



2016

Том 8

№ 2

ЗДОРОВЬЕ

МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический
медицинский журнал

ПЕДИАТРИЯ

Лечение жирового гепатоза при метаболическом
синдроме у детей

Влияние вида вскармливания на развитие артериальной
гипертензии у детей

Нарушения пищевого поведения в развитии детского ожирения
Частота и структура тугоухости
у детей в Кыргызской Республике

Современные представления о гемофилии у детей
Особенности роста, развития и показателей качества жизни
детей раннего возраста, перенесших перинатальное

поражение центральной нервной системы
Оценка основных показателей здоровья детей, оставшихся
без попечения родителей

Дневник питания при реабилитации хронической
гастроудоденальной патологии у школьников

Характеристики системы гаптоглобина у больных ювенильным
ревматоидным артритом

Распространенность сахарного диабета
1 типа у детей и подростков
в условиях высокогорья

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Факторы риска, влияющие на репродуктивное здоровье
девочек пубертатного возраста

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Послеоперационное наблюдение детей с тетрадой Фалло
в Кыргызской Республике. Ретроспективный анализ

Тактика ведения больных с коагулопатиями
в стоматологической практике

Особенности ургентной офтальмологической службы
при травмах органа зрения у детей в Кыргызстане



ОПТИМАЛЬНАЯ* ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА –

ЭТО ПЕРВЫЙ ШАГ ДЛЯ АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
СИМПТОМОВ ОРЗ И ГРИППА¹

ПОДХОДИТ ДЛЯ ДЕТЕЙ С
3-Х МЕСЯЦЕВ

активный ингредиент:
парацетамол 120 мг
(на 5 мл супензии)



ПАНАДОЛ® ДЕТСКИЙ:

Применяют у детей **от 3 месяцев до 12 лет** как:

- **жаропонижающее средство** – при простудных заболеваниях, гриппе и детских инфекционных заболеваниях
- **обезболивающее средство** – при зубной, головной боли, боли в ушах при отите и при боли в горле

Способ применения и дозы:

Для детей старше 3-х месяцев разовая доза – 10-15 мг/кг массы тела, 3–4 раза в сутки, максимальная суточная доза составляет не более 60 мг/кг массы тела. При необходимости давать ребенку рекомендованную дозу каждые 4–6 часов, но не более 4-х доз в течение 24 часов.

Детали по показаниям к применению, противопоказаниям, основным мерам предосторожности, побочным действиям, передозировкам, взаимодействию с другими лекарственными средствами и особым указаниям смотрите в инструкции по медицинскому применению. Имеются противопоказания. Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению и проконсультируйтесь с врачом. Распространяется в аптечных учреждениях.

*Оптимальная РЕКОМЕНДОВАННАЯ разовая доза парацетамола 15 мг/кг массы тела ребенка.

1. A.R. Temple, et al. Dosing and antipyretic efficacy of oral acetaminophen in children. Clin Ther 2013; 35: 1361-1375.

Детский Панадол, супензия для приема внутрь 120 мг/5мл, 100 мл, РУ №Р-2013-261 КР-№ 10303, действительно до 17.05.2018. Производитель: Фармаклер, 440 Авеню Женераль де Голь, 14200 Эрувиль Сен Клер, Франция для ГлаксоСмитКляйн Консьюмер Хеллсбер, Великобритания. Если Вы хотите сообщить о побочной реакции на препарат или продукт ГСК, пожалуйста, пришлите информацию на e-мейл kz.safety@gsk.com или сообщите по телефону +7 (727) 244-69-99. Рекламный материал №CHCIS/CHPDL/0003/16, дата производства: август, 2016.



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2016. Том 8. № 2.

Журнал основан
в 2009 году

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

Журнал зарегистрирован
Министерством юстиции
Кыргызской Республики.
Регистрационный номер
1519

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

Адрес редакции: 720038,
Кыргызская Республика,
г. Бишкек,
ул. Ахунбаева 190.
+996 312 492371
+996 312 464112
+996 555 992526
ainash_eshalieva@mail.ru
<http://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. №2.

<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 К.А. Узакбаев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Башкы редактордун орун басары Маймерова Г.Ш.– м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Редакциялык жамаат 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 А.С. Эшалиева – м.и.к., у.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)</p>
--	---

ISSN 1694-6391

© Эне жана баланын ден соолугу, 2016

УДК:616 - 053.2 – 616.36 – 616.3

ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Онгоева Б.А., Мангов Д. В.

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

Резюме: проведена сравнительная оценка эффективности применения гепатопротектора «Антраль» в комплексном лечении жирового гепатоза на фоне метаболического синдрома у детей. Препарат может быть рекомендован для включения в комплекс лечения метаболического синдрома, во избежание прогрессирования жирового гепатоза.

Ключевые слова: дети, жировой гепатоз, метаболический синдром, лечение.

БАЛДАРДЫН МЕТАБОЛИКАЛЫК СИНДРОМУНУН БООРДУН МАЙ БАСУУСУН ДАРЫЛОО

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Онгоева Б.А., Мангов Д. В.

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

Корутунду: жаш өспүрүмдөгү метаболикалык синдромунун айындагы боор май басуунун дарылоосунда боор протектор «антраль» даарысынын колдонуу эффективдүүлүгүнүн салыштырма баалоосу өткөрүлгөн. Бул даары жаш өспүрүрүмдөгү метаболикалык синдромунун айындагы боор май басуунун комплекстуу дарылоосуна сунушталса болот.

Ачкыч сөздөр: балдар, боор май басуу, дарылоо.

TREATMENT OF FATTY LIVER AND METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN

Alimbaev E.Sh., Koqonazarova G.K., Ongoeva B.A., Mangov D.V.

Kyrgyz State Medical Academy I.K. Ahunbaeva, Bishkek, Republic Kyrgyzstan.

Resume: comparative evaluation of effectiveness of the liver protector “Antral” in complex treatment of hepatic steatosis in children suffering metabolic syndrome has shown. The drug can be recommended for inclusion in the complex treatment of metabolic syndrome to prevent progression of hepatic steatosis.

Key words: children, hepatic steatosis, metabolic syndrome, treatment

Актуальность. Распространенность метаболического синдрома (МС) увеличивается с каждым годом, в настоящее время эксперты ВОЗ оценивают ситуацию как новую пандемию XXI века, охватывающую индустриально развитые страны. По данным разных авторов, МС в общей популяции составляет от 14 до 24% у 16–30% детей, а среди подростков колеблется от 4 до 10% [2, 3]. Данный факт явился причиной внедрения понятия «метаболический синдром» в педиатрическую практику.

По данным нашего исследования на базе отделения эндокринологии НЦОМиД МС у детей встречается с частотой 28,2%.

В настоящее время сформировалось четкое мнение о связи развития МС с функциональным состоянием органов пищеварительного тракта. Органы пищеварения имеют непосредственное отношение к развитию МС и сами становятся органами мишениями. В литературе представлены многочисленные данные о возможных патогенетических механизмах повреждения органов билиарной системы при МС, а также об их значении в возникновении и прогрессировании МС [1].

Наиболее распространенная патология со стороны билиарной системы при МС - жировой гепатоз. Интерес к ранней диагностике и лечению жирового гепатоза у детей и подростков обусловлен не только ростом частоты ожирения в этой популяции, а еще и тем, что в этой возрастной группе, в отличие от взрослых, развитие жирового гепатоза и метаболического синдрома может быть предотвращено или замедлено, так как процессы reparации у детей протекают более активно, чем в зрелом возрасте [5].

Дети с жировым гепатозом обычно лечатся и наблюдаются амбулаторно педиатром совместно с гастроэнтерологом и эндокринологом [4]. Опыт лечения жирового гепатоза у детей еще небольшой, терапия детально не разработана, отсутствуют единые рекомендации по лечению и диспансерному наблюдению больных. Вслед за терапевтами предпринимаются попытки использования препаратов с различными механизмами действия. Большинство исследований у детей носят описательный характер, контроль осуществляется по динамике лабораторных тестов или результатов УЗИ [6].

Цель исследования. Изучить влияние препарата Антравль на клиническое состояние билиарной системы при жировом гепатозе у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения эндокринологии НЦОМиД. Под наблюдением находились 20 детей с жировым гепатозом на фоне МС. Параллельно с основной группой, в качестве контроля статистической обработке подвергнуты анамнестические данные 20 пациентов с стеатогепатозом на фоне МС, ранее проходивших обследование и лечение в отделении эндокринологии. Возраст детей от 10 до 16 лет: из них 12 мальчиков и 8 девочек в основной группе; и 14 мальчиков и 6 девочек в группе контроля.

Всем пациентам проведен комплекс исследования:

- общий анализ крови, мочи;
- копрологическое исследование кала с исследованием на яйца глист и простейшие;
- биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, гамма-ГТ, сахар, холестерин);
- УЗИ органов брюшной полости и почек;
- ЭКГ;

Всем детям основной группы в качестве лечения проводилась обязательная диетотерапия (стол № 5) и гепатопротектор «Антравль». Препарат назначался по 1 таблетке (0,2 г.) 3раза в день после еды в течение 20 дней.

В контрольной группе лечение проводилось без подключения гепатопротектора, пациенты получали желчегонные препараты.

Клинические проявления жирового гепатоза, как правило, были мало выражены. Чаще всего дети жаловались на боли и чувство тяжести в области правого подреберья, быструю утомляемость и слабость, а также нарушение стула со склонностью к запорам.

На УЗИ печени отмечалась повышенная эхоплотность.

Данные клинического наблюдения в процессе лечения детей представлены в табл. 1.

Таблица 1. - Динамика клинической симптоматики у детей с метаболический синдром.

Симптомы	Дни	Основная группа (n=20)		Контрольная группа (n=20)	
		авс	%	авс	%
Боль и тяжесть в области правого подреберья	7-10	16	80	10	50
	11-20	4	20	5	25
Утомляемость, слабость	7-10	12	60	3	15
	11-20	8	40	8	40
Нарушения стула	7-10	19	95	12	60
	11-20	1	5	5	25

Как видно из табл. 1, в основной группе наблюдалась значительная положительная динамика – у всех пациентов при применении гепатопротектора исчезли симптомы заболевания к концу курса лечения. В контрольной группе исчезновение симптоматики произошло только у части детей, и положительная динамика наступила гораздо медленнее. Так, боль и тяжесть в подреберье у 80% пациентов основной группы исчезли на 7-10 день от начала лечения, и у 20% детей к концу лечения. В контрольной группе у 15 (75%) больных исчезли после проведенного лечения, а у 5 (20%) пациентов - боли в правом подреберье на фоне лечения не прошли. Утомляемость и слабость также прошли в основной группе у всех детей, при этом у 60% детей на 7-10 день лечения, а в контрольной группе симптомы исчезли только у 11 детей, и на 7-10 день всего у 3х пациентов. Также и нарушения стула прошли у всех детей основной группы – у 95% на 7-10 день, а в контрольной группе нарушения исчезли у 17 детей, при этом у 60% на 7-10 день.

Более информативными оказались биохимические показатели, динамика которых представлена в табл. 2.

При жировом гепатозе на фоне метаболического синдрома при минимальных клинических проявлениях, наиболее показательными анализами оказались тимоловая проба и гамма-глутаминтрансфераза, которые, как правило, очень быстро реагировали на нарушение функции печени. Повышение данных показателей характерно для детей с ожирением и является показателем наличия холестаза, как одного из проявлений повреждения клеток печени.

Так показатель тимоловой пробы до лечения был выше нормы в обеих группах: 60% в первой группе и 70% - во второй. На верхней границе нормы – у 35% и 30% соответственно в первой и второй группах. После лечения, как видно, в первой группе динамика была лучше: в первой группе – только у 4-х пациентов оставалось повышение пробы, в то время как во второй группе – у 12 (60%) детей, т.е. в три раза выше. Нормальный показатель и верхняя граница нормы зарегистрированы у 16 (80%) детей основной группы и у 8 - (40%) контрольной.

Гамма-глутаминтрансфераза – один из показателей ферментативной функции, но он более чувствителен, чем АСТ и АЛТ. При проведении исследования налицо более выраженная положительная динамика наблюдалась в основной группе. Так, после лечения, нормализации показателей ГГТ и верхней границы нормы удалось достигнуть у 14 детей, что составило 70%. В контрольной группе, у 50% детей показатель ГГТ оставался высоким после лечения.

Остальные показатели печеночных тестов также быстрее нормализовались в основной группе.

Гиперхолестеринемия является одним из маркеров метаболического синдрома. Как видно из таблицы, показатели нормы и верхней границы нормы в первой группе достигли 65% детей, а во второй - 50%. Сахар крови у основной массы детей в обеих группах был на верхней границе нормы и наблюдалась динамика в сторону снижения больше в основной группе: норма была у 80%, а в контрольной группе - у 35% детей.

Со стороны общего анализа крови изменений не выявлено. В копрограмме имело место изменение показателей, связанных с нарушением стула. Эти изменения касались присутствия в кале жира, непереваренной растительной клетчатки, крахмала. Эти признаки были характерны для нарушения ферментативной функции ЖКТ.

Таким образом, учитывая вышеизложенное можно констатировать, что применение Антраля имело благоприятное влияние на детей в лечении жирового гепатоза при метаболическом синдроме у детей.

Препарат оказывает выраженное профилактическое и лечебное действие при острых и хронических гепатитах различной этиологии, циррозах печени, снижает симптоматику проявлений астеновегетативного и диспептического синдрома, способствует нормализации сна и аппетита. Курсовое применение препарата способствует снижению

уровня билирубина, активности ферментов крови аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, нормализации гамма-глобулинов, протромбинового индекса.

Таблица 2. - Динамика биохимических показателей крови на фоне лечения.

Показатель	Основная группа (n=20)				Контрольная группа (n=20)				
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения		
	авс	%	авс	%	авс	%	авс	%	
Билирубин общий	20-25 мкмоль/л	3	15	-	-	5	25	1	5
	18-20 мкмоль/л	15	75	11	55	12	60	16	80
	<18 мкмоль/л	2	10	9	45	3	15	3	15
Тимоловая проба	5-10 ед	12	60	4	20	14	70	12	60
	4,0-4,9 ед	7	35	11	55	6	30	6	30
	<4 ед	1	5	5	25	-	-	2	10
АЛТ, АСТ	Выше 40 ед	2	10	-	-	-	-	-	-
	35-40 ед	18	90	14	70	16	80	16	80
	Ниже 35	-	-	6	30	4	20	4	20
ГГТ	Выше 45 ед	14	70	6	30	12	60	10	50
	33-45 ед	6	30	11	55	8	40	9	45
	Ниже 33 ед	-	-	3	15	-	-	1	5
Сахар	Выше 6,0 ммоль/л	2	10	-	-	3	15	-	-
	5,5-6,0 ммоль/л	16	80	4	20	16	80	13	65
	Ниже 5,5 ммоль/л	2	10	16	80	1	5	7	35
Холестерин	Выше 6,0 ммоль/л	14	70	9	45	12	60	10	50
	5,5-6,0 ммоль/л	5	25	10	50	7	35	7	35
	Ниже 5,5 ммоль/л	1	5	1	5	1	5	3	15

Антраль обладает пролонгированным противовоспалительным, анальгезирующим, жаропонижающим действием, оказывает имунокорригирующий эффект. Применение препарата снижает повреждающее действие различных токсических веществ на клетки печени, активизирует восстановительные процессы в гепатоцитах, нормализует работу печени и ее структуру. Антраль стимулирует работу антиоксидантных систем, стабилизирует структуру печеночных клеток и печени в целом. Будучи относительно безопасным фармацевтическим средством, Антраль, не оказывает отрицательного воздействия на работу и функции различных органов и систем. Препарат не имеет кумулятивного качества, не обладает иммунотоксическим, местнораздражающим, ульцерогенным, тератогенным и эмбриотоксическим действием.

Препарат может быть рекомендован для включения в комплекс лечения МС, во избежание прогрессирования жирового гепатоза.

Список литературы:

1. Ройтберг Г.Е. Метаболический синдром. [Текст] / Г.Е. Ройтберг. - М.: Мед-пресс-информ. - 2007. - 224 с.
2. Дедова И.И. Ожирение. [Текст]: / И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко - М.: Мед. информ. Агентств. - 2006. - 456 с.

3. Новикова В.П. Жировой гепатоз в структуре метаболического синдрома у детей. Проф. и клин. мед. [Текст] / В.П. Новикова - СПб. - 2010. - № 3-4.
4. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений. Эндокринол. журн. [Текст] / А.П. Аверьянов - 2009. - Т. 4. - № 22.
5. Козлов Л.В. Метаболический синдром у детей и подростков. [Текст] / Л.В. Козлов - М.: ГЭОТАР - Медиа. - 2008. - 96 с.
6. Лазебник Л.Б. Метаболический синдром и органы пищеварения [Текст] / Л.Б. Лазебская, Л.А. Звенигородская. - М.: Анахарис. - 2009. - 184 с.

УДК: 616.12 – 008.331.1 – 053.2 – 613.953.1

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Ахмедова Ф.М., Худойбергенова Л.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: целью исследования явилась оценка влияния вида вскармливания на развитие артериальной гипертензии (АГ) у детей. Исследованием было охвачено 425 детей 13-15 лет, из них 16,9% школьников имели высокое нормальное артериальное давление и 7,1% - АГ. Было выявлено, что искусственное вскармливание до 6 месяцев представляет достоверный фактор риска развития АГ у мальчиков ($ОШ=4,1$) и девочек ($ОШ=3,8$). Таким образом, исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев жизни необходимо для снижения риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в том числе АГ, в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, школьники, вскармливание.

БАЛДАРДЫН АРТЕРИЯЛЫК ГИПЕРТОНИЯ ӨНҮГҮҮСҮНӨ АЗЫКТАНДЫРУУ ТҮРҮНҮН ТААСИРИ

Ахмедова Ф.М., Худойбергенова Л.Б.

Ташкент педиатрия медициналык институту,
Ташкент, Өзбекстан Республикасы.

Корутунду: изилдөөнүн максаты - балдардын артериялык гипертония (AG) өнүгүүсүнө азыктандыруу түрүнүн таасирин баалоо. Сурамжылоонун жүрүшүндө 13-15 жаштагы 425 бала караган, алардын ичинен 16,9% окуучулардын кан басымы нормалдуужсана 7,1% де артериялык гипертония болгон. Ал бөтөлкө менен эмгизилген 6 айга чейинки эркектердин ($ЖЕ = 4,1$) жана кыздардын ($ЖЕ = 3,8$) жарактуу жагдайы деп табылган. Ошентип, балдарды 6 айга чейин эмчек менен гана эмгизүү өнөөкөт жүгүштүү оорулардын, ошондой эле артериялык гипертониянын пайда болушунун рискин төмөндөтүү учун зарыл.

Ачыкч сөздөр: артериялык гипертензия, жогорку класстын окуучулары, тоюттандыруу.

INFLUENCE OF FEEDING ON THE KIND OF HYPERTENSION IN CHILDREN

Akhmedova F.M., Hudoybergenov L.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, the Republic of Uzbekistan.

Resume: the aim of the study was to evaluate the effect of feeding species in the development of arterial hypertension (AH) in children. The survey covered 425 children 13-15 years, of which 16.9% of students had high normal blood pressure and 7.1% - AG. It was found that bottle-feeding up to 6 months is a valid risk factor for hypertension in males ($OR = 4.1$) and girls ($OR = 3.8$). Thus, exclusive breastfeeding until 6 months of life, it is necessary to reduce the risk of chronic non-communicable diseases, including hypertension, in the long run.

Key words: hypertension, high school students, feeding.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией. По данным ВОЗ, 63% всей мировой смертности приходится на хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ), где одним из основных патологических состояний являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). АГ во всем мире является одним из важнейших факторов риска развития кардиоваскулярной заболеваемости и смертности не только у взрослых, но и у детей [1, 2, 4, 5]. Распространенность АГ среди детей по данным российских авторов варьирует от 2,4% до 18,2% [6, 7, 8], по результатам зарубежных исследователей – от 0,7% до 33,0% [9, 10, 11]. По теории метаболического программирования питанием истоки многих ХНЗ формируются на ранних этапах развития и связаны с окружающей средой и питанием.

Цель исследования. Изучить влияние вида вскармливания на развитие артериальной гипертензии у детей в возрасте 13-15 лет.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое эпидемиологическое исследование популяции школьников г. Ташкента. Всего кардиологическим скринингом было охвачено 425 детей 13-15 лет с откликом 76,7%. Обследование проводилось с применением стандартных методов исследования (анкетирование, сбор анамнеза, изучение наследственности, средовых и психологических факторов, клиническое и параклиническое обследование (измерение артериального давления (АД); антропометрия по критериям ВОЗ (2009); определение стадии полового созревания по схеме Таннера (1962) и др. В качестве критерия повышенного АД и установления диагноза АГ взяты рекомендации ВОЗ и Российские рекомендации (2009). Для оценки риска развития ЭАГ у детей нами была составлена стратификационная шкала оценки риска: были рассчитаны абсолютный риск (AP), атрибутивный риск (CAP), нормированный интенсивный показатель (N) и коэффициент интеграционного риска (X). Методом «случай-контроль» оценивали частоту воздействия факторов риска, вычислением показателя ОШ (отношение шансов) [3]. С нормальными значениями артериального давления (АД) было 323 (76%) детей (контрольная группа), из них 154 мальчика (47,7%) и 169 девочек (52,3%). С высоким нормальным АД (ВНАД) - 72 (16,9%) ребенка, соответственно, мальчиков 39 (54,2%), девочек 33 (45,8%) (сравнительная группа). Основную группу составили 30 (7,1%) детей с АГ, мальчиков 18 (60,0%), девочек 12 (40,0%).

Результаты исследования. Возрастная и половая градация обследованных детей не выявила достоверных различий. Распределение обследованных детей в зависимости от уровня АД установило превалирование числа детей с нормальным АД, в зависимости от возраста и уровня АД показало достоверное ($p<0,05$) превалирование детей 15 лет с АГ, но с ВНАД достоверно чаще ($p<0,01$) - в возрасте 14 лет. Распределение обследованных детей в зависимости от пола и уровня АД выявило достоверное превалирование мальчиков над девочками в основной группе и в группе сравнения. Показатели коэффициента интеграционного риска (КИР) по фактору «вскармливание» распределились следующим образом: «искусственное вскармливание до 6 месяцев» был достоверным фактором риска развития АГ у мальчиков и девочек (КИР=12,3, КИР=10,8, соответственно). По показателям ОШ распределение данного фактора риска было почти идентичным с интеграционными показателями: ОШ=4,1 у мальчиков и ОШ=3,8 у девочек.

КИР по фактору «избыточная масса тела в первые 2 года жизни» (между +2СО и +3СО – стандартного отклонения по ИМТ) составил 10,6 у мальчиков и 9,2 у девочек. КИР по фактору «ожирение» (выше +3СО – стандартного отклонения по ИМТ) - 12,7 и 12,8 случаях, соответственно у мальчиков и девочек.

Обсуждение. Влияние питание на генотип человека связано с тем, что многие нутриенты служат триггерами для запуска изменений функции отдельных генов, меняя, таким образом, метаболизм, гормональные пути, направленность сигнальных молекул. Критические периоды изменений функции генов приходятся на период раннего развития, а именно на 1000 дней существования, включающие антенатальный период и первые два

года жизни ребенка. В постнатальном периоде наибольшее значение имеет скорость прибавки массы тела или скорость роста.

Грудное вскармливание является наилучшим способом предоставления идеального питания для здорового роста и развития детей грудного возраста; оно также является составной частью здоровья с важными последствиями во взрослом периоде. Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста глобальная рекомендация общественного здравоохранения состоит в необходимости исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни.

Ребенок на грудном вскармливании, в возрасте 3 месяцев получает в среднем 1,2 г/кг белка в день, а ребенок на искусственном вскармливании, получающий стандартную смесь (которая содержит 1,4 г белка на 100 мл) – 2,5 г/кг в день, т.е. при искусственном вскармливании уровень потребления белка детьми практически в 2 раза выше, чем при естественном. Повышение уровня потребления белка стимулирует высокий уровень аминокислот с разветвленной цепью, так называемых инсулиновидных аминокислот, которые в свою очередь повышают секрецию инсулина и инсулиноподобного фактора роста 1 (IGF-1), ускоряющих рост ребенка и обладающих адипогенной активностью [6].

Выводы. Результаты исследования показали, что 16,9% школьников в возрасте 13-15 лет имели высокое нормальное АД и 7,1% - артериальную гипертензию. Искусственное вскармливание до 6 месяцев, а также дисгармоничное физическое развитие в первые 2 года жизни увеличивают шанс формирования АГ у детей на 4,7 раз. Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни необходимо не только для физического здоровья и развития детей раннего возраста, но и для снижения риска развития ХНЗ, в том числе АГ, в долгосрочной перспективе.

Список литературы:

1. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Национальные клинические рекомендации // Под ред. Р.Г. Оганова: 2-е изд. Приложение I к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». 2009- Т. 8, №4 - 32 с.
2. Долгих В.В., Погодина А.В., Долгих Л.Г. и др. Клинико-метаболические параллели у детей и подростков с артериальной гипертензией // Журнал Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2008 – Т. 87, №2 – С. 21- 25.
3. Использование принципов доказательной медицины при организации и проведении гигиенических исследований (Метод.реком) // Под ред. Л.А. Пономарева: 2004 - Ташкент. - 25 с.
4. Каримова У. Н., Умарова Р.Х. Артериальная гипертензия риск прогрессирования хронического гломерулонефрита у детей: научное издание // Модернизация педиатрической службы - как основа повышения качества оказания медицинской помощи и улучшения здоровья детей": материалы Респ. научно-практич. конф. (12 декабря 2013 г.). - Ташкент, 2014. - С. 49-50.
5. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. и др. Особенности формирования здоровья подростков: основные тенденции, факторы риска, профилактика // Вопросы современной педиатрии.- 2006. - Т.5, №1. - С. 319.
6. Нетребенко О.К. Младенческие источники хронических неинфекционных заболеваний: сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания (часть 1) // Ж. Педиатрия им. Сперанского.- 2014 - № 5 - С. 109-117.
7. Образцова Г.И., Кочеткова В.М. К вопросу о первичной профилактике гипертонической болезни // Журнал Артериальная гипертензия.- 2009. - № 1 – С. 92-96.
8. Плотникова И. В., Суслова Т.Е. Особенности формирования маркеров метаболического синдрома у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией: VII съезд кардиологов Республики Узбекистан // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2015. – Т. 36, №2 К9015. - С. 114.
9. Ambulatory and home blood pressure monitoring in children and adolescents: diagnosis of hypertension and assessment of target-organ damage / N.Karpettas, E.Nasothimiou, A.Kollias et.al. // Hypertens. Res.- 2013.- Vol.36, N 4.- P.285-92.
10. Cardiovascular disease in childhood: the role of obesity / D.Herouvi, E.Karanasios, C.Karayanni, K.Karavanaki // Eur. J. Pediatr.- 2013.- Vol.172, N 6.- P.721-32.
11. Lonnerdal Bo. Infant formula and infant nutrition: bioactive proteins of human milk and implications for composition of infant formulas // AJCN. 2014; 99 (Suppl.): S712-S727.

УДК: 616-053.2-056.5

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Гирш Я.В., Юдицкая Т.А.

БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»,
Сургут, Россия.

Резюме: распространность ожирения в детской возрастной группе продолжает неуклонно расти в последние годы. Определены три теории, связанные с нарушением пищевого поведения в развитии ожирения у детей: экстернальная, ограничительная, психосоматическая. Ограничительное пищевое поведение имеет связь с избыточным весом у детей и подростков вне зависимости от пола и возраста. Роль эмоционального и внешнего типов пищевого поведения усиливается с возрастом. Нарушения пищевого поведения у детей способствует развитию и поддержанию избыточного веса, а также затрудняет эффективность лечения.

Ключевые слова: ожирение, пищевое поведение, дети.

ТУУРА ЭМЕС ТАМАКТАНУУ – БАЛДАРДЫН АШЫКЧА СЕМИРҮҮСҮНО АЛЫП КЕЛИШИ

Гирш Я.В., Юдицкой Т.А.

Сургут Мамлекеттик Университети БУ ЖБ,
Сургут, Россия.

Корутунду: ақыркы убакта балдардын семириүүсүнүн таралышынын абдан өскөнүү уланын келе жатат. Тамак тартибинин бузулушуна себепкер экстерналдык, чектөөчүү, психосоматикалык теориялары аныкталган. Чектөөчү тамактануу тартиби балдардын ашыкча семириүүсү менен жынысына жана курагына карабай байланышкан. Эмоционалдык жана тышкы типтеги тамактануу тартиби жаша өткөн сайын күчтөтүлөт. Туура эмес тамактануу тартиби -балдардын өнүгүүсүнө шарт түзүп жана ашыкча салмак пайда болушуна шарт түзүп, дарылоонун натыйжалуулугун кыйындатат.

Ачыкчى сөздөр: ашыкча семириүү, тамактануу тартиби, балдар.

EATING DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDHOOD OBESITY

Girsh Ya.V., Yuditskaya T.A.

Diseases at Surgut State University, BU VO,
Surgut, Russia.

Resume: the prevalence of obesity in the pediatric age group continues to grow steadily in recent years. Identified three theories associated with eating disorders in the development of obesity in children: external, restrictive, psychosomatic. Restrictive eating behavior has a relationship with overweight in children and adolescents, regardless of gender and age. The role of emotional and external eating behavior increases with age. Eating disorders in children contributes to the development and maintenance of excess weight and also hinders the effectiveness of treatment.

Key words: eating behavior, obesity, children, adolescents.

Актуальность. Избыточный вес и ожирение являются растущей проблемой всех возрастных групп, в том числе, детей и подростков. Практически во всех регионах мира численность детей с ожирением неуклонно растет, удваиваясь каждые три десятилетия [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения на планете около 22 млн. детей младше 5 лет и 155 млн. детей школьного возраста имеют избыточный вес. В настоящее время в развитых странах до 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% уже страдают ожирением [2]. В Европе лишний вес наблюдается у 10–30% детей 7–11 лет и у

8–25% подростков 14–17 лет. Даже в Японии, где еще сравнительно недавно полные люди встречались редко, частота ожирения среди школьников 6–14 лет составляет более 10% [1].

Избыточный вес в детстве - значимый предиктор ожирения во взрослом возрасте: 50% детей, имевших избыточный вес в 5–6 лет, становятся в будущем тучными взрослыми, а избыточный вес в пубертатном периоде увеличивает эту вероятность до 80% [2]. Заболевания, тесно связанные с метаболическим синдромом, такие как артериальная гипертензия, дислипидемия, синдром обструктивного апноэ, поликистозных яичников, неалкогольный стеатогепатит, ранее диагностировались только у взрослых. В настоящее время эти состояния выявляются уже у подростков. За последние 2 десятилетия сахарный диабет 2 типа, который был ранее известен только как диабет взрослого типа, среди подростков увеличился более, чем в 10 раз [2].

Ожирение - колоссальная социальная проблема, определяющая страдание не только от болезней, но и низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы [2]. Особое внимание заслуживает факт увеличения частоты и выраженности различных психологических проблем в детской, а особенно, подростковой группе.

Этиология ожирения. Причин, определяющих увеличение распространенности пациентов с избыточной массой тела и ожирением, достаточно много. В этой связи, следует говорить о многофакторном генезе ожирения [2–4]. Более 50% избыточной массы тела у детей можно объяснить неблагоприятной наследственностью [3, 5, 6]. Одним из самых значимых факторов риска развития ожирения среди детей, является избыточный вес и ожирение родителей [3, 5, 6, 7], определяющие стереотипы питания в семье и формирование неправильных навыков приема пищи.

Однако, данных, подтверждающих роль генетических факторов в энергетическом обмене, недостаточно, чтобы объяснить столь значимое увеличение распространенности избыточного веса среди детей в последние годы. Ожирение возникает, когда потребление энергии регулярно превышает энергетические затраты с течением времени. В этом значительную роль играют факторы окружающей среды. Положительный энергетический баланс является результатом снижения двигательной активности, сидячего образа жизни современных детей на фоне переедания [5, 8]. Известный факт, что даже незначительный ежедневный избыток калорий может способствовать увеличению веса. Избыток только 12 калорий в день приводит к прибавлению 500 граммов жировой ткани в течение 1 года. Развитие проблем с весом у детей также связано с индивидуальными различиями в стиле питания и пищевого поведения [6, 8].

Известны и научно обоснованы критические периоды для развития ожирения [9]. К ним относятся: беременность, грудной возраст, возраст 5–7 лет и подростковый период. Нарастание избыточной массы тела, начавшись в эти периоды, значительно увеличивает риск развития стойкого ожирения и его осложнений в дальнейшем. Механизмы, которые отвечают за повышенный риск, связанный с ожирением, в этом возрасте не ясны до конца [9]. Значима роль физиологической инсулинерезистентности в период беременности и в пубертатный период [10]. Известна связь между материнским избыточным весом и развитием в будущем ожирения у ребенка. Диета матери с высоким содержанием жира во время беременности также способствует избыточному весу ребенка, как при рождении, так и на всех этапах его роста и развития [10].

Известен и риск развития ожирения у детей, находящихся на искусственном вскармливании, в то время, как грудное вскармливание снижает вероятность избыточного веса в последующем [10, 11]. Грудное вскармливание играет важную роль в формировании ответа ребенка на внутренние сигналы голода и насыщения [11], формируя адекватный пищевого ответ. Модели пищевого поведения развиваются уже в периоде новорожденности. В период раннего детства происходит формирование предпочтений сладкого или соленого, отказ от кислого или горького вкуса, отвержение новых

продуктов. Младенцы и дети младшего возраста способны регулировать приемы и объемы пищи в ответ на изменение калорийности рациона [10]. Исследования свидетельствует о частичном сохранении саморегуляции энергетической ценности пищи и в дошкольный период. Однако, с возрастом эта способность уменьшается, что происходит под влиянием внешних факторов [10, 11]. Исследования показывают, что ощущение сытости и медлительность в еде значительно уменьшается в возрасте от 3 до 8 лет [12], в то время, как наслаждение от пищевых продуктов в этом возрастном диапазоне повышается. «Удовольствие от еды», увеличение интереса к пище в ответ на внешние сигналы пищи становятся все более очевидными по мере взросления ребенка.

Регуляция потребления пищи в ответ на внешние сигналы в отсутствие голода, способствует положительному энергетическому балансу, и создает предпосылки развития ожирения. Достоверно известно, что дети с избыточным весом больше склонны к приему пищи в отсутствие голода по сравнению с их сверстниками с массой тела, соответствующей возрасту и полу [10].

Формирование различных стилей пищевого питания (ПП) детей практически полностью зависит от роли родителей: использование еды в качестве награды, кормление детей в ответ на эмоциональный стресс, бесконтрольный прием пищи [11]. Механизм использования сигналов голода и насыщения может быть уменьшен на фоне родительского контроля [11, 13]. В результате родительского давления дети перестают пользоваться своим собственным механизмом регуляции сытости, больше реагируют на внешние сигналы, такие, как количество еды на тарелке, или эмоции. Таким образом, возможно формирование внешнего и эмоционального типа ПП. В результате ограничительного контроля родителей также может произойти нарушение саморегуляции в приемах пищи, что может способствовать развитию ограничительного типа ПП. При такой практике кормления дети в течение какого-то времени подавляют чувство голода и едят меньше, но в дальнейшем при срыве переедают [13]. Таким образом, под влиянием родительской практики кормления формируются индивидуальные различия в регуляции потребляемой пищи, которые могут способствовать формированию избыточного веса. Знание и понимание значения роли родителей в младшей детской возрастной группе позволяет определить возможности проведения как профилактических, так уже и лечебных мероприятий [3].

Теории развития ожирения, связанные с пищевым поведением. Нарушения пищевого поведения относятся к относительно «молодой» социально-медицинской проблеме [10]. Несмотря на исключительно важную роль нарушений пищевого поведения в этиологии и патогенезе ожирения, этот феномен до настоящего времени остаётся малоизученным в детской возрастной группе. Между тем, недооценка роли ПП приводит к снижению комплаентности пациента, отказу от лечения, либо к рецидиву после его проведения.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное), или девиантное (отклоняющееся) в зависимости от множества параметров: от места, которое занимает процесс приема пищи среди ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания [5].

В литературе рассматриваются три теории нарушения пищевого поведения, связанные с развитием ожирения: экстернальная, психосоматическая и ограничительная [5, 14, 15]. Экстернальный тип пищевого поведения при ожирении впервые описал Шахтер [5]. Экстернальная теория объясняет развитие ожирения тем, что перееданию способствуют сигналы окружающей среды. Человек с внешним типом ПП отвечает повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка, его

моторика), а на внешние стимулы, такие как накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов. При подобном типе ПП кардинальное и определяющее значение имеет доступность продуктов. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки излишнего количества продуктов. Человек с экстернальным ПП принимает пищу всегда, когда он ее видит, когда она ему доступна [5].

По данным Вознесенской Т.Г. (2004), практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное ПП [5]. У здоровых людей с нормальным весом повышенная реакция на внешние пищевые стимулы наблюдается только в состоянии голода, при этом ее степень прямо пропорциональна интервалу между приемами пищи и во многом зависит от ее количества и состава. У больных ожирением подобная закономерность отсутствует. Основой повышенного реагирования на внешние стимулы к приему пищи является не только повышенный аппетит пациента, но и медленно формирующееся, неполноценное чувство насыщения. Возникновение сытости у полных людей запаздывает по времени и ощущается как механическое переполнение желудка [5].

Другим типом нарушения ПП является эмоциогенное пищевое поведение, которое встречается у 60% больных ожирением. Его синонимы -гиперфагическая реакция на стресс и эмоциональное переедание. При этом типе нарушения ПП стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт. То есть, человек ест не потому, что голоден, а потому, что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он обижен, раздосадован, разочарован, ему скучно, одиноко. Человек с эмоциогенным ПП «заедает» свои горести и несчастья так же, как человек, привыкший к алкоголю, их запивает [5]. Согласно психосоматической теории, в отличие от людей с нормальной массой тела, у которых в ответ на отрицательные эмоции уменьшается, сокращается чувство голода [15], люди с избыточным весом отвечают на отрицательные эмоции повышенным потреблением высококалорийной пищи [14, 17]. Исследования показывают, что переедание связано, как с отрицательными, так и с положительными эмоциями, но на отрицательные эмоции потребление пищи значительно выше, чем на положительные [15].

Третий тип нарушения пищевого поведения - ограничительное ПП. Так называют избыточные пищевые самоограничения и бессистемные, слишком строгие диеты, к которым, время от времени, прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного ПП сменяются периодами переедания с новым интенсивным набором веса [12, 18]. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название «диетической депрессии». Впервые «диетическую депрессию» описал А. Стункард в 1953 году, объединив под этим понятием целый комплекс отрицательных эмоциональных ощущений, возникающих на фоне диетотерапии: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность [5]. Нами установлены достоверные различия типов ПП в группах подростков с нормальной и избыточной массой тела: у подростков с избыточной массой тела и ожирением преобладает ограничительное пищевое поведение, у подростков с нормальной массой тела - экстернальное поведение [19]. «Диетическая депрессия» ведет к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациентов формируются: чувство вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения.

Во взрослой когорте пациентов ожирение больше связывают с ограничительным и эмоциональным типами ПП [18,20].

У детей роль каждого типа нарушения пищевого поведения в развитии ожирения еще обсуждается и уточняется, и во многом зависит от возраста [21].

Характеристика нарушений пищевого поведения и ожирения у детей и подростков. Типы (расстройства) пищевого поведения в детской возрастной группе в

большинстве работ оцениваются с использованием специального модифицированного голландского опросника DEBQ [17, 18, 20].

При сравнении пищевого поведения детей с нормальной массой тела и избыточным весом, дети с ожирением показали значительно выше уровень и эмоционального, и внешнего, и сдержанного пищевого поведения [21]. Исследование пищевого поведения испанских подростков 10-14 лет с избыточным весом позволило выявить преобладание внешнего и ограничительного типов ПП, в сравнении с детьми, имеющими нормальный вес [18]. В голландском исследовании Van Strien T. (2007), пищевого поведения мальчиков и девочек с избыточным весом 7-12 лет также показано, что внешнее питание оказалось наиболее распространенным типом нарушения ПП, с меньшим значением ограничительного типа и, еще менее значимым, эмоциональным типом ПП [13].

Однако в большинстве исследований найдена отрицательная связь между экстернальным типом ПП и избыточным весом, что ставит под сомнение экстернальную теорию в развитии ожирения у детей [16, 21, 22].

У детей 7-8 летнего возраста с нормальным весом больше распространен внешний тип ПП, в сравнение с детьми 11-12 лет. Однако, у детей с избыточным весом и ожирением получена отрицательная корреляция внешнего ПП с возрастом. Высказано предположение, что влияние внешнего ПП становится проблемой начиная с подросткового возраста [15].

Роль эмоционального ПП у детей и подростков, связь эмоционального типа ПП с избыточным весом, ожирением в настоящее время также требуют уточнения. Данные исследования подростков $15,0 \pm 1,3$ лет с давностью ожирения более 5 лет свидетельствуют о том, что у них чаще диагностируется «эмоциогенный» тип (46,3% случаев), в сравнение с «экстернальным» типом (27,15%). В то время, как «ограничительное» ПП чаще отмечалось у пациентов (26,5%) с небольшим стажем заболевания (1-3 года) [21, 22].

Однако, в других исследованиях пищевого поведения детей 7-12 лет показана очень низкая распространенность эмоционального ПП для обоих полов [13]. В отношении связей внешнего ПП и эмоционального ПП с избыточным весом выявлены гендерные различия у подростков. В бельгийском исследовании, у мальчиков подростков с избыточным весом преобладал внешний тип ПП, а у девочек этого возраста - эмоциональный тип [21].

В настоящее время в литературе обсуждается влияние ограничительного ПП на развитие и прогрессирование ожирения у детей. В большинстве проанализированных исследований у детей и подростков разных стран описана положительная связь ограничительного типа ПП и избыточной массой тела, вне зависимости от пола и возраста [16, 20, 21, 22, 23]. Аналогичные данные получены и в Российских исследованиях, в которых распространенной формой нарушения ПП у подростков с ожирением стало ограничительное (62,6%) [6]. Исследование среди подростков показало, что с течением времени ожирение приводит к ограничительному типу ПП, а не ограничительный тип ПП прогнозирует ожирение [23].

Выводы. Актуальность проблемы ожирения определяется не только его распространенностью и медико-социальной значимостью, но и отсутствием в настоящее время четких представлений о причинах формирования, роли и значений нарушений пищевого поведения в развитие избыточной массы тела и ожирения. Требуют уточнения данные, связывающие расстройства пищевого поведения с психологическими особенностями ребенка, в зависимости от возраста и массы тела.

Возможности фармакологической коррекции в детской возрастной группе резко ограничены. В этой связи, изучение вопросов нарушения пищевого поведения у детей и подростков приобретает все большее значение, что позволит определить новые пути и направления лечения и профилактики избыточной массы тела и ожирения.

Список литературы:

1. Щербакова М.Ю., Порядина Г.И. *Ожирение у детей и подростков: медицинские и общественные проблемы* // Медицинская сестра. - 2012. - № 8. - С. 18-23.
2. Родионова Т.И., Тепаева А.И. *Ожирение – глобальная проблема современного общества* // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 12 (часть 1). - С. 132-136.
3. Birch L.L., Fisher J.O. *Development of eating behaviors among children and adolescents* // Pediatrics. - 1998. - 101(3, Pt 2). - P.539-549.
4. Samantha Dockray, Elizabeth J. Susman, Lorah D. Dorn. *Depression, Cortisol Reactivity and Obesity in Childhood and Adolescence* // J. Adolesc. Health. - 2009. - 45(4). - P. 344–350.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. *Ожирение*. М.: МИА. - 2004. – 456 с.
6. Миняйлова Н.Н. *Метаболические аспекты диагностики ожирения и его различных форм у детей и подростков: автореф. дис. док. мед. наук, педиатрия*. Томск. - 2012. – 25 с.
7. Goodman E., Whitaker R.C. *A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity* // Pediatrics. - 2002. - 10(3). - P. 497–504.
8. Braet C., Van Strien T. *Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and nonobese children* // Behavior Research Theory. 1997. Vol. 35(9). P. 863-873.
9. Dietz W.H. *Critical periods in childhood for the development of obesity* // Am. J. Clin. Nutr. - 1994. - 59(5). - P. 955-9.
10. Jennifer O. Fisher, Julie A. Mennella, Deanna M. Hoelscher, Terry T. Huang. *Developmental Perspectives on Nutrition and Obesity From Gestation to Adolescence* // Prev. Chronic. Dis. - 2009. - 6(3). - P. 94.
11. Dr. Leann Birch, Jennifer S. Savage, Alison Ventura. *Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence* // Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. - 2007. - 68(1). - P.1-56.
12. Wardle J., Guthrie C.A, Sanderson S., Rapoport L. *Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire* // J. Child Psychol. Psychiatry. - 2001. -42(7). - P. 963-970.
13. Van Strien T., Bazelier F.G. *Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year old boys and girls* // Appetite. - 2007. - 49(3). - P. 618-625.
14. Tracey Ledoux, Kathy Watson, Janice Baranowski, Beverly J. Tepper, Tom Baranowski. *Overeating styles and adiposity among multiethnic youth* // Appetite. - 2011. - 56(1). - P. 71–77.
15. Jaime R. Silva, G. Capurro, M. Paz. Saumann, A. Slachevsky. *Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year-old Chilean children* // International Journal of Clin. and Health Psychology. - 2013. - V. 13(1).
16. Gold P.W., Chrousos G.P. *Organization of the stress system and its dysregulation in melancholic and atypical depression: high vs low CRH/NE states* // Molecular Psychiatry. - 2002. - 7(3). - P. 254–275.
17. Snoek H.M., Van Strien T., Janssens J. M., & Engels R.C. *Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents* // Scandinavian Journal of Psychology. - 2007. - 48. P. - 23-32.
18. Van Strien T., Cebolla A., Etchemendy E., Gutiérrez-Maldonado J., Ferrer-García M., Botella C., Baños R. *Emotional eating and food intake after sadness and joy* // Appetite. - 2013. - V. 66. - P. 20-25.
19. Гириш Я.В., Юдицкая Т.А., Тепляков А.А. *Сравнительная характеристика типов пищевого поведения у подростков с различной массой тела* // Вестник СурГУ. Медицина. - 2013. - №16(2). - С. 33-36.
20. Van Strien T., Osterveld P. *The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7-to 12-year-old children* // International Journal of Eating Disorders. - 2008. - 41(1). - P. 72-81.
21. Braet C., Claus L., Goossens L., Moens E., Van Vlierberghe L., Soetens B. *Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters* // Journal of Health Psychology. - 2008. - 13(6). - P. 733–743.
22. Baños R.M., Cebolla A., E. Etchemendy, Felipe S., P. Rasal, Botella C. *Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) for use with Spanish children* // Nutr. Hosp. - 2011. - 26 (4). - P. 890-896.

23. Van Strien T., Herman C.P., Verheijden M.W. Eating style, overeating, and overweight in a representative dutch sample. Does external eating play a role? // Appetite. - 2009. - V. 52(2). - P. 380-387.

УДК:616-053.2-616.89-008.434.59

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кермалиева Б.Б.

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

Резюме: проведен ретроспективный анализ историй болезни 996 детей с тугоухостью, находившихся на стационарном лечении в отделении оториноларингологии НЦОМиД. Определена структура заболеваемости по формам и по степени тугоухости, по полу и возрасту пациентов.

Ключевые слова: дети, тугоухость, глухота.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛДАРДЫН ЧАЛА УГУУ ДАРТЫНЫН КЕЗДЕШҮҮСҮ ЖАНА ТҮЗҮЛҮШҮ

Кермалиева Б.Б.

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору,
Бишкек, Кыргыз Республика.

Корутунду: бөлүмдө кулактын чала угуу дарты менен ооруган 996 балага ретроспективдүү анализ жүргүзүлдү. Оорунун түзүлүшү чала угуу дартынын түрү, жынысы жана жашы боюнча аныкталды.

Ачкыч сөздөр: балдар, чала угуу дарты, дүлөй.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF BRADYACUAIS OF CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Kermalieva B.B.

National Maternal and Childhood Health Center,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: passed retrospective analysis of case histories of 996 children with bradyacuas, who are hospitalized in the department of otorhinolaryngology. The structure of morbidity is defined by different forms of bradyacuas, by age and sex of patients.

Key words: children, bradyacuas, deafness.

Актуальность. Проблема тугоухости у детей с каждым годом становится все более актуальной как с медицинской, так и социальной точки зрения. Расстройство слуха у детей, даже небольшое его снижение, приводит к отклонениям в речевом развитии, формировании интеллекта и личности в целом [1, 2]. Нарушения слуха у детей занимают одно из ведущих мест в структуре инвалидности [3].

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

Для Кыргызской Республики, как и для других стран СНГ, проблема усугубляется тем, что в силу определенных социально-экономических изменений произошел существенный рост распространенности нарушений слуха, повлекший за собой ухудшение качества жизни, инвалидизацию и нарушение социальной адаптации больных данного профиля.

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

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

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

Цель исследования - представить динамику частоты и структуры тугоухости у детей по данным специализированной клиники за 2007-2011 гг.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе отделения оториноларингологии Национального Центра охраны материнства и детства города Бишкека Кыргызской Республики.

В группу исследования включены все дети, госпитализированные в отделение оториноларингологии с 2007 по 2011 годы с различной формой и степенью тугоухости. Исследование включало анализ жалоб, анамнеза болезни и жизни, клинический осмотр ЛОР-органов: отоскопия, передняя риноскопия, мезофарингоскопия. Для диагностики нарушений слуха использовались тональная пороговая аудиометрия, тимпанометрия, акустическая рефлексометрия и отоакустическая эмиссия. Измерение порогов воздушной проводимости осуществлялось на частотах 125-8000 Гц. За период с 2007 по 2011 годы в ЛОР-отделение госпитализировано всего 6973 детей, из них 996 детей с тугоухостью.

Результаты и обсуждение. Среди госпитализированных 996 детей впервые тугоухость была выявлена у 661 детей. Из них 357 (54,0%) – девочек и 304 (46,0%) – мальчиков. Частота тугоухости у девочек оказалась несколько выше, чем у мальчиков (на 8,0%). Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Возрастной состав пациентов с тугоухостью и глухотой.

Возрастная группа	Частота	Проценты
1-3 лет	99	15,0
4-7 лет	161	24,4
8-11 лет	147	22,2
12-17 лет	254	38,4
Всего	661	100,0

В возрастной группе от 1 года до 3 лет (15,0%) выявляемость ниже, чем в возрастной группе детей от 4 до 7 лет (24,4%). Чаще дети с тугоухостью выявлялись старше 11 лет. Это объясняется в основном отсутствием ЛОР-врачей и сурдологов в регионах. Также следует подчеркнуть, что дети в раннем возрасте не жалуются на снижение слуха, а родители и окружающие не обращают на это внимания. В Кыргызской Республике до настоящего времени нет национальной программы по скринингу слуха, поэтому возможности выявления снижения слуха и глухоты ограничены. Это в дальнейшем

отрицательно сказывается на восстановлении слуха при реабилитации, обуславливает рост детей с инвалидизацией. В связи с этим, своевременное выявление этой патологии приобретают первостепенную значимость.

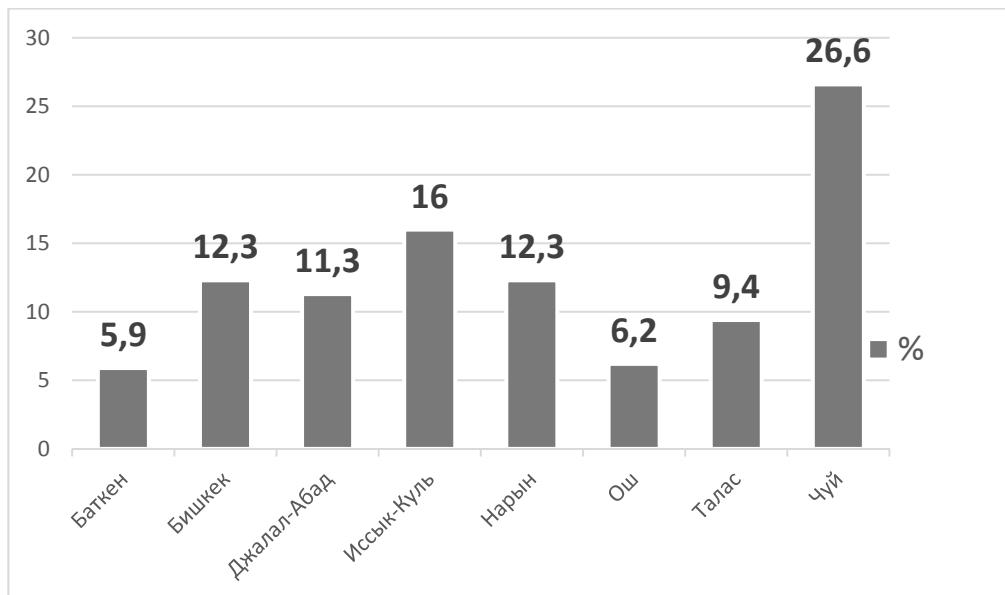


Рис. 1. Распределение госпитализированных детей по регионам.

Анализ данных, представленных из рис. 1 по обращаемости видно преобладание пациентов из Чуйской области, что, по нашему мнению, связано с большей плотностью и численностью населения и расположением поблизости от столицы Республики, где имеются основные медицинские центры.

Распределение обследованных детей по степени снижения слуха представлено на рисунке 2.



Рис. 2. Распределение пациентов по степени снижения слуха.

По степени снижения слуха среди обследованных 1 степень выявлена у 116 (17,5%) больных, 2-3-4 степень выявлена в равном соотношении и полная глухота (>90 Дб) выявлена у 29 детей. Обращают на себя внимание высокий уровень числа детей с 2-ой и более степенью тугоухости. Данный факт указывает на необходимость максимального приближения сурдологической помощи к пациентам и широкого внедрения реабилитационных программ среди пациентов с тугоухостью.

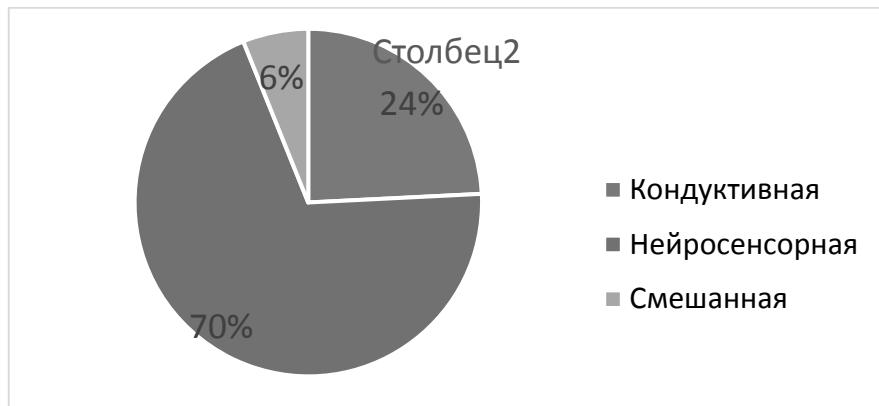


Рис. 3. Распределение больных по формам тугоухости.

По формам из числа 661 детей с тугоухостью, пролеченных в отделении, у 160 (24,2%) была диагностирована кондуктивная форма, у 461 (69,7%) нейросенсорная форма и у 40 (6,1%) смешанная форма тугоухости.

Изучение частоты встречаемости показало преобладание двусторонней тугоухости 603 (91,2%) детей. С односторонней тугоухостью выявлена у 58 (8,8%) детей. Одностороннее снижение слуха не носит столь радикальный характер. Эти дети не имеют значительных отклонений в своем развитии, их речь правильно сформирована, социальные навыки присутствуют. Однако есть интересные факты: при диагностическом обследовании на компьютерном томографе были обнаружены у каждого третьего ребенка аномалии развития различных отделов уха, внутреннего слухового прохода и слухового нерва. Отмечалось прогрессирования тугоухости на одноименном или противоположном ухе, поэтому отмечают большую важность регулярного динамического наблюдения пациентов у специалистов.

Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о высоком уровне распространенности тугоухости у детей. В связи с этим в республике необходимо оптимизировать раннюю диагностику детей с данной патологией, что позволит повысить эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Сведения о структуре и территориальному распределению тугоухости среди детей в Кыргызской Республики являются обоснованием для расширения сурдологической службы, приближения ее к населению и для широкого внедрения реабилитационных программ среди детей со снижением слуха.

Список литературы:

1. Кисина А.Г. Роль педиатра в ранней диагностике нарушений слуха у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2010. - №5. - С. 106-111.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: Национальное руководство. - Москва: «ГЭОТАР-Медиа». -2008. - 736 с.
3. Щетинина Ю.В. Оценка состояния периферического звена слухового анализатора у детей с перинатальной патологией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2002.
4. Маркова М.В., Алексеева Н.Н. К вопросу о необходимости стандартизации проведения объективных методов исследования слуховой функции при воспалительных заболеваниях уха на поликлиническом этапе. *Вестник оториноларингологии*. - 2014. - №2. - С.73-74.
5. Pietro Giordano, R.P. Ortore, A. D'Ecclesia. Auditory brainstem responses in nigh-risk neonates: 3 years' experience at in Italian hospital. *Journal of Hearing Science*. – 2014. - Vol. 4. - No. 2. - P.17-23.
6. Дудник В.М. Современные технологии определения слуха у детей раннего возраста. *Перинатология и педиатрия* – Украина. – 2013. - 2/54/. - С. 93-96.
7. Насыров В.А., Изяева Т.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н. / Практическое руководство по аудиологии. – 2014. - С 5.

УДК 616.151.5

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ

Мотушева Р.К., Кудаяров Д.К., Черикчева А.Б.

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

Резюме: в настоящем обзоре представлены современные данные по клинике, диагностике, терапии, профилактике и реабилитации больных с тяжелой патологией крови, обусловленной дефицитом VIII и IX факторов для выделения клинических проявлений и лабораторных критерииов диагностики гемофилии для выявления лиц с неустановленным диагнозом

Ключевые слова: гемофилия, гемартроз, гематома, рекомбинантный фактор, плазменный фактор.

БАЛДАРДЫН ГЕМОФИЛИЯСЫ ЖӨНҮНДӨ ЗАМАНБАП КӨЗ КАРАШТАР

Мотушева Р.К., Кудаяров Д.К., Черикчева А.Б.

Эне жана баланы корго улуттук борборуу,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: бул серепте кан уюшунун VIII жана IX факторунун жетишсиздиги менен негизделген, кандын татаал патологиясы бар бейтаптарды алдын алуу, жандандыруу, дарт аныктама, дарылоо жана клиника боюнча заманбап маалыматтар көрсөтүлдү. Кан агуу менен байланыштуу, дарты аныкталбаган адамдарды табуу учун, гемофилиянын клиникалык билинүүлөрүн жана дарт аныктамасынын лаборатордук критерийлерин элестетүү максатында, басылмаларды чогултуу жана жалтылоо бул серептин максаты.

Ачык сөздөр: гемофилия, гемартроз, гематома (кан шишиги), рекомбинанттык фактор, плазмалык фактор ж.б.

MODERN UNDERSTANDING OF HEMOPHILIA IN CHILDREN

Motusheva R.K., Kudayarov D.K., Cherikchieva A.B.

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

Resume: this review shows the current data on the clinic, diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation of patients with severe blood disorders based deficiency of VIII and IX coagulation factors. The purpose of this survey is the collection and compilation of publications to present the clinical manifestations and laboratory diagnosis of hemophilia criteria for identifying undiagnosed individuals associated with bleeding.

Key words: hemophilia, hemarthrosis, hematoma, recombinant factor, plasma Factor and others.

Актуальность. Гемофилия – заболевание системы свертывания крови с Х-сцепленным рецессивным наследованием, характеризующееся дефицитом или молекулярными аномалиями факторов свертывания крови (F) VIII (гемофилия А) или IX (гемофилия В). Ген FVIII расположен в локусе Xq 28, ген FIX – в локусе Xq27 длинного плеча Х-хромосомы. Различные типы генетических аномалий обуславливают полиморфизм заболевания [1, 2, 4]. Частота распространенности гемофилии А составляет 1:10000 новорожденных, гемофилии В – 1:60000 новорожденных. Гемофилия А – наиболее распространенный вид гемофилии, она составляет 80–85% в популяции пациентов с гемофилией. По данным Всемирной федерации гемофилии, на 2014 год в мире насчитывалось около 500000 больных гемофилией. 30-33% новых диагностированных случаев расстройств Х-хромосомы не показывают никакой семейной истории, отражая его возникновение самопроизвольной или спорадической мутацией [3, 4]. Генетически это связано с удалением всего или части гена, гена точечных мутаций или в регуляторах гена [4] инверсии кончика Х-хромосомы, что в 50% реализуется в виде тяжелой формы гемофилии [5].

Поскольку главный коагуляционный компонент факторов VIII и IX кодируется геном, локализованным в X-хромосоме, страдают гемофилией исключительно мужчины (X-сцепленное наследование), а носителями и передатчиками дефектного гена выступают женщины. Все дочери больных гемофилией являются бессимптомными носителями аномального гена, все сыновья – здоровы. Вероятность того, что сын матери носительницы будет болен гемофилией, составляет 50%, равно как и вероятность того, что к ее дочери перейдут свойства носителя (рис. 1).

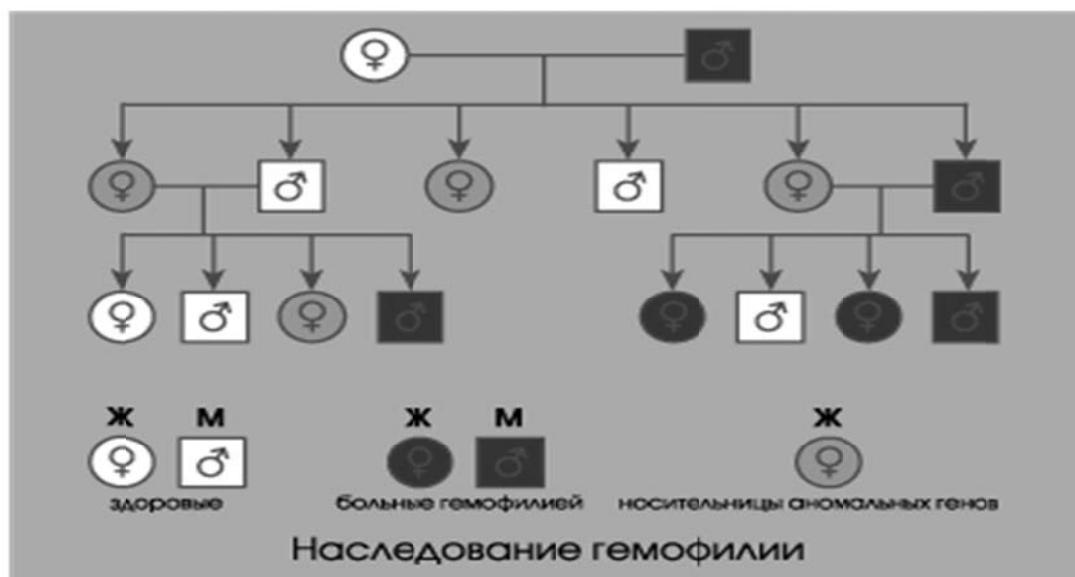


Рис. 1. Схема наследования гемофилии.

Клинические проявления. По тяжести гемофилии можно определить о возможных типах кровотечения и их скорости возникновения. При тяжелой форме гемофилии после незначительных травм или даже без видимых причин начинаются обильные и длительные кровотечения и кровоизлияния в ткани и мышцы с выраженным болевым синдромом, компрессией нервных стволов и других жизненно важных органов. При умеренной или средне-тяжелой форме пострадавшие пациенты обычно поступают с кровотечением после легкой или умеренной травмы, в то время как пациенты с легкой формой сразу не диагностируются. У них кровотечения могут возникнуть после операции или крупной травмы. У около 70% детей, которые имеют положительный семейный анамнез, гемофилия диагностируется при рождении или после первого эпизода кровотечения. В то же время дети, которые имеют отрицательный анамнез в семье, обращаются за медицинской помощью только при появлении кровотечений во время обрезания, при возникновении синяков и кровоподтеков во время ползания или ходьбы, или после незначительных травм [8].

Наиболее характерным и специфическим симптомом при гемофилии являются кровоизлияния в крупные суставы – гемартрозы. Отмечаются частые внутримышечные и забрюшинные гематомы, длительные кровотечения при травмах, удалении зубов, операциях. Реже отмечаются кровоизлияния в органы брюшной полости, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, внутричерепные геморрагии.

В первые годы жизни часто бывают кровотечения из слизистых оболочек полости рта, носовые кровотечения, синяки на коже. Более тяжелое течение геморрагического диатеза отмечается в периоды или вскоре после перенесенных инфекционных заболеваний. Наиболее вероятным пусковым механизмом кровотечения на фоне инфекции является нарушение проницаемости сосудов. Вследствие этого появляются самопроизвольные кровотечения диапедезного типа.

Гемартрозы крупных суставов появляются тем раньше, чем тяжелее форма гемофилии. Из общего числа кровоизлияний гемартрозы составляют 70-80%, гематомы - 10-20%, кровоизлияния в центральную нервную систему - менее 5%, гематурия - 14-20%, желудочно-кишечные кровотечения - около 8%.

Гемартроз - самое частое и наиболее специфичное проявление гемофилии. Чаще всего первые гемартрозы возникают в возрасте 1-8 лет и являются следствием травмы. Острый гемартроз сопровождается болевым синдромом, обусловленным повышением внутрисуставного давления. Сустав увеличен в объеме, кожа над ним гиперемирована и горячая на ощупь. При больших кровоизлияниях может определяться флюктуация. Если гемартроз возник после травмы, нужно исключить дополнительные повреждения (внутрисуставной перелом, отрыв мышцелка, ущемление тканей) [9, 10].

При использовании костылей отмечаются кровоизлияния в суставы верхних конечностей. Глубокие изменения костно-суставной системы обусловливают наступление инвалидности уже в детском возрасте.

Синдром Баркагана-Егоровой наслаждается на предшествующие гемартрозы и свойственные гемофилии деструктивные процессы в суставах. Этот синдром сопровождается хроническим воспалительным процессом в мелких суставах кистей и стоп с последующей их деформацией. Отмечается скованность, персистирующая боль в суставах. У большинства больных синдром проявляется в возрасте старше 14 лет. С возрастом тяжесть поражения суставов прогрессирует, что приводит к ограничению двигательной функции, формированию контрактур и анкилозов [2, 10, 11].

Гематомы - кровоизлияния в мышечные ткани, наиболее часто локализуются в области мышц, несущих на себе наибольшую статическую нагрузку (подвздошно-поясничная, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца голени). Обширные гематомы могут достигать громадных размеров, вызывать анемию у больного. Кроме того, большие гематомы сопровождаются компрессией окружающих тканей [12]. Гематомы, оказывая давление на нервные стволы или мышцы, вызывают нарушение чувствительности, атрофию мышц и контрактуры. В отдельных случаях гематомы могут трансформироваться в «гемофилические псевдоопухоли». В этих случаях проводится хирургическое лечение [13, 14].

Гематурия может возникать спонтанно или в связи с травмами поясничной области. Гематурия может сопровождаться дизурическими явлениями, приступами почечной колики, обусловленными образованием сгустков крови в мочевыводящих путях [15, 16].

Желудочно-кишечные кровотечения у больных гемофилией не являются преобладающей формой кровоточивости. Профузные желудочно-кишечные кровотечения при гемофилии могут быть спонтанными. Они могут быть вызваны приемом ацетилсалициловой кислоты, других нестероидных противовоспалительных средств. Кроме того, источником кровотечения являются латентные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивные гастриты, геморроидальные узлы [17].

Кровоизлияния в брыжейку и сальник могут имитировать острое хирургическое заболевание органов брюшной полости (острый аппендицит, кишечную непроходимость и др.).

Кровоизлияния в головной и спинной мозг и их оболочки при гемофилии возникают в связи с травмой. В отдельных случаях причиной таких кровоизлияний может быть гипертонический криз или прием препаратов, значительно нарушающих гемостатическую функцию тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота, бутадион и др.).

Появление очаговой симптоматики у больного гемофилией, перенесшего травму головы, требует экстренного назначения антитромбоцитарных препаратов, дальнейшего лечения в условиях стационара под наблюдением невропатолога. Любой больной гемофилией с симптоматикой, свидетельствующей о возможном кровоизлиянии в головной или спинной мозг, включая сонливость или необычную головную боль, требует экстренной госпитализации [18, 19].

У больных гемофилией могут наблюдаться длительные кровотечения при травмах и операциях. Наиболее опасными являются рваные раны. Кровотечения после повреждения мягких тканей часто возникают не сразу, а через некоторое время (через 1-5 ч). Все хирургические вмешательства у больных гемофилией, включая диагностические инвазивные процедуры (пункционная биопсия), проводятся с применением гемостатической терапии препаратами факторов свертывания VIII или IX. Удаление до трех зубов, кроме моляров, проводится в амбулаторных условиях на фоне гемостатической терапии. Множественное или технически сложное удаление зубов осуществляется в стационарных условиях. У больных гемофилией, осложненной наличием ингибиторов, удаление зубов проводится в условиях стационара, одномоментно удаляется не более одного зуба. В связи с повышенным риском любой местной анестезии рекомендовано применение общей анестезии [20, 21].

Диагностика гемофилии. Подозрение на гемофилию и необходимость ее диагностики возникает при любом длительном кровотечении, независимо от его локализации (из пуповины и при кефалогематомах у новорожденных, при удалении зубов и оперативных вмешательствах у взрослых).

Диагноз «гемофилия» устанавливается на основании соответствующих клинических проявлений, генеалогических данных, результатов исследования показателей гемостаза:

- удлинение активированного частичного (парциального) тромбопластинового времени (АЧТВ);
- снижение проокоагулянтной активности факторов свертывания VIII или IX ниже 50%;
- определение антигемоильных факторов свертывания;

• анализ VIII и X факторов свертывания необходим для диагностики гемофилии путем определения фенотипа, мониторинга лечения [23, 24]. На сегодняшний день три основных метода используются для измерения фактора VIII и IX, а именно одноступенчатые методы, классический двухэтапный и хромогенный анализ [25].

Многие гемостазиологические лаборатории обычно используют одноступенчатый метод определения факторов благодаря простоты процедуры и калибровки приборов, для определения фактора FVIII и FIX используют двухэтапный метод, так как в данном случае нет необходимости использовать дефицитную плазму и данный метод более точный [25, 26]. Хромогенный метод является эталонным по определению антигемоильных факторов, по рекомендации Международного общества тромбозов и гемостаза (ISTH) и анализа Европейской Фармакопеи [27]. Но, хромогенный метод нуждается в достаточном объеме активации FVIII и в присутствии фактора IXa, кальция и фосфолипидов [28]. Использование обогащенной тромбоцитами плазмы в одноступенчатом методе может соответствовать хромогенному анализу [29, 30].

Уровень FVIII и FIX может быть увеличен из-за воспаления и стресса поэтому для установления диагноза необходимо неоднократно определять их уровень. Выполнение внутренних и внешних процедур контроля качества лабораторных исследований может быть очень полезным [31, 32]. При легкой и средне-тяжелой форме гемофилии снижение FVIII может быть обусловлено дефицитом фактора Виллебранда (ФВ). В этих случаях необходимо изучить семейный анамнез для выявления рецессивного типа наследования и провести анализы ФВ: агглютиноген (Ag) и ристоцетиномкофактор (RiCof) должно определяться одновременно [33, 34]. В болезни Виллебранда типа 2N могут быть низкие уровни фактора VIII, ФВ: Ag и RiCof [35].

Помимо гемостатических исследований, необходимо проверить на вирусные инфекции, передающиеся через кровь, и оценить ведущие симптомы, связанные с ними, в том числе функции печени.

Лечение гемофилии. Основным методом лечения гемофилии является заместительная терапия компонентами крови или препаратами, содержащими

дефицитный фактор свертывания (FVIII или FIX), так как установлено, что причина заболевания – дефицит фактора свертывания крови.

В качестве заместительной терапии используются компоненты крови в виде свежезамороженной плазмы и криопреципитата.

Существует следующие виды заместительной терапии гемофилии:

1. *Терапия по требованию.* Данный вид лечения необходим для остановки имеющегося кровотечения. Многие гематологи считают этот метод лечения единственным правильным и применяют препарат FVIII или FIX только для прекращения кровотечения. Для эффективного применения метода «по требованию» необходимо «домашнее лечение», обеспечивающее введение фактора при первых признаках начинающегося кровоизлияния [3, 36]. Это возможно только при наличии препарата у пациентов «на руках» и обучении самих больных или членов их семей технике самостоятельной внутривенной инфузии.

2. *Профилактическое лечение.* В конце 1950-х гг. шведскими учеными Инга Мари Нильсоном и Маргаритой Бломбак было предложено регулярное введение антигемофильного препарата для предотвращения возникновения кровотечений. Такая терапия получила название «профилактическое лечение». Они изучили особенности клинических проявлений у больных с гемофилией различной степени тяжести, сделали вывод, что при уровне дефицитного фактора выше 1–2% отсутствуют тяжелые поражения суставов, и предложили путем регулярного введения антигемофильного препарата искусственно поддерживать его концентрацию выше этого уровня. Уже в течении 65 лет данный опыт применения профилактического лечения показал, что пациенты получают возможность нормально учиться, свободно выбирать профессию, отсутствует необходимость в ортопедических операциях, дополнительном персонале для обслуживания инвалидов. Особенno важна профилактика для детей, так как, позволяет сохранять опорно-двигательный аппарат в период его роста и формирования.

Различают следующие виды профилактики.

Первичная – до 3х лет, при которой регулярное введение препарата фактора свертывания начинается после первого эпизода кровоизлияния в крупный сустав.

Вторичная – регулярное введение препарата после двух или более эпизодов кровоизлияний в крупные суставы и до начала поражения суставов, документированного клиническими и визуализационными исследованиями.

Третичная – регулярное введение препарата после документированного клиническими и визуализационными исследованиями поражения суставов. Интермиттирующая – лечение проводится с целью предотвращения кровоизлияний, длительность терапии не более 45 недель в год.

В настоящее время используются два основных протокола профилактики:

Протокол Мальмё: 25–40 МЕ/кг FVIII 3 раза в неделю при гемофилии А и FIX 2 раза в неделю при гемофилии В.

Протокол Уtrecht: 15–30 МЕ/кг FVIII 3 раза в неделю при гемофилии А и FIX 2 раза в неделю при гемофилии В.

Однако протокол должен быть индивидуализирован в соответствии с возрастом, венозным доступом, фенотипом заболевания, активностью пациента, доступностью препарата. У детей, как правило, начинают с одного введения в неделю, а затем увеличивают в зависимости от качества венозного доступа [3, 37, 38].

Болевой синдром. Болевой синдром является самым частым симптомом гемофилии. В первую очередь необходимо раннее введение препарата фактора свертывания крови для купирования боли при кровоизлияниях. Уменьшению интенсивности боли способствует иммобилизация пораженной конечности, применение пакетов со льдом. По рекомендации Всемирной федерации гемофилии для купирования болевого синдрома используется парацетамол в качестве первой линии терапии. При неэффективности применяют ингибиторы циклооксигеназы-2 (целекоксиб, мелоксикам, нимесулид), или парацетамол +

кодеин, или парацетамол + трамадол [39, 40]. В качестве третьей линии терапии рекомендуется использование морфина (препараты с замедленным высвобождением применяют в случаях, если необходимо применять препарат морфина с быстрым высвобождением более 4 раз в сутки) [41].

Хирургические вмешательства у больных гемофилией. Инвазивные процедуры, хирургические вмешательства у больных гемофилией лучше проводить в многопрофильном лечебном учреждении с наличием специалистов, имеющих опыт лечения пациентов с патологией гемостаза [40, 41].

Заключение. Гемофилия – тяжелое заболевание. Основой эффективного контроля кровотечений при гемофилии является регулярная заместительная терапия препаратами FVIII, FIX и переход к профилактике кровотечений в педиатрической практике. Всемирная федерация гемофилии рекомендует организовать комплексную медицинскую помочь этому контингенту пациентов таких специалистов как гематолог, ортопед, специалист по хроническому болевому синдрому, стоматолог, генетик, гепатолог, инфекционист и иммунолог. Как показывает мировой опыт, при такой организации лечебного процесса можно ожидать, что пациенты, страдающие этим тяжелым заболеванием, будут иметь редкие кровоизлияния с минимальными последствиями.

Список литературы:

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. [Текст] / З.С. Баркаган, А.П. Момот. - М.: Ньюдиамед. - 2001. - С. 70-117.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. – М.: Ньюдиамед. - 2005. – с.
3. Плющ О.П., Копылов К.Г., Лопатина Е.Г., Северова Т.В., Атауллаханов Ф.И. Домашнее лечение концентратом фактора VIII больных гемофилией А // Проблемы гематологии. – 2003. - № 2. – С. 5-11.
4. Myrin-Westesson L. The experience of being a female carrier of haemophilia and the mother of a haemophilic child. [Текст] / Myrin-Westesson L., Baghaei F., Friberg F. -Haemophilia. - 2013;19:219–24. doi: 10.1111/hae.12026. PubMed PMID: 23006036. [PubMed].
5. Hoffbrand AV, Pettit JE, Moss PAH. Essential haematology. UK: Blackwell publishing. - 2001. P. 18–22.
6. Mirchandani GG, Drake JH, Cook SL, Castrucci BC, Brown HS, Labaj CP. Surveillance of bleeding disorders, Texas, 2007. - Am J Prev Med. 2011;41: S354–9. doi: 10.1016/j.amepre.2011.09.004. PubMed PMID: 22099358. [PubMed].
7. RastegarLari G, Enayat MS, Arjang Z, Lavergne JM, Ala F. Identification of 123 previously unreported mutations in F8 gene of Iranian patients with haemophilia A. Haemophilia. - 2004;10:410–1. PubMed PMID: 15230960.
8. Mansouritorghabeh H, Rezaieyazdi Z, Pourfathollah AA. Haemophilia. Iran: Mashhad University of Medical Sciences; 2005.
9. Linás A. The ankle joint. Haemophilia. - 2010;16:124–5. doi: 10.1111/j.1365-2516.2010.02309_4.x. PubMed PMID: 20590870. [PubMed].
10. Rodriguez-Merchan EC, Jimenez-Yuste V, Aznar JA, Hedner U, Knobe K, Lee CA, et al. Joint protection in haemophilia. Haemophilia. - 2011;2:1–23. doi: 10.1111/j.1365-2516.2011.02615.x. PubMed PMID: 21819491. [PubMed].
11. Linás A. Haemophilia arthropathy. - Haemophilia. - 2010;16:121. - PubMed PMID: 20590868. [PubMed].
12. Valentino LA, Hakobyan N, Rodriguez N, Hoots WK. Pathogenesis of haemophilic synovitis: experimental studies on blood-induced joint damage. - Haemophilia. - 2007; 13:10–3. doi: 10.1111/j.1365-2516.2007.01534.x. PubMed PMID: 17822515. [PubMed].
13. Beyer R, Ingerslev J, Sørensen B. Muscle bleeds in professional athletes-diagnosis, classification, treatment and potential impact in patients with haemophilia. - Haemophilia - 2010; 16:858–65. doi: 10.1111/j.1365-2516.2010.02278.x. PubMed PMID: 20491962. [PubMed].
14. Beyer R, Ingerslev J, Sørensen B. Current practice in the management of musclehaematomas in patients with severe haemophilia. - Haemophilia. - 2010;16:926–31. doi:10.1111/j.1365-2516.2010.02275.x. PubMed PMID: 20491963. [PubMed].

15. Ghosh K, Nair Ap, Jijina F, Madkaikar M, Shetty S, Mohanty D. Intracranial haemorrhage in severe haemophilia: prevalence and outcome in a developing country. - *Haemophilia*. - 2005; 11:459–62. doi: 10.1111/j.1365-2516.2005.01134.x. PubMed PMID: 16128888. [PubMed].
16. Kulkarni R, Lusher JM. Intracranial and extracranial hemorrhages in newborns with hemophilia: a review of the literature. // *J Pediatr Hematol Oncol*. - 1999; 21:289–95. doi: 10.1097/00043426-199907000-00009. PubMed PMID: 10445891. [PubMed].
17. Benedik-Dolnicar M, Benedik M. Haematuria in patients with haemophilia and its influence on renal function and proteinuria. - *Haemophilia*. - 2007; 13: 489–92. doi: 10.1111/j.1365-2516.2007.01445.x. PubMed PMID: 17880434. [PubMed].
18. Kulkarni R, Soucie JM, Evatt B, Hemophilia Surveillance. Renal disease among males with haemophilia. - *Haemophilia*. - 2003; 9: 703–10. doi: 10.1046/j.1351-8216.2003.00821.x. PubMed PMID: 14750936. [PubMed].
19. Mansouritorghabeh H, Banihashem H, Modaresi A, Manavifar L. Circumcision in males with bleeding disorders // *Mediterr J Hematol Infect Dis*. - 2013; 5: e2013004. doi: 10.4084/mjhid.2013.004. PubMed PMID: 23350017; PubMed Central PMCID: PMC3552727. [PubMed].
20. Rodriguez V, Titapiwatanakun R, Moir C, Schmidt KA, Pruthi RK. To circumcise or not to circumcise? Circumcision in patients with bleeding disorders. - *Haemophilia*. - 2010; 16: 272–6. doi: 10.1111/j.1365-2516.2009.02119.x. PubMed PMID: 19845777. [PubMed].
21. Heiland M, Weber M, Schmelzle R. Life-threatening bleeding after dental extraction in a hemophilia A patient with inhibitors to factor VIII: a case report. // *J Oral Maxillofac Surg*. - 2003; 61: 1350–3. doi: 10.1016/S0278-2391(03)00739-0. PubMed PMID: 14613094. [PubMed].
22. Rodgers GM. The diagnostic approach to the bleeding disorders. In: Greer JP, Foerster J, Rodgers Gm, Paraskevas F, Glader B, Arber D, et al, editors. *Wintrob's clinical hematology*. - Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins. - 2004. - P. 214–26.
23. Oldenburg J, Pavlova A. Discrepancy between one-stage and chromogenic factor VIII activity assay results can lead to misdiagnosis of haemophilia A phenotype. - *Hamostaseologie*. - 2010; 30: 207–11. - PubMed PMID: 21057709. [PubMed].
24. Barrowcliffe TW, Raut S, Hubbard AR. Discrepancies in potency assessment of recombinant FVIII concentrates. - *Haemophilia*. - 1998; 4: 634–40. PubMed PMID: 9873806. [PubMed].
25. Rosén S. A rebuttal: Issues with the assay of factor VIII activity in plasma and factor VII concentrates. - *Thromb Haemost*. - 2001; 86: 1132–3. - PubMed PMID: 11686346. [PubMed].
26. Barrowcliffe TW, Raut S, Sands D, Hubbard AR. Coagulation and chromogenic assays of factor VIII activity: general aspects, standardization, and recommendations. // *Semin Thromb Hemost*. - 2002; 28: 247–56. doi: 10.1055/s-2002-32658. PubMed PMID: 12098084. [PubMed].
27. Lundblad RL, Kingdon HS, Mann KG, White GC. Issues with the assay of factor VIII activity in plasma and factor VIII concentrates. - *Thromb Haemost*. - 2000; 84: 942–8. - PubMed PMID: 11154139. [PubMed].
28. Mikaelsson M, Oswaldsson U, Jankowski MA. Measurement of factor VIII activity of B-domain deleted recombinant factor VIII. - *Semin Hematol*. - 2001; 38:13–23. - doi: 10.1016/S0037-1963(01)90104-0. PubMed PMID: 11449331. [PubMed].
29. Hubbard AR, Weller LJ, Bevan SA. Activation profiles of factor VIII in concentrates reflect one-stage/chromogenic potency discrepancies. // *Br J Haematol*. - 2002; 117: 957–60. doi: 10.1046/j.1365-2141.2002.03494.x. PubMed PMID: 12060137. [PubMed].
30. Pipe SW, Saenko El, Eickhorst AN, Kemball-Cook G, Kaufman RJ. Hemophilia A mutations associated with 1-stage/2 stage activity discrepancy disrupt protein-protein interactions within the triplicated A domains of thrombin-activated factor VIIIa. - *Blood*. - 2001; 97: 685–91. doi: 10.1182/blood.V97.3.685. PubMed PMID: 1157485. [PubMed].
31. Srámk A, Eikenboom JC, Briët E, Vandebroucke JP, Rosendaal FR. Usefulness of patient interview in bleeding disorders // *Arch Intern Med*. - 1995; 155: 1409–15. doi: 10.1001/archinte.155.13.1409. PubMed PMID: 7794090. [PubMed].
32. Montgomery RR, Gill JC, Paola JD. Hemophilia and von Willebrand disease. In: Orkin SH, Nathan Dg, Ginsburg D, Look AT, Fisher DE, Lux SE, editors. *Nathan and Oski's Hematology of infancy and childhood*. // Philadelphia: Saunders. - 2009. - P. 654–77.
33. Castaman G, Montgomery RR, Meschengieser SS, Haberichter SL, Woods AI, Lazzari MA. von Willebrand's disease diagnosis and laboratory issues. - *Haemophilia*. - 2010; 16: 67–73. doi: 10.1111/j.1365-2516.2010.02296.x. PubMed PMID: 20590859. PubMed Central PMCID: PMC4313748. [PubMed].

34. Castaman G, Montgomery RR, Meschengieser SS, Haberichter SL, Woods AI, Lazzari MA. Von Willebrand's disease diagnosis and laboratory issues. - *Haemophilia*. - 2010; 16: 67–73. doi:10.1111/j.1365-2516.2010.02296.x. PubMed PMID: 20590859; PubMed PMCID: PMC4313748.
35. Ingram G.I., Dykes S.R., Creese A.L. et al. // *Clin.Lab. Haemat.* – 1979. – Vol. 1. – P. 13–27.
36. Luchtman-Jones L., Valentino L.A., Manno C. // *Haemophilia*. – 2006. – Vol. 12. – P. 82–86.
37. Petrini P., Seuser A. // *Haemophilia*. – 2009. – Vol. 15 (Suppl. 1). – P. 15–19.
38. Rattray B., Nugent D.J., Young G. // *Haemophilia*. – 2006. – Vol. 12. – P. 514–517.
39. Tsoukas C., Eyster M.E., Shingo S. et al. // *Blood*. – 2006. – Vol. 107. – P. 1785–1790.
40. Batorova A., Martinowitz U. // *Br. J. Haematol.* – 2000. – Vol. 110. – P. 715–720.
41. Hermans C., Altisent C., Batorova A. et al. // *Haemophilia*. – 2009. – Vol. 15. – P. 639–658.

УДК 616-053.2-056.54

ОСОБЕННОСТИ РОСТА, РАЗВИТИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П.

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр

педиатрии и детской хирургии,

Душанбе, Республика Таджикистан.

Резюме: в исследовании приняли участие 178 детей раннего возраста. Из них 148 дети с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальных поражений ЦНС и 30 здоровых. Проанкетированы 178 родителей и врачей-специалистов, наблюдавших за детьми. Качество жизни оценивали с помощью шкалы *QUALIN*, являющейся общим опросником по оценке КЖ детей раннего возраста. Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень КЖ детей с перинатальным поражением ЦНС на первом году жизни тесно взаимосвязан с физическим и психомоторным развитием и в значительной мере определяется факторами риска перинатального периода, требующие разработки и своевременного внедрения специально разработанных программ по улучшению качества жизни детей и их матерей.

Ключевые слова: дети раннего возраста, перинатальное поражение ЦНС, качество жизни.

БОРБОРДУК НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫН ПЕРИНАТАЛДЫК ЖАБЫРКООСУН ЭРТЕ ЖАШ КУРАГЫНДА ӨТКӨРГӨН БАЛДАРДЫН ӨСҮШҮНӨ, ӨНҮГҮСҮНӨ ЖАНА ЖАШООСУНДАГЫ САПАТТЫК КӨРСӨТКҮЧҮНДӨГҮ ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨР

Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П.

Корутунду: изилдөөгө 178 эрте жаш курактагы бала катышты. Алардын ичинен 148 женил жана ортодон жогорку перинаталдык борбор нерв системасынан (БНС) жабыркагандар жана 30 ден соолугу чын балдар. Балдарды көзөмөлдөгөн 178 ата эне жана врач – специалистер сурамжыланды. Жашоо сапаты *QUALIN* шкаласы менен бааланды. Алынган маалыматТАР боюнча БНС перинаталдык жабыркаган балдардын жашоо сапаты алгачкы жылы физикалык жана психомотордук онуугусу бири бирине бекем байлышкан жана перинаталдык убакытта коопту фактор катары каралат. Балдардын жана энелердин жашоо сапатын жакшыртуу боюнча оз убагында атыйн иштетилген программа ишке ашырылыш керек

Ачкыч сөздөр: эрте курак жаштагы балдар, БНС-тин перинаталдык жабыркоосу, жашоонун сапаты.

PECULIARITIES OF GROWTH, DEVELOPMENT AND QUALITY OF LIFE OF INFANTS, UNDERGONE PRENATAL LESION OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Olimova K.S., Abdullaeva N.Sh., Pachaeva R.P.

Resume: 178 infants participated in the study. 148 from them are children with light and medium effects of perinatal lesions of CNS and 30 are healthy. 178 parents and physicians, who observed the children, are surveyed. Quality of life was assessed using *QUALIN* scale, which is a questionnaire on assessment of life quality of infants. The obtained data indicate that the level of life quality of children with perinatal lesions of the CNS during the first year of life are closely interconnected with physical and motor development and is largely determined by the perinatal risk factors, requiring the development and timely implementation of specially designed programmes to improve the quality of life of children and their mothers.

Key words: young children, quality of life, perinatal lesions of the CNS.

Актуальность. Ведущее место в структуре заболеваний нервной системы у детей занимают перинатальные поражения головного мозга, составляя 60-80% [1, 3, 5].

Влиянию перинатальных поражений центральной нервной системы на состояние здоровья детей раннего возраста посвящено много научных работ, которые подтверждаются современными диагностическими технологиями (нейросонография, эхо-, электроэнцефалография, допплерометрия и др.) [2, 3, 5]. Однако, отсутствуют работы по изучению качества жизни, как одного из критериев оценки развития детей, перенесших церебральную ишемию.

Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения, но не позволяют оценить психологическую, физическую и социальную адаптацию ребенка, его отношение к своему состоянию. Существует точка зрения, что ребенок сам является источником информации о своих чувствах и ощущениях [6, 7, 10]. Необходимо уметь правильно получить эту информацию с помощью людей, под наблюдением которых находятся дети раннего возраста. Прежде всего, это касается родителей и врачей, выступающих в качестве доверенных лиц детей [4, 6, 9].

Качество жизни, прежде всего, отражается на поведении, общении ребенка, его психическом и физическом здоровье. Поэтому именно эти характеристики необходимо отслеживать у детей раннего возраста для оценки их здоровья.

Цель исследования. Изучить особенности физического и нервно-психического развития и показатели качества жизни у детей первого года жизни, перенесших перинатальное поражение ЦНС.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии, городского центра здоровья № 10 при МЗиСЗН РТ. В исследовании принимали участие 178 детей раннего возраста. Проанкетированы 178 родителей и врачей-специалистов, наблюдавших за детьми. Обследуемые дети были распределены по группам: I группа – дети с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальных поражений ЦНС (148 детей до 1 года), II группа – здоровые (30 детей аналогичного возраста). Оценка физического развития проводилась в соответствии, с разработанными нами ранее, региональными стандартами физического развития детей первого года жизни [8].

Качество жизни оценивали с помощью шкалы *QUALIN* (S. Manificat., A. Dazord, 1997), являющейся общим опросником по оценке КЖ детей раннего возраста, русская версия которого была разработана в лаборатории проблем медицинского обеспечения и КЖ детского населения Научного центра здоровья детей РАМН в соответствии со стандартной международной методологией.

В опроснике выделены 4 шкалы, описывающие основные аспекты функционирования ребенка: «Поведение и общение» (ПиО), «Способность оставаться одному» (СОО), «Семейное окружение» (СО), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (НПРиФЗ). После перекодировки ответов производился подсчет по 6 балльной системе (от 0 до 5 баллов); чем выше балл, тем лучше КЖ. По результатам

работы были рассчитаны средние баллы низкого, среднего и высокого уровней КЖ. Низкий уровень соответствовал 2,7 баллам и менее; средний уровень - 2,8-3,8 баллам; высокий уровень - 3,9 баллам и более.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведенных исследований выявил характерные особенности динамики показателей роста и массы тела у детей с перинатальным поражением ЦНС на первом году жизни.

Динамическое наблюдение за детьми с поражением ЦНС в возрасте от 3 до 9 месяцев жизни выявило достоверное снижение их роста по сравнению с детьми контрольной группы ($p<0,05$). Незначительная тенденция к увеличению роста отмечена лишь с 10 по 12 месяцы жизни. Однако, в целом, к концу первого года жизни данный показатель физического развития у больных детей оказался достоверно ниже, чем у здоровых, разница составляла в среднем от 2 до 4 см ($p<0,001$).

При оценке массы тела установлено, что среди детей с поражением ЦНС преобладали дети, имевшие тенденцию к снижению ($P<10-25$) и низкие показатели массы ($P<10 - P<3$) – 62,7%. Среди них достаточно часто (18,8%) встречались дети и с избыточным весом $P> 90$, в основном при рождении.

В динамике наиболее выраженная прибавка массы тела в группе детей с поражением ЦНС отмечалась к 3-х месячному возрасту первого года жизни и составляла $5360\pm0,12$ г. С 9 по 12 месяцы вес детей, родившихся с поражением ЦНС, имел тенденцию к снижению и к концу первого года жизни достиг $8300\pm0,3$ г, что почти на 1000 грамм ниже веса детей контрольной группы ($9200\pm0,3$, $p<0,05$).

Динамика показателя окружности головы у детей с поражением ЦНС на первом году жизни имела свои особенности, характеризуя тенденцию к увеличению ее размеров, что возможно объяснить формированием у них гипертензионно-гидроцефального синдрома.

Динамика средних показателей окружности груди у детей с поражением ЦНС тесно коррелировала с показателями массы тела детей на первом году жизни и почти не отличалась от таковой у детей контрольной группы.

В целом, дети с поражением ЦНС, рождаясь с более низкими, по сравнению с детьми контрольной группы, значениями массы, длины тела, на протяжении первого года жизни отставали от них в физическом развитии.

Комплексная оценка физического развития, позволила определить у детей, родившихся с поражениями ЦНС, к концу первого года жизни следующие варианты развития: более трети обследованных больных детей (37,6%) имели «среднее» физическое развитие, доля детей с физическим развитием «ниже среднего» и «низкое» была довольно высока и встречалась почти у каждого второго ребенка (47%). Большая половина детей (58%), родившихся с поражением ЦНС, к концу первого года жизни имели дисгармоничное (28%) и резко дисгармоничное (29%) развитие, достоверно превышающее таковое в контрольной группе (6,9%, $p<0,001$).

Клиническая картина перинатального поражения ЦНС у детей на первом году жизни была представлена широким разнообразием неврологических синдромов, характеризующих преимущественно восстановительный период перинатального поражения. Частота синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, встречающегося к концу первого месяца жизни у 27,3% детей с перинатальным поражением ЦНС, к концу первого года жизни значительно уменьшалась (8,3%).

Другим, часто встречающимся на первом году жизни синдромом у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС, был гипертензивный синдром, который формировался к трем месяцам жизни и максимальные его проявления отмечались к 6-месячному возрасту (18,2%, 40,5% соответственно). В динамике, к концу первого года жизни (к 9 мес.) отмечалось уменьшение числа детей (до 6,2%) имеющих гипертензивный синдром, по-видимому, это обусловлено его трансформацией в гипертензивно-гидроцефальный синдром, имеющего тенденцию к росту до 23% у детей со среднетяжелым перинатальным поражением ЦНС.

Синдром двигательных нарушений, который наблюдался у половины детей (54,5%) к концу первого месяца жизни, сохранялся почти у каждого пятого ребенка (18,6%) к концу первого полугодия жизни.

Несмотря на казалось бы положительную в течении первого года динамику, необходимо отметить наличие у большинства из обследованных сочетания двух и более синдромов. Так, у детей со средней степенью тяжести перинатального поражения ЦНС достоверно чаще (56,4%), чем в группе детей с легкой степенью поражения (24,8%), имелось сочетание 2-х и более неврологических синдромов ($p<0,05$).

Обращает на себя внимание, что к концу 1 года жизни в группе детей со средней степенью тяжести перинатального поражением ЦНС достоверно чаще встречался синдром задержки психомоторного развития, составляя 24,5%. Прослеживалось отчетливое, в сравнении с детьми контрольной группы, отставание в становлении моторных и речевых функций, способности к обучению и пониманию. Так, более 32% детей не выполняли речевые инструкции, не запоминали произносимые слова, не могли назвать или показать части тела, знакомые предметы, в отличие от детей контрольной группы, в которой до 76% наблюдавших владели данными навыками.

Таким образом, отставание физического, нервно-психического развития, а также физической активности детей, родившихся с перинатальными энцефалопатиями, не могли не сказаться на качестве их жизни.

При оценке качества жизни обследуемых детей было установлено, что в группе здоровых детей по шкалам «способность оставаться одному» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» балльная оценка, по мнению родителей, соответствовала высокому, а по мнению врачей – среднему уровню КЖ; по шкалам «поведение и общение» и «семейное окружение» оценки и родителей, и врачей соответствовали высокому уровню КЖ. Общий балл так же соответствовал высокому уровню КЖ по мнению, как врачей, так и родителей (табл. 1).

При изучении КЖ у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС, балльные оценки со стороны родителей и врачей имели достоверные различия по шкалам «семейное окружение» ($4,2\pm0,37$ и $3,2\pm0,41$ баллов соответственно) и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ($3,6\pm0,32$ и $2,6\pm0,21$ баллов соответственно). По шкале «поведение и общение» и «способность оставаться одному» достоверных различий не отмечалось, но показатель КЖ, оцененный врачами был ниже. Общий балл КЖ ($3,8\pm0,15$ и $2,9\pm0,24$ баллов соответственно) у детей с перинатальным поражением ЦНС и по мнению врачей и родителей соответствовал среднему уровню (табл. 1).

Таблица 1. - Показатели КЖ у детей в возрасте до 1 года в сравниваемых группах.

	Дети с последствиями ПП ЦНС		Здоровые дети	
	родители	врач	родители	врач
Поведение и общение	$3,6\pm0,27$	$3,0 \pm 0,28$	$4,6\pm0,33^*a$	$4,1 \pm 0,32^*$
Способность оставаться одному	$3,6\pm0,30$	$3,1 \pm 0,32$	$4,4\pm0,34^*a$	$3,4 \pm 0,39+$
Семейное окружение	$4,2\pm0,37$	$3,2 \pm 0,41++$	$4,7 \pm 0,34$	$4,5\pm0,40^{**}$
Нервно-психическое развитие и физическое здоровье	$3,6\pm0,32$	$2,6 \pm 0,21++$	$4,0 \pm 0,26$	$3,8\pm0,15^{**}$
Общий бал	$3,8\pm0,15$	$2,9 \pm 0,24+$	$4,4\pm0,21^*a$	$4,0\pm0,2^{**}$

Примечание: достоверность различий в 2 группах врач-врач $*p<0,05$, $^{**}p<0,01$, *a – достоверность различий в 2 группах родитель-родитель $p<0,05$. Достоверность между родителями и врачами в каждой группе $+p<0,05$, $++p<0,01$, $+++p<0,001$

Высокий уровень КЖ отмечали родители по шкале «семейное окружение», врачи же оценивали КЖ этой группы детей как среднее. Самый низкий уровень КЖ отметили врачи по шкале «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», тогда как родители оценивали КЖ своих детей на среднем уровне.

Таким образом, родители детей, родившихся с перинатальным поражением ЦНС, дали более высокую оценку, соответствующую высокому уровню КЖ по семейному окружению, тогда как врачи по данному параметру функционирования дали оценку, соответствующую среднему уровню КЖ. Примечательно то, что именно у этих детей врачи отмечали низкий уровень по шкале «нервно-психическое развитие и физическое здоровье», что соответствовало их отставанию как в физическом, так и в психомоторном развитии. Очевидно, что оценка врачей в этих вопросах была более объективной. Вероятно, именно на этом этапе необходимо улучшать работу с родителями, в частности по уходу за ребенком, оказывать помощь на более ранних стадиях формирования психомоторного развития их детей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень качества жизни детей с перинатальным поражением ЦНС на первом году жизни тесно взаимосвязан с физическим и психомоторным развитием и в значительной мере определяется факторами риска перинатального периода, требующими разработки и своевременного внедрения специально разработанных программ по улучшению качества жизни детей и их матерей.

Выявленная тесная взаимосвязь показателей физического и нервно-психического развития с оценкой КЖ позволяет использовать данную методику для своевременного выявления отклонений в физическом и нервно-психическом развитии и их комплексной коррекции на ранних этапах развития ребенка.

Список литературы:

1. Барашнев Ю.И. *Перинатальная неврология*. -М.: Триада-Х, 2005. 640с.
2. Барашнев Ю.И., Розанов А.В., Панов В.О. и др. *Роль гипоксически-травматических повреждений головного мозга в формировании инвалидности с детства* // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. -2006. - № 4. - С.41-46.
3. Боброва Е.А., Кузьменко Г.Н., Попова И.Г. и др. *Оценка эффективности лечения детей в раннем восстановительном периоде перинатальных гипоксических поражений головного мозга* // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2005. - Т. XII. - № 2. - С. 31-33.
4. Людкевич О. М. *Качество жизни детей с различными вариантами течения ювенильного хронического артрита: автореф. дис...* канд. мед. наук. -Москва, 2006. 24 с.
5. Морозов Д.В., Морозова Е.А. *Неврологические нарушения у подростков как следствие перинатальной патологии ЦНС* // *Русский медицинский журнал*. -2008. - №3. - С.126.
6. Новик А.А., Ионова Т.Н. *Исследование КЖ в медицине / Учебное пособие*. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 304 с.
7. Петров В.И., Смоленое И.В., Медведева С.С. и др. *Качество жизни при бронхиальной астме: методы оценки в педиатрической практике* // *Российский педиатрический журнал*. - 1998. - № 4. - С. 16-21.
8. Стандарты и таблицы по индивидуальной оценке физического развития детей г. Душанбе Республики Таджикистан // Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш., Пиров Д.Д. / Методические рекомендации. - Душанбе. - 2001. - 27 с.
9. Эфендиева К. Е., Намазова Л. С., Левина. Г. Ю. и др. *Влияние различных видов терапии на качество жизни детей с бронхиальной астмой* // *Лечащий врач*. - 2007. - №8. - С. 48-51.
10. Eiser C., Mohay H., Morse R. *The measurement of quality of life in young children* // *Child Care Health*. - 2000; 26: 401-414.

УДК: 616.06.2.87

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ Пачаева Р.П.

Государственное Учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
Душанбе, Республика Таджикистан.

Резюме: в статье освещены основные показатели здоровья детей, оставшихся без попечения родителей. Проведена комплексная оценка состояния здоровья 162 воспитанников детского дома города Душанбе. Выявлено, что в структуре заболеваемости ведущее место занимает патология ЦНС (63,5%), значительный уровень респираторной заболеваемости (58%), находящийся в прямой зависимости от индекса резистентности ($Ir=0,5-0,6$). Нарушения состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка, характеризуются полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка. Выделены группы здоровья, где самой многочисленной оказалась III группа здоровья, сюда отнесены 88 (54,3%) детей.

Ключевые слова: детский дом, здоровье детей, заболеваемость, группы здоровья, дети-сироты.

АТА-ЭНЕНИН КАМКОРДУГУНАН КАЛГАН БАЛДАРДЫН, САЛАМАТТЫГЫН НЕГИЗГИ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮН БААЛОО Пачаева Р.П.

Педиатрия жсана балдар хиургиясынын илимий-клиникалык борбору, Республикалык
Мамлекеттик Мекеме,
Душанбе, Тажикстан Республикасы.

Корутунду: макалада ата-энелеринин көзөмөлчүлүгүнөн калган балдардын саламаттыгын негизги көрсөткүчтөрү белгиленген. Дүйшөмбү шаарынын балдар үйүндөгү 162 тарбиялануучулардын ден соолугунун абалын комплекстүү түрдөө баалоо жүргүзүлдүү. Негизделген, бул балдардын оорусунун түзүмүндө жетектөөчү орунду ЦНС патологиясы (63,5%) ээлейт, респиратордук патологиясы (58%), ал резистенттик индексинен ($Ir=0,5-0,6$) түздөн-түз көз карандыда болот. Балдар үйүндө жашагандардын ден соолугуктарынын бузулганын себептери полиморфизм жсана ошондой эле бир бала бир нече айкалыштырдын четтеөлөрүнүн кезделиши мүнөздөлөт. Ден соолугу чың балдарды өзүнчө топто бөлгөндө, III топто буга таандык 88 (54,3%) балдар түздүү.

Ачкыч сөздөр: балдар үйү, балдардын ден-соолугу, ооруу, топтун ден-соолук, жетим балдар.

ASSESSMENT OF KEY INDICATORS OF HEALTH OF CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

Pachaeva R.P.

*State Institution Republican Scientific-Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery,
Dushanbe, Republic of Tajikistan.*

Resume: the article highlights the key indicators of the health of children left without parental care. The complex assessment of health 162 pupils Dushanbe orphanage. It was revealed that in the structure of morbidity leading place occupies the central nervous system pathology (63.5%), a significant level of respiratory disease (58%), which is in direct proportion to the resistance index ($Ir = 0,5-0,6$). Violations of the health of children living in children's homes, characterized by a combination of polymorphism and multiple variations of one child. Obtained health groups, where the largest group III was health, here classified 88 (54.3%) children.

Key words: children's home, children's health, morbidity, health groups, children - orphans.

Актуальность. Дети, оставшиеся без попечения родителей, требуют особого внимания. Воспитывающиеся вне семьи, они имеют худшие показатели здоровья по

общей и инфекционной заболеваемости, физическому, психическому, психомоторному и социальному развитию в сравнении со сверстниками, воспитывающимися в семьях. Состояние здоровья этих детей обусловлено особенностями закрытого коллектива, наличием неблагоприятного преморбидного фона, отягощенным анамнезом [1].

По данным многих авторов, болезни органов дыхания, расстройства питания, нарушения обмена веществ, снижение иммунитета в 1,5-2 раза чаще регистрируются у детей, поступающих в дом ребёнка, чем среди их сверстников из семей [2].

Влияние различных внешних неблагоприятных факторов таких, как отсутствие обоих или одного из родителей, неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни, низкий культурно-образовательный уровень и вредные привычки у родителей, приводят к множеству отклонений в состоянии здоровья детей, воспитывающихся в домах ребенка, которые затрудняют их социализацию и оптимальное развитие[3].

Цель исследования. Провести оценку основных показателей состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих в детском доме дошкольного образования.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 162 детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в детском доме дошкольного образования №1 города Душанбе. Оценка состояния здоровья проводилась по шести критериям.

У большинства детей, оставшихся без попечения родителей, состояния здоровья по первому критерию оценивалось только по биологическому и социальному анамнезу. К сожалению, информация о наличии или отсутствии отклонений в генеалогическом анамнезе отсутствовала.

Определение уровня физического развития и степени его гармоничности проводилось по центильным таблицам с учетом возрастных групп и пола ребенка. Оценка физического развития проведена с использованием региональных стандартов [4].

Уровень нервно-психического развития, критерий оценки состояния здоровья, оценивался по показателям нервно-психического развития с определением групп развития или групп риска (согласно методике Журби - Пантохиной).

Оценку резистентности организма, оценивалась по числу эпизодов острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение одного года, а также рассчитывался индекс резистентности (Ir) по формуле:

$$Ir = \frac{\text{количество острых заболеваний}}{\text{число месяцев наблюдения}}$$

Ребенок считался часто болеющим, если индекс резистентности составлял 0,33 и выше, и число эпизодов острых заболеваний – 4 и более.

Оценка функционального состояния организма ребенка, осуществлялась по данным клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования. Учитывались также адаптационные возможности детей.

Также при оценке учитывалось наличие или отсутствие хронических заболеваний, врождённых пороков развития, функциональных или морфофункциональных отклонений в состоянии здоровья.

На основании комплексной оценки состояния здоровья было дано заключение о принадлежности детей к той или иной группе здоровья, предложенные С.М. Громбахом (1973).

Результаты исследования и их обсуждение. В детском доме дошкольного образования города Душанбе воспитываются 162 ребёнка в возрасте от 4-х до 8-ми лет, из которых мальчиков 112 (69,1%), девочек 50 (29,9%). Распределение мальчиков и девочек в возрастном аспекте выявило преобладание количества мальчиков во всех возрастных категориях, причём большинство детей находилось в возрасте от 6-ти до 7-ми лет.

При изучении социального статуса путём выкопировки данных из медицинских карт выявлено, что большинство детей принято в данное учреждение из неполных семей: у 81

детей (51,8%) мать-одиночка; 17 детей (10,5%) имеют только отца, лишь 43 детей (26,5%) имеют обоих родителей, а остальные (21 детей – 11,2%) имеют только бабушку, или дедушку.

Оценка физического развития позволила определить уровень гармоничности развития детей: «средний» у 34% обследуемых, у 7% детей оценивался, как «выше среднего» и «высокий», «ниже среднего» и «низкий» почти у каждого четвертого ребенка (35% и 24% соответственно).

Нарушения в физическом развитии отмечались у 105 детей (64,8%), которые проявились выраженным дисгармоничным морфофункциональным развитием, с преобладанием отставания по массе у 59,2 % и снижением роста в 40,8% случаев ($p \leq 0,05$), чаще регистрируемая у мальчиков. Частота встречаемости воспитанников с гармоничным физическим развитием составила 35,2% воспитанников ($p \leq 0,01$).

Отклонения в нервно-психической сфере проявились нарушением адаптации детей к новым социальным условиям жизни. В результате исследования выявлены нарушения приспособления воспитанников к условиям закрытого учреждения. Частота острых респираторно-вирусных инфекций у некоторых детей составила 6 и более раз в год. В структуре заболеваний преобладал острый ринофарингит в 45% случаев, острый бронхит – 6% (в 3-х случаях осложнился бронхопневмонией), острый фарингит – 8%, острый тонзиллит – 21%, хронический тонзиллит субкомпенсированной (9%) и компенсированной (11%) формами. Индекс резистентности составил $Ir=0,5-0,6$, что свидетельствует о низкой устойчивости детского организма к инфекциям.

Проведенный анализ выявил, что ведущее место в структуре заболеваемости занимают перинатальные энцефалопатии (63,5%). Примечателен и тот факт, что воспитанники детского дома во время поступления уже имели такую патологию ЦНС как: задержка речевого развития (41,1%), астено-невротический синдром (22,5%), страхи (20,1%), гиперкинезы (13,7), энурез (6,4%), логоневроз (6,4%), онанизм (3,2%). Тревожным остается и то, что в дошкольном возрасте (57%) эти дети уже умственно отсталые, рассеянные и невнимательные, имеют отклонения в вегетативном и эмоциональном статусах, нарушения психомоторной стабильности и снижение моторики.

На втором месте патология респираторного тракта (58%), на третьем месте находилась глистная инвазия (56,6%), затем патология опорно-двигательного аппарата (54,7%), которая проявлялась чаще в виде сколиоза, кривошеи, плоскостопия. Около половины воспитанников детского дома страдали диспепсическими расстройствами (46%). Анемии дефицитного генеза встречались у 34,8% детей, почти столько же патология щитовидной железы (34,6%), немного меньше патология мочевыделительной системы (32%), нарушение зрения (24%) и функциональная кардиопатия (12%). Нарушения состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка, характеризуются полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка (78%).

При анализе хронической патологии детей, оставшихся без попечения родителей, выявлено, что у 30 детей (18,5%) регистрировались хронические заболевания верхних дыхательных путей (хронические риниты, тонзиллиты, аденоидиты, бронхиты) в стадии компенсации и субкомпенсации. Также обнаружены хронические заболевания мочевыделительной системы у 11 детей (6,8%), хронические заболевания пищеварительного тракта в 2 случаях (1,2%).

Комплексная оценка основных показателей состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, проведённая по шести критериям, позволила отнести их к той или иной группе здоровья. К великому сожалению, что I группа здоровья никому из детей не определена, группа II- составила 49 (30,2%) детей. Самой многочисленной оказалась III группа здоровья, сюда отнесены 88 (54,3%) детей, эта группа детей высокого риска по развитию инвалидности в школьном и подростковом периоде. IV группа здоровья занимала незначительное место и составляла 14 (8,6%). К V группе здоровья отнесены дети категории «ребёнок - инвалид» 11 (6,8%).

Выходы. Анализ основных показателей состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих в детском доме дошкольного образования №1, выявил высокий удельный вес перинатального поражения центральной нервной системы; значительный уровень респираторной заболеваемости, находящийся в прямой зависимости от индекса резистентности ($Ir=0,5-0,6$), свидетельствующего о низкой устойчивости детского организма к инфекциям. Исследование показало, что две трети детей имеют выраженное дисгармоничное морфофункциональное развитие, с преобладанием отставания по массе у 59,2 % и снижением роста у 40,8% детей; самой многочисленной оказалась III группа здоровья, сюда отнесены 88 (54,3%) детей, что объясняет необходимость разработки методов по оптимизации и эффективности диагностики основных показателей здоровья детей.

Список литературы:

1. Воробьёва Е.А. *Формирование здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребёнка и детских домах, профилактика его нарушений: автореф. дис...д-ра мед. наук: 14.00.09. – Иваново. – 2008. – 38 с.*
2. Дмитриева Т.Б. *Профилактика дезадаптации детей-сирот с резидуальной церебрально-органической недостаточностью [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bestreferat.ru/referat-3016.html>.*
3. Юлиш Е.И. [с соавт.] *Состояние здоровья детей домов ребёнка / Е.И.Юлиш [с соавт.] // Ж. Здоровье ребёнка. - №5. – 2010. – С. 11-19.*
4. Олимова К.С.[с соавт.] *Стандарты и таблицы по индивидуальной оценке физического развития детей г. Душанбе Республики Таджикистан / Методические рекомендации. - Душанбе – 2001. - 28 с.*

УДК. 616.33/34-053.2-084.9:615.27.4

ДНЕВНИК ПИТАНИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Турдыева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: статья посвящена проблеме реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП). Были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с ХГДП. В ходе исследования определён, что индивидуальный подбор диетотерапии при реабилитации школьников с ХГДП, с учётом клинической формы патологии, сопутствующих и сочетанных заболеваний, способствует предотвращению повторного обострения основного заболевания.

Ключевые слова: гастроэнтерология, школьники, дневник питания, качество жизни.

МЕКТЕП ӨНӨКӨТ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ПАТОЛОГИЯ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ БОЮНЧА АЗЫК-ТҮЛҮК КҮНДӨЛҮГҮ

Турдыева Ш.Т.

Ташкент педиатрия медицина институту,
Ташкент, Узбекистан.

Корутунду: макала өнөкөт гастродуоденал патологиясы балдар (ӨГДП) калыбына келтируү маселесине арналган. 286 балдар жана өспүрүмдөр ӨГДП менен 6 жаштан 15 жашка чейинки изилденген. ӨГДП диета терапиясы менен окуучулардын калыбына келтируүгө, оорунун клиникалык түрүн эсепке алуу менен, жана аны менен байланышкан оорулдуу жекече тандоо, негизги ооруну кайра курчуп алдын алуга жардам берет.

Ачыкч сөздөр: гастроэнтерология, мектеп окуучу, тамак-аши күндөлүгү, жашоо сапаты.

FOOD DIARY IN THE REHABILITATION OF CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN SCHOOLCHILDREN

Turdiyeva Sh.T.

*Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Uzbekistan.*

Resume: the article is dedicated to the problem of rehabilitation of chronic gastroduodenal pathology children (HGDP). 286 children and adolescents were examined between 6 and 15 years with HGDP. The study determined that the selection of individual diet therapy at a rehabilitation program to improve the health of schoolchildren with HGDP, taking into account the clinical form of the disease, and related comorbidities, helps prevent re-exacerbation of the underlying disease.

Keywords: gastroenterology, students, food diary, quality of life.

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной педиатрии является профилактическая работа по улучшению качества здоровья детей, причем особая роль отводится программам, направленным на повышение сопротивляемости организма ребенка к наиболее распространенным заболеванием детского и подросткового возраста [3, 7]. В условиях сформировавшейся в последнее десятилетие негативной динамики показателей общественного здоровья в мире, именно эта категория населения становится одной из наиболее социально уязвимых групп, а их здоровье – предметом специального рассмотрения, содержанием многих правовых документов, постановлений, программ, рекомендаций международных, государственных органов и общественных организаций [4, 8, 9].

Особую тревогу вызывают показатели здоровья детей и подростков, до 70% которых составляют социально обусловленные и социально значимые заболевания [2]. Из года в год увеличивается численность детей школьного возраста с различными формами хронической гастродуodenальной патологии. Болезни органов пищеварения занимают 2-е место в структуре детской заболеваемости, при этом до 70–90% всей гастроэнтерологической патологии приходится на хронические гастриты и гастродуодениты, выявляющиеся у каждого 3-го ребенка [5].

В литературе последних лет все чаще отмечается и вызывает тревогу «омоложение» хронической патологии желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, со смещением пика заболеваемости у дошкольников на 3-4 года, у школьников – на 8-9 лет [1, 6]. Изучение хронической гастродуodenальной патологии (ХГДП) среди детей и подростков тесно связано с вопросами раннего выявления и определения факторов риска формирования данной патологии для разработки научно обоснованных методов первичной, вторичной и третичной профилактики [6]. При этом немаловажным является разработка путей реабилитации данной категории больных детей.

Цель исследования. Разработка путей организации рационального питания школьников с хронической гастродуodenальной патологией (ХГДП) в реабилитационном периоде.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с хронической гастродуodenальной патологией (ХГДП). Среди обследованных хронический гастродуоденит был диагностирован у 61%, хронический гастрит различных форм – 15%, хронический дуоденит у 8%, язвенная болезнь желудка у 3%, и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника у 14% пациентов. После проведения лечебных мероприятий, данным больным проводилась реабилитация по разработанной нами программе. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивалась на основании результатов оценки качества жизни по Опроснику оценки симптомов у школьников — HBSC Symptom checklist (HBSC-SCL), с внесением некоторых изменений для более эффективной диагностики качества жизни больного ребенка.

Результаты и обсуждение. Для изучения эффективности программы, все больные были разделены на 2 группы:

- первая группа - оздоровление детей проводилось по стандартной схеме;
- вторая группа - разработанная нами реабилитационная программа.

В разработанную нами реабилитационную программу были включены: индивидуальная диетотерапия, с учётом клинической формы основной и сопутствующей патологии; медикаментозная терапия по показаниям; фитотерапия; оксигенотерапия; физиотерапия.

При этом, обязательным условием было обучение детей, их родителей или опекунов правилам рационального питания путем ведения дневника питания, где в зависимости от клинической картины, сопутствующей и сочетанной патологии индивидуально подбиралась схема диетотерапии.

Дневник питания состоял из 2 частей:

- в первую часть нами были внесены рекомендации по количеству и качеству питания больного ребенка и перечень допускаемых продуктов. Также в отдельной странице были указаны продукты, которое следовало исключать или ограничивать в пищевом рационе;

- во второй части – родители сами составляли предположительное меню, которое в последующем мы совместно рассматривали и проводили соответствующую коррекцию. Родители могли написать свои возможные вопросы, для предоставления последующей беседы.

На обложке дневника были указаны контактные данные для постоянной и тесной связи с нами.

В дневнике питания больного школьника учитывалось:

- психоэмоциональное состояние больного, для исключения психологического состояния «бунтаря»;
- возрастные потребности школьника в пищевых ингредиентах, с учетом растущего организма;
- соответствие индекса массы тела (ИМТ) к возрастным критериям;
- сопутствующая и/или сочетанная патология;
- примерный порядок будничного дня школьника, для выяснения наличия дополнительной физической и психологической нагрузки (научные кружки, спортивные секции и т.д.)

Диетическое питание в начале реабилитационных мероприятий было более приближено к столу № 5, с последующим переходом на общий стол с некоторыми ограничениями. Организм детей и подростков школьного возраста находится на этапе морфофункционального развития и формирования, и потребность в пищевых ингредиентах должна соответствовать возрастным особенностям, так как ограничение их может привести к отставанию физического развития школьника. Следовательно, одним из важных условий для составления диеты являлся – строгий подбор пищевого рациона школьника. Одновременно рекомендовать родителям не быть категоричными при составлении рациона ребёнка, с целью исключения возникновения синдрома «бунтаря». При реабилитации язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки диетотерапия основывалась на качественном питании с одновременной защитой слизистой желудка/кишечника от сильных раздражителей. При гипоацидных гастритах, при отсутствии атрофических и язвенных поражений слизистого слоя желудка, с целью повышение усвояемости продуктов питания, рекомендовали включать в рацион цитрусовые фрукты и их соки. В ходе приготовления салатов применяли лимонный сок вместо соли.

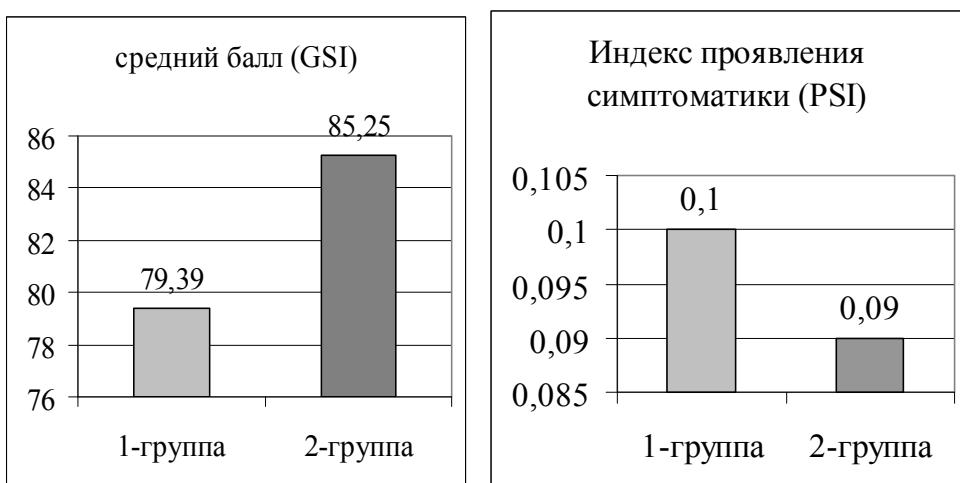


Рис. 1. Результат оценки качества жизни через год после начала реабилитации.

Через год после начала реабилитационных мероприятий провели объективное и клинико-лабораторное обследование наших пациентов. Проводили оценку качества жизни по Опроснику оценки симптомов у школьников — HBSC Symptom checklist (HBSC-SCL). HBSC-SCL опросник представлял собой опросный лист из восьми вопросов, который позволял оценить частоту возникновения у детей и подростков таких симптомов, как головная боль, боль в животе, боль в спине, раздражительность, подавленность, чувство нервного напряжения, нарушение сна, головокружение. Использовали цифровую оценочную шкалу от 100 до 4: 100 — отсутствие симптома; 4 — симптом присутствует большую часть времени (сутки). При этом, высчитывался общий индекс симптоматики (GSI) и индекс проявления симптоматики (PSI). Как показали наши исследования, у детей из первой группы качество жизни оценивался, как высокий уровень, общий балл по отношению к детям из 2-группы отставал на 5,8 баллов.

По результатам годичного наблюдения у 5 (3,5%) детей из 1-ой группы отмечалось повторное обострение заболевания, у детей из 2-ой группы обострений не наблюдалось (см. рис. 1).

Эндоскопически у детей из 2-ой группы отмечали эпителизацию воспалительного очага и полное рубцевание язв.

Вывод. Индивидуальный подбор диетотерапии при реабилитационной программе по оздоровлению школьников с ХГДП, с учётом клинической формы патологии, сопутствующих и сочетанных заболеваний, способствовал предотвращению повторного обострения основного заболевания.

Список литературы:

1. Камалова А.А., Удачина Э.И., Зинкевич О.Д., Сафина Н.А. Функциональное состояние желудка и протеолитическая активность копрофильтратов у детей с хронической гастродуоденальной патологией // Педиатрия. - 2011. - №2 (90). - С. 14-18.
2. Карташенко И.М., Лапина Т.Л., Коньков М.Ю. Морфофункциональная оценка двенадцатиперстной кишки у больных с функциональной диспепсией // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. - 2008. - № 5 (18). - С. 23–32.
3. Нетребенко ОюК. Ожирение у детей: истоки проблемы и поиски решений. Педиатрия. - 2011. - №6(90). - С. 104-113.
4. Рапопорт С.И. Гастриты (Пособие для врачей). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2010. - 19 с.
5. Сичинава И., Горелов И., Шершевская А. Патоморфоз хронического гастрита у детей в течение 6 лет после антихеликобактерного лечения. Врач. - 2011. - № 8. – С. 11-14.
6. Шкенева Л.Н. Неинвазивный скрининговый показатель в диагностике хронической гастродуоденальной патологии у детей. //Сибирский медицинский журнал. - 2008. - № 4 (2).
7. A Healthy Start in Life: Report of the Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development. WHOFCCHCAH 02.21; 2006: 36.

8. Sampey B., Vanhoose A., Winfield H. et al. Cafeteria diet is a robust model of human metabolic syndrome with liver and adipose inflammation: comparison to high-fat diet. *Obesity*. 2011; 6: 1109–1117.
9. Turnbaugh P., Ridaura V., Faith J. et al. The effect of diet on human gut microbiome: a metagenomic analysis in humanized gnotobiotic mice. *Sci. Transl. Med.* - 2010; 30: 14–28.

УДК 616.72-002.77:615.015

ХАРАКТЕРИСТИКИ СИСТЕМЫ ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Файзиев А.Н., Шамансурова Э.А., Улугов А.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: исследована частота присутствия в крови больных ЮРА иммуноантигена гаптоглобина. Обследовано 57 больных от 5 до 15 лет. В настоящей работе представлены клинико-лабораторные показатели гаптоглобина при ЮРА. Результаты полученных исследований показали значения в прогнозировании эволюции и экспрессивности генеза формирования ЮРА у детей.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, гаптоглобин, генофонд, инбридинг, популяция, панмиксия.

ЮВЕНИЛЬДИК РЕВМАТОИДТИК АРТРИТ ООРУСУ БАР НООКАСТАРДА ГАПТОГЛОБИН ТУТУМУНУН МУНӨЗДӨМӨЛӨРҮ

Файзиев А.Н., Шамансурова Э.А., Улугов А.И.

Ташкент педиатриялык медициналык институту,
Ташкент, Озбекстан Республикасы.

Корутунду: ЮРА оорусу бар ноокастарда гаптоглобин иммуноантиденесинин болуу жышиштыгы изилдөө кажет. 5 жаштан тартын 15 жашка чейинки 57 бейтап балдар изилдөөгө алынган. Ушул иште ЮРА оорусу бар ноокастарда гаптоглобин клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү берилген. Алынган жыйынтыктары, балдардагы ЮРАнын эволюциялануусун жасана калыптануу генезисинин экспрессивдүүлүгүнүн маанилерин көрсөтүшкөн.

Ачкыч сөздөр: ювенильдик ревматоиддик артрит, гаптоглобин, генофонд, инбридинг, популяция, панмиксия.

CHARACTERISTICS OF THE SYSTEM HAPTOGLOBIN IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Fayziev A.N., Shomansurova E.A., Ulugov A.I.

The Pediatric Medical Institute of Tashkent,
Tashkent, Republic of Uzbekistan.

Resume: investigate the frequency of the presence in the blood of patients with JRA immune antigen haptoglobin. The study involved 57 patients from 5 to 15 years. In this paper we present the clinical and laboratory parameters of haptoglobin with JRA. Results obtained by studies have shown value in predicting the evolution and genesis expressive form of JRA in children.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, haptoglobin, gene pool, inbreeding, population, panmixia.

Проблемы, которые проявляются вовлечением в патологический процесс различных органов и систем у детей до настоящего времени продолжают сохранять свою чрезвычайную актуальность [2, 3]. Данное положение имеет место, несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние годы в понимании этиопатогенетических и клинических закономерностей данной патологии в детском возрасте. Расширились возможности профилактики и терапии ювенильного

ревматоидного артрита (ЮРА), вместе с тем, выявляются случаи тяжелых форм ЮРА с тенденцией к дальнейшему прогрессированию, что отражается на качестве жизни больного ребенка и высокой вероятности ранней инвалидизации [4, 6]. ЮРА - гетерогенное заболевание, основу патогенеза которого составляет сложнее взаимодополняющее влияние генетически детерминированных и приобретенных дефектов нормальных иммунорегуляторных механизмов, ограничивающих патологическую активность иммунной системы в ответ на потенциально патогенные, а нередко и физиологические стимулы. Это определяет многообразие клинических и иммунологических проявлений, что делает ЮРА более похожим на клинико-иммунологический синдром, чем на одну «гомогенную» болезнь. Клинический полиморфизм ЮРА в значительной степени обусловлен генетическими факторами [1, 5].

Цель исследования: изучить зависимость клинических особенностей хронических воспалительных заболеваний суставов от частоты обнаружения иммуноантигена гаптоглобина (Hp).

Материал и методы исследования. Проведены клинические наблюдения и специальные обследования 57 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, больных ЮРА. Исследование проводились на базе педиатрической клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского института. Из общего числа больных было обследовано 21 мальчиков и 36 девочек. Контрольную группу составили 17 детей аналогического возраста с группой здоровья I по Громбаху С.М. У всех детей при поступлении исследовались морфология периферической крови и СОЭ, а также присутствие в крови С-реактивного белка, содержание ревматоидного фактора. Проводились пробы: дифениламиновая реакция (ДФА), серомукоиды, сиаловые кислоты, рентгенологическое исследование суставов. Определение типов гаптоглобина (Hp) и фенотипов церулоплазмина (Ср) проводилось методом дисэлектрофореза на полиакриламидном геле в модификации Х.С. Рафикова. Идентификация по системе АВО, проводилась с помощью комплекса «Резус-1» МРТУ 64-1-2781-68.

Результаты и их обсуждение. Среди различных иммунопатогенных комплексов крови, в настоящее время наименее изучена система гаптоглобина. В отношении данного класса иммуногенетических комплексов имеются единичные сообщения и, в частности, по региону Средней Азии и Республики Узбекистан. При этом установлено, что частота основных трех типов гаптоглобина в популяции жителей Узбекистана не однозначна.

Наши исследования, указывают на преобладание гаптоглобина 2-1 у здоровых детей, низкую частоту гаптоглобина 2-2 при параллельном повышении частоты гаптоглобина 1-1. Подобный феномен может быть обусловлен тенденциями текущей изменяемости отдельных сторон генофонда в связи с миграционными процессами. Наряду с этим наши данные характеризуется очень близкой однозначностью обнаружения гаптоглобинов 2-1, 2-2. Подобный феномен может быть обусловлен тем, что в наших исследованиях узбекская генетическая популяция не рассматривалась изолированно, а в составе комплекса генофонда всех жителей Узбекистана, независимо от их национально-этнических особенностей. Более дифференцированная оценка частоты присутствия типов гаптоглобина среди здоровых мальчиков и девочек, а также больных ювенильным ревматоидном артритом представлена в таблице 1.

Таблица 1. Частота выявления различных типов гаптоглобина у здоровых детей и больных ЮРА.

Типы гаптоглобина	ЮРА (57)		Здоровые дети, контроль (17)		P
	Мальчики (21)	Девочки (36)	Мальчики (6)	Девочки (11)	
1-1	2 (9,6%)	4 (11,1%)	2 (33,3%)	4 (36,3%)	P ₁ <0,001
2-1	7 (33,3%)	11 (30,5%)	3 (50,1%)	5 (45,5%)	P ₂ <0,001
2-2	12 (57,1%)	21 (58,4%)	1 (16,6%)	2 (18,2%)	

Как следует из данных табл. 1, преобладание типов гаптоглобина 2-1 у здоровых детей по средним показателям нивелируется с учетом половой дифференцировки, а именно, у здоровых мальчиков имеет место явное преобладание присутствия гаптоглобина 2-1 в меньшей степени и минимальное присутствие среди больных гаптоглобина 2-2. Аналогичная тенденция, имеет место у девочек.

То есть половая дифференцировка показателей частоты выявления антигенов гаптоглобина практически не установлена у здоровых детей. Подобное состояние сохраняется у больных ювенильным ревматоидным артритом. Вместе с тем, необходимо констатировать, что анализируемая патология существенно влияет на частоту различных типов гаптоглобинов. Лидирующее значение принадлежит гаптоглобинам 2-2, в меньшей степени гаптоглобинам 2-1 и гаптоглобинам 1-1.

Таким образом, система гаптоглобина характеризуется относительной стабильностью на уровне комплекса 2-1, в тоже время количественное перераспределение частоты встречаемости данных биокомплексов реализуется через полярные структуры 1-1 и 2-2.

Выводы. Система гаптоглобина представляется довольно динамичной и может реализовать себя индивидуально, в зависимости от влияния на генофонд экзогенных и эндогенных неблагоприятных факторов.

Формирование ювенильного хронического артрита у детей значительно повышается при доминировании гаптоглобина 2-2, причем особенно среди детей из панмиксных семей.

Список литературы:

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

УДК616-008-036.22-053.4/.5 (23.3)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Фуртикова А.Б., Джунушалиева Н.К., Исакова Ф.Б., Шалабаева Б.С.

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

Резюме: в статье предоставлен анализ заболеваемости по сахарному диабету на основании годового отчёта отделения детской эндокринологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) за 9- летний период с учетом условия проживания.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, дети и подростки, высокогорье.

ТООЛУ АЙМАКТАГЫ 1 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИНИН КИЧИНЕ ЖАНА ӨСПҮРҮМ БАЛДАРДЫН КЕЦИРИ ТАРАЛЫШЫ

Фуртикова А.Б., Джунушалиева Н.К., Исакова Ф.Б., Шалабаева Б.С.
Энэ жана баланы корго улуттук борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: макалада улуттук бала жана энени коргоо борборунун (убэкб) без ооруларынын бөлүмүнүн жылдык отчетунун негизинде I типтеги кант диабетинин кичине жана өспүрүм балдардын тоолу жана тоолу эмес аймагында кеңири таралышы караган.

Ачкыч сөздөр: I типтеги кант диабети, кичине жана өспүрүм балдар, тоолу аймак.

THE PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN HIGHLAND OF KYRGYZSTAN

Furticova A.B., Junushalieva N.K., Isakova F.B., Shalabaeva B.S.

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

Resume: the paper provided an analysis of morbidity for diabetes on the basis of the annual report of pediatric endocrinology The National Center of Maternity and Childhood Welfare for the 9-year period, taking into account living conditions.

Key words: type I diabetes, children and adolescents, the highlands.

Актуальность. В структуре хронических неинфекционных заболеваний детского возраста особое место занимает сахарный диабет 1 типа (СД1). За последние десятилетия в различных странах отмечается увеличение заболеваемости СД1 среди детей. В целом, заболеваемость во всем мире увеличивается примерно на 2-3% в год. В Европейском исследовании по диабету (EURODIAB) было показано, что дети младше 5 лет являются наиболее быстро растущей группой [1, 7]. По данным исследовательской группы ВОЗ СД 1 типа страдает один из каждого 500 детей и один из 200 подростков с наибольшей выраженностью пика заболеваемости в возрасте 7–11 лет [2].

Все природные зоны Кыргызской Республики пространственно ограничены и отличаются контрастностью по климатическим условиям. 59,4% населения республики проживают на высоте ниже 1000 м над уровнем моря, 36% – на высоте 1000 – 2000 м и 4,5% на высоте более 2000 м. Воздействие горного климата на практически здоровых лиц, так и на течение различных заболеваний у взрослых изучались в исследованиях Национального центра кардиологии и терапии. Тогда как конкретные риски воздействия высоты на детей не изучены [3].

За последние 9 лет определяется неуклонный рост СД1 у детей и подростков как в целом по республике, так и в высокогорных районах, а именно в Нарынской области. Однако, приведенные данные не дают полной картины состояния здоровья детей и подростков СД1 в условиях высокогорья, т. к. в республике отсутствует детский регистр СД 1, недостаточное число детских эндокринологов, психологов, диетологов в Нарынской области, мало изучено влияние высокогорья на состояние компенсации СД1 у детей.

Цель исследования. Оценить особенности структуры и заболеваемости СД 1типа у детей и подростков в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 846 истории болезней детей и подростков с СД1, проживающих в Бишкек и Нарынской области, госпитализированных за 2007–2015 гг. в отделение детской эндокринологии.

Результаты и обсуждение. Дети и подростки, которым выставлялся диагноз СД, подлежат плановой ежегодной госпитализации в детские стационары для углубленного обследования и коррекции лечения, а также в состоянии декомпенсации при острых осложнениях. Отделение эндокринологии НЦОМиД является единственным специализированным отделением в республике.

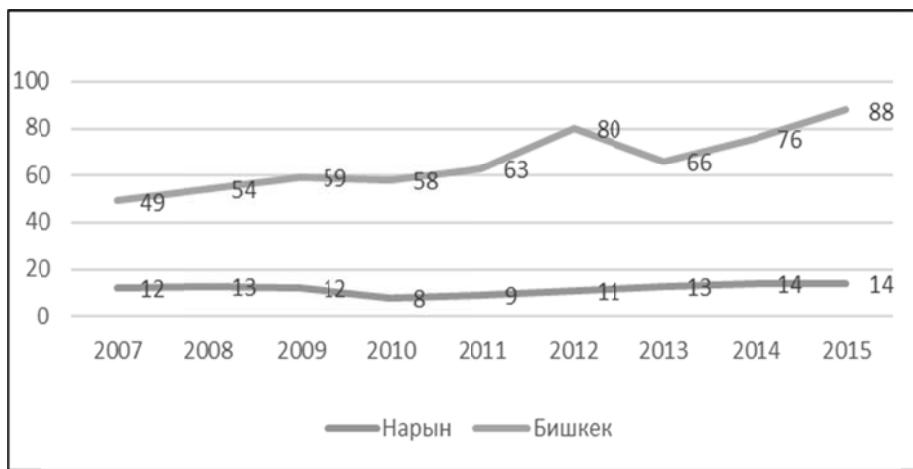


Рис. 1. Численность детей и подростков больных СД1 за 2007-2015 гг.

Как следует из рисунка (1), ежегодно увеличивается количество детей и подростков, госпитализированных в отделение эндокринологии НЦОМиД с диагнозом: Впервые выявленный диабет (ВВ СД1) (рис. 1). Эти данные совпадают с мировыми тенденциями роста больных СД 1 [4, 6].

Было выявлено, что пациенты многократно (от 2 до 8 раз в год) госпитализировались в отделение по поводу кетоацидоза различной степени тяжести, нестабильной гликемии на фоне интеркуррентных заболеваний, лабильного течения СД.

За 2007–2012 годы число пациентов, госпитализировавшийся многократно, сократилось от 44% до 9,8% в год по отчетным данным «Школы–Диабета» отделения эндокринологии, а также отражает увеличение госпитализаций детей с впервые выявленным СД1 типа как в г. Бишкеке, так и в высокогорной Нарынской области.

При сравнении заболеваемости СД 1 в Нарынской области, Бишкеке и данными Кыргызской Республики определяется неуклонный рост, как в среднегорье, так и в высокогорных районах (рис. 2). На диаграммах приведены абсолютные цифры пролеченных больных из высокогорья и низкогорья до 18 лет, а также рассчитан вероятный уровень заболеваемости в периодов с 2007 по 2015 гг. Как видно из предоставленных данных, по всем параметрам заболевших детей с СД1 в Нарынской области меньше, чем в г. Бишкеке и в целом по республике.

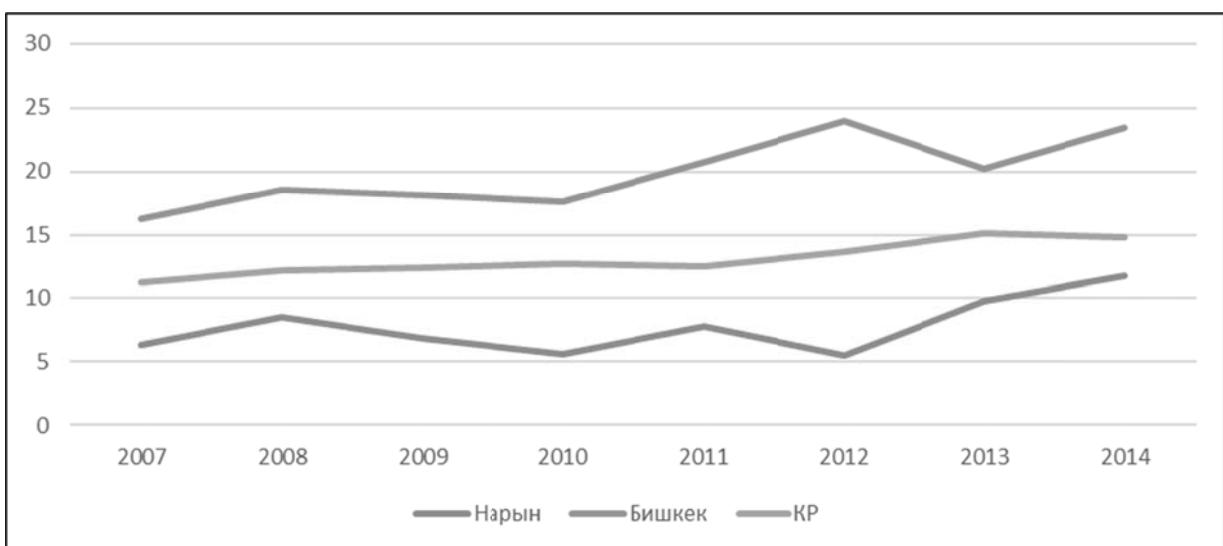


Рис. 2. Заболеваемость СД1 за 2007-2015 гг. (на 100 тыс. детей).

Таким образом, за последние 9 лет определяется неуклонный рост СД1 у детей и подростков в целом по республике.

Выводы: Проводить мониторинг основных эпидемиологических показателей СД 1 в детской популяции КР, в частности в высокогорных районах республики. Изучать факторы, влияющие на состояние компенсации диабета у детей в условиях высокогорья. Изучать влияние высокогорья на распространенность другой эндокринной патологии.

Список литературы:

1. EU-RODIAB Study Group. *Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicenter prospective registration study.* / [C.C. Patterson, G.G. Dahlquist, E.Gyürüs , A.Green G Soltész.] *Lancet.* 2009-373 с.
2. Консенсус ISPAD по клинической практике (2009). Сахарный диабет у детей и подростков [Текст] / [Рагнар Ханас, С. Ким, Донахью, Джорджианна Клингенсмит, Питер Д.Ф.Свифт.] - Изд-во стандартов, 2009. – 239 с.
3. Жуковский М.А. Медицина: детская эндокринология: руководство для врачей [Текст] / [М.А. Жуковский. -М.]: Наука, 1982. - 448 с.
4. Сахарный диабет у детей и подростков [Текст] / [И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова, Л.Н. Щербачева.] - М.: Наука, 2002. - 413с.

УДК 614.2:613.956

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Мазинова Д.Э.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент, Республика Узбекистан.

Резюме: приоритетным направлением в области охраны материнства и детства становится расширение профилактических мероприятий, что повышает роль и значение семьи в сохранении и укреплении здоровья детей. В статье авторы приводят факторы риска, влияющие на здоровье репродуктивной системы у девочек подростков. Проведена диспансеризация девочек пубертатного возраста с оценкой соматического, медико-социологического состояния их здоровья. Авторы считают, что для поддержки здоровья подростков необходимо прививание приверженности к ведению здорового образа жизни, соблюдение правильного питания, а также повышение солидарной ответственности у девочек подростков за своё здоровье.

Ключевые слова: факторы риска, подростки, репродуктивное здоровье.

ПУБЕРТАТТЫК ЖАШТАГЫ КЫЗДАРДЫН РЕПРОДУКТИВДИК ДЕН СООЛУГУНА ТААСИР ЭТҮҮЧҮ ТОБОКЕЛ ФАКТОРЛОРУ

Мазинова Д.Э.

Ташкент Педиатриялык Медицина Институту,
Ташкент, Өзбекстан Республикасы.

Корутунду: профилактикалык иш-чараларды көңейттүү энеликти жана балалыкты сактоо тармагындагы приоритеттүү бағыт болуп баратат жана бул балдардын ден соолугун сактоо жана чыңдоодо уй-бүлөнүн ролун жана маанисин арттырат. Макалада авторлор өспүрүм кыздардагы репродуктивдүү системанын ден соолугуна таасир этүүчү тобокел факторлорун мисал кылып көлтиришет. Пубертаттык жаштагы кыздардын ден соолугунун соматикалык, медико-социологиялык абалын баалоо менен диспансеризация өткөрүлдү. Авторлор өспүрүмдөрдүн ден соолугун чыңдоо үчүн аларды сергек жашоо мүнөзүнө амал кылууга, тураламактанууга, ошондой эле өспүрүм кыздардын өз ден соолуктарына болгон оң жоопкерчиликти ашырууга умтуулуга үйрөттүү керек деген эсептешет.

Ачык сөздөр: тобокел факторлору, өспүрүмдөр, репродуктивдүү ден соолук.

RISK FACTORS AFFECTING THE REPRODUCTIVE HEALTH OF TEENAGE GIRLS

Mazinova D.E.

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Republic of Uzbekistan.

Resume: the priority direction in the field of protection of motherhood and childhood becomes an extension of preventive measures, which increases the role and importance of families in maintaining and improving the health of children. In the article, the authors review risk factors affecting the health of the reproductive system in teenage girls. Conducted prophylactic medical examination of adolescent girls with the assessment of physical, medical and sociological health. The authors believe that to support the health of adolescents requires instilling commitment to maintaining a healthy lifestyle, proper nutrition, and improving shared responsibility at teenage girls for their health.

Key words: risk factors, adolescents, reproductive health.

Актуальность. Здоровье подрастающего поколения никогда не перестанет быть актуальной проблемой в медицине, так как именно сохранение и укрепление здоровья детей подросткового возраста является одной из важных программ нашего здравоохранения. Здоровье подростков в

настоящее время есть залог фундаментального роста в будущем как экономического, репродуктивного, так и в целом, здорового социального общества, что является крепким фактором национальной безопасности.

В последние годы, приоритетным направлением в области охраны материнства и детства становится расширение профилактических мероприятий, что повышает роль и значение семьи в сохранении и укреплении здоровья детей. Для реализации поставленных целей, во главе угла стоит сохранение репродуктивной системы подростков, повышение их адекватного образования в области репродуктивного здоровья, «умения адекватно действовать в любых ситуациях». Очень важным является поддержание здоровья репродуктивной системы девочек - подростков. На сегодняшний день реальность такова, что подготовка к материнству должна начинаться задолго до наступления половой зрелости и, уж конечно, до возраста, юридически способного вступать в официальный брак.

Для реализации поставленных целей в охране репродуктивного здоровья девочек подростков требуется мониторинг показателей здоровья детского населения и влияющих на него факторов с целью определения характера и закономерностей негативных процессов, а также разработки действенных мер профилактики и лечения нарушений функции репродуктивной системы.

Цель: проведение диспансеризации девочек пубертатного возраста с оценкой соматического, медико-социологического состояния их здоровья.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено медико-социологическое исследование девочек подростков 14-15 лет на базе одной из семейных поликлиник г. Ташкента, путем анкетирования и анализа – медико-статистической документации. Разработан опросник и осуществлено анкетирование и анализ «Паспортов здоровья детей» (форма 026 у/3). Респондентами были ученицы 9 классов. Количество анкет обследованных девочек составило 140.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых девушек составил – $14,2 \pm 0,3$ лет (табл. 1). Согласно данным исследования, 23,5% девочек оценивают своё здоровье как отличное, 61,5% оценивают здоровье как хорошее, до 15% сами оценивают свое здоровье как удовлетворительное и сами отмечают о существенных проблемах со здоровьем.

Таблица 1. - Показатели физического развития девочек 9 класса.

Средний возраст (лет)	Физические показатели развития			
	Средний рост (см)	Средний вес (кг)	Средняя окружность талии (см)	Средняя окружность бедер (см)
$14,2 \pm 0,3$	$158,7 \pm 0,4$	$48 \pm 0,2$	$59,2 \pm 0,5$	$84,1 \pm 0,3$

Каждая четвертая девушка из числа обследуемых имеет хроническое заболевание. Структурно: I место - по количеству встречаемых заболеваний были заболевания систем офтальмологии и эндокринологии, II – место были заболевания терапевтического характера, куда относились заболевания дыхательной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем, и III – место по частоте встречаемости были проблемы стоматологического характера (рис. 1). По данным анкетирования 19,1% девятиклассниц за последний год болели простудными заболеваниями до 3 раз и более.

Более половины (53,3%) считают главным фактором возникновения болезней неблагоприятные экологические факторы, отмечая большую роль неполноценного отдыха, сна, питания. При этом 63,8% девочек не занимаются никакими профилактическими мероприятиями, 15,6% - занимаются танцами, активным спортом, 13,2% девочек периодически принимают БАДы, витамины, придерживаются правильного питания. Вопросам питания подростков следует уделять большее внимание: каждая восьмая ученица подросток «перехватывает пищу на ходу», каждая девятая – полноценно питается 2 и меньше раза в день, до 20% девочек к 16 годам придерживаются диет без рекомендаций специалистов. У 88% девочек респондентов один из родителей, у 10% оба родителя имеют такую вредную привычку как курение дома. У 11% со слов девочек родители регулярно употребляют алкогольные напитки раз в месяц и реже. 9 девочек из 140 признались, что пробовали курить. Девочки подростки испытывают сложности в решении интимных проблем, в возможности их обсуждения: 48% ни с кем не обсуждают подобного рода проблемы, каждая третья доверяет подруге, и лишь каждая пятая – маме. Средний возраст начала менархе составил $12,7 \pm 0,3$ лет.

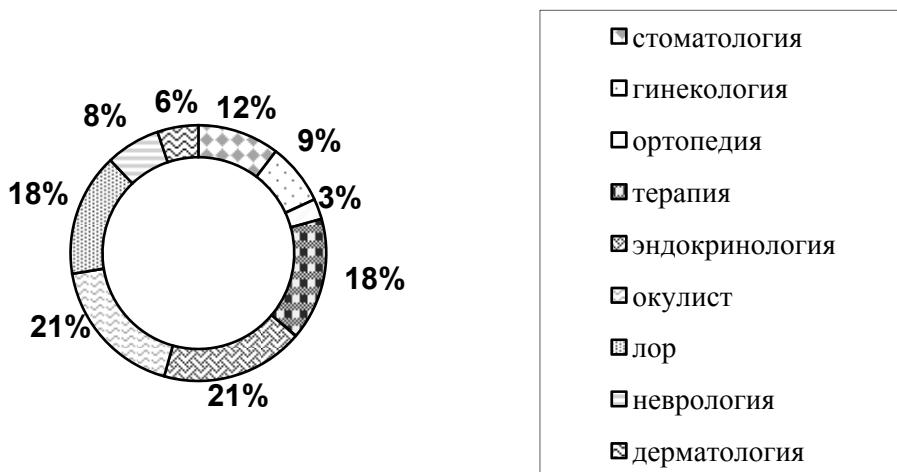


Рис 1. Составление состояния здоровья девочек 14-15 лет по данным диспансеризации (n=140).

Профилактика заболеваний, сохранение и укрепление соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков – это важная проблема, так как с ней связана ещё более серьезная – репродуктивное здоровье женщины-матери. В ряде стран имеется положительный опыт работы молодежных центров здоровья, так называемые сервисы, дружественные молодому поколению, где также уделяется внимание репродуктивному здоровью подростков.

Формирование адекватных репродуктивных установок, прививание приверженности к ведению здорового образа жизни, соблюдение правильного питания, а также повышение солидарной ответственности у девочек подростков за своё здоровье является одной из целей в программе по поддержке здоровья подростков.

Необходимо и в дальнейшем проводить непрерывные работы по минимизации негативного влияния социальных факторов среды на формирование психического и физического статуса подростков. Оздоровление контингентов риска необходимо проводить с учетом социально-экономических, экологических условий, с выявлением и коррекцией дефицита нутриентов, иммунного статуса. Очень значимый вклад в достижении этих целей оказывают регулярные диспансерные обследования подростков на базах семейных поликлиник.

Вопросы сохранения репродуктивного здоровья детей и подростков приобрели особую актуальность, что обусловлено обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизведения населения. Репродуктивное здоровье детей - понятие многогранное, складывающееся из целого ряда факторов: состояния здоровья матери во время беременности, условий внутриутробного развития, экологии, образа жизни и соматического здоровья ребенка.

Список литературы:

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: руководство для врачей. – СПб.: Фолиант, 2009.– 500 с.
2. Красникова М.Б., Трубина Т.Б. Факторы, влияющие на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье девочек-подростков // Казанский медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 94–96.
3. Пешкова И.А. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье детей // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 6 – С. 89-91.
4. Сергиенко М.Ю., Яковлева Э.Б. Репродуктивное здоровье и репродуктивные установки девочек-подростков Донецкой области // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 253. – 23 с.
5. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. – М.: Литтера, 2009. – 392 с.

УДК 616.12-007.2-053.1-089.168.1(575.2)

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ
ФАЛЛО В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.**

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Аматов Д.А., Жумагулова Г.С., Ишанходжаева Д.Ш.

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

Резюме: выполнен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений после радикальной коррекции тетрады Фалло с 2012 по 2015 года в НИИХСТО. Выявлено, что наиболее частым осложнением раннего послеоперационного периода является: СН, ДН, реканализация дефекта межжелудочковой перегородки, а отдалённого периода - нарушения ритма и проводимости.

Ключевые слова: врождённые пороки сердца, тетрада Фалло, радикальная коррекция, послеоперационные осложнения, дети.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ТЕТРАДА ФАЛЛО МЕНЕН
ООРУГАН БАЛДАРДЫН МОНИТОРИНГИН ЖУРГҮЗҮҮ.
МУНӨЗ ТАЛДОО**

Аматов Д.А., Жумагулова Г.С., Ишанходжаева Д.Ш.

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

Кортунду: 2012 жылдан 2015 жылга чейинки тетрадо Фалло радикалдуу түзөтүүдөн кийинки НИИХСТОдо ошол жылдардагы сезгенүүлөрүн ретроспективдүү мунөздөө талдоо берилген. Таблыган, эң алгачкы операциядан кийинки сезгенүүлөрдүн бири болуп: жүрөк жетишсиздигинде, дем алуу жетишсиздиги, карынчанын, алысны натыйжалары боюнча - ритм жана откөрүү бузулушу болуп белгиленді.

Ачыкч сөздөр: тубаса жүрөк оорусу, тетрада Фалло, радикалдуу тууралоо, кейин күчөп, балдар.

**POSTOPERATIVE MONITORING OF CHILDREN WITH TETRALOGY
OF FALLOT IN THE KYRGYZ REPUBLIC. RETROSPECTIVE
ANALYSIS**

Amatov D.A., Jymagyllova G.C., Uchanxodjaeva D.Ch.

Kyrgyz State Medical Academy name of I.K. Ahunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: performed a retrospective analysis of postoperative complications after radical correction of tetralogy of Fallot from 2012 to 2015 NIIHHT. It was revealed that the most common complication of early postoperative period is: CH, NAM, recanalization of the ventricular septal defect, and distant period - rhythm and conduction disturbances.

Key words: congenital heart defects, tetralogy of Fallot, radical correction, postoperative complications, children.

Введение. В связи с достижениями кардиохирургии детского возраста в последние годы все больше расширились показания для проведения ранних радикальных операций у детей с тетрадой Фалло (ТФ). С увеличением числа операций у детей в период новорожденности и раннего возраста появляются сообщения об осложнениях раннего и отдаленного послеоперационного периодов, требующих повторных оперативных вмешательств. К таким осложнениям относятся: сердечная и дыхательная

недостаточность, резидуальные дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП), обструкция правого выводного тракта, инфекционный эндокардит, пневмонии, жизнеугрожающие аритмии.

Тетрада Фалло – сложный врожденный порок сердца «синего» типа, морфологическую основу которого составляют четыре признака: обструкция выходного отдела правого желудочка, ДМЖП, гипертрофия правого желудочка и дексстрапозиция аорты.

В зависимости от степени нарушений в циркуляции крови выделяют: *ацианотичную тетраду Фалло* – порок сердца с отсутствием характерного цианоза (синюшности кожи и слизистых оболочек). Встречается в том случае, если сброс крови из правых отделов в левые выражен незначительно; *цианотичную тетраду Фалло* – порок сердца с характерным цианозом кожи и слизистых оболочек из-за хронического кислородного голодания, вызванного сбросом крови из правых отделов сердца в левые.

Материал и методы исследования. За период 2010- 2015 гг. в отделении хирургии сердца НИИХСТО выполнен ретроспективный анализ данных историй болезни 53 пациентов. Возраст больных на момент радикальной операции составлял 1–12 лет (в среднем 2-6 лет). У 39 пациентов первым этапом были выполнены различные паллиативные операции. Интервал между паллиативной и радикальной операциями составлял от 6 месяцев до 2х лет.

Цель исследования: Установить наиболее частые типы послеоперационных осложнений, возникающих у пациентов на госпитальном этапе после радикальной коррекции ТФ. Выявить причины и факторы риска развития послеоперационных осложнений на госпитальном этапе у пациентов после радикальной коррекции ТФ.

Результаты и обсуждение исследования. Всем больным выполнено клиническое обследование в объеме: эхокардиография, электрокардиография, рентгенография грудной клетки, анализ газового состава крови. Пятым больным также выполнено чрезвенное зондирование: правая и левая вентрикулография, ангиопульмография.

Послеоперационный период: В раннем послеоперационном периоде у 8 пациентов наблюдались следующие осложнения: сердечная недостаточность – у 2 пациентов; дыхательная недостаточность – у 2 пациентов; пневмония – у 1; отек легких – у 1; нарушение проводимости – у 3 пациентов.

В отдаленном периоде изучены данные 32 пациентов. Срок наблюдения составил от 1 до 3 лет. 2 пациента погибли в раннем периоде (отек мозга, дыхательная недостаточность) с 18 пациентами связаться не удалось. Причины смерти 3 пациентов в отдаленные сроки: нарушения сердечного ритма и проводимости (полная атриовентрикулярная блокада, эмфизема легких, бронхопневмония). Следовательно, наиболее частой причиной летальных исходов являются осложнения заболеваний легочной системы (рис. 1). Не удалось связаться с 33%.

Из 53 больных у 32 были выявлены осложнения в виде: ДН-1,8%; СН-3,7%; отек легких- 1,8%; пневмония-1,8%; нарушения проводимости – 5,6%.

Клиническое состояние пациентов после радикальной коррекции тетрады Фалло оценивали в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Большинство пациентов относились к I и II функциональному классу, следовательно, результат операции у большинства больных расценивался как хороший.

Вследствие заметных достижений в ранней диагностике и ведении пациентов с ВПС, а также увеличение выживания пациентов, у которых проведена коррекция порока, группа детей всех возрастов, перенесших операцию, попадает под наблюдение педиатра и детского кардиолога.

Рекомендации для оперативного лечения должны быть тщательно взвешены и обоснованы с учетом знания операционного риска, последствий, и результатов хирургической коррекции.



Рис. 1. Частота осложнений у детей с тетрадой Фалло.

Осложнения после оперативной коррекции врожденных пороков сердца характерны для разных возрастных категорий пациентов на различных послеоперационных этапах и являются одной из широко обсуждаемых тем в литературе. В особенности, это касается пациентов, перенесших вмешательство в условиях искусственного кровообращения. По данным большинства авторов, нарушения ритма в раннем послеоперационном периоде после коррекции врожденных пороков сердца с использованием искусственного кровообращения возникают в 15% случаев.

При изучении дооперационного статуса пациентов двух групп перед коррекцией порока было выявлено, что у детей с осложненным течением раннего послеоперационного периода длительность заболевания была достоверно больше по сравнению с контрольной группой. Это согласуется с данными ряда авторов.

M. Pozzi и соавт. продемонстрировали успешные результаты у 132 пациентов с диагнозом - «тетрада Фалло», прооперированных радикально в возрасте от 2,3 до 63,6 мес. Авторы отмечают низкий процент возникновения нарушений ритма сердца и нулевую летальность в раннем и отдаленном послеоперационных периодах.

В недавнем исследовании G. Nollert и соавторы представили данные по отдаленной выживаемости вплоть до 35 лет после поздней хирургической коррекции. Продолжительность жизни оперированных пациентов не отличалась от общей продолжительности жизни обычной популяции людей, хотя различные повторные операции перенесли около 93 % пациентов.

По данным A. Garson и соавт., развитие нарушений ритма в ранние сроки после коррекции ВПС достоверно коррелирует с показателем возраста на момент выполнения вмешательства.

X. Л. Минддия сообщает, что при радикальной коррекции тетрады Фалло у детей старше 18 мес. в послеоперационном периоде достоверно чаще развиваются желудочковые нарушения ритма по сравнению с детьми, оперированными в более раннем возрасте.

Можно предположить, что возникновение аритмий в раннем послеоперационном периоде у больных относительно старшего возраста является результатом патологического процесса, обусловленного формированием и существованием врожденного порока сердца. Длительное нарушение гемодинамики и выраженная артериальная гипоксемия приводят к развитию дистрофических и склеротических процессов в миокарде, снижению его сократительной способности и, как следствие, к электрической нестабильности миокарда.

Наши данные о влиянии возраста и недостаточности кровообращения высоких стадий на возникновение послеоперационных аритмий в сочетании с вышеуказанными результатами оперативного лечения кардиохирургической патологии у детей первых лет жизни только подтверждают мнение многих специалистов о необходимости выполнения раннего хирургического вмешательства при врожденных пороках сердца. Развитие нарушений внутрижелудочковой проводимости в послеоперационном периоде может быть следствием повреждения проводящих путей на трех уровнях: 1) в проксимальном отделе проводящей системы, который нередко расположен по краю ДМЖП; 2) на уровне модераторного пучка; 3) на периферии в париетальной стенке правого желудочка.

В нашем исследовании в группе с осложненным течением раннего послеоперационного периода частота встречаемости преходящей АВ-блокады составила.

По данным R. Arnold и соавт. и А. Ф. Синева и соавт., причинами данных осложнений служат либо хирургическое повреждение АВ-узла во время операции (в этом случае АВ-высокой степени выявляется сразу после окончания операции); либо отек в области АВ-соединения, появляющийся в связи с раздражением или повреждением окружающих АВ-узел тканей.

Использование искусственного кровообращения в комбинации с пережатием аорты приводит к ишемически-реперфузионному повреждению миокарда, которое многими исследователями рассматривается как один из предикторов развития послеоперационных аритмий. Наши данные в этом аспекте согласуются с данными большинства авторов, продемонстрировавших влияние продолжительности искусственного кровообращения и пережатия аорты на риск развития нарушений ритма после хирургической коррекции ВПС.

Очень важный урок прошлого состоит в том, что потенциально серьезные проблемы останутся даже после «самых успешных» операций.

Ребенок с оперированным (травмированным) сердцем, даже при отличном исходе операции, не может быть приравнен к здоровому ребенку. Кроме того, дети с оперированным сердцем всегда считаются угрожаемыми по развитию септического эндокардита, различных нарушений ритма сердца и проводимости, они менее толерантны к физическим и психоэмоциональным стрессорным перегрузкам. Поэтому вопрос снятия с диспансерного учета пациента, перенесшего корректирующую хирургическую операцию по поводу ВПС, остается открытым. Детский кардиолог может и должен играть основную роль в ведении детей с ВПС. Он должен обеспечить им основную педиатрическую помощь, быть способным своевременно рано распознавать возможные осложнения и давать советы повседневной жизни. Сохранение преемственности между педиатром и кардиохирургом будет играть важную роль в успехе ведения пациентов с ВПС и улучшении качества и продолжительности их жизни.

Выводы. Данные исследования показали: частота осложнений на госпитальном этапе после радикальной коррекции тетрады Фалло возникла всего у 8 больных из 53 и была обусловлена нарушениями ритма и проводимости сердца (в виде АВ-блокад, аритмий, СН). Со стороны дыхательной системы частыми осложнениями являются: бронхопневмонии, плевриты, гидроторакс, эмфиземы, ДН.

Список литературы:

1. Бокерия Л. А., Голухова Е. З., Ким А. И. и др. Предикторы развития нарушений ритма у детей раннего возраста в ранние сроки после операции радикальной коррекции тетрады Фалло [Текст]: Анналы аритмологии / Л.А. Бокерия, Е.З. Голухова, А.И. Ким и др. - 2006. - № 5. - С. 66–74.
2. Бокерия О. Л. Периоперационные аритмии сердца у детей. Уч.-мет. рекомендации [Текст] / О.Л. Бокерия. - М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. - 2009. - С. 52.
3. Бураковский В. И. Осложнения при операциях на открытом сердце [Текст]: Основы реаниматологии и кардиохирургии / В.И. Бураковский, Я.Л. Рапопорт, Г.Г. Гельштейн и др. - М.: Медицина. - 1972. - С. 304.

4. Caspi J. *Surgical management of tetralogy of Fallot in the first year of life* [Текст]: Ann. Thorac. Surg. / J. Caspi, E. Zalstein, N. Zusker et. al. - 1999. - Vol. 68. - P. 1344–1348.
5. Delaney J. Moltedo J., Dziuraet J. et al. *Early postoperative arrhythmias after pediatric cardiac surgery* [Текст]: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. / J. Delaney, J. Moltedo, J. Dziuraet. et. al. - 2006. - Vol. 131. - P. 1296–1300.
6. Белозеров Ю.М. *Детская кардиология* [Текст] / Ю.М. Белозеров - МЕДпресс-информ, - 2004. - 600 с.
7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26175641>.
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26139736>.

УДК. 616.31-089

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОАГУЛОПАТИЯМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Суеркулов Э.С.¹, Раимжанов А.Р.², Юлдашев И.М.¹, Мотушева Р.К.¹,
Нарбеков Т.О.², Джумаев А.Т.¹, Абдышиев Т.К.¹.**

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

Резюме: в работе проанализированы и сформулированы принципы оказания стоматологической хирургической помощи пациентам с коагулопатиями в условиях амбулаторного приема. Данные исследования позволяют практикующим врачам не только избежать возможных осложнений, но и сделать оказываемую помощь более качественной.

Ключевые слова: коагулопатии, хирургическая стоматологическая помощь.

КОАГУЛОПАТИЯ ООРУСУ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ХИРУРГ СТОМАТОЛОГДУН ПРАКТИКАСЫНДА АЛЫП БАРУУ ТАКТИКАСЫ

**Суеркулов Э.С.¹, Раимжанов А.Р.², Юлдашев И.М.¹, Мотушева Р.К.¹,
Нарбеков Т.О.², Джумаев А.Т.², Абдышиев Т.К.¹**

Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору¹,
Кыргыз Илимий Гематология Борбору²,
Бишкек, Кыргыз Республика.

Корутунду: бул иште коагулопатия оорулдуу пациенттерге амбулаториялык шартта хирургиялык стоматология жардамы талданган жана түзүлгөн принциптери көрсөтүлгөн. Бул изилдөөдө практикалык врачтарга мүмкүн болуучу ырбапты болтурбоого гана эмес, бир кыйла сапаттуу жардам берүү мүмкүнчүлүктөрү да көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: коагулопатиялар, хирургиялык стоматология жардамы.

TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH KOAGULOPATIYA IN PRACTICE OF SURGEON DENTIST

**Suerkulov E.S.¹, Raymjanov A.R.², Yuldashev I.M.¹, Motusheva R.K.¹,
Narbekov T.O.², Djumaev A.T.¹, Abdyshev T.K.¹**

The National Center of Maternity and Childhood Care¹,
Kyrgyz Scientific Center of Hematology²,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: in work the principles of rendering the stomatologic surgical help to patients with koagulopatiya in the conditions of outpatient appointment are analyzed and formulated. These researches will allow the practicing doctors not only to avoid possible complications, but also to make the given help better.

Key words: koagulopatiya, surgical dental care.

Актуальность работы. Коагулопатии – это совокупность заболеваний, обусловленных нарушениями физиологических механизмов свертывания крови, приводящими обычно к развитию геморрагического синдрома. Коагулопатии бывают наследственные и приобретенные. Наследственные коагулопатии вызываются генетически обусловленным снижением или извращением плазменных компонентов гемостаза. Наиболее распространенными формами являются гемофилия А, В, С, афибриногенемия.

Приобретенные коагулопатии возникают при инфекционных заболеваниях, болезнях печени, почек, ДВС-синдроме, тяжелых энтеропатиях, геморрагических васкулитах, ревматоидном артите, злокачественных опухолях, а также при медикаментозных, механических, химических и физических воздействиях [1, 6].

Наиболее известными из этих заболеваний является гемофилия. Гемофилии А и В обусловлены нарушением синтеза (реже аномалиями) соответственно коагуляционной части III и IX факторов свертывания крови. Заболевание передается женщинами по наследству, а болеют лица мужского пола [2, 13]. Гемофилия С – наследственный дефицит XI фактора свертывания крови, часто бессимптомно протекающий процесс. Болезнь впервые может быть обнаружена случайно. Спонтанная кровоточивость отмечается редко, проявляется преимущественно в виде синяков [7]. Чем легче степень гемофилии, тем позднее проявляется выраженный геморрагический синдром, хотя случайные порезы и травмы вызывают сильные кровотечения даже при легких формах заболевания [3, 8].

Болезнь Виллебранда (ангиогемофилия) – наследственное нарушение синтеза в эндотелии или аномалии крупномолекулярного белкового кофактора VIII фактора свертывания крови (фактор Виллебранда). Болеют лица обоего пола. Не является типичным примером дисфункции коагуляции, поскольку отсутствие этого плазменного компонента системы гемостаза обусловлено, прежде всего, нарушением агрегационной функции тромбоцитов. Однако многие варианты этого геморрагического заболевания сопровождаются дисфункцией коагуляции вследствие уменьшения уровня антигеморрагического глобулина [3, 5].

Наиболее распространенным хирургическим вмешательством у больных с коагулопатиями и особенно с врожденными коагулопатиями (гемофилия, болезнь Виллебранда и др.) является операция по удалению зуба, даже в тех случаях, когда их сохранение вполне возможно, например при пульпите. Кровотечения после нее занимают шестое место среди всех наиболее распространенных видов геморрагий при гемофилии и составляют 38,2% [5]. Авторы указали, что удаление зубов, особенно моляров, часто сопровождается многодневными анемизирующими кровотечениями не только из зубных лунок, но и из гематом, образовавшихся на месте инфильтрации тканей анестетиком. Эти гематомы преобразуются в кистозные псевдоопухоли, вызывают деструкцию челюсти [3, 6, 11], могут распространяться в мягкие ткани поднижнечелюстной области, шеи, глотки и приводить к стенозированию верхних дыхательных путей и асфиксии. Если данные осложнения не наблюдаются, то наличие интенсивных лунечковых кровотечений и длительная их остановка часто приводят к развитию альвеолитов или увеличению сроков заживления [5].

Удаление зубов у больных гемофилией требует мультидисциплинарного подхода и совместного сотрудничества стоматолога и гематолога [8]. Специалист-гематолог, владеющий методами заместительной гемостатической терапии, осуществляет общий гемостаз в дооперационном, интра - и послеоперационном периоде ведения больного. Общий гемостаз заключается в ликвидации дефицита плазменных факторов свертывания крови и осуществляется путем введения концентратов VIII и IX факторов свертывания крови. Используются препараты, обеспечивающие активацию фактора X на тромбоцитарной поверхности, например рекомбинантный фактор VII [2]. Хирург-стоматолог обеспечивает местный (хирургический) гемостаз в лунке удаленного зуба. Местный гемостаз способствует формированию и защите сгустка крови в лунке, тем

самым минимизируя возможность развития вторичного луночкового кровотечения. Эти мероприятия создают оптимальные условия для заживления лунки и устраниют возможность развития альвеолитов. Некоторые авторы рекомендуют укладывать на лунку удаленного зуба марлевый тампон, пропитанный транексамовой кислотой на 30 - 60 мин. При этом следует помнить, что действие препарата кратковременное [7,12].

На декабрь 2015 в Кыргызстане зарегистрировано 142 взрослых (данные КНЦГ г. Бишкек) и 129 (данные НЦОМиД) детей до 16 лет, больных гемофилией. Взрослых с гемофилией А составляет на учете 122 (из них ингибиторная форма - 1), с гемофилией В - 20. Детей до 16 лет с гемофилией А зарегистрировано 125 (из них ингибиторная форма - 1), с гемофилией В - 4 [8]. Пациентов с болезнью Виллебранда взрослых - 6, детей до 16 лет - 5[2]. Таким образом, пациенты с данными видами коагулопатии – достаточно частое явление, что бы врач хирург-стоматолог мог встретиться с ними на амбулаторном приеме, но достаточно редкое, чтобы врач был реально готов учесть все особенности лечения таких больных.

Немногие стоматологи готовы осуществлять прием больных с коагулопатиями в стоматологическом кабинете не только из-за опасности возникновения геморрагических осложнений, но еще и по причине высокой стоимости заместительной гемостатической терапии и послеоперационного ухода [4].

В настоящее время в условиях Кыргызстана социально-экономические ресурсы находятся на низком уровне. Это отражается и на государственном медицинском обеспечении, в частности пациентов с коагулопатиями. Например, больные дети с гемофилиями А и В получают препараты факторов свертывания в дозе 4500 ЕД на год (данные НЦОМиД). Этой дозы практически не хватает даже на одно удаление зуба. В последующие дни этим пациентам факторы свертывания приходится заменять на препарат криопреципитат. Взрослые больные с гемофилией (данные КНЦГ г. Бишкек) вообще не получают препаратов факторов свертывания, у них используется только препарат криопреципитат. Всем известно, что коагулопатические свойства препарата криопреципитата, уступают препаратам факторов свертывания. Все это усугубляет работу хирурга-стоматолога на амбулаторном приеме таких пациентов.

Таким образом, в условиях Кыргызстана отмечается недостаточность адаптации методов лечения у данного контингента больных.

Цель работы. Оптимизировать алгоритм приема пациентов с коагулопатиями и представить его в виде клинических рекомендаций для стоматологов-хирургов, работающих на амбулаторно-поликлиническом приеме в Кыргызской Республике на основе имеющихся литературных и клинических данных отделения ЧЛХ НЦОМиД.

Задачи: Обобщить и систематизировать имеющуюся информацию по лечению пациентов с коагулопатиями. Выработать схему ведения данных больных на стоматологическом приеме. Представить данную информацию в виде клинических рекомендаций.

Материалы исследования и обсуждение. Исследование проведено в отделении челюстно-лицевой хирургии НЦОМиД г. Бишкек. За 2015 год в отделение ЧЛХ НЦОМиД обратилось 13068 пациентов. Из них 48 пациентов с различными формами коагулопатии (27 детей и 21 взрослых, в возрасте от 7 до 50 лет). В процентном соотношении это составило 0,36% от общего количества принятых больных.

Таблица 1. - Количество принятых пациентов с врожденными коагулопатиями за 2015 год в отделении ЧЛХ НЦОМиД (абс/%).

Нозология	Дети	Взрослые
Гемофилия А	7 (14,5%)	8(16,66%)
Гемофилия В	1(2,08%)	1(2,08%)
Болезнь Виллебранда	1(2,08%)	1(2,08%)
Редкие коагулопатии	0 (0%)	1(2,08%)

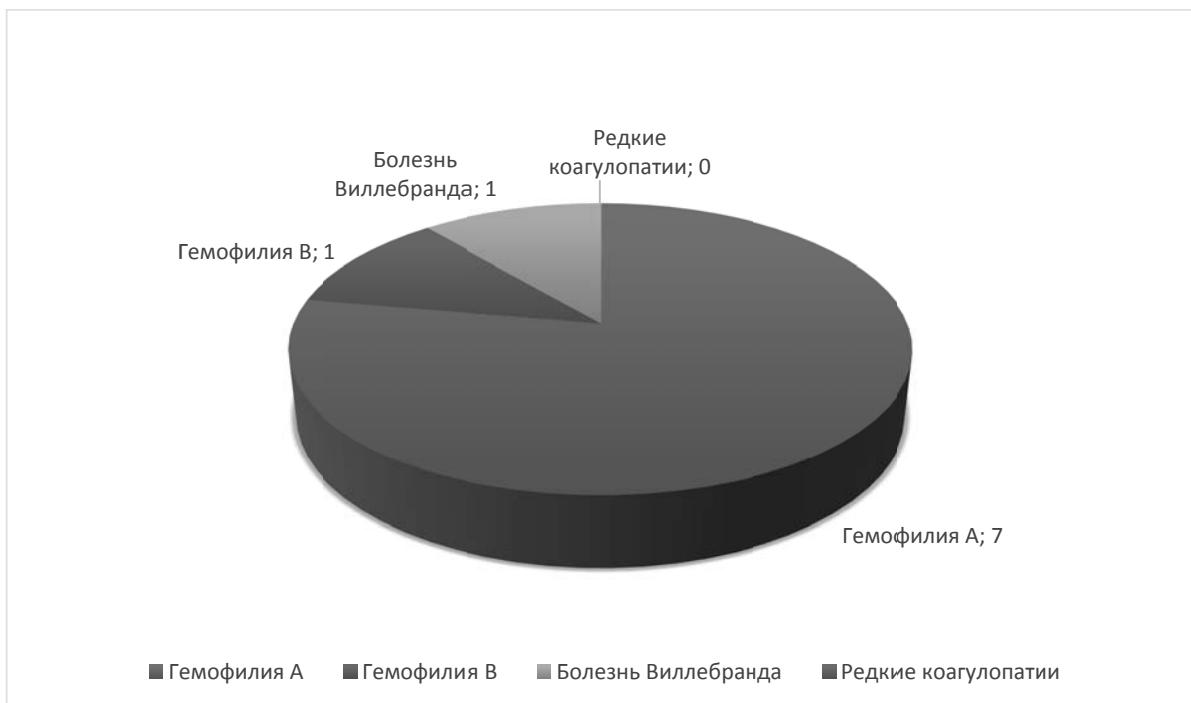


Рис 1. Структура врожденных коагулопатий у детей (абсолютные данные).

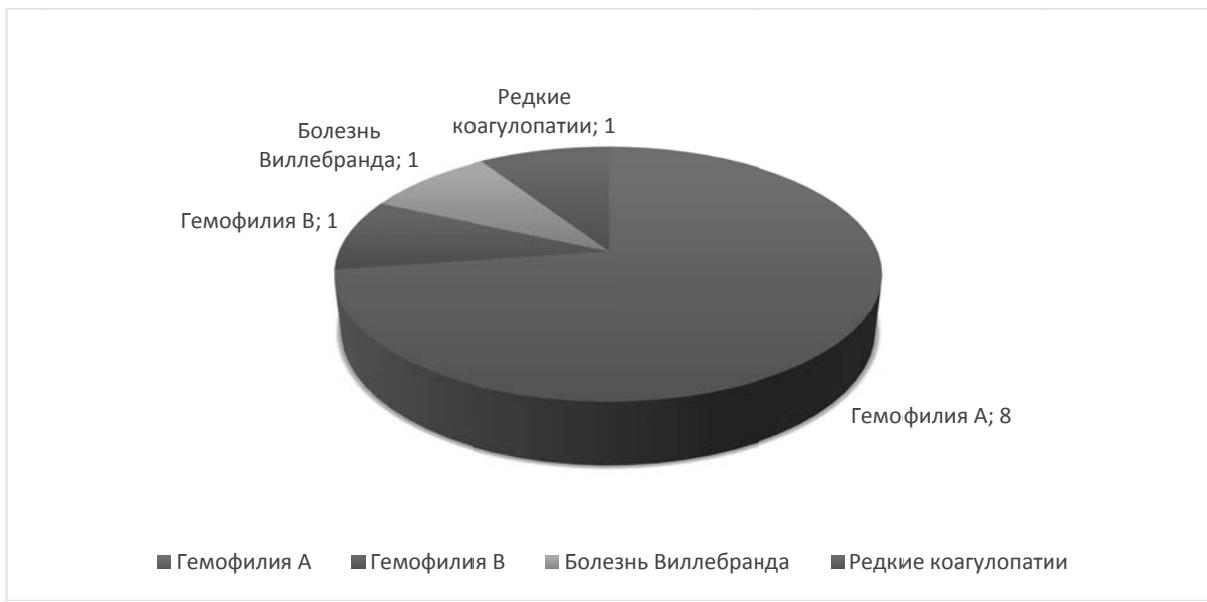


Рис. 2. Структура врожденных коагулопатий у взрослых (абсолютные данные).

Таблица 2. - Количество принятых пациентов с приобретенными коагулопатиями за 2015 год в отделении ЧЛХ НЦОМиД (абс/%).

Нозология	Дети	Взрослые
Тромбоцитопатии	12 (25%)	5 (10,41%)
Тромбоцитопении	1 (2,08%)	1 (2,08%)
Апластическая анемия	2 (4,16%)	2 (4,16%)
Лейкоз и др.	3 (6,25%)	2 (4,16%)

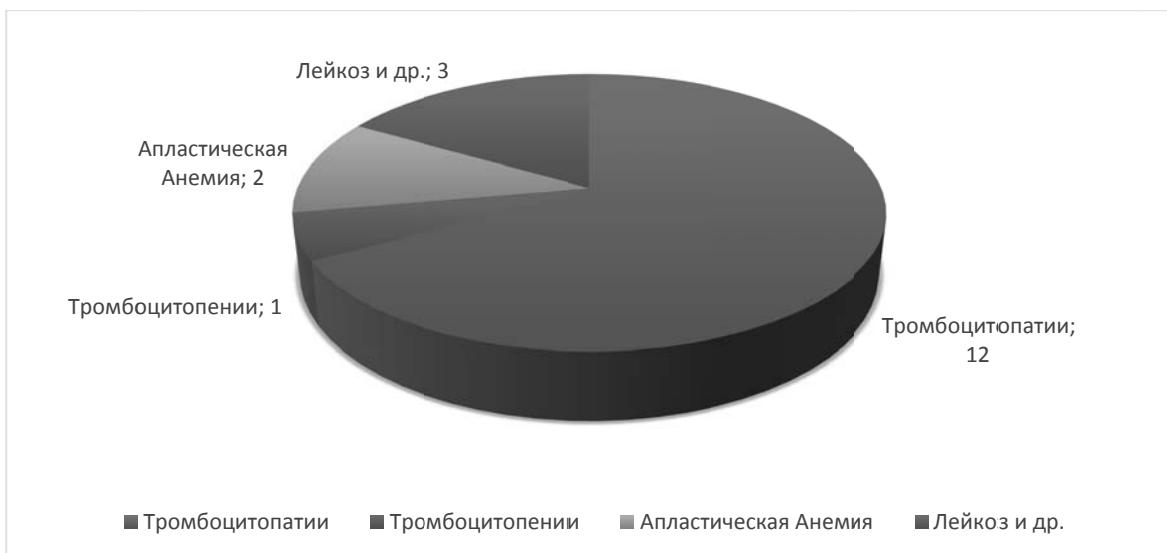


Рис. 3. Структура приобретенных коагулопатий у детей.

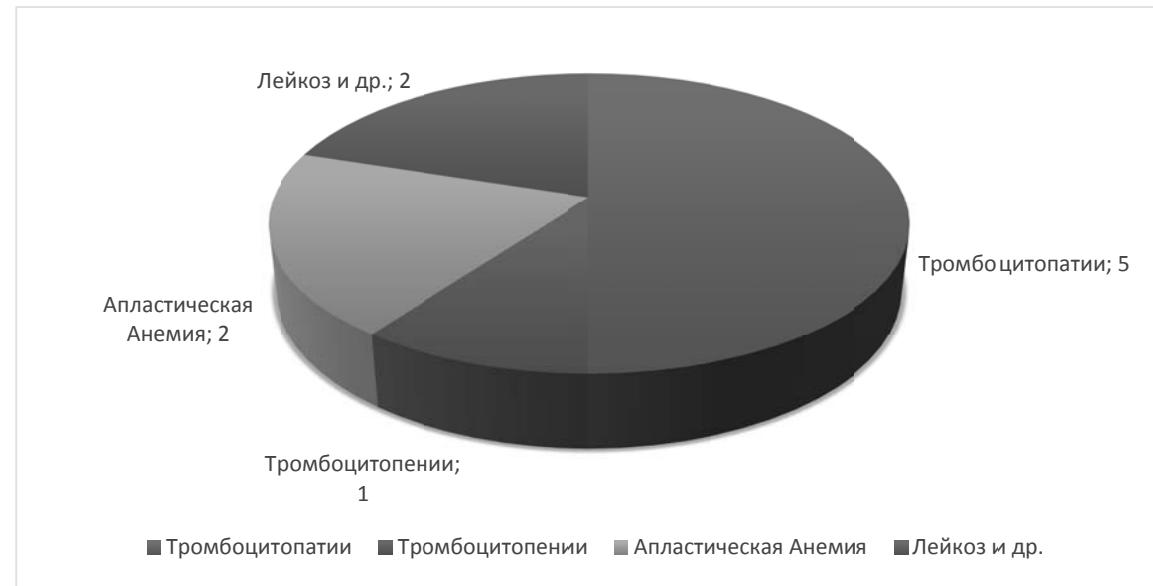


Рис 4. Структура приобретенных коагулопатий у взрослых.

Как видно из таблицы 1, чаще обращались пациенты с тромбоцитопатиями. Пациентам с тромбоцитопатиями после предварительного осмотра и подготовки гематолога проводились удаления зубов без накладывания швов, и без использования гемостатической губки. Оказание хирургической стоматологической помощи этим пациентам не вызывало никаких трудностей [1]. С особой осторожностью удаления зубов проводились при других формах коагулопатии, особенно при гемофилиях, так как кровотечение могло идти не только из лунки удаленного зуба, но даже из места инъекции анестетика, этим пациентам удаление производились только по одному зубу.

Использование данных алгоритмов лечения у пациентов с гемофилиями и болезнью Виллебранда позволит практикующим врачам не только избежать возможных осложнений, но и сделать оказываемую помощь более качественной. Кроме того, знание симптомов проявления заболеваний крови, поможет выявлению данной патологии у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью пациентов с различными формами коагулопатии. Для определения тактики ведения таких пациентов, стоматологу необходимо определить степень риска приема в условиях поликлиники. Следовательно, должны быть четкие показания для амбулаторного лечения, а именно: в амбулаторно-поликлинических условиях возможно проведение плановой экстирпации одного зуба,

исключая фазу обострения одонтогенной инфекции, на фоне адекватной заместительной терапии. Плановые хирургические вмешательства, помимо вышеописанной клинической ситуации, данной группе пациентов необходимо осуществлять в стационарах совместно с гематологом [5]. Удаление 2–3 зубов, а также третьего моляра, обязательно осуществляется только в условиях стационара с привлечением гематолога для уточнения дозировок гемостатических препаратов и кратности их применения [4, 13]. Все манипуляции в условиях амбулаторно-поликлинического приема у данной группы пациентов выполняются только в присутствии специализированной гематологической бригады «Скорой медицинской помощи», осуществляющей лекарственное сопровождение стоматологических манипуляций [4, 13].

Удаление зуба в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо производить после назначения концентратов коагуляционного фактора в средней дозе 40 МЕ/кг, при этом следует максимально уменьшить возможность травмирования кости и мягких тканей пациента. Важно также принимать меры профилактики развития альвеолита ввиду того, что при данном заболевании могут развиваться поздние кровотечения [5].

После экстракции зуба пациентам с коагулопатиями показано назначение антибактериальных препаратов как для профилактики пероральных инфекций, так и в качестве этиотропной терапии. Также антибактериальную профилактику следует назначать пациентам с протезами суставов. Препаратами выбора в данном случае являются антибиотики группы пенициллинов широкого спектра действия (Амоксикилав, Флемоксин – солютаб), группы макролидов (Азитромицин), фотрхинолонов (Ципрофлоксацин). Для остановки кровотечения из лунки зуба, в лунке следует оставлять гемостатическую губку, пропитанную гентамицином и накладывать крестообразные швы (нерезорбируемые). Кровотечение может усиливаться в случаях применения ацетилсалициловой кислоты или других анальгетиков типа индометацина, безопасными болеутоляющими средствами являются парацетамол, ибупрофен [6].

После удаления зуба необходимо в течение 5–10 дней следовать диете, состоящей из холодной жидкости и измельченных твердых продуктов. При необходимости любых инъекций, в том числе при оказании терапевтической стоматологической помощи, также обязательна заместительная терапия [6].

Врачу-стоматологу, оказывающему помощь пациентам с коагулопатиями, необходимо помнить ряд общих правил:

1. Перед любой инвазивной манипуляцией необходима обязательная заместительная терапия (препараторы факторов крови или криопреципитат).
2. Выбор максимально щадящей тактики.
3. Использование местных гемостатических препаратов (губки, клей).
4. Не пытаться остановить кровотечение хирургически путем – необходима адекватная гемостатическая терапия! [2].

При отсутствии данных о виде гемофилии лечение должно проводиться как при гемофилии А [6, 12], т. е введение недостающих факторов свёртывания крови специализированной бригадой. Препараторы витамина К для лечения болезни Виллебранда совершенно бесполезны [5].

В отделение ЧЛХ НЦОМиД с повторными кровотечениями после удаления зуба обратились: 4 детей на следующий день, 2 - через 2 дня, у 1 ребенка с ингибиторной формой гемофилии А кровотечение отмечалось в течении 7 суток. Все эти дети были с врожденными коагулопатиями. Взрослые обращались реже: на следующий день были 3 пациента, у 1 пациента с ингибиторной формой гемофилии А кровоточивость сохранялась в течении 5 суток.

Этим пациентам эффективны повторные орошения кровоточащего участка 10% раствором аминокапроновой кислоты и предварительный прием внутрь 5% раствора аминокапроновой кислоты по две столовых ложки 4–6 раз/сутки [4]. Альтернативным вариантом является полоскание рта десятью миллилитрами 5% раствора транексамовой

кислоты в течение двух минут ежедневно четыре раза в день на протяжении семи дней. Оно может применяться в сочетании с пероральными таблетками транексамовой кислоты не более пяти дней [6, 13]. При гематурии нельзя использовать транексамовую и аминокапроновую кислоты – повышается риск возникновения почечной колики вследствие образования сгустков внутри мочеточников за счет подавления действия урокиназы [5].

Учитывая всю сложность оказания стоматологической помощи данной категории пациентов, особое внимание следует уделять профилактическим мероприятиям.

Профилактические стоматологические программы должны включать:

1. Плановые осмотры стоматолога два раза в год, с обязательным проведением щадящей профессиональной гигиены полости рта с подбором средств ухода с минимальной возможностью травматизации мягких тканей.

2. Плановую санацию полости рта.

3. Тщательную индивидуальную гигиену.

4. Рациональное питание с назначением курсов поливитаминов и микроэлементов (фтор, кальций, железо) [8].

5. С такими пациентами необходимо особенно аргументировано проводить беседы о недопустимости курения [6, 12].

При плановых осмотрах пациентов 12–13 лет необходимо проводить более тщательное комплексное стоматологическое обследование, позволяющее планировать будущее и решить, как наилучшим образом предупредить возникновение трудностей, вызываемых скученностью зубов или неправильным положением зубов мудрости и других зубов [9, 13].

Также практикующему стоматологу необходимо помнить симптомы, обнаружение которых при сборе анамнеза и проведении обследования может насторожить врача о возможном заболевании крови у рядового пациента, проходящего стоматологическое лечение, а именно:

1. Склонность к образованию подкожных геморрагии и кровотечениям из слизистых оболочек (12–24%).

2. Меноррагии более 10 дней (65–70%).

3. Послеродовые кровотечения (6–23%).

4. Кровотечения из ЖКТ (4,2%).

5. Носовые (45–60%), десневые кровотечения (51%) (2 и более раз в месяц).

6. Кровотечения после удаления зубов (15%).

7. Семейный анамнез, а именно наличие заболеваний крови у ближайших родственников [5].

Результаты исследования и обсуждение: Исследования показали, что прием всех пациентов с выявленными коагулопатиями с учетом предложенных схем оказания стоматологической помощи в условиях амбулаторного хирургического приема, не вызвал осложнений. Время реабилитации после проведенных вмешательств, сравнимо с таковым у пациентов, без соматической патологии. Использование данных алгоритмов лечения у пациентов с гемофилиями и болезнью Виллебранда позволит практикующим врачам не только избежать возможных осложнений, но и сделать оказываемую помощь более качественной.

Кроме того, знание симптомов проявления заболеваний крови, поможет выявлению данной патологии у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью.

Список литературы:

1. Баркаган З.С. Патология тромбоцитарного гемостаза. Руководство по гематологии. [Текст] З.С.Баркаган, А.И. Воробьев – М.: Медицина, 2005. – Т. 3. – 416 с.

2. Беляков Ю.А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике. [Текст] / М: Ортодент - Инфо, 2000. – 294 с.

3. Бражников А.Ю. Болезнь Виллебранда. Беременность и роды. Представление клинических рекомендаций. [Текст] / А.Ю.Бражников – Екатеринбург, 2013. – 45 с.
4. Воробьева И.А. Руководство по гематологии. [Текст] / И.А. Воробьева 3-е изд. М. Ньюдиамед, 2002. – Т. 3. – 280 с.
5. Болезни крови в амбулаторной практике [Текст] / [И.Л. Давыдкин, И.В.Куртов, Р.К.Хайретдинов, Т.Ю.Степанова] – М.: Москва, 2011. – 198 с.
6. Мамаев А.Н. Коагулопатии: руководство для врачей [Текст] / А.Н.Мамаев – М.: Москва, 2012. – 268 с.
7. Мамонов В.Е. Трансфузионная терапия наследственных нарушений свертывания крови. Очерки производственной и клинической трансфузиологии. [Текст] / В.Е. Мамонов, О.П. Плющ, Л.М. Кудрявцева - Ньюдиамед, 2006. - С 398-420.
8. Румянцев А.Г. Гемофилия в практике врачей различных специальностей. [Текст] / А.Г. Румянцев, С.А. Румянцев, В.М. Чернов - М.: 2013. – 136 с.
9. Смирнова, О. Н. Сравнительная эффективность лечения коагулопатий у детей [Текст] / О.Н.Смирнова, А.С. Калмыкова, С.А. Егорова - Вестник службы крови России. -2006. - № 3. - С 18 - 22.
10. Bartlett J.A. Exodontia in Combined Factor V and Factor VIII. Deficiency / Bartlett J.A., Sweeney J.O - J. Oral Maxofac. Surg. - 1985. - 43 P:
11. Marquez J.L. Hemophilic pseudotumor of the inferior maxilla / Marquez J.L., Marquez J.L. Vinageras L. - Oral Surg. 1982 – 53P.
12. Racocz M. Dental extractions in patients with bleeding disorders. The use of fibrin glue / Racocz M., Mazar A., Varon D. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1993; 75: 280-282.
13. Zanon E., Martinelli F., Bacci C. et al. Proposal of a standard approach to dental extraction in haemophilia patients. A case-control study with good results / Haemophilia. - 2000; 6: 533-536.

УДК 614.2:617.7-001-053.2(575.2)

ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Узакбаев К.А., Сулайманова Г.М.

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

Резюме: в статье рассматриваются специфические особенности оказания ургентной специализированной офтальмологической помощи при травмах органа зрения и его придатков у детей. Представлен анализ лечебно-диагностической помощи, определены особенности неотложной офтальмологической службы при офтальмоторавматизме в условиях отделения офтальмологии Национального центра охраны материнства и детства МЗ Кыргызской Республики. Описан объем диагностических методов обследования при различных видах глазного травматического процесса. Представлены показания к экстренной госпитализации при травмах органа зрения и его придатков, и их последствиях. Разработаны и рекомендованы алгоритмы лечебной тактики в зависимости от характера, локализации и степени тяжести повреждений органа зрения у детей.

Ключевые слова: травмы глаза, дети, неотложная офтальмологическая помощь.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БАЛДАРДЫН КӨРҮҮ ОРГАНДАРЫНЫН ЖАРАКАТ АЛУУСУНУН УРГЕНТТИК АТАЙЫН ОФТАЛЬМАЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮҮ

Узакбаев К.А., Сулайманова Г.М.

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

Корутунду: бул макалада балдардын көрүү органдарынын жаракат алуусуна ургенттик атайын офтальмологиялык жардам көрсөтүүнүн атайын өзгөчөлүктөрү каралат. Даирлоо-

дартты аныктоочу жардамдын анализи сунушталды, Кыргыз Республикасынын ССМне карашту ЭжБК УБнун офтальмология бөлүмүнүн шартында офтальмалык жаракаттарга кечиктилгис офтальмологиялык жардам көрсөтүүнүн өзгөчөлүктөрү аныкталды. Көздүн жаракат алуу процессинин ар кандай түрлөрүндө текшиерүү жүргүзүүнүн диагностикалык методдорунун көлөмү берилди. Көрүү органдарынын жаракат алуусу жана анын кесепттери учурунда шашылыш түрдө ооруканага жаткырууга көрсөтмөлөр сунуш кылымды. Жаш балдардын көрүү органдарынын жасырыкоосунун мунозунө, локализациясына жана даражасына жараша дарылоо тактикасынын алгоритми иштелип чыкты жана сунуш кылымды.

Ачык сөздөр: көздүн жаракаты, балдар, кечиктирилгис офтальмологиялык жардам.

FEATURES URGENT OPHTHALMOLOGIC SERVICE IN TRAUMA BODY OF CHILDREN IN KYRGYZSTAN

Uzakbaev K.A., Sulaimanova G.M.

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

Resume: the article deals with specific features of the provision of urgent specialized eye care for injuries of eye and its appendages in children. The analysis of medical - diagnostic aid, especially emergency identified ophthalmologic service at oftalmotraumatizme under the Department of Ophthalmology of the National Center for Maternal and Childhood Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Described volume survey of diagnostic methods for various types of ocular traumatic process. Indications for emergency hospitalizations for injuries of eye and its appendages, and their consequences. Developed and recommended algorithms of treatment tactics depending on the nature, location and severity of organ damage in children.

Key words: eye injury, children, emergency eye care.

Актуальность. Глазной травматизм у детей отличается многообразием факторов, определяющих прогноз и исход травматического процесса. Ключевая роль в данном процессе принадлежит срокам оказания специализированной помощи и уровню профессиональной квалификации. Социальная значимость травм органа зрения определяется долей инвалидности от 13 до 38% [1-4]. Организация оказания неотложной помощи и методы первичной хирургической обработки ран глаза являются определяющими в данной патологии офтальмологической службы. Оказание специализированной срочной офтальмохирургической и офтальмотерапевтической помощи имеет главенствующую определяющую значимость при травматическом процессе органа зрения. «Urgent» значит - срочный, неотложный, крайне необходимый, настойчивый, безотлагательный А, следовательно, крайне важно соблюдать принцип ургентной помощи: минимальная затрата времени в обеспечении помощи пострадавшему на уровне квалифицированного специализированного звена.

Цель работы. Изучить клинико-диагностические особенности травм органа зрения у детей на базе отделения офтальмологии Национального центра охраны материнства и детства Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, разработать рекомендации оптимальной тактики оказания ургентной офтальмологической помощи при травме глазного яблока и его придатков.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ работы отделения офтальмологии Национального центра охраны материнства и детства Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики за три года. Выявлено, что ежегодно в детское глазное отделение обращаются в среднем от 900 до 1500 детей с различными травмами органа зрения и его придатков в возрасте от 0 до 16 лет, амбулаторно необходимая первая помощь оказывается в глазном травматологическом пункте около 1000 пациентам в год. От 170 до 220 детей с различными травмами органа зрения нуждаются в госпитализации по экстренным показаниям в отделение офтальмологии. Диагностическое обследование включало следующий комплекс мероприятий: визометрия, тонометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроскопия; по показаниям производилось определение

проходимости слезных путей, рентгенологическое и КТ – исследование, ультразвуковое исследование, ОКТ.

Результаты и обсуждение. Ургентная помощь в отделении офтальмологии НЦОМиД МЗ Кыргызской Республики при травмах глаза у детей имеет специфические особенности:

- круглосуточное оказание офтальмологической службы, в том числе экстренное проведение оперативных вмешательств при травмах органа зрения у детей;
- широкий спектр офтальмотравматизма у детей;
- обследование и своевременное лечение, включая хирургические операции, пострадавших детей с травмами органа зрения различной степени тяжести;
- превалирование обращений маленьких пациентов с тяжелой офтальмопатологией вплоть до размозжения глаза и огнестрельных ранений органа зрения;
- наличие сочетанных травм органа зрения с патологией ЛОР-органов, ЧМТ, неврологической и психосоматической патологией, челюстно-лицевой травмой, повреждениями различных органов и конечностей;
- необходимость принятия быстрого решения на основании экстренного обследования, постановки точного диагноза, дифференциальной диагностики;
- необходимость выбора тактики лечения и определения показаний к госпитализации;
- необходимость умения проведения оперативного вмешательства по показаниям в круглосуточном режиме.

В отделение офтальмологии НЦОМиД МЗ КР обращаются больные с травмами органа зрения и его придатков различной степени тяжести, но превалируют повреждения глаз с тяжелой степенью травматического процесса. Нами разработан алгоритм действий специалиста для определения лечебной тактики на основании диагностики в необходимом объеме при травме органа зрения у детей. Для определения офтальмопатологии необходимо установить характер повреждения: проникающее или непроникающее ранение, контузия, ожоговое поражение, комбинированное повреждение; наличие осложнений: выпадение внутренних оболочек, гифема, гипопион, гемофтальм, эндофталмит, размозжение глаза, повреждение век, наличие повреждения целостности слезных путей и др. При обследовании выявляется степень тяжести травматического процесса. Важен анамнез получения травмы у детей: срок, механизм, повреждающий фактор травмы органа зрения, объем предшествующей первой помощи. Определяются зрительные функции, офтальмotonус, наличие сопутствующей патологии. При диагностике травматического повреждения разработан алгоритм для определения локализации процесса:

- повреждения век, слезоотводящих путей, мягких тканей орбиты;
- повреждения костей орбиты;
- непроникающее ранение роговицы, конъюнктивы или склеры;
- проникающее ранение роговицы, конъюнктивы или склеры;
- наличие инородных тел внутриглазных или инородных тел орбиты;
- повреждение мышц;
- отрыв зрительного нерва;
- контузионная травма глазного яблока и/или без гифемы или гемофтальма;
- ожоги глазного яблока и его придатков;
- повреждения сетчатки.

На основании выявленных характера и степени тяжести повреждений органа зрения устанавливаются показания к ургентной госпитализации пациентов с травмами глаза в детском возрасте.

- Открытая рана глаза, проникающее ранение роговицы, склеры.

- Инородное тело роговицы, расположенное в глубоких слоях или с проникновением в переднюю камеру.
 - Травма глаза с внутриглазным инородным телом.
 - Травма глаза с наличием гифемы, гемофтальма, кровоизлияние на глазном дне.
 - Контузия глазного яблока с наличием гифемы, гемофтальма, подвыших хрусталика, отслойка сетчатки, контузия сетчатки.
 - Травматическийuveит.
 - Субатрофия глазного яблока, обработанное неадаптированное ранение глаза с явлениямиuveита для профилактики симпатической офтальмии.
 - Симпатическое воспаление.
 - Инородные тела орбиты.
 - Травма слезных органов.
 - Посттравматическая глаукома.
 - Посттравматическая отслойка сетчатки.
 - Ожоговая болезнь глаза.
 - Посттравматическая катаракта с явлениями факогенногоuveита.
 - Посттравматическое поражение роговицы: перфорации, язвы, глубокий инфильтрат.

-Посттравматические осложнения операций: перфорация склеры, подвыших или вывих ИОЛ, вторичная глаукома,uveит, расхождение или несостоительность швов, гифема, гемофтальм, отторжение пломб, имплантов.

Для выбора тактики лечения пострадавших детей с травмой органа зрения и его придатков нами разработаны алгоритмы тактики ведения больных в условиях отделения офтальмологии Национального центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики.

Алгоритмы тактики при травмах глазного яблока и его придатков:

1. При травме век, орбиты и слезоотводящих путей:

- ранение век (неквоздная рана) без дефекта тканей на ограниченном участке - консервативное лечение в виде инсталляций глазных капель и мазей;
- рана век (сквозная) без дефекта тканей и повреждения свободного края в сроки до 5 антибиотиков, репарантов;
- рана века дней-ПХО в условиях стационара с применением антисептиков, с дефектом тканей, отрывом свободного края, повреждением слезных путей - экстренная госпитализация, ПХО;
- инородное тело века - ПХО с удалением инородного тела в стационаре;
- рана конъюнктивы глаза и свода протяженностью более 10 мм - ПХО в сочетании с местной противовоспалительной и репаративной терапией в условиях стационара;
- инородное тело конъюнктивы или под ней - удаление инородного тела с противовоспалительной терапией;
- сочетанная травма с повреждением глазницы, зрительного нерва - экстренная госпитализация в стационар с последующим адекватным лечением.
- абсцесс века после травмы - вскрытие и дренирование полости с противовоспалительной терапией.

2. При непроникающем ранении, микротравме роговицы, склеры:

- скальпированное ранение роговицы, склеры до 5 мм, отсутствие перфорации - консервативная терапия с применением противовоспалительных, антисептических, репаративных средств;
- непроникающая рана склеры - ревизия раны склеры с наложением швов на конъюнктиву в стационаре с противовоспалительной терапией;
- инородное тело роговицы - удаление инородного тела с последующей терапией; при наличии глубокой обширной эрозии, инфильтрата, язвы роговицы с угрозой

перфорации; при локализации инородного тела в глубоких стромальных слоях роговицы - госпитализация по экстренным показаниям;

- инородное тело склеры - удаление его, наложение швов на конъюнктиву с противовоспалительной терапией в стационаре.

3. При проникающем ранении глаза:

- при любой локализации раны – госпитализация и ПХО по экстренным показаниям.

4. При контузии глазного яблока:

- контузия легкой степени - оказание первичной помощи в условиях глазного травматологического пункта с последующим динамическим наблюдением;

- контузия средней и тяжелой степеней с наличием гифемы, гемофтальма, повреждением внутренних оболочек, фиброзной капсулы, гипотонии, гипертензии и др - экстренная госпитализация в отделение офтальмологии с адекватным лечением.

5. При ожоговом поражении глаза:

- свежий ожог любой степени тяжести - удаление реагента из глаза, кожи лица, обильное промывание физиологическим раствором, снятие болевого синдрома.

- ожог роговицы и конъюнктивы легкой степени - оказание первой помощи в глазном травматологическом пункте с применением медикаментозного лечения, последующее динамическое наблюдение.

- ожоги средней, тяжелой и особо тяжелой степеней - госпитализация по экстренным показаниям с оказанием полного объема квалифицированной офтальмологической помощи.

Список литературы:

1. Консервативная терапия в реабилитации больных с повреждениями органа зрения. Вестник офтальмологии. – 2002 [Текст] / [Е.Н. Вериго, И.А. Кузнецова, И.Ю. Романова и др.]. - № 2. - С.34-37.

2. Волков, В.В. Комбинированные поражения глаз. [Текст] / В.В. Волков - Л. - 1976.

3. Гафурова, Л.Г. Организация офтальмологической помощи при травме глаза при сочетанных травмах органа зрения в чрезвычайных ситуациях: дис....д-ра мед. наук. [Текст] / Л.Г. Гафурова - М. - 2000.

4. Гундюрова, Р.А. Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма [Текст] : Тезисы 7 съезда офтальмологов России /Р.А. Гундюрова, Л.К. Мошетова, И.Б. Максимов. -М. - 2000. - Ч. 2. – С. 13-14.

СОДЕРЖАНИЕ
ПЕДИАТРИЯ

стр.

Лечение жирового гепатоза при метаболическом синдроме у детей <i>Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Онгоева Б.А., Мангов Д.В.</i>	3
Влияние вида вскармливания на развитие артериальной гипертензии у детей <i>Ахмедова Ф.М., Худойбергенова Л.Б.</i>	7
Нарушения пищевого поведения в развитии детского ожирения <i>Гири Я.В., Юдицкая Т.А.</i>	10
Частота и структура тугоухости у детей в Кыргызской Республике <i>Кермалиева Б.Б.</i>	16
Современные представления о гемофилии у детей <i>Мотушева Р.К., Кудаяров Д.К., Черикчева А.Б.</i>	20
Особенности роста, развития и показателей качества жизни детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы <i>Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П.</i>	27
Оценка основных показателей здоровья детей, оставшихся без попечения родителей <i>Пачаева Р.П.</i>	32
Дневник питания при реабилитации хронической гастродуоденальной патологии у школьников <i>Турдыева Ш.Т.</i>	35
Характеристики системы гаптоглобина у больных ювенильным ревматоидным артритом <i>Файзиев А.Н., Шамансурова Э.А., Улугов А.И.</i>	39
Распространенность сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в условиях высокогорья <i>Фуртикова А.Б., Джунушалиева Н.К., Исакова Ф.Б., Шалабаева Б.С.</i>	41

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Факторы риска, влияющие на репродуктивное здоровье девочек пубертатного возраста <i>Мазинова Д.Э.</i>	45
--	----

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Послеоперационное наблюдение детей с тетрадой Фалло в Кыргызской Республике. Ретроспективный анализ <i>Аматов Д.А., Жумагулова Г.С., Ишанходжаева Д.Ш.</i>	48
---	----

Тактика ведения больных с коагулопатиями в стоматологической практике <i>Суеркулов Э.С., Раимжанов А.Р., Юлдашев И.М., Мотушева Р.К., Нарбеков Т.О., Джумаев А.Т., Абдышев Т.К.</i>	52
--	----

Особенности ургентной офтальмологической службы при травмах органа зрения у
детей в Кыргызстане
Узакбаев К.А., Сулайманова Г.М.

59

Здоровье матери и ребенка. 2016. Том 8. № 2.
Формат 64x90. Печать офсетная. Объем 8,1 п. л.
Тираж 250 экз.
Отпечатано в типографии ОсОО «Папирус Print»
ул. Киевская 137/а



МЕГАСЕФ®

ЦЕФУРОКСИМ

NOBEL

- ▶ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ
- ▶ ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ
- ▶ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ
- ▶ ОСТРЫЙ/ХРОНИЧЕСКИЙ СИНУСИТ
- ▶ СРЕДНИЙ ОТИТ
- ▶ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ
- ▶ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ
- ▶ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА
- ▶ ИНФЕКЦИИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Инъекции в/в, в/м

Возраст	Дозировка	Кратность применения	Курс
Новорожденные	30-100мг/кг/сут	2 - 3 р/д	5 - 10 дней
Дети весом меньше 40 кг	30-100мг/кг/сут (оптимальная 60мг/кг/сут)	3 - 4 р/д	
Взрослые и дети весом более 40 кг	По 750мг – 1,5г (Тяжелая инфекция)	3 р/д	

Таблетки

Взрослые и дети старше 12 лет	Дозировка	Кратность	Курс
Тяжелые инфекции	500мг – 2р/д	2р/д	5 -10 дней
Инфекции МВП	250мг (1-2 р/д)	1-2 р/д	
Инфекции МВП у детей	125мг – 2 р/д	2 р/д	

НАЧНИ ЛЕЧЕНИЕ,
ОСТАНОВИ ИНФЕКЦИЮ



МИКРАЗИМ®

10 000 ЕД №20

25 000 ЕД №20

Микрогранулированный
панкреатин в капсулах



- Воспроизводит физиологичный процесс пищеварения
- Можно применять пациентам любого возраста
- Производится из немецкой субстанции

Состав:

Активного вещества:	10 000 ЕД	25 000 ЕД
Панкреатина	168 мг	420 мг
Активность:		
протазы не менее	520 ЕД	1 300 ЕД
амилазы не менее	7 500 ЕД	19 000 ЕД
липазы	10 000 ЕД	25 000 ЕД

Фармакотерапевтическая группа:

Пищеварительное ферментное средство.

Код АТХ: A09AA02.

Показания к применению:

Для заместительной терапии при ферментной недостаточности поджелудочной железы

- хронический панкреатит в стадии ремиссии
- состояния после оперативных вмешательств на поджелудочной железе, после резекции желудка, желчного пузыря, части кишечника
- погрешности в диете (употребление жирной и грубой пищи, переедания, нерегулярное питание)
- нарушения жевательной функции, малоподвижный образ жизни, длительная иммобилизация
- подготовка к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости
- муковисцидоз (фиброз поджелудочной железы)

Способ применения и дозы:

Применение: Капсулы принимают внутрь, во время еды, запивая нейтральной жидкостью (вода, соки).

Для приема препарата взрослым с затрудненным пищанием и детям капсулу следует раскрыть и

добавить микрогранулы к пище, которая не требует разжевывания. Приготовленную смесь следует принять сразу.

Внимание! Размельчение или разжевывание пеллет, а также добавление их к пище с pH выше 5,5 приводит к разрушению их оболочки, защищающей от действия желудочного сока.

Продолжительность приема препарата – от нескольких дней (нарушения пищеварения) до нескольких месяцев или лет (длительная заместительная терапия).

Дозировки:

Заместительная терапия при различных видах недостаточности поджелудочной железы

Доза подбирается индивидуально и зависит от степени выраженности внешнесекреторной недостаточности, возраста и индивидуальных пищевых привычек пациента.

Допустимые дозы для детей:

- младше 1,5 лет – 50 000 ЕД/сут;
- старше 1,5 лет – не более 100 000 ЕД/сут.

Стаеторея:

- с поносом, снижением массы тела и отсутствием эффекта от диетотерапии – 25 000 ЕД на прием;
- без поноса и снижения массы тела – 10 000 – 25 000 ЕД на прием.

Муковисцидоз:

- дети младше 4-х лет – 1000 ЕД липазы/кг массы тела во время каждого кормления;
- дети старше 4-х лет – 500 ЕД/кг/на каждый прием пищи.

Поддерживающая доза – не более 10 000 ЕД/кг/ сутки.

Побочные действия:

Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. При использовании больших доз редко наблюдаются: диарея, тошнота, запоры, дискомфорт в эпигастральной области. При длительном применении в высоких дозах возможны развитие гиперурикозурии, гиперурикемии.

Противопоказания:

Индивидуальная непереносимость панкреатина или отдельных компонентов препарата; хронический панкреатит в стадии обострения; острый панкреатит.

Особые указания:

Дети могут принимать препарат только в виде содержимого вскрытых капсул. Заместительная терапия экзокринной функции поджелудочной железы не должна заменять или откладывать лечение первичной причины заболевания. Дети и взрослые, получающие длительное лечение препаратом МИКРАЗИМ® высокими дозами должны регулярно наблюдать у специалиста.

Беременность и период лактации

Данные о потенциальных рисках использования панкреатина у беременных и в период лактации отсутствуют, поэтому препарат следует назначать беременным и кормящим матерям только в случае, если полезный эффект превосходит возможные риски.

Условия отпуска из аптек. Без рецепта

Перед назначением и применением внимательно прочтите инструкцию по медицинскому применению!



ТОО «AVVA Kazakhstan» фармацевтическая компания

Завод-производитель АО «AVVA RUS» Россия, г.Киров, ул.Луганская, д.53а

Дистрибутор на территории КР. ОсОО «Неман-Фарм» 720021, Кыргызстан, г.Бишкек, ул.Киевская, 38

avva.com.ru