



2016

Том 8

№ 1

ЗДОРОВЬЕ

МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический
медицинский журнал

ПЕДИАТРИЯ

Этапы научных исследований

по проблеме бронхолёгической патологии

сотрудников НЦОМиД Кыргызской Республики

Значение уровня эритропоэтина в диагностике и

мониторировании анемии у детей

Опыт применения «Аскорила» в комплексном лечении

болезней органов дыхания у детей

Особенности этиологической структуры острого обструктивного

бронхита у детей раннего возраста

Структура и функция эритроцитарных мембран при железодефицитной

анемии средней степени тяжести у детей

школьного возраста в горных условиях

Итоги и перспективы развития инициативы доброжелательного

отношения к матери и ребенку (ИБДОМиР) в Кыргызстане

Современные возможности биологической терапии острого бронхита

Хроническая кративница на юге Кыргызстана: проблемы

и пути решения

Сочетанные заболевания при хронической гастродуоденальной

патологии у школьников

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Оптимизация ведения беременности и родов у женщин

с лейомиомой матки (обзор литературы)

Оценка эффективности вагинального раствора ибупрофена

изобутаноламмония при лечении вагинитов

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Клинические особенности множественного

и сочетанного эхинококкоза печени у детей

Изучение эпидемиологии зубочелюстных аномалий

у детей и подростков

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

реклама



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям с первых дней жизни и будущим мамам — с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами
- ✓ Оригинальная формула ВИФЕРОН®, сочетающая интерферон α-2b и антиоксиданты, обеспечивает высокую противовирусную активность препарата



Блокирует размножение вируса



Защищает здоровые клетки от заражения



Восстанавливает баланс иммунной системы

ВИФЕРОН® Суппозитории, Гель; * ВИФЕРОН® Мазь – детям с 1 года.



ферон

(499) 193 30 60

viferon.su



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2016. Том 8. № 1.

Журнал основан
в 2009 году

Учредитель –
Национальный центр
охраны материнства и
детства при Министерстве
здравоохранения
Кыргызской Республики

Журнал зарегистрирован
Министерством юстиции
Кыргызской Республики.
Регистрационный номер
1519

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

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

Маймерова Г.Ш. – к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

Редакционная коллегия

Абдувалиева С.Т. - к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

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)

Кочкунов Д.К. - к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

Кудаяров Д.К. – д.м.н., профессор, академик НАН КР
(Бишкек, Кыргызстан)

Кучербаев А.А. - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Макенжан у. А. - к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

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

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

Нукусева 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

2016. 8-том. №1.

<p>Журнал 2009-жылы негизделген</p> <p>Түзүүчү – Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигine караштуу 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</p> <p>К.А. Узакбаев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Башкы редактордун орун басары</p> <p>Маймерова Г.Ш.– м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Редакциялык жамаат</p> <p>С.Т. Абдувалиева - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) 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. Каупова - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Д.К. Кочкунов - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Д.К. Кудаяров – м.и.д., профессор, КР УИА академиги (Бишкек, Кыргызстан) А.А. Кучербаев - м.и.д., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Макенжан у. А. - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) М.С. Мусуралиев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) З.Н. Набиев – м.и.д., профессор (Душанбе, Тажикстан) С.Г. Нукушева – 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</p> <p>А.С. Эшалиева – м.и.к., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p>
--	---

УДК: 616.24-+612.2+615.835.2+616.24

**ЭТАПЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ
БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ СОТРУДНИКОВ
НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Узакбаев К.А., Кабаева Д.Д., Фуртикова А.Б., Наритсина Л.М.,
Маймерова Г.Ш., Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г.,
Михайлова В.В.**

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

Резюме: в статье представлены результаты многолетних научных исследований по проблеме бронхолёгической патологии, проводимых отделом острой респираторной патологии по изучению особенностей течения бронхолёгочных заболеваний у детей Кыргызстана. Рассмотрены перспективы совершенствования, повышения качества и эффективности помощи детям с неспецифическими болезнями органов дыхания.

Ключевые слова: дети, пневмония, бронхит, заболеваемость.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УЛУТТУК ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ
КОРГОО БОРБОРУНДАГЫ РЕСПИРАТОРДУК ПАТОЛОГИЯСЫ
БӨЛҮМҮНДӨГҮ КОЛКО-ӨПКӨ ПАТОЛОГИЯСЫНЫН КӨЙГӨЙҮН
ИЛИМИЙ ИЗИЛДӨӨНҮН КАДАМДАРЫ**

**Узакбаев К.А., Кабаева Д.Д., Фуртикова А.Б., Наритсина Л.М.,
Маймерова Г.Ш., Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г.,
Михайлова В.В.**

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

Корутунду: макалада Кыргызстандагы балдардын пульмонология бөлүмүндө көп жылдык колко-өпкө көйгөйлөрүн изилдөө боюнча натыйжалары берилген. Балдардын өзгөчө эмес дем алуу органдарынын ооруларга жардамдын сапатынын жасакыртуу боюнча жана натыйжалуулугун жогорулаттуу келечеги караган.

Ачкыч сөздөр: балдар, пневмония, бронхит, ооруу.

**STAGES OF RESEARCH ON BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY
PROBLEM OF NATIONAL CENTRE OF MATERNITY AND
CHILDHOOD STAFF IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**Uzakbaev K.A., Kabaeva D.D., Furtikova A.B., Naritsyna L.M.,
Maimerova G.Sh., Djanuzakova N.E., Shaiderova I.G., Mickhailova V.V.**
*National Center of Maternity and Childhood Care,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

Resume: the article presents the results of many years of research on the problem of bronchopulmonary pathology conducted by an acute respiratory pathology department to study peculiarities of bronchopulmonary diseases in children in Kyrgyzstan. The prospects for improvement, quality improvement and efficiency of care for children with non-specific respiratory diseases were considered.

Key words: children, pneumonia, bronchitis, morbidity.

Отделение острой респираторной патологии является клинической базой профильного научного отдела.

Отделение является единственным научным и клиническим подразделением в Кыргызстане по оказанию организационно-методической и специализированной помощи детям, страдающим неспецифическими заболеваниями органов дыхания.

Отдел пульмонологии был создан в 1974 году в НЦАиП, первоначально состоял из 3 подразделений: аллергологии, респираторной патологии, лаборатории бактериологии.

Первым руководителем отдела являлся Г.А. Комаров. В 1982 году все структурные подразделения были объединены в единый отдел респираторной патологии с группой интенсивной терапии, которым с 1982 по 1993 гг. руководила Г.И. Рыжикова, с 1993 по 1997 гг. отделом руководил Ш.К. Батырханов, с 1997 по 2005 гг. - Г.И. Рыжикова, с 2006 года Д.Д. Кабаева.

С 1992 года в самостоятельные подразделения были выделены отделения аллергологии и интенсивной терапии.

Георгий Алексеевич Комаров, д.м.н., профессор, выпускник КГМИ 1969 года. После окончания ВУЗа работал в Ошской областной детской больнице, с 1972 года был заместителем главного врача по детству Ошской области. Работая в практическом здравоохранении, защитил кандидатскую диссертацию. С 1974 года возглавил отдел пульмонологии, аллергологии и клинической иммунологии. В 1982 году защитил докторскую диссертацию, и в 1983 году ему было присвоено ученое звание профессора. Г.А. Комаров был главным инициатором и разработчиком новых направлений в педиатрии:

- Эпидемиологические исследования по пульмонологии у детей в Республике, открытие санаторного комплекса на побережье оз. Иссык-Куль для детей с пульмонологической и аллергологической патологией (с. Маяк);

- Разработка метода этапного лечения бронхиальной астмы у детей с использованием высокогорной спелеотерапии и горно-морского климата побережья оз. Иссык-Куль.

За 10 лет работы в институте Акушерства и Педиатрии под его руководством было подготовлено и защищено 12 кандидатских диссертаций по педиатрии, 4 докторские диссертации

Разработки Г.А. Комарова по проблемам неспецифической лёгочной патологии бронхолёгочной системы у детей были продолжены его последователями д.м.н., профессорами Г.И. Рыжиковой, В.П. Алексеевым, Ш.К. Батырхановым, О.Ж. Узаковым, И.А. Матузок и др.

С 1993 г. по 1997 г. отделом пульмонологии НИИАиП заведовал Шайхслам Килибаевич Батырханов, доктор медицинских наук, профессор, академик международной академии информатизации. Батырханов впервые в Кыргызстане выполнил крупномасштабные исследования по рецидивирующему и обструктивным бронхитам у детей, участвовал в разработке обоснований к использованию побережья оз. Иссык-Куль и высокогорной спелеотерапии для реабилитации детей с бронхолёгочной и аллергической патологией. Под его руководством защищено 3 кандидатские диссертации.

Галина Ивановна Рыжикова, д.м.н., профессор, выпускница КГМИ. В должности заведующей отделом пульмонологии работала с 1982 по 1993 гг. и с 1997 по 2005 гг. Докторскую диссертацию защитила в 1996 году на тему: «Неспецифические заболевания бронхолёгочной системы у детей – сельских жителей Кыргызстана». В 1999 году ей было присвоено ученое звание профессора. Г.И. Рыжиковой опубликовано более 130 научных статей, 8 методических рекомендаций, под её руководством защищены 3 кандидатские диссертации.

Научная работа велась в следующих направлениях:

• изучение эпидемиологии, социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска развития бронхолегочной патологии в различных регионах Кыргызской Республики;

• изучение особенностей этиологии, клиники и патогенеза основных форм острых, рецидивирующих и хронических бронхолегочных заболеваний у детей с последующей разработкой эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации (в условиях гор, жаркого климата, современного сельскохозяйственного производства, с интенсивным применением пестицидов, в различных отраслях промышленности);

• изучение адаптации детей с неспецифическими заболеваниями бронхов и легких к горным условиям республики; Получены новые данные, освещдающие влияние горного климата Внутреннего Тянь-Шаня и Памиро-Алая на распространённость, структуру и особенности клинического течения неспецифических бронхолёгочных заболеваний у детей;

• разработка обоснований к перспективному использованию уникальных среднегорно-морских условий побережья озера Иссык-Куль и микроклимата высокогорных соляных шахт Кочкорского района в целях реабилитации детей с аллергической патологией органов дыхания.

В разработке НИР принимали активное участие такие сотрудники как Комаров Г.А., Рыжикова Г.И., Батырханов Ш.К., Узаков О.Ж., Врублевская З.И., Алексеев В.П., Матузок И.А., Тарасюк Л.Р., Тогузбаева К.К., Борякин Ю.В., Ахметова Н.А., Ахмедова Х.Р., Дробышев Г.Н., Тартаковская О.И., Ткаченко Л.П., Станкова В.П., Коконбаева Г.А., Назарова Л.Ф., Брагина Л.Я., Колодин А.В., Уразбакиева С.В., Буренкова Л.В., Юсупов М.Ю., Григорьева Ф.М., Кобзарь В.Н., Соломенцева В.Н., Исаева Ж.С., Сватковская О.В., Бектурсунов Т.М.. Все работы проводились в комплексе с лабораторией биохимических исследований (Мусахунова М.Я., Атыканов А.О.), отделением функциональной диагностики (Фуртикова А.Б., Живоглядова Л.М.), кафедрой педиатрии КГМА (Нарицина Л.М., Мамбеткулова Г.Б.), лабораторией патоморфологии (Кононова В.А.), отделением рентгенологии (Осадчая Л.Г., Гайдукова В.Г.). Активно участвовали в научных исследованиях врачи отделения (Шалавина В.М., Скорик А.С., Власов И.Г., Чурмукова Р.А., Плоткин В.П., Жекшенова А.А., Ситковская И.Г.)

Проведены проспективные когортные исследования, направленные на выявление истинной распространённости всех форм аллергических и неспецифических воспалительных бронхолегочных заболеваний у детей в Кыргызской Республике.

Установлено влияние на этот показатель таких факторов, как высота местности над уровнем моря, уклад и условия жизни семей, производственные, социально-демографические, экологические особенности различных регионов республики. Углубленный многофакторный анализ причин формирования патологии позволил выявить наиболее значимые из них.

Изучены особенности этиологии, клиники и некоторых звеньев патогенеза бронхолегочной патологии у детей в горных условиях.

Особое место удалено изучению острых и затяжных пневмоний, их этиологии, иммунологическим, рентгенологическим, бронхологическим, биохимическим аспектам, особенностям течения в горных условиях.

Разработаны рекомендации по интенсивной терапии острых бронхолёгочных заболеваний у детей раннего возраста: тактике инфузационной терапии; применению оксигенотерапии; сердечных гликозидов; антигипоксантов; рациональному использованию антибиотиков в условиях высокогорья.

По итогам исследования разработан комплекс реабилитационных мероприятий для предупреждения прогрессирования и развития инвалидизирующих форм заболеваний, определены характер и объемы мероприятий по диспансеризации в зависимости от

функционального состояния детского организма и групп здоровья, уровня медицинского учреждения, оказывающего помочь ребенку.

Доказана высокая эффективность использования в лечении и реабилитации детей с БЛЗ уникальных природных факторов республики – среднегорноморского климата побережья озера Иссык-Куль, высокогорных соляных шахт Чон-Туз.

Выявлены особенности функционирования жизненно важных органов и систем, связанные с влиянием гор. Они послужили основанием к созданию региональных нормативов для детей раннего возраста.

Установлено, что умеренная гипоксия, обусловленная горным фактором, стимулирует деятельность кислородообеспечивающих систем, оказывает протекторное влияние, повышает общую резистентность организма, влияет на нейроэндокринную регуляцию и систему иммунитета.

Получены свидетельства высокой эффективности использования горного и горноморского климата побережья озера Иссык-Куль в комплексе лечебных мероприятий при БЛЗ у детей.

Закончено 27 исследовательских тем. Защищены 4 докторских и 14 кандидатских диссертаций. Подано 6 заявок на изобретение, утверждено - 3. Получено 21 удостоверение на рационализаторские предложения, внедренные в клиниках республики. Опубликовано 680 статей в международных, союзных и республиканских изданиях, из них 20 методических рекомендаций для практических врачей республики.

Внедрены все доступные методы диагностики и санации бронхолёгочных заболеваний, гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, лазерная терапия (Алексеев В.П., Ткаченко Л.П., Урнев А.И., Власов И.Г., Шайдиев Д.Ж., Айыльчиев А.А., Бектурсунов Т.М., Скорик А.С.).

С 2006 года заведующей отделением острой респираторной инфекции является к.м.н., старший научный сотрудник Кабаева Д.Д. В отделении в настоящее время работают

- Сватковская Ольга Викторовна – врач высшей категории.
- Омуралиева Тамара Усеновна – врач высшей категории.
- Михайлова Виктория Владимировна – научный сотрудник, врач первой категории.
- Нарицина Людмила Михайловна - консультант отделения, доцент кафедры педиатрии КГМА.

В отделении проводится диагностика и лечение болезней органов органов дыхания по следующим нозоологиям:

- Тяжёлая пневмония;
- Острый обструктивный бронхит с тяжёлой дыхательной недостаточностью;
- Бронхолёгочные заболевания на фоне тяжёлых преморбидных отягощений;
- Затяжное течение пневмонии;
- Рецидивирующий обструктивный бронхит в периоде обострения;
- Часто болеющие дети (перенесшие пневмонии 3-4 раза в год) для дифференциальной диагностики;
- Хроническая бронхолёгочная патология (диффузный пневмосклероз, бронхоэктатическая болезнь);
- Хроническая бронхолёгочная патология (наследственные формы заболеваний, врождённая патология и пороки развития бронхов и лёгких, эндогенный альвеолит);
- Муковисциодоз различных форм.

Научные исследования ведутся в сотрудничестве с другими отделениями Центра – функциональной диагностикой, с лабораториями бактериологии, иммунологии и др. В отделе завершены НИР:

- в 2006 году на тему: «Обструктивный синдром при патологии респираторного тракта у детей: этиологические, клинико-патогенетические аспекты, факторы риска, тактика диагностики, лечения, профилактики»;

• в 2009 г. -2011 гг. «Мониторинг этиологически значимых патогенов в генезе острых бронхолегочных заболеваний и клинико-функциональные особенности их развития, течения, исходов у детей в современных условиях»;

• с 2012 по 2015 гг. года по проекту «Медицинские и социальные аспекты укрепления здоровья детей школьного возраста и детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах Кыргызской Республики» по фрагменту НИР: «Факторы риска, прогнозирование и профилактика бронхолёгочных заболеваний детей дошкольного и школьного возраста в Республике Кыргызстан».

В отделе с 2013 года ведутся работы по докторской диссертации по теме: «Острая бронхолёгочная патология у детей до 5 лет: прогнозирование течения, оптимизация диагностических и лечебных программ в Кыргызской Республике» и с 2016 г. кандидатской диссертации на тему: «Критические состояния у детей с пневмонией».

Опубликовано более 40 научных трудов, включающих статьи в рецензируемых журналах и тезисы в зарубежных изданиях, включая четыре методических пособия по бронхолёгочным заболеваниям.

Наряду с научной и клинической работой, сотрудники отделения активно вовлечены в оказание организационно-методической помощи организациям первичного и вторичного уровня здравоохранения. Кабаева Д.Д. с 2011 года является национальным тренером по внедрению Руководства ВОЗ «Оказание стационарной помощи детям в условиях ограниченных ресурсов» в рамках реализации пилотной Программы «Улучшение качества стационарной помощи детям» в Кыргызстане. Внедрение данной программы международными экспертами оценено успешным, и в настоящее время готовятся предложения по ее расширению. В течение 2011- 2016 гг. – участвует в проведении семинаров и последующих наблюдений по карманному справочнику в ТБ и ООБ Нарынской, Ошской, Баткенской, пилотных больницах Иссык-Кульской, Таласской и Чуйской областей.

В последнее десятилетие в силу ряда объективных социально-экономических причин сократились научные исследования проблемы бронхолегочной патологии, существенно снизилась возможность реабилитации детей с хроническими бронхолёгочными заболеваниями в уникальных условиях озера Иссык-Куль, применения высокогорной спелеотерапии (уникальное сочетание микроклимата соляных шахт и горного климата) в лечебных целях в высокогорных соляных шахтах Чон-Туз.

Внедрение результатов НИР в практическое здравоохранение позволило снизить младенческую смертность от болезней органов дыхания, добиться уточнения структуры БЛЗ, оптимизировать программы комплексной терапии профильных больных в соответствии с этиологией и особенностями течения пневмонии. Благодаря международному сотрудничеству, обучению на семинарах по респираторной патологии, алгоритмы обследования больных и их реабилитации регулярно уточняются в соответствии с международными стандартами.

В перспективе предполагается:

• Направить усилия научной общественности на оптимизацию и повсеместное внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания, использовать накопленный опыт собственной работы, стран СНГ, дальнего зарубежья.

• Продолжить научные исследования по углубленному изучению основных причин, приводящих к развитию атипичных, тяжёлых форм острых БЛЗ, факторов, способствующих неблагоприятному прогнозу, инвалидизации.

• Разработать новые подходы к проведению этиотропного лечения, современные протоколы, стандарты терапии основных форм БЛЗ на разных уровнях оказания медицинской помощи детям республики.

• Возобновить широкое использование горно-морского климата озера Иссык-Куль, лечебных факторов высокогорных соляных шахт Чон-Туз в комплексе реабилитационных мероприятий у детей с бронхолёгочными заболеваниями.

Список литературы:

1. Практическая пульмонология детского возраста (справочник -3-е издание) под ред. В.К.Таточенко. - М. - 2006. - С. 97-107.

2. Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б. Охрана материнства и детства в Кыргызской Республике: этапы становления, реформирования, подготовка врачебных кадров, деятельность НЦОМиД. – Бишкек. - 2011. - 413 с.

УДК: 616.155.194-053.2 - 07

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭРИТРОПОЭТИНА В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИРОВАНИИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Аззамова Ш.А., Абдуразакова Ш.А., Шухратова Д.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: обобщены данные, полученные разными исследователями при оценке роли эритропоэтина (ЭПО), как «универсального» тканевого протекторного цитокина, в диагностике и прогнозе хронических заболеваний, таких как, хронический пиелонефрит и целиакия у детей. Эритропоэтическая активность и плейотропные эффекты ЭПО (противовоспалительный, ангиогенез, антиапоптоз) обосновывает перспективность его дальнейшего клинического исследования.

Ключевые слова: анемия, дети, хронические заболевания, эритропоэтин, целиакия.

БАЛДАРДЫН АЗ КАНДЫК ООРУСУНДАГЫ ЭРИТРОПОЭТИНДИН ДЕНГЕЛИНИН ИЗИЛДӨӨДӨГҮ МААНИСИ

Аззамова Ш.А., Абдуразакова Ш.А., Шухратова Д.Ж.

Ташкент педиатрия институту,
Ташкент, Өзбекстан Республикасы.

Корумунду: эритропоэтиндин (ЭПО) ролун баалоо «универсалдуу» ткандык протектордук цитокин катары өнөкөт ооруларды диагноздоо жана божомолдоо ар кандай изилдөөчүлөр тарабынан алынган. Эритропоэтиндин иш-аракет жана плейотроптук таасирлери, анын андан ары клиникалык илкөөнүн келечегин негиздейт.

Ачык сөздөр: аз кандуулук, балдар, өнөкөт оору эритропоэтин, глютен оорусу.

LEVEL OF IMPORTANCE ERYTHROPOIETIN DIAGNOSIS AND MONITORING OF ANEMIA IN CHILDREN

Agzamova Sh.A., Abdurazakova Sh.A., Shuhratova D.Zh.

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Republic of Uzbekistan.

Resume: the data obtained by different researchers in evaluating the role of erythropoietin (EPO), as a "universal" tissue tread cytokine in the diagnosis and prognosis of chronic diseases such as chronic pyelonephritis and celiac disease in children. Erythropoietic activity and pleiotropic effects of EPO (anti-angiogenesis, anti-apoptosis) substantiates the prospects of its further clinical investigation.

Key words: anemia, children, chronic disease, erythropoietin, celiac disease.

Введение. Более 100 лет назад, в 1906 г. французские ученые P. Carnot и C. De Flandre первыми предположили присутствие в организме человека гормонального фактора, контролирующего эритропоэз. Назвали его гемопоэтином (эритропоэтин – ЭПО). Но лишь в 1977 году он был выделен в чистом виде. Основным источником образования гликопротеинового гормона ЭПО у взрослых являются почки, а у плода и новорожденных – печень. Эпоциты, синтезирующие до 90% ЭПО, представляют собой интерстициальные фибробласты в корковом слое почек, примыкающие непосредственно к эпителию проксимимальных канальцев почек. Остальная часть ЭПО вырабатывается гепатоцитами и печеночными фибробластоподобными Ito-клетками. ЭПО секретируется тубулярными и перитубулярными клетками почек и является одним из маркеров поражения почечного интерстиция. ЭПО регулирует пролиферацию и дифференциацию про- и эритробластов, ускоряет синтез гемоглобина в эритроидных клетках и ретикулоцитах. Он «запускает» в чувствительных к нему клетках синтез эритропоэтиновой и-РНК и энзимов, участвующих в формировании гема и глобина, цитоскелета эритроцитов, увеличивает кровоток в эритропоэтической ткани костного мозга и выход в кровь ретикулоцитов. Выработка эритропоэтина в организме человека регулируется на уровне транскрипции его гена [1, 2, 19, 20]. Функции ЭПО осуществляются через специфические поверхностные рецепторы – рЭПО. При связывании ЭПО с двумя молекулами рЭПО через активацию Jak2-тиразинкиназы, последний осуществляет запуск различных внутриклеточных путей, обеспечивающих функцию клеток эритроидного ряда. Большинство клеток этого ряда претерпевают эритроидную дифференцировку при концентрации ЭПО 0,06 нмоль, определяющих синтез специфических белков эритрона, главным образом гемоглобина [3, 4, 7, 8, 22, 27].

Нормальная функция эритрона обусловлена тремя основными компонентами: нормальной почечной продукцией ЭПО, функционирующим эритроидным костным мозгом и адекватным снабжением субстратами – железо. Дефект какого-либо из этих компонентов может привести к развитию анемии. Показателем почечной продукции ЭПО является его содержание в сыворотке крови (с-ЭПО). Продукция ЭПО регулируется в узких пределах, и уровень с-ЭПО не превышает норму (6-25 мМЕ/мл) до тех пор, пока концентрация гемоглобина не падает ниже 100-120 г/л. В этих случаях почечная продукция ЭПО в ответ на вызванную анемией гипоксию является адекватной (например, при железодефицитной анемии, гемолизе, кровопотерях, апластической анемии, неэффективном эритропоэзе). При неадекватной продукции ЭПО в ответ на анемию наблюдается ослабление или даже утрата регулируемой зависимости с-ЭПО от уровня гемоглобина (например, при хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях и т.д.) [4, 7, 13, 15].

Анемия хронических заболеваний (АХЗ) была впервые описана Maxwell Wintrobe и George Cartwright в 1949 году. Успехи в расшифровке основных механизмов АХЗ привели к повышенному вниманию к этому виду анемии, в том числе и в педиатрии. Установлено, что на долю АХЗ приходится около 10–20% всех анемий. На сегодняшний день главным звеном в патогенезе АХЗ считается гиперпродукция провоспалительных цитокинов. Они приводят к угнетению синтеза эритропоэтина и значительно снижают его эффекты, направленные на усиление пролиферации и созревания эритроидных предшественников [7, 8, 14, 15, 16]. Основными критериями ее диагностики являются снижение уровня сывороточного железа и насыщение трансферрина железом при сохранных запасах железа в ретикулоэндотелиальной ткани (нормальный уровень ферритина).

Анемия является наиболее частым спутником хронического пиелонефрита (ХП). ХП является самым частым заболеванием органов мочевой системы во всех возрастных группах. Социальная важность проблемы объясняется большой распространенностью ХП в детском возрасте, склонностью к затяжному, рецидивирующему течению, ранней инвалидацией, а также преобладанием латентных форм патологии, что, в дальнейшем у

взрослых - приводит к развитию хронической почечной недостаточности, анемии и артериальной гипертензии [2, 10, 11, 19, 22].

В течение последних лет рост заболеваемости ХП обусловлен не только совершенствованием диагностики и диспансеризации детей, но и возросшей вирулентностью и антибиотикоустойчивостью микроорганизмов, а также, увеличением количества детей с аномалиями развития органов мочевой системы.

Несмотря на применение современных антибактериальных препаратов и определенную тенденцию к оптимизации результатов лечения, процент инвалидизации таких детей не уменьшается. Среди причин первичной инвалидизации вследствие заболеваний органов мочевой системы доля ХП составляет 21-25%. Одним из ведущих синдромов, возникающих вследствие ремоделирования тубулоинтерстициальной ткани и нефросклероза, у детей с ХП является анемия. Главным фактором развития анемии считается относительный или абсолютный недостаток продукции эритропоэтина (ЭПО). Естественным физиологическим стимулом, увеличивающим количество синтезирующих эритропоэтин клеток, является гипоксия. При нормальном уровне парциального давления О₂ в ткани почки радикалы кислорода, продуцируемые оксидазой, прежде всего перекись водорода, препятствуют формированию в почечной ткани «индуцируемого гипоксии фактора-1 (ИГФ-1)», стимулирующего транскрипцию эритропоэтиновой и-РНК и синтез эритропоэтина. При снижении кислородного обеспечения ткани почек (рО₂ до 20–40 мм рт. ст.) продукция оксидазой перекиси водорода уменьшается. Нарастает активация ИГФ-1 в цитозоле и его перемещение в ядро клетки, где ИГФ-1 специфически связывается с ДНК, вызывая экспрессию гена эритропоэтина. Это мощные компенсаторные механизмы, обеспечивающие в условиях нарастающей ишемии повышенное образование эритропоэтина и достаточный гемопоэз (анемия, как правило, не определяется). Поэтому на этой стадии заболевания вполне ожидаемо увеличение уровня эритропоэтина – «нарастающая» компенсация. Усугубление ишемии негативно влияет не только на функциональное состояние, но и на жизнеспособность эпителия перитубулярных капилляров. На этом фоне в мозговом веществе почки увеличивается концентрация лактата с параллельным сдвигом рН в кислую сторону и дальнейшим усугублением гипоксии интерстиция. Страдает функция и выживаемость перитубулярных фибробластов, и продукция эритропоэтина резко падает [2, 10, 22, 26, 28].

Анемия также, является частым спутником заболеваний, протекающих с синдромом мальабсорбции, и, в первую очередь, целиакии (Ц). По данным литературы, анемия при целиакии наблюдается у 40% детей [3, 5, 24]. Причиной ее развития, прежде всего, является выраженное нарушение кишечного всасывания, в том числе железа, фолиевой кислоты, витамина В12, аминокислот и других нутриентов, необходимых для полноценного эритропоэза. Однако в наибольшей степени страдает всасывание железа, что определяет преимущественно железодефицитный характер анемии при целиакии. С другой стороны, скрытая Ц при ЖДА неясного происхождения определяется в 2,8% случаев.

В последние годы по многим направлениям активно изучается Ц у детей и взрослых как весьма распространённое инвалидизирующее заболевание с хроническим волнообразным течением. В 1888 году Лондоне врачом Бартоломеевского госпиталя Samuel Gee, описано три основных симптома заболевания: хронический понос, прогрессирующее снижение веса тела и большой дряблый живот. Долгое время причина болезни оставалась невыясненной. Годами испытывали разные диеты (рисовую, банановую), и только в 1950 году началась эра беззлаковой диеты, когда голландским педиатром Willem Karel Dicke с сотрудниками было доказано, что внешним фактором, который вызывает Ц, является глютен. В 1952 г. G. McIver и J. French впервые успешно применили аглютеновую диету для лечения этого заболевания. Однако, и в настоящее время, Ц (шифр по МКБ-Х) - Целиакия (глютеновая энтеропатия): К90.0 синонимы: глютеновая болезнь, глютеновая энтеропатия нетропическая спру, болезнь Ги-Гертера-

Гейбнера) остается наименее изученным аутоиммунным заболеванием, основным проявлением которого является синдром мальабсорбции, что приводит к формированию нарушений во всех видах обмена, клиническому полиморфизму, затрудняет диагностику, ведет к развитию множества дефицитных состояний, сопровождается сложностями адаптации ребенка в обществе, ведет к инвалидности. В структуре наследственных форм синдрома мальабсорбции у детей первое место по данным зарубежных исследователей занимает Ц, частота которой в Европе составляет от 1:184, 1:250 детей при соотношении явных и скрытых форм 1:6. В российских популяциях и странах ближнего зарубежья распространность Ц у детей находится в стадии изучения, в частности, в Казахстане она составляет 1:262 детской популяции, Узбекистане (Ташкентский регион) - 1:366. Основную группу больных Ц (90–98%) составляют лица с лейкоцитарным антигеном II класса HLA-DQ2 [11]. Вторая группа больных (2–10%) имеет лейкоцитарный антиген II класса HLA-DQ8. HLA-DQ2 встречается у 30% европейцев и почти не выявляется в Азии [3, 5, 6, 12, 25]. Наличие антигенов HLA-DQ2 или HLA-DQ8 – первое необходимое условие развития болезни, второе условие – присутствие в пище глютена, содержащегося в злаках (пшеница, рожь, ячмень).

Диагностика Ц достаточно сложна, так как практически не имеется ни одного симптома, который бы встречался у 100% больных с Ц, а присутствующие симптомы нередко выражены в разной степени, что ведет к множеству диагностических ошибок. Многообразие вариантов клинического течения, включая атипичные, бессимптомные и латентные, создают значительные сложности для ранней диагностики Ц. Недостаточное знакомство практикующих врачей с Ц приводит к тому, что даже при типичном течении диагноз устанавливается в среднем через 11,7 лет.

Гематологические проявления могут быть первыми признаками заболевания, а при атипичных его проявлениях – единственными. Развитие анемии при Ц возникает в результате нарушения всасывания железа и ряда других нутриентов, а также с повышенной активностью провоспалительных цитокинов. Наиболее выраженная дефицитная анемия сопутствует так называемой истинной идиопатической Ц. Имеется комбинация нескольких механизмов развития анемии, как железодефицитной анемии (ЖДА) и анемии хронических заболеваний (АХЗ) [9, 18, 19, 24]. ЖДА – наиболее частая форма анемии при Ц. Железодефицитное состояние, не поддающееся медикаментозной коррекции, может быть единственным симптомом манифестации Ц, особенно в детском возрасте. Она наблюдается в 46% случаев субклинического (стертого) течения Ц. Дефицит железа при Ц – это, прежде всего результат нарушенного всасывания железа вследствие атрофии ворсин слизистой оболочки тонкой кишки. Другой путь развития ЖДА – скрытое желудочно-кишечное кровотечение, которое выявляют у 25–54% больных с Ц. В исследовании, проведённом в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии (г. Москва), Ц как причина ЖДА в группе пациентов с неясной анемией была выявлена у 47,5% пациентов. По представленным в метаанализе исследованиям T.R. Halfdanarson (2007) целиакию выявили в среднем у 5–6% пациентов с ЖДА. Но эти исследования были весьма гетерогенны по своему дизайну.

В настоящее время имеются достаточно убедительных данных о том, что в развитии анемии при Ц значительную роль могут играть цитокиновые механизмы, то есть имеет место так называемая АХЗ. Цитокины, продуцируемые лимфоцитами, макрофагами и другими клетками ретикулоэндотелиальной системы, приводят к изменению обмена железа, снижению пролиферации эритроидных клеток-предшественников, снижению продукции эритропоэтина (ЭПО) и продолжительности жизни эритроцитов. В этом плане, ЭПО является основным цитокином, регулирующим процесс эритропоэза – созревание эритроцитов из незрелых костномозговых предшественников [18, 19, 22, 23].

Обсуждение. Патогенез анемии при ХП сложный и до конца не изучен. Поэтому поиск предикторов развития нефрогенной анемии, формирование групп риска по ее развитию уже на ранних стадиях формирования ХП является приоритетным. Ряд

исследователей показывают ранние и значительные нарушения в эритроне при ХП, даже при отсутствии анемии - снижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов, укорочение продолжительности их жизни и усиление неэффективного эритропоэза. Главным фактором развития анемии считается относительный или абсолютный недостаток продукции ЭПО. В последние годы получены важные данные о биологических свойствах ЭПО, его роли в патогенезе почечной анемии. Тем не менее, многие вопросы, касающиеся продукции ЭПО при ХП остаются неясными. Так в последние годы было показано, что в ряде случаев при уремии сморщеные почки способны вырабатывать достаточное количество ЭПО. У некоторых пациентов с анемией при ХПН сохранена способность синтезировать ЭПО в ответ на острую потерю крови и гипоксию.

Разнообразие клинических проявлений Ц у детей в зависимости от формы и периода заболевания обусловлено многими эндогенными и экзогенными причинами. Нарушения функций тонкой кишки при Ц не всегда сопровождаются отчетливой клинической симптоматикой, иногда маскируясь внецишечными расстройствами. В целом все это создает значительные диагностические трудности. Трудности диагностики Ц усугубляются, также отсутствием унифицированных клинико-лабораторных алгоритмов, а предлагаемые лабораторные алгоритмы не удовлетворяют практическое здравоохранение из-за своей сложности и труднодоступности. Гематологические проявления при Ц многообразны, однако наиболее частое из них – анемия, а именно ЖДА и АХЗ. Анализ литературных данных указывает на то, что при Ц АХЗ сопровождается значительным снижением продукции основного стимулирующего эритропоэз фактора - ЭПО, вызывающего дифференцировку эритропоэтин-чувствительных клеток костного мозга, апосредованно через гепсидин-цитокиновые механизмы. Тем не менее, многие вопросы, касающиеся продукции ЭПО и развитии анемии при Ц остаются неясными.

Выводы. Экспрессия рЭПО идентифицирована не только на клетках гемопоэтических линий, но также и в других тканях, например в эпикарде и перикарде, гладкомышечных клетках и нейронах. Найдены и другие участки (сайты) продукции ЭПО: матка и головной мозг. Данные о широком распространении рЭПО в тканях позволяет обоснованно предполагать, что недостаток в системе ЭПО-рЭПО может приводить к различным биологическим проявлениям. Главным фактором, регулирующим продукцию ЭПО, является гипоксия. В условиях гипоксии количество циркулирующего в плазме ЭПО возрастает в 1000 раз и достигает 5-30 Ед/мл.

На сегодняшний день основное направление научного поиска, связанного с проблемой ХП, это поиск новых управляемых факторов, способствующих прогрессированию болезни до стадии ХПН. Существующие исследования указывают на анемию как на один из таких факторов. На данный момент описаны различные предикторы анемии, однако количественных характеристик степени их влияния, пригодных для практического применения не существует. Основную роль в генезе анемии играет уровень эндогенного эритропоэтина. Получены новые важные данные о биологических свойствах, роли эритропоэтина и его рецепторов в функционировании негематологических тканей. В этой связи изучение роли эритропоэтина не только в формировании анемии, но и в прогнозировании течения ХП и Ц является актуальной.

Список литературы

1. Бакиев В.И., Коломоец Н.М. Эритропоэтин в клинической практике // Клин.медицина. – 2007. - №9. - Т.85. – С. -30-37.
2. Балашова Е.А. Нефрогенная анемия у детей: поиск факторов риска и путей профилактики // Сборник материалов региональной конференции дипломированных специалистов «Молодые ученые – медицине». – Самара. – 2009. – С.251-257.
3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. Целиакия: состояние проблемы // Лечащий врач. - 2003. - № 6. - С. 69-71.

4. Громова О.А., Торшин И.Ю., Хаджидис А.К. Анализ молекулярных механизмов воздействия железа (II), меди, марганца в патогенезе железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и фармаэкономика. - 2010.- № 1. - С. 1—9.
5. Камилова А.Т. Иммуногенетические маркеры целиакии в узбекской популяции. Материалы юбилейного XV Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Москва. - 2008. - С. 279-280.
6. Кондратьева Е.И., Пузырев В.П., Назаренко Л.П., и др. Клинико — генетические параллели при целиакии у детей Томска // Педиатрическая фармакология. - 2007. - Т. 4. - №5. - С. 25 - 32.
7. Козловская Л.В., Рамеев В. В., Саркисова И. А. Патогенез и клиническое значение анемии хронических заболеваний //Анемия. - 2005. - № 4. - С. 4—10.
8. Левина А.А., Цибульская М.М., Щербинина С.П., и др. Диагностическое значение комплексного исследования показателей метаболизма железа в клинической практике // Гематол. и трансфузiol. - 2005. - № 5. - С. 23-8.
9. Лошкова Е. В. Генетические и иммунологические механизмы формирования клинических проявлений целиакии у детей и подростков и их значение в реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. - 2009. - 27 с.
- 10.Мазур Л. И., Маковецкая Г. А., Балашова Е. А. Факторы риска формирования нефрогенной анемии у детей // Сборник Трудов XIV Всероссийского Конгресса «Экология и здоровье человека». - Самара, - 2009. – С 46-51.
- 11.Маковецкая Г.А., Мазур Л.И., Балашова Е.А. Особенности формирования анемии при хронической болезни почек у детей // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. – 2009. - №3 (87). – С. 6-12.
- 12.Малкоч А.В., Бельмер С.В., Анастасевич Н.А. и др. Анемии в детской гастроэнтерологии // Анемия. - 2006. - № 1-2. - С. 59—63.
- 13.Павлов А., Морщакова Е. Эритропоэтин: открытия и достижения // Медицинская газета, 30.08.2006. - №65. – С.11.
- 14.Стуклов Н.И. Показатели эритрона в дифференциальной диагностике, выборе терапии и оценке эффективности лечения анемий при гинекологических и онкогинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М.. - 2011.
- 15.Стуклов Н.И. Метаанализ данных переносимости питьевой формы глюконата железа (II), меди и марганца (препарат Тотема) при лечении железодефицитной анемии у детей и взрослых // Земский врач. – 2012. - № 4С. – 11-20.
- 16.Тарасова И.С., Чернов В.М. Факторы, определяющие правильность и эффективность лечения детей с железодефицитной анемией // Вопросы практической педиатрии. – 2011. - № 6 (3). – С. 49-53.
- 17.Эгамбедиева Д.А. Влияние эритропоэтина на функциональное состояние сердца и почек у больных хронической почечной недостаточностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент. - 2010. - 26 с.
- 18.Янкина Г.Н. Клинико-генетические и иммuno-морфологические аспекты целиакии у детей. Стратегия реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. - 2014. - 46 с.
- 19.Bergamaschi G, Markopoulos K, Albertini R, et al., Anemia of chronic disease and defective erythropoietin production in patients with celiac disease // Haematologica. - 2008 Dec; 93(12). - P. 1785-91.
- 20.Carnot P., De Flandre C. Sur l'activite hemopoietique de serum au cours de la regeneration du sang //C.R. Acad. Sci (Paris) 1996; 143. – P. 384-386.
- 21.Flake A.W., Harrison M.R., Adzick N.S. et al., Erythropoietin production de the fetal liver in an adult environment/ Blood. – 1987 - № 70 (2). – P. 542-545.
- 22.Gasche C., Kulnigg S. Intravenous Iron in Inflammatory Bowel Disease // Seminars in Hematology. – 2006. - Vol. 43. - № 4. - Suppl 6, S18—S22.
- 23.Karnam U.S., Felder L.R., Raskin J.B. Prevalence of occult celiac disease in patients with iron-deficiency anemia: a prospective study // South Med J. - 2004; 97 (1). – P. 30—34.
- 24.Rashid M., Cranney A., Zarkadas M. et al. Celiac disease: evaluation of the diagnosis and dietary compliance in Canadian children // Pediatrics. - 2005; 116 (6). – P. 754—759.
- 25.Revel-Vilk S., Tamary H., Broide E. et al. Serum transferrin receptor in children and adolescents with inflammatory bowel disease // Eur J Pediatr. - 2000; 159. – P. 585—589.

26. Rianthavorn P, Boonyaparpong P. Ergocalciferol decreases erythropoietin resistance in children with chronic kidney disease stage 5 // *Pediatr Nephrol*. - 2013 Aug; 28(8). - P. 1261-6.
27. Theurl I, Mattle V, Seifert M., et al. Dysregulated monocyte iron homeostasis and erythropoietin formation in patients with anemia of chronic disease // *Blood*. - 2006. - May 15;107 (10). - P. 4142-8.
28. Warady B.A, Silverstein D.M. Management of anemia with erythropoietic-stimulating agents in children with chronic kidney disease // *Pediatr Nephrol*. - 2014. - Sep; 29(9). - P. 1493-505.

УДК 616.08-031.059.616.2

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «АСКОРИЛА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

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

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

Резюме: в данной статье проведена оценка эффективности и безопасности использования препарата «Аскорил» в ингаляциях в лечении острых респираторных заболеваний у детей. Исследование показало, что на фоне ингаляций с использованием препарата «Аскорил» у 72% детей уменьшились тяжесть и длительность кашля, при этом побочных реакций на фоне терапии не наблюдалось ни у одного ребенка.

Ключевые слова: ингаляции, дети, ОРИ, лечение.

БАЛДАРДЫН ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНЫН ООРУЛАРЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО «АСКОРИЛ» МЕНЕН КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

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

Асфендияров С.Д. атындағы Казак мамлекеттік медициналық университети,
Алматы, Казахстан Республикасы.

Корутунду: бул макалада балдардын курч респиратордук ооруларын дарылоодо «Аскорил» препаратынын ингаляцияга колдонуу натыйжалуулугу жана коопсуздугу бааланды. «Аскорил» препараты менен ингаляциялоо алкагында 72% балдарда жөтөлдүн салмагы жана узактыгы азайды, дарылоо убагында бир да балада терс таасир деги байкалган жок.

Ачык сөздөр: ингаляциялар, балдар, курч респиратордук оорулары, дарылоо

THE EXPERIENCE OF "ASKOR" IN COMPLEX TREATMENT RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

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

Department of Pediatrics and Neonatology Institute of Postgraduate Studies KazNMU named SD Asfendiyarov,
Almaty, Republic of Kazakhstan.

Resume: this article presents an analysis evaluated the efficacy and safety of "Ascoril" drug inhaled in the treatment of acute respiratory infections in children. The study showed that against inhalation using "Ascoril" drug in 72% of children reduce the severity and duration of cough, with adverse reactions to therapy were not observed in any of the child.

Key words: inhalation, children, ARI, treatment.

Актуальность. В структуре патологии детского возраста болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест. Среди заболеваний детей раннего возраста патология респираторного дыхания занимает лидирующее положение, составляя по данным медицинской статистики по г. Алматы более 50%. Высокий уровень болезней органов дыхания в возрастной группе 1-3 лет можно связать несколькими основными причинами: анатомо-физиологическими особенностями респираторной системы, напряженностью иммунитета, загрязнением атмосферы крупных мегаполисов, а также высокой подверженностью микробной агрессии у детей данной группы [1, 2]. Несмотря на многочисленные исследования и проводимые лечения на современном уровне заболевания органов дыхания у детей раннего возраста остаются для педиатров, а ныне и для врачей общей практики сложной проблемой [1, 3].

В последние годы наметились значительные изменения в лечении патологии респираторного тракта и легких, благодаря активному внедрению в лечебную практику ингаляционных методов терапии, эффективной доставки лекарств в дыхательные пути и расширению круга специально созданных лекарственных средств, разрешенных к использованию в виде лечебных аэрозолей [2]. Современная ингаляционная терапия представляет собой неотъемлемый компонент комплексного лечения заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, который позволяет уменьшить потребность в системных медикаментозных средствах либо полностью отказаться от них. Анализируя опыт использования различных ингаляционных приборов в лечебных целях, следует отметить, что к наиболее надежным ингалятором, обеспечивающим эффективную доставку лекарств в дыхательные пути маленького ребенка, следует отнести – небулайзер. Поэтому используемый компрессионный ингалятор должен быть обязательно протестирован и соответствовать стандартам требований. Согласно Европейскому тестовому стандарту [2, 4], респирабельная фракция должна составлять не менее 50% генерируемых аэрозольных частиц, размером не более 5 мкм, остаточный объем лекарственного вещества после ингаляции не более 1 мл, рекомендуемый поток 6-10 л/мин, давление 5-7 бэр, производительность не менее 0,2 л/мин. Небулайзеры, имеющие стандартизированные параметры, как правило, надежны, а небулайзерная терапия с использованием таких приборов вполне конкурентна, системному приему лекарственных средств.

С *целью* проведения сравнительной оценки эффективности и безопасности лечения раствором «Аскорил» между небулайзерной терапией и пероральным применением, в комплексном лечении детей с респираторной патологией.

Материалы и методы. Нами проведено открытое клиническое исследование. Под наблюдением находились 34 ребенка в возрасте от 2-х до 14-ти лет с острой формой патологии респираторного тракта (ОРВИ, бронхиты, обструктивные бронхиты и внебольничные пневмонии). Все дети наблюдались и лечились в отделении пульмонологии ДГКБ №2 г.Алматы. Период наблюдения составил два года (2015-2016 гг.). Из 34 детей, 14 пациентов получали раствор аскорила per os, что составило – 41,2%, а 58,8 % (20 случаев) получали небулайзерную терапию. Препарат был использован согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного средства. Торговое название – Аскорил Экспекторант. Лекарственная форма – оральный раствор, 100 мл, зарегистрирован на территории РК, приказом №865 Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД) МЗ СР РК от 12.12.2014 г.

Данный препарат по фармакотерапевтическим свойствам является комбинированным ЛС с бронходилатирующим, муколитическим и отхаркивающим действием, тем самым «Аскорил» предназначен для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей. Он имеет в своем составе три компонента, в который входят сальбутамол, гвайфенезин и бромгексин. Состав подобран таким образом, что все составляющие лекарства дополняют лекарственное действие друг друга, усиливая его. Сальбутамол – бронхолитическое средство, стимулирует бета2-адренорецепторы бронхов, кровеносных сосудов и миометрия. Предупреждает или устраняет спазм бронхов, снижает

сопротивление в дыхательных путях, увеличивает ЖЕЛ. Вызывает расширение коронарных артерий, не снижает АД. Бромгексин – муколитическое средство, оказывает отхаркивающее и противокашлевое действие. Увеличивает серозный компонент бронхиального сокрета; активирует реснички мерцательного эпителия, снижает вязкость мокроты, увеличивает ее объем и улучшает отхождение. Гвайфенезин – муколитическое средство, уменьшает поверхностное натяжение структур бронхолегочного аппарата; стимулирует секреторные клетки слизистой оболочки бронхов, вырабатывающие нейтральные полисахариды, деполимеризует кислые мукополисахариды, снижает вязкость мокроты, активирует цилиарный аппарат бронхов, облегчает удаление мокроты и способствует переходу непродуктивного кашля в продуктивный.

Из нашего исследования были исключены дети, имеющие тяжелые фоновые заболевания и патологические состояния:

- страдающие хроническими, генетическими детерминированными, врожденными и системными заболеваниями;
- имеющие патологию, сопровождающуюся тяжелыми функциональными расстройствами (заболевания сердца, печени, почек и пр.органов).
- страдающие тяжелой бронхолегочной патологией (бронхолегочная дисплазия, бронхиолитом и пр.).
- имеющие проявления поллиноза и/или сенсибилизацию к препаратам растительного происхождения в анамнезе.

14 детей принимавших «Аскорил» перорально, получали по схеме: дети от 6 до 12 лет – по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в день; дети от 2 до 5 лет – по 2,5 мл (1\2 чайной ложки) 3 раза в день. Продолжительность лечения определялась индивидуально, в соответствии с проявлениями клинических признаков.

Небулайзерная терапия раствором Аскорила назначалась 20 детям в составе комплексной терапии. В камеру небулайзера помещалось 25-30 капель препарата, который разводился физиологическим раствором (0,9% NaCl) в соотношении 1:2 или 1:3. Ингаляции проводились 2 раза в день. Продолжительность небулайзерной терапии ОРВИ, бронхитов, обструктивных бронхитов и пневмонии определялась характером заболевания, выраженностю и стойкостью явлений дискринии и обструктивного состояния, что составило в среднем 7-10 дней. У всех больных диагноз респираторного заболевания был верифицирован на основании типичных клинических проявлений и результатов клинико-лабораторного обследования и алгоритмов терапии.

У наблюдавших нами детей в основном были клинические проявления острой респираторной инфекции по типу бронхита у 56,5% больных, обструктивным бронхитом – 26,3% больных и острой внебольничной пневмонией 17,2% пациента. Ведущими симптомами ОРИ были: кашель в 100% случаев, наличие одышки 42,6%, наличие мокроты 78,6%, характерных хрипов в легких 93,3%, локальные перкуторные данные были у 14,2% больных. Все пациенты, с первых дней проявления болезни, получали комплексное лечение, соответствующее нозологической форме заболевания, с учетом особенностей течения и сопутствующей фоновой патологии. Следует отметить, что, несмотря на отсутствие признаков бактериальной инфекции, у 23,6% пациентов с явлениями ОРИ проведено антибактериальное лечение. Из антибактериальных препаратов наиболее часто назначались: цефалоспорины 2 и 3 поколения и аминопенициллины, реже макролиды. В лечении бронхитов широко использовались противовоспалительные (Эреспал), бронхолитическое (Проспан), антигистаминные (Зиртек, Кларитин), бронхоспазмолитические (Беродуал, Сальбутамол), гормональные (Пульмикорт) и иммунокоригирующие (ИРС-19) и другие симптоматические препараты по мере надобности.

Результаты и их обсуждение. Сравнительная эффективность небулайзерной терапии с пероральным применением раствора «Аскорил» оценивалась по единому протоколу согласно динамике обратного развития основных клинических проявлений

ОРИ: кашель, одышка, экспекторации мокроты, хрипов в легких, симптомов бронхиальной обструкции в сроки: до начала небулайзерной терапии и приема рег ос на 3-й, 5-й и 7 день терапии.

В ходе исследования нами изучались лечебные возможности применения и рекомендации в дальнейшем ингаляционного применения раствора «Аскорил», его безопасность, особенностей взаимодействия с лекарственными средствами, традиционно используемые в терапии ОРИ в детском возрасте. Так как, небулайзерная терапия раствором «Аскорил» нами была использована впервые в педиатрической практике. Мы в основном и оценивали его эффективность, можно ли будет в последующем рекомендовать небулайзерную терапию в детской практике.

В наших наблюдениях мы не выявили каких-либо побочных или негативных явлений, непосредственно связанных с ингаляционной небулайзерной терапией раствором «Аскорил». Не выявлено также отрицательных лекарственных взаимодействий с препаратами, использованными для комплексного лечения ОРИ у детей.

Заключение. Таким образом, лечебный эффект по результатам наших наблюдений был оценен как отличный у 72% больных, как хороший у 46% и как удовлетворительный только у 4 % с течением внебольничной пневмонии.

Следует отметить, что эффективность и безопасность небулайзерной терапии препаратом «Аскорил» в растворе, полученный в комплексном лечении детей с ОРИ позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Применение ингаляционной небулайзерной терапии у детей при острой патологии респираторного тракта является простым и эффективным методом лечения, что можно рекомендовать широкое применение в комплексной терапии при наиболее часто встречающихся ОРИ.

2. Ингаляционная небулайзерная терапия раствором «Аскорил» безопасна, не имеет лекарственных взаимодействий, хорошо сочетается с наиболее часто используемыми в лечении ОРИ лекарственными препаратами и может быть использована в комплексном лечении в частности при обструктивных формах бронхитов у детей.

Список литературы:

1. Геппе Н.А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей. Практическое рук-во для врачей. М.: ООО «Колор Ит Студио». - 2000. - 84 с.
2. Сорока Н.Д., Гомозова С.П. и соавт. Эффективность и безопасность клинического применения сухого экстракта листьев плюща в лечении заболеваний органов дыхания у детей // - 2008. - №4. - С.86-92.
3. Глобальная инициатива по бронхиальной астме. Карманное руководство для специалистов здравоохранения. Пересмотр 2015 г. Основана на докладе «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы».
4. Сорока Н.Д., Коршунова Е.В., Рябых О.В. и др. Эффективность и безопасность ингаляционного метода лечения препаратом Проспан (сухой экстракт листьев плюща) острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста // Журнал «Лечебный Врач». – 2010 - №6.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: в статье приведены результаты изучения особенностей этиологической структуры острого обструктивного бронхита (ООБ) у 134 детей раннего возраста.

Ключевые слова: этиологическая структура, острый обструктивный бронхит, дети раннего возраста, особенности, ПЦР-диагностика.

ҮЧ ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН КУРЧ МЕЗГИЛДЕГИ ОБСТРУКТИВДҮҮ БРОНХИТИНИН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М.

Б.Н.Ельцин атындағы Кыргыз-Орус Славян Университети,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: бул макалада 134 үч жашка чейинки балдардын курч мезгилдеги обструктивдүү бронхитинин этиологиялык өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн.

Акыч сөздөр: этиологиялык структурасы, курч мезгилдеги обструктивдүү бронхит, үч жашка чейинки балдар, өзгөчөлүктөрү, ПЦР.

ETIOLOGICAL FEATURES OF A CURRENT IT IS ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS AT CHILDREN OF EARLY AGE

Bokonbaeva S. Dj., Apsamatova N. M.

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: the results of the study of the etiological features of acute obstructive bronchitis in 134 infants.

Key words: PCR, acute obstructive bronchitis, children of early age.

Актуальность. Острый обструктивный бронхит (ООБ) занимает одно из ведущих мест в респираторной патологии детей раннего возраста. Так, в структуре заболеваемости органов дыхания у детей первых трех лет жизни ООБ регистрируется в 30-50% случаев [1]. Причем, как правило, первый эпизод обструкции бронхов в 72% случаев развивается у детей раннего возраста, чаще на первом году жизни [2]. Обусловлено это тем, что резистентность воздухоносных путей, способствующая развитию обструкции, обратно пропорциональна их радиусу. А на мелкие бронхи у детей раннего возраста приходится 80% всех воздухоносных путей, в то время как у детей старшего возраста – только 20% [3].

Острый обструктивный бронхит (ООБ) – полииатиологическое заболевание, вызываемое разнообразной микрофлорой. В этиологии указывают на важную роль в этиологии вирусов: респираторно-синцитиального (РС) вируса (в 50%), вируса парагриппа (в 30%), гриппа (в 15%), адено-вирусов (в 10%), риновируса (в 10%), энтеровирусов (в 5-10%) и цитомегаловирусов (ЦМВ) в 2% [4]. На основании наблюдений в различных регионах, установлены эпидемически актуальные вирусы, вызывающие ООБ [1]. Так, в Московской области в большинстве случаев выделен адено-вирус, на 2-ом месте - РС-

вирус, на 3-ем - вирус парагриппа [1]. В США и Франции наиболее часто наблюдаются РС-бронхиолиты, далее - вирусы парагриппа и гриппа [5]. В нашей стране такие исследования не проводились.

Указывают и на важную этиологическую роль микробной флоры. По данным Мизерницкого Ю.Л. с соавт. [6], это *Haemophilus influenza* (в 50%), *Streptococcus pneumonia* (в 30,7%), *Moxarella catarrhalis* (в 17%), *Staphylococcus aureus* (в 2%). Однако оценить этиологическую роль бактерий затруднительно, так как они являются условно патогенными компонентами нормальной микрофлоры дыхательных путей. С целью дифференциации возможно определение массивности микробного обсеменения.

Следует подчеркнуть, что этиоструктура ОOB изменчива и зависит от эпидемиологической ситуации, условий инфицирования, преморбидного фона и возраста детей. Так указывают на то, что у детей первого года жизни этиологически значимыми являются ЦМВ, энтеровирусы, ВПГ, риновирус, РС-вирусы, вирусы парагриппа 3-х типов и *Chlamydia trachomatis* [7]. У каждого четвертого ребенка грудного и раннего возраста ведущую роль играют РС-вирус и вирус гриппа А (70%), далее с равной частотой причиной обструктивного бронхита являются адено-вирусы, вирусы парагриппа и гриппа В (30%) [8]. Отмечают, что в последние годы в развитии ОOB возросла (в 15-30%) роль внутриклеточных возбудителей - микоплазменной и хламидийной инфекций [9, 10, 11, 12, 13]. Частые заболевания респираторного тракта ведут к формированию хронической бронхолегочной патологии [6]. У части детей рецидивирующие обструктивные бронхиты (РОБ) являются дебютом бронхиальной астмы [14].

Таким образом, исследования, касающиеся этиологии ОOB, разнообразны и противоречивы. Региональные особенности этиоструктуры ОOB в доступной литературе практически не представлены. В то же время рост заболеваемости, высокий риск рецидивирования заболевания, возможность хронизации и реализации в бронхиальную астму определяют актуальность изучения этиологической структуры ОOB.

Цель исследования. Изучить этиологическую структуру ОOB у детей раннего возраста для совершенствования диагностики и терапии заболевания.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в отделении неотложной соматики Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи №3 (ГДКБСМП) г. Бишкек. Изучались мазки из зева и мокроты у 134 детей в возрасте от 2 месяцев до 3-х лет молекулярно-генетическим методом (ПЦР-диагностикой). У 100 детей в смыках из носоглотки ПЦР-диагностика проводилась на ЦМВ и вирус простого герпеса (ВПГ). Забор мокроты проводился по методике, рекомендуемой фирмой-производителем тест-системы. Использовались тест-системы фирмы ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирск, НПФ «Литех», «ДНК технологии» (Россия). Процедура детекции выполнялась в режиме реального времени на ПЦР анализаторе (Mini Opticon) фирмы Biorad (США). Исследование проводилось в ПЦР лаборатории МУНЦ БМИ КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Нами впервые в стране проведено комплексное одномоментное ПЦР-исследование мазка из зева на наличие у 20 больных детей 10 видов ОРВИ. (гриппа А, В, метапневмовируса, адено-вируса, бокавируса, риновируса, парагриппа 1,2,3,4 типы, коронавируса) у 20 детей и на РС-вирус у 34 детей. Использовали тест системы «РИБО-преп» ПЦР комплект "Амплисенс" прибором Rotor-Gene 6000, программная версия 1.8.17.5. Эти исследования проводились в лаборатории вирусологических и молекулярно-генетических исследований ЦМиМГИ Департамента профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора Кыргызской Республики города Бишкек.

Для обработки полученных результатов использовался комплекс методов математико-статистического анализа данных с помощью пакета прикладных программ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics), не зависящих от характера распределения, с использованием распределений параметров на нормальность критерииев Колмогорова-Смирнова. Для статистической проверки гипотез, основанных на нормальном

распределении использовали z-критерий, а при небольшом объёме выборки рассчитывали доверительный интервал с вероятностью 95%. Если z-критерий был меньше 1,96, то различия не достоверны ($p>0,05$). Различия считались достоверным и при z-критерии $>2,054$ ($p<0,04$), $z>2,326$ ($p<0,02$), $z>2,576$ ($p<0,01$) и $z>3,291$ ($p<0,001$).

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании на вирусную инфекцию мазка из зева и мокроты у 134 детей с ОOB положительная ПЦР выявляется в 66,4% случаев (z-критерий = 5,1 и $p<0,001$).

В смывах из носоглотки 100 обследованных ОOB больных ДНК на ЦМВ и ВПГ выявлены у 49 (49%). Из них положительная ПЦР на ЦМВ отмечается у 36 (36,0%) и достоверно реже - у 10 (10,0%; z-критерий=4,2; $p<0,001$) - на ВПГ. А у 3-х детей (3%) отмечается положительная ПЦР и на ЦМВ и на ВПГ. Следовательно, и в нашем регионе в этиологии ОOB достоверно (z-критерий=4,2; $p<0,001$) преобладает ЦМВ над ВПГ.

Следующим этапом наших исследований явилась комплексная одномоментная ПЦР-диагностика мазка из зева 20 больных ОOB на наличие 10 видов ОРВИ. Положительные результаты выявлены на 6 вирусных инфекций: РС-вирус, риновирус, коронавирус, метапневмовирус, парагрипп 3-его типа, грипп В. Наличие ДНК на адено-вирусы, вирус гриппа А, бокавирусы и парагриппа 1,2,4-го типов не выявлено.

Таким образом, по результатам ПЦР в этиоструктуре ОOB у детей раннего возраста из всех обследованных ОРВИ на первом месте (у 58,8%) достоверно чаще ($z=3,5$; $p<0,001$) стоит РС-вирус в виде моно- или микст-инфекции с риновирусом, коронавирусом и парагриппом 3-его типа. Затем следуют ЦМВ в виде моно- или в сочетании с ВПГ (39,0%; $z=4,0$; $p<0,001$), риновирус в виде моно- или микст-инфекции с РС-вирусом (в 25,0%; $z=1,9$; $p>0,05$), ВПГ в виде моно- или в сочетании с ЦМВ (13,0%) Далее по частоте следуют риновирус у 25% (95% ДИ: 0,0788; 0,3559), коронавирус у 10% (95% ДИ: 0,0198; 0,2264), метапневмовирус у 5% (95% ДИ: 0,0063; 0,1771), парагрипп 3 типа у 5% (95% ДИ: 0,0063; 0,1771).

Установлено, что все другие ОРВИ встречаются значительно чаще ($z= 4,8$; $p<0,001$), чем вирусы гриппа А и В. Связано это, видимо, с тем, что набор материала осуществлялся во вне эпидемическом по гриппу периоде. Ясно, что в период эпидемических гриппозных вспышек результаты ПЦР-исследований должны быть иные.

Таким образом, в этиоструктуре ОOB у детей раннего возраста ведущая роль принадлежит вирусной инфекции. В первую очередь это РС-вирусная инфекция, далее ЦМВ-вирусная инфекция. Затем следуют: риновирус, и ВПГ. Остальные ОРВИ отмечаются в единичных случаях, или не выявляются. Во внеэпидемическом периоде этиологическая значимость вирусов гриппа низка.

Для изучения роли микробных инфекций в развитии ОOB нами проведено бактериологическое исследование мазка из зева у 95 больных детей. Положительный посев получен у 84-х (88,42%; $p<0,001$) детей.

В подавляющем большинстве случаев ($p<0,001$) из посевов высевались стрептококки у 55 (65,5%). Микробно-микробные ассоциации 15 (17,8%) и стафилококки 12 (14,3%) встречались реже и практически с одинаковой частотой ($p>0,05$).

Из стрептококков достоверно чаще высевался штамм *streptococcus pneumonia* (25%), затем *streptococcus pyogenes* и *streptococcus viridans* в одинаковых соотношениях (20%) но достоверных различий между стрептококками нет ($z=0,5$; $p>0,05$). Из стафилококков преобладал штамм *staphylococcus epidermidis* (9,4%), затем *staphylococcus aureus* (4%). В единичных случаях высеваются *staphylococcus haemolyticus*, *pseudomonas aerogenosa* и грибы рода *candida* по (1,2%), но между *staphylococcus epidermidis* и *staphylococcus aureus* и достоверных различий нет ($z=1,2$; $p>0,05$). А между *streptococcus pneumonia* и *staphylococcus epidermidis* ($z=2,4$; $p<0,02$).

Следовательно, в развитии ОOB у детей раннего возраста этиологически значима и бактериальная инфекция (в 88,4%).

Выходы:

1. В этиологии ООБ у детей раннего возраста ведущая роль принадлежит вирусам (в 66,4% случаев, $z = 5,1$; $p < 0,001$).
2. В этиоструктуре ООБ из ОРВИ на первом месте достоверно чаще ($z = 3,5$; $p < 0,001$) стоит РС-вирус в виде моно- или микст-инфекции. Затем следуют ЦМВ ($z = 4,0$; $p < 0,001$), риновирус в виде моно- или микст-инфекции с РС-вирусом (в 25,0%; $z = 1,9$; $p > 0,05$), ВПГ в виде моно- или в сочетании с ЦМВ (13%).
3. При бактериальных исследованиях с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) высевались стрептококки, в основном (в 25%) *streptococcus pneumonia*, *streptococcus pyogenes* и *streptococcus viridans* (по 20%).
4. ПЦР диагностика на микробную флору так же дала высокий положительный результат на стрептококки (56,0%), стафилококки (30,0%). У 14% выявлены ДНК на *hemophylus influenza*, которая не высевалась при бакпосевах.
5. Молекулярно-генетические методы (ПЦР) расширяют диагностические возможности и позволяют более надежно проводить этиологическую расшифровку ООБ смешанной этиологии, что важно для направленной антибактериальной терапии.

Список литературы:

1. Зайцева О.В. Бронхобструктивный синдром у детей. О.В. Зайцева. С.В. Зайцева // Российский медицинский журнал. - 2009. - № 3. - С. 38-44.
2. Царькова С.А. Беродуал в лечении бронхобструктивного синдрома: классика и современность / С.А. Царькова, И.В. Лещенко // Пульмонология. - 2007. - №4. - С. 96-99.
3. (Н.П. Шабалов, 2011) Детские болезни.
4. Зайцева О.В. Профилактика и лечение рецидивирующих респираторных инфекций у детей. О.В. Зайцева // Педиатрия. - 2009. - № 1. - С. 13-17.
5. Чукаева И.И. Бронхобструктивный синдром / И.И. Чукаева // Лечебное дело: периодическое лечебное издание РГМУ. - 2008. - № 2. - С. 27-31.
6. Мизерницкий Ю.Л. Современные подходы к терапии острой бронхиальной обструкции у детей / Ю.Л. Мизерницкий А.В. Кузнецова // Практическая медицина. - 2008. - № 31. - С. - 48 - 51.
7. Bosis. S. Role of respiratory pathogens in infants hospitalized for a first episode of wheezing and their impact on recurrences / S. Bosis. S. Esposito. H.G. Niesters // ClinMicrobiol Infect. - 2008. - Vol.7. - P. 667 - 684.
8. Gern J.E. Viral respiratory infection and the link to asthma / J.E. Gern // Pediatr Infect Dis J. - 2008. - Vol. 10. - P. 97-103.
9. Самсыгина Г.А. Зайцева О.В. Корнюшин М.А. Бронхиты у детей. Отхаркивающая и муколитическая терапия. Приложение к журналу Педиатрия: М. - 2000. - С. 39.
10. Таточенко В.К. Бронхиты. В кн. Практическая пульмонология детского возраста. (под ред. В.К. Таточенко). М. Мед. - 2000. - С. 101-11.
11. Bar Meir E. Amital H. Levy Y. Kneller A. Bar-Dayan Y. Schoenfeld Y. *Mycoplasma pneumoniae*-induced thrombotic thrombocytopenic purpura / Bar // Acta Haematol. - 2000. - Vol. 103. - №2. - P. 112-115.
12. Bartlett J. G. Management of Respiratory Tract Infections. Philadelphia. - 2001. - P. - 142-165.
13. Blasi F. *Chlamydia pneumoniae* in respiratory infections // Pros. 4 th Meet. Eur. Soc. Chlam. Res. 20-23 Aug 2000. Helsinki. Finland. P. - 32-36.
14. Таточенко В.К. Дифференциальная диагностика кашля у детей и его лечение / Таточенко В.К. // Здоровье Украины. - 2009. - №19/1. - С. 60 - 61.

УДК 616.155.194.8-053.5 (23.03)

СТРУКТУРА И ФУНКЦИЯ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кучербаев А.А., Фуртикова А.Б., Борякин Ю.В., Ибраимов К.Ш.

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

Резюме: в работе представлены данные о патогенетических механизмах нарушения фосфолипидного состава мембран эритроцитов при железодефицитной анемии средней степени тяжести у 170 детей школьного возраста в условиях высокогорной зоны Республики Кыргызстан, а также приведены показатели позитивной динамики ликвидации, указанных мембранных фосфолипидных нарушений эритроцитов на фоне лечения препаратом сульфата железа с фолиевой кислотой.

Ключевые слова: дети школьного возраста, эритроциты, железодефицитная анемия, высокогорье.

ТООЛУУ ШАРТТАРДАГЫ МЕКТЕП ЖАШЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ОРТО ДЕНГЭЭЛДЕГИ ТЕМИР ЖЕТИШСИЗДИК АЗ КАНДУУЛУКТАДЫ ЭРИТРОЦИТТЕРДИН МЕМБРАНАЛАРЫНЫН ТҮЗҮЛҮШҮ ЖАНА КЫЗМАТЫ

Кучербаев А.А., Фуртикова А.Б., Борякин Ю.В., Ибраимов К.Ш.

Эне жана баланы коргоонун Улуттук Борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: бул илмий эмгекте Кыргыз Республикасынын бийик тоолуу шарттарындагы 170 мектеп жашындардын орто деңгээлдеги темир жетишсиздик аз кандуулуктагы эритроциттеринин мембраналарындагы фосфолипиддик составынын патогенетикалык механизмдеринин бузулушу тууралуу маалыматтар берилди, ошондой эле көрсөтүлгөн эритроциттердин мембраналарындагы фосфолипиддик бузулушун темир сульфат препаратын фолий кислотасы менен бирдикте дарылоонун натыйжасында болгон позитивдүү өзгөрүүсүнүн көрсөткүчтөрү көлтирилди.

Ачык сөздөр: мектеп жашындарды балдар, эритроциттер, темир жетишсиздик аз кандуулук, бийик тоолуу.

STRUCTURE AND FUNCTION OF ERYTHROCYTE MEMBRANES AT IRON-DEFICIENCY ANEMIA OF MODERATE SEVERITY DEGREE IN CHILDREN OF SCHOOL AGE IN THE MOUNTAIN CONDITIONS

Kucherbaev A.A., Furtikova A.B., Borjakin J.V., Ibraimov K.Sh.

*The national Center of welfare of motherhood and childhood,
Bishkek, Republic Kyrgyzstan.*

Resume: in work data about pathogenetic mechanisms of erythrocytes membrane disorders at iron-deficiency anemia of moderate severity level in 170 children of school age in the conditions of Kyrgyzstan Republic high mountains are presented, and also indicators of positive dynamics of the specified disorders liquidation against treatment by a preparation of iron sulphate with folic acid are resulted.

Key words: children of school age, erythrocytes, iron-deficiency anemia, high mountains.

Актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1,62 миллиарда человек страдают анемией с преобладанием (47,4%) среди детей дошкольного возраста (Beinost B *et al.*, 2008; World Health Organization. Dept. of Nutrition

for health and Development, 2001). Состояние мембран эритроцитов при железодефицитной анемии (ЖДА) средней степени у детей школьного возраста явилось этапом в настоящих исследованиях. Следует отметить, что течение ЖДА в горных условиях имеет свои патогенетически-морфологические особенности по сравнению с условиями низкогорья и равнинной местности. Эти особенности связаны с воздействием на организм ребенка сочетанного влияния гемической гипоксии и естественной гипоксической гипоксии высокогорья. Такое комплексное воздействие у детей имеет большое значение в течении анемии, эффективности терапии и, в конечном итоге, во многом определяет исход заболевания [1, 3]. В основе подобной сочетанной гипоксии лежит неспособность кислородотранспортной системы организма в полной мере осуществлять свою функцию, снижение артериального и тканевого кислорода, в результате чего возникают вначале функциональные, а затем и структурные изменения органов и тканей [2, 4, 7].

Цель работы: изучить патогенетические механизмы возникновения мембранны-деструктивных нарушений при ЖДА у детей школьного возраста в условиях высокогорья и разработать программу диагностики и рациональные варианты этиопатогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Исследования осуществлялись в высокогорных регионах Кыргызской Республики – г. Нарын (2020 метров над уровнем моря) и с. Суусамыр (2280 метров над уровнем моря). Под наблюдением находились 170 детей школьного возраста с ЖДА средней степени (по классификации ВОЗ число эритроцитов $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$ – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, показатель гемоглобина 70,0 г/л – 90,0 г/л). В качестве контрольной группы обследовано 40 здоровых детей.

Для диагностики заболевания и контроля проводимого лечения использовались следующие методы: клиническое наблюдение в динамике, изучение состава периферической крови (Naidu Rajendra V et al., 2014), определение содержания фракций фосфолипидов в мембранах эритроцитов методом тонкослойной хроматографии на пластинах «Silufol» и по количественному определению фосфора методом [5].

Результаты и обсуждение. Одним из основных механизмов повреждения структуры клеточных мембран является активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) остатков полиненасыщенных жирных кислот фосфолипидов (табл. 1). У детей с ЖДА средней степени тяжести по сравнению с контрольной группой наблюдается достоверное повышение в мембранах эритроцитов конечных продуктов пероксидации липидов – диеновых коньюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) ($P < 0,01$).

Таблица 1. - Показатели содержания продуктов ПОЛ в мембранах эритроцитов у детей школьного возраста с ЖДА средней степени тяжести в условиях высокогорья.

Анализируемые показатели фосфолипидного состава	Статистические показатели	Анализируемые группы	
		Здоровые дети ($n = 25$)	Дети с ЖДА ($n = 25$)
ДК	$M \pm m$ P	$16,05 \pm 0,11$	$20,28 \pm 0,11$ $<0,01$
МДА	$M \pm m$ P	$3,65 \pm 0,04$	$4,35 \pm 0,07$ $<0,01$

Степень развития окислительных процессов, инициатором которых служит повышенный уровень содержания перекисных продуктов в организме обследуемых детей при сочетании гемической и гипоксической гипоксии может дать представление о начальных и последующих этапах нарушения стационарного состояния мембран эритроцитов. При легкой степени такой сочетанной гипоксии накапливаются гидроперекиси липидов и алкиперекиси. В дальнейшем, при углублении гипоксии, вызванной нарушением кислородотранспортной функции эритроцитов в результате падения уровня гемоглобина, накапливаются продукты более глубокого окисления – ДК,

кетоальдегиды, эпоксиды и оксиполимеры. Переокисление фракций фосфолипидов мембран эритроцитов наиболее интенсивно происходит во фракциях ФХ и ФЭА и связано с более высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот. Нерегулируемый процесс ПОЛ способствует последовательному накоплению в мембранах всех продуктов автоокисления, в том числе ДК и МДА. Роль этих процессов в патогенезе анемии у обследованных детей становится ясной из следующих соображений.

В стабилизации мембран участвуют все виды нековалентных связей, но основную роль в поддержании целостности их структуры играют именно гидрофобные взаимодействия. Появление в углеводородных цепочках ненасыщенных жирных кислот, входящих в фосфолипиды биомембран, таких полярных гидрофильных группировок, как перекисная, может привести к нарушению и ослаблению гидрофобных связей в мембранах.

Жирнокислотные цепочки, с возникшими в них гидрофильными кислородосодержащими группировками будут выталкиваться или входить в контакт с внешней водной фазой. Это должно приводить к разрыхлению мембраны и появлению в ней гидрофильных пор. Периокисление жирных кислот фосфолипидов нарушает свойства фосфолипидов, обеспечивающих ориентацию ферментных ансамблей, другими словами – необходимого условия для протекания направленных биохимических реакций. Измененные физико-химические характеристики связывания фосфолипида со структурным белком в мембране оказываются не в состоянии обеспечить создание мостика между гидрофобными и гидрофильными группировками, солюбилизацию ряда коэнзимов.

Происходит нарушение функционирования метаболической системы с возникновением обратной связи между ее основными узлами – степенью разобщения окислительного фосфорилирования и интенсификации свободнорадикального окисления липидов мембран. Образовавшиеся липоперекиси разобщают окислительное фосфорилирование в еще большей степени, т.е. патологический метаболический цикл замыкается. В результате этих нарушений накапливаются большие количества токсических продуктов ПОЛ, поскольку, кроме поражения мембран вследствие изменения их конформации, липидные перекиси обладают способностью непосредственно инактивировать важнейшие ферменты клетки – РНК-азу, сукцинатдегидрогеназу, ацетилхолинэстеразу и многие другие. Липоперекиси окисляют группы на первом этапе до SH-группы, затем идет более глубокое окисление, вплоть до образования сульфонов, неспособных реактивироваться. Кроме того, липоперекиси оказывают свое разрушительное действие не только на узловые ферменты гликолиза трикарбонового цикла в дыхательной цепи, но также и на основные макроэргические соединения организма – АТФ.

В результате проведенного лечения препаратом железа (сульфат железа с фолиевой кислотой) в описываемых процессах произошли довольно выраженные изменения. Так, в фосфолипидном составе мембран эритроцитов (табл. 2) по сравнению с периодом до лечения наблюдается достоверное снижение содержания ОФ ($P<0,01$), повышение фракции ФХ ($P<0,05$) и снижение ФС, величины коэффициента ФС+ФДА / СФМ+ФХ ($P<0,05$). По сравнению с контрольными показателями содержание фракций ЛФХ и ФЭА остается повышенным ($P<0,05$).

Со стороны показателей жирнокислотного состава мембран эритроцитов (табл. 3) в этот период обследования по сравнению с периодом до лечения достоверно увеличивается содержание миристиновой, пентадекановой, пальмитиновой, стеариновой, олеиновой кислот и ИН ($P<0,01$), а также снижается уровень линолевой, арахидоновой кислот ($P<0,01$).

Несмотря на эти изменения, значения жирных кислот не достигают контрольных: остается сниженным содержание миристиновой, пальмитиновой, пальмолеиновой

(P<0,01), стеариновой, олеиновой кислот (P<0,05), и повышенным – арахидоновой кислоты (P<0,05); ИН также не достигает значений контроля (P<0,05).

Таблица 2. - Показатели фосфолипидного состава мембран эритроцитов у детей школьного возраста с ЖДА средней степени в условиях высокогорья в период окончания лечения.

Анализируемые группы	Стат. показ.	ОФ, мкг.Рн	Фракции фосфолипидов, %					$\Phi C + \Phi EA$ $\Phi FM + \Phi X$
			ЛФХ	СФМ	ФХ	ФС	ФЭА	
1. Здоровые дети (n=32)	M±m	33,43±3,632	6,7±0,401	22,6±0,824	22,6±1,147	21,7±1,146	23,0±1,29	0,961±0,054
2. Дети с ЖДА в период до лечения (n=62)	M±m	48,8±5,248	7,5±0,201	20,3±0,421	22,6±0,386	24,3±0,467	24,9±0,502	1,203±0,038
3. Дети с ЖДА в период окончания лечения (n=26)	M±m	29,53±4,0	8,9±1,242	21,9±0,906	25,0±1,007	20,2±0,896	26,9±1,136	1,01±0,064
	P ₃₋₁	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
	P ₃₋₂	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05

Таблица 3. - Показатели жирнокислотного состава мембран эритроцитов у детей школьного возраста с ЖДА средней степени тяжести в условиях высокогорья в период окончания лечения.

Анализируемые показатели фосфолипидного состава	Анализируемые группы		
	1. Здоровые дети (n = 20)	2. Дети с ЖДА в период лечения (n = 31)	3. Дети с ЖДА в период окончания лечения (n = 19)
	M ± m	M ± m	M ± m P ₃₋₁ , P ₃₋₂
Миристиновая кислота C 14:0	0,11 ± 0,004	0,04 ± 0,002	0,1 ± 0,002 <0,05 <0,01
Пентадекановая кислота C 15:0	0,17 ± 0,003	0,08 ± 0,001	0,17 ± 0,002 >0,05 <0,01
Пальмитиновая кислота C 16:0	19,63 ± 0,13	15,68 ± 0,16	17,89 ± 0,18 <0,01 <0,01
Пальмолеиновая кислота C 16:1	4,46 ± 0,06	4,69 ± 0,05	4,0 ± 0,04 <0,01 <0,01
Стеариновая кислота C 18:0	19,05 ± 0,13	16,77 ± 0,09	18,26 ± 0,14 <0,05 <0,01
Олеиновая кислота C 18:1	21,77 ± 0,14	17,88 ± 0,15	20,32 ± 0,22 <0,05 <0,01
Линолевая кислота C 18:1	20,31 ± 0,12	22,83 ± 0,1	20,43 ± 0,26 <0,05 <0,01
Арахидоновая кислота C 20:4	14,51 ± 0,11	22,10 ± 0,09	18,46 ± 0,31 <0,01 <0,01
Индекс насыщенности жирных кислот (ИН)	0,63 ± 0,007	0,48 ± 0,004	0,58 ± 0,006 <0,01 <0,01

В период окончания лечения со стороны процессов ПОЛ мембран эритроцитов отмечается достоверное снижение содержания ДК и МДА по сравнению с периодом до лечения ($P<0,01$), что приводит к достижению показателей ПОЛ к контрольным значениям ($P>0,05$) (табл. 4).

Таблица 4. - Показатели содержания продуктов ПОЛ в мембранах эритроцитов у детей школьного возраста с ЖДА средней степени тяжести в условиях высокогорья в период окончания лечения.

Анализируемые показатели продуктов ПОЛ, моль/л	Статистически показатели	Анализируемые группы		
		1. Здоровые дети ($n = 25$)	2. Дети с ЖДА в период до лечения ($n = 25$)	3. Дети с ЖДА в период окончания лечения ($n = 21$)
ДК	$M \pm m$ P_{3-1} P_{3-2}	$16,05 \pm 0,11$	$20,28 \pm 0,11$ $<0,01$	$16,23 \pm 0,07$ $>0,05$ $<0,01$
МДА	$M \pm m$ P_{3-1} P_{3-2}	$3,65 \pm 0,04$	$4,35 \pm 0,07$ $<0,01$	$3,84 \pm 0,08$ $>0,05$ $<0,01$

Выводы. Как показали исследования, сочетанная гемическая и гипоксическая гипоксия у детей школьников приводит к интенсификации процессов ПОЛ и общей перестройке фосфолипидной структуры эритроцитов с изменением ее жирнокислотного состава, а, следовательно, и к нарушению фазового состояния.

Назначение сульфата железа с фолиевой кислотой для лечения ЖДА средней степени тяжести приводит не только к увеличению концентрации гемоглобина в эритроците, но и к снижению интенсивности процессов ПОЛ, что отражается на позитивных процессах восстановления структуры мембран эритроцитов. Это объясняется тем, что гемоглобин является биоантиоксидантом в организме человека и изменение его концентрации естественным образом сказывается на структурно-функциональных свойствах биомембран.

Список литературы:

1. Значение исследования перекисного окисления липидов при воспалительных процессах у детей. Проблемы мембранный патологии в педиатрии. [Текст] / [А.А. Ананенко, Е.Б. Спектор, Л.И. Политова и др.]. – М., 1984. – С. 151-162.
2. Лукьянова, Л.Д. Биоэнергетические механизмы формирования гипоксических состояний и подходы к их фармакологической коррекции. Фармакологическая коррекция гипоксических состояний. [Текст] / Л.Д. Лукьянова – М., 1989. – С. 11-44.
3. Антиоксидантная защитная система в условиях высокогорья. Пат. физиол. эксперим. тер. [Текст] / [В.Г. Озереденко, Л.П. Федорова, З.К. Рысалиева, С.Д. Ибраимкулов, О.В. Курганский]. – 1991. – №1. – С. 37-39.
4. Токтосунова, С.Б. Клиническая характеристика и структурно-функциональные показатели эритроцитов при ЖДА у детей раннего возраста в условиях высокогорья: автореф. дис....канд. мед. наук. [Текст] / Фрунзе, 1990. – 19 с.
5. Barlet, G. J. Biol. Chem. [Текст] / G. Barlet – 1959. – V. 234. – P. 466-471.
6. Beinost, B. Worldwide Prevalence of Anemia. [Текст] / B. Beinost – 1993-2005. Geneva, Switzerland.
7. Mijazawa, T. Determination of plasma by a chemiluminescence. [Текст] / T. Mijazawa – HPLC assay // Free Rad. Biol. Med. – 1989. – № 7. – P. 209-217.

УДК 616-053/2-614/2(575/2)

**ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНИЦИАТИВЫ
ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К МАТЕРИ И РЕБЕНКУ
(ИБДОМиР) В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Мамырбаева Т.Т., Артыкбаева Ж.К., Кожоназарова Г.К.,
Шалабаева Б.С., Кабылова Э.Т.**

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

Резюме: в статье подведены итоги внедрения, а также указаны перспективы развития ИБДОМиР в нашей республике, которая представляет собой структурированную инициативу, состоящей из пакета определенных видов деятельности (обучение, внедрение, оценка, мониторинг, повторная оценка) и обеспечивающих благоприятные условия для грудного вскармливания в медицинском учреждении.

Ключевые слова: мать, ребенок, больница, инициатива.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ЭНЕГЕ ЖАНА БАЛАГА МЭЭРИМДҮҮ
МАМИЛЕ ЖАСООГО ДЕМИЛГЕЛҮҮ ООРУКАНАСЫНЫН
ЖЫЙЫНТЫГЫ ЖАНА КЕЛЕЧЕГИ (ЭБМЖМДО)**

**Мамырбаева Т.Т., Артыкбаева Ж.К., Кожоназарова Г.К.,
Шалабаева Б.С., Кабылова Э.Т.**

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

Корутунду: макалада саламаттыкты сактоо мекемелеринде эмчек эмизүү үчүн жагымдуу шарттарды камсыздоонун ишке киругусунун жыйынтыгы чыгарылып, ошондой эле биздин республикада ЭБММЖДО өнүгүү келечеги шимердиктин белгилүү түрлөрүнөн турган калыптанган демилге (окутуу, ишке киргизүү, баалоо, мониторинг, кайра баалоо) белгиленди.

Ачкыч сөздөр: эне, бала, ооруказа, демилге.

**RESULTS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT INITIATIVES
KINDLY TO MOTHER AND CHILD (HIKRM AND C) IN KYRGYZSTAN**
*Mamatyrbayeva T.T., Artykbaeva J.K., G.K. Kozhonazarova.,
Shalabayeva B.S., Kabylova E.T.*

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

Resume: the article summed up the implementation of the results, and indicated prospects of (HIKRM and C) in our country, which is a structured initiative, consisting of a package of specific activities (training, implementation, assessment, monitoring, re-evaluation) and providing favorable conditions for breastfeeding in a medical facility.

Key words: mother, baby, hospital, initiative.

Инициатива доброжелательного отношения к матери и ребенку (ИБДОМиР) является глобальной инициативой ВОЗ и ЮНИСЕФ. Она поддерживает грудное вскармливание в качестве лучшего старта в жизни каждого ребенка и призывает организации здравоохранения создавать такие условия, которые способствуют кормлению детей грудью.

Эта инициатива была начата как Инициатива доброжелательного отношения к ребенку (ИБДОР) в 1991 году, и к концу 2007 года более чем 20000 медицинских учреждений по всему миру были официально признаны в качестве БДОР.

С 2000 года Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку внедряется в нашей стране. В настоящее время 21 медицинское учреждение имеет звание «ИБДОР», в которых проходят 47,2% всех родов по республике.

В 2008 г. принят Закон КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей», в 2012 году утвержден Технический регламент «О безопасности детского питания», внесены соответствующие изменения в Закон КР «О рекламе» (в настоящее время нет рекламы детских смесей), Закон КР «Об административной ответственности» (за нарушение Закона КР «О защите грудного вскармливания...» предусмотрено административное наказание). Принятие данных законодательных актов подняло инициативу на более высокий уровень.

С 2015 года в Кыргызской Республике начато внедрение расширенной инициативы ИБДОР, включающая критерии по доброжелательному отношению к матери и переименована в ИБДОМиР (больницы доброжелательного отношения к матери и ребенку).

Целью ИБДОМиР является реализация 11 шагов к успешному грудному вскармливанию и 7 принципов доброжелательного отношения к матери и прекращение раздачи бесплатных и льготных поставок заменителей грудного молока для учреждений здравоохранения. ИБДОМиР является основой для поощрения матерей приобретать навыки, необходимые им для исключительного грудного вскармливания в течение шести месяцев и продолжения кормления грудью в течение 2-х или более лет, с введением адекватного прикорма.

11 принципов доброжелательного отношения к ребенку:

В каждой ОЗ, предоставляющей услуги матери и новорожденному необходимо:

1. Иметь письменную политику по грудному вскармливанию, которая в установленном порядке доводится до сведения всего медицинского персонала.
2. Обучить весь медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и правилах грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение часа после рождения ребенка.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и, как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, исключая медицинские показания.
7. Практиковать совместное пребывание матерей и младенцев, чтобы они оставались вместе 24 часа в сутки.
8. Поощрять кормление грудью по требованию ребенка.
9. Не использовать соски или пустышки для младенцев, которые находятся на грудном вскармливании.
10. Поощрять создание групп поддержки по грудному вскармливанию и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы или клиники.
11. Не принимать бесплатные или недорогие продукты для искусственного питания младенцев и детей раннего возраста и их образцы.

7 принципов доброжелательного отношения к матери:

1. Поощрять женщин в выборе партнера для психологической и физической поддержки в процессе родов, в зависимости от этнических, национальных и религиозных интересов женщины.
2. Позволять женщинам пить жидкости и есть легкую пищу в процессе родов по ее желанию.

3. Поощрять использование немедикаментозных методов обезболивания родов и не пропагандировать использование анальгезирующих или анестезирующих препаратов, если это не требуется в случае осложнения.

4. Поощрять женщин к свободному движению и выбору положения в процессе родов (кроме случаев медицинских осложнений).

5. Не практиковать рутинное применение процедур, не являющихся научно обоснованными, такие как: бритье лобка, постановка клизмы, необоснованное вскрытие плодного пузыря, эпизиотомия, необоснованная родостимуляция, необоснованное кесарево сечение.

6. Поощрять всех матерей и их семьи, включая семьи с больными или недоношенными детьми или детьми с врожденными проблемами, к контакту, тесному общению, грудному вскармливанию и уходу за своими новорожденными, в той степени, насколько позволяет их состояние.

7. Точно определять стратегию и порядок:

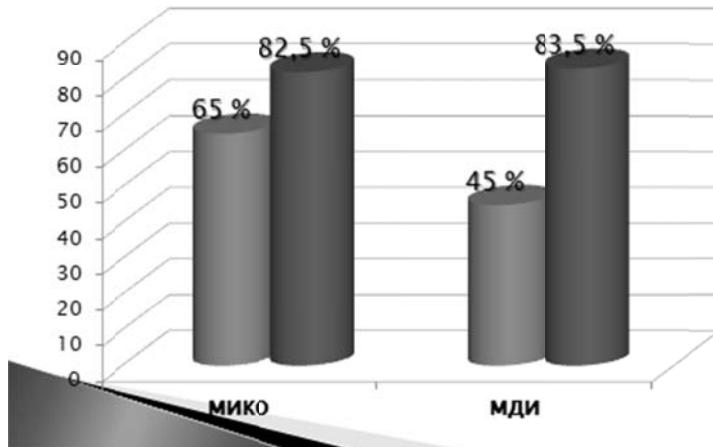
- Сотрудничества и консультаций в течение перинатального периода с другими службами поддержки материнства, включая связь со специализированным учреждением родовспоможения в случае необходимости перемещения роженицы из одного места в другое.

- Осуществления связи матери с ребенком всеми возможными способами, включая предродовой период, послеродовое сопровождение после выписки и поддержку грудного вскармливания.

Основные принципы успешного грудного вскармливания (раннее прикладывание к груди в течение первых 30 мин после родов, совместное пребывание матери и ребенка, кормление по требованию ребенка днем и ночью, запрет на дополнительное кормление и др.) внедрены в практику всех родильных домов республики. Помимо этого, обучающие модули по грудному вскармливанию с учетом соответствующих изменений внедрены в программу до- и последипломного образования медицинских работников.

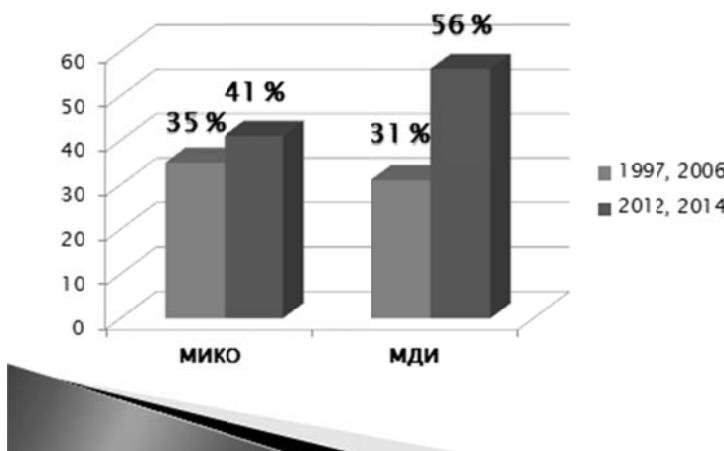
В результате проводимых мероприятий достигнуты хорошие успехи: по данным МДИ КР от 1997 года в течение первого часа после родов прикладывались к груди 45%, в МИКО от 2006 года – 65%, МДИ в 2012 году – 83,5%, МИКО от 2014 года – 82,5% новорожденных детей.

**Раннее начало грудного вскармливания %
(в течение 1 часа после родов)**



На исключительно грудном вскармливании находятся 56% детей до 6 месяцев, что на 21 процентных пункта больше, чем данные в 2006 г (МДИ), а по данным МИКО рост произошел с 35% в 2006 году до 41% в 2014 году.

Исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев %



На сегодня проведена следующая работа:

1. Рабочей группой МЗ КР совместно с Общественным объединением «Гражданский альянс за улучшение питания и продовольственную безопасность» при поддержке ЮНИСЕФ внесены дополнения в Закон Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей»

2. Проведен анализ и обобщение существующих инструментов мониторинга и оценки программ и Законов Кыргызской Республики в области питания. В результате с целью вовлечения гражданского сектора в мониторинг исполнения Законов Кыргызской Республики в области питания разработано практическое пособие для проведения мониторинга исполнения законов в области питания.

2.1. В данном пособии представлены практические рекомендации по правильному выбору объектов мониторинга для получения необходимой информации и использования ее для продвижения мероприятий по питанию на всех уровнях власти и внесения законодательных инициатив.

2.2. Проведен выборочный мониторинг индикатора Закона Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» по предоставлению беременным и кормящим матерям услуг комнат матери и ребенка, относящихся к железнодорожным вокзалам, аэропортам, автовокзалам, автостанциям и автопавильонам с использованием данного пособия.

3. Все документы по программе «Инициативы Больница доброжелательного отношения к матери и ребенку» были пересмотрены, дополнены и расширены в отношении комплексного ухода. Материалы отражают новые исследования и опыт, укрепляют Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока, поддерживают матерей, которые не кормят грудью, предоставляют модули по ВИЧ и питанию младенцев и по доброжелательному отношению к матери, а также дает дополнительные инструкции по мониторингу и повторной оценке.

4. Пересмотрены и адаптированы медицинские показания к даче дополнительного питья или питания с учетом новых рекомендаций ВОЗ/ ЮНИСЕФ (абсцесс груди, гепатит В, С, употребление психоактивных, наркотических веществ)

5. Проведены обучающие семинары для медицинских работников организаций здравоохранения ПМСП Ошской, Баткенской, Джалаал-Абадской и Нарынской областей при поддержке ЮНИСЕФ, ЮСАИД SPRING с учетом новых пересмотренных и

адаптированных материалов. 3-дневные обучающие семинары по 20 часовому программе помогут внедрению принципов «БДОМиР» на уровне ЦСМ/ГСВ и ФАП.

6. Подготовлены 25 Национальных тренеров по данной программе с учетом новых пересмотренных и адаптированных материалов при поддержке ЮНИСЕФ (Указание МЗ КР №200 от 18.03.2015).

План мероприятий по реализации программы «ИБДОМиР»

1. Провести обучение медицинских работников с учетом новых пересмотренных и адаптированных материалов «ИБДОМиР» в Таласской, Иссык-Кульской, Чуйской областях.

2. Разработать и внедрить компьютерную программу для подсчета, количественной оценки и представления результатов сертификации на БДОМиР.

3. Проведение мониторинга исполнения требований Закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» с участием НПО.

4. Обеспечить информационными материалами для населения о пользе грудного вскармливания и уходе за ребенком с учетом новых рекомендаций.

5. Ежегодно обеспечить проведение недели грудного вскармливания с 1 по 7 августа.

Список литературы:

1. Кыргызская Республика. Законы. Закон Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» [Текст] : [закон принят ЖК КР 17 декабря 2008 года № 263]. J. – Бишкек.

2. Кыргызская Республика. Законы. Постановление Правительства КР «О реализации закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» [Текст] : [постановление принято правительством КР 13.11.2009 г. №703]. – Бишкек.

3. Приказ Министерства здравоохранения КР № 144 от 26.02.2016г. «Об организации охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания у детей раннего возраста в родильных домах (отделениях), детских стационарах, Центрах общей врачебной практики, Центрах семейной медицины/Группах семейных врачей, ФАПах Кыргызской Республики» [Текст]. – Бишкек.

4. Итоговый отчет по многоиндикаторному кластерному обследованию (МИКО5) 2014 года в Кыргызской Республике [Текст]. – Бишкек. - Ноябрь 2015 года, редактировано в марте 2016 года. - С. 27-49.

5. Медико-демографическое исследование 2012 год, Кыргызская Республика. Аналитический обзор. [Текст]. – Бишкек. – С. 3-7.

УДК 616.233-002-085.32.015.32

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО БРОНХИТА

Смиян А.И., Мощич А.П., Бында Т.П., Моисеенко К.А, Сичненко П.И.

Сумський державний університет, Національна медичинська академія послідипломного
образування імені П.Л.Шупика,
Суми, Київ, Україна.

Резюме: целью работы было повышение эффективности лечения детей, больных острым бронхитом, путем применения гомеопатического препарата Траумеля С на фоне традиционной терапии. Под наблюдением находилось 50 пациентов в возрасте от 7 до 18 лет. Степень проявления интоксикации и комплексную оценку активности воспалительного процесса изучали на основании расчета интегральных гематологических показателей (индекса сдвига лейкоцитов крови, лимфоцитарного индекса и индекса иммунореактивности). Установлено, что при дополнении традиционной терапии Траумелем С проявления активного воспалительного процесса у больных были ликвидированы значительно быстрее – до 7 дня лечения.

Ключевые слова: острый бронхит, дети, гематологические индексы интоксикации, лечение, Траумель С.

АЗЫРКЫ МЕЗГИЛДЕГИ КУРЧ БРОНХИТТИ БИОЛОГИЯЛЫК ДААРЫЛОДОГУ МУМКҮНЧУЛУКТӨРҮҮ

Смиян А.И., Мошич А.П., Бында Т.П., Моисеенко К.А, Сичненко П.И.

Сумський університет, Університет медичного навчання імені П.Л.Шупика атингады
Суми, Київ, Україна.

Корутунду: курч бронхит менен ооруган балдардын Трумель С гомеопатикалык даарыны салттуу ыкмасына кошумча колдонуусу, ушул балдардын дарылоо натыйжсалуулугун жогорулаттуу максаты болду. Байкоого 7 жаштан 18 жашка чейинки 50 оорукчан балдар алынган. Гематологиялык көрсөткүчтөрдүн (канадагы лейкоцитин жылуу көрсөткүчү, лимфоцитардык көрсөткүч жана иммунореактивдик көрсөткүч) эсептөөнүн негизинде организмдин уланышы жана комплекстуу натыйжсалуулугун баалоо процессинин сезгенүү көрүнүштөрүнүн даражасын изилдеди. Трумель С гомеопатикалык даарыны салттуу ыкмасына кошумча колдонуусу оорукчан балдардын активдүү сезгенүү процесстерин дарылангандан баштап 7 күнү - кыла эрте жоюлуши белгиленди.

Ачкыч сөздөр: курч бронхит, балдар, гематологиялык көрсөткүчтөр, организмдин уланышы, дарылоо, Траумель С.

MODERN POSSIBILITIES OF BIOLOGICAL THERAPY OF ACUTE BRONCHITIS

Smryan A.I., Moschich A.P., Bynda T.P., Moiseenko K.A., Sichnenko P.I.

Sumy State University, National Medical Academy of Postgraduate Education named P. L. Shupyk,
Sumy, Kiev, Ukraine.

Resume: the goal was to increase the efficiency of treatment of children with acute bronchitis, through the use of homeopathic medication Traumeel S on the background of traditional therapy. We observed 50 patients aged 7 to 18 years. The degree of manifestation of intoxication and a comprehensive assessment of inflammatory activity was studied on the basis of the calculation of the integral hematological parameters (white blood cell count index shift, lymphocytic index and the index of immunoreactivity). It was found that the addition of conventional therapy Traumeel S symptoms of active inflammatory process in patients have been eliminated much faster - up to 7 days of treatment.

Key words: acute bronchitis, children, hematologic indices of intoxication, medication Traumeel S.

Актуальность. Патология органов дыхания у детей, несмотря на значительные успехи в области лечения, продолжает занимать первое место в структуре детской заболеваемости. Достаточно часто респираторная инфекция проходит в форме бронхита [10, 11]. Улучшение последствий заболеваний дыхательной системы у детей, уменьшение количества осложнений зависит от своевременного и адекватного лечения [13]. На сегодня доказано, что воспалительный процесс в респираторном тракте устраняется не только при назначении противовирусной и антибактериальной терапии, а требует противовоспалительной терапии, которая будет способствовать морфологическому и функциональному восстановлению структур бронхолегочной системы [10].

В последние десятилетия в современной медицинской науке одно из ведущих мест занимает биологическая медицина, которая включает в себя мероприятия и способы воздействия на системы регуляции и реактивности организма человека, которые используются с целью мобилизации резервных возможностей самого организма для лечения [18].

В отечественной и зарубежной литературе на сегодняшний день имеется достаточное количество публикаций, в которых доказана высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость антигомотоксических препаратов (АГТП) в лечении многих заболеваний вообще и органов дыхания, в частности [1, 5, 7, 16]. Однако сведения об использовании парентеральных форм препарата Траумель С при остром бронхите единичны [12].

На современном этапе исследования периферической крови остаются надежным критерием оценки состояния здоровья больных. Об этом свидетельствуют публикации, в которых освещается роль использования условных интегральных показателей крови для количественной оценки тяжести заболевания и сравнительной оценки эффективности различных методов терапии при разной соматической патологии [1, 15, 16]. Сведения о том, что интегральные показатели крови могут меняться на ранних стадиях заболевания, дают основание к применению условных интегральных гематологических коэффициентов без специальных методов исследования для оценки в динамике состояния иммунного гомеостаза и эффективности терапии. Поскольку сведения об интегральных гематологических коэффициентах при острых простых бронхитах редкость, а влияние гомеопатического препарата Траумель С на течение данного заболевания не изучалось, то это и стало целью данного исследования.

Целью работы было повышение эффективности лечения детей, больных острым бронхитом, путем применения антигомотоксического препарата Траумель С на фоне традиционной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 пациентов с диагнозом острый бронхит в возрасте от 7 до 18 лет. Исследование проводилось на базе инфекционного отделения №2 КУ «Сумская городская детская клиническая больница Св. Зинаиды». Комплексное обследование проводилось при поступлении больных (до начала курса лечения - 1-й день), на 7-й день заболевания и на 14-й день после проведенного лечения.

Для диагностики бронхитов использовали клиническое обследование. Критериями отбора детей служили диагностические критерии, утвержденные Приказом МЗ Украины № 18 от 13.01.2005 г. [9]. Степень проявления интоксикации и комплексную оценку активности воспалительного процесса изучали на основании гематологических показателей: индекса сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК [2], лимфоцитарного индекса (ЛИ) [6] и индекса иммунореактивности (ИИР) [15].

В зависимости от метода лечения больные были разделены на две группы, которые были сопоставимы по клинической картине заболевания и возрасту: 25 больных (основная группа), которые на фоне традиционной терапии острого бронхита получали Траумель С, и группа сравнения (25 детей), получавших только традиционную терапию.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием прикладного пакета компьютерных программ «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение. Основными синдромами острого бронхита у детей были катаральный и интоксикационный. Проявления общей интоксикации были умеренными и диагностировались у детей со значительной гипертермией (16,0%). У всех детей заболевание начиналось остро. Главным симптомом заболевания у всех пациентов был кашель, который в начале заболевания был сухой, навязчивый (70,0%), а на фоне лечения становился продуктивным и постепенно исчезал.

ИСЛК у детей обеих групп в начале лечения был выше нормы и достоверно не отличался у пациентов основной группы от аналогичного показателя больных группы сравнения ($2,71 \pm 0,33$ усл. ед. и $2,64 \pm 0,67$ усл. ед., $p > 0,05$). Через 7 дней у детей, получавших Траумель С ИСЛК уменьшался на 60,0% (у детей группы сравнения - на 42,0%) и достигал нормальных величин ($1,09 \pm 0,26$ усл. ед., $p < 0,001$), тогда как у пациентов группы сравнения он еще оставался выше нормы ($1,53 \pm 0,22$ усл. ед., $p > 0,05$). На 14-й день лечения ИСЛК у пациентов обеих групп соответствовал норме и достоверно не различался ($0,94 \pm 0,2$ усл. ед. и $1,13 \pm 0,09$ усл. ед. соответственно, $p > 0,05$).

ЛИ относится к индексам неспецифической реактивности. У детей как основной, так и контрольной группы ЛИ в начале заболевания был несколько пониженным ($0,31 \pm 0,21$ усл. ед. и $0,48 \pm 0,06$ усл. ед., $p > 0,05$). В процессе лечения он повышался у детей обеих групп, но на 7-й день его величина была достоверно выше, чем в день госпитализации в стационар только у детей основной группы ($1,14 \pm 0,14$ усл. ед. и $0,76 \pm 0,12$ усл. ед., $p <$

0,05). Данную динамику показателя можно расценить как благоприятный признак. К 14-му дню лечения ЛИ продолжал повышаться и достигал нормы. Достоверной разницы между показателями детей основной группы и группы сравнения установлено не было ($p < 0,05$). Это свидетельствовало об удовлетворительном состоянии реактивности организма. При этом активация адаптационных механизмов у детей основной группы наступала раньше – еще до 7-го дня лечения.

При анализе величины ИИР достоверной разницы между показателями детей основной группы и группы сравнения установлено не было ($23,28 \pm 4,35$ усл. ед. и $23,24 \pm 2,7$ усл. ед., $p > 0,05$). Однако величина данного показателя у детей основной группы в процессе лечения увеличивалась значительно быстрее, а именно на 7-й день – на 24,4% и 19,5% соответственно ($30,8 \pm 2,71$ усл. ед. и $28,86 \pm 6,06$ усл. ед.), на 14 день – 33,6%, 25,4%, а именно $35,06 \pm 3,68$ усл. ед. и $31,16 \pm 2,5$ усл. ед. соответственно) и в конце терапии была выше, что свидетельствовало о повышении иммунологической реактивности организма детей и указывало на большую эффективность терапевтических мероприятий с включением противовоспалительных препаратов.

У детей, которые получали Траумель С, не обнаружено побочных эффектов препарата.

Траумель С, будучи широко известным в Украине и в мире, является комплексным гомеопатическим препаратом с доказанным противовоспалительным и регуляционным механизмами действия. Его применяют в лечении пациентов с воспалительными процессами более 60 лет в 50 странах мира [3, 4, 8, 14]. Попадая в организм, он способствует уменьшению степени проявления воспалительного процесса до полного его завершения. Он обуславливает восстановление структуры и функции тканей, при этом риск развития осложнений снижается [8, 14]. Полученный более быстрый эффект при назначении препарата основан на действии потенцированных органических протеинов, которые в них содержатся и оказывают свой терапевтический эффект с помощью вспомогательной иммунологической реакции [17].

Выводы. Таким образом, при анализе динамики лейкоцитарных индексов интоксикации в процессе лечения острого бронхита установлено, что при дополнении традиционной терапии Траумелем С проявления активного воспалительного процесса у больных были ликвидированы значительно быстрее – до 7 дня лечения.

Список литературы:

1. Андрейчин, М. А. Сучасні уявлення про метаболічну ендогенну інтоксикацію [Текст] : Інфекційні хвороби / М. А. Андрейчин, Т. О. Голоміша – 2012. – №1. – С. 84–87.
2. Андрейчин, М. А. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму (методичні рекомендації) [Текст] / М. А. Андрейчин, М. Д. Бех, В. В. Демяненко та ін. – Київ, 1998. – 31 с.
3. Биологише, Х. Х. Результаты исследования ТАASS при остром растяжении связок голеностопного сустава . Биологическая терапия [Текст] / Х.Х. Биологише. – 2012. – №3. – 4. – С. 30–32.
4. Ван Брандт, Б. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия // Биологическая Медицина. [Текст] / Б. Ван Брандт – 2006. – № 2. – С. 4–5.
5. Каширин, В. А. Эффективность использования антигомотоксических препаратов в комплексном лечении больных раком горлани. Биологическая терапия [Текст] / В.А. Каширин. – 2000. – № 3. – С. 3–8.
6. Кобец, Т. В. Роль лейкоцитарных индексов в оценке адаптационно-компенсаторных возможностей чукотских детей, больных рецидивирующими бронхитом, на этапе санаторно-курортного лечения [Текст] : Вестник физиотерапии и курортологии / Т.В. Кобец, В.Н. Некрасов, А.К. Мотрич. – 2003. – С. 47–48.
7. Костромина, В. П. Заболевания органов дыхания: взгляд на проблему с точки зрения гомотоксикологии и возможности антигомотоксической терапии в лечении заболеваний дыхательной системы [Текст]: Український пульмонологічний журнал / В. П. Костромина, Л. Б. Ярошук. – 2006. – № 2. – С. 21–23.
8. Монография по препарату Траумель С // Пер. с англ. М. – Арнебия. – 2011. – 53 с.

9. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» : наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005 р. – К., 2005 – 58с.
10. Самсыгина, Г. А. Острый бронхит у детей и его лечение // Педиатрия [Текст] / Г.А. Самсыгина. – 2008. – № 87 (2). – С. 25–32.
11. Сорока, Н. Д. Острый бронхит у детей: состояние проблемы, актуальные пути решения Педиатрия [Текст] / Н. Д. Сорока. – 2013. – №6. – С. 106–114.
12. Стрельникова, О. А. Опыт парентерального применения препарата «Траумель С» при ОРЗ, осложнвшемся острым гнойным бронхитом [Текст] : Бюллетень медицинских интернет-конференций / О.А. Стрельникова, С.С. Паршина. – 2013. – Т. 3. – №1. – С. 21–22.
13. Таточенко, В. К. Пневмония у детей – диагностика и лечение Современная педиатрия [Текст] / В.К. Таточенко. – 2010. – №2 (30). – С. 72–76.
14. Хайне Хартмут. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия // Биологическая Медицина [Текст] / Хайне Хартмут. – 2006. – №2. – С. 4–5.
15. Шабалова, Н. Н. Лейкоцитарные индексы клеточной реактивности при двух вариантах сепсиса. Режим доступа к ресурсу <http://www.medicina-online.ru/articles/40841/>. / Н.Н. Шабалова, Д.О. Иванов, Е.А. Курзина.
16. Чаплинська, Н. В. Синдром інтоксикації та можливості його корекції у хворих на не госпітальну пневмонію. Український хіміотерапевтичний журнал [Текст] / Н.В. Чаплинська. – 2012. – №3 (27). – С. 154–157.
17. Heine, H. Immunologische Beistandsreaktion durch pflanzliche Extrakte in Antihomotoxisschen Präparaten. [Текст]: Biol. Med./ H. Heine? M/ Schmolz. – 1988. – № 27 (1). – Р. 12–14.
18. Reckeweg, H. H. Ordinatio Antihomotoxicorum et Materia Medica. Biologische Heilmittel Heel, GmbH, 3rd English edition [Текст] / H.H. Reckeweg. - Baden Baden, - 1989. – 526 p.

ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА НА ЮГЕ КЫРГЫЗСТАНА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Сулайманов Ш.А.¹, Колхир П.В.², Муратова Ж.К.³

¹Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош, Кыргызская Республика,

²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия,

³Ошский государственный университет, Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: целью исследования явилось выявление информированности врачей аллергологов, педиатров, терапевтов и семейных врачей, работающих в Ошской межобластной объединенной клинической больнице и Центрах семейной медицины №1 и 2 города Ош, о современных подходах к диагностике хронической крапивницы (ХК). Всего в исследовании приняло участие 112 врачей. Из всех опрошенных врачей 23,7% оказались знакомы с российскими и лишь 1,9% - зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. Информированность терапевтов оказалась ниже, чем аллергологов в 4,5 раз (9,5% против 42,8%), чем у педиатров – в 2,6 раза (16,6% против 42,8%) и чем у семейных врачей – в 1,6 раза (25,9% против 42,8%). Увеличить информированность врачей можно путем проведения аллергошкол, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения.

Ключевые слова: хроническая крапивница, диагностика, информированность, аллергологи, педиатры, терапевты, семейные врачи, клинические рекомендации.

ТҮШТҮК КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БӨРҮ ЖАТЫШ: КӨЙГӨЙЛӨР ЖАНА АНЫ ЧЕЧҮҮ ЖОЛДОРУ

Сулайманов Ш.А.¹, Колхир П.В.², Муратова Ж.К.³

¹Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасы, Ош, Кыргыз Республикасы,

²ГБОУ ВПО Сеченов атындагы 1чи МММУ, Москва, Россия,

³Ош мамлекеттик университети, Ош, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: изилдөөнүн максаты болуп Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын жана Ош шаарындагы №1 жана №2 үй бүлөөлүк дарыгерлер борборлорунда эмгектенишкен аллерголог, педиатр, терапевт жана үй бүлөөлүк дарыгерлердин өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча заманбап жолдор тууралуу маалымдуулуктарын ишкүтөө саналды. Жалпысынан изилдөөгө 112 дарыгер катышышты. Сурамжылоонун жыйынтыгында өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча 23,7% дарыгерлер орусиялык, ал эми болгону 1,9% дарыгерлер гана чөт өлкөлүк клиникалык сунуштамалар менен тааныштыгы аныкталды. Мында терапевттердин маалымат менен тааныштыгы аллергологдордон 4,5 эсеге (42,8%дан 9,5% гана), педиатрлардан – 2,6 эсеге (42,8%дан - 16,6%) жана үй бүлөөлүк дарыгерлерден – 1,6 эсеге (42,8%дан – 25,9%) аз экендиги белгилүү болду. Дарыгерлерге маалымат берүүнү аллергомектеп, тегерек стол, мастер-класс, угуулар, ошондой эле интернет-окутуу ыкмаларын жайылтуу.

Ачыкчى сөздөр: өнөкөт бөрү жатыш, дарт аныктоо, маалымдуулук, аллергологдор, педиатрлар, терапевттер, үй бүлөөлүк дарыгерлер, клиникалык сунуштамалар.

CHRONIC URTICARIA IN SOUTHERN KYRGYZSTAN: PROBLEMS AND SOLUTIONS

Sulaymanov Sh.A.¹, Kolkhir P.V.², Muratova Zh.K.³

¹Osh Interregional United Clinical Hospital, Osh, Kyrgyz Republic,

²State Educational Institution of Higher Professional Education. First Moscow State Medical University after M. Sechenov, Moscow, Russia,

³Osh State University, Osh, Kyrgyz Republic.

Resume: the aim of the study was to identify the knowledge of doctors allergists, pediatricians, therapists and family physicians working in Osh Interregional United Clinical Hospital and Family Medicine Centers №1 and 2 of Osh, about modern approaches to the diagnosis of chronic urticaria (CU). A total of 112 physicians participated in the study. 23.7% of surveyed doctors were familiar with Russian and only 1.9% with foreign clinical guidelines for the diagnosis of CU. Awareness of therapists was lower than allergists 4.5 times (9.5% vs. 42.8%) than pediatricians - 2.6 times (16.6% vs. 42.8%) and than the family doctors - 1.6 times (25.9% vs. 42.8%). Increase awareness of the doctors is possible through allergoschools, round tables, master classes, lectures, as well as through the popularization of online training.

Key words: chronic urticaria, diagnosis, awareness, allergists, pediatricians, therapists, family physicians, clinical guidelines.

Введение. Хроническая крапивница (ХК) – распространенное заболевание кожи, характеризующееся появлением волдырей, зуда, иногда сопровождающееся глубокими отеками кожи (ангиотеки, АО) и сохраняющееся в течение более 6 недель. Согласно современным международным рекомендациям ХК принято делить на спонтанную и физическую формы. В свою очередь спонтанная крапивница может быть идиопатической (без выявленной причины) и с известной причиной [1].

Пациенты с ХК могут обращаться к врачам аллергологам и дерматологам, а также к врачам общей практики – семейным врачам, терапевтам и педиатрам. Это указывает на важность изучения осведомленности в отношении диагностики ХК среди врачей разных специальностей, что подтверждается данными как российских [2], так и зарубежных исследований [3-6].

Целью настоящего исследования явилось изучение информированности среди узких специалистов (аллергологов) и врачей общей практики (семейные врачи, педиатры, терапевты) о методах диагностики, применяемых при ХК, путем оценки знания современных международных и российских клинических рекомендаций. В связи с тем, что последняя редакция европейского согласительного документа была опубликована уже после завершения нашего исследования, то при опросе специалистов и оценке их информированности мы опирались на предыдущую версию от 2009 [7], а также на знание российского [8] и других международных документов [9-11]. Согласно документам

важными задачами являются выявление и устранение/лечение причин и провоцирующих факторов ХК, когда это возможно, и подбор эффективной симптоматической терапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2013 году. К участию в исследовании были приглашены 112 врачей (9 аллергологов-иммунологов, 33 семейных врачей, 14 педиатров и 48 терапевтов) из межобластной объединенной клинической больницы и Центров семейной медицины №1 и 2 г. Ош. Специалистам предлагалось заполнить опросник, содержащий 28 вопросов по крапивнице и АО с особым акцентом на ХК. Анкета включала общие вопросы о ХК (частота встречаемости, ключевые особенности, длительность, частота выявления различных причин), подход к диагностике и лечению заболевания, а также вопросы о тактике действия в случае недостаточного контроля симптомов и устойчивости болезни к терапии. Кроме того, оценивалось знание российского и международных клинических рекомендаций по ХК и его применение в повседневной практике.

Опросник был создан путем обсуждения его структуры с экспертами в области крапивницы и ранее применялся в сходном исследовании в России [2]. В анкету входили вопросы с ответами по типу «да/нет», вопросы со множественным выбором, вопросы с количественными и текстовыми ответами. Учитывались анкеты всех специалистов, содержащих хотя бы на 1 ключевой вопрос из анкеты (кроме контактных данных).

После исключения анкет с негодными с медицинской или статистической точки зрения данными в исследование были включены анкеты 104 врачей, среди них 9 (8,6%) аллергологов-иммунологов, 33 (31,7%) семейных врачей, 14 (13,4%) педиатров и 48 (46,1%) терапевтов. Для обработки данных применялась программа Microsoft Excel 2010.

Результаты. Средний возраст участников составил $46,6 \pm 7,5$ лет (минимальный – 25 лет, максимальный – 66), большая часть из них женщины (82,7%). У 11,4% специалистов стаж работы по специальности был равен от 1 до 5 лет, у 4,3% – от 5 до 10 лет и у 84,2% – более 10 лет; средний стаж составил $20,2 \pm 10,9$ лет. 7 респондента указали наличие степени, из них 5 – кандидаты медицинских наук и двое – доктора медицинских наук. 57 врачей (54,8%) осуществляют амбулаторные консультации, а остальные 47 (45,2%) совмещают оба приема.

Более 7 пациентов с ХК в месяц чаще консультировали семейные врачи (8,6%), чем терапевты (7,4%), аллергологи (2,4%) или педиатры (1,2%). При этом 50% педиатров и 52,3% терапевтов указали, что пациентов с ХК у них практически не бывает.

Процентное соотношение количества врачей разных специальностей, принимающих более 12 пациентов с острой крапивницей (ОК), ХК или изолированным АО в течение месяца в зависимости от места работы (амбулаторный прием или стационар) приведено в таблице 1.

Таблица 1. - Количество врачей разных специальностей, принимающих более 12 пациентов с ОК, ХК или изолированным АО в течение месяца в зависимости от места работы (амбулаторный прием или стационар).

	Острая крапивница	Хроническая крапивница	Изолированный АО
<i>Амбулаторный прием</i>			
Педиатр, %	16,0	0,0	0,0
Семейные врачи, %	81,5	25,9	11,1
<i>Стационар</i>			
Аллерголог, %	14,3	28,5	42,8
Терапевт, %	47,6	19,0	23,8

Семейные врачи чаще, чем педиатры, наблюдают амбулаторно больных ОК, ХК и изолированным АО. При этом усредненный процент врачей аллергологов (28,5%),

работающих в стационаре и имеющих дело с ОК, ХК и изолированным АО, был ниже, чем терапевтов (30,1%) и семейных врачей (39,4%). А процент врачей педиатров (16,6%), наблюдающих больных ОК в амбулаторном приеме, оказался значительно ниже, чем остальных специалистов. При оценке этих данных нужно учитывать, что в исследование было включено 57 (54,8%) врачей, работающих в стационаре.

Из всех врачей, участвующих в опросе, лишь 23,7% оказались знакомы с клиническими рекомендациями по диагностике ХК. При этом аллергологи (42,8%) лучше осведомлены о рекомендациях, чем семейные врачи (25,9%), педиатры (16,6%) и терапевты (9,5%). Практически не узнаваемы были рекомендации Европейской Академии Аллергологии и Иммунологии (2009) по определению, классификации и диагностике крапивницы [7], которые признало всего 1,9% аллергологов.

Интересно, что не только знали, но и применяли полученные из документов знания на практике 71,4% аллергологов, 44,4% семейных врачей, 16,6% педиатров и 19,0% терапевтов.

Современная классификация крапивницы, определенная в согласительных документах, подразумевает разделение крапивницы по длительности течения на острую (менее 6 недель) и хроническую (более 6 недель). Это знали 57,1% аллергологов, 27,0% терапевтов и лишь 17,2% семейных врачей и 16,6% педиатров. Не знали этого или давали неполный/неточный ответ 41,0% аллергологов, 81,0% семейных врачей, 79,0% педиатров и 72,1% терапевтов.

По результатам нашего исследования врачи, знакомые с согласительными документами, чаще исследовали С-реактивный белок (СРБ), проводили тест с аутологической сывороткой крови, провокационные тесты и тесты на выявление *Helicobacter pylori*.

Врачи незнакомые с согласительными документами чаще назначали общий анализ крови, кал на «дисбактериоз» и в 2 раза чаще направляли пациентов на консультации к смежным специалистам. Частота рекомендаций аллергологических и микробиологических исследований, а также определения антител к антигенам паразитов и проведения биопсии кожи была примерно одинаковой в обеих группах врачей.

Аллергологи чаще врачей других специальностей оценивали общий анализ крови, СРБ, антитела к антигенам паразитов, проводили тесты на выявление *Helicobacter pylori*, тесты на гепатит и ВИЧ, электрофорез белков сыворотки, УЗИ, кал на «дисбактериоз», биопсию кожи, рентгенографию или КТ. Семейные врачи чаще (11,2%) врачей других специальностей (3,3%) осуществляли или направляли на тест с аутологичной сывороткой крови.

Аллергологи чаще других врачей проводили провокационные тесты (57,1%), а семейные врачи (80%), педиатры (66%) и терапевты чаще отправляли больных на консультации к другим специалистам. Подавляющее большинство аллергологов чаще рекомендовали аллергологическое обследование (85,7%), особенно при ХК.

33,4% педиатров и 29,6% семейных врачей проводили тест с аутологичной сывороткой крови для диагностики аутореактивной/автоиммунной ХК хотя бы у 1 пациента. При этом врачи, не знакомые с клиническими рекомендациями, вообще не проводили тест и не знали его методику. Было выявлено, что чаще других врачей причину выявляют аллергологи, реже – терапевты и педиатры (табл. 2).

32,1% врачей указали, что в большинстве случаев причина ХК не выявляется. При этом среди врачей, не знакомых с клиническими рекомендациями, такой процент больше (21,4 против 10,7%). Наиболее частые выявляемые причины/провоцирующие факторы ХК среди врачей всех специальностей (в порядке уменьшения частоты): физические факторы, инфекции, аутоиммунные нарушения, другие аллергические реакции, реакции на пищу, реакции на лекарства (табл. 3).

Таблица 2. - Частота выявления причин ХК среди специалистов.

Показатель	Аллерголог, %	Семейный врач, %	Педиатр, %	Терапевт, %
Часто (у более 80% пациентов)	85,7	7,4	0	4,7
Иногда (у ~50% пациентов)	0	18,5	0	4,7
Редко (у менее 20% пациентов)	0	29,6	0	33,4
Не было таких пациентов	0	18,5	33,4	28,4
Нет ответа	14,3	26,0	66,6	28,8

Таблица 3. - Частота выявления разных причин/приводящих факторов ХК среди врачей разных специальностей.

Показатель	Все врачи, %	Знакомые с рекомендациями, %	Не знакомые с рекомендациями, %
В большинстве случаев причина не выявляется	32,2	10,7	21,4
Аллергия на пищу или ее непереносимость	14,2	7,1	7,1
Аллергия на лекарства или их непереносимость	10,7	3,5	7,1
Другие аллергические реакции	21,4	3,5	17,8
Физические факторы (тепло, холод, давление и др.)	46,4	14,3	32,0
Инфекции	35,7	10,7	25
Аутоиммунные нарушения	25	7,1	17,8

Было изучено знание ключевых диагностических критериев и назначаемых исследований для дифференциальной диагностики ХК от заболеваний, сопровождающихся уртикарными высыпаниями. Наиболее информированными оказались аллергологи. 66% аллергологов знали хотя бы 1 критерий для дифференциальной диагностики между ХК и уртикарным васкулитом, 32% – между ХК и мастоцитозом, 18% – между ХК и гиперозинофильным синдромом и 33% – между ХК и аутовоспалительными синдромами. При этом менее 15% семейных врачей, педиатров и терапевтов могли предоставить такую информацию.

Обсуждение. ХК является одной из самых актуальных и сложных проблем современной медицины и дерматологии в частности. Распространенность ХК среди населения в целом равна 0,5-1% [1]. Это обуславливает высокую обращаемость пациентов с крапивницей и ангиоотеком к специалистам различного профиля: дерматологам, аллергологам, педиатрам, терапевтам, семейным врачам др. Крапивница отрицательно влияет на качество жизни пациентов, затрагивая эмоциональные, физические и иные сферы деятельности человека[1]. На фоне выраженного кожного зуда, сопровождающего заболевание, у больных отмечается снижение внимания, ухудшается сон, существенно нарушается трудоспособность. Несмотря на наличие ряда новых методов, рекомендуемых современными согласительными документами в диагностическом алгоритме крапивницы, причину заболевания удается выявить лишь в 10-20% случаев.

По результатам опроса аллергологов, семейных врачей, педиатров и терапевтов на юге Кыргызстана нам удалось выявить сходства и различия в клиническом подходе к диагностике ХК. Как оказалось, больные ХК чаще обращаются к аллергологам и семейным врачам, при этом врачи педиатры наблюдают таких пациентов крайне редко. Интересно также, что аллергологи и семейные врачи чаще консультируют больных с ХК,

чем с ОК, а семейные врачи, терапевты и педиатры, наоборот. Семейные врачи, работающие в центрах семейной медицины часто сталкиваются с ОК и намного реже аллергологов – с ХК. Низкий процент педиатров на амбулаторном приеме наблюдает больных как ОК, так и ХК. Эти может указывать на низкую осведомленность педиатров в центрах семейной медицины о принципах ведениях больных ХК, что приводит к направлению таких пациентов к врачам-специалистам.

Практически каждый четвертый из всех опрошенных врачей оказались знакомы с российскими и лишь 1,9% с зарубежными клиническими рекомендациями по диагностике ХК. На наш взгляд закономерным была низкая информированность терапевтов об основных положениях клинических рекомендаций, которая оказалась ниже информированности аллергологов в 4,5 раз, педиатров – в 2,5 раза и семейных врачей – в 1,6 раз. Традиционно наиболее узнаваемым был Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек», который был известен 71,4% аллергологам, 44,5% семейным врачам, 19,0% терапевтам и 16,6% педиатрам.

В Европейском согласительном документе [7] к рутинной диагностике при ХК относят проведение общего анализа крови, определение СОЭ или СРБ, а также отмена подозреваемых лекарственных средств. При подозрении на сопутствующие провоцирующие факторы и болезни, которые могут быть причиной ХК, предполагается тестирование на инфекции (в т.ч. *Helicobacter pylori*), аллергию, функциональные аутоантитела (тест с аутологичной сывороткой крови), тиреоидные гормоны и аутоантитела, проведение провокационных физических тестов, биопсии кожи, назначение диеты без псевдоаллергенов на 3 недели.

Согласно результатам проведенного нами исследования врачи не информированные с согласительными документами были склонны к гипер- или гиподиагностике, чаще назначали кал на «дисбактериоз», бездоказательный метод в диагностике ХК, и чаще обращались за помощью к смежным специалистам. Аллергологи чаще других специалистов направляли на исследования, предлагаемые согласительными документами, что может быть напрямую связано с лучшим знанием этих клинических рекомендаций, а также с недоступностью некоторых анализов в лечебных учреждениях среди других врачей.

По данным медицинской литературы у ~50% пациентов крапивница носит аутоактивный/аутоиммунный характер и связана с наличием циркулирующих гистамин-высвобождающих аутоантител к IgE или кальфа субъединице высокоаффинного IgE рецептора FcεRI на ТК и базофилах [12, 13]. Для диагностики этой формы крапивницы применяется тест с аутологичной сывороткой, который также предлагается в качестве метода оценки тяжести заболевания [14]. Согласно данным научных исследований тест был положительным у 4,1-76,5% пациентов [15]. Результаты наших исследований показали, что лишь 31,4% врачей использовали тест в повседневной практической деятельности и только у небольшого количества пациентов. Значительную часть составляли педиатры (33,4%). Таким образом, можно считать, что у многих пациентов аутоиммунный характер ХК остается неустановленным, что приводит к проведению ненужных исследований, снижению эффективности лечения и необоснованным финансовым затратам.

Треть врачей (31,5%) указали, что они выявляют причину ХК у менее 20% пациентов. При этом чаще других врачей причину определяют аллергологи, а также врачи, знакомые с клиническими рекомендациями, реже всех – терапевты. Более половины аллергологов и 15% педиатров и терапевтов знали хотя бы 1 критерий для дифференциальной диагностики сходных с ХК заболеваний: уртикарного васкулита, аутовоспалительных и гиперэозинофильных синдромов, а также мастоцитоза. Эти данные могут свидетельствовать о редкой выявляемости данной патологии у кыргызских пациентов с ХК.

Ограничением нашего исследования является малая выборка опрошенных врачей. Кроме того, не было проведено анкетирование врачей дерматологов, которые также наблюдают больных ХК.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные указывают на недостаточную информированность и применение клинических рекомендаций среди врачей первичного звена (семейных врачей, терапевтов, педиатров) и в меньшем степени среди узких специалистов (аллергологов). Возможными причинами этого могут быть незнание врачей о наличии таких рекомендаций, отсутствие времени для их изучения, а также низкий уровень владения иностранными языками. Например, известно, что лишь немногие кыргызские врачи выписывают журналы по специальности. Все это в свою очередь приводит к гипер- или гиподиагностике, назначению ненужных и неинформативных исследований, трудностям в дифференциальной диагностике, низкой частоте выявления причин ХК, а также редких заболеваний, которые могут сопровождаться уртикарными высыпаниями.

Кроме того, значение может иметь недоступность электронных медицинских ресурсов и полнотекстовых электронных журналов медицинского профиля на английском, русском и кыргызском языках. Анализ медицинской научной периодики Кыргызстана показывает, что на фоне довольно большого числа научных журналов их структура не удовлетворяет возрастающие потребности отрасли. Потеря единого информационного пространства, вызванная распадом СССР, не в полной мере компенсировалась усилением взаимосвязей с развитыми странами Западной Европы и Америки. Каналы поступления информации (прежде ориентированные на ее получение через центральные органы информации России) стали менее доступными. Необходимо развивать собственную систему научных периодических изданий, в первую очередь, повышая их качество, престижность в международном сообществе, цитируемость; и расширять читательскую аудиторию, в том числе международную. Таким образом, надо не наращивать число издаваемых в стране журналов, а обратить внимание на их качественное развитие.

Увеличить информированность врачей также можно путем проведения аллергоскол, организации профессиональных обществ, круглых столов, мастер-классов, лекций, а также через популяризацию интернет-обучения (проведение веб-семинаров, открытый доступ к современным руководствам на специализированных сайтах, распространение образовательной информации в социальных сетях).

Список литературы:

1. Zuberbier T., Aberer W., Asero R., Bindslev-Jensen C., Brzoza Z., Canonica G.W. et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014 Jul;69(7):868-872.
2. Колхир П.В., Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г., Сулайманов Ш.А. Хроническая крапивница: подход к диагностике среди узких специалистов и врачей общей практики в России. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015. Т. 18. № 1. С. 45-51.
3. Maurice-Tison S., Pouyanne J., Doutre M.S. [General practitioners, dermatologists, allergists, and the management of chronic urticaria. Results of a practice survey]. *Ann Dermatol Venereol*. 2003 May;130 Spec No 1:IS160-73.
4. Henderson RL Jr, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Allergists and dermatologists have far more expertise in caring for patients with urticaria than other specialists. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Dec;43(6):1084-91.
5. Sharma J.K, Miller R, Murray S. Chronic urticaria: a Canadian perspective on patterns and practical management strategies. *J Cutan Med Surg*. 2000 Apr;4(2):89-93.
6. Weller K, Viehmann K, Bräutigam M, Krause K, Siebenhaar F, Zuberbier T, Maurer M. Management of chronic spontaneous urticaria in real life--in accordance with the guidelines? A cross-sectional physician-based survey study. *JEurAcadDermatolVenereol*. 2013 Jan;27(1):43-50. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04370.x. Epub 2011 Dec 8.
7. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy*. 2009 Oct;64(10):1417-26. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02179.x.

8. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ (Часть 5) [Текст] / Н.Г. Астафьева, Е.Ю. Борзова, Л.А. Горячкина // Российский аллергологический журнал : науч.-практ. Журнал Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. - 2009. - № 1. - С. 51-59

9. Grattan C.E, Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157(6):1116-23.

10. Powell R.J., Du Toit G.L., Siddique N., Leech S.C., Dixon T.A., Clark A.T. et al. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. *ClinExp Allergy.* 2007 May;37(5):631-50.

11. Nicholson P.J., Llewellyn D., English J.S. Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. *Contact Dermatitis.* 2010 Oct;63(4):177-86. doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01763.x.

12. Konstantinou G.N., Asero R., Ferrer M., Knol E.F., Maurer M., Raap U. et al. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria. *Allergy* 2013 Jan;68(1):27-36. doi: 10.1111/all.12056.

13. De Swerdt A., Van Den Keybus C., Kasran A., Cadot P., Neyens K., Coorevits L. et al. Detection of basophil-activating IgG autoantibodies in chronic idiopathic urticaria by induction of CD 63. *J Allergy ClinImmunol* 2005 Sep;116(3):662-7

14. Kocatürk E., Kavala M., Kural E., Sarigul S., Zindancı I. Autologous serum skin test vs autologous plasma skin test in patients with chronic urticaria: evaluation of reproducibility, sensitivity and specificity and relationship with disease activity, quality of life and anti-thyroid antibodies. *Eur J Dermatol* 2011 May-Jun; 21(3):339-43. doi: 10.1684/ejd.2011.1294.

15. Konstantinou G.N., Asero R., Maurer M., Sabroe R.A., Schmid-Grendelmeier P., Grattan C.E. EAACI/GA(2)LEN task force consensus report: the autologous serum skin test in urticaria. *Allergy* 2009 Sep;64(9):1256-68. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02132.x.

УДК 616-06:616.34-053.5

СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Турдыева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: в статье представлены результаты изучения клинических форм сочетанной патологии у 286 детей и подростков с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП). Результаты исследования показали наличие у 214 пациентов сочетанной патологии, из них у 62,6% детей диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс, 19,6% - диоденогастральный рефлюкс, 30,4% - патологией билиарной системы. При этом данные сочетания меняются в зависимости от клинической формы ХГДП.

Ключевые слова: хроническая гастродуоденальная патология, дети, подростки, эндоскопия.

МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРЫНЫН ӨНӨКӨТ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ПАТОЛОГИЯСЫ МЕНЕН КОШТОЛГОН ООРУЛАРЫ

Турдыева Ш.Т.

Ташкент педиатрия медицина институту,
Ташкент, Узбекистан.

Корутунду: макалада өнөкөт гастродуоденал патологиясы (ӨГДП) менен ооруган 286 баланын оорусунун изилдөө жыйынтыгы берилген. Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча 214 бейтаптын кош патологиясы бар экени көрсөтүлдү. Анын ичинен билиардык системасынын оорулары-30,4%, гастроэзофагеалдык рефлюкс- 62,6%, диоденогастралдык рефлюкс -19,6% аныкталган. Берилген коштуктар клиникалык түрүнө жараша өзгөрүлөт.

Ачыкыч сөздөр: өнөкөт гастродуоденал патологиясы, балдар, оспурүмдөр, эндоскопия.

COMORBIDITIES IN CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN SCHOOLCHILDREN

Turdiyeva Sh.T.

*Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Uzbekistan.*

Resume: the article presents the results of studying the presence and clinical forms of comorbidity in 286 children and adolescents with chronic gastroduodenal pathology (CGDP). The results showed the presence of 214 patients comorbidity, of whom 62.6% diagnosed with gastroesophageal reflux disease, in 19.6% - diodenogastralny reflux, at 30.4% - a pathology of the biliary system. This combination of data vary depending on the clinical form CGDP.

Key words: chronic gastroduodenal pathology, children, adolescents, endoscopy.

Актуальность. Стремительная урбанизация, нарастание темпа жизни и стрессорное влияние окружающей среды, изменение характера питания и образа жизни не только негативно сказываются на состоянии здоровья населения цивилизованных государств, но и вносят свои корректизы в общую картину заболеваемости в стране [3, 7, 8]. На современном этапе развития педиатрии и гастроэнтерологии одной из актуальных и трудно решаемых проблем остается хроническое течение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), формирование которых начинается с детства. [1]. При этом, в структуре патологии пищеварительного тракта у детей ведущее место занимают хроническая гастродуodenальная патология (ХГДП) [6]. Важной особенностью гастроэнтерологической патологии у детей является сочетанный характер поражений различных отделов пищеварительной системы. Чаще (75,5%) заболевания гастродуodenальной зоны сочетаются с патологией печени и желчных путей [2]. Одновременно, у 55,6% больных с ХГДП наблюдались панкреатиты в качестве сопутствующего заболевания [4]. Актуальность изучения ХГДП заключается в том, что изолированные поражения органов пищеварения у детей встречается редко и преимущественно наблюдается сочетанная ХГДП с патологией желчевыводящих путей и поджелудочной железы. [5]. Следовательно, изучение сопутствующих болезней при ХГДП сохраняет свою актуальность в современной детской гастроэнтерологии.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с ХГДП. Среди обследованных хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 174 (60,84%), хронический гастрит (ХГ) различных форм – 43 (15,03%), хронический дуоденит (ХД) – 22 (7,69%), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) - 8 (2,8%) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБ ДПК) у 39 (13,64%) пациентов. Методы исследования включали как общее клинические, так и специфические биохимические исследования функциональной способности гепатобилиарной системы, а также гастродуоденоскопию.

Результаты и обсуждение. Исходя от цели нашего исследования, мы изучали наличие и клиническую форму сочетанной патологии у детей и подростков с ХГДП. При этом, следует отличить сопутствующую патологию от сочетанной. Хотя оба термина по смыслу очень похоже, но по медицинской терминологии отличаются. Заболевания, ставшие причиной или сами возникшие после основной патологии, интерпретируются как сочетанная патология. В ходе нашего исследования, было отмечено, что у 214 (74,8%) детей школьного возраста с ХГДП, основное заболевания протекает в сочетании с другими патологиями желудочно-кишечного тракта, у 165 (57,7%) детей был диагностирован хеликобактериоз, что является немаловажным фактором в процессе клинического течения основного заболевания.

В процессе диагностирования сочетанной патологии немаловажную роль играет эндоскопическое исследования пациентов. В частности, у 134 (62.6%) из 214 школьников с ХГДП эндоскопически был диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). При

этом ГЭР с эзофагитом отмечено у 62 (29%) пациентов, с эрозиями пищевода – 21 (9,8%). При этом, самый высокий показатель ГЭР отмечен среди пациентов с хроническим гастритом - 72,1%, самый низкий среди пациентов с ЯБ ДПК – 7,7% (см.таб 1.). Обращало на себя внимание то, что ХГД являлась самой часто встречаемой патологией среди пациентов с ХГДП – 60,8%, ГЭР встречался у 52,3%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с изолированной формой гастрита в 1,4 раза чаще отмечался ГЭР по отношению к пациентам с одновременным воспалением слизистого слоя желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1. - Встречаемость сочетанной патологии у пациентов с ХГДП (n=214).

	Сочетан- ная патология	ХГД		ХГ		ХД		ЯБЖ		ЯБ ДПК		Всего	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	ГЭР	91	52,3	31	72,1	3	13,6	6	75,0	3	7,7	134	62,6
2.	ДГР	22	12,6	7	16,3	6	27,3	3	37,5	4	10,3	42	19,6
3.	ДЖП	16	9,2	4	9,3	17	77,3	3	37,5	18	46,2	58	27,1
	Из них: гипокине- тический тип	7	4,02	1	2,33	7	31,8	1	12,5	7	17,9	23	10,6
	гиперкине- тический тип	9	5,2	3	7,0	10	45,5	2	25,0	11	28,2	35	16,4
4	ХХ	6	3,5	3	7,0	7	31,9	1	12,5	12	30,8	29	13,6
5	РП	0	0,0	0	0,0	3	13,6	0	0,0	5	12,8	8	3,7

У 42 (19,6%) школьников с ХГДП эндоскопически диагностирован дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР). При этом, ДГР чаще всего отмечался у пациентов с ЯБЖ – 37,5% и хроническим дуоденитом (ХД) – 27,3%. Наименьшее всего ДГР был диагностирован у пациентов с ЯБ ДПК – 10,3%.

Одновременно у 87 (30,4%) детей было отмечено сочетание ХГДП с патологией билиарной системы: хронический холецистит (ХХ) - у 29 (13,55%), дискинезия желчных путей (ДЖП) – 58 (27,1%) пациентов. При этом, гипокинетический тип ДЖП диагностирован в 23 (39,66%) случаев, гиперкинетический тип - 35 (60,34%) из 58 пациентов. Полученные данные указывали на превалирование гиперкинетического типа ДЖП над гипокинетическим. Одновременно, в зависимости от формы заболевания ХГДП менялась картина ДЖП. В частности, чаще всего ДЖП наблюдалась у детей с хроническим воспалением слизистого слоя двенадцатиперстной кишки (хронический дуоденит) – 77,3% и ЯБ ДПК – 46,2%. Наименьшее всего, ДЖП был диагностирован у пациентов с ХГД (9,2%) и ХГ (9,3%).

Диагноз основного заболевания и сочетанной с ним дисфункции желчного пузыря верифицировался на основании комплексного изучения анамнеза, клинического наблюдения, интерпретации ряда общее клинических лабораторных тестов, характеризующих морфофункциональное состояние желудка, тонкого кишечника и желчевыделительной системы.

Одновременно у 8 (3,7%) школьников с ХГДП был диагностирован реактивный панкреатит (РП), который клинически проявлялся в периоде обострения основного заболевания. При этом, РП в основном отмечался у пациентов с ЯБ ДПК – 12,8%. Полученные данные показывают, что у пациентов с ХГДП среди сочетанной патологии доминируют гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР) и ДЖП, а также функциональные

изменения в поджелудочной железе и гепатобилиарной системе наиболее выражены при язвенном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Полученные данные показали, что у детей и подростков школьного возраста с ХГДП в 74,8% случаев отмечалось сочетание данной патологии с ГЭР, ДГР, а также заболеваниями билиарной системой и поджелудочной железы. При этом данные сочетания менялись в зависимости от клинической формы ХГДП.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. // Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т.1 - № 1. - С. 12.
 2. Бутницкий Ю.И. Частота рефлюкса у детей и их связь с патологией гастродуоденальной зоны / Юрий Бутницкий // VII Международной медицинский конгресс студентов и молодых ученых, 21-23 мая 2003 г.: материалы конгр. - М.: Укрмедкнига, - 2003. - С. 136.
 3. Грищенко Е.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современные аспекты терапии // Гастроэнтерология. - 2013. - №2. - С. 15–18.
 4. Сапожников В.Г., Воробьева А.В. Объективные критерии хронических заболеваний органов пищеварения у детей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2015. - №1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5062.pdf>.
 5. Филин В.А., Супрун О.И. Клинико-морфологические особенности течения поражений гастродуоденальной зоны у детей и подростков, проживающих в астраханском регионе // Педиатрия. - 2011. - Том 90. - № 2. - С. 127-130.
 6. Шестопалова М.А. Особенности микрофлоры желудочно-кишечного тракта при H.Pylori-ассоциированных хронических воспалительных заболеваниях верхних отделов органов пищеварения у детей: автореф. дисс.... канд. мед. наук. 14.01.08 – педиатрия. Ростов-на-Дону. – 2012. – 22 с.
 7. Hament J.M., Bax N.M.A., van der Zee D.C., De Schryver J.E.A.R., Nesselaar C. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy with or without concomitant antireflux surgery in 96 children // Journal of Pediatric Surgery. September. - 2001; 9 (36): 1412–1415.
 8. Rafeey M, Shoaran M, Majidy H. Diagnostic Endoscopy and Clinical Characteristics of Gastrointestinal Bleeding in Children: a 10-Year Retrospective Study. // Iran Red Crescent Med J. Sep. 2013; 15(9): 794–797.
-

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ (обзор литературы)

Агайдаров Р.Д.

*Национальный Центр Охраны Материнства и Детства,
Бишкек, Кыргызская Республика.*

Резюме: данный обзор литературы посвящен современным взглядам ведения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки.

Ключевые слова: лейомиома, беременность, миомэктомия, плод.

АЯЛДАРДЫН ЖАТЫН ЛЕЙОМИОМАСЫ МЕНЕН КОШ БОЙЛУУЛУКТУ ЖАНА ТӨРӨТТӨРДҮ БАЙКООНУ ОПТИМАЛДОО (адабият сереби) Агайдаров Р.Д.

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

Корутунду: бул адабий сереп жатын лейомиомасы менен кош бойлуулукту жана төрөттүү байкоонун заманбап көз караштарына арналган.

Ачкыч создор: Лейомиома, кош бойлуулук, миомэктомия, күмөн.

OPTIMIZATION OF PREGNANCY AND DELIVERY MANAGEMENT OF WOMEN WITH LEIOMYOMA (literature review)

Agaidarov R.D.

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

Resume: this literature review modern consideration on woman pregnancy and delivery management of women with leiomyoma.

Key words: leiomyoma, pregnancy, myomectomy, delivery.

Одним из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний женских половых органов является лейомиома матки, диагностируемая у 20-25% женщин репродуктивного возраста [13, 10, 7, 11, 17, 20, 23].

Среди множества важных проблем акушерско-гинекологической практики в последние годы приобретает все большее значение беременность у женщин с лейомиомой матки, так как с одной стороны возрастает число женщин, страдающих этим заболеванием в возрасте 20-25 лет, с другой – ежегодно возрастает число женщин старше 30 лет, не успевших реализовать свою детородную функцию, частота лейомиомы у которых достигает 17-20%. При этом о наличии опухоли, как правило, женщина и врач впервые узнают с наступлением беременности.

Немаловажную роль в привлечении внимания к этой проблеме играют достижения адьювантной и хирургической терапии прошлого столетия (3,8). Все они были направлены на сохранение, либо восстановление репродуктивной функции женщин fertильного возраста. До настоящего времени одним из наиболее дискутируемых остается вопрос о роли лейомиомы матки в возникновении бесплодия и тактике ведения данного контингента больных, особенно перед проведением стимуляции овуляции [3,12,13].

Основными факторами нарушения репродуктивной функции при лейомиоме матки многие авторы (3,6) считают гормональные изменения, возникающие в организме женщины вследствие изменений в различных отделах единой функциональной системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. У 56-60% больных с миомой матки выявляются ановуляторные с различной степенью эстрогеной насыщенности и двухфазные с недостаточностью лuteиновой фазы менструальные циклы [2].

Лейомиома матки в результате трансформации миометрия запускает ряд патологических изменений в матке, нарушающих репродуктивную функцию женщин – от осложнений беременности до бесплодия, которое в одних случаях восстанавливается после проведения определенных консервативных и хирургических методов лечения, в других – нет. Изучению состояния репродуктивного здоровья больных с лейомиомой матки посвящено много работ [1, 2, 5, 9, 15].

Роль миомы матки в развитии бесплодия и невынашивания беременности до сих пор не определена, так как известны многочисленные случаи беременности с благополучным исходом при множественной лейомиоме матки, даже больших размеров. Однако первичное бесплодие у больных с лейомиомой матки отмечается в 18-24% случаев, вторичное - в 25-56%; 15-22% женщин с лейомиомой матки страдают привычным невынашиванием, т.е. в 2-3 раза чаще, чем женщины без лейомиомы [3]. Сочетание лейомиомы матки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, наружным генитальным эндометриозом, синдромом поликистозных яичников отмечено у 40-60% больных.

Определенную роль в развитии бесплодия при лейомиоме матки играют механические факторы [8, 9, 16, 19, 22]. Леомиома матки может быть причиной бесплодия, когда узел располагается в области трубного угла, сдавливает интерстициальную часть трубы и нарушает ее проходимость. Просвет трубы, ее длина и расположение могут изменяться при опухолевых процессах в матке в зависимости от локализации и размеров миоматозных узлов. Наличие подслизистой или межмышечной лейомиомы служит постоянным раздражающим фактором и нередко ведет к нарушению сократительной активности миометрия. При лейомиоме матки нередко увеличивается ее полость, отмечается неровности рельефа эндометрия, что затрудняет проходимость сперматозоидов и яйцеклетки. Кроме того, нарушения рецепторного аппарата, возникающие у больных с лейомиомой матки, могут препятствовать адекватной подготовке эндометрия к реализации генеративной функции. Однако маточный фактор, по-видимому, редко является единственной и непосредственной причиной бесплодия у таких больных. Имеются многочисленные данные [4, 18], характеризующие анатомо-функциональное состояние маточных труб у больных с лейомиомой матки. Отмечено, что нарушения репродуктивной функции часто могут быть обусловлены анатомической непроходимостью или функциональной неполноценностью маточных труб.

Таким образом, на снижение репродуктивной функции у больных с лейомиомой матки (частоту бесплодия и не вынашивания) могут влиять самые разнообразные факторы. При этом в большинстве случаев наблюдается их сочетание.

В литературе имеется значительное количество публикаций о влиянии миомэктомии на восстановление репродуктивной функции. В этом плане заслуживает особого внимания два обзора источников, соответствующих требованиям доказательной медицины.

Авторы одного из обзоров [21] при систематизации данных литературы за период с 1988 по декабрь 2000 г. для анализа выбрали 40 источников, отвечающих требованиям доказательной медицины. Однако ни в одном из этих исследований не было проведено сопоставления показателя fertильности у женщин с лейомиомой матки и без нее. Частота наступления беременности после миомэктомии колебалась в широком диапазоне от 9,6 до 76,9%.

В течение 2 лет после операции беременность наступила спонтанно у 60% пациенток, хотя это не было доказано статистически.

Противоречивыми оказались результаты использования вспомогательных медицинских технологий.

По результатам обобщенного анализа авторы пришли к заключению о необходимости получения ответа на эти вопросы путем осуществления в будущем проспективных рандомизированных исследований.

В другом исследовании [16] при проведении метаанализа одинаковых в методологическом аспекте публикаций, в том числе и в зависимости от локализации опухоли, были получены более убедительные данные относительно снижения fertильности у женщин с лейомиомой матки.

Сопоставление было проведено в двух группах женщин с бесплодием – с лейомиомой матки[1] и без нее [2], а также в пределах первой группы в зависимости от наличия или отсутствия подслизистых узлов лейомиомы и/или внутриполостного компонента с деформацией полости матки.

Было выявлено более редкое наступление беременности (ОР – 0,30; 95% ДИ 0,13 – 0,70) и имплантации оплодотворенного яйца (ОР 0,28; 95% ДИ 0,10 – 0,72) у женщин с лейомиомой матки, чем в группе без лейомиомы. Однако при обобщении анализа получен значительный разброс данных.

В то же время после удаления подслизистого узла лейомиомы частота наступления беременности существенно возрастает по сравнению с показателем частоты наступления беременности у женщин с бесплодием без лейомиомы – ОР 1,72 (95% ДИ. 1,13 – 2,58) и частота деторождений становится равной таковой у женщин с бесплодием и лейомиомой матки (ОР 0,98; 95% ДИ 0,45 = 2,41).

Таким образом, результаты проведения сравнительного анализа подтвердили роль внутриполостного и подслизистого компонента в генезе снижения плодовитости и лейомиоме матки и положительное влияние миомэктомии на последующее наступление зачатия и развитие беременности [16]. Эти данные подтверждает Каримов З.Д. с соавт. (2011).

На современном этапе с развитием и внедрением нано технологий, по мнению Тихомирова А.Л. 2006 г., можно выделить 4 подхода к лечению пациенток с лейомиомой матки в зависимости от размеров миоматозных узлов, их количества, локализации и репродуктивных планов пациентки. Временно регрессивный, подразумевающий использование агонистов гонадотропин-релизинг гормона и блокаторов рецепторов прогестерона, и стабильно-регрессивный, в ходе которого больным выполняется лапароскопическая окклюзия или эмболизация маточных артерий (ЭМА) – современный, высокоэффективный метод органосохраняющего лечения у больных с лейомиомой матки. Однако влияние ЭМА на репродуктивную функцию пациенток является в настоящее время наиболее дискутабельным аспектом проблемы безопасности процедуры.

Нет единого мнения относительно возможности рекомендовать данный метод лечения пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией несмотря на достаточный опыт наблюдения течения беременности и родов у больных с лейомиомой матки. Разногласия основаны на данных о влиянии ЭМА на функцию яичников и эндометрия (могут возникать аменорея, обусловленная нарушением функции яичников и изменениями эндометрия после ЭМА (6).

W. Hohenkanp с соавт. установили, что процедура ЭМА, также как гистеротомия, оказывают влияние на овариальный резерв, что подтверждается повышением уровня ФСГ и снижением – антимюллера гормона после вмешательства.

Результаты гистероскопии, проведенной через 3-9 мес. после ЭМА, свидетельствует о высокой частоте развития внутриматочной патологии у больных репродуктивного возраста, в постэмболизационном периоде.

Касенова Д.А. (2012) в проведенном исследовании представила патогенетическое обоснование дифференцированного подхода при органосохраняющей тактике лечения миомы матки на основе анализа результатов лечения 138 больных с миомой матки, находящихся на стационарном лечении. Все женщины находились в репродуктивном возрасте, разделены на 2 группы – I с консервативной миомэктомией, II - после эмболизации маточных артерий. Даны сравнительная оценка гормонального гомеостаза после проведенной терапии.

Указывается на более частое наступление зачатия у женщин после ЭМА. Однако подчеркиваются преимущества консервативной миомэктомии в случаях рассыпного типа кровоснабжения миоматозного узла на ножке, и при его локализации в зоне трубного угла матки. В остальных случаях более целесообразно проведение ЭМА.

Вопросу прогнозирования репродуктивных подходов после миомэктомии у страдавших бесплодием пациенток с лейомиомой матки посвящены исследования [20].

В первом исследовании по данным двухлетнего наблюдения после миомэктомии спонтанное зачатие оказалось равным 44% (95% ДИ 32-56%). Этот показатель оказался ниже после удаления межмышечных узлов опухоли, локализованных на задней стенке матки и при наличии таких сопутствующих факторов, как трубно-перитонеальный фактор и различные нарушения овуляции. В этом исследовании оказались незначимыми объем и локализация опухоли, деформация полости матки и возраст пациенток. В связи с полученными данными авторы считают дискутабельным вопрос о целесообразности миомэктомии с целью восстановления fertильности у женщин с лейомиомой матки при наличии сопутствующих факторов бесплодия [19]. В более поздней работе [17] авторы призывают к более строгому отбору пациенток к хирургическим вмешательствам для выполнения адекватных технических процедур.

Ввиду того, что в настоящее время в равной степени распространены лапароскопический и лапаротомный методы доступа к миомэктомии встал вопрос о проведении оценки эффективности восстановления функции репродукции после миомэктомии.

При этом U. Montemagus, G.de Placido et al., (2003) предложили пациенток молодого возраста подразделять на 2 группы: 1 – с наличием большой симптомной опухоли, желающих сохранить fertильность и 2 – пациенток с бесплодием и\или отягощенным репродуктивным анамнезом, повторными выкидышами.

В перечень диагностических процедур отнесли: УЗИ, определение маточного кровотока влагалищным датчиком, гистероскопия с биопсией эндометрия, полное гематологическое обследование и оценка состояния костной ткани.

Использование микрохирургической техники при миомэктомии у 51 пациентки с межмышечными и подбрюшинными узлами лейомиомы матки по данным ретроспективного анализа, опубликованного T.C.Li. R.Mortimer и J.D. Cooke в 2001 году не выявило особых преимуществ метода в сравнении с традиционным.

Частота зачатия составила в среднем 57% и не отличалась от приводимых данных другими авторами. В возрасте <35 лет зачатие наступало в 74% случаев, после 36 лет – всего 30%.

Существенно лучшими оказались результаты удаления межмышечных и подбрюшинных узлов у женщин, страдающих невынашиванием беременности.

При анализе эффективности абдоминальной миомэктомии с целью восстановления репродуктивной функции, чаще всего рассматриваются возможные влияния на наступление зачатия и развитие беременности таких факторов, как возраст, величина и число узлов опухоли, особенности репродуктивного анамнеза, продолжительность бесплодия и др.

Наибольшее значение имеют возраст пациентки и продолжительность бесплодия.

На современном этапе научных исследований проблемы лейомиомы матки fertильности особого внимания заслуживает использование так называемых

вспомогательных технологий, способствующих восстановлению fertильности у женщин с лейомиомой матки. Речь идет об а-ГНРГ и ЭКО-ПЭ в улучшении результатов миомэктомии в плане восстановления репродуктивного потенциала у женщин с лейомиомой матки.

Результаты, полученные в этом направлении R.Sudik, K. Husch, J. Steller и соавт. (2006) основывались на данных сравнительного ретроспективного клинического изучения последствий миомэктомии у 67 пациенток с наличием лейомиомы матки в качестве единственного фактора бесплодия, оперированных в течение 2000-2003 годов с последующим наблюдением в течение года.

Абдоминальная миомэктомия проводилась с помощью использования микрохирургического инструментария и техники; 33 пациентки подверглись оперативному лечению после применения а-ГНРГ в течение 3-х месяцев, остальные 34 – без предоперационной медикаментозной подготовки.

Среди всей когорты находившихся под наблюдением, беременность наступила у 33 из 67 женщин (58,2%), причем у 61,5% из их числа в течение первого года после миомэктомии вне зависимости от особенностей подготовки к операции.

Однако в более поздние сроки частота наступления беременности оказалась выше у подготовленных с помощью аГНРГ ($p=0,02$). В то же время при УЗИ сканировании органов малого таза рецидивы мелких узлов лейомиомы более 1 см. были обнаружены почти у каждой второй пациентки (у 31 из 67 – 46%), что не оказалось заметного влияния на частоту наступления беременности, но способствовало появлению выраженной тенденции к наступлению преждевременных родов ($p=0,01$). Отмечено снижение числа наступления беременности при удалении >5 узлов опухоли и более часты наступление ее у женщин после удаления узлов больших размеров в сравнении с мелкими узлами ($p=0,01$).

Таким образом, в литературе имеются разноречивые данные по поводу взаимосвязи лейомиомы матки с бесплодием, о возможностях восстановления либо сохранения fertильности после миомэктомии в зависимости от давности лейомиомы, числа, величины и расположения опухолевых узлов, от наличия сопутствующей патологии. Неоднозначно отношение к необходимости подготовки женщин с лейомиомой матки к миомэктомии с помощью а-ГНРГ для восстановления функции репродукции, к выбору оперативного подхода для производства миомэктомии.

Многие исследователи [1, 13-15] считают, что репродуктивная функция женщин с лейомиомой матки понижена, так как развитию этой патологии нередко предшествует бесплодие. Однако этот вопрос окончательно не решен. Неясно, является ли лейомиома причиной бесплодия или его следствием. Одни авторы считают, что бесплодие с гормональными изменениями может обусловить рост лейомиомы, другие связывают бесплодие с деформацией полости матки узлами, что препятствует зачатию и нормальной имплантации.

Обобщая все вышеизложенное можно сделать вывод о том, что до настоящего времени нет единого мнения ученых – исследователей о частоте осложнений беременности после различных методик проведения консервативной миомэктомии и тем более об оптимизации их коррекции, а также о выборе метода родоразрешения. Все это еще раз убеждает в необходимости проведения дополнительных исследований.

Список литературы:

1. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки: Автореферат дис. канд. мед. наук. Москва, 2004.
2. Буянова С.Н. с соавт. Репродуктивный прогноз при миоме матке // Российский вестник акушера-гинеколога – 2003. - №3. - С. 47-49.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М: МЕДпресс-информ, 2004. - С. 78-80.
4. Закаблуков С.В. Особенности аниогенеза простой и пролиферирующей миомы матки / Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». 2005. – С. 222-224.

5. Овсянникова Т.В., Гуриев Т.Д. 2002г. Миома матки: Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения: Руководство для врачей. М.: 2002. – 328 с.
6. Ибрагимова Д.М., Добротова Ю.Э. Эмболизация маточных артерий в акушерстве и гинекологии // Российский медицинский журнал. – 2014. – №1. – С. 42-47.
7. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М.: Миклош, 2007. – С. 16-22.
8. Каримов З.Д. с соавт. Консервативная миомэктомия в проблеме восстановления fertильности у молодых женщин // Журнал акушерства и женских болезней. - 2011. - №4. – С. 147-150.
9. Краснопольский В.И., Сичинава Л.Г., Калугина Ф.С. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М.: Миклош, 2005. – 162 с.
10. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 342 с.
11. Линде В.А., Добровольский Н.С., с соавт. Миома матки и миомэктомия. – М.: МИА, 2010. – С. 122-126.
12. Рымашевский А.Н. с соавт. Роль лейомиомы матки в возникновении бесплодия // Вестник российского университета дружбы народов. – 2012. - №3. – С. 15-17.
13. Сидорова И.С. Миома матки. – М.: МИА, 2003. – С. 27-32.
14. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. «ЭЛСБИ-СПБ». - 2003. – С. 152-159.
15. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М.: МИА, 2006. – С. 106-115.
16. Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. Hemostatic technique for myomectomy during cesarean section // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2002. – Vol. 79. – P. 261.
17. Cooper N.P., Okolo S. Fibroids in pregnancy - common but poorly understood. Obstet. Gynecol. Surv. - 2005. – Vol. 60. – P. 132.
18. Donnez J., Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? Human Reprod. 2002. - 17: 6: P. 1424-1430.
19. Ehigiegbu A.E., Ande A.B., Ojobo S.I. Myomectomy during cesarean section. Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2001. – Vol. 75. – P. 21.
20. Hanafi M. M.D. Predictors of leiomyoma recurrence after myomectomy. Obstet. Gynec. 2005. - 105: P. 877-881.
21. Jabiry-Zieniewicz Z., Gajewska M. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas. Ginekol. Pol. - 2002. - Vol. 7. – P. 46-50.
22. Lethaby A., Voolenhoven B. Fibroids (uterine myomatosis, leiomyomas). Clin. Evid. 2004; 2406. – P. 26.
23. Somigliana E., Vercellini P., Daguati R. et al. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. Human Reprod. Update 2007. - 13: 5: P. 465-476.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАГИНАЛЬНОГО РАСТВОРА ИБУПРОФЕНА ИЗОБУТАНОЛАММОНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАГИНИТОВ

Самигуллина А.Э., Максутова Э.М., Сарыбаева К.А.

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

Резюме: на базе НЦОМиД проведено рандомизированное клиническое исследование с целью оценки эффективности вагинального раствора ибупрофена изобутиламмония. Научно доказано, что уже после 2-х дней лечения в группе эксперимента отмечалось превосходство уменьшения жалоб на вагинальную боль – в 5,1 раза ($P<0,001$), вагинальный зуд – на 80% ($P<0,001$), вагинальное жжение – на 40% ($P<0,001$) и вагинальные выделения – на 40% ($P<0,001$), а также улучшение клинической картины вагинита. Полученные данные демонстрируют эффективность вагинального раствора ибупрофена изобутиламмония при лечении вагинитов, доказывая ценность и перспективность последнего для обеспечения быстрого и надежного контроля симптоматики вагинитов.

Ключевые слова: вагинит, выраженность симптомов, вагинальный раствор ибупрофена изобутиламмония.

ВАГИНИТТИ ДАРЫЛОО МАКСАТЫНДА ИБУПРОФЕН ИЗОБУТИЛАММОНИЙДИН ВАГИНАЛДЫК ЭРИТМЕСИНИН ТААСИРДҮҮЛҮГҮН АНЫКТОО

Самигуллина А.Э., Максутова Э.М., Сарыбаева К.А.

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

Корутундуу: Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борборунун негизинде ибупрофен изобутиламмонийдин вагиналдык эритмесинин таасирдүүлүгүнүн наркын билүү максатында рандомизациялык клиникалык изилдөө жүргүзүлгөн. Дарыланаунун экинчи күнүнөн эле эксперименттин тобунда вагиналдык ооруу – 5,1 эсе ($P < 0,001$), вагиналдык кычышуу – 80%га ($P < 0,001$), вагиналдык саарына – 40%га ($P < 0,001$), жана вагиналдык бөлүнүүлөрү 40%га ($P < 0,001$) даттануулардын азаюсунун артыкчылыгын белгиледи жана ошондой эле вагиниттин клиникалык сүрөттөмөсү оңолду. Алынган цифралык маалыматтар ибупрофен изобутиламмонийдин вагиналдык таасирдүүлүгүнүн демонстрациялап, анын вагиниттин симптоматикасынын тез жана ишенимдүү контролүн камсыз кылуунун перспективдүүлүгүнүн баалуулугун далилдейт.

Ачыкчىк сөздөр: вагинит, симптомдордун таң даана билинүүсү, ибупрофен изобутиламмонийдин вагиналдык эритмеси.

EVALUATION OF VAGINAL IBUPROFEN IZOBUTANOLAMMONIYA SOLUTION IN THE TREATMENT OF VAGINITIS

Samigullina A.E., Maksutova E.M., Sarybaeva K.A.

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

Resume: the randomized controlled clinical trial for evaluation of efficacy of vaginal solution of ibuprofen isobutanolammonium in vaginitis was conducted in National Center for Care of Maternity and Children Health. Advantages in clinical features in patients treated with experimental regimen have been shown after 2nd day of therapy, as well as reducing of complaints of vaginal pain (5.1-fold, $p < 0.001$), itch (by 80%, $p < 0.001$), burning (by 40%, $p < 0.001$) and vaginal discharges (by 40%, $p < 0.001$) and also was reported improvement of vaginitis clinical pattern. Trial results demonstrated effectiveness of ibuprofen isobutanolammonium vaginal solution for treatment of vaginitis and confirmed its significance as valuable and perspective agent for early and reliable control of vaginal symptoms.

Key words: vaginitis, symptom severity, ibuprofen isobutanolammonium vaginal solution.

Актуальность. Здоровье женской половой сферы является одним из факторов, оказывающих кардинальное значение на общее состояние женщины, ее работоспособность, детородную функцию, удовлетворенность качеством жизни, а также – на ее социальную активность. Одной из основных задач современной медицины является обеспечение необходимого индекса здоровья женщины, как одного из основных факторов репродуктивного потенциала [3].

Расстройства половой сферы достаточно многообразны и часто встречаются, причем большинство из них составляют воспалительные процессы нижнего отдела женских половых органов. Среди воспалительных заболеваний вагиниты занимают одно из лидирующих мест, и их число неуклонно увеличивается [4]. По данным статистики, до трети всех женщин репродуктивного периода страдает вагинитом, при этом беременные женщины не являются исключением [5-10]. Согласно отчетам НЦОМиД у пациенток, обратившихся за высококвалифицированной специализированной медицинской помощью в отделение «Брак и семья» за период 2011-2015 года, воспалительные заболевания органов малого таза составили 26-32%, при этом около 70% из них составили именно вагиниты [2].

Клиника вагинитов характеризуется обильными выделениями из половых путей, раздражением, зудом и жжением [6-8, 11, 12]. Для лечения вагинитов наряду со специфическими антимикробными средствами рекомендуется применение местных противовоспалительных средств [13, 14]. Одним из рекомендуемых классов средств являются вагинальные орошения растворами нестероидных противовоспалительных агентов [14-17]. Все вышесказанное послужило основанием для планирования и проведения данного исследования.

Цель исследования – оценить эффективность вагинального раствора ибупрофена изобутаноламмония при терапии неспецифических вагинитов.

Материал и методы исследования. Анализ проведенного с вагинальным раствором ибупрофена изобутаноламмония клинического исследования оценивался на субъективных оценках симптомов пациентки при помощи вербальных ранговых шкал и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) [18-23]. Кроме того была проведена объективная оценка состояния пациентки (степень выраженности наблюдаемых признаков заболевания) лечащим врачом при помощи ранговой шкалы оценки (ШОП). Индикаторами оценки явились: уменьшение боли, дискомфорта, жжения и раздражения.

Исследование проводилось на базе отделения «Брак и Семья» НЦОМиД за период май-сентябрь 2015 года. В исследовании приняли добровольное участие 60 пациенток в возрасте 18-55 лет, обратившихся в Центр по поводу вагинита с подтвержденным диагнозом. В качестве препарата ибупрофена изобутаноламмония был использован зарегистрированный в КР раствор вагинальный «Гиненорм».

В качестве специфического противомикробного средства выбраны зарегистрированные в КР вагинальные свечи «Овумикс», содержащие антимикробные средства широкого спектра действия (миконазол, метронидазол, неомицин, полимиксин) и обладающие ранозаживляющим свойством.

Больные были разделены на 2 группы – контрольную, получавшую стандартное лечение специфическим противомикробным средством (свечи вагинальные) и экспериментальную, получавшую вдобавок к указанному стандартному лечению раствор вагинальный ибупрофена изобутаноламмония (орошения вагинальные).

Для обеспечения случайности выбора пациенток был применен метод простой фиксированной рандомизации, при помощи номерков в конвертах: нечетный номер – экспериментальный режим, четный номер – контрольный.

Оценка эффективности лечения проводилась на 3-й день лечения и на 2-й день после лечения.

Для определения объема выборки пациенток в каждой группе использовалась рекомендуемая статистическая формула подсчета размера рандомизированной выборки для каждой из групп в параллельных сравнительных исследованиях [24]:

$$n \text{ per group} = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\Delta^2},$$

где в качестве значений Δ (величина эффекта) = 3,3 и σ (стандартное отклонение разницы) = 3,39 использовались данные проведенного клинического исследования Акушерско-гинекологической клиникой Миланского университета [25].

Для сравнения полученных данных были выбраны: t-тест (Стьюдента) – для сравнения непрерывных переменных и тест хи-квадратов (χ^2) – для сравнения категориальных переменных. Для проведения статистической обработки полученных данных использован доступный в он-лайн-режиме свободный программный пакет Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi 3.03.

Результаты и обсуждение. На начальном этапе исследования установлено, что обе группы женщин больных вагинитом были идентичны. Данные представленные в табл. 1, свидетельствуют о том, что средний возраст женщин контрольной группы был равен $36,8 \pm 10,7$ лет, а экспериментальной группы – $32,7 \pm 6,4$, достоверной разницы между

группами не наблюдалось, $p>0,05$. При субъективной оценке жалоб пациентами обеих групп так же достоверных различий не зарегистрировано.

Таблица 1- Исходные характеристики пациенток: среднее значение показателей ВАШ.

Параметры по группам		Контроль	Эксперимент	(P)
	Возраст, лет	$36,8\pm10,7$ (диапазон: 18-55)	$32,7\pm6,4$ (диапазон: 23-47)	$>0,05$
Оценка симптомов (баллы по ВАШ)	Вагинальная боль	$1,6\pm1,1$ (диапазон: 0-4)	$2,3\pm2,0$ (диапазон: 0-7)	$>0,05$
	Вагинальный зуд	$3,7\pm2,7$ (диапазон: 0-8)	$4,1\pm2,9$ (диапазон: 0-9)	$>0,05$
	Вагинальное жжение	$5,5\pm2,7$ (диапазон: 1-9)	$5,3\pm2,9$ (диапазон: 1-9)	$>0,05$
	Вагинальные выделения	$8,0\pm1,3$ (диапазон: 5-9)	$8,2\pm1,5$ (диапазон: 4-9)	$>0,05$
	Влияние на половой акт	$2,8\pm2,4$ (диапазон: 0-8)	$2,0\pm1,9$ (диапазон: 0-8)	$>0,05$
	Влияние на спортивную активность	$2,5\pm2,3$ (диапазон: 0-8)	$1,5\pm1,9$ (диапазон: 0-8)	$>0,05$
	Влияние на социальную активность	$2,5\pm2,2$ (диапазон: 0-7)	$1,8\pm2,0$ (диапазон: 0-8)	$>0,05$

При этом выявлено, что больше всего пациентки жаловались на вагинальный зуд (60%), вагинальное жжение (79%) и вагинальные выделения (100%). Остальные симптомы отмечались не более, чем у 1/3 женщин: это – вагинальная боль (23%), влияние вагинита на половой акт (33%), влияние на спортивную активность (30%) и влияние на социальную активность (28%). Исходные характеристики объективной оценки признаков вагинита лечащим врачом у пациенток представлены в табл. 2, как видно из таблицы обе группы сопоставимы и не имеют достоверных различий, $p>0,05$.

В ходе обследования установлено, что больше всего среди пациенток выявлялись покраснение слизистой влагалища (98%) и гиперемия кожи вульварной области (67%). В меньшей степени наблюдались лейкоксанторея (41%) и в значительно меньшей мере – деэпителизация слизистой влагалища (2%).

Таблица 2 – Исходные характеристики пациенток: средние показатели объективной оценки.

Параметры по группам		Контроль	Эксперимент	(P)
	Возраст, лет	$36,8\pm10,7$ (диапазон: 18-55)	$32,7\pm6,4$ (диапазон: 23-47)	$>0,05$
Оценка симптомов, баллы по ШОП	Покраснение слизистой	$2,8\pm0,5$ (диапазон: 1-3)	$2,8\pm0,4$ (диапазон: 2-3)	$>0,05$
	Гиперемия кожи	$1,6\pm0,8$ (диапазон: 0-3)	$1,9\pm0,9$ (диапазон: 0-3)	$>0,05$
	Лейкоксанторея	$1,6\pm1,0$ (диапазон: 0-3)	$1,2\pm1,0$ (диапазон: 0-3)	$>0,05$
	Деэпителизация слизистой	$0,2\pm0,2$ (диапазон: 0-2)	$0,1\pm0,3$ (диапазон: 0-1)	$>0,05$

Далее нами проведена оценка результатов лечения на 3-й день с момента начала терапии (первые результаты) и на 2-й день после окончания курса лечения (окончательные результаты).

В результате проведенного исследования установлено, что (табл. 3) при субъективной оценке (по шкале ВАШ) пациентами симптомов вагинита на 3-й день

лечения отмечалось статистически значимое достоверное улучшение симптоматики по сравнению с началом лечения в обеих группах по всем параметрам, кроме вагинальной боли в группе контроля, $p=0,19$. Особо значимое улучшение наблюдалось в обеих группах в уменьшении жалоб на выделения из половых путей, $p<0,01$.

Таблица 3 – Субъективная оценка на 3-й день лечения (2-й визит) в сравнении с исходными показателями (1-й визит).

Параметры	Контроль			Эксперимент		
	$M \pm m$	улучшение	P^*	$M \pm m$	улучшение	P^*
Вагинальная боль	1,3±0,6	0,3	0,19	0,8±0,8	1,5	<0,01
Вагинальный зуд	2,0±1,4	1,7	<0,01	1,0±1,0	3,1	<0,01
Вагинальное жжение	2,6±1,3	2,9	<0,01	1,3±1,1	3,9	<0,01
Вагинальные выделения	3,6±1,0	4,4	<0,01	1,8±1,4	6,4	<0,01
Влияние на спортивную активность	1,4±0,9	1,1	0,01	0,8±1,0	0,8	<0,05
Влияние на социальную активность	1,4±0,8	1,1	0,01	0,8±1,0	1,0	0,01

P^* - сравнение с исходными данными (визит №2 с визитом №1).

Следующим этапом исследования проведена сравнительная оценка эффективности лечения между группами. Данные представленные на рис. 1 свидетельствуют о том, что в группе эксперимента уже на 3-й день лечения при субъективной оценке своего состояния пациентками отмечалось превосходство экспериментального режима над контрольным. В экспериментальной группе статистически значимо превосходили аналогичные показатели контрольной группы: вагинальная боль – в 5,1 раза ($P<0,001$), вагинальный зуд – на 80% ($P<0,001$), вагинальное жжение – на 40% ($P<0,001$) и вагинальные выделения – на 40% ($P<0,001$).

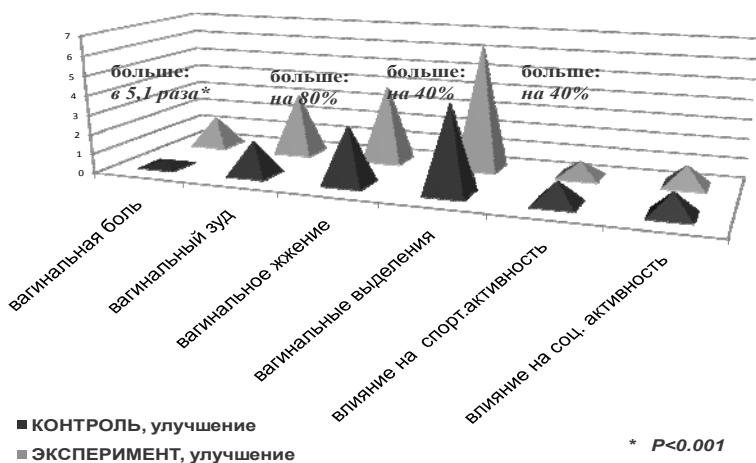


Рис. 1. Субъективная оценка на 3-й день лечения (2-й визит) в сравнении с исходными показателями (1-й визит).

Из табл. 4 наглядно видно, что в ходе эксперимента была доказана более высокая эффективность лечения вагинита при добавлении к стандартному противомикробному режиму раствора вагинального ибупрофена изобутиламмония. Согласно полученным данным, вагинальный раствор, применяемый в группе эксперимента статистически и клинически достоверно ускоряет исчезновение таких симптомов, как вагинальный зуд в 9,6 раз быстрее контрольной группы, вагинальная боль перестает беспокоить в 7,8 раз чаще, вагинальное жжение исчезает в 5,6 раз быстрее, в 4,9 раз быстрее вагинит перестает мешать спортивной активности женщин. При этом, показатели симптоматики в группе

эксперимента снижались в разы (в 3-10 раз), а в группе контроля – не более, чем на 50% по показателям вагинальной боли и вагинального зуда и в 3,4 раза – по показателю влияния на социальную активность.

Таким образом, научно доказана роль раствора вагинального ибупрофена изобутиламмония в достижении высокой эффективности клинической терапии вагинита у пациенток экспериментальной группы в сравнении с контрольной уже к третьему дню лечения, при этом вагинальный раствор достоверно лучше обеспечивает надежный контроль в отношении большинства беспокоящих пациентку симптомов, $p<0,001$.

Таблица 4 – Исчезновение симптомов в группах по сравнению с началом исследования (BAШ).

Параметры	Контроль	Эксперимент
Вагинальная боль	на 49% ↑	в 7,8 раз ↑
Вагинальный зуд	на 47% ↑	в 9,6 раз ↑
Вагинальное жжение	на 32% ↑	в 5,6 раз ↑
Вагинальные выделения	-	в 2,7 раз ↑
Влияние на спортивную активность	-	в 4,9 раз ↑
Влияние на социальную активность	в 3,4 раз ↑	в 2,9 раз ↑

Анализируя результаты (табл. 5) объективной оценки по шкале ШОП следует отметить, что на 3-й день лечения отмечается достоверное улучшение показателей по всем параметрам в обеих исследуемых группах ($p<0,01$), кроме показателя деэпителизации слизистой влагалища, который в группе контроля за этот период терапии не имел достоверного улучшения ($p=0,35$). При этом в экспериментальной группе уже на 3-й день лечения удалось добиться полной эпителизации слизистой влагалища. При сравнении изменений показателей объективных признаков заболевания между группами было отмечено статистически значимое превосходство клинического улучшения гиперемии кожи (на 60%, $P<0,01$) по сравнению с началом лечения в экспериментальной группе.

Таблица 5 – Объективная оценка по шкале ШОП на 3-й день лечения (2-й визит) в сравнении с исходными показателями (1-й визит).

Параметры	Контроль			Эксперимент		
	$M \pm m$	улучшение	P^*	$M \pm m$	улучшение	P^*
Покраснение слизистой	1,0±0,3	1,8	<0,01	0,8±0,5	2	<0,01
Гиперемия кожи	0,5±0,6	1,1	<0,01	0,1±0,3	1,7	<0,01
Лейкоксанторея	0,4±0,5	1,2	<0,01	0,2±0,5	1,0	<0,01
Деэпителизация слизистой	0,1±0,3	0,1	0,35	0,0±0,0	0,1	<0,05

P^* - сравнение с исходными данными (визит №2 с визитом №1).

Следующим этапом исследования явились субъективная оценка проявлений вагинита на 2-й день после завершения лечения в сравнении с исходными данными. Данные представленные в табл. 6, свидетельствуют о том, что к концу лечения отмечалось статистически значимое снижение симптомов и проявлений вагинита по всем показателям в обеих группах.

При объективной оценке окончательных результатов проявлений вагинита (табл. 7) отмечалось статистически значимое выздоровление в обеих исследуемых группах. На момент окончания эксперимента у всех 60 женщин был выставлен клинический диагноз – выздоровление. При этом, какого-либо статистически значимого преимущества в показателях между группами не отмечалось. В целом, можно сделать вывод о том, что стандартное специфическое противомикробное лечение также как и лечение с

добавлением вагинального раствора ибупрофена изобутаноламмония статистически и клинически достоверно обеспечивает полное исчезновение объективных признаков болезни к концу рекомендованного курса лечения.

Таблица 6 - Субъективная оценка проявлений вагинита на 2-й день после завершения лечения (окончательные результаты) по сравнению с исходными показателями.

Параметры	контроль			эксперимент		
	$M \pm m$	улучшение	P^*	$M \pm m$	улучшение	P^*
Вагинальная боль	$1,0 \pm 0,2$	0,6	0,04	$0,42 \pm 0,67$	1,87	<0.01
Вагинальный зуд	$1,0 \pm 0,2$	2,7	<0,01	$0,52 \pm 0,57$	3,58	<0.01
Вагинальное жжение	$1,0 \pm 0,0$	4,5	<0,01	$0,45 \pm 0,51$	4,81	<0.01
Вагинальные выделения	$1,0 \pm 0,0$	7,0	<0,01	$0,42 \pm 0,50$	7,77	<0.01
Влияние на спортивную активность	$1,0 \pm 0,0$	1,5	0,01	$0,48 \pm 0,51$	1,97	<0.01
Влияние на социальную активность	$1,0 \pm 0,2$	1,5	0,01	$0,55 \pm 0,57$	1,29	0.001

P^* - сравнение с исходными данными (визит №3 с визитом №1)

Таблица 7 - Объективная оценка изменения показателей признаков болезни на 2-й день после завершения курса лечения (окончательные результаты) по сравнению с началом лечения: результаты в группах.

Параметры	контроль			эксперимент		
	$M \pm m$	улучшение	P^*	$M \pm m$	улучшение	P^*
Покраснение слизистой	$0,0 \pm 0,0$	2,8	<0,01	$0,0 \pm 0,0$	2,84	<0.01
Гиперемия кожи	$0,0 \pm 0,0$	1,6	<0,01	$0,0 \pm 0,0$	1,87	<0.01
Лейкоксанторея	$0,0 \pm 0,0$	1,6	<0,01	$0,0 \pm 0,0$	1,16	<0.01
Деэпителизация слизистой	$0,0 \pm 0,0$	0,2	<0,05	$0,0 \pm 0,0$	0,13	<0.05

P^* - сравнение с исходными данными (визит №3 с визитом №1)

Однако, при субъективной оценки женщинами к концу лечения (рис. 2) отмечено достоверно большее улучшение и исчезновение симптомов вагинальной боли и вагинального жжения, $p<0,01$.

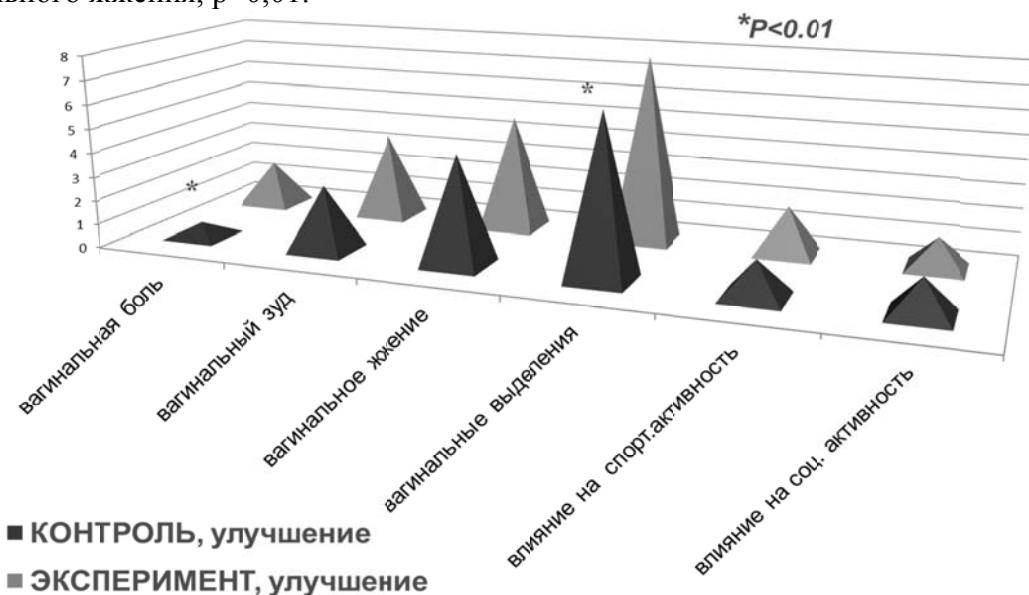


Рис 2. Субъективная оценка изменения симптомов на 2-й день после лечения (окончательные результаты) по сравнению с началом лечения: сравнение между группами.

В результате проведенного исследования установлено, что (табл. 8) к концу лечения при объективной оценке полученных результатов достоверных различий в обеих исследуемых группах также не наблюдалось, $p>0,05$.

В ходе эксперимента доказано, что отмечается выраженная эффективность влияния на субъективные показатели проявлений вагинита и некоторое влияние на объективные признаки болезни при добавлении к стандартному лечению вагинального раствора ибупрофена изобутиламмония.

Таблица 8 - Объективная оценка изменения показателей признаков болезни на 2-й день после завершения курса лечения (окончательные результаты) по сравнению с началом лечения: сравнение между группами.

Признаки болезни	Контроль	Эксперимент	(P)
<i>Покраснение слизистой</i>	2,8	2,84	>0,05
<i>Гиперемия кожи</i>	1,6	1,87	>0,05
<i>Лейкоксанторея</i>	1,6	1,16	>0,05
<i>Деэпителизация слизистой</i>	0,2	0,13	>0,05

Таким образом, вагинальный раствор ибупрофена изобутиламмония может являться ценным и перспективным средством для обеспечения быстрого и надежного контроля симптоматики вагинитов, независимо от степени тяжести заболевания.

Список литературы:

1. Кира Е.Ф. Нормальная микрофлора половых путей женщин [Текст] / Кира Е.Ф. // Гинекология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Гл. 10. - С. 366-369.
2. Данные НЦОМиД. Воспалительные заболевания женских половых органов 2011-2015 гг. [Текст] // Кыргызская Республика, 2016. – 12 с.
3. Women's health [электронный ресурс] / World Health Organization official site // Health topics, 2016.
4. Callahan T.L. *Vaginal infections* [Text] / Callahan T.L., Caughey A.B. // *Blueprints Obstetrics & Gynecology*, Lippincott Williams & Wilkins (Wolters Kluwer). - Philadelphia (PA, USA), 2013. - P.II. - Ch.16. - pp. 221-223.
5. Anderson M.R. *Evaluation of vaginal complaints* [Text] / Anderson M.R. // *JAMA*, 2004. - Mar 17. - Ch. 291(11). - pp. 1368-79.
6. Schwartz A. *Throwing the dice for the diagnosis of vaginal complaints?* [Text] / Schwartz A., Taras D., Rusch K., Rusch V. // *Ann Clin Microbiol Antimicrob*, 2006. - Feb 17. - Ch.5. - p.4.
7. Egan M.E. *Diagnosis of vaginitis* [Text] / Egan M.E., Lipsky M.S. // *Am Fam Physician*, 2000. - Sep 1. - Ch. 62(5). - pp. 1095-104.
8. Hoffman B.L. *Gynecologic Infection* [Text] / Hoffman B.L. et al. // *Williams Gynecology*. - McGraw-Hill Education: New York (NJ, USA), 2016. - Sect.1. - pp. 60-61.
9. Sobel J.D. *Vulvovaginal candidosis* [Text] / Sobel J.D. // *Lancet*, 2007. - Jun 9. - pp.369.
10. Tong I.L. *Bacterial Vaginosis* [Text] / Tong I.L., Garry K.A. // *The 5 Minute Consult Clinical Companion to Women's Health*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia (PN, USA), 2007. - p.40.
11. Boyd E. *Vaginitis: Bacterial Vaginosis* [Text] / Boyd E., Peipert J. // *The 5-Minute Obstetrics & Gynecology Consult*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia (PN, USA), 2008. - Sect.II. - p.205.
12. Kumaraswami T.N. *Vaginitis and Vaginosis* [Text] / Kumaraswami T.N., Caggiano M.E. // *The 5-Minute Clinical Consult*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia (PN, USA), 2012. - 20th Ed. - p.1397.
13. Workowski K.A. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines* [Text] / Workowski K., Berman S. // Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm*, 2010. - Dec 17.59(RR-12). -110 p.
14. De Sanctis V. *Diagnosi e trattamento delle più comuni vulvo vaginiti nell'età adolescenziale* [Text] / De Sanctis V. // *Rivista Italiana di Medicina dell' Adolescenza*, 2005. - Ch. 3(1). - p. 25-31.
15. Facchinetti F. *Vaginiti e trattamento antinfiammatorio topico. Potenzialità terapeutiche di ibuprofene isobutanolammonio applicato per mezzo di un dispositivo innovativo* [Text] / Facchinetti F. // *Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale*, 1999. - Ch. 14(2). - p.3.

16. Lanza P. *Efficacy and safety of a 7-day course of miconazole associated with ibuprofenisobutanolammonium compared to therapy with miconazole alone in mycotic vaginitis* [Text] / Lanza P., Corea D., Mastrantonio P. // *Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche*, 2000. - April. 159(2). - p. 71-8.
17. Milani M. *Vaginal use of Ibuprofen isobutanolammonium (ginnenorm): efficacy, tolerability, and pharmacokinetic data: a review of available data* [Text] / Milani M., Iacobelli P. // *ISRN Obstet Gynecol*, 2012. - Ch. 673,131. - p. 1-6.
18. Sullivan G.M. *Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales* [Text] / Sullivan G.M., Artino A.R. // *J Grad Med Educ*, 2013. - Dec. 5 (4). - p. 541-542.
19. Stinson J.N. *Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents* [Text] / Stinson J., Kavanagh T., Yamada J. et al. // *Pain*, 2006. - Nov. 125(1-2). - p. 143-57.
20. Witt A. *Monthly itraconazole versus classic homeopathy for the treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis: a randomised trial* [Text] / Witt A. et al. // *BJOG*, 2009. - Oct;116 (11). - p.505.
21. Todd K.H. *The minimum clinically important difference in physician-assigned visual analog pain scores* [Text] / Todd K.H., Funk J.P. // *AcadEmerg Med*, 1996. - Feb. 3(2). - p. 142-6.
22. Pickard A.S. *Estimation of minimally important differences in EQ-5D utility and VAS scores in cancer* [Text] / Pickard A.S. et al. // *Health Qual Life Outcomes*, 2007. - Ch.5. - p.70.
23. Bodian C.A. *The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients* [Text] / Bodian C.A. et al. // *Anesthesiology*, 2001. - Dec. 95(6):1356. - p.61.
24. Durham T.A. *Sample size for continuous outcomes in superiority trials* [Text] / Durham T.A., Turner J.R. // *Introduction to Statistics in Pharmaceutical Clinical Trials*. Pharmaceutical Press: London (UK), 2008. - Ch.12. - pp. 173-174.
25. Candiani G.B. *Therapeutic effect and tolerability of the formula "SC 501" packets of 1 g in inflammatory processes of the vulvovaginal complex (controlled study vs. placebo) IstitutiClinici di perfezionamento "L. Mangiagalli" Obstetrics and Gynecology Clinic* [Электронный ресурс] / Candiani G.B. // University of Milan. Prima Clinica, 1987.
-

УДК: 616-0532:616.367-089.85:47-088.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МНОЖЕСТВЕННОГО И СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Айбашев К.А., Анарбаев А.А., Абдихаликов Ж.А., Жолдошев С.А.

Ошская межобластная детская клиническая больница,
Ош, Кыргызская Республика.

Резюме: в работе представлены результаты клинического обследования и хирургического лечения 168 детей в возрасте от 3 до 15 лет с различными формами эхинококкоза в отделение хиургии №1 Ошской межобластной детской клинической больницы за период 2010-2015 гг. Собранный материал разделен на разные формы течения, оценены клинические особенности течения множественных, сочетанных и осложненных форм эхинококкоза у детей.

Ключевые слова: эхинококкоз, множественный, сочетанный, клиника, дети.

БАЛДАРДАГЫ КӨП САНДАГЫ ЖАНА КОШТОЛГОН БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Айбашев К.А., Анарбаев А.А., Абдихаликов Ж.А., Жолдошев С.А.

Оштогу облассттар аралык балдардын клиникалык оорунасынын, Оштогу облассттар аралык балдардын клиникалык оорунасынын хиургия 1 бөлүмүндө жаткан 3 жаштан 15 жашка чейинки 168 баланын клиникалык текшиерүүсүнүн жана хиургиялык дарылануусунун жыйынтыктары көрсөтүлдү. Топтолгон материал оруунун жүрүүсүнүн ар түрдүү формасына бөлүндү, көптүк, коштолгон жана кабылданган балдардын эхинококкозунун клиникалык өзгөчөлүктөрү каралды.

Ачыкчى сөздөр: эхинококкоз, көптүк, коштолгон, клиникалык өзгөчөлүктөр, балдар.

CLINICAL FEATURES OF MULTIPLE AND COMBINED ECHINOCOCCUS OF THE LIVER IN CHILDREN

Aybashev K.A., Anarbaev A.A., Abdihalikov J.A., Joldoshev S.A.

Osh interregional Children's Hospital,
Osh, Kyrgyz Republic.

Resume: this paper presents the results of clinical examination and surgical treatment of 168 children aged from 3 to 15 years with various forms of echinococcosis into the department of Surgery № 1 Osh interregional children's hospital in the period from 2010 to 2015. The collected material divided into different forms flow. Evaluated the clinical features of the course of multiple, combined and complicated forms of echinococcosis in children.

Key words: echinococcosis, multiple, combine, clinic, children.

Актуальность проблемы. Эхинококкоз до настоящего времени представляет серьезную медицинскую, социальную и экологическую проблему. В Кыргызской Республике заболеваемость эхинококкозом печени у детей не только снижается, но и заметно растет. Кроме роста заболеваемости обращает на себя внимания увеличение удельного веса детей с эхинококкозом с осложненными, сочетанными и множественными формами, что существенно усложняет диагностику и лечения этого заболевания.

Объем и последовательность уточненных методов исследований, нет достаточного клинического обоснования к применению антипаразитарных препаратов в профилактике и лечении рецидива эхинококкоза печени у детей успешно применяемые у взрослого контингента больных.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении Ошской межобластной детской клинической больницы на стационарном лечении находилось 168 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 3 до 15 лет за 2010-2015 гг. Из них изолированные поражения печени выявлено у 134 (79,8%), сочетанные с легкими у 26 (15,5%), с другими органами у 8 (4,7%) детей. Осложненный эхинококкоз печени наблюдался у 31 (18,4%) больных детей. Из осложненных 24 (77,5%) случаев – нагноение эхинококковой кисты, в 7 (22,5%) случаях – прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость.

У 94 (55,9%) детей встречались одиночные эхинококковые кисты, у 31 (18,4%) большие и гигантские кисты. Множественные эхинококковые кисты наблюдались у 43 (25,5 %) больных детей.

Диагноз эхинококкоза устанавливали на основании клинико-лабораторных данных и результатов ультразвукового исследования, рентгенографии грудной клетки. При множественных сочетанных формах всем пациентам проводили эхокардиографию, при наличии неврологического статуса - ЯМРТ головного мозга. Выбор тактики лечения определялся в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболевания.

Результаты и обсуждение. По данным собранного материала у 41 (24,4%) больных наблюдались первая стадия эхинококкоза печени.

В начальной стадии эхинококкоза печени отсутствовали характерные симптомы заболевания, но имелись симптомы умеренно выраженного астенизации, проявляющегося в виде быстрой утомляемости, отсутствие аппетита, слабости. Эхинококкоз печени начальной стадии выявлен у 27 больных детей в результате обследования по поводу вышеперечисленных жалоб, у 14 детей в результате профилактического осмотра с выполнением УЗИ. Лабораторные показатели в этой стадии заболевания в пределах нормы.

В стадии разгара заболевания поступили 96 (57,1%) больных. II стадия характеризовалась признаками хронической интоксикации и появлением различной симптоматики. Дети отмечали жалобы на периодические боли в животе, тяжесть в правом подреберье. Гепатомегалия выявлена у 151 (89,8%) больных, у 58 (34,5%) больных пальпировались опухолевидное образования. Гипопротеинемия у 10 (5,9 %), диспротеинемия у 47 (27,9%), повышенно уровня ферментов наблюдались у 41 (24,4%) больных.

Стадия осложнений имеет место у 31 (18,4%) больных . Из них перфорация эхинококковой кисты в брюшную полость наблюдалось у 7 (22,5%) детей. Отмечены резкие боли в животе. Падение артериального давления, аллергическая сыпь на коже, слабость. При объективном обследовании выявлены резкие боли в животе, симптомы раздражение брюшины. Нагноение эхинококковой кисты наблюдали у 24 (77,5) больных. Отмечены выраженные симптомы общей интоксикации организма, рвота, подъем температуры тела. В анализах крови лейкоцитоз до $13 \times 10^9 / \text{л}$, эозинофилия до 3-4 %, ускорение СОЭ до 36 мм/ч.

Сочетанные поражения эхинококкоза печени с другими органами мы наблюдали у 34 (20,2%) больных детей. У 26 (15,5%) отмечалось поражение печени и легкого. Характерной особенностью сочетанного эхинококкоза являлось разнообразие локальной симптоматики. При сочетанном поражении печени и легких клинические проявление со стороны легких были более выраженным и у 8 (4,7%) детей наблюдались осложнение со стороны эхинококковой кисты легкого в виде нагноение и прорыва в бронх.

Выводы: Характерной особенностью сочетанного эхинококкоза нескольких органов являлось разнообразие локальной симптоматики. При сочетанном эхинококкозе печени и легких клинические проявление со стороны легких были более выраженным.

Широкое применение УЗИ и рентгенографии в очагах является основным условием для ранней диагностики сочетанного эхинококкоза.

При этапной тактике эхинококкэктомии первоначальное оперативное лечение должно проводиться на том органе, где имеется множественные эхинококковые кисты или наличие больших гигантских кист угрожающих прорывом и другими осложнениями. При прочих равных условиях оперативное лечение, в первую очередь, проводится на легком.

При установлении диагноза сочетанного эхинококкоза в комплексе диагностических мероприятий необходимо выполнять УЗИ, ЭхоКГ, КТ с целью выявление множественного поражение других органов и редкий локализации эхинококковой кисты.

Список литературы:

1. Акматов Б.Э. Эхинококкоз. – Бишкек, 2005 – 165с.
2. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей // М.: Медицина. – 1983. – 167 с.
3. Кочкунов Д.С. Медико-эпидемиологические аспекты и модификация методов лечения эхинококкоза у детей // Автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. – Бишкек, 2007. – 21с.
4. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2001. - №2. – С. 28-32.
5. Кононов В.С., Мыкыев К.М. Эхинококкоз печени у детей // Детская хирургия – 1999. - №2. - С. 24-27.
6. Мовтун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Т. Диагностика и хирургическое лечение печени // Хирургия – 1997.- №2.- С. 28-30.
7. Назыров Ф.Г., Вахидов А.В., Илхамов Ф.А. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза под диафрагмальной поверхности печени // Хирургия – 1999.- №6. С. 35-37.

УДК 616.9.:616-053.3

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Косимов М., Бадалов Ф. Б.

Государственное учреждение Научно клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Душанбе, Республика Таджикистан.

Резюме: в процессе работы дана эпидемиологическая оценка, обследовано 1022 ребенка в возрасте 3-15 лет, дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов, использованные методы, эпидемиологическое и клиническое обследование. Патология прикуса выявлена у 38,5% детей, аномалии положения отдельных зубов, аномалии и деформации зубных рядов зарегистрированы у 39,5%, аномалии отдельных зубов - у 6,5% детей, аномалии прикрепления мягких тканей полости рта - у 6,4% обследованных и вредные привычки - у 15,5% детей. Среди детей и подростков показатель распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций имеет высокий показатель распространенности с учетом возраста и группы здоровья.

Ключевые слова: прикус, зубочелюстная аномалия, дети, подростки, кариес.

БАЛДАР ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ТИШ-ЖААК АНОМАЛИЯЛАРЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫН ИЗИЛДӨӨ

Косимов М., Бадалов Ф.Б.

Стоматология жана бет-жасақ хирургиянын илимий-клиникалык институтунун
Мамлекеттик мекемеси, Душанбе ш., Тажикстан Республикасы.

Резюме: бул иштин алкагында эпидемиологиялык баалоо берилип, 3-15 жаш курактагы 1022 бала изилденип, убактылуу жана туруктуу тиштердин тиши кымтуусу калыптануусунун этаптарына ылайык балдар жасашына карай 4 топко бөлүнгөн, колдонулган ыкмалар – эпидемиологиялык жана клиникалык изилдөө болгон. Тиши кымтуу патологиясы 38,5% балада аныкталган, өзүнчө тиштер абалынын аномалиясы, тиши катарларынын аномалиялары жана

деформациялары 39,5% катталды, өзүнчө тишигердин аномалиялары - 6,5% балада, изилденгендердин 6,4% ооз көңдөйдүн жумашак ткандарынын жармашуу аномалиялары жана зыяндуу адаттар - 15,5% балада болгон. Куракты жана саламат топту эске алуу менен, балдар жана өспүрүмдөр арасында тиши-жааак аномалия жана деформациялардын жайылгандыгынын көрсөткүчү жөгөрү.

Ачыкч сөздөр: тиши кымтуусу, тиши-жааак аномалиясы, балдар, өспүрүмдөр, кариес (тиши чириү).

THE STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY OF DENTOALVEOLAR ANOMALIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Qosimov M., Badalov F.B.

*State Institution Research Institute of Clinical Dentistry and Maxillo Facial Surgery,
Dushanbe, Republic of Tajikistan.*

Resume: in the process given the epidemiological assessment, surveyed 1022 children aged 3-15 years, children were divided into 4 age groups in accordance with the stages of the formation of an occlusion of temporary and permanent teeth, the methods used, epidemiological and clinical examination. Pathology occlusion was detected in 38,5% of children, the situation of individual teeth abnormalities, anomalies and deformations of dentition were recorded in 39,5%, anomalies of individual teeth - at 6,5% of children, anomalies attachment of soft tissues of the oral cavity - at 6,4% examined and bad habits - from 15,5% of children. Among children and adolescents prevalence of dentoalveolar anomalies and deformations has a high prevalence with age and health groups.

Key words: bite dentoalveolar anomalies, children, adolescents, caries.

Актуальность. В настоящее время отмечается высокий процент распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД) среди всех категорий населения [2, 5]. Аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей и подростков способствуют ухудшению стоматологического здоровья населения, создавая медицинские, социальные и экономические проблемы. Кроме того, зубочелюстные аномалии являются предрасполагающим фактором, а нередко и причиной развития самой разнообразной соматической патологии. На фоне высокой стоматологической заболеваемости детей и подростков особое значение принимает изучение этиологических факторов, видов аномалий челюстно-лицевой области и зависимости данной патологии от общего состояния организма [1, 3, 4]. Особенностью детского организма является непременная ответная реакция на любое внешнее вмешательство, к которому также относится и ортодонтическое лечение [4]. В процессе изучения частоты возникновения болезней зубочелюстной системы среди детей и подростков рядом авторов было выявлено, что с возрастом [1] увеличивается доля патологических состояний зубочелюстной системы. В структуре распространенности стоматологических заболеваний у детей зубочелюстные аномалии занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта. А по данным последних лет среди стоматологических заболеваний детского возраста одно из первых мест (75%) занимают аномалии развития зубочелюстной системы. При этом 30% из них предопределены наследственными факторами, а 70% - обусловлены отсутствием массовой профилактики и своевременной диагностики зубочелюстных аномалий. В связи с вышеизложенным ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и деформаций детей и подростков имеет важное значение с целью ортодонтической коррекции ЗЧАД на всех этапах формирования прикуса.

Цель исследования. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков на всех этапах развития зубочелюстной системы, для оценки затрат на их лечение.

Материалы и методы исследования. В ходе проведенного в 2012-2014 гг. эпидемиологической оценки, нами было обследовано 1022 ребенка в возрасте 3-15 лет,

посещающих школы и детские дошкольные образовательные учреждения г. Душанбе (560 ребенок) 54,7% и 45,2% в районах РРП расположенных в 10-25 км зоне от столицы Таджикистана. Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов (Персин Л. С., 2004):

1 группа – дети в возрасте 3-5 лет, у которых сформированный прикус временных зубов; 2 группа - 6-9 лет - ранний сменный прикус; 3 группа - 10-12 лет - поздний сменный прикус; и 4 группа - 13-15 лет - постоянный прикус. В процессе выполнения работы были использованы следующие методы исследования: Эпидемиологическое обследование, по методике рекомендованной ВОЗ (1997). Проводилось с применением специально разработанных нами индивидуальных клинико-статистических анкет, созданных по образцу стандартных карт ВОЗ и соответствующей компьютерной программы по обработке полученных данных. Клиническое обследование осуществлялось в соответствии с общепринятым стандартным протоколом обследования (Персин Л. С., 2004), в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ - 10). Нами учитывались только дефекты зубных рядов, обусловленные преждевременной потерей зубов, а не их физиологической сменой.

Результаты и их обсуждение. Максимальное значение показателя распространенности ЗЧАД отмечено в конечном этапе периода сменного прикуса - $43,78 \pm 2,52\%$. Далее по степени распространенности следует начальный этап периода сменного прикуса - $40,45 \pm 2,66\%$ и период постоянного прикуса - $34,55 \pm 2,37\%$ ($p < 0,01$). Минимальное значение среди всех выявленных показателей отмечено в период сформированного временного прикуса и составило $31,83 \pm 2,44\%$.

Таблица 1. - Распространенность зубочелюстной патологии у детей в обследуемых регионах в различные возрастные периоды (абс., %).

Группы	Душанбе, n=560		РРП n=462	
	Абс.	%	Абс.	%
1 группа n= 110	65	59,0	n= 125	81
2 группа n=146	103	70,5	n=110	90
3 группа n=135	92	68,1	n=130	78
4 группа n=169	106	62,7	n=97	64

Примечание: n – количество обследованных детей; p – достоверность различий рассчитана в соответствии с показателями каждой группы исследования (1, 2, 3, 4), (%) рассчитан от числа обследованных, $P < 0,001$)

В процессе выполнения исследования нами установлено, что патология прикуса выявлена у 38,5% детей, аномалии положения отдельных зубов, аномалии и деформации зубных рядов зарегистрированы у 39,5%, аномалии отдельных зубов - у 6,5% детей, аномалии прикрепления мягких тканей полости рта- у 6,4% обследованных и вредные привычки - у 15,5% детей. Достоверно установлено, что у значительного количества обследованных детей имеются сочетание аномалий отдельных зубов, деформаций зубных рядов и аномалий положения зубов с патологией прикуса, а так же наличие нескольких видов патологии прикуса одновременно. Данные о распространенности различных нозологических форм зубочелюстных аномалий у обследованных детей и подростков представлены в табл. 2.

При изучении частоты зубочелюстной патологии среди детей и подростков мы установили, что с возрастом меняется не только количество зубочелюстных аномалий и деформаций, но и их виды. Патология прикуса у детей дошкольного возраста встречается в 37,3%, достигая максимума к 6-9 летнему возрасту (40,7%). В последующем, по мере роста и развития детей частота патологии что составляет 76,06%. Максимальное значение данного показателя было отмечено на начальном этапе

периода смешного прикуса - $81,24\pm2,63\%$. Минимального значения этот показатель достигал в периоде сформированного временного прикуса - $51,63\pm3,78\%$.

В период сформированного временного прикуса показатель распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей 2 группы здоровья был ниже в 1,5 раза по сравнению с показателем распространенности, выявленным у данной группы пациентов на начальном этапе периода смешного прикуса. По нашим данным, дистальная окклюзия встречается у 24,8% обследуемых детей, у 22,8% - глубокий прикус, 3,1% -открытый прикус, у 2,1% - перекрестный прикус, реже всего встречается мезиальная окклюзия - у 1,9%. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что самые низкие показатели частоты аномалии положения отдельных зубов и аномалии и деформации зубных рядов наблюдаются у детей в период сформированного прикуса временных зубов и составляет 25,0%, на этапе постоянного прикуса данный показатель достигает максимального значения 45,7%.

Самая большая распространенность среди изучаемых нами этиологических факторов связана с наличием вредных привычек. Зафиксированные двигательные реакции - привычки сосания (пальцев, губ, щек, предметов, языка) зарегистрированы в 26,8% случаев.

Зафиксированные неправильно протекающие функции выявлены в 34,0% случаев, в том числе: нарушение функции жевания (1,5%), инфантильное глотание (23,6%), ротовое дыхание (7,3%), неправильная речевая артикуляция (1,6%). При этом наблюдается общая тенденция по снижению распространенности вредных привычек по мере взросления детей.

Таблица 2. - Распространенность зубочелюстной патологии по нозологическим формам у обследованных детей и подростков в %.

<i>Нозологическая форма</i>	<i>3-5 лет</i>	<i>6-9 лет</i>	<i>10-12 лет</i>	<i>13-15 лет</i>	<i>Всего</i>
Дистальный прикус	19,5	24,6	30,5	24,3	24,8
Мезиальный прикус	2,0	2,3	1,4	1,6	1,9
Открытый прикус	3,2	5,0	1,1	2,3	3,1
Глубокий прикус	21,8	21,6	25,8	22,1	22,7
Перекрестный прикус	2,8	2,7	1,5	1,1	2,1
<i>Всего детей с патологией прикуса</i>	<i>37,3</i>	<i>40,7</i>	<i>40,6</i>	<i>34,3</i>	<i>38,5</i>
Аномалии величины зубов	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
Аномалии формы зубов	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1
Аномалии структуры твердых тканей зубов	0,4	1,7	2,6	2,0	1,7
Аномалии сроков прорезывания зубов	0,5	4,2	5,7	0,9	3,0
Аномалии количества зубов	0,3	0,2	1,1	1,7	0,8
Другие аномалии отдельных зубов	0,0	1,1	1,9	1,6	1,2
<i>Всего детей с аномалиями отдельных зубов</i>	<i>3,3</i>	<i>14,6</i>	<i>21,8</i>	<i>12,9</i>	<i>6,5</i>
Аномалии положения отдельных зубов	5,1	22,2	24,9	57,8	20,2
Скученное положение зубов	3,5	8,3	11,2	41,4	10,4
Патологические диастемы и трещи	7,4	10,4	3,8	7,8	6,7
Сужение и укорочение зубных рядов	13,2	16,7	20,8	35,0	16,8
Всегодетей с АПОЗ и аномалиями и деформациями зубных рядов	25,0	42,2	43,1	45,7	39,5
<i>Всего детей с зубочелюстными патологиями</i>	<i>51,6</i>	<i>65,9</i>	<i>69,1</i>	<i>63,5</i>	<i>63,1</i>

Выводы: Среди детей и подростков показатель распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций имеет высокий показатель распространенности с учетом возраста и группы здоровья. В группе детей и подростков максимальное значение показателя распространенности ЗЧА отмечено в конечном этапе периода смешного прикуса.

Список литературы:

1. Алиев З.У. *Региональные особенности распространности зубочелюстно-лицевых аномалий у детей* // Вестник проблем биологии и медицины. - 2012. - Т. 2. - № 2. - С. 237240.
 2. Гонтарев С.Н., Чернышова Ю.А., Гонтарева И.С. *Аналитическая модель соматического статуса пациента и его взаимосвязь с ортодонтической патологией у детей и подростков* // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2013. - Т. 22. - № 11-1 (154). - С. 9-14.
 3. Перова Е. Г., Левенец А.А., Бриль Е. А. *Особенности влияния различных факторов на эффективность аппаратурного лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков* // Сибирское медицинское обозрение. - 2012. - № 3 (75). - С. 75-79.
 4. Попова Е. С., Писаревский Ю.Л., Намханов В.В. *Сравнительная оценка динамики развития зубочелюстных аномалий и деформаций у школьников Забайкалья* // Вестник Бурятского государственного университета. - 2013. - № 12. - С. 106-109.
 5. Сирак С.В., Хубаев С-С.З., Хацаева Т.М. *Распространенность аномалий зубочелюстной системы среди детского населения г. Грозного* // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2011. - Т.24. - №4. - С.92-93.
-

<i>СОДЕРЖАНИЕ</i>	стр.
<i>ПЕДИАТРИЯ</i>	
Этапы научных исследований по проблеме бронхолёгочной патологии сотрудников Национального центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики <i>Узакбаев К.А., Кабаева Д.Д., Фуртикова А.Б., Нарицына Л.М., Маймерова Г.Ш., Джанузакова Н.Э., Шайдерова И.Г., Михайлова В.В.</i>	3
Значение уровня эритропоэтина в диагностике и мониторировании анемии у детей <i>Аззамова Ш.А., Абдуразакова Ш.А., Шухратова Д.Ж.</i>	8
Опыт применения «Аскорила» в комплексном лечении болезней органов дыхания у детей <i>Батырханов Ш.К., Имамбаева Т.М., Каримханова А.Т., Абдуллаева Г.М., Тажимбетова А.М.</i>	14
Особенности этиологической структуры острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста <i>Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М.</i>	18
Структура и функция эритроцитарных мембран при железодефицитной анемии средней степени тяжести у детей школьного возраста в горных условиях <i>Кучербаев А.А., Фуртикова А.Б., Борякин Ю.В., Ибраимов К.Ш.</i>	22
Итоги и перспективы развития инициативы доброжелательного отношения к матери и ребенку (ИБДОМиР) в Кыргызстане <i>Мамырбаева Т.Т., Артыкбаева Ж.К., Кожоназарова Г.К., Шалабаева Б.С., Кабылова Э.Т.</i>	27
Современные возможности биологической терапии острого бронхита <i>Смиян А.И., Моицич А.П., Бында Т.П., Моисеенко К.А., Сичненко П.И.</i>	31
Хроническая крапивница на юге Кыргызстана: проблемы и пути решения <i>Сулайманов Ш.А., Колхир П.В., Муратова Ж.К.</i>	35
Сочетанные заболевания при хронической гастродуоденальной патологии у школьников <i>Турдыева Ш.Т.</i>	42
<i>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ</i>	
Оптимизация ведения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки (обзор литературы) <i>Агайдаров Р.Д.</i>	46
Оценка эффективности вагинального раствора ибупрофена изобутаноламмония при лечении вагинитов <i>Самигуллина А.Э., Максутова Э.М., Сарыбаева К.А.</i>	51
<i>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ</i>	
Клинические особенности множественного и сочетанного эхинококкоза печени у детей <i>Айбашев К.А., Анарбаев А.А., Абдихаликов Ж.А., Жолдошев С.А.</i>	60
Изучение эпидемиологии зубочелюстных аномалий у детей и подростков <i>Косимов М., Бадалов Ф. Б.</i>	62

Здоровье матери и ребенка. 2016. Том 8. № 1.
Формат 64x90. Печать офсетная. Объем 8,7 п. л.
Тираж 250 экз.
Отпечатано в типографии ООО «Папирус Print»
ул. Киевская 137/а

СептаНазал®



Открывает, а также лечит
с помощью декспантенола

ОТКРЫВАЕТ



Ксилометазолина гидрохлорид быстро вызывает вазоконстрикцию, тем самым уменьшая отек слизистой оболочки носа и секрецию слизи. Таким образом, происходит открытие носового дыхания.

Результат: **открывает нос**

ЛЕЧИТ



Декспантенол является производным витамина В5 (пантотеновой кислоты), что способствует заживлению ран и защищает слизистую оболочку носа.

Результат: **заживляет слизистую оболочку полости носа**



Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ

ЛИНЕКС®

Порядок внутри – и вы в порядке!



Регистрационные номера:
KG.3.3.718.02861-2014
KG.1.3.492.02503-2014
П-2012-99 КР-№ 9132
Срок регистрации 5 лет

 **SANDOZ**
a Novartis company

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ