



2018
Том 10
№ 1-2

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

**периодический научно практический
медицинский журнал**

ПЕДИАТРИЯ

*Комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ВПР
и последствий перинатального периода в Кыргызской Республике.
Структура, клинические проявления, прогнозирование исходов и программы
лечение перинатальной энцефалопатии у детей.
Предикторы риска развития неонатальных желтух
Отчёт о проделанной работе центра мониторинга и оценки при НЦОМиД за 2016 год
Медико-социальные аспекты снижения инвалидности при различной патологии
у детей в Кыргызской Республике.
Анализ потенциала раннего вмешательства для детей с
ограниченными возможностями здоровья в условиях Кыргызстана
Результаты внедрения «Бобоат-терапии» в комплексную реабилитацию детей
раннего возраста на базе отделения патологии перинатального периода НЦОМиД*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

*Влияние хронического гнойного среднего отита на
развитие нейросерной тугоухости
Анализ удаления постоянных первых моляров
в возрасте от 7-16 лет, профилактика и
лечение*



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2018. Том 10. № 1-2.

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 49-10-33.
+996 772 99-95-28;
+996 777 36-85-73
aidai.bazarbaeva@gmail.com
<http://jurnal.ncomid.kg>

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

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

Редакционная коллегия

Абдувалиева С.Т. - к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан) Алымбаев
Э.Ш. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан) Ашералиев М.Е. –
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 Алмаз - д.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)
Мусуралиев М.С. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Набиев З.Н. – д.м.н., профессор (Душанбе, Таджикистан)
Нукушева С.Г. – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)
Омурбеков Т.О. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Рыскельдиева В.Т. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)
Саатова Г.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Самигуллина А.Э. - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)
Юлдашев И.М. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Фуртикова А.Б. – к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)
Эшалиева А.С. – к.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Ответственный секретарь

Базарбаева А.Р. – к.м.н. (Бишкек, Кыргызстан)

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СОЛУГУ

мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

2018. Том 10. № 1-2.

Журнал
2009-жылы негизделген

Түзүүчү – Кыргыз
Республикасынын
Саламаттык сактоо
министрлигине караштуу
Эне жана баланы коргоо
улуттук борбору

Журнал Кыргыз
Республикасынын Юстиция
министрлигинде катталган.
Каттоо номери 1519

Журнал Кыргыз
Республикасынын ЖАК
диссертациялык
изилдөөлөрдүн
натыйжаларын басып
чыгаруу үчүн сунуштаган
басылмалардын тизмесине
кирет

Редакциянын дареги:
720038,
Кыргыз Республикасы,
Бишкек ш.,
Ахунбаев көчөсү, 190.

+996 312 49-10-33.

+996 772 99-95-28;

+996 777 36-85-73

aidai.bazarbaeva@gmail.com

jurnal.ncomid.kg

Башкы редактор

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

Башкы редактордун орун басары

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

Редакциялык жамаат

С.Т. Абдувалиева - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Э.Ш. Алымбаев – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
М.Е. Ашералиев – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
С.Ж. Бөкөнбаева – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Н.Д. Н.Д.Гулиев – м.и.д., профессор (Баку, Азербайжан)
Р.М. Кадырова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.А. А.А.Кангельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Л.С. Каюпова - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Д.К.
Л.С.Кочкунов - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Д.К. Кудаяров – м.и.д., профессор, КР УИА академиги
(Бишкек, Кыргызстан)
А.А. Кучербасев - м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Макенжан Алмаз - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
М.С. Мусуралиев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
З.Н. З.Н. Набиев – м.и.д., профессор (Душанбе, Тажикстан)
С.Г. Нукушева – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Т.О.
Т.О.Омүрбеков – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
В.Т. В.Т.Рыскельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Г.М. Г.М.Саатова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.Э. А.Э.Самигуллина - м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
И.М. Юлдашев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.Б. А.Б.Фуртикова – м.и.к., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
А.С. Эшалиева – м.и.к., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

Жооптуу катчы

А.Р. Базарбаева – м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

УДК: 616-007-053.1-618.33

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Макенжан Алмаз

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены научное обоснование и разработка комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики врожденные пороки развития (ВПР) и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, включающего организационные, медицинские, санитарно-гигиенические и образовательные мероприятия.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, перинатальный период, мероприятия.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨНҮГҮҮНҮН ТУБАСА КЕМТИКТЕРИН АЛГАЧКЫ АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ПЕРИНАТАЛДЫК МЕЗГИЛДИН НАТЫЙЖАЛАРЫН МЫКТЫЛОО БОЮНЧА ИШ ЧАРАЛАРДЫН КОМПЛЕКСИ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Макенжан Алмаз

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада илимий негиздөөлөр жана өнүгүүнүн тубаса кемтиктерин, перинаталдык мезгилдеги натыйжалар козгогон ооруларды алдын алууну мыктылоо боюнча уюштуруучу, медициналык, санитардык-гигиеналык жана билим берүү иш чараларды камтыган, иш чаралардын комплексин иштеп чыгуу көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: өнүгүүнүн тубаса кемтиктери, перинаталдык мезгил, иш чаралар.

COMPLEX OF ACTIVITIES TO IMPROVE PRIMARY PROPHYLAXIS OF CONGENITAL DEVELOPMENT DISORDERS AND CONSEQUENCES OF PERINATAL PERIOD IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Uzakbaev K.A., Saatova G.M., Furticova A.B.

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

Summary: The article presents the scientific rationale and development of a set of measures to improve primary prevention of congenital malformations (CVD) and diseases caused by the consequences of the perinatal period, including organizational, medical, sanitary and educational measures.

Key words: congenital malformations, perinatal period, measures.

Введение. Проведенное социологическое исследование позволило выявить основные проблемные участки действующей в КР системы профилактики ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода. Полученные сведения были использованы нами для научного обоснования и разработки комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, включающего организационные, медицинские, санитарно-гигиенические и образовательные мероприятия. Структура комплекса представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Структура комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики врожденных пороков развития и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода в Кыргызской Республике

Первым условием, необходимым для осуществления комплекса мероприятий первичной профилактики, является создание рабочей группы на которую должны быть возложены функции по их разработке, проведению и контролю.

Исходя из существующей схемы функционирования республиканской системы здравоохранения, в состав данной рабочей группы целесообразно включить руководителей и специалистов отдела охраны семьи, материнства, отцовства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, центра планирования семьи и репродукции, медико-генетической консультации, центр медицинской профилактики, сотрудников профильных кафедр, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения КР по акушерству и гинекологии, медицинской генетике, педиатрии.

Среди задач, возлагаемых на рабочую группу, должны быть определены следующие: (рис.2).

Основным мероприятием комплекса по совершенствованию первичной профилактики врожденного порока развития и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода является проведение санитарно-просветительской работы среди девушек и женщин, начиная с 14-летнего возраста, направленной на сохранение репродуктивного здоровья, необходимости исключения или ограничения вредных факторов, а также на популяризацию методов первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

Блок мероприятий, посвященных повышению уровня знаний о возможностях и необходимости профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода среди медицинских специалистов, должен включать в себя проведение квалификационных циклов, семинаров, научно-практических конференций для медицинских работников, занятых профилактикой ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

1. Текущий мониторинг уровня, динамики и структуры заболеваемости ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, включая случаи, выявленные до наступления 22-й недели беременности, независимо от их исхода;
2. Изучение распространенности и динамики факторов риска ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода в муниципальных образованиях КР ;
3. Разработка новых методов профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, совершенствование и оптимизация использования существующих методов с учетом полученных результатов;
4. Организация проведения профилактических мероприятий в муниципальных образованиях КР;
5. Контроль проведения мероприятий первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода;
6. Оценка результатов проведения профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

Рисунок 2. Основные стратегические направления рабочей группы по совершенствованию Первичной профилактики врожденных пороков и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода развития в КР.

Среди мероприятий данного блока считаем необходимым предусмотреть следующие (рис.3):

1. Регулярное проведение лекций о необходимости ведения здорового образа жизни для сохранения репродуктивного здоровья. Контингент слушателей: девушки – учащиеся 9-11 классов общеобразовательных школ, учреждений среднего профессионального образования.
Ответственные за проведение: врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций.
2. Информирование о возможностях первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, а также проведение пропаганды здорового образа жизни и ответственного отношения к собственной беременности. Контингент слушателей: женщины в период подготовки к беременности и во время беременности.
3. Создание положительного отношения к здоровому образу жизни, планированию беременности и использованию основных методов профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода с помощью информационных плакатов и буклетов в медицинских организациях, выступлениях медицинских работников в средствах массовой информации, включая электронные ресурсы, публикаций для широкого круга читателей в газетах и журналах.
4. Распространение информационных буклетов, освещающих вопросы необходимости ведения здорового образа жизни и ответственного отношения к беременности, среди учащихся старших классов общеобразовательных школ и профессиональных училищ, студентов вузов, посетителей поликлиник и женских консультаций, а также лиц, обратившихся в органы ЗАГС с намерением вступить в брак.

Рисунок 3. Комплекс санитарно-просветительных мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального

Среди них целесообразно присутствие врачей-акушеров-гинекологов женских консультаций, учреждений родовспоможения и гинекологических отделений стационаров.

Учитывая необходимость максимального вовлечения в деятельность, направленную на профилактику ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики, подобные образовательные мероприятия должны проводиться и среди них.

Значительное внимание в программе первичной профилактики ВПР уделяется мероприятиям, направленным на повышение эффективности приема витаминов и микроэлементов с целью предотвращения возникновения ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

Следует еще раз остановиться на основных принципах витаминпрофилактики: (рис.4):

1. Обеспечение назначения препаратов, содержащих фолиевую кислоту, в 100% случаев обращений женщин по поводу подготовки к беременности и при постановке на учет в женской консультации в первом триместре беременности
2. Назначение приема препаратов витаминов и микроэлементов на этапе подготовки к беременности как женщине, так и ее партнеру
3. Соблюдение рекомендуемой дозировки препаратов витаминов и микроэлементов, обеспечивающей потребление не менее 400 мкг фолиевой кислоты в сутки
4. Максимально широкое информирование всех слоев населения о необходимости приема препаратов витаминов и микроэлементов при подготовке и во время беременности с целью профилактики врожденной патологии.

Рисунок 4. Принципы витаминпрофилактики с целью предотвращения ВПР плодов и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

В качестве мероприятий, проводимых с целью совершенствования ранней пренатальной диагностики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, а также внедрения новых методов прегравидарного скрининга, позволяющих оценить риск возможного формирования ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, нами рассмотрены следующие (рис 5).

1. Дальнейшее изучение диагностических возможностей микроядерного теста, как одного из способов оценки цитогенетической стабильности, для определения предрасположенности к формированию ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода на этапе планирования беременности;
2. Использование полученной в результате нашего исследования прогностической модели для оценки возможного риска возникновения ВПР у плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода в зависимости от наличия благоприятных и вредных факторов как на этапе подготовки к беременности, так и после ее наступления
3. Использование микроядерного теста для выявления имеющегося ВПР плода на ранних сроках беременности.

Рисунок 5. Мероприятия по совершенствованию пренатальной диагностики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода.

Наконец, заключительный раздел профилактической программы включает в себя мероприятия, направленные на оценку результатов ее проведения.

В их числе обеспечение сбора необходимой статистической отчетности, согласно приказу Министерства здравоохранения КР а также расчет основных индикативных показателей (рис.6).

Проведение системы мероприятий, направленных на профилактику ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, несомненно, позволит улучшить репродуктивное здоровье населения Кыргызской Республики, добиться снижения показателей младенческой смертности, и в первую очередь неонатальной смертности за счет уменьшения числа случаев возникновения ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, и, следовательно приведет к улучшению демографической ситуации.

Заболеваемость ВПРи последствия перинатального периода детей в возрасте до 1 года (на 1000 детей, достигших первого года жизни);

Частота случаев ВПРи заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, рассчитанная на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми;

Средний срок установления диагноза ВПР плода по данным пренатальной диагностики (гестационных недель);

Средний срок прерывания беременности по поводу выявленного пренатально ВПР плода (гестационных недель);

Частота назначений препаратов фолиевой кислоты среди женщин, взятых на учет в женской консультации по поводу беременности на сроке до 12 недель (в %);

Частота женщин, отмечающих наличие вредных привычек

Прием алкогольных напитков) во время беременности (в % к общему числу женщин, взятых на учет женской консультацией по поводу беременности).

Рисунок 6. Индикаторы оценки эффективности проведения первичной профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода в КР.

В настоящее время профилактика ВПР плода в КР осуществляется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, который включает в себя перечень мероприятий оказания медицинской помощи женщинам в период беременности. Однако прегравидарный период, в котором осуществляются мероприятия по планированию беременности, остается не охваченным, что, по нашему мнению, является достаточным основанием для рассмотрения предложений по внесению дополнений в действующий порядок.

Алгоритм оказания медицинской помощи женщинам в период подготовки к беременности.

1. Медицинская помощь женщинам в период подготовки к беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии.
2. Медицинская помощь женщинам в период подготовки к беременности осуществляется врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов.
3. Основной задачей медицинской помощи женщинам в период подготовки к беременности является предупреждение возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

4. При первичном обращении женщины в медицинскую организацию с целью подготовки к беременности проводится консультация с обязательным предоставлением информации о необходимости профилактики ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, о факторах риска формирования ВПР и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода, а также о рекомендуемых сроках приема препаратов витаминов и микроэлементов. После этого производится медицинский осмотр и сбор анамнестических данных для расчета индивидуального риска возникновения ВПР плода и заболеваний, вызванных последствиями перинатального периода по разработанной нами методике (прогностическая модель, использующая факторы, действие которых может быть установлено до беременности или в первой половине первого триместра).

5. При установлении у женщины высокого риска возникновения ВПР плода (индивидуальный риск 0,5 и выше), ей рекомендуется воздержаться от зачатия до того момента, когда воздействие выявленных вредных факторов будет уменьшено или исключено, а значение риска возникновения ВПР плода станет меньше 0,5.

6. Независимо от установленного риска возникновения ВПР плода женщине, а при наличии возможности также и ее партнеру, назначается прием препаратов витаминов и микроэлементов, содержащих фолиевую кислоту, в дозе не менее 400 мкг.

Алгоритм проведения первичной профилактики ВПР плода при планировании беременности и в раннем пренатальном периоде представлен в виде схемы (рис. 19). Его использование предполагает недопущение патологических зачатий путем коррекции образа жизни женщины и ее партнера, а также проведения адекватной витаминoproфилактики до нормализации показателей, характеризующих вероятность возникновения ВПР плода.

При снижении прогнозируемого риска врожденной патологии до приемлемых значений (менее 50%), женщине и ее партнеру рекомендуется зачатие. После наступления запланированной беременности контроль эффективности назначенных профилактических мероприятий осуществляется путем оценки состояния плода по данным УЗИ на сроке не позднее 20-й недели беременности.



Рисунок 7. Алгоритм проведения первичной профилактики ВПР плода среди женщин, планирующих беременность

Заключение

В целом оценивая этап реформирования системы здравоохранения, выделены ряд позитивных аспектов, проведенных в системе здравоохранения:

- прежде всего следует признать неизбежность глубоких перемен и организации системы здравоохранения, включая ее разделы по материнству и детству, что было обусловлено невозможностью существования прежней системы в условиях рыночной экономики;
- была сформирована и внедрена система организации мед.помощи населения основанная на семейной медицине;
- внедрена принципиально новая форма финансирования медицинских учреждений, в результате чего был сделан важный шаг к достижению справедливости в распределении ресурсов.

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

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

Общеизвестно, что основными индикаторами непосредственной деятельности органов здравоохранения в области материнства и детства являются показатели материнской и детской смертности. Реформы последних десяти лет, в частности, реализация программы «Манас таалими» (2006-2011), программы «Ден соолук» (2012-2016) позволили добиться улучшения показателей младенческой и детской смертности. За последние годы Кыргызстан добился улучшения показателей младенческой смертности и сохраняет тенденцию к дальнейшему ее снижению. Младенческая смертность сократилась с 22,8 в 2010 году до 20,2 случая на 1000 живорождений в 2014г.

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

Смертность от ТБ сократилась с 8,6 до 6,7 на 100 тыс. населения. Количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось с 554 в 2010г. до 612 в 2014г.

Анализ причин младенческой смертности показал, что большинство случаев смертности приходит в течение 24 часов после рождения, то есть когда ребенок находится под наблюдением медицинского работника. В структуре причин младенческой смертности в республике на первом месте были заболевания и состояния, возникшие в перинатальном периоде (67,2%), на втором болезни врожденные аномалии (14,8%), и на третьем – болезни органов дыхания (10,7).

В структуре преморбидного фона умерших детей на первом году жизни наметилась тенденция уменьшения частоты анемий и гипотрофии. Если попытаться выделить основные категории условий, способствующих формированию плодов-младенческих потерь в Кыргызстане согласно матрицы Babies, то можно отметить высокий уровень младенческих потерь в весовой категории до 1499 г – 24%. Для его снижения необходимы комплексные меры по повышению здоровья женщин репродуктивного возраста – до беременности.

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

Перед системой учреждений, представляющих услуга беременным женщинам, матерям и детям стоит сложная задача технического переоборудования родовспомогательных и детских учреждений различного уровня, восполнения квалифицированного кадрового потенциала, постоянного обучения семейных врачей, среднего мед персонала. Несомненно, важную роль в этом процессе, играет повышение осведомленности жителей сельской местности, общественности по вопросам планирования семьи, репродуктивного здоровья, здорового образа жизни.

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

Задачей перинатальной медицины являются:

- снижение материнской смертности;
- снижение младенческой смертности;
- снижение инвалидности путем воплощения принципа равного доступа к высококвалифицированной медицинской помощи с позиции максимальной оправданности и эффективности экономических вложений.

Ожидаемые результаты: снижение показателей

- неонатальной;
- младенческой;
- материнской смертности;
- снижение послеоперационной летальности новорожденных;
- Внедрение стратегии регионализации позволило снизить младенческую смертность в целом по Республике с 21,1 до 19,9.

Показатель перинатальной смертности с 24,4 до 23,5.

Наибольшим потенциалом снижения младенческой смертности является здоровье женщин и матерей, обслуживание беременных и рожениц, обслуживание новорожденных и младенцев.

Среди причин младенческой смертности в КР ВПС занимают ведущее место после перинатальных причин и болезней органов дыхания.

Самую сложную группу среди детей с ВПС составляют дети первого года жизни, так как при естественном течении пороков в 2009 году 58,8% детей умерли в период новорожденности, а к году жизни – 41,4%; в 2010 году умерло 48,1% новорожденных с ВПС и 22,2% детей до 1 года (РМИЦ МЗ КР).

Ежегодно увеличивается число впервые зарегистрированных случаев ВПС, в 2014 году их число составило 70 на 100 000 детского населения.

Смертность детей с ВПС в первый год жизни сохраняет тенденцию к росту.

Решение проблемы ВПС возможно на основе совершенствования системы кардиологической помощи, включая раннюю диагностику, создание и ведение территориальных регистров детей с ВПР и ВПС. Это позволит реально определить потребность в хирургической коррекции, обеспечить своевременное хирургическое лечение и последующую реабилитацию детей.

Проблема ВПС в КР требует осуществления комплекса превентивных мер по профилактике формирования врожденных пороков развития и рождения детей с тяжелыми формами врожденных пороков сердца (ВПС), совершенствованию специализированной помощи детям с ВПС. Достижения современной медицины таковы, что своевременное выявление, диагностика и оказание необходимой медицинской помощи, включая эндоваскулярную и хирургическую коррекцию, обеспечат полное выздоровление ребенка.

К большому сожалению, в настоящее время в КР проводимый объем операций обеспечивает лишь 5,0% общей потребности детского населения и в первую очередь новорожденных и детей раннего возраста. Не выдерживаются оптимальные сроки для хирургической коррекции порока сердца детям в раннем возрасте и в периоде новорожденности. В подавляющем большинстве случаев врожденный порок сердца требует хирургической коррекции и чаще всего - уже на первом году жизни.

Среди методов диагностики и лечения ВПС в раннем детском возрасте особое место должны занимать эндоваскулярные и рентгенхирургические методы вмешательств. Эти направления оказания медицинской помощи детям с момента рождения и в первые годы жизни должны занимать важное место в деятельности Национального центра охраны материнства и детства.

Национальный Центр охраны материнства и детства должен сегодня работать как специализированный центр оказания интервенционной медицинской помощи детям, в том числе с ВПС начиная с периода новорожденности. Для снижения младенческой смертности основное внимание должно уделяться улучшению качества медицинских услуг, оказываемых в организациях здравоохранения на всех уровнях оказания помощи. Детская смертность снизилась с 26,5 до 23,0 случая на 1000 живорождений. В структуре причин детской смертности также сохраняется доминирующая роль состояний, возникших в перинатальном периоде (54,8%), болезней органов дыхания (15,5%) и врожденных аномалий (14,6%).

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

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

В последние годы, к сожалению, в Республике не совсем успешной была практическая реализация ряда законов и программ, направленных на улучшение здоровья подрастающего поколения. В частности, не на должном уровне внедряются программы по улучшению питания, обеспечению женщин и детей различного возраста витаминными препаратами, нельзя признать до ступной медицинскую помощь всем категориям граждан, особенно это касается высокотехнологичных диагностических и терапевтических мероприятий. Одно из неперенных условий повышения здоровья и снижения смертности детского населения – это улучшение санитарно-эпидемического положения страны. В этом плане мы будем предпринимать усилия для выявления экологически неблагополучных зон проживания населения, изучать состояние здоровья, заболеваемость, смертность и другие индикаторы с последующей разработкой краткосрочных и долгосрочных программ по исправлению ситуации. Повсеместное внедрение элементов здорового образа жизни среди взрослого населения, детей, подростков.

УДК: 618.33-616-053.31

СТРУКТУРА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ И ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Турдалиев Н.М.

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

Резюме: в статье представлены роль показателей перинатального периода развития плода в прогнозе возникновения гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста.

Ключевые слова: перинатальный период, новорожденные и дети раннего возраста, гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы.

БАЛДАРДЫН ПЕРИНАТАЛДЫК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫН ТҮЗҮМҮ, КЛИНИКАЛЫК БИЛИНҮҮЛӨРҮ, ДАРЫЛООНУН ПРОГРАММАЛАРЫН ЖАНА НАТЫЙЖАЛАРЫН БОЛЖОО

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Турдалиев Н.М.

Эне жана баланы коргоо улутук борбору,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада ымыркайлар жана эрте жаштагы балдардын борбордук нерв тутумунун гипоксиялык-ишемиялык бузулууларынын пайда болуу болжосунда, күмөн өнүгүүсүнүн перинаталдык мезгилинин көрсөткүчтөрүнүн ролу сунушталды.

Негизги сөздөр: перинаталдык мезгил, ымыркайлар жана эрте жаштагы балдар, борбордук нерв тутумунун гипоксиялык-ишемиялык бузулуулары.

STRUCTURE, CLINICAL MANIFESTATIONS, FORECASTING OUTCOME AND PROGRAM OF TREATMENT OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY IN CHILDREN

Uzakbaev K.A., Saatova G.M., Furtikova A.B., Turdaliev N.M.

National Center for Maternity and Childhood Protection
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the role of indicators of the perinatal period of fetal development in the prognosis of hypoxic-ischemic lesions of the central nervous system in newborns and young children.

Key words: perinatal period, newborns and children of early age, hypoxic-ischemic lesions of the central nervous system.

Актуальность. Перинатальный период (с 22-ой недели внутриутробной жизни плода до 7 полных дней после рождения) является одним из важнейших этапов онтогенеза, во многом определяющим дальнейшее физическое, нервно-психическое и интеллектуальное развитие ребенка, соматическое и репродуктивное здоровье человека.

Под воздействием комплекса факторов: биологических (возраст и состояние здоровья родителей); социально-гигиенических и экономических (микро- и макроклимат семьи — внутрисемейные отношения, обеспеченность, условия проживания, профессиональные вредности и т.д.); медико-организационных (и, в первую очередь, качество медицинской помощи), происходит нарушения внутриутробного развития плода на уровне эмбрио- (до 75-го дня) или фетогенеза (с 76-го по 280-й день).

Две трети факторов оказывают свое действие в период беременности, родов и первого года жизни, приводя к возникновению перинатальной патологии, функциональных отклонений роста и развития ребенка и его заболеваемости. Стойкие нарушения различных жизненно важных функций детского организма (языковые и речевые; умственные и психологические; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические; двигательные; уродующие и другие нарушения) приводят в дальнейшем к инвалидности, препятствуя полноценному развитию ребенка и ограничивая возможность выполнять свойственные возрасту социальные функции (обслуживать себя, общаться, обучаться и т.д.).

Многочисленные научные исследования, в том числе и зарубежные, свидетельствуют о том, что некоторые показатели перинатальной патологии являются предиктором (от англ. predictor — предсказывать), т.е. прогностическим фактором развития инвалидизации детей. Острой проблемой XXI века является снижение уровня здоровья детей и ухудшение качества их жизни, что особо актуально для высокоразвитых стран [3,7]. В последние годы удельный вес практически здоровых детей в России уменьшился на 15%, а среди таких возрастных групп, как новорожденные и подростки, этот показатель не превышает 10-15% [13]. Наблюдается интенсивное увеличение численности детей с субклиническими формами отдаленных последствий перинатальной патологии ЦНС. Наряду с этим у детей формируются полисистемные нарушения адаптации. Так, в возрасте от 6 до 15 лет отмечено нарастание количества случаев нейросоматических расстройств (вегетососудистая дистония, дискинезия желчевыводящих путей, нейроэндокринные расстройства и др.); а уже в школьном возрасте на одного ребенка в среднем приходится от 2 до 4 различных неврологических патологий (энурез, тики, синдром нарушения внимания с гиперактивностью и т.д.) [2, 4, 3, 8]. В анамнезе жизни у 87% этих детей отмечалась перинатальная энцефалопатия, в дошкольном возрасте 30-35% детей имели различные нарушения речи, а треть из них одновременно наблюдались в связи с темповой задержкой психического развития; у 20-30% детей отмечено нарушение зрительного восприятия, а у 6-7% детей — нарушение слуха [9,4].

По данным УЗДГ сосудов головного мозга, у детей, перенесших перинатальную травму шейного отдела позвоночника, к пубертатному периоду в 93% случаев выявляется вертебрально-базилярная недостаточность, из них от 5 до 15% страдают синкопальными состояниями [8,2].

По различным данным, дети с последствиями пренатальных и перинатальных поражений нервной системы составляют от 20 до 25% детской популяции, на их долю приходится 60% всех случаев детской неврологической патологии, а примерно половина неуспевающих школьников наблюдаются в связи с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) [8, 6]. Признаки незрелости ЦНС при ММД сочетаются с отчетливым повреждением нервной системы (наличием очаговости, пирамидной, экстрапирамидной или стволовой недостаточности), при этом большое внимание уделяется церебральной астенизации, с которой связывают рассеянность ребенка, снижение внимания, психомоторную вялость или возбудимость [1, 6, 10, 11]. В этом случае частота церебрастенических расстройств составляет, по данным разных авторов, от 36-42 до 55—70% [7].

В предыдущие десятилетия большинство исследований состояния здоровья детей с перинатальным поражением нервной системы гипоксически-ишемического генеза проводилось, как правило, на ранних стадиях онтогенеза [12]. Но в последние годы существенно увеличилось число работ, посвященных особенностям формирования психофизиологических функций у детей с отдаленными последствиями перинатальной патологии ЦНС [4, 13]. Это обусловлено тем, что даже при минимальных пренатально обусловленных проявлениях церебральной дисфункции у новорожденных в последующие возрастные периоды развития (особенно критические) отмечается раннее формирование разнообразных вегето-неврологических и психосоматических синдромов, чаще легкой степени тяжести, но длительного, хронического течения, связанных с выявлением легкой, диффузной неврологической симптоматики, умеренно выраженных сенсомоторных и речевых нарушений, расстройств восприятия, повышенной отвлекаемости, неадекватности поведения, недостаточной сформированности навыков интеллектуальной деятельности, трудностях

обучения [9, 8, 12]. В критические периоды развития ребенка подобная неврологическая симптоматика манифестирует различными индивидуально определенными нозологическими формами. Именно неоднократный и однотипно проявляющийся срыв компенсаторных возможностей организма в виде конкретного заболевания и определяет в дальнейшем формирование ведущей патологии у ребенка, в основном характеризующее состояние его здоровья. Увеличение численности детей с подобными «функциональными» неврологическими расстройствами, особенно при переходе от дошкольного к школьному периоду, вследствие не совершенства адаптационно-приспособительных и функциональных возможностей ЦНС реагировать на различные стрессорные факторы, создает угрозу дезадаптации на ранних этапах социализации ребенка. Формирование плохой переносимости психических и физических нагрузок в разные возрастные периоды развития связано с нарушениями механизмов регуляции кислородзависимых систем энергообеспечения, снижением стрессорной устойчивости организма и ограничениями компенсаторно-приспособительных возможностей ЦНС [1, 8, 10].

Многие исследователи связывают трудности обучения у детей именно с несформированностью высших психических функций вследствие функциональной незрелости коры больших полушарий, с остаточными резидуальными поражениями ЦНС и незрелостью регуляторных структур мозга [5,8]. Становление и реализация психофизиологических функций связана с процессами слухового и зрительного восприятия, являющимися ведущими для овладения основными школьными навыками [11, 12]. Сохраняется дефицит методов коррекции темповой задержки речевого и нервно-психического развития, нарушений приспособительного поведения ребенка, особенно на ранних стадиях, функциональной недостаточности зрительного и слухового восприятия [5, 12]. До настоящего времени отсутствуют комплексные исследования, направленные на изучение механизмов формирования, клинических проявлений, ранней диагностики, профилактики и своевременного лечения детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы.

Отсутствие четких и обоснованных клинико-нейрофизиологических и нейропсихологических критериев риска декомпенсации отдаленных последствий перинатального поражения нервной системы функционального характера позволяет многим педиатрам и неврологам относиться к данной проблеме как к преходящей, не требующей особого внимания. В связи с этим возникает необходимость объединить опыт работы врачей различных специальностей: педиатров, неврологов, физиотерапевтов, нейрофизиологов, психологов, логопедов и др., направленный на решение вопросов ранней диагностики, лечения и профилактики последствий перинатальной патологии нервной системы.

Объем и методы исследования.

Проспективно обследованы новорожденные и недоношенные дети, находящиеся в НЦОМид. Обследованы 144 ребенка с диагнозом «Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС», и 70 новорожденных детей без признаков поражения ЦНС.

Ретроспективный анализ 504 историй болезней показал, что среди всех пациентов, находящихся на лечении с перинатальным поражением ЦНС, детей в возрасте от 7 дней до 1 года было 421 (83,5%), от 1 года до трех лет — 83 (16,5%). Диагноз сочетанного ишемического и геморрагического поражения ЦНС (нетравматического) (согласно «Классификации перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни», МКБ-Х) был у 483 (95,8%) детей, гипоксический характер поражения — у 14 (2,7%), травматические повреждения нервной системы — у 7 (1,4%). Средняя длительность пребывания детей на стационарном лечении составила $15 \pm 2,35$ койко-дней.

Методы исследования включали помимо общеклинического исследования, инструментальные методы (нейро сонография, ЭЭГ, МРТ (по показаниям), электромиографическое и нейроофтальмологическое исследования. Проведено наблюдение за физическим, психоэмоциональным развитием детей, неврологическим статусом.

Диагноз гипоксически-ишемического поражения ЦНС устанавливался при наличии следующих факторов: отягощенный антенатальный и интранатальный период; наличие неврологического статуса; данные клинического и инструментального обследования головного мозга.

Использование программы раннего вмешательства в медицинской реабилитации детей с перинатальной энцефалопатией.

I группа включала 51 ребенка, в анамнезе которых в родильном доме был выставлен диагноз перинатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии (церебральной ишемии 2-3 степени). При осмотре у этих детей отмечалась неврологическая симптоматика, диагностированы различные варианты синдромов перинатальной энцефалопатии (гипертензионный, гидроцефальный, двигательных нарушений, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, задержки моторного, психического и психомоторного развития). Дети получали «традиционную» медицинскую реабилитацию по схеме массаж общий (сегментарный, рефлекторный, по Монакову, точечный, 12 процедур), электрофорез лекарственных веществ (по-кур, новокаин, дибалол) (7 процедур), стимуляция слабых мышц синусоидальными модулированными токами (10 процедур), ультравысокочастотная индуктотермия (5 процедур), иглорефлексотерапия (10 процедур), лечебное плавание (12 процедур), занятия с логопедом (15 занятий) В среднем полный курс восстановительного лечения составил 6 недель.

II группу исследования составили 35 детей, аналогичного возраста и соотношения по половому признаку, прошедшие комплексную, поэтапную, мультидисциплинарную восстановительную терапию с использованием реабилитационной методики *по программе раннего вмешательства*, включавшую дополнительно к традиционным восстановительным мероприятиям реабилитационную программу на первичном приеме, осуществляемом совместно медицинским и немедицинским специалистом (психологом и неврологом) или специальным педагогом (специалистом по ранней коммуникации и неврологом) проводилась оценка основных умений ребенка, сравнивались результаты анкетирования по шкалам развития и визуального осмотра. Дети получали индивидуальные коррекционные занятия с психологом (10 занятий), со специалистом по ранней коммуникации (10 занятий), занятия в группах «социализации», проводимые совместно медицинским специалистом и немедицинским - психологом или специальным педагогом (в среднем 6 занятий). Дети II группы были обеспечены комплексным лечебным воздействием на все группы анализаторов (зрительный, сенсорный, моторный, слуховой, вестибулярный и др) и систем организма ребенка.

Результаты исследования

В структуре болезней новорожденных и детей раннего возраста, пролеченных по обращаемости в НЦОМид доминировали неонатальная желтуха, специфические инфекции неонатального периода, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, недоношенность, анемии новорожденных, острые воспалительные заболевания бронхолегочной системы, врожденные пороки развития, включая врожденные пороки сердца и болезнь Дауна (табл.1).

Таблица 1. - Структура заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста

1	Специфическая инфекция перинатального периода	45,2
2	Неонатальная желтуха	57,9
3	Нарушения церебрального статуса (гипоксически-ишемическая энцефалопатия)	27,09
4	Недоношенность	19,32
5	Анемия новорожденного	17,5
6	Ранний неонатальный сепсис	1,4
7	Поздний неонатальный сепсис	6,17
8	ВПР	2,2
9	Болезнь Дауна	0,5
10	ВПС	1,5
11	Пневмония	7,14
12	Врожденная пневмония	3,4
13	Острый бронхит	9,43
14	Острый фарингит	5,0
15	Гемолитическая болезнь новорожденного	1,1
16	РДСН	5,2
17	ВУЗР	5,17
18	Последствия родовой травмы (перелом ключицы, кефалогематома, парез лицевого нерва, другие)	4,6

Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС выявлено у 27,09% новорожденных. Доминировала легкая и тяжелая формы заболевания (табл.2).

Таблица2. - Структура степени тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста

ГИЭ	Всего (абс)	%
	244	100,0
Легкая форма	144	59,01
Среднетяжелая форма	37	15,1
Тяжелая форма	63	25,8

Статистический анализ позволил определить перечень параметров достоверно влияющих на риск развития гипоксически-ишемической энцефалопатии и вычислить их весовые прогностические коэффициенты (ПК) (табл.3).

Таблица 3. - Прогностическая значимость факторов, обеспечивающих высокий риск формирования гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных

№	Факторы	Se	Sp	ПК=100log x Se1/Se2
1	Токсикоз беременности	72,1 *	58,6	24,09
2	Анемия	78,2*	46,9	16,81
3	Угроза прерывания беременности	35,2**	90,2	55,53
4	Обострение хронических заболеваний	23,0*	83,8	15,22
5	Урогенитальные инфекции	6,8*	95,9	21,97
6	Вирусные инфекции	32,1**	87,8	42,01
7	Кесарево сечение	27,4**	85,6	27,93
8	Стимуляция родов	31,8*	80,2	20,57
9	Стремительные роды	22,5	83,9	14,53
10	Беременность и роды без осложнений	19,6**	52,4	-70,44

Примечание: - P <0,05**; - P <0,001; Se –чувствительность признака
Sp- специфичность признака; ПК- прогностический коэффициент

Составлен алгоритм для прогнозирования риска формирования ГИЭ у новорожденного (табл.4).

ПК	Высокая вероятность развития ГИЭ (> 95%)	Умеренная вероятность ГИЭ (55-94%)	Низкая вероятность ГИЭ (54% и ниже)
Σ	Более 160	159-106	Ниже 105

Для прогнозирования высокой вероятности ГИЭ у новорожденного разработан «Тест прогнозирования риска ГИЭ», согласно которому наличие факторов риска (ΣПК более 160) свидетельствует о высокой вероятности, ΣПК159-106) - умеренной вероятности, ΣПК= ниже 105 - низкой вероятности (табл.33).

Таким образом, в основе острой гипоксии плода и как следствие ГИЭ лежит антенатальное и интранатальное поражение плода: хроническая фетоплацентарная недостаточность, вирусная инфекция беременной, урогенитальные инфекции, угроза прерывания беременности, слабость родовой деятельности.

В результате проведенного обследования выявлено, что матери детей, перенесших церебральную ишемию, имели в анамнезе следующие предрасполагающие факторы к развитию заболевания самопроизвольные выкидыши, замершие беременности, антенатальную гибель плода. Полученные данные были сопоставимы в обеих группах. Наибольшее процентное соотношение среди факторов риска занимали медицинские аборт. Частота медицинских абортов в группе I оказалась несколько выше, чем в группе II (39,2% в группе I и 42,9% в группе II).

При сборе анамнеза настоящей беременности было установлено, что у всех матерей наблюдаемых групп были обнаружены те или иные угрожающие факторы и их сочетание (более двух). Наибольшее количество матерей находились во время беременности на сохранении в связи с угрозой прерывания беременности. Данные были сопоставимы в обеих группах, однако численность матерей с угрозой прерывания в группе I была незначительно выше (84,3% в группе I и 77,1% в группе II). Всем обследуемым детям в первые сутки жизни был выставлен диагноз церебральной ишемии. Церебральная ишемия легкой (I-II) степени была диагностирована у 70,6% среди детей в I группе и у 74,3% в группе II. Процентное соотношение детей с церебральной ишемией средней и тяжелой степени (II-III) в группе I и группе II было также сопоставимо (29,4% в группе I и 25,7% в группе II). Синдром двигательных нарушений как проявление церебральной ишемии в первые сутки жизни после рождения был диагностирован у всех детей, находящихся под наблюдением. Наибольшее количество детей с нарушениями движения составили дети с повышением мышечного тонуса, несколько большее количество детей с повышенным тонусом в мышцах наблюдалось в группе II (группа I - 68,6%, группа II - 80,0%). Дети со сниженным или асимметричным тонусом в мышцах составили 31,4% в группе I и 20,0% в группе II. Те или иные основные нейросонографические маркеры церебральной ишемии, а именно- дилатация рогов боковых желудочков, ишемия базальных ганглиев, перивентрикулярный отек, кровоизлияния в вещество и желудочки мозга были зарегистрированы у 90,2% новорожденных детей группы I и у 94,3% в группе II. В 9,8% детей в I группе и в 5,7% во II группе значимых изменений со стороны структур головного мозга по данным нейросонографии зафиксировано не было. Повышение мышечного тонуса в восстановительном периоде заболевания было ведущим проявлением синдрома двигательных нарушений. Для точной оценки степени спастичности в восстановительном периоде заболевания и повышения мышечного тонуса применяется единая шкала спастичности Ashworth.

При оценке спастичности по этой шкале мы получили данные, что дети в исследованных группах имели приблизительно в равных процентных соотношениях легкую и среднюю степень спастичности (21,6% и 29,4% в группе I, 25,7% и 31,4% в группе II). Остальные дети имели выраженную и тяжелую степень спастичности. Снижение двигательной активности, ассоциированное с пониженным тонусом, по нашему наблюдению было в 31,4% случаев в группе I и в 20,0% случаев в группе II.

Задержка темпов формирования психоречевого и моторного развития была значительно выше в группе II и составила 22,9% (в группе I - 11,8%) (табл 5).

Таблица 5. - Частота неврологических синдромов у наблюдаемых детей

Неврологические синдромы	I группа n=51	II группа n=35
Синдром двигательных нарушений	100,0	100,0
Повышение мышечного тонуса	68,6	80,0
Снижение мышечного тонуса	31,4	20,0
Задержка моторного развития	7,8	17,1
Задержка психического развития	7,8	11,4
Задержка психомоторного развития	11,8	22,9

Результаты проведенного анкетирования по шкалам развития показали, что задержка развития была выше в группе II (27,5% в группе I и 51,4% в группе II). Наибольшее количество детей составили дети с задержкой развития, связанной с нарушением социализации и самообслуживания. Количество детей с задержкой развития движения было достоверно выше в группе II (29,4% в группе I и 57,1% в группе II, $p < 0,05$).

По результатам проведенного нами нейросонографического исследования расширение ликворопроводящих пространств с увеличением индекса Эванса до $0,3128 \pm 0,0002$ в обеих группах были сопоставимы и составили наибольшее число среди нейросонографических находок (группа I - 39,2%, группа II - 37,1%). Помимо этого, у детей, перенесших церебральную ишемию в восстановительном периоде, также имели место перивентрикулярный отек, псевдокисты сосудистых сплетений, кровоизлияния (внутрижелудочковые, пери- и интравентрикулярные), ишемия подкорковых ганглиев («мраморный статус»), что также является одним из маркеров гипоксии/ишемии.

При анализе полученных результатов кранио- и спондилографии мы установили, что наибольшее количество составили дети с рентгенологическими признаками нестабильности позвоночных двигательных сегментов (31,0% группы I и 33,3% группы II) и косвенными признаками повышения внутричерепного давления (37,9% группы I и 42,9% группы II).

Результатом проведенного исследования детей, поступивших в отделение, явились верификация диагноза перинатальная энцефалопатия и разработка индивидуального плана восстановительной коррекции. Затем всем детям был осуществлен комплекс реабилитационных мероприятий В группе II он сочетался с проведением программы «раннего вмешательства».

Изменения, отмеченные родителями детей, вошедших в исследование, были отмечены в группе II. Эти изменения заключались в нарастании степени двигательной активности (нарастание активности в 7,8% детей группы I и в 42,9% в группе II, $p1-N<0,001$), изменении объема движений (увеличение в группе I в 41,2% случаев и в группе II - в 51,4%). Аналогичные результаты коррекции получены по динамике жалоб на нарушение сна, гипервозбудимости, тремора конечностей и подбородка.

При анализе клинических проявлений синдромов перинатальной энцефалопатии у наблюдаемых детей в группе II также отмечены положительные результаты проведенной коррекции. Положительные изменения были зарегистрированы нами у детей с задержкой моторного (улучшение в группе I в 25%, в группе II - в 66,7%), психического (улучшение в группе I в 25%, в группе II - в 50,0%) и психомоторного развития (улучшение в группе I в 33,3%, в группе II - в 62,5%), однако данные оказались статистически недостоверными.

Достоверные положительные результаты получены по восстановлению движений (улучшение в группе I в 27,5%, в группе II - в 54,3%, $p<0,02$) и восстановлению повышенного мышечного тонуса (улучшение в группе I в 22,9%, в группе II - в 60,7%, $p<0,05$). Кроме этого, анализ спастичности по шкале позволил установить, что в группе II средний балл спастичности после проведенной коррекции также оказался ниже (группа I - 1,6, группа II - 1,536, $p<0,001$).

Результаты дополнительных методов исследования показали также более значимые положительные результаты в группе II. Наибольшее число детей с патологическими изменениями по результатам проведенной нсиросонографии на начало лечения составляли дети с расширением ликворопроводящих пространств и увеличением индекса Эванса более 0,3 (группа I - 39,2%, группа II - 37,1%).

В группе II число этих детей сократилось по данным катамнеза на 20,0% и составило 14,1%, в то время как в группе I - на 13,7% и составило 25,5%. Средние показатели индекса Эванса в группе I и II значимо не отличались. Оценку динамики наблюдения в катамнезе за детьми групп I и II в комплексе обследований мы проводили также по шкалам развития, что позволило оценить более объективно произошедшие изменения. При этом более значимые результаты проведенной коррекции были в группе II.

Количество детей, соответствующих среднеквадратичным нормам развития, в группе II выросло на 42,8% в сравнении с результатами на начало лечения, в то время как в группе I - на 11,8% на начало курса. По результатам развития отдельных сфер жизнедеятельности достоверные результаты получены в группе I и II по параметрам «навыки самообслуживания» и «социализация». Улучшение в самообслуживании в группе I составило 25,5% ($p<0,01$) в сравнении с результатами тестирования на начало терапии (в группе II - 40,0% ($p<0,0005$)), в социализации - 23,5% ($p<0,05$) (в группе II - 40,0% ($p<0,0005$)). Кроме этого, достоверные различия в динамике развития движений, когнитивной сферы и речи отмечены в группе II.

Из представленных выше данных следует, что дети в группе II имели более благоприятные исходы перинатальной гипоксической энцефалопатии по всем параметрам развития. Данные изменения обусловлены комплексным лечебным воздействием на все группы анализаторов (зрительный, сенсорный, моторный, слуховой, вестибулярный и др.) и систем организма ребенка.

**Таблица 6. - Исходы перинатальной энцефалопатии
у наблюдаемых детей по достижению 1 года**

Наименование	I группа n=51	II группа n=35	всего
Полное выздоровление	4	75,0	79
Задержка психомоторного развития	1,9	1,0	2,9
Эпилепсия	5	2	7
Гидроцефалия	19,8	9,8	29,6
ДЦП	11,5	6,1	17,6

К наиболее частым и ранним проявлениям церебральной ишемии I степени относятся синдром церебральной возбудимости (18%), мышечный гипертонус (18%), гиперрефлексия (21%) и высокая угроза задержки нервно-психического развития (30,3%); во втором полугодии жизни ведущим клиническим синдромом восстановительного периода гипоксического поражения ЦНС является симптоматическая гидроцефалия (9%) пациентов); по достижению 1 года 79% детей не имеют отклонений от неврологической нормы.

У детей, перенесших церебральную ишемию II степени, клиническими проявлениями поражения мозга являются: в возрасте 1 месяц синдром церебральной возбудимости (35,3%), мышечный гипертонус (35,3%), вегето-висцеральные нарушения (20,6%), синдром ликворо-сосудистой дистензии (17,6%) при значительной доле детей из группы риска по задержке психомоторного развития (61,8%); во втором полугодии жизни на фоне общей положительной динамики и обратного развития указанных проявлений отмечается рост частоты гидроцефалии (20,6%); к окончанию периода наблюдения (возраст 1 год) сохраняются остаточные проявления перенесенной церебральной ишемии в виде симптоматической гидроцефалии и стойкой задержки психомоторного развития (2,9%).

Таким образом, последствия церебральной ишемии/гипоксии у детей раннего возраста ведут за собой серьезные проблемы развития, связанные с движением, психикой и органическими изменениями в мозге. Нарушения движений, ассоциированные с повышением мышечного тонуса, являются преобладающими у детей с перинатальной энцефалопатией. При недостаточном реабилитационном потенциале и возможности восстановительной коррекции они могут приводить к стойким ограничениям жизнедеятельности.

Разработка новых методов решения этой проблемы является перспективным направлением перинатальной и педиатрической медицины в целом. Программа раннего вмешательства является альтернативой традиционной «медицинской» реабилитации. Результаты коррекции утраченных функций были более значимы в группе детей, получавших комплекс восстановительной коррекции с применением программы раннего вмешательства. Устойчивость динамики была подтверждена в катамнестическом наблюдении. Применение модифицированной программы раннего вмешательства позволило улучшить развитие детей, перенесших перинатальную гипоксию по всем категориям развития.

Аналогичная ситуация прослеживается и с формированием инвалидности у детей: неврологические нарушения у новорожденного являются предикторами развития психических расстройств, заболеваний нервной системы, болезней системы кровообращения и отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде и значимо влияют на предотвратимость инвалидности. Расстройства дыхания в период новорожденности также оказывают влияние на развитие этих заболеваний, включая и болезни органов дыхания.

Учитывая высокую значимость перинатальной патологии в развитии заболеваемости и инвалидизации детей, необходимо проводить комплексную поэтапную профилактику.

1 этап — детская поликлиника: формирование здорового образа жизни и репродуктивного здоровья у подростков;

2 этап — Центры репродукции и семьи. Комплексное обследование супругов с обязательным медико-генетическим консультированием;

3 этап — женские консультации и родовспомогательные учреждения. Определение групп риска среди беременных женщин и своевременное их направление с первого на последующие этапы для получения наиболее адекватной помощи в процессе родов. Адекватное родоразрешение женщин с учетом антенатального состояния плода, позволяющее улучшить перинатальные исходы и добиться снижения доли детей, родившихся в тяжелой асфиксии;

4 этап — детские больницы, перинатальные центры. Необходима четкая взаимосвязь между акушерским и неонатологическим звеном, для осуществления оптимальной помощи детям, особенно находящимся в критическом состоянии;

5 этап — детские поликлиники. Динамическое диспансерное наблюдение за детьми, имеющими перинатальные нарушения. Формирование групп риска по развитию инвалидности у детей с целью проведения своевременных коррекционных мероприятий

Заключение

В формировании ГИЭ у новорожденных приоритетное значение имеет патология пре- и перинатального периода, которые приводят к нарушению фетоплацентарного кровообращения хронической внутриутробной гипоксии плода.

Алгоритм прогнозирования вероятности формирования гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных детей позволяет в зависимости от доли вероятности предопределить церебральное поражение у ребенка.

В перинатальном анамнезе у детей с перинатальной энцефалопатией наибольшее число угрожающих факторов составила угроза прерывания беременности у матерей (84,3% в группе I и 77,1% в группе II), медицинские аборт у матерей в анамнезе (39,2% в группе I и 42,9% в группе II) У детей, перенесших перинатальную энцефалопатию в перинатальном периоде, преобладающими являются двигательные нарушения в виде нарушения двигательной активности и повышении мышечного тонуса.

В восстановительном периоде перинатальной энцефалопатии синдром двигательных нарушений чаще ассоциируется с повышением мышечного тонуса (68,6% в группе I и 80,0% в группе II) легкой и средней степеней выраженности. К особенностям психического развития детей с перинатальной энцефалопатией относится нарушение социализации и самообслуживания. Выраженность неврологического дефицита не зависит от степени изменения ультразвукографических параметров головного мозга.

Комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя программу абилитации (индивидуальные коррегирующие занятия с психологом, со специалистом по ранней коммуникации, занятия в группах «социализации») и «традиционное» восстановительное лечение (массаж общий, форез лекарственных веществ, стимуляция слабых мышц синусоидальными модулированными токами, ультравысокочастотная индуктотермия, иглорефлексотерапия, лечебное плавание, занятия с логопедом) у детей с перинатальной энцефалопатией, имеющих проблемы с развитием, должен состоять из различных методик, учитывающих индивидуальные особенности организма. Для достижения оптимального эффекта обязательно сочетание реабилитационной технологии.

Своевременно начатые восстановительные мероприятия (массаж общий, форез лекарственных веществ, стимуляция слабых мышц синусоидальными модулированными токами, ультравысокочастотная индуктотермия, иглорефлексотерапия, лечебное плавание, занятия с логопедом) с использованием программы раннего вмешательства (индивидуальные коррегирующие занятия с психологом, со специалистом по ранней коммуникации, занятия в группах «социализации») у детей с перинатальной энцефалопатией позволяют снизить риск возникновения у них последствий заболевания, что подтверждается более выраженными и устойчивыми положительными изменениями в анамнезе по параметрам двигательного (улучшения в группе I на 56,9%, в группе II - на 74,3%), психического (улучшения в группе I на 3,9%, в группе II - на 8,5%) и психомоторного развития (улучшения в группе I на 5,9%, в группе II - на 20,0%), заключающимися в соответствии основных навыков должностному возрасту. У детей, перенесших перинатальную энцефалопатию целесообразно применять комплекс реабилитационных методик с участием мультидисциплинарной команды специалистов.

Комплекс восстановительного лечения детей, перенесших перинатальную энцефалопатию, должен включать в себя помимо реабилитационного мероприятия абилитационную программу с привлечением педиатра, невролога, двигательного терапевта, специалиста по ранней коммуникации, специального педагога, психолога.

Подбор комплекса восстановительного лечения и профилактики осложнения перинатальной энцефалопатии детей должен быть дифференцированным в зависимости от степени и выраженности ограничения жизнедеятельности организма,

Для снижения частоты случаев церебральной ишемии необходим комплекс мер по снижению гинекологической заболеваемости, проведение разъяснительной работы среди женщин по отказу от курения в период беременности, проведение профилактики поздних гестозов, хронической плацентарной недостаточности и инфекции мочеполовой системы.

При проведении пренатального ультразвукового скрининга следует обращать внимание на увеличенные значения и динамику окружности и лобно-затылочного размера головы плода, которые могут быть отягощать течение интранатального периода и влиять на развитие церебральной ишемии.

Наблюдение за детьми, перенесшими церебральную ишемию, должно осуществляться неврологом в регламентированные сроки (1, 3, 6, 9, 12 мес.) на основании комплексного подхода с оценкой темпов обратного развития неврологических проявлений и данных нейросонографии, которые позволяют решить вопрос о положительной динамике или прогрессировании патологии.

Для уточнения характера поражения мозга требуется динамическое наблюдение за наиболее неблагоприятными нейросонографическими признаками, к которым относятся в первое полугодие жизни - увеличение размеров субарахноидального пространства, межполушарной щели и большой цистерны, во втором полугодии - продолжение расширения субарахноидального пространства, желудочковой системы мозга, межполушарной щели и ретроцеребеллярного пространства.

Список литературы:

1. **Барашиев, Ю.И.** Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз [Текст] / Ю.И. Барашиев // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 1996. - №2. - С.29-35.
2. **Барашиев, Ю.И.** Достижения и проблемы перинатальной медицины: перинатальные потери и смерть мозга новорожденных [Текст] / Ю.И. Барашиев // *Российский вестник перинатол. и педиатрии*. - 1997. - №2. - С.29-35.
3. **Ватолин, К.В.** Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. [Текст] / К.В. Ватолин // - М.: Видар, 1995. - 117с.
4. **Нерсисян, Е.Р.** Прогнозирование состояния новорожденных детей с перинатальной патологией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1998. - 25с.
5. **Пальчик, А.Б.** Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. [Текст] / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов - Санкт-Петербург: Питер, 2000. - 219с.
6. **Петрухин, А.С.** Перинатальная неврология [Текст] / А.С. Петрухин // *Педиатрия*. - 1997. - №5. - С.36-38.
7. **Савельева, Г.М.** Перинатальная заболеваемость и смертность. Пути ее снижения [Текст] / Г.М. Савельева, Л.Г. Сичинова, О.Т. Блошанский // *Вопр. охр. мат. и дет.* - 1989. - №1. - С.3-8.
8. *Сборник научных программ на Фортране.* [Текст] - М., 1974. - Вып.1. - 316с.
9. **Сергеева, О.Н.** Динамика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни, перенесших гипоксическое поражение центральной нервной системы в перинатальном периоде [Текст] / О.Н. Сергеева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 1998. - 23с.
10. **Якунин, Ю.А.** Бол езни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста [Текст] / Ю.А. Якунина, Э.И. Ямпольская, С.Л. Кипнис, И.М. Сысоева. - М.: Медицина, 1979. - 280с.
11. **Finer, N.N.** Hypoxic-ischemic encephalopathy in term neonates: peripheral factors and outcome [Text] / N.N. Finer, S.M. Robertson, R.T. Richards et al. // *J. of Pediatrics*. - 1981. - Vol.98. - №1. - P. 112-117.
12. **Sarnat, H.B.** Neonatal encephalopathy following fetal distress [Text] / H.B. Sarnat, M.S. Sarnat // *Archives of Neurology*. - 1976. - Vol.33. - №10. - P.696-705.
13. **Schaywitz, B.A.** The sequelae of hypoxic-ischemic encephalopathy [Text] / B.A. Schaywitz // *Semin. Perinatol.* - 1987. - Vol.11. - №2. - P.180-191.

УДК 616.36-008.5-036.17-053.31

ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.

КРСУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина г.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье исследована прогностическая значимость ряда средовых предиктов в развитии патологических гипербилирубинемий неонатального периода. При этом впервые на основе ранжирования конкретизирована степень влияния медико-биологических и социальных факторов, а также факторов дисфункций ранней адаптации на клиническую реализацию различных вариантов желтухи.

Ключевые слова: желтуха, новорожденный, факторы риска.

НЕОНАТАЛДЫК САРЫКТАРДЫН ӨРЧҮП КЕТҮҮ КОРКУНУЧ ПРЕДИКТОРЛОР

Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.

биринчи Президенти Б.Н. Ельцин атындагы

Кыргыз-Россия Славян университети

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Резюме. Макалада курактагы патологиялык сарыктын өрчүп кетүүсүнө алып келүүчү бир катар чөйрөлүк факторлордун божомолдук мааниси ырасталып, ошол эле учурда биринчи жолу ажырымдоонун негизинде сарыктын ар түрдүү варианттарынын клиникалык жайылышына медициналык-биологиялык, социалдык факторлордун жана эрте адаптациялануучу дисфункциялардын тийгизген таасири изилденди.

Ключевые слова: сарык, ымыркай, коркунуч факторлор.

PREDICTORS OF THE RISK OF NEONATAL JAUNDICE

Bokonbaeva S.Dj., Kim E.G.

Kyrgyz-Russian Slavic University

named after the first President of Russia B.N. Yeltsin

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In the article the prognostic significance of a number of environmental predicates in the development of pathological hyperbilirubinemia of the neonatal period was studied. At the same time, for the first time, the degree of influence of biomedical and social factors, as well as the factors of early adaptation dysfunction on the clinical implementation of various variants of jaundice, is concretized on the basis of ranking.

Key words: jaundice, newborn, risk factors.

Актуальность. Гипербилирубинемия является одной из наиболее распространенных патологий неонатального периода. Примерно у 60% доношенных и у 80% недоношенных детей на первой неделе жизни развивается клиника желтухи. Подчеркивается, что клиника ядерной желтухи с наибольшей частотой и высокой степенью достоверности диагностируется у недоношенных и младенцев азиатской расы в отличие от других этнических групп. Приоритетной проблемой является рост числа билирубиновых энцефалопатий с тяжелыми последствиями вплоть до развития детского аутизма, ядерной желтухи, инвалидизации или смертельного исхода [1,2,3,4,5].

Ранняя выписка ребенка из родильного дома ставит перед работниками неонатальной службы очень важную задачу эффективного прогнозирования возможного патологического течения синдрома желтухи. В связи с этим выявление факторов риска развития патологической гипербилирубинемии, по нашему мнению, остается несомненно актуальной задачей [6,7,8,9].

Цель исследования: изучение комплекса средовых предиктов, предрасполагающих к развитию неонатальных желтух с оценкой их ранговой значимости.

Материал и методы исследования: исследование проведено на клинической базе кафедры педиатрии Кыргызско-Российского Славянского университета – Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи, г. Бишкек, в отделении неотложной неонатологии и реанимации новорожденных. Основную группу со ставили 707 пар «мать-ребенок», госпитализированных с ведущим синдромом – гипербилирубинемия. В группу контроля вошли условно здоровые по патологической желтухе дети и их матери – 150 детей. В исследовании был использован комплекс анамнестических и статистических методов.

Результаты и обсуждение:

Установлено, что группой медико-биологического риска являются повторнородящие матери ($p < 0,01$), старшей возрастной группы ($p < 0,01$), резус-отрицательные ($p < 0,001$), с 0(I) группы крови ($p < 0,001$) и новорожденные мальчики ($p < 0,01$) (табл. 1).

Таблица 1 - Ранговая значимость медико-биологических факторов риска

Статистический показатель Риск-фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Резус-отрицательная кровь	18%	98%	98%	21%	0,4	16,0
Группа крови 0(I)	36%	91%	95%	24%	0,5	6,0
Повторнородящие	68%	55%	87%	28%	0,6	2,6
Возраст старше 35 лет	25%	86%	88%	21%	0,3	2,1
Мужской пол ребенка	74%	44%	85%	28%	0,6	2,0

Следующей группой риска, обладающей высокими доказательными характеристиками, являются больные матери ($p < 0,01$).

Высокую ранговую значимость реализации неонатальных желтух имеют дети от матерей с хроническими воспалительными очагами инфекции ($p < 0,05$), гепатитами, анемией и сочетанием этих заболеваний ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2 - Ранговая значимость риск-факторов здоровья матери

Статистический показатель Риск фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Общая заболеваемость матерей	82%	42%	86%	35%	0,7	3,3
Сочетание двух патологических факторов и более	36%	85%	91%	23%	0,5	3,3
Хронический пиелонефрит	12%	94%	91%	19%	0,3	2,4
Хронический холецистит	14%	93%	90%	20%	0,4	2,2
Перенесенный гепатит А в анамнезе	4%	98%	90%	19%	0,3	2,1
Анемия	43%	68%	86%	22%	0,5	1,7
Хронические генитальные воспалительные заболевания	25%	81%	85%	20%	0,4	1,4
Носительство ВГВ	0,7%	99%	83%	18%	0,3	1,1

Анализ акушерского анамнеза матерей показал, что в 2 раза чаще в основной группе выявлялись факторы, отягощавшие акушерский анамнез матерей ($p < 0,01$).

Причем в основной группе матерей достоверно чаще отмечались сочетание двух и более патологических факторов ($p < 0,01$) и выкидыши на ранних сроках гестации ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3 - Ранговая значимость риск-факторов отягощенного акушерского анамнеза

Статистический показатель Риск-фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Резус-отрицательная кровь	18%	98%	98%	21%	0,4	16,0
Группа крови 0(I)	36%	91%	95%	24%	0,5	6,0
Повторнобеременные	68%	55%	87%	28%	0,6	2,6
Возраст старше 35 лет	25%	86%	88%	21%	0,3	2,1
Мужской пол ребенка	74%	44%	85%	28%	0,6	2,0

Патологическое течение беременности и родов матерей также является риском развития неонатальных желтух. Недоношенность, обвитие пуповины вокруг шеи, длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности со стимуляцией окситоцином достоверно чаще выявлены в основной группе матерей ($p < 0,01$) (табл. 4).

Таблица 4 - Ранговая значимость риск-факторов течения беременности

Статистический показатель Риск-фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Общая заболеваемость матерей	82%	42%	86%	35%	0,7	3,3
Сочетание двух патологических факторов и более	36%	85%	91%	23%	0,5	3,3
Хронический пиелонефрит	12%	94%	91%	19%	0,3	2,4
Хронический холецистит	14%	93%	90%	20%	0,4	2,2
Перенесенный гепатит А в анамнезе	4%	98%	90%	19%	0,3	2,1
Анемия	43%	68%	86%	22%	0,5	1,7
Хронические генитальные воспалительные заболевания	25%	81%	85%	20%	0,4	1,4
Носительство ВГВ	0,7%	99%	83%	18%	0,3	1,1

Нами была изучена роль особенностей течения родов в развитии патологических гипербилирубинемий. Вся патология родов: преждевременные роды, длительный безводный промежуток ($p < 0,01$), обвитие пуповиной вокруг шеи ($p < 0,05$) достоверно чаще отмечались у матерей основной группы. Особо следует выделить такой фактор риска, как слабость родовой деятельности у матери со стимуляцией окситоцином, который был отмечен почти в 3 раза чаще у матерей основной группы ($p < 0,01$) (табл. 5).

Таблица 5 - Ранговая значимость риск-факторов осложненного течения родов

Статистический показатель Риск-фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Неразвивающаяся беременность	21%	95%	97%	15%	0,3	5,8
Отягощенный акушерский анамнез	67%	66%	93%	23%	0,7	4,0
Медицинские аборты	60%	74%	93%	21%	0,6	4,0
Сочетание двух и более факторов	48%	80%	87%	19%	0,5	3,9
Внематочная беременность	9%	97%	95%	38%	0,2	3,8
Выкидыши на ранних сроках гестации	28%	82%	94%	17%	0,4	3,3

Факторами риска с высокими показателями доказательности являются отрицательные социальные факторы. Дети с неонатальными желтухами несколько чаще рождались в незарегистрированном браке, от матерей, проживающих в неблагоприятных материально-бытовых условиях, с низким образовательным уровнем, работающих в условиях неблагоприятных факторов производства ($p < 0,01$) (табл. 6).

Таблица 6 - Ранговая значимость социальных факторов риска

Статистический показатель Риск-фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR
Осложненное течение беременности	95%	41%	88%	65%	0,8	14,0
Сочетание двух патологических факторов и более	76%	78%	94%	42%	0,7	11,0
Кольпит	34%	95%	97%	24%	0,5	10,0
Обострение воспалительных процессов в хронических очагах инфекций (с приемом антибиотиков)	18%	95%	95%	18%	0,3	3,8
Рвота беременных	46%	76%	90%	24%	0,5	2,8
Многоводие	19%	91%	90%	20%	0,3	2,8
Артериальная гипотензия	15%	94%	91%	20%	0,3	2,8
Маловодие	25%	87%	89%	21%	0,3	2,3
ОРВИ	50%	69%	87%	24%	0,5	2,2
Анемия беременных	69%	48%	85%	26%	0,6	2,0

Из факторов риска в периоде ранней адаптации главным является «ранняя выписка из родильного дома», который при оценке ранговой значимости факторов риска имеет наибольший показатель отношения шансов ($OR=11,7$).

Выводы:

1. Предикторами риска развития неонатальных желтух являются совокупность медико-биологических, социальных факторов, экстра- и генитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности и родов.

2. Из медико-биологических факторов большее значение имеют резус отрицательная принадлежность матери (OR=16). Среди социальных факторов риска большую роль играет незапланированная беременность (OR=6,4). Экстрагенитальные заболевания матерей в 3,3 раза повышают риск возникновения гипербилирубинемии (OR=3,3). Из факторов, отягощающих акушерский анамнез, большое значение имеет неразвивающаяся беременность (OR=5,8). Факторы, осложняющие течение беременности, были выявлены у 96,2% матерей. Среди них особо важно значение имеют сочетанные факторы (OR=11). Из особенностей течения родов наиболее значимым фактором риска является отхождение патологических околоплодных вод (OR=10).

Список литературы:

1. **Амзаракова, Т. Ф.** Выявление факторов риска затяжного течения неонатальных желтух [Текст] / Т. Ф. Амзаракова, А. К. Душина // В мире научных открытий. – 2010. – Т. 10, № 4. – С. 95–98.
2. **Боконбаева, С. Дж.** Экопатология детей Кыргызстана [Текст] / С. Дж. Боконбаева. – Бишкек, 2008. – 130 с.
3. **Неонатальные желтухи [Текст]: пособие для врачей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, А. Н. Горяинова [и др.].** – М., 2004. – 51 с.
4. **Неонатология [Текст]: национальное руководство: краткое издание / ред. акад. РАМН Н. Н. Володин.** – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 896 с.
5. **McGillivray, A.** Severe neonatal jaundice: is it a rare event in Australia? [Text] / A. McGillivray, N. Evans // J. Paediatr. Child Health. – 2012. – Vol. 48, N 9. – P. 801–807.
6. **Prolonged neonatal unconjugated hyperbilirubinemia associated with breast feeding and a steroid, pregnane-3(alpha), 20(beta)-diol, in maternal milk that inhibits glucuronide formation in vitro [Text] / I. M. Arias, L. M. Gartner, S. Seifter, M. Furman // J. Clin. Invest.** – 1964. – Vol. 43. – P. 2037–2047.
7. **Risk factors for kernicterus in neonatal jaundice [Text] / H. B. Korejo, G. R. Bhurgri, S. Bhand [et al.] // Gomal J. Med. Sci.** – 2010. – Vol. 8, N. 1. – P. 12–15.
8. **Risk factors for kernicterus in term babies with non-hemolytic jaundice [Text] / S. Murki, P. Kumar, S. Majumdar [et al.] // Indian Pediatr.** – 2001. – Vol. 38, N 7. – P. 757–762.
9. **Risk of neonatal hyperbilirubinemia in babies born to 'O' positive mothers: A prospective cohort study [Text] / B. K. Kalakheti, R. Singh, N. K. Bhatta [et al.] // Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ).** – 2009. – Vol. 7, N 25. – P. 11–15.

УДК: 614.2-616-053.2

ОТЧЁТ О ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЕ ЦЕНТРА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ПРИ НЦОМид ЗА 2016 ГОД

Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Казакбаева Ж.А., Шалабаева Б.С., Исаева Д.

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

Резюме: в статье представлены отчёт центра мониторинга и оценки НЦОМид за 2016 год.

Ключевые слова: мониторинг, оценка, отчёт.

2016-жыл үчүн Эне жана баланы коргоо улуттук борборуна караштуу мониторинг жана баалоо борборунун аткарылган иши жөнүндө

Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Казакбаева Ж.А., Шалабаева Б.С., Исаева Д.

*Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,
Бишкек шаары, Кыргызская Республика*

Корутундусу: макалада ЭЖБКУБ караштуу мониторинг жана баалоо борборунун аткарылгын иш аракети чагылдырылган.

Негизги сөздөр: мониторинг, баалоо, отчёт.

REPORT ON THE PROGRESS OF THE MONITORING AND EVALUATION CENTER AT NOMCIDIU FOR 2016

Uzakbaev K.A., Maimerova G.Sh., Kazakbaeva Q. A., Shalabaeva B.S.,
Isaeva D.

*National Center for the Protection of Motherhood and Childhood
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Summary: The article provides a report of the Center for Monitoring and Evaluation of the NCOM & D for 2016.

Key words: monitoring, evaluation. report.

Актуальность. Сбор информация о деятельности здравоохранения широко практикуется и осуществляется в самых разных целях.

Мониторинг - это постоянное или регулярное наблюдение за каким-либо объектом или процессом с целью оценки, сравнения и прогнозирования. Данная деятельность применяется повсеместно, в разных областях, как в науке, так и в сфере управления. Происходит систематическая диагностика ситуации с использованием четкой системы индикаторов-критериев оценки.

Цель мониторинга - корректировка, обеспечение эффективного использования ресурсов, достижение запланированных задач, минимизация отрицательных последствий, определение возможностей развития и/или повторения проекта.

Мониторинг социальных программ и проектов базируется на комплексности, системности и регулярности использования одних и тех же принципов и одного и того же инструментария. Это дает возможность осуществлять текущий контроль динамики изменений в отношении к проблеме на протяжении времени реализации проекта и своевременно корректировать направления деятельности, используя соответствующие методы и средства.

Оценка - это систематизированное исследование ситуации, процесса реализации программы или ее результатов с целью разработки проекта деятельности, создания рекомендаций по улучшению работы, оценки ее эффективности и результативности. Существует несколько типов оценки. Среди них можно выделить три основных: оценка ситуации, оценка процесса и оценка влияния.

1. Оценка ситуации, как правило, проводится перед началом вмешательства. Ее цель — разработка проекта, адекватного потребностям целевой группы.

2. Оценку процесса проводят в ходе реализации программы. Она призвана откорректировать программу во время реализации для повышения эффективности ее воздействия.

3. Оценка влияния проводится после окончания программы (или ее компонента) или некоторое время спустя. Она показывает, насколько программа вмешательства достигла поставленных целей. При проведении оценки рассматриваются более глубокие вопросы, например: почему какое-либо мероприятие имело или не имело желаемого эффекта, какие факторы были благоприятными, а какие мешали, какие изменения могут быть внесены для улучшения дальнейшей работы. Обычно это требует более углубленного анализа и интерпретации большего объема различных видов информации. В зависимости от планируемого использования результатов оценки можно также различать формирующую (оценка, проводимая с целью сформировать или откорректировать проектную деятельность; к формирующим относятся оценка процесса и оценка ситуации) и суммирующую (оценка итог проведенной деятельности с целью определения эффективности и результативности этой деятельности, таковой является оценка влияния) оценку. Достаточно часто мониторинг и оценка выступают взаимодополняющими компонентами при реализации проектов. Проведение оценки требует меньше средств и времени, если используются данные постоянного мониторинга и оценка основывается на данных, которые собираются во время мониторинга. Мониторинг и оценка могут проходить как параллельные процессы, а могут быть разнесены во времени. Очень часто, когда люди говорят «оценка», они подразумевают и мониторинг, и оценку, которые проводятся для одной цели. Существует целый ряд различных подходов к проведению мониторинга и оценки. Выбор стратегии и методик мониторинга определяется особенностями проекта и видами деятельности, а характер и содержание оценки - ее целью. Масштабные экспериментальные оценки, проведенные в нескольких местах, могут показать, какие социальные программы более эффективны, но не подскажут, как улучшить собираемые показатели могут использоваться для финансовой отчетности, планирования деятельности медицинских учреждений, бюджетирования, мониторинга и оценки влияния программ, анализа распределения ресурсов, а также для проведения различных исследований.

Мониторинг и оценка (МиО) в сфере здравоохранения проводится в трех основных направлениях:

- МиО деятельности системы здравоохранения;
- МиО национальных программ;
- МиО международных программ.

Собираемые показатели Центр Мониторинга и Оценки программ в области материнства и детства в своей деятельности руководствуется законодательством Кыргызской Республики, нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, (приказ МЗ КР №113 от 16.02.2016г «О совершенствовании системы мониторинга и оценки мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи женщинам и детям в Кыргызской Республике», приказ № 62/0 от 21.04.2016 года «Об оптимизации работы Центра мониторинга и оценки программ в области материнства и детства при Национальном Центре охраны материнства и детства» и уставом НЦОМид.

Основными задачами ЦМиО программ являются:

1. Участие в формировании политики и содействие развитию системы мониторинга и оценки в области охраны здоровья матери и ребенка.
2. Организация мониторинга и оценки программ в области охраны материнства и детства, включая и анализ полученных результатов эффективности по реализации программ.
3. Адаптация международных инструментов и стандартов по организации и проведению мониторинга и оценки качества медицинских услуг, наставничества и курации в области охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с эпидемиологическими и организационными особенностями системы оказания помощи.

1. В рамках выполнения основной задачи по участию в формировании политики и содействие развитию системы мониторинга и оценки в области охраны здоровья матери и ребенка выполнен следующий объем работы:

- Проведена ревизия всех программ в области материнства и детства, реализуемых в стране и осуществляется сбор информации по проведенным мониторингам и кураторским визитам.
- Проведено совещание по разработке краткосрочного плана мероприятий на национальном и местном уровнях по интегрированным мониторинговым и супервайзерским визитам в ОЗМИР (указание МЗ КР №548 от 07.09.2016г.)
- Начата работа по формированию единой базы данных Национальных экспертов для проведения мониторинга и оценки, наставничества и курации, имеющих опыт участия в мониторинге и оценке эффективности реализации. полноты методического обеспечения программных мероприятий.
- С целью оптимизации работы Центра внесены изменения и дополнения в приказ НЦОМиД №128 от 03.11.2012г. в пункт 1.3 положение о ЦМиО (Приказ № 62/0 от 21.04.2016 года «Об оптимизации работы Центра мониторинга и оценки программ в области материнства и детства при Национальном Центре охраны материнства и детства».
- Подготовлен приказ МЗ КР №113 от 16.02.2016г «О совершенствовании системы мониторинга и оценки мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи женщинам и детям в Кыргызской Республике»
- Составлен аналитические отчеты по внедрению программ:
- «Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДОР) в стране, посвященный к 25-летию данной программы.
- ИВБДВ на стационарном уровне «Оказание стационарной помощи детям»
- Кормление детей раннего и грудного возраста (КДРГВ)
- Эффективный перинатальный уход (ЭПУ)

2. В рамках выполнения задач по адаптации международных инструментов и стандартов по организации и проведению мониторинга и оценки качества медицинских услуг, наставничества и курации в области охраны здоровья матери и ребенка выполнен следующий объем работы:

- С целью вовлечения гражданского сектора в мониторинг исполнения Законов Кыргызской Республики в области питания разработано практическое пособие для проведения мониторинга исполнения законов в области питания. (утвержден ученым Советом НЦОМиД)
- Создана рабочая группа для разработки руководства по интегрированному мониторингу курации и наставничества программ в области материнства и детства (приказ НЦОМиД № от 01.12.2016г)
- Для усиления адвокации программ в области питания детей раннего возраста и для подготовки кураторов местного уровня разработано практическое руководство для тренеров «Интегрированный курс для тренеров по вопросам питания», в программу которого входят ИБДОМР, Закон «О защите грудного вскармливания и регулирования маркетинга продуктов и средств искусственного питания», методика проведения супервайзерских визитов.

В данном пособии представлены практические рекомендации по правильному выбору объектов мониторинга для получения необходимой информации и использования ее для продвижения мероприятий по питанию на всех уровнях власти и внесения законодательных инициатив (Приказ МЗ КР № 526 от 12.0.2016 года «О повышении потенциала медицинских работников ПМСП по предоставлению стандартного пакета профилактических услуг для детей до 5 лет»). **3.В рамках выполнения задачи по организации мониторинга и оценки программ в области охраны материнства и детства проведены:**

Мониторинг программы организаций здравоохранения, претендующих на звание «**Инициатива больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к матери и ребенку**». Внешним мониторингом охвачено **12 ОЗ** Городские клинические роддома №1, 2,4 г Бишкек, родильное отделение Чуйской областной объединенной больницы, ОЗ Жумгалского и Кочкорского районов Нарынской области. Результаты рассмотрены на заседании

- Экспертного совета по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания МЗ КР (протокол от 13 мая 2016г, 30.12.2016г) при поддержке НЦОМид.

- Внутренним мониторингом охвачено **6 ОЗ** ТБ и ЦСМ Жумгалского района, ЦОВП Тогуз-Тороуского района, ТБ и ЦСМ Кочкорского района Нарынской области. Итоги мониторинга обсуждены на рабочих совещаниях с участием администрации и МР на местах при поддержке проекта SPRING|ЮСАИД.

- Мониторинг и супервайзерские визиты по внедрению программ «**Эффективный перинатальный уход**», и «**ИББДВ**» в родильных стационарах и пилотных педиатрических отделениях Иссык-кульской, Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской областей и г.Ош» при финансовой поддержке ЮНИСЕФ.

1 визитом охвачено 34 ОЗ, согласно приказу МЗ КР №33 от 19.01.16г «О проведении интегрированного мониторинга и супервайзерских визитов в рамках программы «Эффективный перинатальный уход» и «ИББДВ» в родильных стационарах и пилотных педиатрических отделениях Иссык-кульской, Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской областей и г.Ош» при финансовой поддержке НПО «Альянс Акушеров Кыргызстана». Для обсуждения результатов мониторинга проведены круглые столы в г Оше, Баткене, Жалал-Абаде с участием МЗ КР, НЦОМид, администраций ОЗ указанных областей.,

2 визитом охвачено 31 ОЗ согласно приказу МЗ КР №352 от 20.05.16г «О проведении интегрированного мониторинга и супервайзерских визитов в рамках программы «Эффективный перинатальный уход» и «ИББДВ» в родильных стационарах и пилотных педиатрических отделениях Иссык-кульской, Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской областей и г.Ош».

3 визитом охвачено 33 ОЗ согласно приказу МЗ КР №726 от 23.09.16г «О проведении интегрированного мониторинга и супервайзерских визитов в рамках программы «Эффективный перинатальный уход» и «ИББДВ» в родильных стационарах и пилотных педиатрических отделениях Иссык-кульской, Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской областей и г.Ош».

- Мониторинг и супервайзерские визиты по внедрению программ «Эффективный перинатальный уход», и «ИББДВ» в родильных стационарах и пилотных педиатрических отделениях Нарынской, Чуйской, Талаской областей **при финансовой поддержке SWAP. Охвачено 18 ОЗ** согласно приказа МЗ КР № 618 от 12.08.2016г. «О проведении интегрированных мониторинговых визитов в рамках программ «Эффективный перинатальный уход» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста» в родильных и педиатрических отделениях Чуйской, Нарынской, Талаской областей.

- Супервайзерские визиты по предоставлению **стандартных профилактических услуг** для детей для повышения потенциала медицинских работников ПМСП в Иссык-Кульской, Талаской, Чуйской, Жалалабадской, Ошской, Баткенской областях и в г Бишкек. (Приказ МЗ КР № 526 от 12.0.2016 года «О повышении потенциала медицинских работников ПМСП по предоставлению стандартного пакета профилактических услуг для детей до 5 лет») **Охвачено 66 ОЗ ПМСП**. По результатам проведены 1-дневные рефреш-тренинги на местах с целью закрепление полученных знаний и решение выявленных проблем.

- Участие в Журналистском расследовании по исполнению Закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» совместно с Медиа бюро журналистских расследований с участием экспертов ОО «Гражданский альянс за улучшение питания и продовольственную безопасность», в г. Бишкек и Чуйской области. В ходе расследования были посещены Министерства, подведомственные организации министерств и ведомств, организации здравоохранения (центры семейной медицины, родильные дома), департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, аптеки, торговые точки и магазины, департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора и профилактики заболеваний, а также собраны истории матерей по фактам нарушений статей закона. Материал размещена на сайте НПО «Гражданский альянс за улучшение питания и продовольственную безопасность».

- Супервайзерские визиты в ЦСМ, ГСВ, ФАПы Кочкорского района Нарынской области по программе «**Кормление детей раннего и грудного возраста**» (далее КДРГВ) Охвачено **4 ГСВ, 6 ФАПов.**

- Участие в проведении мониторинговых визитов по **услугам дружественных к молодежи** в ЦСМ г.Бишкек, г.Ош, г.Баткен, г.Кызыл-Кия. **Охвачено 7 ОЗ.**

- Участие в проведении мониторинга совместно с международным экспертом ВОЗ Годари Волкер по оценке **управления товарными запасами контрацептивных средств** с 24 октября по 4 ноября 2016г. В процессе проведения мониторинговых визитов были осуществлены встречи с представителями МЗ КР, с главой РМИЦ и специалистами ответственными за внедрение ПО ССМ, с координатором по планированию семьи и антенатальному уходу ДЗ г.Бишкек, с заведующим складом и главным специалистом ДЛО и МТ при МЗ, с директором НЦОМид, с директором КГМИПК и ПК, с Национальными тренерами по ПС, с НПО (АРЗ, КАПС), с начальником отдела лекарственного обеспечения при Фонде Обязательного Медицинского Страхования, с медицинским персоналом ЦСМ №6г.Бишкек.

1. Участие на тренингах по повышению потенциала сотрудников ЦМиО:

- в обучающем тренинге по сегментационному анализу общего рыночного подхода (ОРП) для улучшения качества услуг по планированию семьи в Кыргызстане при поддержке ЮНФПА

- в обучающем тренинге для кураторов/наставников «Поддерживающее наставничество/мониторинг в программах КДГРВ» с разработкой инструментов кураторства и мониторинга при поддержке проекта SPRING|ЮСАИД

- в обучающем тренинге по использованию модем технологий для сбора и обработки полученных данных при поддержке проекта SPRING|ЮСАИД

5. Проведены обучающие тренинги:

- 3-х дневный обучающий тренинг «Питание детей грудного и раннего возраста» для медицинских работников Нарынской области. (обучено 87 МР)

- 4-х дневный обучающий тренинг «Инфекционный контроль в ОЗ оказывающих услуги детям» для МР Чуйской и Баткенской областях согласно приказу МЗ КР №92 от 08.01.2016 (обучено 120 МР)

- 1-й тренинг на базе РЦУЗ для членов СКЗ Кеминского района Чуйской области на тему «Семейный стол – культура питания в семье» (обучено 20 СКЗ)

- 2- дневный обучающий тренинг «Интегрирование в практику медработников Жалал-Абадской области программы «ИБДОМир», клинического руководства по ЖДА у детей и проведения внутреннего мониторинга программы Гулазык» (обучено 25 МР)

- 3-х дневный семинар на тему «Инициатива больниц доброжелательного отношения к матери и ребенку» для медицинских работников Акталинской, Атбашинской ТБ и ЦСМ, ЦОВП Тогуз-Тороуского района, г Нарына Нарынской области (обучено 117МР)

- 3-х дневный интегрированный обучающий тренинги по действующим программам питания (КДГРВ, БДОР и БДОМ, Гулазык, организации питания детей при ЧС, внутреннему мониторингу исполнения законов в области питания) для МР ПМСП г.Бишкек (обучено 210 МР из 19 ЦСМ и ЖДБ)

- участие в проведении обучающего семинара по новым клиническим протоколам «Затяжные и обструктивные роды» (Приказ МЗ КР №379 от 04.07.2014г.), «Послеродовый сепсис» (Приказ МЗ КР №392 от 08.07.2015г.), «Планирование семьи» (Приказ МЗ КР №54 от 20.01.2014г.) для акушеров-гинекологов стационаров ОЗ Ошской, Баткенской и Жалалабадской областей. (обучено 54 МР)
- участие в проведении обучающего семинара по разработке и внедрению клинических руководств в области сексуального и репродуктивного здоровья для лиц, принимающих участие в их разработке, рецензировании и внедрении. (обучено 25 МР)
- участие в проведении рабочего семинара для сотрудников центрального аппарата и областных ФОМС по трем КП «Затяжные и обструктивные роды», «Послеродовый сепсис», «Планирования семьи» и проведению соответствующей экспертизы качества предоставляемой медицинской услуги. 08.02.16г. (обучено 25)
- участие в разработке адвокационного пакета предложений по продвижению ОРП. С какой целью конечный документ
- 3-х дневные тренинги по вопросам ПС для сотрудников ПМСП Баткенской, Нарынской и Таласской областей. (всего обучено 150 медицинских работников)
- участие в проведении тренинга «Подготовка инструкторов Школ подготовки к родам» для специалистов ПМСП Алайского и Каракульджинского районов. (обучено 20 МР)
- участие в проведении 2-х тренингов «Неотложная акушерская помощь» для специалистов родовспомогательных учреждений Нарынской области. (обучено 15 инструкторов)
- участие в проведении тренинга «Подготовка инструкторов Школ подготовки к родам» для специалистов ПМСП Нарынского и Ат-Башинского районов. (обучено 15)
- участие в проведении тренинга «Поможем матерям выжить» для акушеров родовспомогательных учреждений Таласской области (обучено 25 МР).
- участие в проведении ToT для тренеров в рамках СВАП по курсу «Планирование семьи, дородовый и послеродовый уход с включением вопросов по ИК». (обучено 15 МР)
- участие в проведении семинара в рамках СВАП по курсу «Планирование семьи, дородовый и послеродовый уход с включением вопросов по ИК» для специалистов ПМСП Нарынской области (обучено 40 МР)
- участие в проведении семинаров в рамках SWAP по курсу «Планирование семьи, дородовый и послеродовый уход с включением вопросов по ИК» для специалистов ПМСП Чуйской области, Таласской области (обучено 15).
- 2-х дневные тренинги в рамках программ «Поможем ребенку дышать» и «Поможем матерям выжить» для специалистов родовспомогательных учреждений Таласской области. (обучено 26 МР)

Проблемы в реализации мероприятий

1. Не реализованы все мероприятия по мониторингу, супервизии в рамках программы «Ден-соолук» в связи с отсутствием финансовой поддержки данных мероприятий.
2. Отсутствие запросов с техническими заданиями по проведению мониторинга и оценки программ от партнеров по развитию.
3. Недостаточная координация программ партнерами в области материнства и детства по проведению МиО
4. Отсутствие программы для создания базы данных, отсутствие специалиста по созданию программ для базы данных отчетов и др. документов с целью проведения
5. Низкий потенциал команды экспертов программ по проведению мониторинга и низкое качество организации процесса мониторинга (нечеткое понимание целей мониторинга, работу с инструментами, дублирование в отчетах, отсутствие динамики внедрение программ, сбор ненужной информации)
6. Недостаточный потенциал лиц, ответственных за внутреннюю оценку и мониторинг качества оказания медицинской помощи детям на местах. Нет учебных модулей и руководств по обучению руководителей внутренней оценке и мониторингу качества оказания медицинской помощи детям.
7. Отсутствие нормативных документов по правам кураторов вовремя проведение мониторингов и кураторских визитов.

УДК: 616-053.2-616-036.86(575.2)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СНИЖЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.

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

Резюме: в статье предоставлены причин инвалидности детского населения в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: дети, инвалидность.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛДАРДЫН АР КАНДАЙ ПАТОЛОГИЯЛАРЫНДА МАЙЫПТУУЛУКТУКТУ ТӨМӨНДӨТҮҮНҮН МЕДИКО-СОЦИАЛДЫК АСПЕКТЕРИ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.

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

Корутунду: макалада Кыргыз Республикасындагы балдардын ар кандай патологияларында майыптуулуктугун себептери чагылдырылган.

Негизги сөздөр: балдар, майыптар.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE DECREASE OF DISABILITY IN DIFFERENT PATHOLOGY IN CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Uzakbaev K.A., Saatova G.M., Furtikova A.B.

*National Center for Maternity and Childhood Protection
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Summary: The reasons for the disability of the child population in the Kyrgyz Republic are presented in the article.

Key words: children, disability.

Актуальность. Детская инвалидность — одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. Уровень инвалидности, наряду с показателями младенческой смертности, заболеваемости, физического развития и медико-демографическими процессами является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображая уровень экономического и социального благополучия страны.

- Конвенция ООН о правах инвалидов (2012)
- Комплекс мер по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья в КР на 2014-2017гг. Стратегия развития социальной защиты населения КР на 2012-2014гг., На конец 2010г. в республике насчитывалось 18175 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, что составило 0,9% от детского населения. Этот показатель ниже международного (2,5%), но имеет тенденцию к росту. По сравнению с 2006г. численность детей-инвалидов увеличилась на 17,4%.

Интенсивный показатель детской инвалидности увеличился несколько меньше (+2.1%), что связано с низкими темпами увеличения численности детского населения. То есть детей не становится больше, а количество инвалидов среди них увеличивается (таблица 2). Сейчас их число в стране составляет около 28 тыс., что на 5 тыс. или на 16% больше, чем в 2011 году. «Каждый год в нашей стране 4 тыс. детей получают инвалидность впервые. Наиболее распространенное заболевание среди них – детский церебральный паралич. Причины, формирующие детскую инвалидность, коренным образом отличались от таковых у взрослого населения.

Таблица 2. Распространенность детской (от 0 до 17 лет 11 мес 29 дней) инвалидности в КР (по данным РМИЦ)

	абс	На 10 000 населения
2006	10101	99,3
2007	1023	100,3
2008	11117	
2009	11447	97,1
2010	11858	101,4
динамика	+17,4%	+2,1%

Современный уровень развития медицины позволяет сохранить жизнь глубоко недоношенным, травмированным в родах детям и детям с врожденными пороками развития, которые впоследствии и становятся основным контингентом, формирующим детскую инвалидность. Ведущими причинами, определяющими инвалидность в детстве, явились тяжесть патологии, характер течения заболевания, отсутствие медицинской реабилитации и ранний возраст возникновения болезни.

В структуре причин инвалидности детского населения в 2009-2010 годах лидирующие позиции продолжали занимать болезни нервной системы, врожденные аномалии, психические расстройства. За эти годы отмечался прирост детской инвалидности по онкологическим заболеваниям (+87%), инфекционным и паразитарным заболеваниям (+37,5%), эндокринным заболеваниям (+37,5%), болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (+10,4%).

В 2016 году на 53% уменьшилось число детей-инвалидов с заболеваниями крови и кроветворных органов, на 37,5% - болезнями органов кровообращения, на 22,6% - психическими заболеваниями, нарушением слуха, болезнями органов пищеварения (в основном язвенной болезнью) и дыхания.

Таблица 3. Структура причин детской инвалидности (%%)

Наименование	2010	2016	Динамика в %
Инфекционные и паразитарные болезни	1,6	2,2	+37,5%
Новообразования	0,8	1,5	+87%
Болезни крови и кроветворных органов	1,6	0,75	-53,1%
Болезни эндокринной системы и расстройства питания	1,6	2,2	+37,5%
Психические расстройства	13,7	10,6	-22,6%
Болезни нервной системы	28,5	30,3	+6,3%
Болезни глаза и придатков	6,45	6,8	+5,4%
Болезни уха и сосцевидного отростка	4,03	3,7	-8,1
Болезни органов кровообращения	2,4	1,5	-37,5%
Болезни органов дыхания	1,6	1,5	-6,2%
Болезни органов пищеварения	0,8	0,75	-6,2%
Болезни кожи и подкожной клетчатки			
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4,8	5,3	+10,4%
Болезни мочеполовой системы	1,6	1,5	-6,2%
ВПР	20,9	21,9	+4,7
Травмы и отравления	4,0	3,7	-7,5%

Первичная инвалидность за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению как интенсивных, так и экстенсивных показателей (на 6,6% и 18,4% соответственно) (таблица 4).

Таблица 4. - Первичная детская инвалидность

Годы	Абсолютный показатель	Интенсивный показатель
2006	1353	13,3
2007	1134	11,2
2008	1247	0
2009	1140	9,7
2010	1271	10,9
Динамика	-6,6%	-18,04%

В возрастной структуре инвалидности отмечается тенденция роста числа детей инвалидов старше 5 лет (с 51,8% в 2006 году до 65,24% в 2010 году), что связано с ростом хронических заболеваний в период обучения в школе (таблица 5).

Таблица 5. - Возрастной состав детей инвалидов

Годы	0-4 года		5-17 лет	
	абс	%	абс	%
2006	6221	38,1	10101	61,89
2007	8173	44,4	10203	55,6
2008	5757	34,1	11117	65,9
2009	6088	34,7	11447	65,3
2010	6319	34,76	11856	65,24

Большинству детей с ограниченными возможностями, особенно из бедных семей или отдаленных районов, практически недоступны современные средства лечения, ухода и реабилитации. Не налажен полный учет детей инвалидов и подростков с ограниченными возможностями. Не работает система диагностики нарушений и предоставления поддержки и тренинга детям для того, чтобы научиться жить с этими проблемами или преодолеть их. Существующие ныне психолого-медико-педагогические консультации работают лишь от случая к случаю, а в труднодоступных сельских районах и вовсе не функционируют. В результате, значительное число детей с физическими и умственными проблемами из таких районов не получают соответствующей диагностики и, следовательно, остаются без поддержки. Сеть дошкольных учреждений для детей – сирот и детей с недостатком умственного или физического развития республики претерпела изменения. В связи с проблемами в финансировании и отсутствия подвоза детей ряд спецшкол и специализированных дошкольных учреждения закрылись.

Сказывается нехватка учителей и обучающих программ для детей с ограниченными возможностями.

Одним из пунктов Национальной программы поддержки инвалидов было интегрирование детей со специальными нуждами в общеобразовательные школы для получения интенсивного образования. В Кыргызстане был проведен пилотный эксперимент по обучению детей-инвалидов в общеобразовательных школах. Эксперимент закончился, недоработки в системе интеграции детей остались и ждут решения.

Дети с ограниченными возможностями после 18 лет не могут получить образование, потому что многие из них лечились и учились одновременно. По действующему законодательству после 18 лет у этих граждан нет возможности обучаться и получить аттестат, а значит продолжить обучение в СУЗах и ВУЗах, приобрести профессию.

Высокий уровень заболеваемости и инвалидности среди детей и подростков свидетельствует о необходимости взаимодействия между службами охраны здоровья, социальной защиты, образования, общественными объединениями и семьей. Сегодня в республике должны быть приняты ряд государственных и отраслевых законодательных документов, направленных на профилактику заболеваемости и инвалидности у детей, социальную защиту инвалидов и инвалидов с детства. Конечный результат реализации этих документов - предупреждение и снижение инвалидности среди детей и подростков.

Опыт тесного содружества педиатров, педагогов, психологов и социологов продолжает накапливаться, но желательный уровень еще не достигнут.

Факторы, способствующие детской инвалидизации в Кыргызстане:

1. Некачественное оказание медицинской помощи детям на первичном уровне
2. Отсутствие диспансеризации детского населения
3. Отсутствие наблюдения и ранней профилактики заболеваемости у школьников
4. Недостаточная межведомственная координация
5. Недостаточная сеть реабилитационных учреждений
6. Низкий социальный уровень семьи
7. Низкий культурный уровень
8. Отсутствие системы планирования семьи и подготовки женщины к беременности и рождению ребенка
9. Экологическое неблагополучие
10. Бедность
11. Прочее

УДК: 616.8 – 616 - 053.2 + 616 – 007 – 053.1.

АНАЛИЗ ПОТЕНЦИАЛА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСТАНА

Жихарева В.В.¹, Богомолец К.Ю.², Фаизова Ф.М.¹

Национальный центр охраны материнства и детства ¹,

КГМА им. И.К. Ахунбаева ²,

г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье рассматривается возможность развития раннего вмешательства как базы для оказания помощи детям с отклонениями в темпах развития или входящими в группу риска в условиях Кыргызстана. Ранняя помощь способна эффективно предупредить или минимизировать у ребенка возможные отклонения в развитии.

Ключевые слова: раннее вмешательство, дети, ранний возраст, врожденные пороки развития, детский церебральный паралич.

Кыргызстандын шартында ДСМЧ балдар үчүн эрте кийлигишүүнүн потенциалына анализ жүргүзүү

Жихарева В.В.¹, Богомолец К.Ю.², Фаизова Ф.М.¹

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору¹

КММА И.К. Ахунбаев атындагы²

Бишкек шаары, Кыргызская Республикасы

Резюме. Макалада Кыргызстандын шарттарындагы тобокелдик топторуна кирген же өнүгүүнүн темпиндеги четтөөлөр менен балдарга жардам көргөзүү үчүн база катары эрте кийлигишүү мүмкүнчүлүктөрү каралган. Эртелей жарда берүү баланын өнүгүүсүндөгү мүмкүн болгон четтөөлөрдү мүмкүн болушунча минималдаштыруу же натыйжалуу алдын алууга жөндөмдүү.

Негизги сөздөр: эрте кийлигишүү, балдар, кенже курак, өнүгүүнүн тубаса өнөкөт оорусу, балдардын церебралдык шал оорусу.

ANALYSIS OF EARLY INTERVENTION POTENTIAL FOR CHILDREN WITH LIMITED HEALTH IN KYRGYZSTAN

Zhikharev V.V.¹, Bogomolets K.Yu.², Faizova F.M.¹

National Center for Maternal and Child Welfare 1,

KSMA them. I.K. Akhunbaeva 2,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article considers the possibility of developing early intervention as a base for assisting children with developmental disabilities or those who are at risk in Kyrgyzstan. Early help can effectively prevent or minimize the child's possible developmental disabilities.

Key words: early intervention, children, early age, congenital malformations, cerebral palsy.

Актуальность. По данным статистики UNISEF в Кыргызской Республике насчитывается 29 000 детей с ОВЗ в возрасте до 18 лет. Ежемесячно родителям детей с инвалидностью выдается пособие от государства. В Кыргызской Республике на данный момент не существует мультидисциплинарного подхода в реабилитации детей раннего возраста. Однако существуют отдельные государственные и частные структуры, оказывающие различные виды как реабилитационных, так и абилитационных видов услуг. Сложившаяся картина показывает необходимость организации межведомственной структуры, которая позволяла бы обеспечить непрерывный, комплексный, а также последовательный подход в предоставлении услуг, направленных на улучшение качества жизни детей и семьи в целом. Само понятие «раннее вмешательство» связывается с 1960 г., тогда впервые в США и в Западной Европе возникли благоприятные условия для развития программ и услуг детям с ограниченными возможностями [1]. В регионах Российской Федерации оказанием помощи детям с особенностями развития стала реализация программы раннего вмешательства, которая начала активно работать с 90-х годов. Первым городом, внедрившим раннее вмешательство, стал Санкт-Петербург, далее появились последователи петербургской модели в других городах. Таким образом, в 2011 г. образовалось некоммерческое партнерство «Ассоциация Раннего Вмешательства» [2]. На данный момент в Кыргызстане существует только пилотный проект, основанный родительской организацией «Шоола-Кол», под контролем негосударственной организации Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства.

Цель: анализ потенциала Кыргызстана как платформы для развития раннего вмешательства для детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования

Сбор информации о государственных и частных центрах, предоставляющих реабилитационные услуги для детей с инвалидностью. Проведение анализа предоставляемых услуг в количественном и качественном аспекте.

Результаты

Раннее вмешательство подразумевает комплексный межведомственный и семейно-центрированный подход в непрерывном сопровождении ребенка с отставанием в темпах развития и его семьи. Такая модель позволяет родителям активно участвовать в его реабилитации.

Модель раннего вмешательства построена на системе социально-медико-психолого-педагогической помощи детям с нарушением развития в возрасте от 1 до 3-х лет. Участниками являются родители, врачи профильных специальностей, трудотерапевты, эрготерапевты, массажисты, инструкторы по лечебной физкультуре и специальные педагоги.

В Кыргызстане существуют как государственные, так и частные организации, оказывающие многопрофильные услуги детям с инвалидностью. Неспециализированные подразделения на базе роддомов и поликлиник обеспечивают раннюю медицинскую реабилитацию. Однако отсутствует структура межведомственного индивидуального подхода к ребенку.

Наиболее крупными государственными структурами, оказывающими медико-реабилитационные услуги для детей раннего возраста, являются: Национальный центр охраны материнства и детства, реабилитационный центр «Максат», санаторий «Ак-Суу» и реабилитационный центр города Ош. **Национальный центр охраны материнства и детства** (далее НЦОМид) организован в 1961 году. В 1974 году институт был переименован в Киргизский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии (Постановление Совета Министров республики №559 от 25.12.1974 г.), в статусе которого его деятельность продолжалась до 2004 года.

Нынешний статус Национального центра охраны материнства и детства утвержден Постановлением Правительства №501 от 23 октября 2007 года и последующим приказом Министерства здравоохранения КР №378 от 31 октября 2007 года, при этом проблемы акушерства были вновь введены в состав единого для материнства и детства Центра. НЦОМид является многопрофильной организацией, имеющей в своем составе родильный дом, поликлинику и профильные стационарные отделения.

Основное стационарное лечение дети раннего возраста получают в профильных отделениях: в отделении патологии новорожденных и отделении патологии перинатального периода. Также имеются и другие педиатрические, хирургические и акушерские блоки. В рамках данной статьи остановимся более подробно на отделении патологии перинатального периода (далее ОППП). Отделение рассчитано на 30 коек. В отделении получают лечение дети с 2-х месяцев до 3-х лет с различными заболеваниями нервной системы. Курс лечения составляет в среднем 10 дней. Все пациенты получают комплексное лечение, куда входят осмотр квалифицированных специалистов, медикаментозная терапия, физиопроцедуры, массаж, ЛФК, лечебная гимнастика и осмотр узких специалистов. В 2016 году для осуществления комплексной реабилитации при поддержке Uplift была также внедрена Бобат – терапия. Проводятся различные виды диагностических исследований: ЭЭГ, ЭХОЭГ, электронейромиография, транскраниальная магнитная стимуляция и прочие методы. В 2016 г в ОППП был организован ЛФК – зал, отвечающий всем международным стандартам (рисунок 1).

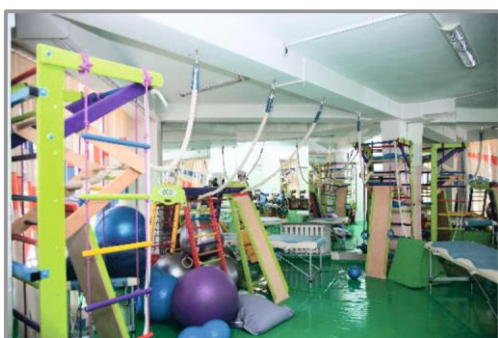


Рисунок 1. Отделение патологии перинатального периода, НЦОМид

После выписки из стационара дети продолжают получать лечение в таких реабилитационных центрах как «Максат» и «Ак-Суу».

Реабилитационный центр «Максат». Центр "Максат" - единственный в Чуйской области, где дети могут проходить реабилитацию с родителями в течение 2-3 месяцев. Возраст детей от 3-х до 17 лет. Центр рассчитан на 70 детей. Большинство пациентов — с церебральным параличом, врожденными пороками развития, психоневрологическими заболеваниями, синдромом Дауна, заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, дизартрией. В данном центре работают около 10 врачей (психиатр, врач-ортопед, педиатр, врач-физиотерапевт, стоматолог, реабилитолог, кинезотерапевт, лор врач и др.), а также более 20 медицинских сестер и медработников. Имеется тренажерный зал, сенсорная комната, проводится массаж и лечебная физкультура (Рисунок2)



Рисунок 2. Реабилитационный центр «Максат»

Санаторий «Ак-Суу». Детский реабилитационный центр "Ак-Суу" располагается в Иссык-Кульской области и был открыт в 1989 году. В центре, рассчитанном на 100 коек, реабилитацию проходят дети с заболеваниями нервной и опорно-двигательной системы со всех регионов страны в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Курс лечения - до 21 дня. Все лечебные мероприятия для детей бесплатные. Основными лечебными факторами являются минеральные воды. Горячие радоновые источники используются для лечения заболеваний нервной системы и в частности детского церебрального паралича.

Частные структуры, оказывающие физиотерапевтические и социально-педагого-психологические услуги для детей с ОВЗ, в основном располагаются в столице Кыргызстана городе Бишкек. Наиболее крупными центрами, оказывающими медицинские и физиотерапевтические услуги, являются «центр Беспалова», «Кортекс» и «Нейро-Арт». Данные организации предоставляют амбулаторное лечение для детей с нарушениями в развитии на коммерческой основе. Однако спектр услуг весьма широк и разнообразен. В данных центрах работают врачи различных специальностей, проводится медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, мануальная терапия, лечебная физкультура и массаж.

Социально-педагого-психологические услуги оказывает достаточно большое количество частных центров. Самым крупным на сегодняшний день является центр «Развития речи и слуха», где работают психологи, сурдологи и спецпедагоги. На базе его функционирует детский сад и начальная школа для детей с особенностями в развитии. Педагого-психологическую помощь получают дети с различными неврологическими и психическими заболеваниями.

В Кыргызстане существуют крупные общественные организации, основанные родителями детей с особенностями в развитии. В Иссык-Кульской области располагается ОО «Шоола-Кол». В 1996 году была создана Неправительственная Женская организация «Шоола». На сегодняшний день в ее работе участвуют 50 волонтеров и 16 штатных сотрудников. Данная организация осуществляет первый пилотный проект по раннему вмешательству. В городе Бишкек находятся общественные организации «Луч добра» и «Рука в Руке», направленные на улучшение качества жизни детей с психическими заболеваниями.

Выводы

Организованные специализированные государственные и частные центры, направленные на реабилитационные мероприятия для детей с ОВЗ, позволяют использовать необходимые методы, проводить целенаправленную помощь для индивидуальной коррекции состояний, требующих специальных мер. Анализируя все разнообразие предоставляемых услуг, четко выявляется необходимость в создании межведомственной единой структуры раннего вмешательства для индивидуальной маршрутизации ребенка как способ коррекции состояния, предупреждения различных осложнений, информированности близких людей и улучшения качества жизни. Цель Конвенции о правах инвалидов заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства.

Список литературы:

1. Harbin, G.L., McWilliam, R.A., & Gallagher, J.J. (2000). *Services for young children with disabilities and their families*. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.)
2. Доброва-Крол Н.: *Раннее вмешательство: ключевые аспекты и международный опыт (ЮНИСЕФ) Обзор [Текст] / Доброва-Крол Н. //-2015-*

УДК: 616 –053.2 + 616.831 – 005 – 616 – 007 – 616.831 – 006.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ «БОБАТ –ТЕРАПИИ» В КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НЦОМид Жихарева В.В.¹, Богомолец К.Ю.², Фаизова Ф.М.¹

Национальный центр охраны материнства и детства ¹,
КГМА им. И.К. Ахунбаева ²,
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель: улучшение качества реабилитации при комплексном подходе в лечении неврологических заболеваний у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В 2016 году была внедрена Бобат-терапия при содействии международной организации Uplift. За это время 122 ребенка прошли Бобат-терапию в возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет на базе отделения патологии перинатального периода, Национального центра охраны материнства и детства (далее НЦОМид). Лечение получали дети с врожденными пороками развития нервной системы – 50 детей (40,9%), церебральным параличом – 45 детей (37,0%), последствием перенесенной нейроинфекции – 15 детей (12,4%), последствием перенесенного нарушения мозгового кровообращения – 12 детей (9,7%). По шкале Ашфорта 80 детей имели 3-4 балла, 10 детей – 5 баллов, 12 детей – 1-2 балла. Оставшиеся 20 детей имели диффузную гипотонию. Дети были распределены на две группы. Обе группы получали комплексную реабилитационную терапию, одна из групп дополнительно проходила Бобат-терапию.

Выводы. Использование данной методики в комплексном подходе реабилитации показало положительную динамику у детей с двигательными нарушениями. Широкий спектр использования Бобат-терапии в условиях, наиболее приближенных к домашним, позволяет повсеместно внедрять метод как в условиях стационара /поликлиники, так и в повседневной жизни.

Ключевые слова: Бобат-терапия, ранний возраст, врожденный порок развития нервной системы, церебральный паралич, нейроинфекция, острое нарушение мозгового кровообращения

УЭЖБКБ перинаталдык мезгилиндеги патология бөлүмүнүн базасында кенже курактагы балдарды комплекстүү реабилитациялоо Бобат-терапиясын жайылтуунун жыйынтыктары Жихарева В.В.¹, Богомолец К.Ю.², Фаизова Ф.М.¹

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору¹
КММА И.К. Ахунбаев атындагы ²
Бишкек шаары, Кыргызская Республикасы

Резюме. Максаты: кенже курактагы балдардагы неврологиялык ооруларды дарылоо учурунда комплекстүү мамиле кылган учурда реабилитациялоонун сапатын жакшыртуу. **Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары.** 2016-жылы Uplift эл аралык мекемесинин жардамы менен Бобат - терапия киргизилген. Ушул убакыттын ичинде 122 бала 2 айынан баштап 3 жашка чейинки курагында Улуттук Эне жана баланы коргоо борборунун (мындан ары УЭЖБКБ) перинаталдык мезгилиндеги патология бөлүмүнүн базасында Бобат-терапиядан өтүшкөн. Дарылануудан нерв системасынын өнүгүүсүндөгү турабаса өнөкөт оорусу менен төрөлгөн – 50 бала (40,9%), церебралдык шал оорусу менен – 45 бала (37,0%), башынан өткөргөн нейроинфекциянын кесепетинен – 15 бала (12,4%), башынан өткөргөн мээ кан айлануусунун бузулуусунун кесепетинен – 12 бала (9,7%) өтүштү. Ашфорттун шкаласы боюнча 80 бала 3-4 балл, 10 бала – 5 балл, 12 бала – 1-2 балл алышты. Калган 20 бала диффузиялык гипотонияга ээ болушкан. Балдар эки топко бөлүштүрүлдү. Эки топ тең комплекстүү реабилитациялык терапиядан өтүштү, топтордун бири кошумча Бобат - терапиядан өтүштү.

Корутундулар. Бул методиканы реабилитациялоонун комплекстүү ыкмасы менен пайдалануу кыймылдары бузулган балдарга жакшы динамиканы көргөздү. Бобат - терапияны үйдүкүнө жакыныраак болгон шарттарда колдонуунун кеңир спектри бул ыкманы стационардык / бейтапкананын шарттарында да, күнүмдүк жашоонун шарттарында да бардык жерде жайылтууга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги сөздөр: Бобат-терапия, кенже курак, нерв системасынын өнүгүүсүнүн тубаса өнөкөт оорусу, церебралдык шал оорусу, нейроинфекция, мээ бузулушунун курч бузулуусу.

RESULTS OF INTRODUCTION OF BOTOM-THERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN OF EARLY AGE ON THE BASIS OF THE PATHOLOGY OF THE PERINATAL PERIOD NUCOMID

Zhikharev V.V.¹, Bogomolets K.Yu.², Faizova F.M.¹

National Center for Maternal and Child Welfare 1,
KSMA them. I.K. Akhunbaeva 2,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Objective: Improving the quality of rehabilitation with a complex approach in the treatment of young children's neurological diseases.

Research materials and methods. In 2016, Bobat-therapy was introduced with the assistance of Uplift international organization. During this time, 122 children underwent Bobat-therapy at the age of 2 months to 3 years on the basis of the Perinatal Pathology Department of the National Center for Maternal and Childhood Care (hereinafter NCMCC). Treatment was given to children with congenital malformations of the nervous system - 50 children (40.9%), cerebral palsy - 45 children (37.0%), consequence of past neuroinfection - 15 children (12.4%), consequence of past cerebrovascular accident - 12 children (9.7%). 80 children had 3-4 points, 10 children - 5 points, 12 children - 1-2 points by Ashford scale. The rest 20 children had diffuse hypotension. The children were subdivided into two groups. Both groups received a complex rehabilitation therapy, one of the groups was additionally treated with Bobat-therapy.

Conclusion. The use of this technique with a complex rehabilitation approach showed a positive dynamic in children with motor disorders. A wide range of Bobat-therapy use in conditions closest to those in the home enables to introduce the method everywhere in a hospital / polyclinic environment and in everyday life.

Key words: Bobat-therapy, early age, congenital malformation of the nervous system, cerebral palsy, neuroinfection, acute brain disorder

Актуальность

Концепция доктора Карела Бобота и доктора Берты Бобат была разработана в Лондоне, изначально использовалась для взрослых и подростков с приобретенными двигательными нарушениями (как следствие инсультов, травм и прочих заболеваний) [1]. Однако позже данную методику адаптировали для новорожденных и детей с врожденными двигательными расстройствами.

Физиологически ребенок на этапах развития проходит двигательную адаптацию к изменяющейся окружающей среде [2]. То есть при увеличении потребностей формируются новые двигательные навыки, соответствующие определенным возрастным периодам (таблица 1).

Таблица 2. - Число родившихся детей по данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики[3]

Наименование показателей	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кыргызская Республика	135 494	146 123	149 612	154 918	155 520	161 813	163 452	158 160
Баткенская область	11 998	13 404	13 449	13 800	14 294	14 722	15 330	14 325
Джалал-Абадская область	27 309	28 905	30 139	30 416	30 341	31 633	31 912	29 844
Иссык-Кульская область	11 105	11 360	11 188	11 320	10 745	10 853	11 246	11 520
Нарынская область	6 637	7 183	7 203	7 114	6 906	6 634	6 536	6 858
Ошская область	28 972	31 789	33 600	34 450	35 057	36 867	39 188	36 145
Таласская область	6 526	6 894	7 335	7 105	6 750	6 724	6 614	6 404
Чуйская область	18 016	20 221	20 293	21 826	21 806	22 540	22 355	22 964
г.Бишкек	19 588	20 614	20 808	22 257	22 971	24 398	22 928	22 673
г.Ош	5 343	5 753	5 597	6 630	6 650	7 442	7 343	7 427

Цель: улучшение качества реабилитации при комплексном подходе в лечении неврологических заболеваний у детей раннего возраста

Материалы и методы исследования

Основным принципом Бобат-терапии является формирование двигательных навыков. Для достижения целей формируется специализированная индивидуальная программа для ребенка с двигательными нарушениями. Основными целями данной терапии является обеспечение жизнедеятельности, содействие общению, а также достижению возможной самостоятельности ребенка.

В 2016 году была внедрена Бобат-терапия при содействии международной организации Uplift. За это время 122 ребенка прошли Бобат-терапию в возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет на базе отделения патологии перинатального периода, Национального центра охраны материнства и детства (далее НЦОМид). Лечение получали дети с врожденными пороками развития нервной системы – 50 детей (40,9%), церебральным параличом – 45 детей (37,0%),

Последствием перенесенной нейроинфекции – 15 детей (12,4%), последствием перенесенного нарушения мозгового кровообращения – 12 детей (9,7%) (таблица 3). Как видно из таблицы, большинство детей было с врожденными пороками развития нервной системы. По шкале Ашфорта 80 детей имели 3-4 балла, 10 детей – 5 баллов, 12 детей – 1-2 балла. Оставшиеся 20 детей имели диффузную гипотонию. Дети были распределены на две группы. Обе группы получали комплексную реабилитационную терапию, одна из групп дополнительно проходила Бобат-терапию. Группа контроля составила 60 человек, в исследуемую группу вошли 62 пациента. Дети проходили лечение курсами по 10 дней, при стабильном соматическом статусе.

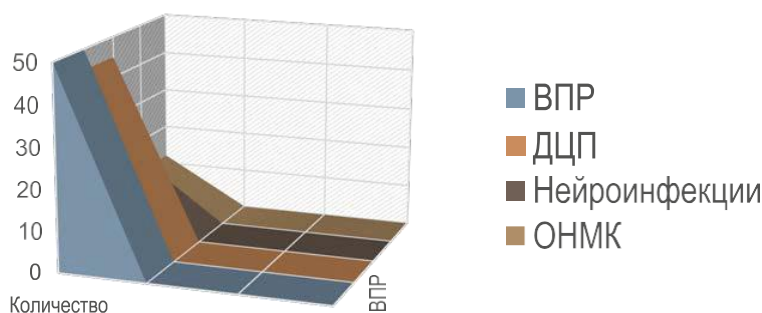


Рисунок 1. Нозологические структуры

Результаты.

Группа детей, получивших вместе с комплексной реабилитацией Бобат-терапию, показала более быструю положительную динамику в отличие от группы контроля. В исследуемой группе улучшились двигательные навыки, дети стали более контактными, активнее проявляли интерес к окружающей обстановке. Научились держать голову 15 детей (25%), переворачиваться – 20 детей (32,2%), улучшилась опора у 40 детей (64,5%). В психосоматическом аспекте у детей улучшился сон и аппетит. Родители отмечали снижение гиперактивности в 35% случаев. По шкале Ашфорта оценка была затруднительна в связи с коротким курсом лечения.

Выводы.

Использование данной методики в комплексном подходе реабилитации показало положительную динамику у детей с двигательными нарушениями. Широкий спектр использования Бобат-терапии в условиях, наиболее приближенных к домашним, позволяет повсеместно внедрять метод, как в условиях стационара /поликлиники, так и в повседневной жизни.

Список литературы:

1. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / Под ред. С. П. Евсеева, С. Ф. Курдыбайло. - М.: Советский спорт, 2010. - 488 с. Часть II. Физическая реабилитация детей, страдающих детским церебральным параличом. Глава 5. МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЦП.
2. Л.А. Пирогова, В.С. Улащик: Кинезотерапия и массаж в системе медицинской реабилитации/ Учебное пособие. -: Редакционно-издательский отдел Гродненского медицинского университета, 2004 – 242 с.
3. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (электронный источник) - <http://stat.kg>.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ
УДК 616.284-002.253+616.28-008.14

БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА НА РАЗВИТИЕ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Узакбаев К.А., Бейшенова М.У., Бейшеева Ч.К.

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

Резюме. В статье приведены данные лечения больных с заболеваниями уха, пролеченных в ЛОР отделении НЦОМиД за период с 2015 по 2017 годы, отражена степень влияния ХГСО на развитие нейросенсорной тугоухости. Отражены взгляды различных авторов на проблему, представлены собственные рассуждения.

Ключевые слова: ХГСО, влияния, нейросенсорная тугоухость

НЕЙРОСЕНСОРДУК КУЛАГЫ ЖАКШЫ УКПАГАНДЫКТЫН ӨНҮГҮШҮНӨ ӨНӨКӨТ ИРИНДЕГЕН ОРТОЧО ОТИТТИН ТААСИР ТИЙГИЗҮҮ ДАРАЖАСЫ

Узакбаев К.А., Бейшенова М.У., Бейшеева Ч.К.

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору.
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада 2015-2017-жылдар мезгилинде ЭжБКУБнун ЛОР бөлүмүндө дарыланган кулак оорулар менен ооругандарды дарылоо маалыматтары келтирилген, ӨИООнун нейросенсордук кулагы жакшы укпагандыктын өнүгүшүнө таасир тийгизүү даражасы чагылдырылган. Көйгөй боюнча изилдеген авторлордун көз караштары чагылдырылып, жеке ой-пикирлер дагы берилди.

Негизги сөздөр: ӨИОО, таасир, нейросенсордук кулагы жакшы укпагандык

The influence of chronic otitis media on the sensorineural component of hearing

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

Summary: In these state authors presents the treatment of patients with disease of ear, which hospitalized and treated at the ENT department of the ter of Maternity and Childhood care. Comparing the results of the influence of chronic suppurative otitis media which caused to sensorineural hypoacusis has done.

Key word: chronic otitis media, influence, sensorineural hypoacusis.

Актуальность. За последние 3 года (2015-2017) по данным обращаемости детского населения в ЛОР отделение НЦОМиД среди заболеваний среднего уха отмечалось повышение показателей заболеваемости и распространенности хронических гнойных средних отитов (ХГСО) и нейросенсорной тугоухости (НСТ). Число больных с данной патологией сохранялось на высоком уровне как в нашей стране, так и за ее пределами, несмотря на разработку и внедрение новых прогрессивных методов диагностики и лечения.

Воспалительные заболевания среднего уха, согласно данным ВОЗ, являются важной проблемой здравоохранения, имеющей экономическое и социальное значение. Социальная значимость заболевания обусловлена развитием у ряда больных трудоспособного возраста прогрессирующей тугоухости, ограничивающей профессиональную пригодность, а также возможностью развития тяжелых внутричерепных осложнений.

Нерациональное или несвоевременно назначенное лечение может приводить к необратимым последствиям, характеризующимся стойкой потерей слуха. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний среднего уха до сих пор остается одной из наиболее важных проблем в отиатрии. Вопрос о степени влияния ХГСО на развитие нейросенсорной тугоухости в последнее время неоднократно обсуждался как в отечественной, так и в зарубежной литературе. По данным А.Аzevedo(2001), нейросенсорный компонент тугоухости часто коррелирует с возрастом пациентов. Необходимо также учитывать возможность развития псевдонейросенсорной потери слуха, связанной с первоначальной патологией среднего уха, оказывающий эффект нагрузки на окна преддверия и улитки. Существует ряд других исследований, посвященных изучению влияния ХГСО на кохлеарную функцию уха, однако результаты их противоречивы. Именно поэтому **целью нашего исследования** явилось изучение степени влияния ХГСО на развитие НСТ.

Материалы и методы

В исследование взяты данные пациентов с заболеваниями среднего уха, поступившие с 2015 по 2017 г в ЛОР отделение Национального Центра охраны материнства и детства. Всего госпитализировано и пролечено 609 больных, из них 243 мальчика и 366 девочек. Возраст пациентов варьировал от 1мес. до 16 лет. Всем пациентам, поступившим в ЛОР отделение НЦОМид с заболеваниями уха, проводилось стандартное оториноларингологическое, аудиологическое, рентгенологическое (рентгенография сосцевидного отростка по Шуллеру) обследование.

Результаты и обсуждение

Распределение больных, госпитализированных в ЛОР отделение НЦОМид за период с 2015 по 2017 г. иллюстриру

Таблица 1. - Распределение больных по возрасту и полу

Возраст в годах Пол	До 1 года		1-5лет		5-14 лет		Старше 14лет		Всего:	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
мальчики	7	2,8	79	32,5	90	37,0	67	27,5	243	41,0
девочки	24	6,5	122	33,3	118	32,2	102	27,8	366	76,3
Итого:	31	5,0	201	33,0	208	34,1	169	27,7	609	76,6

Данные таблицы свидетельствуют о том, что заболеваниями уха страдают преимущественно девочки (76,3%), которые болеют в 2 раза чаще, чем мальчики (41,0%).

Следующая таблица иллюстрирует распределение больных, госпитализированных в ЛОР отделение НЦОМид за три года, по отдельным нозологическим формам.

Среди нозологических форм преобладали больные с ХГСО (46,1%), а также больные с нейросенсорной тугоухостью (28%). Смешанная тугоухость составила 11,4%.

Таблица2. - Структура заболеваний среднего уха по нозологическим формам

Год Нозологическая форма	2015 г		2016 г		2017 г		Всего:	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Острый средний отит	51	19,9	24	11,4	12	8,3	87	14,2
Хронический гнойный средний отит	102	39,8	96	45,9	83	57,6	281	46,1
Нейросенсорная тугоухость	72	28,1	62	29,6	37	25,6	171	28,0
Смешанная тугоухость	31	12,1	27	12,9	12	8,3	70	11,4
Всего:	256	42,0	209	34,3	144	23,6	609	100

Структуру вышеуказанных нозологических форм заболеваний среднего уха наглядно иллюстрирует следующая диаграмма.

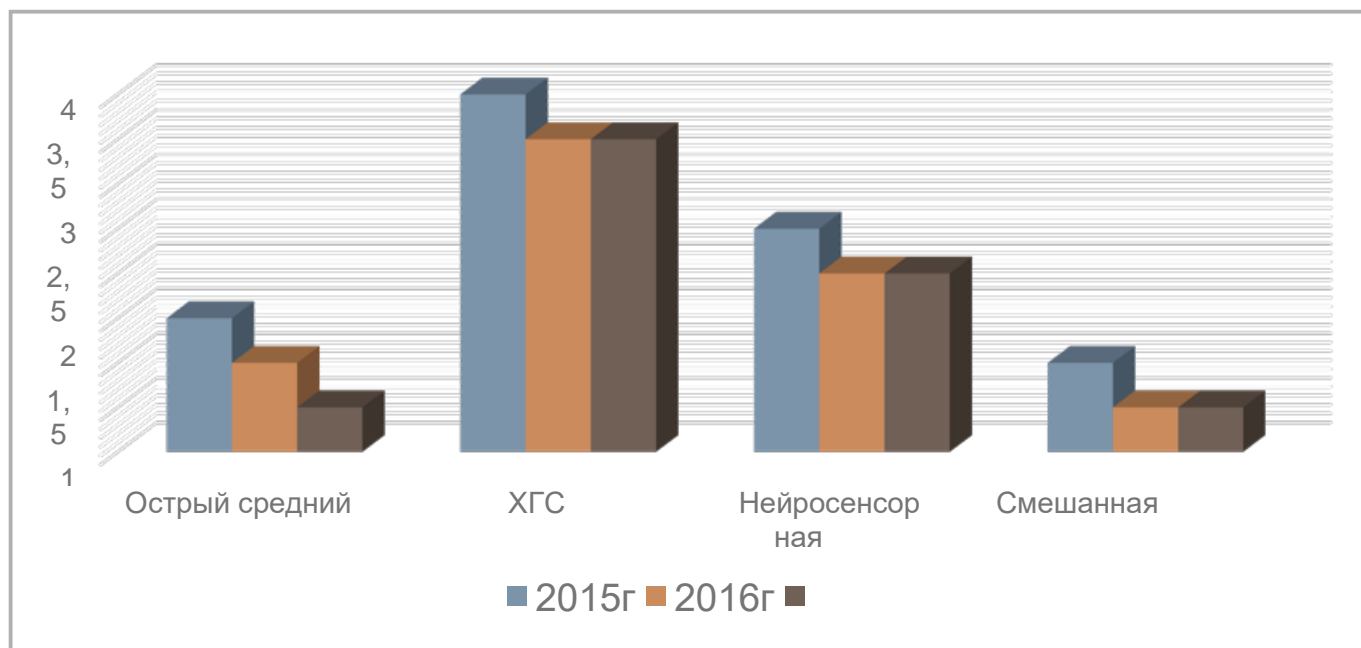


Диаграмма 1. Структура нозологических форм заболеваний уха.

В наших наблюдениях, при длительном течении ХГСО с обострением процесса и гноеотечением, нерациональное лечение со временем может приводить к развитию нейросенсорной тугоухости т.е к вторичному кохлеоневриту.

Как известно, нарушение целостности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек приводит к кондуктивной тугоухости, а непосредственное повреждение волосковых клеток бактериальным агентом, проникающим во внутреннее ухо, вызывает нейросенсорную тугоухость. При воздействии обоих факторов развивается смешанная тугоухость. По данным М.Е. Загорянской (2008г) причиной развития нейросенсорной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев являются перенесенные ранее острый средний отит и ХГСО В.Н Яковлев (2012г).

По данным отдельных авторов ведущую роль в формировании нейросенсорной тугоухости при ХГСО играют медиаторы воспаления, попадающие во внутреннее ухо через мембрану окна улитки, проницаемость которых при ХГСО повышена. Медиаторы воспаления замедляют кровоток в улитке, гистамин неблагоприятно влияет на эфферентную иннервацию наружных волосковых клеток, а свободные радикалы нарушают структуру волосковых клеток.

Эндотоксин нарушает проницаемость Na/K-каналов, что приводит к изменению состава и концентрации эндолимфы. Ю.К Янов(2004г).

На развитие ХГСО может оказывать влияние ятрогенное воздействие, многократное применение различных антибактериальных и противовоспалительных препаратов, а также бесконтрольное применение самими пациентами различных препаратов, нередко обладающих ототоксическим действием, вот почему в последние годы разные авторы отмечают увеличение числа больных с ХГСО.

Распределение больных с заболеваниями среднего уха по регионам нашей республики иллюстрирует следующая диаграмма.

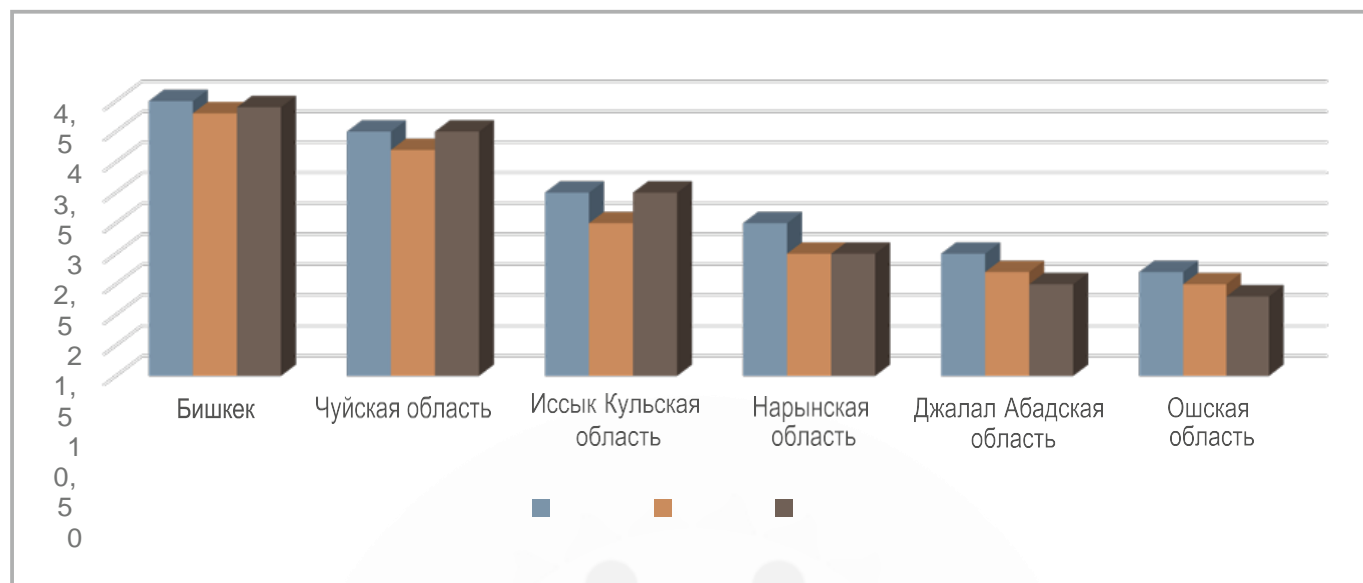


Диаграмма 2. Распределение заболеваний среднего уха по регионам КР

Приведенные данные свидетельствуют о том, что наибольшее количество госпитализированных детей было из г. Бишкек и Чуйской области. Этот факт можно объяснить лучшей диагностикой и выявляемостью данной нозологии, а также географической близостью данных регионов к высокотехнологическому центру оториноларингологии в г. Бишкеке. Необходимо также подчеркнуть, что количество госпитализированных увеличивается в связи с обострениями заболевания в межсезонье.

Таким образом, данные патологические состояния следует рассматривать не только в клиническом, но и медико-социальном и в медико-экономическом аспектах, т.к. они имеют большое экономическое значение как в связи с потерями от нетрудоспособности работающих пациентов, так и в связи с затратами на пособия по инвалидности. Вот почему особое внимание должно быть уделено этим патологическим состояниям, которые снижают качество жизни и работоспособность населения.

Список литературы:

1. Яковлев В.Н., Крюков А.И., и другие. Заболеваемость хроническим гнойным средним отитом и лечение этой нозологии в Москве. Вестник оториноларингологии 2012;4: 31-33.
2. Янов Ю.К. и другие. К вопросу об этапности лечения больных хроническим гнойным средним отитом. Журнал в ушн, нос и горл хвороб.
3. Янов Ю.К. и другие. Комплексный подход к лечению больных хроническими средними отитами. Рос оторинолар 2004; 6: 10-14.
4. Косяков С. Я. Влияние хронического среднего отита на сенсоневральный компонент слуха. Вестник оториноларингологии 2012; 3: 7-9.

УДК: 616.31-08-616-053.2-61:31-616-084-616-007

АНАЛИЗ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 7-16 ЛЕТ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Таалайбек у Н, И.М. Юлдашев, А.Б. Мамыралиев, Р.Я. Усманджанов,
М.П. Бигишиев, Э.С. Суеркулов

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

Резюме: В работе проведен анализ удаления первых постоянных моляров по данным клиники челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Национального Центра Охраны Материнства и Детства (НЦОМид), а так же дана информация о роли постоянного первого моляра в зубочелюстной системе. В статье представлена статистическая информация об удалении постоянных первых моляров, прогнозирования и профилактическая работа.

Ключевые слова: удаление 6 зубов у детей, статистика, профилактика, зубочелюстные аномалии.

7-16 жашка чейинки курактагы туруктуу биринчи тиштери жоюу, алдын алуу жана кийин четтетүү дарылоо анализи

Таалайбек у Н, И.М. Юлдашев, А.Б. Мамыралиев, М.П. Бигишиев, Э.С. Суеркулов

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: кагаз оозеки жана Maxillofacial Surgery (MFS) Энеликти жана балдарды коргоо (NTsOMid) боюнча Кыргыз Республикасынын Улуттук борборунун клиника боюнча биринчи тиштери алып салууну талдоо, ошондой эле билүү туруктуу биринчи тиштери ролу жөнүндө маалымат берет. макаланын туруктуу биринчи Иттин, прогноздоо жана алдын алуу иштерин алып кантип жөнүндө статистикалык маалыматтарды камтыйт.

Негизги сөздөр: балдардын 6 тишин алуу, статистика, алдын алуу, аномалиялардын алдын алуу.

Analysis of the removal of permanent first molars at the age of 7-16 years, prevention and treatment after removal

Taalaybek at N, I.M. Yuldashev, A.B. Mamyrallyev, M.P. Bigishiev,
E.S. Suerkulov

National Center for Protection of Maternity and Childhood
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The analysis of the removal of the first permanent molars based on the data of the Maxillofacial Surgery Clinic of the National Center for Maternal and Child Health Care (NCOMid) was conducted and information was given on the role of the permanent first molar in the dentoalveolar system. The article presents statistical information on the removal of permanent first molars, prognostication and preventive work.

Key words: removal of 6 teeth in children, statistics, prevention, dentoalveolar anomalies.

Актуальность работы: Проблемы потери в раннем возрасте постоянных первых моляров является одной из наиболее важных проблем в стоматологии, уменьшение количества зубов приводит к аномалиям зубных рядов и прикуса и, как правило, неблагоприятно сказывается на функционировании пищеварительной системы и психической деятельности ребенка [3].

Первый постоянный моляр играет очень важную роль в функционировании зубочелюстной системы, и их положение определяет соотношение зубных рядов, а также высоту центральной окклюзии и при жевательной нагрузке. Окклюзионная поверхность первых моляров является направляющей плоскостью для артикуляционных движений нижней челюсти [4].

Первые постоянные моляры среди всех постоянных зубов склонны к раннему кариозному поражению. Наиболее частыми аномалиями после удаления первого постоянного моляра являются смещение зубов из состава зубного ряда, поворотов по оси вторых моляров, их мезиального наклона, образования перекрестного прикуса [1]. Учитывая вышеуказанное о роли первого постоянного моляра в зубочелюстной системе, нами поставлена цель: определить количество удаленных первых моляров в отделении челюстной лицевой хирургии с различными диагнозами, а также определить причины и выявить необходимый комплекс мероприятий к снижению удаления первых моляров.

Цель исследования.

1. Провести анализ удаления первых постоянных моляров по данным клиники челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Национального Центра Охраны Материнства и Детства (НЦОМид).
2. Установить возможные причины, приводящие к удалению первых постоянных моляров у детей.
3. Дать рекомендации по профилактике и лечению аномалий и деформаций, вызванных преждевременным удалением первого постоянного моляра.

Методы исследования:

Методом выборки просмотрены дети, госпитализированные в отделение челюстно-лицевой хирургии с 6 до 16 лет, по поводу удаления первых постоянных моляров.

За 2015 год было просмотрено 1195 карт больных из них 119 детей (65 девочек - 54 мальчиков) по поводу удаления 6 зубов. За 2016 год было просмотрено 1373 карт больных, из них 147 детей (76 девочек - 71 мальчиков) по поводу удаления 6 зубов. За 2017 год 1302 карт больных из них 142 детей (81 девочек - 67 мальчиков) по поводу удаления первых постоянных моляров, причиной которых являются кариес и его осложнения.

Таблица 1. - Структура больных поступивших больных в отделение ЧЛХ за 2015 год

Возраст и диагноз	Одонтогенные флегмона и абсцессы ЧЛО	Острый гнойный одонтогенный периостит	Одонтогенный остеомиелит
6-8 лет	11	17	8
9-11 лет	16	26	14
12-16 лет	9	12	6

Таблица 1. - Структура больных поступивших больных в отделение ЧЛХ за 2016 год

Возраст и диагноз	Одонтогенные флегмона и абсцессы ЧЛО	Острый гнойный одонтогенный периостит	Одонтогенный остеомиелит
6-8 лет	9	14	13
9-11 лет	16	28	29
12-16 лет	7	16	15

Таблица 1. - Структура больных поступивших больных в отделение ЧЛХ за 2017 год

Возраст и диагноз	Одонтогенные флегмона и абсцессы ЧЛО	Острый гнойный одонтогенный периостит	Одонтогенный остеомиелит
6-8 лет	6	15	14
9-11 лет	8	43	23
12-16 лет	3	18	12

Статистика госпитализированных больных в отделении ЧЛХ по поводу удаления первых постоянных моляров за 2015-2017 год по городу Бишкек.

Первомайский район	Ленинский район	Октябрьский район	Свердловский район
2015-2017	2015-2017	2015-2017	2015-2017
3 больных	8 больных	10 больных	12 больных
11 больных	20 больных	9 больных	10 больных
12 больных	25 больных	10 больных	22 больных

Заключения и выводы:

- Из числа всех удаленных первых постоянных моляров за 2015-2017 гг. в отд. члх на острый гнойный периостит приходится 189 случаев удаление зуба, что составляет - 49.9%; на абсцессы и флегмону - 85 случаев - 20.5%; и на одонтогенный остеомиелит - 134 случая удаление зуба, что составляет - 29.6%.
- Частота удаления первого постоянного моляра в группе 9-11 лет составляет - 50.5% (203 зуба) из общего числа удалённых 408 зубов.
- Установлено, что за период с 2015 – по 2017 гг. наибольшая обращаемость в отд. ЧЛХ НЦОМид по поводу удаления первого постоянного моляра, составил город Бишкек.
- Проведенный нами анализ показал, что профилактическая работа с детьми школьного возраста практически отсутствует в Республике.
- Своевременное пост экстракционное протезирование, позволяет предотвратить отставание в росте участка челюсти и вторичное перемещение зубов

Рекомендации для внедрения в практику:

1. Необходимо проводить своевременное диагностирование и своевременное лечение кариеса первых постоянных моляров в школьных учреждениях.
2. С целью профилактики аномалий зубных рядов и смещение зубов из состава зубного ряда, поворотов по оси вторых моляров, их мезиального наклона, образования перекрестного прикуса, после преждевременного удаления первого постоянного моляра необходимо проводить своевременное протезирование постэкстракционных дефектов зубных рядов.

Список литературы:

1. Сунцов В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: издательство НГМА, 2001. – С. 37–38.
2. Стоматология детей и подростков / [пер. с англ. Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дэвида Р. Эйвери]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 766 с.
3. Ганиев И.А. Роль моляров в возникновении зубочелюстных аномалий и деформаций: Автореф. дисс. канд. мед. Наук - СПб., 1993. - 18с.
4. Бетельман, А. И. Предупреждение и раннее лечение деформаций зубочелюстно-лицевой системы Текст. / А. И. Бетельман [и др.]. Киев: Здоровья, 1964.
5. Василевская, З. Ф. Деформация зубочелюстной системы у детей Текст. / З. Ф. Василевская, А. Д. Мухина, М. М. Хотимская. - Киев: Здоров'я, 1975. 184 с.
6. Криштаб, С. И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов Текст. / С. И. Криштаб, А. И. Довбенко // Стоматология. 1984. — № 5. — С. 60—61.
7. Манеев, В. Ф. Показания к изготовлению профилактических протезов у детей с учетом динамики формирования зубных дуг Текст. / В. Ф. Манеев, Л. Д. Чучмай, Л. Н. Завойко // Стоматология. 1986. — № 1. — С. 82–84.
8. Rakosi T. Atlas und Anleitung zur praktischen Feruront-geanalyse. // Carl Hanser Verlag. Munchen 1979. — 238 S.
9. Ronnerman A. Early extraction of deciduous molars // Swedish Dent. J. - 1974. - Vol. 67. - p. 327–337.
10. Shcpira J. Transposition of canins. // J. Amer. dent. Ass 1980. - № 5. p. 710–715.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Израилова А.С., Агайдаров Р.Д., Назаралиева С.Б.

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

Резюме: в статье представлено описание случая пренатальной диагностики истинного приращения предлежащей плаценты при ультразвуковом исследовании у беременной с отягощенным акушерским анамнезом. Пациентка родоразрешена в доношенном сроке путем операции «кесарево сечение» в плановом порядке с последующим расширением объема операции. Диагноз истинного приращения плаценты был подтвержден интраоперационно.

Ключевые слова: плацента, предлежание плаценты, истинное приращение плаценты, ультразвуковая диагностика.

БАЛАНЫН БОРБОРДУК КЕЛҮҮСҮНДӨ ПЛАЦЕНТАНЫН АЛА (Б ТОНУНУН) ТАМЫР ЖАЮУСУ (ӨСҮШҮ) КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

Израилова А.С., Агайдаров Р.Д., Назаралиева С.Б.

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

Резюме: макалада оор акушердик анамнез менен кош бойлуулардын ультрадобуш изилдөөсүндө келген плацентанын чыныгы тамыр жаюусунун (өсүүсүнүн) пренаталдык дарттапма учурунун сүрөттөлүшү көрсөтүлдү. Бейтап аял кийинки операция көлөмүнүн кеңейүүсү менен пландалган тартипте “кесар жаруусу” операциясы аркылуу ай-күнүнө жеткен мөөнөттө төрөдү. Плацентанын чыныгы тамыр жаюусунун дартаты интраоперациялык далилденген.

Негизги сөздөр: плацента (бала тону), плацентанын келүүсү, плацентанын чыныгы тамыр жаюусу (өсүүсү), ультрадобуш дарттапма.

CLINICAL CASE CONCENTRATION PLACENTS AT CENTRAL BIDDING

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

The present article describes the case of prenatal diagnosis of placenta praevia vera by the ultrasound investigation in pregnant women with severe obstetric anamneses. The delivery was performed by cesarean section in a planned manner to conduct conserving surgery. The diagnosis of true placenta accreta was confirmed intraoperatively.

Key words: placenta, placenta praevia, placenta accreta vera, ultrasound diagnostics.

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии. Отсутствие губчатого слоя децидуальной оболочки приводит к проникновению в миометрий ворсин хориона. В зависимости от глубины проникновения ворсин в миометрий различают три варианта приращения плаценты. При placenta accreta губчатый слой атрофирован, ворсины контактируют с миометрием, не внедряясь в него, и не нарушают его структуру. При placenta increta ворсины хориона проникают в миометрий и нарушают его структуру. При placenta percreta ворсины прорастают миометрий на всю глубину вплоть до висцеральной брюшины [1].

Этиопатогенез приращения плаценты в настоящее время остается не совсем изученным. Согласно одной из гипотез, врастание плацентарной ткани в стенку матки происходит в результате дефектной децидуализации (отсутствие decidua basalis, неполноценное развитие фибриноидного слоя), аномального гравидарного роста маточных сосудов, избыточной инвазии трофобласта вследствие хирургических вмешательств на матке. Приращение плаценты может быть полным, при котором врастание ворсин в миометрий происходит по всей поверхности плацентарной площадки, и частичным, которое характеризуется инвазией плаценты только в отдельных зонах. Частота истинного приращения плаценты, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах — от 1:500 до 1:10000 родов. Особенно редко встречается полное приращение, частота которого составляет 1 случай на 24506 родов [2]. Отмечена прямая зависимость между риском приращения плаценты и возрастом женщины, наличием в анамнезе оперативных вмешательств на матке и предлежанием плаценты [3]. Так, риск приращения предлежащей плаценты у беременной с неоперированной ранее маткой составляет около 3-5%, риск возрастает с увеличением количества оперативных вмешательств на матке, при одном кесаревом сечении он составляет 11-24% и увеличивается до 67% после четырех и более перенесенных операций [4].

К ультразвуковым проявлениям истинного приращения плаценты относятся: отсутствие эхонегативного пространства между плацентой и стенкой матки, так называемой «прозрачной зоны», наличие аномальных сосудистых лакун в субплацентарном пространстве и подлежащем миометрии с турбулентным кровотоком, отсутствие либо прерывистость границы между маткой и мочевым пузырем.

Использование режима цветового доплеровского картирования (ЦДК) является обязательным для постановки диагноза, что уменьшает количество ложноположительных заключений. К критериям приращения плаценты, обнаруживаемым при использовании режима ЦДК, относятся: гиперваскуляризация области между маткой и мочевым пузырем, аномальное «ветвление» сосудов под плацентой, наличие в области лакун миометрия артериального, венозного и смешанного кровотока с пиковой систолической скоростью более 15 см/с и низкой резистентностью [5].

В отечественной литературе обнаружено всего несколько случаев дородовой диагностики приращения плаценты [6].

В данной статье мы приводим собственное клиническое наблюдение инвазии плаценты при центральном предлежании в клиническом роддоме Национального Центра Охраны Материнства и Детства. Кыргызстан.

Материал и методы исследования. Беременная Г., 30 лет. Состояла на учете в ГСВ. Соматически здорова. Беременность третья, первая беременность завершилась оперативными родами по поводу слабости родовой деятельности новорожденный с массой -3700. Вторая –кесарево сечение, новорожденный с массой 3900. Третья беременность данная. На учете состояла 11 нед. беременности, посетила 5 раз.

Результаты исследования. При ультразвуковом исследовании обнаружена одноплодная беременность, копчикотемной размер плода соответствовал сроку гестации 9 недель. В 20 нед. на УЗИ диагностировано краевое предлежание плаценты на уровне ГСВ. В 34 нед. выставлен диагноз полного предлежания плаценты. Плацента локализовалась по передней стенке матки (также в проекции рубца) с переходом на заднюю стенку с высоким риском врастания- инвазии в переднюю стенку матки, в области послеоперационных рубцов и шейку матки. Ультразвуковые критерии высокого риска врастания плаценты при ее центральном предлежании: разнокалиберные, хаотично расположенные лакуны неправильной формы, без четких границ, на участке плаценты, примыкающем к передней стенке матки в области рубца (рис. 1).

Изображение decidua basalis четко не определялось, отсутствовала гипэхогенная полоска. Миометрий в проекции рубца четко не визуализировался, исследование этой зоны в режиме ЦДК проводилось. Лоцировались большие лакуны в области верхней трети шейки матки, ЦДК +. Использование режима цветового доплеровского картирования (ЦДК) является обязательным для постановки диагноза, что уменьшает количество ложноположительных заключений. К критериям приращения плаценты, обнаруживаемым при использовании режима ЦДК, относятся: гиперваскуляризация области между маткой и мочевым пузырем, anomальное «ветвление» сосудов под плацентой, наличие в области лакун миометрия артериального, венозного и смешанного кровотока с пиковой систолической скоростью более 15 см/с и низкой резистентностью [7,8,9].

Дальнейшие ультразвуковые исследования проводились с интервалом 5-6 недель, в ходе которых подтверждалось полное предлежание плаценты и отсутствие динамики ее «миграции» относительно области внутреннего зева. Анатомия плода и фетометрические данные соответствовали сроку гестации.

Согласно клиническим протоколам, была госпитализирована в сроке 34 нед. с последующим плановым родоразрешением в доношенном сроке. В сроке беременности 37 недель была произведена плановая операция: проведено донное кесарево сечение. Родился мальчик с весом 2850 г., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Из протокола операции: «на передней стенке матки визуализируется участок маточной грыжи 15x10 см с переходом на шейку матки и заднюю стенку, через который просвечивается плацента и извитые артерии, характерные для врастания плаценты». После извлечения плода и ушивании донного разреза матки произведен временный гемостаз катетерами Фолея, plica vesica uterine спущена, на область внутреннего зева и на яичниковые сосуды, через листки широкой связки проведены катетеры и туго зафиксированы. Учитывая инвазию в верхнюю треть шейки матки интраоперационно решено

провести ампутацию матки без придатков. Участок, представленный маточной грыжей, иссечен, плацента с выраженными техническими трудностями удалена. Проведена низкая ампутация в пределах здоровой ткани шейки матки.

Общая кровопотеря составила около 900мл. Течение послеоперационного периода без особенностей, на 7-е сутки женщина выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. На момент написания статьи ребенку исполнилось 40 дней, его физическое и психомоторное развитие нормальное.

Заключение. Несмотря на редкие случаи описания данной патологии, дородовая диагностика истинного приращения плаценты не является невыполнимой задачей. В описанном нами случае ситуация достаточно типична: патология возникла у повторно-беременной женщины, имеющей в анамнезе операцию «кесарево сечение». С первых недель беременности при ультразвуковом исследовании отмечалось низкое прикрепление плаценты, а в дальнейшем сохранялось ее предлежание и визуализировалась характерная эхографическая картина изменений в decidua basalis, что позволило заподозрить приращение плаценты.

Таким образом, у каждой пациентки с предлежанием плаценты должен осуществляться целенаправленный поиск признаков приращения плаценты. Максимальное внимание необходимо уделять женщинам, попадающим в группу риска: пациентки, перенесшие в анамнезе операцию «кесарево сечение», и/или с предлежанием плаценты. Важна оценка локализации плаценты относительно послеоперационного рубца и области внутреннего зева. Выраженность ультразвуковой симптоматики зависит от локализации плаценты, глубины инвазии и площади поражения (частичное или полное приращение). Дополнительную информацию позволяет получить режим ЦДК.

Своевременная пренатальная диагностика приращения плаценты влияет на акушерскую тактику и позволяет спланировать родоразрешение пациентки в специализированных центрах с высококвалифицированным персоналом, оснащенными операционными для выполнения органосохраняющих операций.

Таким образом, дородовая диагностика приращения плаценты может позволить выявить беременных с высокой группой риска на кровотечение, перенаправить на третичный уровень на родоразрешение. В условиях третичного уровня проводить оценку рисков, проводить предоперационную подготовку с подбором одногруппной крови и плазмы. Организация командной работы в операционной: урологи, сосудистые хирурги. Что в итоге позволит снизить материнскую смертности.

Список литературы:

1. Войтюк Э.Г., Алтынник Н.А., Медведев М.В. Клиническое наблюдение истинного приращения плаценты при ультразвуковой диагностике. Саратовский научно-медицинский журнал. - 2015; 11 (2): 156-159.
2. Flesher A, Mening F, Jeanty F, Romero R. Ultrasound examination of the placenta: Placenta accreta. In: Sonography in obstetrics and gynecology: Theory and practice. Edition 6. Chapter 1. Translation from english. Moscow: Dom Vidar, 2005; p. 231-233. Russian (Флейшер А., Мэнинг Ф., Дженти Ф., Ромеро Р. Эхографическое обследование плаценты: Приращение плаценты. В кн.: Эхография в акушерстве и гинекологии: теория и практика. Пер. с англ. 6-е изд. Ч. 1. М.: Дом Видар. - 2005; с. 231-233).
3. Chalubinski KM, Pils S, Klein K, Seemann R, Speiser P, Langer M, Ott J. Prenatal sonography can predict degree of placental invasion. Ultrasound Obstet Gynecol. - 2013; 42: 518-524.
4. Tihonenko IV, Barsukov AN, Paceev SV, Kogalenok NN. Diagnosis of placenta accreta: clinical case and review. Prenatal diagnosis 2007; 6 (2): 123-130. Russian (Тихоненко И. В., Барсуков А. Н., Пацев С. В., Когаленок Н. Н. Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы. Пренатальная диагностика. - 2007; 6 (2): 123-130.)
5. Shih JC, Palacios Jaraquemada JM, Su YN, et al. Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: compare on with gray scale and color Doppler techniques. Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 33 (1): 193-203.
6. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. Ultrasound Obstet Gynecol. - 2005; 26 (1): 89-96.
7. Gazonova VE, Talizina OV. Case of early diagnosis increment of chorionic villi. Ultrasound and functional diagnosis 2005; 1: 118-121. Russian (Гажонова В. Е., Талызина О. В. Случай ранней диагностики приращения ворсин хориона. Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2005; 1: 118-121.)
8. Medvedev MV, Hoholin VL, Grabar AV. Ultrasound diagnosis of placenta accreta vera. Ultrasound and Functional Diagnosis 1996; 3: 24-26. Russian (Медведев М. В., Хохолин В. Л., Грабар А. В. Эхографическая диагностика истинного приращения плаценты: описание клинического наблюдения. Ультразвуковая диагностика). - 1996; 3: 24-26.
9. Yudina EV, Medvedev MV. Prenatal ultrasound diagnosis of placenta accreta using color Doppler: clinical cases and review. Ultrasound Diagn Obstet Gynecol Pediatr 2001; 4: 253-259. Russian (Юдина Е. В., Медведев М. В. Дородовая ультразвуковая диагностика приращения плаценты с использованием цветового доплеровского картирования: клинические наблюдения и обзор литературы. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. - 2001; 4: 253-259.)

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕДИАТРИЯ

Комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики врожденных пороков развития и последствий перинатального периода в Кыргызской Республике	4
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Макенжан Алмаз</i>	
Структура, клинические проявления, прогнозирование исходов и программы лечение перинатальной энцефалопатии у детей	13
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Турдалиев Н.М.</i>	
Предикторы риска развития неонатальных желтух	23
<i>Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.</i>	
Отчёт о проделанной работе центра мониторинга и оценки при НЦОМид за 2016 год	28
<i>Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Казакбаева Ж.А., Шалабаева Б.С., Исаева Д.</i>	
Медико-социальные аспекты снижения инвалидности при различной патологии у детей в Кыргызской Республике	34
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.</i>	
Анализ потенциала раннего вмешательства для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях Кыргызстана	38
<i>Жихарева В.В., Богомолец К.Ю., Фаизова Ф.М.</i>	
Результаты внедрения «Бобоат-терапии» в комплексную реабилитацию детей раннего возраста на базе отделения патологии перинатального периода НЦОМид	42
<i>Жихарева В.В., Богомолец К.Ю., Фаизова Ф.М.</i>	

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Влияние хронического гнойного среднего отита на развитие нейросерной тугоухости	45
<i>Узакбаев К.А., Бейшенова М.У., Бейшеева Ч.К.</i>	
Анализ удаления постоянных первых моляров в возрасте от 7-16 лет, профилактика и лечение	49
<i>Таалайбек у Н, И.М. Юлдашев, А.Б. Мамыралиев, Р.Я. Усманджанов, М.П. Бигишиев, Э.С. Суеркулов</i>	

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Клинические случаи вращение планцеты при центральном предлежании	52
<i>Израилова А.С., Агайдаров Р.Д., Назаралиева С.Б.</i>	

МАЗМУНУ

ПЕДИАТРИЯ

Кыргыз республикасында өнүгүүнүн тубаса кемтиктерин алгачкы алдын алуу жана перинаталдык мезгилдин натыйжаларын мыктылоо боюнча иш чаралардын комплекси.....4	
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Макенжан Алмаз</i>	
Балдардын перинаталдык энцефалопатиясынын түзүмү, клиникалык билинүүлөрү, дарылоонун программаларын жана натыйжаларын болжоо13	
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Турдалиев Н.М.</i>	
Неонаталдык сарыктардын өрчүп кетүү коркунуч предикторлор23	
<i>Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г.</i>	
2016-жыл үчүн Эне жана баланы коргоо улуттук борборуна караштуу мониторинг жана баалоо борборунун аткарылган иши жөнүндө28	
<i>Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Казакбаева Ж.А., Шалабаева Б.С., Исаева Д.</i>	
Кыргыз республикасында балдардын ар кандай патологияларында майыптуулуктукту төмөндөтүүнүн медико-социалдык аспектери34	
<i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б.</i>	
Кыргызстандын шартында ДСМЧ балдар үчүн эрте кийлигишүүнүн потенциалына анализ жүргүзүү38	
<i>Жихарева В.В., Богомолец К.Ю., Фаизова Ф.М.</i>	
УЭЖБКБ перинаталдык мезгилиндеги патология бөлүмүнүн базасында кенже курактагы балдарды комплекстүү реабилитациялоо Бобат-терапиясын жайылтуунун жыйынтыктары.....42	
<i>Жихарева В.В., Богомолец К.Ю., Фаизова Ф.М.</i>	
Нейросенсордук кулагы жакшы укпагандыктын өнүгүшүнө өнөкөт ириндеген орточо отиттин таасир тийгизүү даражасы45	
<i>Узакбаев К.А., Бейшенова М.У., Бейшеева Ч.К.</i>	
7-16 жашка чейинки курактагы туруктуу биринчи тиштери жоюу, алдын алуу жана кийин четтетүү дарылоо анализи52	
<i>Таалайбек у Н, И.М. Юлдашев, А.Б. Мамыралиев, М.П. Бигишиев, Э.С. Суеркулов</i>	

Требования к публикациям в журнале
ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

К публикации в журнале «Здоровье матери и ребенка» принимаются передовые, оригинальные и обзорные статьи. Не принимаются материалы, ранее опубликованные или направленные в другие журналы или сборники. Поступившие статьи проходят экспертизу (рецензирование) членов редакционной комиссии, которая принимает решение о возможности опубликования направленных материалов.

Материалы должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах и в электронном варианте (USB-флеш, CD-диск). Электронный вариант текста в стандартном формате MS Word 2003-2010 (расширение doc или docx). Шрифт TimesNewRoman Cyr, размер шрифта – 14; междустрочный интервал – 1,5. Поля; левое – 3,0 см, правое – 1 см, нижнее и верхнее – 2 см; красная строка в тексте – 1,25 см; в числах десятые отделяются знаком «,».

Название файла статьи указывается по фамилии первого автора. В имени файла укажите номер направления (Aibashov-1.doc или docx), если более 1 статьи - (Aibashov-2.doc или docx).

Страницы статьи должны быть пронумерованы последовательно. Статья должна включать разделы: актуальность, материалы и методы исследования, результаты, обсуждение, выводы, список литературы. **В начале статьи приводится УДК.**

Статьи для публикаций следует отправлять на русском языке, объемом не более 6-7 страниц (для оригинальных работ), не более 10 страниц для обзорных статей, не более 2-х работ от одного автора.

Необходимо указать на **русском, кыргызском и английском** языках название работы, фамилии авторов, полное название учреждения, город, страна, где выполнена работа и резюме.

Резюме должно содержать краткое содержание статьи (не более 10 строк), ключевые слова (не более 6). Статья должна быть тщательно проверена автором: химические формулы, таблицы, дозы. Все цифровые данные должны быть приведены в единицах СИ. Сокращения в тексте должны быть расшифрованы при первом упоминании.

Список литературы должен располагаться в конце статьи, вся литература должна быть пронумерована; внутри статьи ссылки на литературу указываются соответствующим номером, заключенным в квадратные скобки; список литературы оформляется в соответствии с описанием библиографии диссертационных работ. Таблицы, рисунки, список литературы, резюме входят в объем статьи.

В конце статьи необходимо указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редколлегия может вести переписку, используя точный адрес, телефон и электронный адрес. Статьи визируются руководителем учреждения, и заверяется печатью учреждения, должны быть подписаны всеми авторами. Статьи, оформленные не по требованиям, отправленные по факсу не принимаются, а также не прошедшие рецензирование рассматриваться не будут. После рецензирования статьи не возвращаются.

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

Национальный центр охраны материнства и детства.

Tel. +996 312 49-10-33.

E-mail: aidai.bazarbaeva@gmail.com, телефон: +996 772 999528; +996 777 368573

ЖУРНАЛДАГЫ БАСЫЛМАЛАРГА ТАЛАПТАР АВТОРЛОРДУН ЭСИНЕ!

«Эне жана баланын ден соолугу» журналындагы басылмага алдыңкы, оригиналдуу жана серептик макалалар кабыл алынат. Мурун басылып чыккан же башка журнал же жыйнактарга жиберилген материалдар кабыл алынбайт. Келип түшкөн макалалар редакциялык комиссия мүчөлөрүнүн экспертизасынан (рецензиялоосунан) өтүшөт, ал комиссия жиберилген материалдардын басылып чыгуу мүмкүндүгү жөнүндө чечимин кабыл алат.

Материалдар 2 нускада жана электрондук түрдө (USB-флеш, CD-диск) басылыш керек. Тексттин электрондук түрү MS Word 2003-2010 (кеңейүү doc же docx) стандарттуу форматта. Шрифт TimesNewRomanCyr, шрифттин көлөмү – 14; сап аралык интервал – 1,5. Четтери: сол – 3,0 см, оң – 1 см, ылдыйкы жана үстүңкү – 2 см; тексттеги кызыл сап – 1,25 см; сандарда ондуктар «,» белгиси менен бөлүнөт.

Макала файлынын аталышы биринчи автордун аты-жөнү боюнча көрсөтүлөт. Файлдын аталышында жолдомонун номери (Aibashov-1, doc же docx), эгер 1 макаладан көп болсо Aibashov-2, doc же docx көрсөтүлөт.

Макаланын беттерине ырааттуу түрдө номерлер коюлуш керек. Макала актуалдуулугу, изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары, натыйжалары, талкуулоо, корутунду, адабият тизмеси бөлүктөрүн камтыш керек. **Макаланын башына УДК коюлат.**

Басылма үчүн макалаларды орус тилинде, көлөмү 6-7 беттен көп эмес (оригиналдуу иштер үчүн), серептик макалалар үчүн 10 беттен көп эмес, бир автордон 2 иштен көп эмес жиберүү керек.

Эмгектин аталышын, авторлордун аты-жөндөрүн, мекеменин толук аталышын, эмгек аткарылган шаарды, өлкөнү жана резюмени **орус, кыргыз жана англис** тилдеринде көрсөтүү зарыл.

Резюме макаланын кыскача мазмунун (10 саптан көп эмес), негизги сөздөрдү (бдан көп эмес) камтыш керек. Макала автор тарабынан кылдат текшерилиш керек: химиялык формулалар, таблицалар, дозалар. Баардык сан менен берилген маалыматтар СИ бирдиктеринде келтирилиш керек. Тексттеги кыскартуулар биринчи айтылганында чечилмелениши керек.

Адабият тизмеси макаланын аягында жайгашыш керек, баардык адабиятка номер коюлуш керек; макаланын ичинде адабиятка шилтемелер квадрат кашаларга алынган туура келүүчү номер менен көрсөтүлөт; адабият тизмеси диссертациялык иштердин библиографиялык жазуусуга ылайык толтурулат. Таблицалар, сүрөттөр, адабият тизмеси, резюме макаланын көлөмүнө кирет.

Макаланын аягына редколлегия так дарегин, телефонун жана электрондук дарегин пайдаланып, кат алыша турган автордун теги, аты жана атасынын аты жазылуусу зарыл. Макалаларга мекеменин жетекчиси кол коёт, жана мекеменин мөөрү менен далилденет, баардык авторлор кол коюш керек. Талаптарга ылайык эмес толтурулган, факс менен жиберилген макалалар кабыл алынбайт, ошондой эле рецензиялоодон өтпөй калган макалалар каралбайт. Рецензиялоодон кийин макалалар кайтарылбайт.

Дареги: 720038, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев к., 190.

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору.

Tel. +996 312 49-10-33.

E-mail: aidai.bazarbaeva@gmail.com, телефон mob: +996 772 999528; +996 777 368573

PUBLICATION REQUIREMENTS. ATTENTION AUTHORS!

For publication in the journal "Maternal and Child Health" adoptes advanced, original and review articles. Materials previously published or sent to other magazines or collections are not accepted. The received articles are reviewed by members of the drafting committee, which makes a decision on the possibility of publishing directed materials.

Materials should be printed in 2 copies and in an electronic version (USB-flash, CD-disk). Electronic version of the text in standard MS Word 2003-2010 format (doc or docx extension). Font Times New Roman Cyr, font size - 14; line spacing is 1.5. Fields; left - 3.0 cm, right - 1 cm, lower and upper - 2 cm; red line in the text - 1,25 cm; in numbers the tenths are separated by the "," sign.

The file name of the article is indicated by the surname of the first author. In the file name, specify the direction number (Aibashov-1.doc or docx), if more than 1 article - (Aibashov-2.doc or docx).

Article pages should be numbered sequentially. The article should include sections: Title, [Abstract](#), [Introduction](#), [Materials and Methods](#), results, discussion, conclusions, references. At the beginning of the article UDC is given.

Articles for publications should be sent in Russian and kyrgyz, no more than 6-7 pages in length (for original works), no more than 10 pages for review articles, no more than 2 works from one author.

It is necessary to indicate in Russian, Kyrgyz and English the name of the work, the names of the authors, the full name of the institution, the city, the country where the work and resume were done.

The abstract should contain a summary of the article (no more than 10 lines), keywords (not more than 6). The article should be carefully checked by the author: chemical formulas, tables, doses. All digital data must be in SI units. The abbreviations in the text should be deciphered at the first mention.

The list of literature should be placed at the end of the article, all literature should be numbered; Within the article references to the literature are indicated by the corresponding number enclosed in square brackets; the list of literature is made in accordance with the description of the bibliography of dissertations. Tables, figures, references, summaries are included in the scope of the article.

At the end of the article, it is necessary to indicate the author's last name, first name and patronymic, with which the editorial board can conduct correspondence using the exact address, telephone number and e-mail address. Articles are vetted by the head of the institution, and certified by the stamp of the institution, must be signed by all authors. Articles that are not submitted according to the requirements sent by fax are not accepted, and those who have not been reviewed will not be considered. After reviewing the articles are not returned.

Address: 720038, Kyrgyz Republic, Bishkek, ul. Akhunbaeva, 190,
National Center for Maternal and Childcare.

Tel. +996 312 49-10-33.

E-mail: aidai.bazarbaeva@gmail.com, tel. mob: +996 772 999528; +996 777 368573

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ.

УДК 618.1:614.7

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЖЕНЩИН: СКРИНИНГ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Узакбаев К.А.¹, Назаралиева С.Б.¹, Атакозиева Г.М.¹, Жусупова Ш.К.²

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

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

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

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

Узакбаев К.А.¹, Назаралиева С.Б.¹, Атакозиева Г.М.¹, Жусупова Ш.К.²

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

Корутунду. Бул статьяда төрөт курагындагы аялдардын темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулук аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо боюнча жакшы сапаттагы изилдөөлөрдүн негизинде иштелип чыккан ыкмалар келтирилген. Бул ыкмалар канчалык деңгээлде биздин ҮБДБ/ҮБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилет.

Өзөктүү сөздөр: төрөт курагындагы аялдар, темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулук, аныктоо, алдын алуу, дарылоо.

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN WOMEN: SCREENING, PREVENTION AND TREATMENT

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

*The National Center of Maternity and Childhood Welfare¹,
Kyrgyz Scientific Center of Hematology²,
Bishkek, Kyrgyz Republic.*

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

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

Актуальность

Цель исследования:

Материал и методы исследования.

Результаты и обсуждение.

Выводы.

Список литературы:

Для записей





Здоровье матери и ребенка.
2018. Том 10. № 1-2.
Формат 210x297. Печать офсетная.
Объем 8,1 п. л.
Тираж 250 экз.
Отпечатано в типографии ОсОО «Ucolor»
ул. Орозбекова, 2
Тел.: +996 (550) 986 386