ведения неотложных состояний, даже при нормальных родах. Не соблюдаются протоколы, проводятся необоснованные вмешательства.

Указанные организации здравоохранения нуждаются в дополнительных интервенциях для внедрения эффективного антенатального и перинатального ухода: обеспечение компетентными медработниками, владеющими навыками при неотложных

акушерских ситуациях, наличие транспорта для перенаправления и стабилизации во время транспортировки.

Беременные женщины, родильницы и члены их семьи отмечают, что нуждаются в специальных услугах и психологической помощи, на основе доверия, конфиденциальности и дружелюбного отношения. Отношение и услуги, ориентированные на пациента является ключом к устойчивому улучшению качеству услуг.

В реализации новых нормативных подходов по регионализации перинатальной помощи ведущая роль принадлежит руководству, комитету качества больниц. Медперсонал испытывают организационные трудности при возникновении экстренных случаев, вследствие отсутствия преемственности и взаимодействия, особенно при транспортировке женщин в учреждения более высокого уровня, в условиях отсутствия транспортных средств и отдаленного расположения населенных пунктов.

Нет плана экстренного взаимодействия с МЧС и другими службами, ведомствами для оказания качественной медицинской помощи в труднодоступных и приграничных районах.

По положению о враче консультативно-транспортной службы имеются недостатки: нормативы по перенаправлению не пересматривались за последние 3 года, есть противоречия в соответствии с реальностью по компетенции медицинских провайдеров (владение радикальными операциями, на практике не владеют), нет навыков прогнозирования осложнений, взаимодействия с наставниками. Исходя из этого, существует необходимость создания пакета документов, которым бы руководствовались специалисты и менеджеры таких организаций здравоохранения для обеспечения системы перенаправления.

Установлено, что решения, касающиеся безопасного материнства, такие как место родов, финансовые и транспортные схемы, подготовка к родам и готовность к осложнениям принимаются женщиной не самостоятельно, а при участии семьи и/или сообщества. **Необходимо вовлечение** сообщества в процесс принятия решений, касающихся охраны здоровья матери и ребенка, так как влияние семейных, социальных норм, различных убеждений имеет большую роль у наиболее уязвимых групп женщин: из бедных семей, необразованных, зависимых финансово.

Многие представители сообщества высказывают мнение о том, что беременные женщины нуждаются в поддержке в вопросах обеспечения безопасного материнства и это остается одной из важных проблем, однако не видят и не вносят своей роли в поддержке женщин и детей.

Улучшение и реальное функционирование системы перенаправления возможно при воздействии и решении следующих задач:

- необходимо внедрение практики договорных наймов опытных кураторов или менторов в ОЗМиР, руководители ждут только поддержки доноров-партнеров в этом направлении, хотя есть автономия поставщика услуг, получают финансирование за пролеченный случай. Одной из преград для осуществления договорных отношений ОЗ по куратории, является отсутствие нормативно-правовых актов (НПА), нами предложен проект договора консультанта-клинициста;

- улучшение инфраструктуры, рационального обеспечения и использования имеющегося оборудования, включая оборудование для транспортировки женщин и детей в угрожающем состоянии на более высокие уровни оказания медицинской помощи;

- повышение координации и взаимодействия ОЗ различных уровней оказания медпомощи (оформленное взаимодействие между всеми уровнями ОЗ, включая консультативно-транспортную службу);

- при анализе ситуации сложившейся в обеспечении транспортно-консультативной службы, выявлено, что выделяемая на нее сумма из общего дохода организации здравоохранения несоизмеримо низкая. Данная ситуация требует пересмотра нормативно правовой базы по выделению средств;

- на каждую областную, районную ОЗ необходимо разработать местные планы перенаправления (картирование области, района);
- усиление неотложной помощи женщинам и детям с четкими критериями и стандартами перенаправления, транспортно-консультативной службы, соответствующего финансирования;
- усиление роли акушерок и медицинских сестер в предоставление услуг матерям и детям, в вопросах перенаправления;
- интеграция ОЗ с местными управлениями, такие как соцзащита, образование, водоснабжение, и другие. Необходим фокус услуг на уязвимые группы населения;
- фокус не только на обеспечении антенатального охвата, а на обеспечении качественного ухода, необходимость непрерывного системного подхода в улучшении услуг (регулярные тренинги, мониторинг знаний, устойчивая система курации и наставничества в ОЗ;
- точечные мероприятия на проблемных местах (руководители, врачи, акушерки и медицинские сестры), направленные на повышение потенциала на уровне ОЗ,
- требуется проведение обучения для повышения компетентности медпровайдеров транспортно-консультативной службы по оказанию НАП, транспортировке, стабилизации больного.

Список литературы:

1. КР: Третий отчет о прогрессе в достижении Целей развития тысячелетия.- Бишкек, 2013.- 140 с.
 2. Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011-2012 гг.- Бишкек, 2014.- 55 с.
 3. A. Bacci. Assessment of quality of maternal and neonatal services at hospital and primary health care levels // UNISEF, 2012.- 67 p.
-

ПРИЧИНЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ РАДИКАЛЬНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Айталиев М. С., Джумаев А. Т., Юлдашев И. М., Юлдашева Д. Т.

Национальный центр онкологии, Национальный центр охраны материнства и детства, КРСУ им. Б. Н. Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: авторами проведен анализ причин нерадикальности хирургических вмешательств, при раке проксимального отдела желудка. Нами проведен анализ у 454 пациентов, оперированных в НЦО МЗ КР. Установлено: прохождение линии резекции в зоне опухолевой ткани составило $10,7 \pm 1,4\%$, при эндофитной форме роста опухоли частота нахождения опухолевых элементов по линии резекции в 4 раза выше, чем при смешанной (79,6 и 20,4% соответственно). Основной вид опухоли, при которой наиболее часто обнаруживались клетки рака по линии резекции, была аденоцирцинома низкой степени дифференцировки (73,4%).

Ключевые слова: рак желудка.

КАРЫНДЫН ПРОКСИМАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН РАГЫНДА РАДИКАЛДУУ ХИРУРГИЯЛЫК КИЙЛИГИШҮҮГӨ ТОСКООЛДУКТАРДЫН СЕБЕПТЕРИ

Айталиев М.С., Джумаев А.Т., Юлдашев И.М., Юлдашева Д.Т.

Улуттук онкология борбору, Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,
Б.Н.Ельцин атындагы КРСУ,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: авторлор карындын проксимальдык бөлүгүнүн рагында хирургиялык кийлигисиүүлөрдүн чечкиндүү эместиктин себептерине талдоо жүргүзүштү. КР Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук онкология борборунда 454 бейтапка өткөрүлгөн операцияларды талдадык. Аныкталды: шишик тканын аймагында резекция сыйыгынын өтүүсү $10,7 \pm 1,4\%$ түздү, шишиктиң өсүүсүнүн эндофиттик формасында аралаш формасында караганда, резекция сыйыгы боюнча шишик элементтердин жайгашынын жыштыгы 4 эсे жогору (20,4% жана 79,6 ылайык). Резекция сыйыгында рактын клеткалары көбүнчө шишиктиң негизги түрүндө аныкталган, дифференцировканын төмөн деңгээлиндеги (73,4%) аденоцирцинома болуп чыкты.

Ачыкчىк сөздөр: карындын рагы.

THE REASONS FOR OBSTACLES OF STOMACH PROXIMAL PART CANCER NON- RADICAL SURGICAL DISSECTION

Aitaliev M. S., Jumaev A. T., Yuldashev I. M., Yuldasheva J.T.

Health Service National Center of Oncology, The National of Maternity and Childhood care, B.N. Elzin Kyrgyz-Russian Slavonic University.
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: authors analyzed the reasons of radical surgical dissection failures of the Stomach proximal part Cancer in 454 case histories of Kyrgyz Republic Health Service National Center of Oncology. It was established: Radical surgical dissection line gone through tumor composed $10.7 \pm 1,4\%$, frequency of tumorous elements existing on cutting line was 4 times higher on endophit tumor growth form, comparing with mixed (79,6 и 20,4% accordingly). Most tumor type containing

prevalence of tumor cells finding on surgical cutting line was Adenocarcinoma with low degree of differentiation.

Key words: stomach cancer.

Актуальность проблемы. Вопросы хирургического лечения рака проксимального отдела желудка и его неудовлетворительные отдаленные результаты вследствие большой частоты нерадикальных оперативных вмешательств остаются актуальными.

Рак проксимального отдела желудка может переходить на пищевод, причем частота его перехода по данным некоторых авторов остается довольно высокой – более 85,0% [2, 3].

Внутристеночное распространение опухоли проксимального отдела желудка на кардию пищевод и трудности определения его истинных границ до и во время операции не позволяют выработать соответствующий уровень резекции [1].

По данным Waiblinger G.-O. [8], Papachristou D. N., и соавт. [7], пределы распространения раковых клеток от макроскопического края опухоли зависят от макроскопической формы роста опухоли, ее гистологическим типом, локализацией в желудке и др. Однако все это в совокупности трудно определить во время операции, поэтому, линия резекции желудка нередко проходит в зоне опухолевой инфильтрации. Помимо того, причиной данного осложнения могут служить условия и цели выполняемой операции, например, выполнение паллиативной резекции, у ослабленного больного, раком проксимального отдела желудка с распространением опухоли на пищевод, для которого абдоминально-торакальный оперативный доступ представляет определённую опасность [3].

Частота обнаружения раковых клеток по линии резекции, по сводным данным 41 отечественного зарубежного автора, составила $14,5 \pm 0,4\%$, т.е. указанное осложнение нередко встречается на практике. [5, 4, 3].

Для выяснения основных причин нерадикальности хирургических вмешательств, при раке проксимального отдела желудка нами проведен анализ у оперированных пациентов в НЦО МЗ КР.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни у 454 прооперированных пациентов которым, выполнены резекции желудка различного объема. Проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией пищевода составила 151 случай (33,2%) от всех резекций. Остальным больным были выполнены гастрэктомии – 296 (65,2%), и операции Льюиса произведены 7 пациентам (1,5%).

Распространенность и характер роста опухолевого процесса изучались во время операции и на основании патоморфологического исследования удаленных препаратов.

Результаты исследования и обсуждение. Исследование показало, что только у 22,2% оперированных пациентов опухоль занимала верхнюю треть желудка, у остальных 77,8% больных опухоль распространялась выше, преимущественно до наддиафрагмального и ретроперикардиального сегментов пищевода.

У абсолютного большинства больных (77,8%) имелись диффузно – инфильтративные формы роста опухоли, из них язвенно-инфильтративные наблюдались – у 139 больных (23,3%). Смешанный вариант роста опухоли установлен у 137 больных (17,8%). Эзофитный рост опухоли наблюдался лишь у 4,5% пациентов.

В общей сложности из 454 операции при гистологическом исследовании краев резецированного желудка поражение опухолью линии операционного разреза было выявлено в 49 случаях ($10,7 \pm 1,4\%$). В основу исследования положены именно эти 49 больных.

Анализ нашего материала показал, что на частоту оставления опухолевых клеток по линии резекции пищевода существенное влияние оказывали распространение опухоли на кардию и пищевод, оперативный доступ, форма роста и гистологическая структура опухоли, вид и характер операции.

Объем резекции желудка, при которых обнаруживались клетки опухоли по линии резекции, был следующий: при гастрэктомиях - 61,2% (30 из 49), реже при

проксимальных резекциях - 36,7% (18 из 49) и операциях Льюиса - 2,0% (1 из 7). Эта закономерность объясняется тем, что при гастрэктомиях наблюдается большой объем поражения опухолью желудка, соответственно, большим распространением раковых клеток по пищеводу.

Частота обнаружения элементов опухоли по линии резекции в пищеводе в зависимости от оперативного доступа и распространения опухоли на кардию и пищевод по данным патоморфологического исследования удаленных препаратов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота обнаружения элементов опухоли по линии резекции пищевода в зависимости от распространения опухоли на пищевод и оперативного доступа

<i>Оперативный доступ</i>	<i>Распространение опухоли на П и К</i>	<i>Всего резекций</i>	<i>Элементы опухоли по линии резекции</i>
Абдоминально-торакальный	Без распространения	4	-
	Распространение на К	13	1 (7,6±7,6%)
	Распространение на П	220	24 (10,9±2,1%)
	Итого	237	25 (10,5±2,0%)
Чрезбрюшинный	Без распространения	96	9 (9,3±2,9%)
	Распространение на К	43	4 (9,3±4,4%)
	Распространение на П	71	10 (14,1±4,1%)
	Итого	210	23 (10,9±2,1%)
Операция Льюиса	Без распространения	-	-
	Распространение на К	-	-
	Распространение на П	7	1 (14,2±14,2%)
	Итого	7	1 (14,2±14,2%)
Итого	Без распространения	100	9 (9,0±2,8%)
	Распространение на К	56	5 (8,9±3,8%)
	Распространение на П	298	25 (8,3±1,6%)
	Итого	454	49 (10,7±1,4%)

Как видно из данных таблицы чрезбрюшинные резекции желудка в том, или ином объеме выполнены у 210 (42,0±2,2%) больных. В этой группе больных оставление элементов опухолевых клеток по линии резекции составило 23 случая (10,9±2,1%). Наиболее часто элементы опухолевых клеток были обнаружены среди пациентов, у которых по данным интраоперационной оценки имело место вовлечение в опухолевый процесс пищевода и составило 10 случаев (14,1±4,1%). При распространении рака проксимального отдела желудка на кардию и без такового, при применении абдоминального доступа, частота оставления опухолевых клеток по линии резекции составила - 9,3% в обоих случаях.

Абдоминально-торакальный резекции различного объема выполнены у 237(91,8±1,7%) пациентов. В этой группе больных оставление опухолевых клеток по линии резекции наблюдалось в абсолютном большинстве случаев при распространении опухоли на пищевод (10,9±2,1%).

Таким образом, по данным нашего исследования, осложнение наблюдалось, наиболее часто, когда хирургом применялся чрезбрюшинный доступ, при ситуации, когда имело место опухолевая инфильтрация пищевода – у 14,1±4,1% больных.

Эти данные, подтверждают необходимость применения абдоминоторакального доступа при распространении опухоли на пищевод и кардию, а также целесообразность

срочного гистологического исследования, линии пересечения пищевода во время операции.

В группе больных, где кардия и пищевод не были вовлечены в опухолевый процесс, а уровень резекции органа соответствовал допустимым границам распространения опухолевых клеток, частота нахождения опухолевых клеток по линии резекции составила в среднем $9,3 \pm 2,9\%$ больных. Данный факт свидетельствует, что при раке проксимального отдела желудка опухолевые клетки распространяются в подслизистом и мышечных слоях стенки желудка, преимущественно в оральном направлении, значительно опережая визуальную часть опухоли.

Наиболее частой макроскопической формой роста опухоли, при которой обнаруживались опухолевые элементы по линии резекции, была эндофитная – у 39 из 49 пациентов (79,6%), у 17 из них был язвенно-инфилтративный вариант, смешанная – у 10 из 49 больных (20,4%). Это объясняется большим распространением опухолевых клеток при эндофитной форме, нечеткими границами опухоли и, соответственно большими трудностями выбора адекватного объема резекции.

В абсолютном большинстве случаев оставление опухолевых клеток по линии резекции происходило при наличии низкодифференцированной аденокарциномы (73,4%). При умеренно-дифференцированной аденокарциноме у 10,5% больных, при других формах рака – у 16,1% больных.

Анализ нашего материала свидетельствует, что линия резекции чаще проходит в зоне опухолевой инфильтрации при эндофитном росте, особенно при его эндофитно-язвенному варианте, при использовании абдоминального доступа в случаях перехода опухоли на кардию или пищевод.

Выводы: Абдоминально-торакальный доступ при раке проксимального отдела желудка считается адекватным для резекции пищевода, но не исключает возможности оставления опухолевых клеток в зоне резекции. В наших исследованиях при абдоминально – торакальных вмешательствах оставление опухолевых клеток по линии резекции составила - $10,5 \pm 2,0\%$.

На частоту развития опухолевых клеток по линии резекции влияют распространение опухоли на пищевод, выбор оперативного доступа, тип хирургического вмешательства, форма роста, гистологическая структура опухоли.

Линия резекции чаще проходит в зоне опухолевой инфильтрации при гастрэктомиях (61,2%), чем при проксимальных резекциях (36,7%).

При эндофитной форме роста опухоли частота нахождения опухолевых элементов по линии резекции в 4 раза выше, чем при смешанной (79,6 и 20,4% соответственно).

Основной вид опухоли, при которой наиболее часто обнаруживались клетки рака по линии резекции, была аденокарцинома низкой степени дифференцировки (73,4%).

Интраоперационное экспресс-цитологическое исследование линии резекции желудка должно применяться при всех радикальных операциях по поводу рака желудка.

Список литературы:

1. Блохин Н. Н., Клименков А. А., Плотников В. И., 1981. Рецедивы рака желудка. – Медицина. - 1981. - С. 10 – 15.
2. Вацкадзе Л. А. Рак проксимального отдела желудка (принципы уточняющей диагностики и выбор метода лечения): Дисс... докт. мед. наук. – М. - 1991. - 267 с.
3. Германов А. Б. Расширенные и расширенно-комбинированные операции при раке проксимального отдела желудка: Дисс... докт. мед. наук. – М. – 1998. - 284 с.
4. Жандарова Л.Ф. Субоперационная цитологическая диагностика рака желудка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Саратов. - 1978.
5. Летягин В.П., Денисов Л.Е. Судьба больных после гастроэктомий и проксимальной резекции желудка с пересечением пищевода в зоне опухоли // Хирургия. - 1975. - № 2. - С 38 – 42.

6. Papachristou D. N., Agnanti N., D Agostino H. et al. // Am. J. Surg. – 1980. - v. 139. - p. 711 – 713.
7. Papachristou D. N., Fortner J. G. // Ann. Surg. – 1980. - v. 192. - p. 58 – 64.
8. Waiblinger G.-O. Bedeutung des Resektion – strandes beim resezierten Magen – Carcinom: Diss. - Tubingen. - 1972.

УДК.616.155.194.8-053.8

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 50-ТИ ЛЕТ

Узакбаев К.А.¹, Раимжанов А.Р.², Жусупова Ш.К.²,
Черикчиева А.Б.¹, Джакыпбаев О.А.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 лиц старше 50-ти лет для широкого обсуждения приемлемости тех или иных рекомендаций, поскольку на их основе будет разработан клинический протокол для медицинских работников ЦСМ и ГСВ.

Ключевые слова: лица старше 50 лет, железодефицитная анемия, скрининг, профилактика, лечение.

50 ЖАШТАН АШКАН АДАМДАРДЫН ТЕМИРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН ПАЙДА БОЛУУЧУ АЗ КАНДУУЛУГУ

Узакбаев К.А.¹, Раимжанов А.Р.², Жусупова Ш.К.²,
Черикчиева А.Б.¹, Джакыпбаев О.А.²

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

Корутунду: бул статьяда 50 жаштан ашкан адамдардын темирдин жетишилиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо боюнча жакиын сапаттагы изилдөөлөрдүн негизинде иштелип чыккан ыкмалар көлтирилген. Бул ыкмалар канчалык деңгээлде биздин УБДБ/УБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилет.

Ачык сөздөр: 50 жаштан ашкан адамдар, темирдин жетишилиздигинен пайда болуучу аз кандуулук, аныктоо, алдын алуу, дарылоо.

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PERSONS OVER 50 YEARS

Uzakbaev K.A.¹, Raimzhanov A.R.², Zhusupova Sh.K.²,
Cherykchieva A.B.¹, Dzhakypbaev O.A.²

The National Center of Maternity and Childhood Welfare¹,
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 persons over 50 years old 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: persons over 50 years, iron deficiency anemia, screening, prevention and treatment.

Железодефицитной анемией (ЖДА) страдают люди всех возрастов, но ее распространенность среди различных групп населения широко варьирует. Риску развития ЖДА наиболее подвержены женщины репродуктивного возраста, беременные и кормящие

женщины, дети в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет, подростки и люди пожилого возраста [3].

ЖДА у лиц старше 50-ти лет обычно носит полиэтиологичный характер. Причинами развития ЖДА у данного возрастного контингента могут быть: недостаточное поступление железа, белка и других микронутриентов с пищей; хронические кровопотери из желудочно-кишечного тракта (эрозии и язвы желудка, полипоз, дивертикулез, геморрой, и др.), на фоне опухолевого процесса в желудке, тонком и толстом кишечнике [6]; нарушение всасывания; взаимодействие препарата и питательного элемента [5, 8].

У лиц старше 50-ти лет возможно сочетание ЖДА и В₁₂-дефицитной анемии. Кроме того, признаки ЖДА могут появляться у больных с В₁₂-дефицитной анемией на фоне лечения витамином В₁₂, поскольку возникающая при этом активация нормобластного кроветворения требует повышенного расхода железа, запасы которого у лиц старше 50-ти лет по различным причинам могут быть недостаточны.

Течение ЖДА у людей старше 50-ти лет характеризуются стертостью клинической симптоматики, обусловленной адаптацией лиц старших возрастных групп к сниженному содержанию гемоглобина (Нв), маскированием анемического синдрома сопутствующими заболеваниями со сходными клиническими проявлениями в виде одышки, головокружения, болей в области сердца [1].

В настоящее время нет клинического руководства или протокола для медицинских работников ЦСМ и ГСВ по ведению ЖДА у лиц старше 50-ти лет.

В настоящей статье представлены рекомендации по скринингу, профилактике и лечению ЖДА у лиц старше 50-ти лет по результатам исследований, которые основаны на принципах доказательной медицины, для широкого обсуждения приемлемости указанных рекомендаций.

Рекомендации по скринингу ЖДА у лиц старше 50-ти лет. Полиморбидность ЖДА у лиц старшего возраста значительно затрудняет диагностику, в связи, с чем особенно важно выявление неспецифических симптомов анемического синдрома [2].

У людей пожилого возраста оправдано комплексное исследование даже при наличии всех объективных симптомов ЖДА (низкий Нв, МСВ ниже 76фл, ферритин ниже 15 мкг/дл), поскольку дефицит железа может быть признаком других болезней (см. схему) [6] (рис. 1).

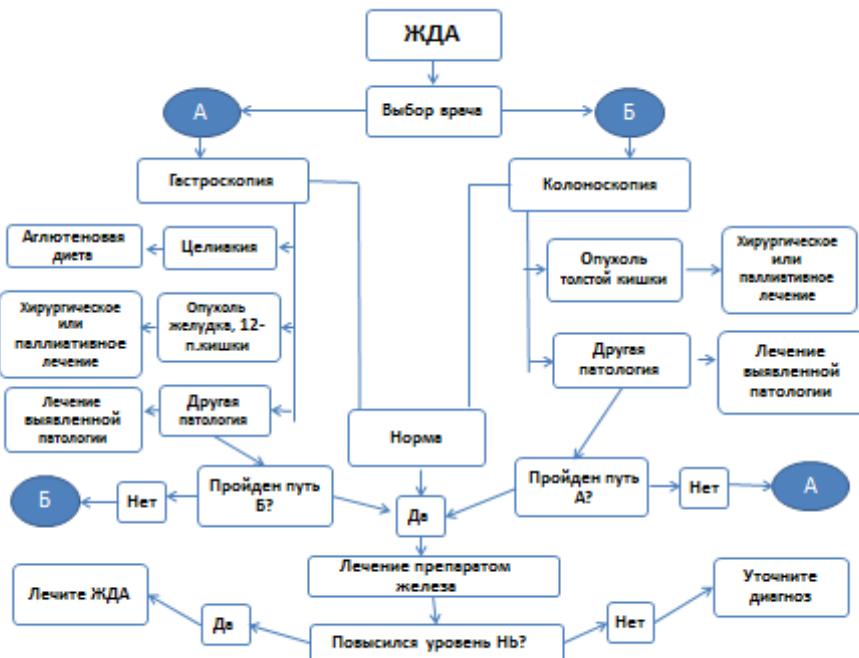


Рис. 1. Схема - Алгоритм ведения ЖДА.

Рекомендуется проверить уровень Нв у лиц старше 50-ти лет при посещении врача. Повторное измерение уровня Нв у лиц старше 50-ти лет проводится по показаниям [4, 7].

Если по объективным причинам не представляется возможным верифицировать ЖДА у лиц старше 50-ти лет, то правомочно назначение внутрь пробного лечения препаратами железа с высоким содержанием элементарного железа при отсутствии признаков нарушения всасывания.

Анемия у лиц старше 50-ти лет определяется при уровне Нв ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин.

Рекомендации по профилактике ЖДА у лиц старше 50-ти лет. Лица старше 50-ти лет могут получать препараты железа в дозировке 30 мг элементарного железа с фолиевой кислотой 400 мкг (0,4 мг) и дополнительно 2,4 мкг витамина В₁₂.

Потребление продуктов, которые усиливают всасывание железа, например, аскорбиновую кислоту, играет важную роль, поскольку у лиц старше 50-ти лет часто наблюдается снижение секреции желудочного сока. Настоятельно не рекомендуется потребление с едой ингибиторов всасывания железа, такие как чай или кофе.

Рекомендации по лечению ЖДА у лиц старше 50-ти лет. Лицам старше 50-ти лет с ЖДА назначается лечение из расчета 120 мг элементарного железа с 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты в сутки и дополнительно 2,4 мкг/с витамина В₁₂. Оценка приверженности терапии проводится через 14 дней от начала лечения.

Через 4 недели от начала лечения ЖДА следует повторно определить Нв. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение, т.е. прирост Нв 20 г/л в течение 4-х недель, то лечение должно продолжаться еще 2 месяца [6]. Общий курс лечения препаратом железа составляет 3 месяца, затем назначается профилактический режим приема препаратов железа (см. выше).

В случае же отсутствия положительного результата от проводимого лечения, врач должен определить возможные причины отсутствия улучшения: не проведено адекватное обучение пациента и его семьи правилам лекарственной терапии, недостаточная доза элементарного железа, нерегулярный прием, отказ от приема препарата железа. При исключении погрешностей в лечении следует направить больного к терапевту или гематологу для уточнения формы анемии.

Лица старше 50-ти лет с тяжелой анемией (Нв ниже 70 г/л) должны быть проконсультированы терапевтом или гематологом.

Специальных требований к режиму труда и отдыха нет, но все же лицам старше 50-ти лет следует воздерживаться от тяжелой физической нагрузки, поскольку на фоне анемии можно спровоцировать нарушение кровообращения [2].

Неэффективность терапии ЖДА у лиц старше 50-ти лет нередко связана с запорами. В подобных случаях к терапии добавляют адекватную дозу лактулозы в дозе 50-100 мл, после получения стойкого эффекта дозу лактулозы уменьшают вдвое.

Показаниями к госпитализации являются тяжелая анемия с признаками декомпенсации сердечно-сосудистой системы, ухудшение состояния больного от начала лечения через одну-две недели или отсутствие повышения уровня Нв на 20 г/л через 4 недели от начала лечения.

Список литературы:

1. Авдеева, Т. А. Железодефицитная анемия в пожилом и старческом возрасте [Текст]: дисс. ... канд. мед. наук, 14.00.52 / Т.А. Авдеева - М, 2004. - 125 с.
2. Гороховская Г.Н. Гериатрические аспекты железодефицитной анемии [Текст] / Г.Н. Гороховская, А.И. Завьялова, М.В. Петина // Русс. медицинский журнал. - 2005. - Т. 13. - № 10. - С. 710-716.
3. Abbaspour, Nazanin, Richard Hurrell, and Roya Kelishadi. Review on Iron and Its Importance for Human Health. [Текст] // Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences. - 2014. - 19 (2): 164-74.
4. Fairweather-Tait. Iron Status in the Elderly [Text] / Fairweather-Tait, J.Susan, A.A.Wawer, et al. // Mechanisms of Ageing and Development. - 2014.136-137 (April): 22–28.

5. Ganz. Hepcidin and Iron Regulation, 10 Years Later. [Text] / Ganz, Tomas // Blood. - 2011. - 117 (17): 4425-33.
6. Goddard AF. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. [Text] / AF. Goddard, AS. McIntyre, BB. Scott. // British Society of Gastroenterology. Gut. - 2000. - Jun; 46 Suppl 3-4:IV1-IV5.
7. Goodnough, L. Evaluation and Management of Anemia in the Elderly [Text] / L. Goodnough, Tim, L. Stanley, Schrier // American Journal of Hematology. - 2014. - 89 (1): 88-96.
8. Milman, Nils. Anemia-Still a Major Health Problem in Many Parts of the World! [Text] / Milman, Nils // Annals of Hematology. - 2011. - 90 (4): 369-77.

УДК 614.2 – 616 – 058 + 616 – 089.168.8 (575.2)

**ДИНАМИКА РЯДА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.

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

Резюме: в статье приводятся сведения о демографических показателях и медицинских аспектах здоровья населения Кыргызской Республике за истекшее десятилетие.

Ключевые слова: численность населения, заболеваемость, смертность, инвалидность.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КАЛК САЛАМАТТЫГЫН КОРГОО
ЧӨЙРӨСҮНДӨ САЛАМАТТЫК САКТООНУН ЭСЕПТИК
КАТАРДЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ДИНАМИКАСЫ**
Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.

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

Корутунду: бул макалада акыркы он жылдын ичинде Кыргыз Республикасынын калк саламаттыгынын демографиялык көрсөткүчтөрү жана медициналык аспекттери тууралуу маалыматтар көлтирилген.

Ачык сөздөр: калктын саны, оорулдуулук, өлүмдүүлүк, майыптуулук.

**THE DYNAMICS OF QUANTITATIVE INDICATORS OF HEALTH IN
THE HEALTH OF THE POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

Uzakbaev K.A., Furtikova A.B., Maimerova G.Sh.

*The National Center of Maternity and Childhood Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: the article presents information on the demographic indicators and health aspects of population health of the Kyrgyz Republic over the past decade.

Key words: population, morbidity, mortality, disability.

В 1991 году Кыргызская Республика стала суверенным демократическим государством. Приобретение государственной независимости Кыргызстаном, несомненно, огромное достижение, значительно поднявшее уровень международной значимости и национальной гордости страны.

Этот процесс сопровождался коренным переломом в политической, экономической, социальной сферах государства, что оказало значительное и глубокое влияние на основную ценность государства – здоровье населения. Практически сразу пришло осознание того, что здоровье народа – это критерий цивилизованности, благополучия

страны и именно состояние здоровья при его ухудшении несёт в себе риск и угрозы сохранения высокого качества генофонда нации.

В связи с этим уже в первые годы существования Кыргызстана в статусе самостоятельного государства возникла необходимость в изменении нормативной базы здравоохранения.

Основой новой концепции здравоохранения КР стали принятые уже в 1992 году законы по здравоохранению:

- «Об охране здоровья народа КР»;
- «О медицинском страховании граждан КР»;
- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в КР».

Законом «Об охране здоровья народа КР» определены общие правовые, экономические и социальные основы охраны здоровья народа, регламентируется участие различных органов государственной власти и управления, предприятий и организаций, должностных лиц и граждан в укреплении здоровья. Подчёркнуто много секторальное измерение здравоохранения. Законом были установлены основные права граждан в области охраны здоровья:

- Право граждан на охрану здоровья и социальное обеспечение в случае полной или частичной утраты здоровья;
- Право граждан на обеспечение лекарственной и специализированной помощью;
- Право граждан на медико-генетическое обследование;
- Право граждан на информацию о здоровье и влиянии на него различных экологических факторов.

За истекшие четверть века независимости в области здравоохранения в стране проведено широкомасштабное реформирование в соответствии с последовательно разрабатываемыми программами: «Манас», «Денсоолук», «Манас Таалими».

Работа была проделана очень большая, комплексная и в целом достаточно успешная. Подтверждением этого может стать анализ основных количественных показателей здравоохранения, характеризующих уровень здоровья населения, к которым, в частности, относятся: демографические показатели, заболеваемость, инвалидность.

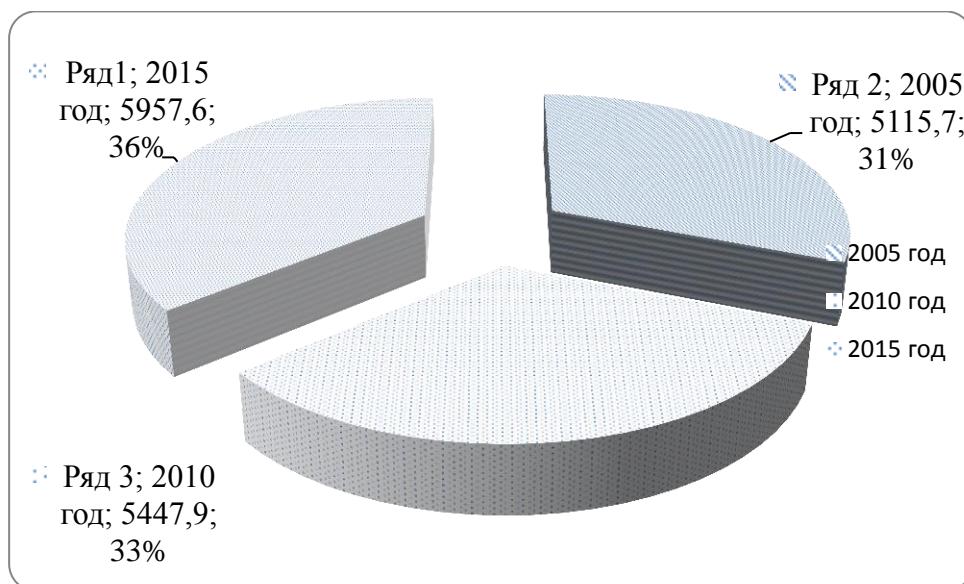


Рис.1. Среднегодовая численность постоянного населения за 2005-2015 гг. (тысяч человек по Республике).

Таблица 2.

*Итоги естественного движения, Кыргызская Республика, 2006 -2015 гг. (по данным
Нацстаткомитета Кыргызской Республики)*

На 1000 населения	Показатели		
	Годы	Число родившихся	Число умерших
2006	23,3	7,4	15,9
2007	23,5	7,3	16,2
2008	24,1	7,1	17,0
2009	25,2	6,7	18,5
2010	26,8	6,6	20,2
2011	27,1	6,5	20,6
2012	27,6	6,5	21,1
2013	27,2	6,1	21,1
2014	27,7	6,1	21,6
2015	27,4	5,8	21,6

Население Кыргызской Республике в демографическом отношении молодое: на долю лиц молодого трудоспособного возраста приходится 33,1% от общей численности населения, 60,0% - лица трудоспособного возраста и 6,9% - лица старшего трудоспособного возраста.

Представленные данные указывают на положительные тенденции основных демографических показателей, что косвенно указывает на улучшение уровня физического здоровья населения, в силу чего за последние 15 лет увеличилась общая численность населения, возрастает рождаемость, снижается число умерших, значимо увеличивается естественный прирост населения.

Вместе с тем, следует отметить, что благополучной ситуацию по состоянию здоровья народа КР назвать нельзя, так как качественные показатели, в частности, заболеваемость населения остаются на высоком уровне.

Таблица 3.

Ожидаемая продолжительность жизни, Кыргызская Республика, 2011-2014 гг. (лет).

Годы	2011			2012			2013			2014		
	Показатель	Всего	Муж	Жен	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен	Всего	Муж
Кыргызская Республика	69,6	65,7	73,7	70,0	66,1	74,1	70,2	66,3	74,3	70,4	66,5	74,5

Представленные данные вызывают обоснованную тревогу, так как уровень заболеваемости остаётся ещё очень высоким.

Так, общая заболеваемость в 2014 году составила среди взрослых 51524,4 на 100 тысяч, а среди детей - 43453,2, т.е. из каждых 100 тысяч населения болели практически половина взрослых и детей, причем высокой остается заболеваемость туберкулезом, который относится к социально обусловленной патологии. К распространенным в нашей Республике относятся болезни органов дыхания, системы кровообращения.

Среди детей наиболее опасными для жизни детей являются состояния, возникшие в перинатальном периоде и врожденные пороки развития, включая врожденные пороки сердца. Именно эти патологические состояния обуславливают высокую смертность и инвалидность, сведения о которой приводятся ниже (табл. 4).

Таблица 4.

Инвалидность взрослых и детей за 2009-2014 гг. (абс. число).

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Среди взрослых	69397	73418	78524	83820	86509	88650
Среди детей (0-17 лет)	17535	18175	19259	20815	21935	22381

Инвалидность населения – это категория жителей с тяжелым финансовым бременем для государства в целом, для каждой семьи и для отдельного человека, качество жизни которого значительно ограничено имеющимися заболеваниями.

Особую значимость в характеристике здоровья народа имеет состояние здоровья детского населения. Общепризнанным является понятие о том, что здоровье детей – это фундамент благополучия всего общества, его демографической ситуации и поддержки на высоком уровне генофонда нации.

Уровень медицинского обслуживания детского населения наиболее полно характеризует показатель смертности детей. Самым уязвимым для выживаемости является первый год жизни детей. Смертность в этом периоде характеризуется категорией младенческой смертности, сведения об уровне которой в динамике за последние 10 лет приведены на рисунке 2.

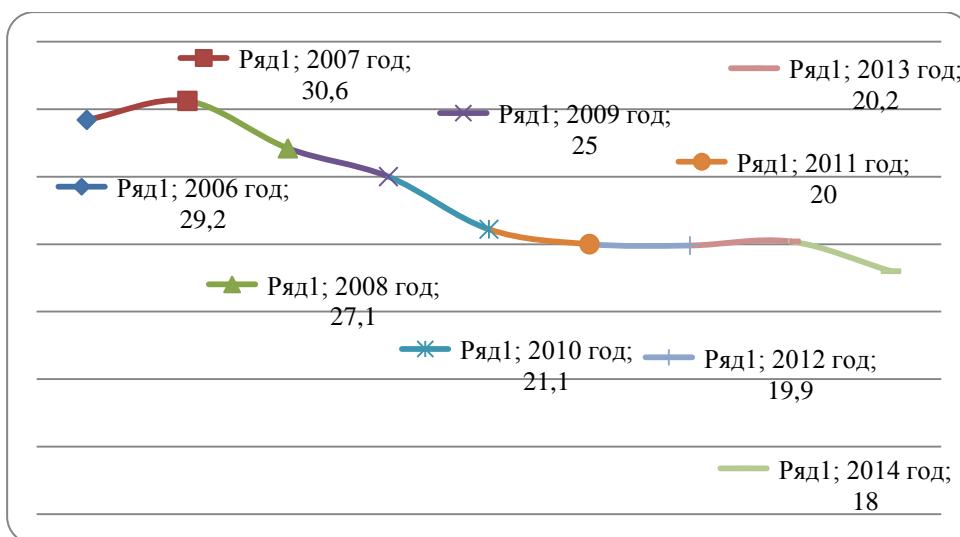


Рис. 2. Младенческая смертность в КР за 2006-2014 гг. (на 1000 родившихся живыми).

Из приведенных данных видно, что младенческая смертность в целом по Республике существенно снизилась, но остается ещё на уровне, значительно превышающем показатели смертности младенцев в экономически высокоразвитых странах.

В структуре причин младенческой смертности все годы преобладали состояния, возникшие в перинатальном периоде (первые 7 дней жизни детей), врожденные аномалии и болезни органов дыхания, которые в 2015 году составили 66,8%, 16,1% и 8,9% соответственно, причем в динамике по годам не отмечается устойчивой тенденции к их снижению.

Младенческая смертность в значительной мере определяется выживаемостью младенцев первых семи дней жизни (перинатальная смертность) и детей первого месяца жизни (неонатальная смертность).

Сведения об уровне этих показателей приведены на следующих рисунках (рис. 3, 4).

В структуре причин перинатальной смертности на протяжении последних 10 лет преобладали состояния, вызванные асфикссией (от 74,7% до 45,7%), связанные с незрелостью (от 24,2% до 26,9%) и врожденные аномалии (от 13,1% до 11,9%).

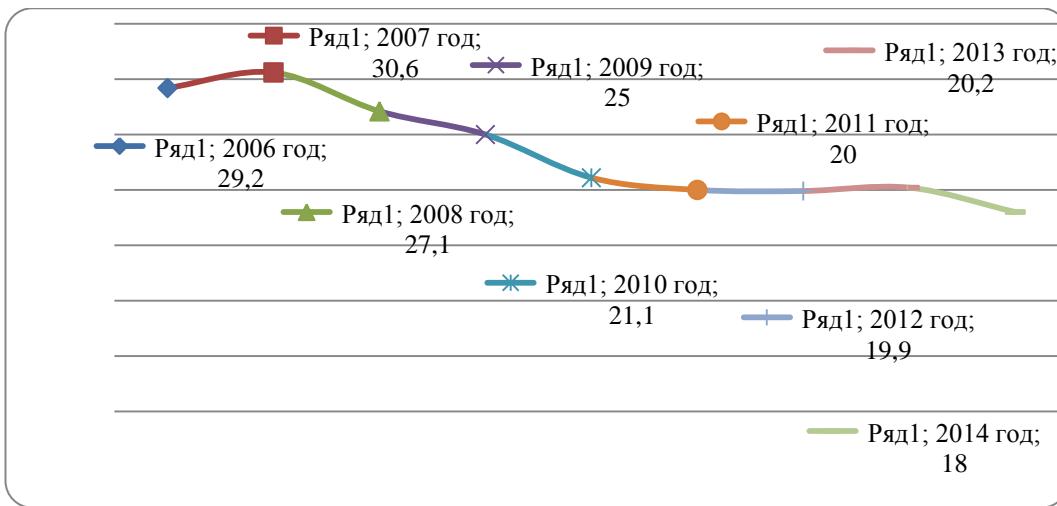


Рис. 3. Показатели неонатальной смертности в КР в динамике (на 1000 родивших живыми).

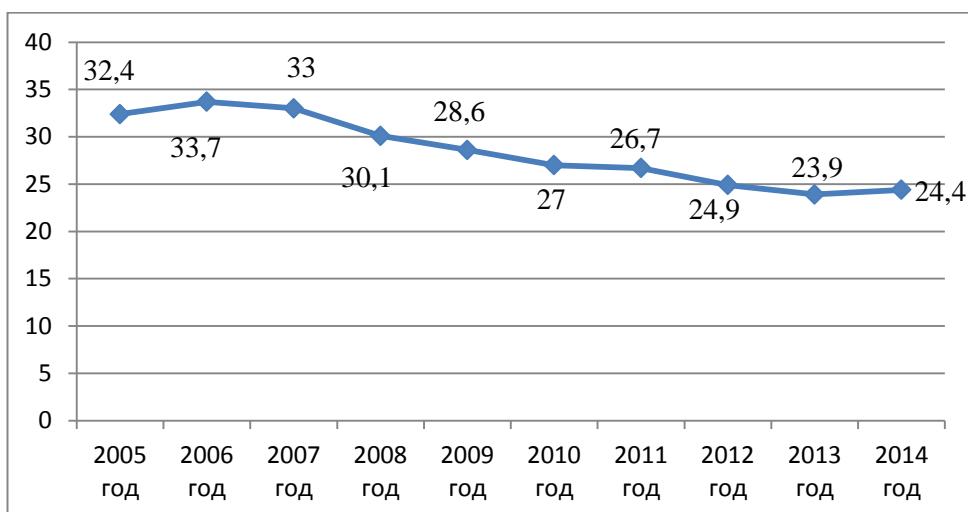


Рис. 4. Показатели перинатальной смертности в КР динамике (на 1000 родившихся живыми).

Вместе с тем, следует отметить, что структура причин перинатальной смертности за анализируемый период менялась: в 2014 году на второе место после патологических состояний перинатального периода (59,0%) вышли врожденные пороки развития (14,6%), удельный вес болезней органов дыхания сократился с 14,7% в 2008 году до- 12,5% в 2014, почти в два раза (с 5,8% до 3,7%) снизился удельный вес инфекционных и паразитарных болезней.

Приведенная структура причин смертности чётко ориентирует на выделение управляемых медицинских факторов воздействия на уровень младенческой смертности.

Естественно, что особую категорию народа представляет женское население, от репродуктивного здоровья которого зависят и уровень рождаемости, и уровень благополучия внутрисемейных отношений. Сфера медицинского обслуживания женщин весьма многогранна, сложна и несомненно нуждается в постоянном мониторинге и внимании.

Важно подчеркнуть многогранность понятия «здоровье народа», поэтому повышение его уровня – это проблема всего государства, всех отраслей производства, всех министерств и ведомств.

Здоровье – это полное благополучие физического и психического здоровья, социального и общественного статуса каждого жителя.

Но в настоящее время следует чётко понимать, что здоровье во многом зависит от самих людей – его нельзя просто дать им. Каждый житель должен чётко отдавать себе отчёт, в том, что здоровье – это ещё не все, что нужно человеку, но без здоровья ему не нужно уже ничего.

Стратегической целью здравоохранения является достижение реальных позитивных сдвигов показателей личного и общественного здоровья населения, сокращение прямых и косвенных потерь общества от болезней и преждевременной смерти граждан.

Новая система здравоохранения должна оставаться частью государственной политики. Несмотря на расширение частного сектора в здравоохранении, она должна проводить единую политику охраны здоровья населения.

На основе науки и передовых технологий развития клинической медицины приоритетными в политике государства должна быть профилактика болезней, укрепление здоровья через государственное влияние на создание благоприятной экологической и социальной среды.

Реализация программ здравоохранения должна проводиться по межсекторальным обязательствам. Государство создаёт политику реализации государственных гарантий оказания объема медицинской помощи населению, предусмотренного конституцией КР, медицина должна совершенствовать систему оказания помощи населению. Граждане должны принять ответственность на себя за болезни, связанные с нездоровым образом жизни и их последствиями.

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

ПЕДИАТРИЯ

Эпидемиологические особенности и пути профилактики вирусного гепатита «А» 3
Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Баялиева М.М., Кадырова Р.М.

Тактика ведения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста 8
Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М., Абдуллаева Г.М., Каримханова А.Т., Аязбеков Е.А., Тажсимбетова А.М.

Распространенность заболеваний почек и мочевыводящей системы в условиях 12
высокогорья
Бейшебаева Н.А., Узакбаев К.А., Кирсанова М.В.

Распространенность и структура заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей 16
Кыргызской Республики
Кожоназарова Г.К., Джетыбаева А.Б., Шайдерова И.Г., Акматова А.С.

Динамика заболеваемости, смертности, особенности клинического течения при 20
пневмониях у детей в Кыргызской Республике
Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш., Кабаева Д.Д., Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г., Михайлова В.В.

Аналитический обзор по исследованиям процессов формирования и клинического 25
течения заболеваний у детей в горных условиях Кыргызской Республики
Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Маймерова Г.Ш.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Изучение стоматологического здоровья детского населения – основа создания 32
программ профилактики стоматологических заболеваний
Атежсанов Д.А., Негаметзянов Н.Г., Суриев Т.К.

Отдаленные результаты комплексного лечения тератом и тератобластом крестцово- 39
копчиковой области у детей
Омурзаков Б. А., Узакбаев К. А., Замирбеков К. З., Эргешов Т. А.

Эпидемиология и структура травм глаза у детей 44
Сулайманова Г.М.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Факторы риска развития замершей беременности 50
Кармышев А.О.

Перенаправление на различные уровни оказания медицинской помощи матерей и 54
новорожденных в южных регионах Кыргызской Республики
Эшилиева А.С., Бекибаева Б.

РАЗНОЕ

Причины, препятствующие радикальному хирургическому вмешательству при раке 66
проксимального отдела желудка
Айталиев М. С., Джусмаев А. Т., Юлдашев И. М., Юлдашева Д. Т.

Железодефицитная анемия у лиц старше 50-ти лет 70
Узакбаев К.А., Раимжанов А.Р., Жусупова Ш.К., Черикчиева А.Б., Джасакыпбаев О.А.

Динамика ряда количественных показателей здравоохранения в области охраны 73
здравья населения Кыргызской Республики
Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.