



2019

Том 11

№ 1

# ЗДОРОВЬЕ

## МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно практический  
медицинский журнал

### ПЕДИАТРИЯ

*Материнская смертность по Республике за 9 – месяцев 2018 года*

*Болезни костно – мышечной системы и соединительной ткани среди детского населения КР*

*Факторы риска формирования метаболического синдрома у детей в Кыргызской Республике*

*Динамические показатели работы отделения острой респираторной патологии НЦОМиД за 2016-2018 годы*

*Современные модели лечения гемофилии у детей*

*Клиническая характеристика побочных явлений гормонотерапии при острой ревматической лихорадки у детей*

*Состояние системы эритроцитов при пневмонии у детей в зависимости от групповой принадлежности*

*Заболеваемость у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах КР*

*ХНЗЛ: бронхэктомическая болезнь у детей*

*Бронхиальная астма в педиатрической практике*

### ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

*Клинические особенности остеомиелита у детей в Кыргызской Республике.*

*Дефекты и деформации опорных тканей средней зоны лица у детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба.*

# ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2019. Том 11. № 1.

Журнал основан в 2009 году

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

Журнал зарегистрирован Министерством юстиции Кыргызской Республики. Регистрационный номер 1519

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

Адрес редакции: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 190. +996 312 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. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

## Редакционная коллегия

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

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

Ашералиев М.Е. – д.м.н., с.н.с. (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)

Мизеницкий Ю.Л. – д.м.н., профессор (Москва, Россия)

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., профессор (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 СООЛУГУ

## мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

2019. Том 11. № 1.

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](http://jurnal.ncomid.kg)

### Башкы редактор

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

### Башкы редактордун орун басары

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

### Редакциялык жамаат

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

Э.Ш. Алымбаев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

М.Е. Ашералиев – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

Н.Д.Гулиев – м.и.д., профессор (Баку, Азербайжан)

Р.М. Кадырова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

А.А. Кангельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Л.С. Каюпова - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан)

Д.С. Кочкунов - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

Д.К. Кудаяров – м.и.д., профессор, КР УИА академиги (Бишкек, Кыргызстан)

А.А. Кучербаев - м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

Макенжан Алмаз - м.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

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

Ю.Л. Мизерницкий – м.и.д., профессор (Москва, Россия)

З.Н. Набиев – м.и.д., профессор (Душанбе, Таджикстан)

С.Г. Нукушева – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан)

Т.О.Омурбеков – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

В.Т. Рыскельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) Г.М.

Саатова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) А.Э.

Самигуллина - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) И.М.

Юлдашев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)

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)

**ПЕДИАТРИЯ**  
УДК:616 – 089. 168.8 (572.2)

**ПЕДИАТРИЯ**

**РЕСПУБЛИКА БОЮНЧА ЭНЕ ӨЛҮМҮ, 2018 –ЖЫЛДЫН  
9-АЙЫНЫН ИЧИНДЕ**

**Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Жумагулова Г.С., Назаралиева С.Б.,  
Эшалиева А.С. Өзүбекова М.К., Ишеналиева Ч.А., Казыбекова Г.М.,  
Бейшембаева М. К.**

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

**Резюме:** макалада 2018-жылдын 9 айдын ичинде Кыргыз Республикасында, энелердин өлүмүн азайтуу боюнча сунуштарды эске алуу менен, энелердин олуму боюнча маалыматтар каралган.

**Негизги сөздөр:** энелердин өлүмү, төрөт, төтөндөтүү, көрсөткүчөр, перинатальдык жардам.

**МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО РЕСПУБЛИКЕ ЗА  
9 МЕСЯЦЕВ 2018 ГОДА**

**Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Жумагулова Г. С., Назаралиева С.Б.,  
Эшалиева А.С. Өзүбекова М.К., Казыбекова Г.М., Бейшембаева М. К.**

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

**Резюме:** в статье предоставлены данные за материнскую смертность по Кыргызской Республике за 2018 год 9 месяцев с учетом рекомендаций по снижению материнской смертности.

**Ключевые слова:** материнская смертность, роды, снижение, показатели, перинатальная помощь.

**MATERNAL MORTALITY IN THE REPUBLIC FOR 9 MONTHS OF  
2018**

**Uzakbaev K.A., Maimerova G.Sh., Nazaralieva S.B., Eshalieva A.S.,  
Ozubekova M.K., Kazibekova G.M., Beyshembaeva M. K.**

*National Center for Maternal and Child Welfare,  
Bishkek, Kyrgyz Republic*

**Summary:** the article provides data for the maternal mortality rate for the Kyrgyz Republic for 2018, 9 months, taking into account recommendations for reducing maternal mortality.

**Key words:** maternal mortality, childbirth, decline, rates, perinatal care.

Ыкчам маалыматтар боюнча 2018-жылдын 9 айынын ичинде төрөттөн, төрөттөн кийинки мезгил ичинде 41 кош бойлуу аял каза тапкан, эне өлүмүнүн көрсөткүчү 100000 тириү төрөлгөндөрө 34,5 түздү (2017-жылдын ушул эле мезгилинде 36 аял каза тапкан, көрсөткүчү 31,2; өсүү 10,4%). Эне өлүмүнүнкөп көрсөткүчү Нарын облусунда (207,1), Ысык-Көл облусунда

(84,1) белгиленди. Ысык-Көл (193,3%), Нарын жана Талас облустарында (2017-жылы бул региндордо эне өлмүнүн учурлары болгон эмес).

Каза тапкан аялдардын жалпы санынан 6 (14,6%) мигранттар, булардын 2 – тышкы мигранттар (Каракуляж району, Россиядан 30 жумалык кош бойлуу учурунда келген, Ош ш. РФ Бурятиясынан келген).

Каза тапкан аялдардын жалпы санынан 5 (12,2%) 20 жашка чейинкилер, 28 (68,3%) 20-34 жаштагылар, 8 (19,5%) – 35 жаштан жогорулар.

Эне өлмүнүн 12 учурунда (34,3%) биринчи кош бойлуулук, 14 учурунда (14,0%) – экинчиден төртүнчүгө чейинки кош бойлуулук, 9 учурунда (25,7%) – бешинчи жана андан көп кош бойлуулук болгон.

Антенаталдык байкоодо 38 (92,7%) каза тапкан аялдар, булардын ичинен 8 (21,1%) ФАПта акушерлер тарабынан көзөмөлгө алынган. Антенаталдык байкоодо көп аял турганына карабастан, 22 (55,4%) каза тапкан аялдар төрөт стационарларына оор же өтө оор абалда келип түшкөн. Бул баштапкы звенодо көзөмөлдөө ишинин начар уюштурулганына кабар берет.

85,4% аялдар төрөттөн же төрөттөн кийинки мезгилде каза болушкан, кош бойлуу учурунда 7,3 жана абортоон 7,3% аялдар каза табышкан.

Өлгөн жерлери боюнча облустук төрөт стационарларында өлгөндөрдүн көрсөткөчө жогору (14 төрөгөндөр (родильница) же 34,1%) жана райондук жана шаардык аймактык ооруканаларда (10 учур же 24,4%). Республикалык стационарлардагы жалпы профилдеги стационарларда 9 аял же 22,0%, төрөт үйлөрүндө каза болгондор 14,6% (6 учур), 2 учурда (4,9%) үйдө каза болушкан.

Эне өлмүнүн структурасында биринчи орунда преэклампсия жана эклампсия – 9 учур же 22,0%, андан кийин 8 учур (19,5%) сепсис, ЭГЗ жана башка себептер (АШ, ТЭЛА, ЭОВ). Кан кетүүлөр – 7 учур же 17,1%, 1 учур (2,4%) үйүндө каза болгон, мунун себеби аныкталган жок.

Патологоанатомиялык союулар эне өлмүнүн 14 учурунда (34,1%) өткөрүлдү, 27 учурда өлүк союулган эмес (65,9%).

Төрөт саны жогору бойдон турат, бирок штаттар, каржылоо жана кадрлар маселеси ошол бойдон калууда, бул медициналык жардамды көрсөтүү ишинин сапатына таасирин тийгизип жатат. КР Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан кош бойлуу, төрөй турган жана төрөгөн аялдарга медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жакшыртуу боюнча белгилүү бир иштер жүргүзүлүүдө.

“Ден соолук” улуттук программасынын алкагында кош бойлуу аялдарга кечикирилгис медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жакшыртуу үчүн SWAp каражаттарынын эсебинен Жалал-Абад, Ош, Баткен, Ысык-Көл, Талас, Нарын, Чүй облустук төрөт бөлүмдөрүнө жана Эне менен баланы коргоонун улуттук борборуна (ЭжБКУБ) 8 реанимобил сатылып берилди. Бишкек жана Ош шаарларындагы төрөткө көмөктөшүүчү уюмдар жана облустук саламаттык сактоо уюмдарындагы төрөт бөлүмдөрү медициналык жабдуулар менен жабдууланган.

Республика боюнча эне өлүмүн конфиденциалдуу изилдөө институту түзүлдү, мында аялдын өлүмүнүн анык себептери аныкталып, аларды жоюу боюнча конкреттүү чараплар иштелип чыгат.

Төрөткө көмөктөшүү уюмдарынын жана баштапкы звенодогу уюмдардын медкызматкерлери туруктуу негизде окутулуп турат.

Кош бойлуу, төрөй турган, төрөгөн аялдарга квалификациялык медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жакшыртуу максатында, “Кыргыз Республикасында перинаталдык жардамды жакшыртуу боюнча программаларын” ишке ашыруунун алкагында Баткен, Жалал-Абад, Ош, Ысык-Көл облустарынын адистеринин алмашуусу болду.

Төрөткө көмөктөшүү уюмдарындагы медициналык адистер үчүн кечикирилгис акушердик жардам (КАЖ) боюнча окуу программаларын институционалдаштыруу иши улантылууда. Практикалык өндүмдөрдү жакшыртуу үчүн клиникалык протоколдор жана КАЖ боюнча колдонмолов иштелип чыкты.

Аялдарга жана ымыркайларга квалификациялуу жардам көрсөтүүдө акушерлердин роли жана потенциалы жогорулады, кечикирилгис жардам боюнча модулдар иштелип чыгып, медколледждерге таратылды. Эл аралык экспертердин катышуусу менен неантолог-педиатрлар, реаниматологдор жана медайымдар үчүн ымыркайлар үчүн, реанимация бөлүмдөрүндөгү ымыркайлар үчүн неонаталдык кам көрүү маселелери боюнча клиникалык практикалык тренингдер өткөрүлдү.

Учурда Эне жана баланы коргоонун улуттук борборунун аймагына Перинаталдык борбордун курулушу башталды, ал 170 жатак орунга эсептелген, 2019-жылы бул курулушту аяктоо мерчемделүүдө. Бирок жатак орундардын бул саны да жетишсиздик кылат.

Мындан тышкary, Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан GIZ долбоору менен биргеликте жумушчу топ түзүлдү жана үчүнчү деңгээлдеги Перинаталдык борбор үчүн адам ресурстарын башкаруу концепциясын иштеп чыгууга анализ жүргүзүлүүдө, ошондой эле төрөткө көмөктөшүү мекемелериндеги штаттык расписаниеге мониторинг жана анализ жасалууда, андан ары медициналык кызматкерлерге иш жүктөмүнүн ченемдери да каралмакчы.

### **Иш-чаралардың жүзөө ашигуудагы көйгөйлөр**

1. Эненин жана баланың ден соолугун коргоо маселелери боюнча калктын маалымдуулугунун, билүүсүнүн, түшүнүүсүнүн жана мамилесинин жетишсиздиги.

2. Кадрлардын туруксуздугу боюнча көйгөйлөр, бул медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн, айрыкча алыссы айыл региондорундагы калктын аяр катмарларына медициналык кызматтардын жеткиликсиздиги жана сапатынын төмөндүгү.

3. Калктын саламаттыгын сактоо маселелерине жергиликтүү өз алдынча башкаруу органдарынын жана жергиликтүү мамлекеттик администрациялардын тийиштүү мамиле кылбагандыгы.

**УДК: 616.72-009.7:312.6 (470)**

## **КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БАЛДАРДЫН АРАСЫНДА КЫЙМЫЛ – АРАКЕТ СИСТЕМАСЫНЫН ЖАНА ТУТУМДАШТЫРГЫЧ КЫРТЫШЫНЫН ООРУЛАРЫ**

**Саатова Г.М.<sup>1</sup>, Ганиева А.И.<sup>2</sup>**

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору<sup>1</sup>,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы  
Ош мамлекеттик университети<sup>2</sup>, Ош, Кыргыз Республикасы

**Резюме:** макала бала Кыргызстан таяныч системасы жана тутумдаштырғыч тканын каптап оорулардын калк менен ооруп калуунун өсүшү динамикасын көрсөтөт. кайгы жана баштапкы ооруларынын боюнча статистикалык көрсөткүчтөрдүн анализи мындан ары кыргыз элинин калктын терс жүрүм багыттарын күчөтүшү мүмкүн балдар жана өспүрүмдөр арасында эмгекке кескин өсүшүнө карата кооптуу иштерди көрсөтөт.

**Негизги сөздөр** жасы жетпеген өнөкөт артрит, жашоо жана майыптык таяныч болгон жана бир байланыш кыртышы, сапатын оорулары.

## **БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА**

**Саатова Г.М.<sup>1</sup>, Ганиева А.И.<sup>2</sup>**

Национальный Центр охраны материнства и детства<sup>1</sup>  
г.Бишкек, Кыргызская Республика  
Ошский государственный университет<sup>2</sup>  
г.Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлена динамика роста заболеваемости детского населения Кыргызстана болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Анализ статистических показателей болезненности и первичной заболеваемости свидетельствует о тревожных процессах в отношении резкого роста показателей инвалидности среди детей и подростков, что может в дальнейшем еще более усугубить негативные демографические тенденции в популяции жителей Кыргызстана.

**Ключевые слова:** ювенильный хронический артрит, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, качество жизни, инвалидность.

## DISEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE AMONG PEDIATRIC POPULATIONS OF KYRGYZSTAN

Saatova G.M.<sup>1</sup>, Ganieva A.I.<sup>2</sup>

National Center for Maternal and Child Welfare <sup>1</sup>

Bishkek, Kyrgyz Republic

Osh State University, Osh<sup>2</sup>, Kyrgyz Republic

**Summary.** The article presents the dynamics of an increase in the incidence of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue in the children's population of Kyrgyzstan. Analysis of the statistical indicators of pain and primary morbidity indicates alarming processes with regard to a sharp increase in disability rates among children and adolescents, which may further aggravate negative demographic trends in the population of Kyrgyzstan.

**Key words:** juvenile chronic arthritis, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, quality of life, disability.

**Актуальность.** Патология костно-суставного аппарата стоит в одном ряду наиболее значимых медицинских проблем с выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей [1].

Воспалительные и инфекционные ревматические заболевания, как известно, развиваются преимущественно у детей, подростков и лиц молодого, трудоспособного возраста. Большинство из них склонны к хронизации и прогрессированию. В то же время, с огорчением можно отметить, что в нашей стране данная проблема не решена и не обозначена, хотя для Кыргызстана медико-социальная значимость заболеваний костно-суставного аппарата стоит не на последнем месте [2]. В настоящее время мы не располагаем сведениями о распространенности и экономике ревматических заболеваний в Кыргызстане.

Изучение динамики статистических показателей, обусловленных болезнями костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани могут служить ориентиром для рациональной организации ревматологической службы детскому населению Кыргызстана.

Актуальность проблемы БКМС вызвана особой тяжестью болезней суставов у детей, обуславливающей раннюю и длительную инвалидизацию.

**Цель исследования.** Изучить структуру и проанализировать динамику статистических показателей заболеваемости болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани по обращаемости детского населения Кыргызстана, выявить их медико-социальные последствия.

### Материал и методы исследования.

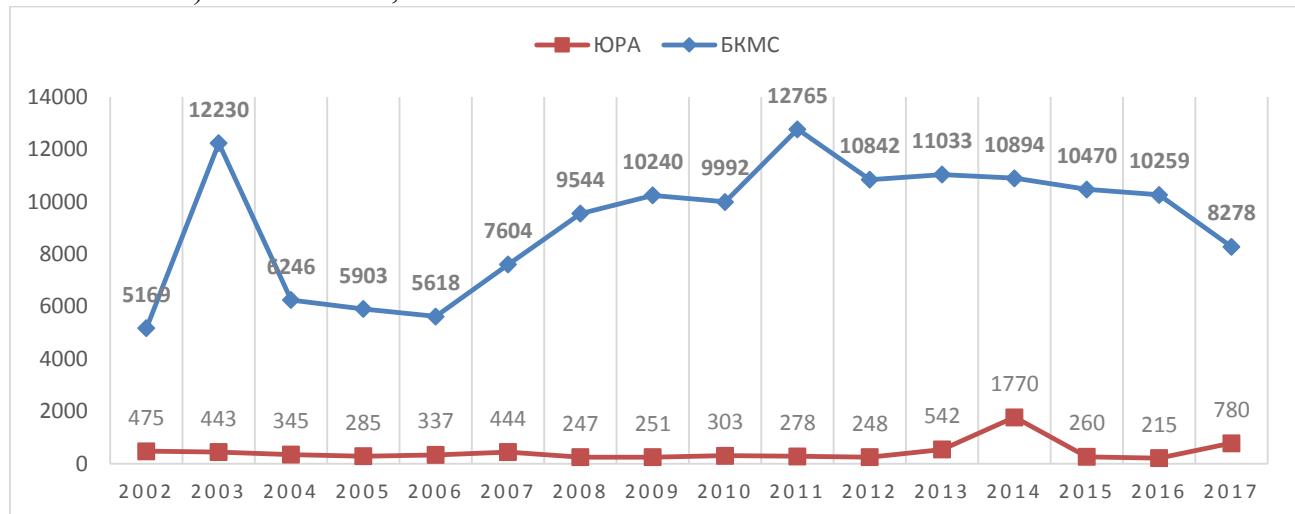
Получены, обработаны и проанализированы данные государственной статистической регистрации заболеваемости ревматическими болезнями среди детского населения Кыргызстана за 2002-2017 г.г.. Они составляются по обращаемости больных в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), полученные по результатам ежегодных статистических отчетов Министерства здравоохранения Кыргызстана. Показатели болезненности (общей заболеваемости) и первичной заболеваемости рассчитаны на 100 000 жителей детского возраста [3]. В исследовании была

использована экспериментально-психологическая методика для оценки субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Health Survey.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Возможность провести анализ количественных изменений в отношении отдельных нозологических форм ревматологических болезней (РБ), ограничена тем, что в отчетных формах МЗ КР регистрируется одной строкой весь класс БКМС, из которого выделяются только системные болезни соединительной ткани (СБСТ) и ревматоидный артрит (РА) в одной группе.

Как видно из рисунка 1 в 2017 году в ЛПУ обратилось 8278 детей больных БКМС, что почти на 3 тыс. больше, чем в 2002 году. Прирост абсолютных величин болезненности (общей заболеваемости) составил +60,14%.



**Рисунок 1. Распространенность болезней косно-мышечной системы и соединительной ткани среди детского населения Кыргызстана (абсолютные числа).**

Относительный показатель болезненности по БКМС в расчете на 100 000 детского населения вырос на +31,3% (с 315,9 до 414,9). Количество зарегистрированных больных ЮПА увеличилось на 64,2% (табл.1).

**Таблица 1. – Распространенность болезней костно – мышечной системы и соединительной ткани ревматоидным артритом среди детского населения Кыргызстана (на 100 000 населения)**

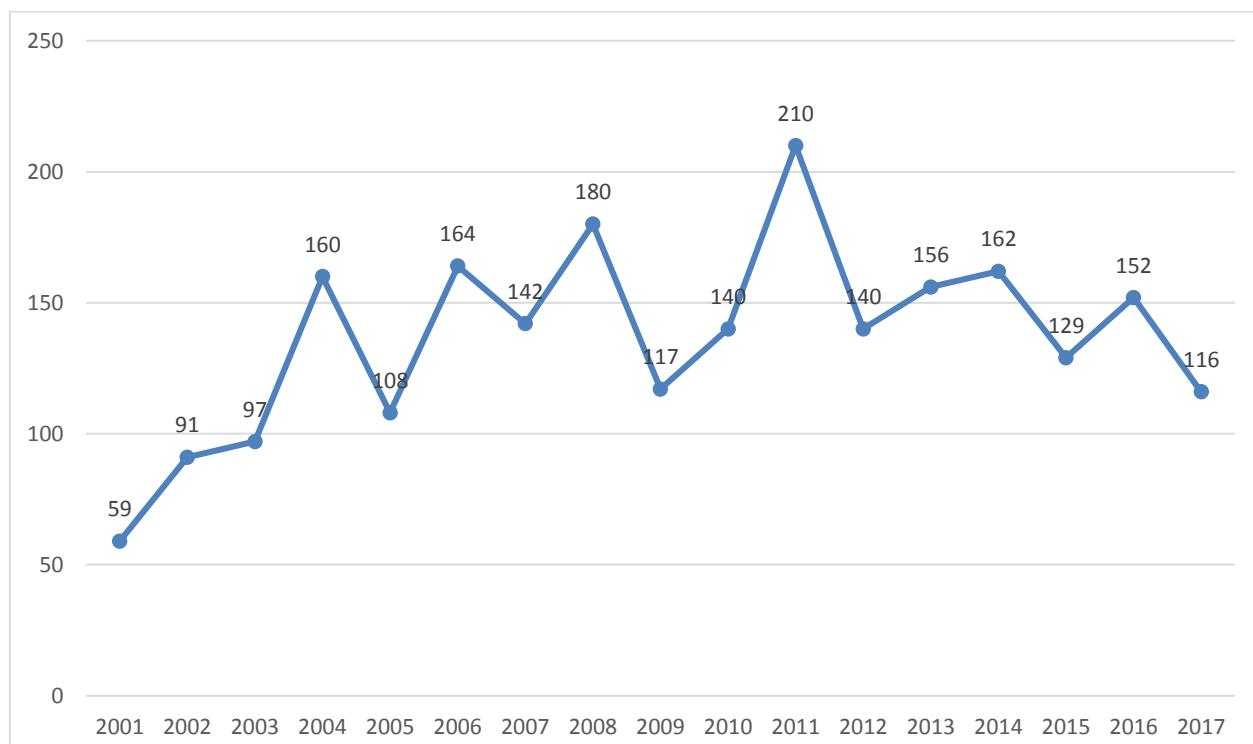
Годы	БКМС	ЮПА
2002	315,9	29,0
2003	751,4	27,2
2004	387,7	21,4
2005	369,8	17,8
2006	355,7	21,3
2007	479,9	28,0
2008	601,4	15,6
2009	627,6	15,4
2010	607,2	18,4
2011	762,0	16,6
2012	631,0	14,4
2013	624,3	
2014	598,0	44,1
2015	557,3	13,8
2016	529,0	11,1
2017	414,9	39,1
Динамика роста	+31,33	+34,82

За анализируемые 15 лет число новых случаев регистрации больных БКМС увеличилось на +87,02%, а ЮРА увеличилось на 96,4%, относительный показатель заболеваемости - на 60,8 % (табл.2).

**Таблица 2. – Показатели заболеваемости болезней костно – мышечной системы и соединительной ткани ревматоидным артритом среди детского населения Кыргызстана**

	БКМС		ЮРА	
	абс	На 100 000	абс	На 100 000
2002	2598	158,8	196	12,0
2003	5719	351,4	193	11,9
2004	2844	176,5	117	7,3
2005	2735	171,3	121	7,6
2006	2855	180,2	159	10,1
2007	4296	271,1	242	15,3
2008	6128	385,4	118	7,4
2009	6378	392,5	113	7,0
2010	6150	374,0	129	7,8
2011	7999	477,5	138	8,2
2012	6782	394,7	116	6,8
2013				
2014	6983	385,7	107	5,9
2015	6668	354,9	123	6,5
2016	5664	292,0	78	4,0
2017	4859	243,5	385	19,3
Динамика роста	+87,02	+53,33	+96,4	+60,83

Настораживает рост количества детей инвалидов (+82,5%), и более значительный рост количества детей инвалидов и на 10 000 населения в связи с БКМС, и в первую очередь в связи с ЮРА (+96,6% и +25,0%, соответственно) (рис.2).



**Рисунок 2. Динамика первичной инвалидности в связи с ЮРА в Кыргызстане**

Статистические данные, основанные на годовых отчетах ЛПУ во всех регионах КР, естественно, не могут совпадать с результатами специально организованных эпидемиологических исследований. Многие больные могут длительно оставаться вне поля зрения официальных ЛПУ.

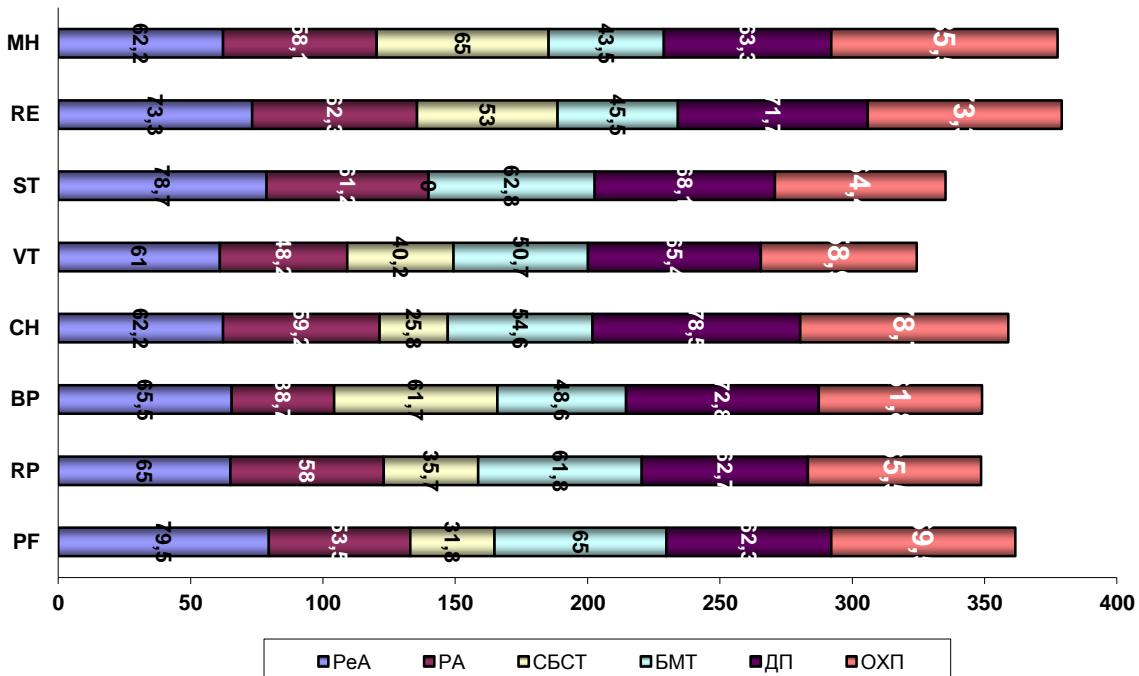
В структуре ревматических болезней зарегистрированных по обращаемости в специализированные отделения ревматологии Национального Центра охраны материнства и детства доминируют ЮРА и ЮХА (45,05%) и системные заболевания соединительной ткани (29,64%), реактивные артриты и юношеские спондилоартропатии (табл.3).

**Таблица 3. – Структура БКМС и соединительной ткани по обращаемости в специализированное отделение Национального центра охраны материнства и детства**

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2016 (n=245)		2017 (n=218)		2018 (n=253)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Системные болезни соединительной ткани	8	1,8	2	8,4	75	29,64
Хронический артрит	6	5,1	4	3,94	114	45,05
Ревматоидный артрит						
Реактивные артриты	1	8,9	3	8,07	48	18,97
Спондилоартропатия	0	0,08	0	0,58	22	8,69
Инвалиды	27	1,83	89	6,69	109	43,08

Почти половину обследованных больных составили дети инвалиды. Изучение качества жизни у обследованных больных проводилось по параметрам субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Heath Survey [4].

У больных РeA на качество жизни влияло общее состояние (GH), физическое состояние и активность (RP, VT), болевой синдром (BP), психическое здоровье (MH) (рис.3).



**Рисунок 3. Исходные показатели качества жизни у больных ревматологического профиля.**

**Примечание:** PF – способность к физическим нагрузкам. Физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует такие физические нагрузки, как самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, ношение тяжестей, наклоны, а также другие значительные физические нагрузки.

*RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование (учеба, выполнение будничной деятельности).*

*BP – болевой синдром. Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому.*

*GH – общее состояние здоровья – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, сопротивляемость болезни.*

*VT – физическая активность, энергичность. Жизнеспособность (прилив жизненных сил), которая подразумевает ощущение пациентом себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.*

*SE – социальной функционирование, отражающее степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).*

*RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, что предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, обуславливая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества*

*MH – психическое здоровье, характеризующееся настроением (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций)*

При РА снижение качества жизни отмечалось по всем показателям. Применение ЛП 2 во многом улучшило качество жизни, не значительно повысилась эмоциональная активность (RE), и психическое здоровье (MH).

У тяжелых больных СБСТ исходный уровень качества жизни был ниже, чем у тяжелых больных РА.

БМТ не смотря на относительную доброкачественность течения, скучность общей симптоматики сопровождались низким уровнем качества жизни. У больных САП качество жизни нарушено преимущественно по способности к физическим нагрузкам, ролевому функционированию и физической активности (PF, RP, VT). У больных с ОХ снижение исходного уровня качества жизни отмечалось по физической активности(VT), ролевому функционированию(RP), социальному функционированию(RE), болевому синдрому (BH). Таким образом, наибольшее снижение качества жизни у детей с заболеванием костно-мышечной системы отмечено по показателям – общего состояния здоровья (GH ), способности к физическим нагрузкам (PF), влияния физического состояния на ролевое функционирование, выраженности болевого синдрома (BP), энергичность, физическая активность (VT), психического состояния (MH). Наиболее низкие исходные показатели качества жизни отмечались в группах больных РА, СБСТ, БМТ, меньше при дорсопатии и хондропатии.

Учащение регистрации РА у детей, и рост первичной инвалидности в связи с ЮРА свидетельствует о поздней диагностике и недостаточной эффективности лечения детей с ЮРА, особенно в ранней фазе болезни, когда имеется вероятность предотвратимости неблагоприятных последствий и сохранения качества жизни детей.

### **Выходы**

РБ являются существенным звеном в цепи факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья и трудовые возможности детей и взрослых. Распространенность хронических поражений суставов неуклонно нарастает, что ведет к увеличению обращаемости населения КР за медицинской помощью. Анализ статистических показателей болезненности и

первичной заболеваемости свидетельствует о тревожных процессах в отношении резкого роста показателей инвалидности среди детей и подростков, что может в дальнейшем еще более усугубить негативные демографические тенденции в популяции жителей Кыргызстана.

В популяции постоянно происходит накопление инвалидов с БКМС. Обращается внимание, что более 50% инвалидности в связи с БКМС обусловлено ЮРА. Такие больные составили в 2018 году 45,05 % от всех пациентов с костно-суставной патологией. Можно полагать, что они же определят процент инвалидизации в будущем.

### **Список литературы:**

1. Олюнин, Ю.А. Оценка боли при ревматоидном артите. Практическая значимость. [Текст] / Ю.А. Олюнин //Современная ревматология. - 2019. - №1. – Т.13. – С.121-128.
2. Саатова, Г.М.. Динамика заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани детей Кыргызстана в 1995—2000 гг. [Текст]/ Г.М. Саатова // Педиатрия.- 2004.- №3. – Т. 83. – С. 103.

3. Республиканский медико-информационный центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. [Текст]// Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 г. - 2017. - С. 47.

УДК: 616-008.9+616-053.2

## БАЛДАРДЫН МЕТАБОЛИКАЛЫК СИНДРОМУНУН КОРКУНУЧ ФАКТОРЛОРУНУН ТҮЗҮЛҮШУ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА

Алымбаев Э.Ш., Онгоева Б.А., Кожоназарова Г.К.

И.К.Ахунбаев атындағы Кыргыз Мамлекеттік медициналық академиясы,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

**Резюме:** балдардын метаболикалык синдромуңанан изилдөөлөрүнөн негизги коркунуч факторлору ата-энесинин оорулары, биринчиден гипертоникалык оорулар, семириүү жсана кант диабети менен ооругандыгы, баланын жсанды төрөлгөн кезиндеңи салмагы жсана боюнан көрсөткүчтөрү, ошондой эле балдардын кандайдыр бир оору менен ооруп айыккандағы болуп саналат. Метаболикалык синдром менен ооруган кыздардын саны эркек балдарга караганда 3,7%га көп жсана алардын орто жсашы  $12,0 \pm 0,44$  болгон.

**Негизги сөздөр:** семириүү, метаболикалык синдром, салмак, бой, балдар.

## ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Алымбаев Э.Ш., Онгоева Б.А., Кожоназарова Г.К.

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

**Резюме:** из исследования анамнеза метаболического синдрома у детей, основными факторами риска являются: заболеваемость родителей, в первую очередь гипертонической болезнью, ожирением и сахарным диабетом, вес - ростовые показатели при рождении детей, а также перенесенные заболевания детей. Девочек с метаболическим синдромом на 3,7% больше, чем мальчиков и средний возраст детей составил  $12,0 \pm 0,44$ .

**Ключевые слова:** ожирение, метаболический синдром, вес, рост, дети.

## RISK FACTORS OF FORMING OF METABOLIC SYNDROME IN CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

E.Sh.Alymbaev, B.A. Ongoeva, G.K.Kozhonazarova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,  
Bishkek city, Kyrgyz Republic

**Summary:** from a study of the history of metabolic syndrome in children the main risk factors are the sickness of parents, especially hypertension, obesity and diabetes mellitus, weight-height rates at birth, as well as past diseases of children. There are more girls with metabolic syndrome for 3.7% than boys and the average age of children was  $12.0 \pm 0.44$ .

**Key words:** obesity, metabolic syndrome, weight, height, children.

**Актуальность.** По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты страдает избыточной массой тела. Метаболический синдром имеется у 44% людей старше 50 лет. Наиболее заметное внешнее

проявление метаболического синдрома – ожирение, поэтому в зоне риска люди с избыточным весом.

Метаболический синдром (МС) представляет собой серьезную проблему практического здравоохранения сегодня во всем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала метаболический синдром пандемией XXI века и взяла его под свой контроль. По данным ВОЗ, в настоящее время избыточную массу тела имеют около 1,7 миллиардов человек, то есть каждый четвёртый житель нашей планеты [2,3]. Численность людей, страдающих ожирением, увеличивается каждые 10 лет на 10% [4]. Почти у 60% взрослых ожирение начинается в детском возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию серьезных осложнений [1,2]. Детское и подростковое ожирение, пролонгированное во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождаясь выраженной прибавкой массы и частотой сопутствующих заболеваний, чем ожирение, дебютировавшее в зрелом возрасте.

**Цель исследования.** Изучить факторы формирования ожирения с последующей трансформацией в метаболический синдром у детей и подростков.

Исследование проводилось на базе отделения эндокринологии НЦОМиД. Диагноз устанавливался согласно классификации IDF, разработанной в 2007 г. на основе аналогичных критериев МС для взрослых [5]. Пациенты включались в исследование согласно следующим критериям: Дети с метаболическим синдромом; Дети в возрасте с 7 до 16 лет.

Критерии исключения из обследования:

1. Дети старше 17 лет и младше 7 лет;
2. Ожирение эндокринного генеза;
3. Ожирение без метаболического синдрома;

Под наблюдением находились 217 детей, которые были разделены на две группы:

I группа (основная n - 158) – дети с метаболическим синдромом;

II группа (контрольная n - 59) – дети без ожирения;

У всех детей основной группы, согласно классификации наблюдалось абдоминальное ожирение, и заболевание носило экзогенно-конституциональный характер.

Таблица 1. - Конституционально – экзогенное ожирение у обследованных детей

Диагноз (основная группа n=158)	Частота (abc)	%
<b>КЭО 1 степени</b>	58	36,7
<b>КЭО 2 степени</b>	34	21,5
<b>КЭО 3 степени</b>	38	24,1
<b>КЭО 4 степени</b>	28	17,7
<b>Всего</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Как видно из этой таблицы, у наибольшего количества детей наблюдалось КЭО 1 степени (36,7%), и более чем в 2 раза меньше - 4 степени (17,7%). КЭО 2 и 3 степеней – 21,5% и 24,1% соответственно, с небольшим преимуществом в 2,6% детей с 3 степенью. У всех детей проводилось анамнестическое исследование по специально составленной карте, которая включала вопросы социального, гигиенического и биологического характера. При сборе анамнестических данных в первую очередь был определен возрастной и половой состав обследованных детей. Результаты исследования представлены в таблицах 2, 3.

Таблица 2. - Распределение детей в зависимости от пола

Пол Группа	Мальчики		Девочки	
	abc	%	abc	%
<b>Основная</b>	76	48,1	82	51,9
<b>Контрольная</b>	36	61,0	23	39,0
<b>Итого</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Девочек в основной группе оказалось больше, чем мальчиков на 3,7%, а средний возраст обследуемых детей 12,2 лет. Средний возраст в основной и контрольной группах примерно одинаков и составляет  $12,0 \pm 0,44$ .

При изучении анамнестических данных родственников исследованных пациентов, оказалось что в основной группе процент здоровых родителей значительно меньше, чем в контрольной. Этот факт отражен на рис. 1.

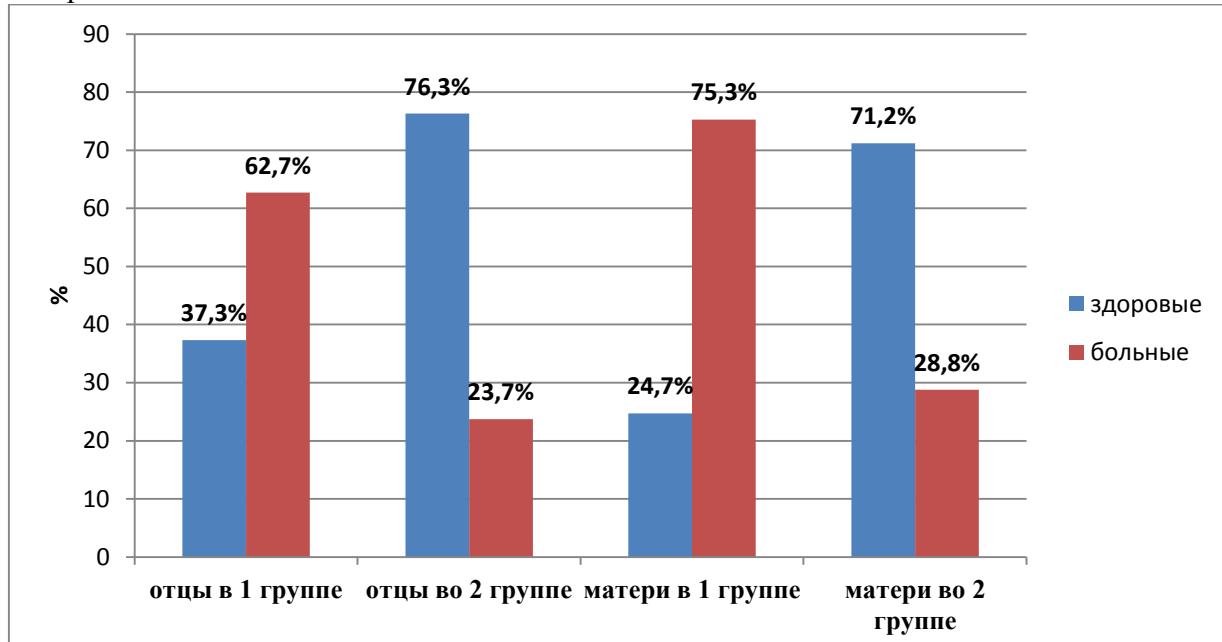


Рисунок 1. Здоровье родителей обследованных детей.

Среди нозологических единиц заболеваемости родителей в основной группе на первом месте гипертоническая болезнь, как у отцов, так и у матерей – 68,7% и 43,7% соответственно. Ожирение составляет треть случаев у матерей (33,6%), а у отцов 21,2%. Заболеваемость сахарным диабетом у родителей на третьем месте (10,1% у матерей и 9,1% у отцов), болезни сердца значительно больше у матерей – 10,9%, чем у отцов – 3%.

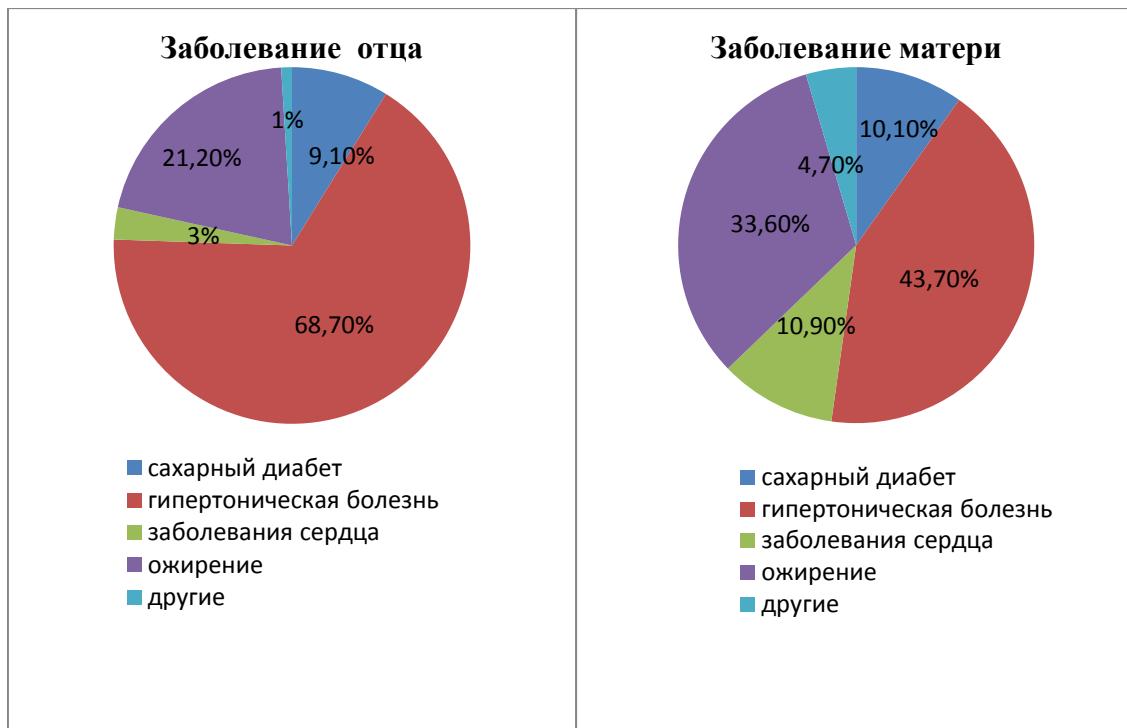


Рисунок 2. Нозологические единицы заболеваемости родителей.

Заболевания родителей, особенно ожирение и сахарный диабет, являются одними из наиболее значимых факторов риска развития метаболического синдрома у детей.

Интересными данными при изучении факторов риска оказались показатели антропометрического исследования детей при рождении.

Таблица 3. – Показатели веса и роста при рождении у детей

Группа	Среднее	Количество (n)	Станд. отклонение
<b>Вес при рождении</b>			
<b>основная группа</b>	3446,89	158	308,430
<b>контрольная группа</b>	3208,05	59	439,863
<b>Рост при рождении</b>			
<b>основная группа</b>	50,86	158	3,163
<b>контрольная группа</b>	49,69	59	2,628

Согласно исследованию средние показатели роста и веса у детей основной группы оказались выше, чем контрольной. Эти данные отражены в таблице 3.

Также в анамнезе большое значение уделялось перенесенным заболеваниям. Наиболее значимым оказалось заболеваемость ОРВИ в обеих группах – 39,2% в основной и 93,2% в контрольной. Как видно, во второй группе ОРВИ значительно превышают аналогичный уровень первой группы. Однако, другие заболевания, такие как вирусный гепатит, так называемые детские инфекции (краснушка, корь, ветряная оспа, паротит, коклюш), а также травмы конечностей и черепно-мозговые травмы встречаются преимущественно в основной группе.

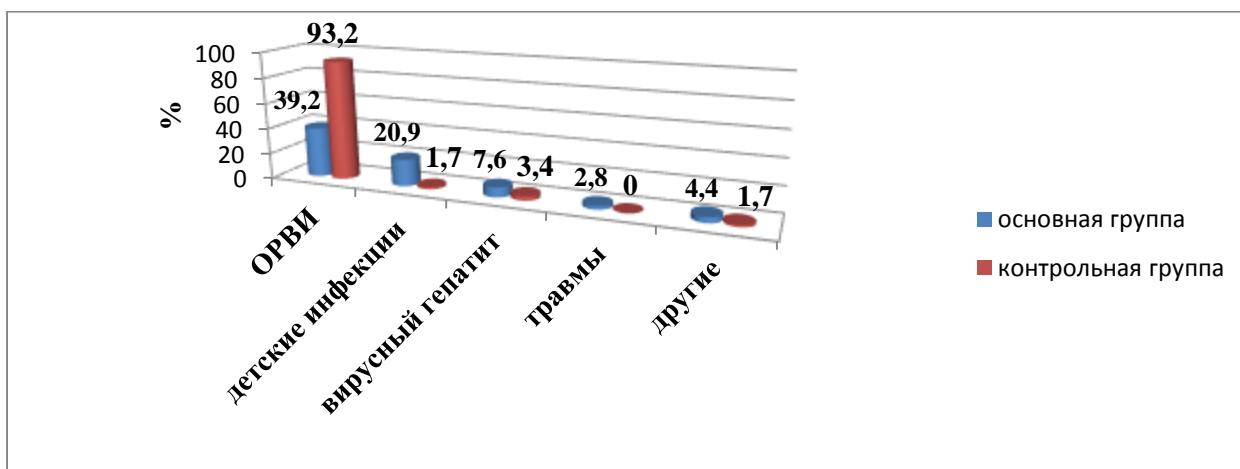


Рисунок 3. Перенесенные заболевания у детей.

Таким образом, при изучении анамнеза метаболического синдрома у детей, значимыми факторами риска являются: заболеваемость родителей, в первую очередь гипертонической болезнью, ожирением и сахарным диабетом, весо - ростовые показатели при рождении детей, а также перенесенные заболевания детей. Девочек с метаболическим синдромом на 3,7% больше, чем мальчиков и средний возраст детей составил  $12,0 \pm 0,44$ .

#### Список литературы:

1. Васюкова, О.В. *Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ожирения у детей и подростков* [Текст] / О.В. Васюкова // Российская ассоциация эндокринологов, Москва. – 2013. – 17 стр.
2. Красноперова, О.И. *Факторы, приводящие к развитию ожирения у детей и способствующие его трансформации в метаболический синдром* [Текст] / О.И. Красноперова, Е.Н. Смирнова, Н.Б. Мерзлова // *Fundamental Research*. – 2012. - №4. – С. 306-311.
3. Бердышева О.И. *Ожирение и метаболический синдром у детей* [Текст] / О.И. Бердышева // *Педиатрия*. – 2011. - № 7. - Т.85. - С.102-106.
4. Claudia Della Corte. *Metabolic syndrome* [Text] / Claudia Della Corte, Arianna Alterio,

Valerio Nobili. // From 71st Congress of the Italian Society of Pediatrics, Italian Journal of Pediatrics.– 2015. –C. 22-31.

5. Lorenzo C., Williams K., Hunt K. J., Haffner S. M. The National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes [Text]// Diabetes care. - 2007. - №1- V. 30. - P. 8-13.

**УДК 614.2:24-002-036.11-053.2(575.2)**

## **УЛУТТУК ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫКОРГОО БОРБОРУНУН, КУРЧ РЕСПИРАТОРДУК ООРУЛАР БӨЛҮМҮНҮН ДИНАМИКАЛЫҚ АТКАРУУ ИШТЕРИНИН 2016 -2018 ЖЫЛДЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ**

**Кабаева Д.Д., Михайлова В.В.**

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

**Кысқача маалымат:** Берилген макалада курч респиратордук болумунун, диагностикалык жана дарылоо иши-чаралары боюнча, акыркы 3 жылдын аралыгындағы, жаши балдар ичинде курч бронхопульмологиялық патологиясынын, ооруканага жатып дарылоосунун осуушу жонундо отчеттүк маалымат корсатулгон.

**Негизги сөздөр:** балдар, опкого суук тийүү, оору.

## **ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЗА 2016 -2018 ГОДЫ**

**Кабаева Д.Д., Михайлова В.В.**

Национальный Центр охраны материнства и детства,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в статье представлены материалы отчётных данных лечебно-диагностической деятельности отделения пульмонологии за последние 3 года, свидетельствующие о росте госпитализации детей раннего возраста с острой бронхолегочной патологией.

**Ключевые слова:** дети, пневмония, заболеваемость.

## **DYNAMIC INDICATORS OF THE ACUTE RESPIRATORY PATHOLOGY DEPARTMENT OF THE NATIONAL CENTER OF MATERNITY AND CHILD HEALTH FOR 2016 -2018**

**Kabaeva D.D., Mihailova V.V.**

National Center of Maternity and Child Health Care  
Bishkek c., Kyrgyz Republic

**Summary:** the article presents the report data of the diagnostic and treatment activity of the acute respiratory pathology department for the last 3 years, indicating an increase in hospitalization of young children with acute bronchopulmonary diseases.

**Key words:** children, pneumonia, morbidity.

Проблема повышения качества и эффективности помощи детям с бронхолёгочной патологией занимает особое место в ряду приоритетных направлений педиатрической службы. Отделение острой респираторной патологии является структурным подразделением Национального центра охраны Материнства и Детства (НЦОМиД), предназначенным для оказания квалифицированной специализированной стационарной помощи при бронхолёгочных заболеваниях у детей (третичный уровень), где лечатся дети с бронхолёгочными заболеваниями со всех регионов Республики: Чуйской, Таласской, Иссык-Кульской, Нарынской, Ошской, Джалаал-Абадской, Баткенской областей, г. Бишкек, России и др. стран СНГ, является клинической базой профильного научного отдела. Отделение рассчитано на 28 коек. В отделении проводится диагностика и лечение болезней органов дыхания по следующим нозоологиям:

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

Больные должны поступать в отделение с направлениями от врача ГСВ или переводится из других стационаров, после неэффективного лечения на первичном и вторичном уровнях здравоохранения.

Лечебно-диагностическая работа: в таблице 1. представлены сводные данные о структуре пролеченных больных в зависимости от внесения ими сооплаты или других форм оплаты стационарного лечения. Количество пролеченных больных в 2018 году составило 1104 детей, в сравнении с 2017 годом (1116 детей) на 13 больных меньше, с 2016 годом (1085 детей), меньше на 19 детей.

**Таблица 1. - Структура больных, пролеченных в отделении ОРП за 2016-2018 гг.**

<b>Составляющие структуры</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Всего пролечено	1085	1116	1104
В т.ч. внесшие сооплату	172	99	92
Дети до 5 лет	875	997	989
Освобожденные по медицинским и социальным показаниям	Многодетные-16 Инв.- 19	Многодетные-8 Инв.- 11	Многодетные-5 Инв.- 15 Дети сироты-1 Пожизненные инва-лиды-2
Граждане СНГ	3	3	1

За отчетный период (2018 г.) в отделении ОРП пролечено 1104 детей, на 13 больных меньше, чем в прошлом году. Распределение больных детей в возрастном аспекте выглядело следующим образом (таблица 2). Наибольший процент больных составляли дети до 5 лет – 91,7 %, на 2,3% больше, в сравнении с прошлым годом (89,4%). В динамике число детей до 1 года, госпитализированных в отделение, возрастает: в 2018 г. составили 40,4%, что на 4,6 % больше чем в 2017 г. (35,8%) и на 6,4 % больше, чем в 2016 году, что говорит о возрастающей нагрузке на мед.персонал, т.к. данный контингент детей является самым сложным для курации. Количество детей от 1 года до 5 лет за последние 3 года колеблется и занимает наибольший

процент от числа всех госпитализированных детей. Уменьшилось количество детей старше 5 лет, т.е. внесших сооплату, на 2,3% в сравнении с 2017 г. Дети младшей возрастной группы госпитализировались вместе с матерями, что создавало значительные трудности в соблюдении надлежащего сан.эпид. режима, способствовало скученности.

**Таблица 2. - Возраст детей, пролеченных в отделении ОРП 2016-2018 гг.**

Возрастные группы	Количество детей					
	2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0-1 год	368	34	399	35,8	446	40,4
1-5 лет	510	47	598	53,6	566	51,3
старше 5 лет	207	9	119	10,6	92	8,3
Всего	1085	100	1116	100	1104	100

Нами проведен также анализ больных детей, поступающих на стационарное лечение в отделение ОРП по региональному признаку. Сводные данные по этому показателю представлены в таб. 3.

**Таблица 3 - Структура пролеченных больных по регионам за 2016 - 2018 гг.**

Области	2016		2017		2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бишкек	203	18,7	191	17,1	241	21,8
Чуйская	366	33,7	439	39,3	396	35,9
Таласская	63	5,8	59	5,3	60	5,4
Иссык-Кульская	147	13,7	131	11,7	142	12,8
Нарынская	123	11,3	116	10,4	99	9,0
Ошская	35	3,2	45	4,0	43	4,0
Джалал-Абадская	112	10,3	93	8,3	87	7,9
Баткенская	33	3	39	3,5	36	3,2
Россия и др. страны СНГ	3	0,3	3	0,4	-	
Всего	1085	100	1116	100	1104	100

Наибольшее число госпитализированных детей в 2018 г. направлены на стационарное лечение в отделение ОРП ЛПУ Чуйской области 35,9 %, что меньше, чем прошлом году (39,3%), на 3,4%. Количество госпитализированных больных из г. Бишкек увеличилось на 4,7 %, и остаётся высоким (было 17,1 %, стало 21,8), учитывая, что отделение трижды работало по приказу МЗ КР по госпитализации ОРВИ. Затем в порядке убывания из Иссык-Кульской, Нарынской, Джалал-Абадской, Таласской областей. Самый низкий процент пролеченных детей из Ошской (4%), учитывая, что в г. Оше есть пульмонологическое отделение в ОМДКБ и Баткенской области (3,2%), учитывая дальность расстояния. Из отдалённых районов дети как и ранее поступали с направлением из АДО НЦОМиД с осложнённым течением заболевания. Часто больные дети направлялись ЛПУ в НЦОМиД, минуя районные и областные больницы.

За отчетный период (2018 г.) в отделении ОРП пролечено 1104 детей, что на 13 больных меньше, чем в прошлом году. По ФОМСу план выполнения за год 1100, норма нагрузки на 1 врача 18 больных в месяц. При такой нагрузке % выполнения на 4,5 ставки отделения составляет в год 972 больных. ФОМС определил нагрузку на 128 больных больше, почти в 1,5 раза.

Среднее прибывание на койке 6,3, что на 0,2 меньше, чем в прошлом году; в динамике в сравнении с предыдущими годами уменьшается, учитывая специфику отделения (острая респираторная патология) во избежание реинфекции и риска внутрибольничной инфекции. Соответственно, данный показатель повлиял на % выполнения плана койко –дней и на оборот

койки. Оборот койки в динамике: 39,5 в 2017 году и в 2018 году на 0,6 меньше (38,9); в динамике процент выполнения койко/дней увеличился с 73,5% в 2017 г. и 74,1 в 2018 г.(на 0,6).

**Таблица 4. - Показатели работы отделения в 2016-2018 гг.**

Показатели	2016	2017	2018
Пролечено больных	1085	1116	1104
Проведено койко/дней	7303	6994	7052
Занятость койки	260,8	249,8	251,9
Среднее пребывание на койке	6,8	6,3	6,5
Оборот койки	38,6	39,5	38,9
Выполнение плана койко/дней	76,7	73,5	74,1
	По плану должны выписать 900 больных. На 185 больше	По плану должны выписать 1050 больных. На 66 б-х больше Процент выполнения 106,3%	По плану пролеч. сл. По ФОМСу 1100, выписано 1104, % выполнения 100,4

Заполненность отделения зависит от сезонности и эпидемиологической обстановки в Республике. Учитывая нехватку боксированных палат, приходится дожидаться полного освобождения палаты выздоравливающими больными, что дополнительно может влиять на простой койки - принцип этапного заполнения палат. Количество пролеченных детей в летние месяцы в 2016 г., учитывая сезонную заполняемость отделения было меньше в августе-сентябре месяцев. В зимние месяцы выписывалось почти в 1,5- 2 раза больше детей от нормы, что говорит о том, что нагрузка на мед. персонал также увеличилась на 1,5-2,0 раза . В апреле, мае, октябре , ноябре, декабре м-х работали по приказу МЗ КР по госпитализации детей с ОРВИ, осложнёнными пневмонией.

**Таблица 5. - Количество пролеченных детей по месяцам за 2016-2018 гг.**

Мес	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кол-во б-х 2016 г.	99	118	103	88	97	90	71	37	65	81	90	146
2017 г.	122	124	73	67	68	55	46	45	101	132	132	153
2018 г.	132	74	89	89	112	76	90	45	48	104	89	156

В большинстве случаев состояние пациентов требовало консультаций специалистов смежного профиля, а также совместной курации врачей нескольких специальностей.

Проводилось комплексное обследование больных (рентгенологические, иммунологические, серологические, бактериологические методы), обследование на атипичные патогены.

К консультациям привлекались все необходимые специалисты: ЛОР, фтизиатр, кардиолог, гематолог, генетик, невропатолог, гастроэнтеролог, стоматолог и др.. Наибольший удельный вес в структуре патологии детей всех возрастных групп, как и в предыдущие годы, имели пневмонии различной локализации и этиологической природы

Полностью структура патологии у пролеченных детей приведена в таблице 6. В структуре нозологии всех возрастных групп детей доминирует острые пневмонии, достигая 77,4 % всей диагностированной нозологии.

**Таблица 6. - Структура бронхолегочной патологии у детей, пролеченных в отделении острой респираторной патологии за 2016- 2018 гг.**

№	Нозологическая единица	2016 г.		2017 г.		2018 г.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Острая пневмония	840	77,6	852	76,3	855	77,4
2	ОРВИ	80	7,3	50	4,5	80	7,2
3	Острый обструктивный бронхит	60	5,5	110	9,8	90	8,1
4	Рецидивирующий бронхит	-	-	-	-	-	-
5	Рецидивирующий обструктивный бронхит	80	7,3	80	7,2	63	5,7
6	ХНЗЛ	10	0,9	6	0,5	6	0,7
7	Идеопатическийфиброзирующийальвеолит	2	0,2	2	0,2	1	0,1
8	Муковисцидоз	1	0,1	1	0,1	1	0,1
9	Бронхиальная астма	12	1,1	15	1,4	8	0,7
10	Итого:	1085	100	1116	100	1104	100

**Выводы:**

1. Из года в год увеличивается число госпитализированных больных, которые поступают, минуя первичный и вторичный уровни здравоохранения, обратившись в консультативно – диагностический центр (КДО) НЦОМиД. Данный факт свидетельствует о неудовлетворительной работе центров семейной медицины (ЦСМ) и недоверии родителей пациентов к врачам на первичном уровне здравоохранения.

2. Из-за нехватки стационаров в г. Бишкек, в период сезонных эпидемий острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), отделению приходится работать с нагрузкой, по приказу министерства здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР), данные больные госпитализируются в отделение ОРП, на третичный уровень.

3. Наибольшее число госпитализированных детей в 2018 г. направлены на стационарное лечение в отделение ОРП лечебно – профилактические учреждения (ЛПУ) Чуйской области (35,9 %), что меньше чем прошлом году (39,3%) на 3,4%. Количество госпитализированных больных из г. Бишкек увеличилось на 4,7 %, и остается высоким (было 17,1 %, стало 21,8).

4. В динамике число детей до 1 года, госпитализированных в отделение, возрастает: в 2018 г. составили 40,4%, что на 4,6 % больше чем в 2017 г. (35,8%) и на 6,4 % больше, чем в 2016 году, что говорит о возрастающей нагрузке на мед.персонал, т.к. данный контингент детей является самым сложным для курации.

5. В зимние месяцы выписывалось почти в 1,5- 2 раза больше детей от нормы, что говорит о том, что нагрузка на мед. персонал также увеличилась на 1,5-2,0 раза.

**Предлагаемые меры для улучшения лечебно-диагностической работы отделения ОРП:**

1. Своевременное обеспечение медикаментами на всех уровнях здравоохранения, в частности пероральными антибиотиками: амоксициллин в виде суспензии, макролидами в виде суспензии, для удобного применения маленьким детям в качестве стартовой терапии и ступенчатой терапии.

2. Улучшить работу в приёмном отделении путём внедрения клинических стандартов (КС) ВОЗ.

3. Наладить преемственность между первичным и вторичным уровнем здравоохранения, что является преригативой не только Национального центра охраны материнства и детства, но и Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, Фонду Обязательного Медицинского Страхования при Правительстве Кыргызской Республики.

**УДК: 616.151.5:616-053.25**

## БАЛДАРДЫН ГЕМОФИЛИЯ ООРУСУНУН ЗАМАНБАП МОДЕЛДЕРИ (адабий сереп)

**Мотушева Р.К., Кударов Д.К., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.**

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

**Резюме:** балдардын гемофилия оорусун дарылоонун заманбап моделине арналган адабий аналитикалык талдоо жүргүзүлгөн.

**Негизги сөздөр:** гемофилия, балдар, дарылоо.

## СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ (литературный обзор)

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

**Мотушева Р.К., Кударов Д.К., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.**

**Резюме:** проведен аналитический обзор литературных источников, посвященный современной модели лечение гемофилии у детей.

**Ключевые слова:** гемофилия, дети, лечение.

## MODERN MODELS OF TREATING HEMOPHILIA IN CHILDREN (literature review)

**Motusheva R.K., Kudarov D.K., Furtikova A.B., Maimerova G.Sh.**

**Summary:** An analytical review of the literature on the modern model of treatment of hemophilia in children.

**Key words:** hemophilia, children, treatment.

Во всех странах мира существует два основных подхода к лечению больных гемофилией [12, 20, 24, 31, 34]:

1. «лечение по необходимости» – препараты свертывания крови VIII или IX фактор вводят при развитии геморрагических проявлений.

2. «профилактическое» лечение – наиболее прогрессивный метод, в определенные сроки предусмотрено введение препаратов, это позволяет избежать многих осложнений и повысить качество жизни больных.

Профилактический метод лечения больных гемофилией, как наиболее прогрессивный метод, значительно улучшает качество жизни больных, повышает их социальную и физическую адаптацию, предупреждает инвалидизацию, реже развивается кариес, требующий проведения экстракции зубов. Плазменные и рекомбинантные препараты у больных гемофилией одинаково эффективны [12, 13, 20, 24, 30, 31, 34, 36].

Возникновение ингибитора при гемофилии вероятно связано с генетическими факторами, длительностью и частотой геморрагических эпизодов до начала терапии концентратами фактора VIII в результате поздней обращаемости при терапии по требованию. Остается нерешенной

проблемой своевременное начало индукции иммунологической толерантности вследствие плохого венозного доступа у детей раннего возраста и неготовностью родителей к четкому выполнению протокола [1,3, 4, 14, 15, 17,19].

Уже для определенного числа населения расчет потребности в VIII факторе можно считать решенным вопросом в лечении гемофилии. Но для этого необходимо: точно определить численность населения и количество больных гемофилией, затем определить тип лечения (профилактическое, по необходимости, средний уровень лечения или минимальный уровень лечения). Для примера: пусть в стране насчитывается 10 млн. жителей и около 50% это мужское население (5 млн.). Мировая статистика говорит, что на 10 000 мужчин приходится 1 случай гемофилии А, тогда у нас 500 человек будут больны гемофилией [7, 24].

Потребность в факторе VIII в год на одного больного определяется тяжестью течения гемофилии и типом лечения. Для лечения взрослого больного с наличием тяжелой формой гемофилии типа А рассчитано следующее количество фактора VIII (МЕ в год):

- для лечения по необходимости – 65 000-100 000;
- для профилактического лечения - до 220 000;
- для среднего уровня лечения – 40 000;
- для минимального уровня лечения – 20 000.

Необходимо предусматривать потребность препаратов до 40 000 МЕ в год на одного больного, при среднем уровне лечения, так как больные могут страдать различными формами гемофилии [34, 13,11, 15, 19].

Отсюда можно сделать следующий вывод - необходимо 20 000 000 МЕ в год для лечения 500 больных. С применением обычного калькулятора можно посчитать эти цифры, так как расчеты очень просты, и с ними справится руководитель отделения или центра.

В Японии, Западной Европе и в Северной Америке применяется «профилактическое» лечение, как наиболее эффективная модель. Накоплен богатый опыт в Европе по применению профилактического лечения гемофилии. Однако, высокая стоимость лечения является сдерживающим моментом развития «профилактического» лечения больных. В контролируемом научном исследовании смогли провести анализ эффективности и безопасности данного типа лечения и дать ему обоснование. С 10,5 до 4,5 снижается частота кровотечений во время профилактического лечения, значительно меньше дней проводили в больнице пациенты раньше до 18, сейчас - до 7. При этом гепатитом А, В или ВИЧ не был инфицирован ни один больной. При обычной терапии среднее потребление концентратов было на уровне  $3489 \pm 960$  МЕ/кг в год по сравнению с «профилактическим» лечением -  $2073 \pm 1302$  [21,10, 23,16, 18, 27, 33, 27, 20, 31, 22, 35, 20, 28, 23].

Для того чтобы предотвратить инвалидизацию, хотя бы для части детей, больных гемофилией авторы рекомендуют применить профилактический тип ведения для стран третьего мира. Стоимость лечения больных гемофилией значительно увеличивает применение безопасных и эффективных вирус-инактивированных препаратов. Стоимость таких препаратов, может достигать 90% от стоимости всего лечения [27].

В Голландии зарегистрировано 1400 больных гемофилией (1260 с типом А и 140 с типом В). Там, с начала 70-х годов применяется профилактический тип лечения, так как тяжелую форму заболевания имеют около 40% больных, этот тип лечения с 80-х годов является широко используемым и основным. В 1987 году впервые были изданы первые Национальные рекомендации по унификации ведения больных, которые были пересмотрены в связи с новыми тенденциями в лечении и ведении больных в 1996 году [31, 25, 29, 27].

В Швеции, осенью 1997 года опубликованы рекомендации по лечению гемофилии, после 3-х летних разработок и доработок. Эта работа была основана на рекомендациях Всемирной Федерации гемофилии и ВОЗ и велась сотрудниками национальной ассоциации и 3-х Центров гемофилии. Эта огромная работа проделана на благо 750 больных, нуждающихся в регулярной специализированной помощи, то есть относительно небольшого количества больных гемофилией и тяжелой формой болезни Виллебранда [1,2, 32, 21,25, 36,35, 32,29, 23,9].

В Англии в Центрах гемофилии или Центрах комплексной помощи (ЦКП) осуществляется ведение пациентов с гемофилией. На учете состоит 1700 пациентов с наследственными нарушениями свертывания крови и это только в самом крупном Центре комплексной помощи. Интересно отметить тот факт, что за последние 20 лет значительно увеличилось количество применяемых на 1 пациента факторов свертывания крови. Центр заключает соответствующие контракты с поставщиками и балансирует между повышением стоимости препаратов и уровнем лечения гемофилии. Однако, несмотря на эту возможность, стоимость контракта значительно ниже стоимости лечения [10, 25, 22, 29, 23, 9, 24, 20].

В России во избежание кровоизлияний в суставы и инвалидизации больного проводят профилактическое лечение, при помощи поддержания активности дефицитного фактора на уровне около 5% от нормы. Для этого используют концентраты АГФ высокой степени очистки. Препараты вводят при гемофилии А – 3 раза в неделю, и при гемофилии В - 2 раза в неделю, из расчета на одно введение 25 – 40 МЕ на 1 кг массы тела больного. Длительность профилактического лечения зависит от нескольких месяцев до пожизненного. У больных, получающих такое профилактическое лечение, отсутствуют артропатии, и сами больные полностью социально адаптированы. К сожалению, дефицит финансирования лечения больных гемофилией в России делает невозможным повсеместное внедрение профилактического метода. Исследования российских специалистов показали, что для перехода на профилактическое лечение больных гемофилией необходимо увеличение имеющегося сейчас финансирования на 61 – 76% в зависимости от формы гемофилии [27, 33, 34, 31, 34].

Нужно отметить, что в настоящее время происходит переход от «лечения по необходимости», когда используется свежезамороженная плазма и криопреципитат, к «профилактическому» лечению с применением факторов свертывания крови. Однако, даже в развитых странах только 20% больным, по данным Всемирной Федерации Гемофилии (WFH), доступно адекватное лечение гемофилии [5,6,7,8,9,10, 22, 24,26,27,28].

В 2004 году в Республике Казахстан в Национальном центре педиатрии и детской хирургии Министерства Здравоохранения впервые была внедрена программа профилактического лечения. Анализ действия данной программы в течение 4 лет показал, что более чем в 5 раз снизилось количество обращений в стационар, а само пребывание в стационаре сократилось примерно вдвое. Все это, а также повышение качества жизни пациентов, явилось следствием введения АГФ в практику лечения гемофилии. Однако и тут существуют свои проблемы, такие как: маленький охват профилактическим наблюдением, не проводится уточнение ингибиторных форм, исследование функций тромбоцитов и качественное определение дефицита факторов свертывания проводится лишь в единичных лабораториях. По данной программе профилактического лечения, предусмотрено 3-х кратное введение препарата в неделю при гемофилии типа А и 2-х кратное – при гемофилии типа В. При ориентировочном расчете годовая потребность в VIII факторе составляет 24 888 200 МЕ, а в IX факторе – 1 209 600 МЕ в год, что сможет гарантированно решить проблему обеспечения гемостаза у пациентов, больных гемофилией [26,27,28,29,30,31,32,33,34,35].

Заболеванием, где можно продемонстрировать возможности развивающейся медицины, является гемофилия. Это заболевание стало поддаваться лечению, даже при тяжелых формах, а раньше это приводило к смерти или к стойкой инвалидизации.

Лечение по профилактическому типу является дорогостоящим лечением, но эффективным. Но необходимо помнить, что в целом для общества и в частности для родственников больного окажутся еще дороже лечение осложнений и неадекватная терапия при отсутствии лечения. Впечатляют известные осложнения гемофилии, которые опасны для жизни и требуют дорогостоящего лечения: внутримозговые кровоизлияния, поражение суставов, потеря функций конечностей, мышечные атрофии, инфицированность ВИЧ и гепатитами [1,2,3,4, 5,6,7,8,9,10, 16, 25, 27, 29,32].

У больных гемофилией и наличием мозговых кровоизлияний немецкое общество тромбоза и гемостаза провело анализ частоты встречаемости и исходов. У 744 больных выявлено 30 внутри мозговых кровоизлияний (частота при гемофилии А – 3,5%, гемофилии В – 6,3). На первой неделе после рождения в 41% случаев диагностировались кровотечения, спровоцированные родовой

травмой. Внутри мозговые кровоизлияния у детей старшего возраста встречаются редко и имеют лучший исход [10,13, 23, 25, 32, 36].

Резкому снижению качества жизни больного ребенка способствуют: частые госпитализации, длительное отсутствие в школе, необходимость использования колясок и костылей, нарушение функции передвижения. Могут возникнуть проблемы психологического плана, так как нарушается стереотип жизни семьи [14, 17,18,19,20,21,25,31].

У больных детей с гемофилией (96 детей в возрасте 4 – 16 лет) с помощью продольного исследования изучена взаимосвязь между стрессом и частотой кровотечений.

При помощи логической регрессии изучали влияние последнего стресса ребенка и его родителей на вероятность кровотечений с контролем уровня фактора свертывания крови и оценкой социально-экономических данных. Данное исследование показало, что кровотечения увеличиваются с повышением стресса больного (соотношение шанса/риска = 1,37;  $p<0,003$ ); к увеличению кровоточивости у детей приводит через 1 месяц увеличение негативных событий в жизни родителей ( $p<0,05$ ) [47].

Резко ограничивает круг профессий и снижает уровень образования ранняя инвалидизация больного. Инвалидность устанавливается в случае нарушения отдельных функций организма, когда они носят постоянный характер и служат препятствием для выбора широкого спектра профессий.

Инвалидами с детства становятся дети, страдающие гемофилией, им выплачиваются либо ежемесячные пособия по инвалидности или пенсия по инвалидности. Поэтому необходимо учитывать тот факт, что при неправильном лечении гемофилии и наличием ограничений в деятельности таких больных, общество тратит большое количество средств на лечение осложнений. Экономически целесообразным является адекватное лечение гемофилии, что выгодно для него самого, его близких и общества в целом [5,23, 25, 27,29, 34, 35].

Поэтому, актуальной задачей детской гематологии является проведение исследований по изучению затрат на лечение больных гемофилией детей и подростков.

#### **Список литературы:**

1. Абушинова, К. В. Оптимизация гемостатической терапии у больных гемофилией В [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. В. Абушинова. – М., 2000. – 23 с.
2. Андреев, Ю. Н. Многоликая гемофилия [Текст] / Ю. Н. Андреев. – М. : Ньюдиамед, 2006. – 215 с.
3. Андреева, Т. А. Рекомбинантные препараты и их роль в современном лечении гемофилии [Текст] / Т. А. Андреева, Е. А. Селиванов // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 32–41.
4. Баркаган, З. С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза [Текст] / З. С. Баркаган, А. П. Момот. – М. : Ньюдиамед, 2001. – С. 70–162.
5. Баркаган, З. С. Нарушения системы гемостаза [Текст] / З. С. Баркаган // Руководство по гематологии / Под ред. А. И. Воробьева. – М. : Ньюадимед, 2007. – С. 41–66.
6. Вавилова, Т. В. Гемостазиология в клинической практике (пособие для врачей) [Текст] / Т. В. Вавилова. – СПб. : Изд-во СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2005. – 92 с.
7. Вдовин, В. В. Вирусная безопасность концентратов факторов свертывания крови для лечения гемофилии на современном этапе [Текст] / В. В. Вдовин // Ремедиум. – 2009. – № 3. – С. 16–19.
8. Вдовин, В. В. Лечение детей с гемофилией в детском гематологическом центре [Текст] / В. В. Вдовин // Вестник службы крови России. – 1999. – № 3. – С. 20–22.
9. Вдовин, В. В. Профилактическое лечение детей с ингибиторной гемофилией А: опыт применения отечественного рекомбинантного активированного фактора VII [Текст] / В. В. Вдовин, П. В. Свирин, Е. Э. Шиллер // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 28–33 .
10. Влияние современной заместительной терапии на качество жизни детей с гемофилией А [Текст] / И. И. Спичак, Е. В. Жуковская, Е. В. Башарова [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2009. – № 2. – С. 27–31.
11. Войцеховский, В. В. Лечение кровотечений различной этиологии препаратами рекомбинантного активированного фактора VII В [Текст] / В. В. Войцеховский, Ю. С.

- Ландышев, Т. В. Есенина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 138–141.
12. Волкова, Л. И. Основные принципы неотложной терапии кровотечений при гемофилии у детей [Текст] / Л. И. Волкова, Г. Л. Качан. – Минск. – С. 84 – 85.
13. Волкова, Л. И. Системный анализ анамнестических и генеалогических данных у детей с гемофилией А и В [Текст] / Л. И. Волкова // Медицинская панорама. – 2005. – № 6. – С. 8–9.
14. Гемостатические свойства кровяного сгустка при гемофилии А, идиопатической тромбоцитопени [Текст] / В. В. Большов, В. В. Дмитриев, Н. И. Петрович, М. Б. Борисенок // Медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 41–43.
15. Гемофилия [Текст] / И. П. Данилов, В. А. Змачинский, Д. Г. Свирко [и др.] // Медицинские новости. – 2008. – № 13. – С. 20–23.
16. Гемофилия. Стандарты лечения [Текст] / О. П. Плющ, Г. К. Копылов, Л. М. Кудрявцева [и др.] // Проблемы гематологии. – 2006. – № 1. – С. 58–59.
17. Гемофилия: клинический пример и современные подходы к лечению [Текст] / В. А. Люсов, В. Н. Соболева, Е. О. Таратухин [и др.] // Лечебное дело. – 2008. – № 1. – С. 74–79.
18. Две программы профилактического лечения больных гемофилией [Текст] / К. Г. Копылов, О. П. Плющ, И. Б. Снегирева-Давыденко [и др.] // Тез. докл. Рос. конф. «Актуальные вопросы службы крови и трансфузиологии». – СПб., 6–8 апреля 1995. – С. 144.
19. Домашнее лечение препаратом НовоСэвен больных с ингибиторными формами гемофилии [Текст] / Н. И. Зозуля, О. П. Плющ, К. Г. Копылов [и др.] // Бюллетень Сибирской медицины. – 2006. – № 2. – С. 32–34.
20. Еремин, Г. Ф. Система регуляции агрегатного состояния крови в норме и патологии [Текст] / Г. Ф. Еремин, А. П. Архипова. – М. : Мед. лит., 1982. – С. 29–32.
21. Журавлева, Е. В. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных гемофилией при различных видах заместительной терапии [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Журавлева. – М., 1999. – 22 с.
22. Зозуля, Н. И. Диагностика и лечение ингибиторной формы гемофилии [Текст] : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Н. И. Зозуля. – М., 2010. – 40 с.
23. Зозуля, Н. И. Скрининг пациентов с гемофилией для определения наличия ингибиторов к факторам свертывания крови и разработка персонифицированного лечения [Текст] / Н. И. Зозуля, Т. В. Северова // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Приложение № 2. – С. 35–36.
24. Качество жизни детей больных гемофилией на профилактическом методе лечения [Текст] / Н. А. Попова, М. А. Моргунова, А. В. Тренина [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2012. – Т. 57, № 3. – С. 130–131.
25. Копылов, К. Г. Домашнее и профилактическое лечение больных гемофилией, изменения иммунной системы и методы ее коррекции [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Г. Копылов. – М., 1996. – 23 с.
26. Кудаяров, Д. К. Современные аспекты подготовки педиатрических кадров в Кыргызской Республике [Текст] / Д. К. Кудаяров, А. Б. Фуртикова // Здоровье матери и ребенка. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 3–8.
27. Кучербаев, А. А. Морфофункциональные особенности эритроцитов, иммуноглобулины и электролитный состав при железодефицитных анемиях у детей раннего возраста – постоянных жителей высокогорья Кыргызской Республики / А. А. Кучербаев, Ю. В. Борякин // Здоровье матери и ребенка. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 23–26.
28. Кучербаев, А. А. Состояние гомеостаза у детей раннего возраста в горных условиях при сочетанных с железодефицитной анемией заболеваниях органов дыхания [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / А. А. Кучербаев; Науч. рук. Л. В. Водкайло; КНИИ акушерства и педиатрии. – Фрунзе, 1990. – 24 с.
29. Лопатина, Е. Г. Домашнее лечение и качество жизни больных гемофилией [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
30. Лопатина, Е. Г. Результаты «Домашнего лечения» и качество жизни больных с тяжелой формой гемофилии А и В [Текст] / Е. Г. Лопатина, О. П. Плющ // Новое в трансфузиологии. – 2003. – № 35. – С. 15–27.

31. Мамаев, А. Н. Анализ качественных значений в медицинских исследованиях (критерий уj, точный критерий Фишера, критерий Макнимара) [Текст] : учеб-метод. пособие для врачей / А. Н. Мамаев. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2006. – 52 с.
  32. Маркина, А. В. Некоторые региональные эпидемиологические и клинические характеристики гемофилии A [Текст] / А. В. Маркина, М. Н. Русаков, И. И. Спичак // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. – Т. 39, № 2. – С. 14–15.
  33. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях (нормативы и отклонения) [Текст] / И. С. Цыбульская, Е. В. Бахадова, С. Н. Стерликов [и др.]. – М. : РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 52 с.
  34. Моргунова, М. А. Лекарственное обеспечение детей, больных гемофилией (D66, D67) [Текст] / М. А. Моргунова, Н. А. Попова, И. И. Лужина // Лекарственный вестник. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 29–31.
  35. Наследственные коагулопатии у детей и подростков республики Саха (Якутия) [Текст] / Е. Ф. Аргунова, А. П. Боброс, Е. С. Баницкова [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 11–14.
  36. Национальные стандарты Российской Федерации. Протоколы ведения больных: болезнь Виллебранда (ГОСТ Р 52600.1-2008), Гемофилия (ГОСТ Р 52600.3-2008). – М. : НЮОДИАМЕД, 2009. – С. 81–197.

**УДК: 616.72-002.771. 615.065**

# БАЛДАРДЫН КУРЧ КЫЗЫЛ ҮССҮТМА ООРУСУНУН ДАРЫЛООДО, ГОРМОНАЛЬДЫК ТЕРАПИЯНЫН ТЕРС ТААСИРЛЕРИ ЖӨНУҮНДӨ КЛИНИКАЛЫК МУНӨЗДӨМӨ

Тахирова Р.Н., Икрамова Д.Т.

# Ташкенттик Педиатриялык Медицина Институту Ташкент шаары, Узбекистан

**Резюме:** бул макалада курч кызыл ысытма менен ооруган балдарда, гормоналдык дарылоонун

терс таасирлерин клиникалық көрунүшүнүн изилдөөсүнүн негизинде абдан жогору болуп 73% түздү. Гормоналдык терапияны этиятык менен гана жсана оорунун өтө катуу күчөп кеткен абалда колдонууга сунушталат, анткени гормондорду тез арада токтотуунун кесепетинен жокко чыгаруу синдромуна же оорунун күчөшүнө алып келет.

**Негизги сөздөр:** күрч кызыл ысытма, кортикостероид, терс таасир.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Тахирова Р.Н., Икрамова Д.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт  
Ташкент, Республики Узбекистан.

**Резюме.** В статье представлены изучение клинических проявлений побочного действия кортикоидной терапии у детей, при острой ревматической лихорадке, которая составила очень высокий показатель (73%). Гормонотерапию рекомендуется назначать с осторожностью и только при тяжелых осложненных течениях болезни, так как прекращение введения гормонов ведет к синдрому отмены или к обострению процесса.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка, глюкокортикоиды, побочные реакции.

## CLINICAL DESCRIPTION OF BY-EFFECTS OF ENDOCRINOTHERAPY AT SHARP RHEUMATIC FEVER

Takhirova R.N.. Ikramova D.T.

*The Tashkent Pediatric Medical institute  
Tashkent, Republics of Uzbekistan.*

**Resume:** The article presents the study of the clinical manifestations of side effects of corticosteroid therapy in children, with acute rheumatic fever, which was very high (73%). Hormone therapy is recommended to be prescribed with caution and only in case of severe complicated course of the disease, since stopping the introduction of hormones leads to withdrawal syndrome or to exacerbation of the process.

**Key words:** acute rheumatic fever, glucocorticosteroids, adverse reactions.

**Актуальность.** С середины XX в. в практику лечения ревматических заболеваний стремительно вошли глюкокортикоиды, в том числе при ОРЛ. Тактика лечения включала использование небольших доз гормонов (0,5–0,7 мг/кг) в виде суточной дозы коротким курсом в 1–1,5 мес. с постепенным снижением дозы препарата и отменой его за этот срок [1,2].

Глюкокортикоиды являются эффективными терапевтическими средствами во многих случаях. Необходимо, однако, учитывать, что они могут вызывать ряд побочных эффектов, в том числе симптомокомплекс. Побочные реакции со стороны центральной нервной системы при лечении гормонами, по литературным данным, отмечаются наиболее часто. У детей, леченных кортикоидами, согласно наблюдениям авторов, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта появляются реже, чем у взрослых, однако прогноз у детей гораздо тяжелее [3,4].

**Целью** наших исследований явилось изучить клинические проявления побочного действия кортикоидной терапии у детей, больных острой ревматической лихорадкой.

### **Материалы и методы исследования.**

Исследование проводилось на базах в кардиоревматологических отделениях клиники ТашПМИ и 4-детской городской больницы г. Ташкента, за период 2014 - 18 гг. Под нашим наблюдением находились 254 ребенка с острой ревматической лихорадкой в возрасте от 7 – 15 лет, леченных кортикоидами. Детям диагноз был установлен по классификации МКБ-10 ОРЛ (острой ревматической лихорадки) принятой в 2003г.

Кортикоиды и АКТГ (адренокортикотропный гормон) применяли на фоне комплексного лечения преимущественно в ранние сроки от начала заболевания или при обострении процесса. Продолжительность курса колебалась от 4 до 6 недель, иногда и более. Побочные реакции и осложнения при лечении кортикоидами и АКТГ, возникшие у наблюдавшихся нами детей, разделены по тяжести проявлений на 3 группы.

### **Результаты и их обсуждение.**

Результаты наших исследований показали что, из 254 больных выявлены побочные реакции у 185 детей - в 72,8% случаев. У большинства детей они были легкими, но у 0,9% в связи ухудшением состояния пришлось прибегнуть к соответствующим лечебным мероприятиям для их ликвидации.

К 1-й группе отнесены более легкие побочные реакции, не влияющие на течение основного заболевания и не мешающие проведению гормонального лечения. Они выражались в появлении кушингоидного синдрома (округление лица), транзиторном повышении артериального (максимального) давления. А также наблюдались лейкоцитоз, образование пигментных пятен, угрей, сыпи типа фолликулита, полосы растяжения на коже, нарушения менструального цикла, гипертрихозе и др.

Большинство отмеченных побочных реакций было кратковременными и обычно вскоре после отмены гормонального препарата исчезали к концу 3-й иногда на 5-й и 6-й неделе лечения.

Однако полосы растяжения (striae) в области бедер, молочных желез и живота, появившиеся у девочек пубертатного возраста, а также гипертрихоз у 16 младших детей сохранялись более длительное время - до 6-8 месяцев с момента окончания гормонального лечения.

Нарушения менструального цикла, выражавшиеся в задержке менструаций, были непродолжительными. Восстановление менструального цикла после окончания курса гормонального лечения наблюдалось у 6 из них через 1 месяц, у 14 девочек через 2 и 3 месяца.

Наблюдалась определенная разница в частоте и характере отмеченных побочных реакций при лечении различными гормональными препаратами. Так, появление округлости лица, наблюдаемое обычно в конце 3-й или 4-й недели лечения, было выражено отчетливее при лечении АКТГ, кортизоном и преднизолоном и почти не наблюдалось при использовании триамцинолона. Округлость лица чаще сопровождалась общим нарастанием веса и повышенным отложением жира на туловище, значительно реже появление кушингиоидного симптома было изолированным.

Транзиторное повышение артериального давления в пределах 10-20 мм было более выражено при лечении АКТГ, кортизоном и преднизолоном и редко наблюдалось при терапии триамцинолоном.

Лейкоцитоз как проявление побочного действия гормонов отмечался примерно у 35% больных в конце 1-й и начале 2-й недели лечения, одинаково часто наблюдался при использовании различных кортикоステроидов и колебался в пределах 10 000-13 000, лишь у 2 детей достигая 25 000.

При этом ухудшения общего состояния, усиления активности ревматического процесса, признаков какой-либо новой инфекции не отмечалось. После снижения дозы кортикоステроида содержание лейкоцитов в крови нормализовалось.

**Таблица 1 - Побочные реакции при лечении кортикоステроидами и АКТГ, не влияющие на течение основного заболевания у детей, больных острой ревматической лихорадкой**

Характер побочных реакций	Число детей с побочными реакциями при лечении					
	Всего 185	АКТГ (n=54)	Кортизон (n=24)	преднизолон (n=97)	Дексаметазон (n=53)	Триамциналон (n=26)
Кушингиоидный синдром (округление лица)	47	7	8	19	10	3
Лейкоцитоз	65	16	10	23	8	8
Транзиторное повышение артериального давления	12	3	3	4	1	1
Пигментные пятна, угри, сыпь типа фолликулита	9	2	4	1	1	1
Полосы растяжения	18	-	1	9	4	4
Нарушения менструального цикла	14	-	-	11	3	-
Гипертрихоз	20	-	8	6	6	-

Как показано в табл.2. к побочным реакциям такого рода относились выраженная тахикардия, более стойкое повышение артериального давления, значительная прибавка в весе (более 2кг за курс лечения), нарушение деятельности нервной системы в виде беспокойства, головной боли, повышенной возбудимости, бессонницы, эйфории или депрессивного состояния и др. Они появлялись обычно на 2-й и 3-й неделе гормонального лечения и чаще наблюдались при использовании кортизона и преднизолона. У большинства детей тахикардия и гипертензия уменьшались или исчезали по мере снижения дозы препарата.

Наклонность к значительному нарастанию веса наблюдалась при использовании главным образом кортизона и АКТГ. Обусловливалось это не только изменением жирового, углеводного и белкового обмена, но и значительными изменениями минерально-водного обмена, особенно задержкой солей натрия и воды, уменьшением диуреза и усилением выделения калия, что способствовало нарастанию веса, а иногда и появлению отеков.

В меньшей степени нарастание веса наблюдалось при использовании преднизолона и дексаметазона, а при лечении триамсинолоном отмечалась даже обратная реакция-похудание, что, вероятно, связано с усилением экскреции натрия и диуреза. По нашим наблюдениям, у небольшого числа детей (7,7%), леченных кортикостероидами, отмечались явления повышенной возбудимости, бессонницы и эйфории, которые обычно появлялись к концу 2-й недели лечения и чаще наблюдались при приеме кортизона и введении АКТГ. Психических нарушений мы не наблюдали.

**Таблица 2 - Побочные реакции при лечении кортикостероидами и АКТГ, неблагоприятно влияющие на течение основного заболевания у детей, больных острой ревматической лихорадкой**

Характер побочных реакций	Число детей с побочными реакциями при лечении					
	Всего 207	АКТГ (n-54)	Кортизон (n-24)	преднизолон (n-97)	Дексаметазон (n-53)	Триамциналон (n-26)
Тахикардия	78	10	34	26	5	3
Гипертензия	80	11	27	29	8	5
Ожирения	33	11	12	5	3	2
Астено-вегетативное нарушение	16	5	3	4	1	3

К 3-й группе побочных явлений при лечении кортикостероидами мы отнесли осложнения, связанные с понижением иммунологических реакций. Подавлением сопротивляемости тканей к бактериальной и гнойной инфекции, что связано с их способностью уменьшать реакцию лимфоидной и других тканей на инфекционные и любые повреждающие воздействия, снижает воспалительную реакцию тканей и тормозить образование антител. Такие реакции наблюдались у 11% детей. Наиболее часто отмечалось обострение хронической очаговой инфекции - хронического тонзиллита, гайморита и др. У отдельных детей присоединялись инфекционные заболевания стрепто - стафилококкового характера типа пиодермии, флегмоны предплечья, явления афтозного стоматита и др. У большинства наших детей (67%), понижалась фагоцитарная активность лейкоцитов и уменьшалась комплементарная энергия крови.

Среди 254 детей, леченных нами кортикостероидами, у 3 девочек (0,95%) были обнаружены свежие язвы желудка, которые при жизни клинически не проявились. Указанные дети поступили с тяжелым непрерывно-рецидивирующем течением острой ревматической лихорадки с явлениями панкардита и полисерозита, тяжелыми клапанными поражениями сердца, недостаточностью кровообращения II-Б и III степени. Несмотря на активное комплексное лечение с применением преднизолона, у них не удалось остановить неуклонного прогрессирования ревматического процесса, в результате которого и наступил летальный исход. Кроме того, еще у 3 детей с подобным же тяжелым течением острой ревматической лихорадки были выявлены старые язвы желудка, обострившиеся в период гормонального лечения и закончившиеся у 1 ребенка прободением с кишечным кровотечением. К сожалению, не представлялось возможным установить начало их возникновения; по-видимому, течение их и ранее было бессимптомным.

#### **Вывод.**

Несмотря на положительную эффективность применения гормонотерапии при тяжелом течении ОРЛ, очень часто наблюдаются побочные явления и составляют очень высокий показатель (73%). Поэтому гормонотерапию рекомендуется назначать с осторожностью, так как прекращение введения его ведет к синдрому отмены или к обострению процесса.

**Список литературы:**

1. Кузьмина НН, Медынцева ЛГ, Белов БС. Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2017;55(2):125-137
2. Шабалов, Н.П. Детские болезни: учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, Т. 1. . - СПб. : Питер, 2013. - 928 с.
3. Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с., том 2 – 1023 с.
4. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://old.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html>

**УДК: 616.24.002:616.155.1:576.8.094.7:613.353**

**Эритроцит системасынын абалына караштуу пневмония оорусу менен ооруган балдардын кандык топтук таандыгы**

**Тахирова Р. Н.**

Ташкенттик Педиатриялык Медициналык институт,  
Ташкент шаары, Узбекистан

**Резюме.** Балдардын эрте курактагы оорулууларды курч осложненной пневмонией изилдене мазмуну гексоз жсана сиаловых моно-нарын мембранах эритроцитов перифериялык кан. Изилдөө жүргүзүлгөн дифференциялуу жараша топтун кан менен ооруган балдар. Аныкталса дифференциялуу деңгээлин төмөндөтүү гексоз жсана концентрациясын жогорулаттуу сиаловых кислоталарды көз каранды мүнөздөгү осложняющег алып жсана топтук таандыгы боюнча балдарды система АВО. Бул айгинелейт татаалдашкан пневмонии у кенже курактагы балдар менен мүнөздөлөт гана эмес, деструкцией липидного комплекси, бирок ошондой эле да көз каранды системасын гликокаликс клеточных мембран, алар аныкташат өткөрүү максатка терапевтик иши-чараларды гана эмес деңгээлде турукташтыруу жсана структуралык уюштуруу липид бисловы, бирок системасын гликокаликс.

**Негизги сөздөр:** Татаалдашкан пневмония, мембрана эритроцитов, гликокаликс

**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЛИКОКАЛИКСА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ**

**Р.Н. Тахирова**

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан.

**Резюме.** У детей раннего возраста больных острой осложненной пневмонией изучены содержание гексоз и сиаловых кислот в мембранах эритроцитов периферической крови. Исследование проводилось дифференцированно в зависимости от группы крови больных детей. Установлено, что дифференцированное снижение уровня гексоз и повышения концентрации

сиаловых кислот зависит от характера осложняющего синдрома и от групповой принадлежности детей по системе АВО. Это свидетельствуют о том, что осложнения пневмонии у детей раннего возраста характеризуются не только деструкцией липидного комплекса, но также зависит и от системы гликокаликса клеточных мембран, которые предопределяют целесообразность проведения терапевтических мероприятий не только на уровне стабилизации структурной организации липидного бислоя, но и системы гликокаликса.

**Ключевые слова:** Осложненная пневмония, мембрана эритроцитов, гликокаликс.

## CHARACTERISTICS OF GLYCOCALIX SYSTEM FOR ERYTHROCYTES MEMBRANES AT COMPLICATED PNEUMONIA IN INFANTS

Takhirova R. N.

*Tashkent Pediatric Medical Institute,  
Tashkent, Uzbekistan.*

### *Annotation*

**Introduction.** The complicated pneumonia at children of early age, despite essential achievements of scientific and practical pediatrics in realization clinical, treatment and rehabilitation aspects continues to remain an actual problem for pediatrics.

**Materials and methods.** The study was carried out differently, depending on blood group of sick children. Differentiated decrease of hexoses level and increase of sialicacid concentration depended on character of complicating syndrome and blood group of children by ABO system.

**Discussion.** Moreover, they predetermined the purposefulness of taking therapeutic measures not only on the level of stabilization structural organization for lipid biolayer, but and glycocalix system.

**Key words:** complicated pneumonia, erythrocytes membrane, glycocalix.

**Актуальность.** За последние годы с позиции клинической и экспериментальной мембранологии в педиатрии сделан значительный прорыв в понимание патогенетической сущности многих заболеваний у детей раннего возраста, в том числе и пневмонии. Это позволило обосновать дополнительные принципы лечебных и реабилитационных мероприятий. Однако необходимо констатировать, что все научно - практические разработки, применительно к мембранологии заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста получены на основании исследования структурно - функциональной организации липидного бислоя клеточных мембран [7]. В то же время липидный состав структуры клеточных мембран является не единственной организованной системой, обеспечивающей структурно - функциональную характеристику мембранных комплексов. В этом плане представляет интерес очень мало изученная система гликокаликса. Гликокаликс представляет надмембранный гликопротeinовый комплекс, который на уровне мембран эритроцитов обеспечивает в значительной степени антигенную структуру красных клеток крови [1;2;3;4;5]. К настоящему времени установлено, что реализация различных заболеваний и клинические характеристики проявлений патологии во многом зависят и от характеристик иммунно - антигенного комплекса системы АВО крови. В этом плане вполне логично предположение, что связь различных проявлений патологии с группой крови больных имеет в своей основе особенности структурной организации системы гликокаликса. Осложненные пневмонии не являются исключением из данных предположений. Исходя из указанных предпосылок, в настоящей работе поставлена **цель:** исследовать состояние и некоторые характеристики структурной организации системы гликокаликса эритроцитов у детей с осложненными пневмониями в зависимости от групповой антигенной принадлежности крови по системе АВО.

**Материалы и методы исследования.** Исходя из цели данной работы, с учетом современной классификации пневмонии [6] в зависимости от клинических проявлений внелегочных осложнений тяжелых внебольничных пневмоний в исследование были включены 2 группы больных детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. Дети с проявлениями осложненной пневмонии

инфекционно – токсическим шоком I-II стадиями (компенсированной и субкомпенсированной) составили 1-ю группу - 35 детей, а 2-ю группу – 23 ребенка с ДВС-синдромом. Из группы с проявлениями инфекционно – токсического синдрома первая группа крови 0(I) была представлена у 11 больных, вторая А (II) у 10 детей, третья В (III) у 7, и четвертая АВ (IV) у 7 больных детей. В случаях осложнения пневмонии проявлениями ДВС-синдрома распределение больных по групповой принадлежности крови было представлено следующим образом: первая группа крови 0(I) у 5 больных, вторая А (II) у 7, третья В (III) у 6, а четвертая АВ (IV) у 5 больных детей.

Статистическая обработка полученного материала проведена на персональном компьютере с использованием пакета программ Microsoft Excel из пакета Microsoft Office XP.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования содержания гексоз и сиаловых кислот у больных представлены в табл. 1. Как следует из данных таблицы у детей с токсическими проявлениями осложненных пневмоний в периоде разгара клинических проявлений патологии имеет место независимо от иммуногенетической предрасположенности по системе АВО снижение уровня суммарных гексоз относительно среднего нормативного показателя ( $P < 0,001$ ). Однако, групповая принадлежность по системе АВО оказывает определенное влияние на количественные характеристики снижение содержания в системе гликокаликса - суммарных гексоз. Так, в частности, наиболее низкие показатели содержания данных метаболитов установлено у детей со II группой крови, а минимальное снижение с IY группой крови.

Таблица 1 - Показатели системы гликокаликса в мембранах эритроцитов в разгаре клинических проявлений острой пневмонии у детей раннего возраста, (мкмоль/мл)

Группа крови по АВО	Абсолютные величины сиаловых кислот и гексоз у детей			
	с токсическим синдромом (n=35)		с ДВС (n=23)	
	Гексозы	Сиал. кисл.	Гексозы	Сиал. кисл.
0(I)	2,39±0,12*	0,219±0,013*	2,15±0,11*	0,241±0,012*
A(II)	2,12±0,16*	0,231±0,010*	1,91±0,10*	0,273±0,015*
B(III)	2,51±0,15*	0,211±0,012*	2,26±0,13*	0,232±0,012*
AB(IY)	2,68±0,20*	0,205±0,016*	2,41±0,12*	0,226±0,013*

Примечание: \* здесь и в табл. 2 достоверность различия ( $P < 0,05$ ) между анализируемыми показателями у здоровых и больных детей с соответствующей группой крови; содержание суммарных гексоз у здоровых детей составило 4,43±0,47 мкмоль/мл, сиаловых кислот 0,158±0,01 мкмоль/мл.

Содержание сиаловых кислот при периоде разгара тяжелых пневмоний с токсическим синдромом у детей раннего возраста повышается относительно нормы независимо от групповой иммуногенетической принадлежности больных детей по системе АВО ( $P < 0,01$ ). При этом кинетика изменения в уровне сиаловых кислот реципрокна динамике суммарных гексоз и также дифференцирована от групповой иммуногенетической принадлежности больных детей по системе АВО. А именно, максимальное накопление сиаловых кислот выявляется у детей со II, а минимальное с IY группой крови. Данные изменения на уровне содержания гексоз и сиаловых кислот в достаточной степени характеризует состояние распада системы гликокаликса. При этом распад углеводного фрагмента закономерно ведет к снижению уровня гексоз, а гликозамингликанов к накоплению продуктов деструкции системы гликокаликса - сиаловых кислот. В группе больных с тяжелой пневмонией, протекавшей в сочетание с инфекционно-токсическим синдромом и ДВС, достоверные отличия отмечены у пациентов со 2-ой и четвертой группами крови. Снижение суммарного количества гексоз и повышенное содержание N-ацетилнейраминовой кислоты свидетельствует о мембранодеструкции гликозамингликановой её составляющей. Данный компонент мембран ответственен за процесс рецепции и

стабильности и высокое содержание сиаловых кислот показывает усиление процесса расслоения мембранных компонентов. Наибольшее содержание в мембранах эритроцитов пациентов II группы крови подтверждает генетическую предрасположенность к мембранодеструктивному процессу. Данное предположение подтверждается исследованиями мембран эритроцитов в периоде реконвалесценции клинических проявлений острой пневмонии у детей раннего возраста. Достоверные отличия от нормальных величин в снижении содержания гексоз и увеличении содержания сиаловых кислот были обнаружены у пациентов со II-ой группой крови, тогда как у больных других групп крови изменения были в статистически недостоверных пределах от нормальных величин.

У детей с тяжелой пневмонией, протекавшей в сочетание с инфекционно-токсическим синдромом и ДВС, как это следует из данных таблицы в периоде разгара клинических проявлений патологии имеет место аналогичная тенденция, но более выраженная, нежели у детей предыдущей группы. Это закономерно, поскольку сочетание двух тяжелых осложнений, безусловно, усугубляет клинико-патофизиологические проявления патологии, которые в большей экспрессивности будут оказывать отрицательное влияние на структурную организацию системы гликокаликса, способствуя большему его распаду.

Достижение периода реконвалесценции характеризуется тенденцией к нормализации содержания гексоз и сиаловых кислот в мембранах эритроцитов у больных детей (табл. 2) и эта тенденция в большей степени имеет место у детей с токсическим синдромом, минимальная - в случаях сочетания инфекционно-токсического и ДВС. Это вполне закономерно, исходя из различия исходных показателей у больных данных групп. Однако, как в первой, так и во второй группе больных абсолютные показатели гексоз и сиаловых кислот в мембранах эритроцитов не достигают нормативных величин. Это в определенной мере согласуется с данными литературы, которые свидетельствуют об отставании процессов нормализации липидного бислоя клеточных мембран у детей с пневмонией, от динамики клинических проявлений патологии.

**Таблица 2 - Показатели системы гликокаликса в мембранах эритроцитов в периоде ремиссии клинических проявлений острой пневмонии у детей раннего возраста, (мкмоль/мл)**

Группа крови по АВО	Абсолютные величины сиаловых кислот и гексоз у детей			
	с токсическим синдромом		токсический синдром с ДВС	
	Гексозы	Сиал. кисл.	Гексозы	Сиал. кисл.
0(I)	3,499±0,31	0,172±0,009	3,41±0,24	0,190 ±0,010
A(II)	3,36±0,34*	0,209±0,01*	3,01±0,32*	0,228±0,012*
B(III)	3,81±0,29	0,189±0,012	3,56±0,34	0,191±0,009
AB(IV)	3,92±0,32	0,182±0,014	3,72±0,29	0,185±0,011

Одним из критериев оценки функционального состояния клеточных мембран представляется изучение мембранодеструкции по количеству отщепляемого от гликокаликса гексоз и расщепления гликозамингликанов, продуктом которого являются сиаловые кислоты. Изучение дезорганизации молекулярной структуры мембран эритроцитов при токсико-септических состояниях позволяет выявить закономерности общепатологического процесса. По данным Алимова А.В изменение структурной конфигурации бислоя мембран эритроцитов, сопровождавшееся изменением структурной композиции поверхностного и глубокого слоев, с возможным переходом фракций фосфолипидов из глубоких слоев в поверхностный позволили реализовать конформацию с гуморальными звеньями иммунной системы и кооперацию с регуляторными факторами апоптоза. По мнению автора, воздействие на мембранны эритроцитов новорожденных с токсико-септическими состояниями эндотоксических соединений, свободных радикалов, лизоформ фосфолипидов мембран, продуктов липидной пероксидации запускают универсальный механизм ответа, включающий в себя универсальные неспецифические изменения структуры клеточных мембран.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что осложненные пневмонии у детей раннего возраста характеризуются деструкцией не только липидного комплекса клеточных мембран, предопределяют целесообразность проведения терапевтических мероприятий не только на уровне стабилизации структурной организации липидного бислоя, но и также системы гликокаликса.

**Выводы:**

1. Осложненные пневмонии у детей раннего возраста характеризуются изменением содержания в мембранах эритроцитов компонентов над мембранным слоем гликокаликса сиаловых кислот и гексоз в сторону снижения уровня гексоз и повышения концентрации сиаловых кислот.
2. Выраженность изменений содержания гексоз и сиаловых кислот в мембранах эритроцитов дифференцированы от характера осложняющего синдрома и от групповой принадлежности детей по системе АВО, а именно более значительное изменение указанных метаболитов установлено у детей при заболевании пневмонией, сопровождающейся сочетанием инфекционно-токсического синдрома у детей со второй групповой принадлежностью крови по системе АВО.

**Список литература**

1. Homutovsky OA. *Struktura i funktsiya nadmembrannykh sloyev kletok (glycocalix)* [Structure and function over the membrane of layers of cages (glycocalix.)]. Kiev: Naukova Dumka, 1984. 160 p.
2. Vladimirov YuA. *Obshaya patologiya kletki, v knige potolodicheskaya fiziologiya, pod red. Ado AD, Ado MA, Pitskiy VI, Poryadin G.V, Vladimirov YuA. (Triada –X) ["The general pathology of a cage", in book. Pathological physiology, under the editorship of A.D. Ado, M. A. Ado, V. I. Pytsky, G. V. Poryadin, and Yu.A. Vladimirov (Triada-H)]* Moskva, 2000, pp. 16-48.
3. Sharayev PN, Strelkov NS, Tolstolutskaya TO, Maksimov PN, Prokopyeva MN. *O vnedrenii novykh biokhimicheskikh issledovanii, ispolzuemykh pri endogennykh intoksikatsiyakh* [About introduction of the new biochemical researches used at endogenous intoxications]. Clin. lab. Diagn, 2003;(9):48-49.
4. Tolstolutskaya TO. *Issledovaniya glycoproteinov syvorotki krovi u bolnykh negospitalnoy pnevmoniey* [Research of glycoproteins of serum of blood at patients with not hospital pneumonia]. Avmoreferat, Ufa, 2004. 24 p.
5. Golovanov MV. *Biofizicheskaya struktura vneshnego sloya plazmaticheskoy membrane opukholevykh kletok (glycocalixa)* [The biophysical structure of an external layer of a plasmatic membrane of tumoral cages (glycocalix)]. Vestnik. RONS im. Blohina NN. RAMN, 2006; 17(1):4-6.
6. Chuchalin AG. *Vnebolnichnaya pnevmoniya u detey: rasprostranenost, diagnostika, lecheniye i profilaktika* [Extra hospital pneumonia at children: prevalence, treatment and prevention]. nauchn-prakt. Programma: Ros. respirator. o-vo, Feder. pediatrov stran SNG; Mosc. o-vo detskykh vrachey; Nauch. proect. Moscva: Original-maket, 2011. 63 p
7. Soodayeva SK. *Svobodnoradikalnye mekhanizmy povrezhdeniya pri boleznyakh organov dykhaniya* [Free radical mechanisms of damage at diseases of respiratory organs]. J. Pulmonologiya, 2012;(5):5–10.

---

**УДК: 613.1:577.4:616-053.2**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИАСЫНЫН ЭКОЛОГИЯЛЫК  
ГЕТЕРОГЕНДИК АЙМАКТАРЫНДА ЖАШАГАН  
БАЛДАРДЫН ООРУСУ**

**Саатова Г.М., Футикова А.Б., Жантураева Б.Т.**

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

**Резюме:** изилдөөнүн максаты болуп, Кыргыз Республикасындагы (пахта себуучу, тамеки себуучу жана уул калдыктарды сактоочу жайлардын облусунун) экопатологиянын (экологиянын патологиясынын) клиникалык турлөрүн илкүтөө жана клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүнүн, экологиялык кыйынчылык аймактарда жашаган балдардын кан айлануу системасынын тубаса жана жашоо шартынын негизинде пайда болгон патологиясынын илктоо болду. Ошол, пахта себуучу, тамеки себуучу жана ядердик уул калдыктарды сактоочу аймактарда түрүктүү жашаган балдарда экологиялык жактан коопсуз аймактарга караганда, уч же андан көп өнөкөт оорулардын жана экологиянын таасиринен пайда болгон оорулардын айкалышы аныкталган. Жүрөк-кан тамыр ооруларынын түзүмүндө, жүрөктүн тубаса аномалиялары жана миокардиодистрофия оорулары үстөмдүк кылат.

**Негизги сөздүр:** балдар, кан айлануу системасынын оорулары, тубаса жүрөк оорусу, миокардиодистрофия, соматикалык оорулар, экология, Кыргызстан.

## Заболеваемость у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах Кыргызской Республики

Саатова Г.М., Футикова А.Б., Жантураева Б.Т.

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

**Аннотация.** Целью исследования явилось изучение клинических форм экопатологии и клинико-эпидемиологических особенностей врожденной и приобретенной патологии органов кровообращения у детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия Кыргызской Республики (хлопкосеющий, табакосеющий и регион хвостохранилищ радиоактивных отходов). Выявлено, что у детей, постоянно проживающих в хлопкосеющем, табакосеющем и регионе хвостохранилищ ядерных отходов чаще, чем в экологически благополучном регионе наблюдается сочетание трех и более хронических соматических и экообусловленных заболеваний. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний доминируют врожденные аномалии сердца и миокардиодистрофии.

**Ключевые слова:** дети, болезни органов кровообращения, врожденные пороки сердца, миокардиодистрофии, соматическая патология, экология, Кыргызстан

## Morbidity in children living in ecologically heterogeneous regions of the Kyrgyz Republic

Saatova G.M., Futikova A.B., Zhanturaeva B.T.

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

**Annotation.** The purpose of the study was to study the clinical forms of ecopathology and the clinical and epidemiological features of congenital and acquired pathology of the circulatory organs in children living in the ecological distress zone of the Kyrgyz Republic (cotton growing, tobacco growing and radioactive waste tailings). It has been revealed that children residing in the cotton growing, tobacco growing and nuclear waste tailings sites more often than in an ecologically safe region have a combination of three or more chronic somatic and eco-related diseases.

*Congenital abnormalities of the heart and myocardial dystrophy dominate in the structure of cardiovascular diseases.*

**Keywords:** children, diseases of the circulatory system, congenital heart defects, myocardial dystrophy, somatic pathology, ecology, Kyrgyzstan

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на формирование здоровья детей оказывает свое влияние не только биологическое начало, но и общие социально-экономические и экологические условия. В антенатальном периоде развития детей большую значимость имеют условия микросреды, в которой развивается ребенок. Состояние здоровья матери, качество её жизни и среды, акушерский анамнез, течение беременности и родов являются решающими факторами формирования здоровья ребенка (Adzick N.S., Sutton L.N., Crombleholme T. M. 1998; Cristiansen L., Bygum A., Jensen A. 2000; Chernensky M.A. 1999; Menkes J.H., Sarnat H.B. 2000; Ford J., Li Y., O'Sullivan M. et al., 2000).

Однако, несмотря на многочисленные исследования в области экопатологии детского возраста, выявление экологически зависимых отклонений в состоянии здоровья детей все еще остается трудной задачей, что обусловлено как большим разнообразием воздействия экологических факторов на человека, так и сложностью определения основных причинно-следственных связей (Демин В.Ф., Ключников С.О., Покидкина Г.Н.. 1995; Игнатова М.С., 1994; Яковлева И.Н., Балева Л.С.. 2006; Ямпольская Ю. А. 1998; Сипягина А.Е 2003; Абылдаева А.А., 2007)..

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

Многочисленными научными исследованиями доказаны отрицательные действия факторов окружающей среды, в частности, радионуклидов, химических средств защиты растений и использование минеральных удобрений на здоровье детей [Абылдаева А.А., 2007]. Регистрируются «экологически обусловленные болезни, вызванные агрессивными факторами среды (Вельтищев Ю.Е. 1996; Баранов А.А., Щеплягина Л.Г., Ильин А.Г., и др. 2005).

ВОЗ относит врожденные пороки развития (ВПР) и в том числе врожденные пороки сердца (ВПС) к группе экоассоциированных заболеваний, которые являются индикаторами окружающей среды. В последние годы возрастает удельный вес врожденной патологии сердца и крупных сосудов, малых аномалий развития сердца, а также приобретенных дистрофических заболеваний сердца. Среди традиционных причин, приводящих к развитию сердечно-сосудистой патологии у детей, большой интерес представляет проблема влияния неблагоприятных факторов внешней среды.

Эти обстоятельства обосновывают необходимость проведения научных исследований и последующего систематического контроля за состоянием сердечно-сосудистой системы детей, проживающих в экологически гетерогенных зонах Кыргызстана. По данным Департамента санитарно-гигиенического контроля к зонам экологического риска относятся Ноокенский район и г.Майлуу-Суу Жалал-Абадской области (регион хвостохранилищ), Ноокатский район (табакосеющий регион), Араванский и Кара-Суйский район Ошской области (хлопкосеющий регион).

Анализ факторов, ведущих к развитию тяжелых социально-значимых врожденных и приобретенных заболеваний у детей, постоянно проживающих в зонах экологического неблагополучия, позволит разработать мероприятия по совершенствованию лечебно-профилактической помощи детям, снижению уровня младенческой и детской смертности и инвалидности.

**Цель исследования.** Изучить клинические формы экопатологии и клинико-эпидемиологические особенности врожденной и приобретенной патологии органов кровообращения у детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия Кыргызской Республики.

#### **Методы исследования.**

Исследовательская работа проводится в 4 зонах Кыргызстана гетерогенных по экологическому благополучию (по данным Департамента санитарно-гигиенического контроля): в Ноокенском районе и г.Майлуу -Суу Жалал-Абадской области (регион хвостохранилищ), Ноокатский район (табакосеющий регион), Араванский и Кара-Суйский район Ошской области

(хлопкосеющий регион), Алайский район Ошской области (экологически благополучный регион).

1-ый этап посвящен скрининговому изучению частоты и характера клинических синдромов у детей постоянно проживающих (5 и более лет) в регионах экологического риска. Из популяции школьников отобраны школы (выборочная статистическая совокупность) механическим способом по районным спискам, расположенных в зонах высокого экологического неблагополучия.

Обследовано 1867 школьников проживающих в зонах экологического риска: в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов (357 детей, в табакосеющем регионе- 460 детей, хлопкосеющем регионе - 670 детей, в экологически благополучном регионе- 380 детей. Определение относительных показателей связи ВПС и факторов риска (ФР) проводилось при определении относительного риска (ОР), отношения шансов (ОШ), атрибутивного риска (АР).

Оценка степени влияния факторов риска и прогнозирование риска формирования и рождения ребенка с ВПС выполнено методом ранжирования признаков по их чувствительности (Se), специфичности (Sp), информативности (I) и прогностическому коэффициенту (ПК) на основании метода неоднородной последовательной процедуры Вальда и дискриминантного анализа (Е.В.Гублер, 1990) по специально разработанной компьютерной программе на IBM-PC-ХТ

На 2 этапе исследования проведено клинико-функциональное обследование школьников с выявленными патологическими симптомами и синдромами в пределах изучаемого территориального участка: 190 школьников города Майлуу Суу, 215 школьников в Ноокатском районе, 340- в Кара-Суйском районе и 170 – в Алайском районе. Сведения о наличии патологии собирались по анализу индивидуальных карт развития ребенка. Синдромальный «экологический» диагноз формулировался согласно классификации Ю.Е.Вельтищева (1996). В зависимости от наличия и вида «экологического» диагноза были выделены подгруппы детей: с синдромом экологической дезадаптации (СЭД), синдром специфической химической и /или радиационного гиперчувствительности (СХГ/СРГ), синдром хронической интоксикации (СХИ).

На третьем этапе исследования проведено проспективное и ретроспективное изучение клинико-функциональной характеристики врожденной и приобретенной сердечно-сосудистой патологии у детей постоянно проживающих в регионах экологического риска, имеющих 2 и более фоновых состояний в сочетании с 3 и более хроническими соматическими заболеваниями. Обследованы 427 детей в возрасте от 1 до 15 лет, из них 93 детей проживающие в регионе хвостохранилищ, 76 - в табакосеющем регионе, 151- в хлопкосеющем регионе, 107 – в экологически благополучном регионе.

С целью выявления и определения уровня патогенного фактора в изучаемых регионах использовались результаты исследования среды обитания, представленные Южным Округом Института медицинских проблем Академии Наук Кыргызской Республики.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Обследовано 1867 школьников, из них в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов (г.Майлуу Суу) – 357 детей, в табакосеющем регионе (Ноокатский район) – 460, в хлопкосеющем регионе (Кара-Суйский район) – 670, в экологически благополучном регионе (Алайский район) – 380 детей. Соотношение мальчиков и девочек было одинаковым. Дети в возрасте 6-7 лет составили 22,0%, 8-10 лет – 32,7%, 11-14 лет – 27,4%, 15-17 лет – 17,7%.

Перечень изучаемых клинических признаков и синдромов включал: общие симптомы, проявления инфекционного, аллергического синдрома, синдрома трофических нарушений, астено-невротические проявления, соматические заболевания и функциональные нарушения.

По результатам анкетирования семей выявлены возможные медицинские, биологические, социально-гигиенические и средовые факторы, влияющие на состояние здоровья детей школьного возраста.

В зонах экологического риска у школьников чаще, чем в экологически благополучном регионе выявлены симптомы общего недомогания (от 27,7% до 31,9%), трофические нарушения (от 35,0% до 40,8%), астено-невротический синдром (от 14,8% до 17,9%), вегето-сосудистая дистония (от 11,7% до 15,8%), воспалительные (от 35,0% до 40.8%) и дистрофические заболевания (от 30,0% до 35,2%) внутренних органов с проявлениями функциональных

нарушений (желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы и органов кровообращения).

В зоне относительного экологического благополучия частота проявлений инфекционного (27,0%) и аллергического синдромов (12,7%) у школьников не имела достоверных отличий от регионов экологического риска ( $P<0,05$ ).

В регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов (город МайлууСуу) чаще, чем в других регионах обнаружены как случайная находка малые аномалии развития сердца (18, 2%  $P<0,05$ ).

В табакосеющем регионе (Ноокатский район) у школьников чаще, чем в других регионах регистрировался астено-невротический синдром (15,8%), в хлопкосеющем регионе (Кара-Суйский район) - трофические поражения кожи и ногтевых фаланг 40,8%).

14,5% школьников с выявленными патологическими симптомами были обследованы в пределах территориального участка Центра Семейной Медицины (ЦСМ) и территориальной больницы (ТБ).

Среди детей постоянно проживающих в зонах экологического риска и благополучном регионе одинаково часто регистрировались очаги носоглоточной инфекции, острые и хронические бронхолегочные заболевания, инфекция мочевыводящих путей, воспалительные заболевания сердца, а также фоновые состояния – рахит, гипотрофия.

В регионах экологического риска, в отличии от благополучного региона, чаще регистрируются железодефицитная анемия (ЖДА) (от 66,0% до 61,7%), заболевания желудочно-кишечного тракта (от 24,1% до 26,5%), аллергические заболевания и респираторные аллергозы (от 14,7% до 17,8%), дистрофические заболевания сердца (от 24,6% до 35,2%).

В регионе хвостохранилищ в отличии от всех других экологически неблагополучных регионов отмечен самый высокий уровень регистрации малых аномалий развития сердца (20,2%), ВПР (9,4%) и ВПС 29,5%), тимомегалия (17,8%).

Диагноз экообусловленного заболевания устанавливался по номенклатуре Международной классификации Болезней X пересмотра (2000) (МКБ X) «Последствия воздействия внешних причин» по рубрике Т-98 и «Проблемы связанные с физическими факторами окружающей среды» по рубрике Z 58.1-58.9.

Критериями диагностики были:

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

У 52,6% детей проживающих в пределах территориального участка в регионе хвостохранилищ отмечено сочетание хронических заболеваний, из них у 4,2% - трех и более заболеваний, при наличии в среднем  $2,8\pm0,3$  фоновых заболеваний.

У 49,3% детей, проживающих в пределах территориального участка в табакосеющем регионе регистрировались сочетание хронических заболеваний, из них трех и более – у 3,7% детей и в среднем  $2,4\pm0,4$  фоновых заболеваний.

У 48,8% детей, проживающих на территории одного терапевтического участка в хлопкосеющем регионе отмечено сочетание хронических заболеваний, в том числе у 4,1 % трех и более хронических заболеваний и  $2,3\pm0,5$  фоновых состояний.

В экологически благополучном районе у 36,4% детей имелись сочетанные хронические заболевания, из них у 1,17% детей три и более хронических заболеваний, на фоне  $1,9\pm0,04$  фоновых состояний.

Комплексный анализ факторов риска формирования врожденных и приобретенных хронических заболеваний у детей, постоянно проживающих зонах экологического риска выявил комплексное влияние средовых, биологических, медицинских и социальных факторов.

Среди медицинских факторов доминировал отягощенный акушерский анамнез ( $OP=8,0$ ), эпизоды мертворождения ( $OP=6,1$ ), более одного выкидыша на ранних сроках беременности ( $OP=2,02$ ), спонтанные аборты, урогенитальные инфекции ( $OP=6,1$ ), соматические заболевания у родителей (5,1), наличие врожденных и наследственных заболеваний в семье, низкая масса тела ребенка при рождении, гипоксия плода.

Среди биологических факторов риска здоровью детей выделены: возраст матери старше 41 года, родственный брак.

Среди социальных факторов выделены низкий социальный уровень семьи, курение, употребление алкоголя, психо-эмоциональные перегрузки женщины, неосведомленность и не выполняющих рекомендаций по планированию беременности, профессиональные вредности у родителей, интенсификация учебного процесса в школах, несоблюдение физиологических и гигиенических норм в быту и в школах, отсутствие знаний и представлений о здоровом образе жизни, неоптимальная физическая активность, неправильное питание.

В различных экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана прогностическая значимость медицинских, социальных и биологических факторов в происхождении хронической сочетанной патологии не имела достоверных отличий.

Среди средовых факторов риска здоровью детей в экологически неблагополучных регионах выделены: воздействие химических веществ используемых в сельском хозяйстве (пестициды, стойкие токсические вещества и пр.), загрязнение воздуха окружающей среды внутри и вне помещений, использование воды не соответствующей санитарно-гигиеническим нормам, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, непреднамеренные травмы, детский труд.

Прогностическая значимость средовых факторов в происхождении сочетанной врожденной и приобретенной патологии в экологически неблагополучных регионах Кыргызстана была достоверно выше, чем в зоне экологического благополучия.

Значимость средовых (экологических) факторов доминировала в происхождении врожденной патологии в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов (ПК=12,5), в остальных регионах экологического риска (хлопкосеющий и табакосеющий) средовые факторы прогностически неблагоприятны в формировании дегенеративно-дистрофических заболеваний и трофических нарушений (ПК=9,6).

Выделены наиболее значимые критерии прогнозирования высокого риска развития хронических заболеваний у детей, проживающих в регионах экологического неблагополучия.

У детей из экологически неблагоприятных регионов отмечен высокий процент детей с инфекционным (89,2%) и инфекционно-аллергическим синдромами (54,5%), повышенная степень стигмации (38,7%), снижение неспецифической резистентности в виде лейкоцитопении и лимфопении (28,0%), гиперреакция на туберкулиновую пробу (18,0%), тимомегалия, что является, по-видимому, неспецифической основой для возникновения и хронизации патологических процессов (табл. 1).

**Таблица 1. - Клинические и лабораторные показатели (индикаторы) прогнозирования экообусловленных заболеваний у детей**

Наименование признака	Прогностический коэффициент ПК
Сочетание инфекционного и аллергического синдромов	12,6
Повышение количества стигм дисэмбриогенеза в 2-2,5 раза по сравнению с контрольной группой	8,9
Лейко- и лимфопения	6,8
Гиперреакция на туберкулиновую пробу	3,8

Выделенные признаки позволяют прогнозировать формирование сочетанных хронических заболеваний у детей, выделить группы риска, а следовательно определить терапевтическую тактику, что оказывает влияние на снижение частоты рецидивов, хронизации и инвалидности.

Комплексное обследование позволило выявить у 29,5% детей с заболеваниями органов кровообращения врожденные аномалии сердца и сосудов.

Врожденная патология сердца и крупных сосудов доминировала у детей проживающих в регионах хвостохранилищ ядерных отходов (51,6%) (табл. 2). Среди обследованных детей чаще

регистрировались ВПС с обогащением и обеднением малого круга кровообращения преимущественно с тяжелыми проявлениями недостаточности кровообращения.

В структуре приобретенных заболеваний доминировали миокардиодистрофия, обнаруживаемая чаще у детей в табакосеющих и хлопкосеющих регионах, реже воспалительные заболевания сердца – неревматический кардит, ревматические поражения сердца.

У больных с миокардиодистрофией характерным было раннее обнаружение дистрофического синдрома, что имело неблагоприятное значение и в половине случаев сопровождалось снижением функционального состояния миокарда. У больных детей с миокардиодистрофией при проведении углубленного ЭХОКГ исследования выявлялись признаки расширения полости левого желудочка и тенденция к снижению показателей, характеризующих насосную функцию миокарда, что можно рассматривать как доклиническое проявление формирования сердечной недостаточности.

**Таблица 2 - Структура болезней органов кровообращения у детей, проживающих в различных регионах Кыргызстана (абсолютное число/ процент (%)) из числа обследованных)**

Наименование	Регион хвостохранилищ (Ноокенский район и г.Майлуу -Су, Джалаабадской области)	Табакосеющий регион (Наукатский район Ошской области)	Хлопкосеющий регион (Араванский Карасуйский район Ошской области)	Экологически благополучный регион (Алайский район Ошской области)
ВПС	48 (51,6%)	17 (22,36%)	36 (23,8%)	5 (23,3%)
Приобретенные заболевания органов кровообращения	45 (48,4%)	59 (77,7%)	115 (76,2%)	2 (76,7%)
Всего	93 (100%)	76 (100%)	151 (100%)	7 (100%)

Неревматический кардит протекал преимущественно подостро. На электрокардиограмме (ЭКГ) - синусовая тахикардия, высокий вольтаж комплекса QRS, признаки гипертрофии левого желудочка с глубокими зубцами Q и подэндокардиальной гипоксией миокарда, нередко - перегрузка и гипертрофия правого желудочка. У 8% детей, умерших не от заболевания сердца, по данным аутопсии обнаружен кардит.

У детей в изучаемых регионах особенности течения острой ревматической лихорадки и её последствий не имели отличий. Во всех изучаемых регионах преобладали случаи субклинического (стертого) течения ревматизма, что затрудняло своевременную диагностику и лечение.

Таким образом, у детей, проживающих в зонах экологического неблагополучия при проведении углубленного комплексного обследования выявлена высокая частота поражений сердечно-сосудистой системы, представленная врожденными аномалиями сердца, и преимущественно не воспалительными заболеваниями миокарда в виде миокардиодистрофии.

### **Заключение.**

- У 52,6% детей проживающих в пределах территориального участка в регионе хвостохранилищ ядерных отходов, у 49,3% детей – в табакосеющем регионе, у 48,8% детей – в хлопкосеющем регионе отмечены сочетанные хронические заболевания.

- Заболевания, обусловленные воздействием внешних причин и проблемы связанные с физическими факторами окружающей среды подтверждены у 4,2% детей в регионе хвостохранилищ радиоактивных отходов, у 3,7% - в табакосеющий регионе, у 4,1% - в хлопкосеющем регионе.

- Риск возникновения врожденной и сочетанной хронической патологии у детей постоянно проживающих в зоне хвостохранилищ ядерных отходов, хлопко- и табакосеющих регионах

связан с комплексным влиянием средовых, медицинских, биологических и социальных факторов.

• Врожденные пороки развития (9,4%), врожденные пороки сердца (29,5%), малые аномалии развития сердца (20,2%) достоверно чаще выявлялись у детей, постоянно проживающих в регионе хвостохранилищ ядерных отходов в сравнении с другими регионами экологического риска ( $P<0,001$ ).

• В структуре болезней органов кровообращения у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах юга Кыргызстана, врожденные аномалии сердца и сосудов составляют 29,5%. В структуре приобретенных заболеваний сердца доминируют миокардиодистрофии, которые в половине случаев сопровождаются проявлениями формирования сердечной недостаточности.

• Индикаторами прогнозирования формирования сочетанных хронических заболеваний у детей постоянно проживающих в экологически неблагоприятных регионах юга Кыргызстана являются: инфекционный (89,2%) и инфекционно-аллергический синдромы (54,5%), повышенная степень стигмации (38,7%), снижение неспецифической резистентности.

#### **Список литературы:**

1. Adzick N.S., Sutton L.N., Crombleholme T. M. //Lancet. – 1998. –Vol.352. – P. 1675-1676. Anonymous (1997) Knowledge and use of folic acid by women of childbearing age – United State, 1997. MMWR 46:7210723.
2. Cristiansen L., Bygum A., Jensen A. //Hum. Genet. – 2000. – Vol. 107. – P. 612-614.
3. Chernensky M.A. //FEMS Immun. Med. Microbiol. – 1999. – Vol.24, 4.P. 437-446.
4. Menkes J.H., Sarnat H.B. //Child. Neurol. – 2000. – Vol.2. – P. – 305-331
5. Ford J., Li Y., O'Sullivan M. et al. //Carcenogenesis. – 2000. – Vol. 11. – P 1971-1975
6. Демин В.Ф., Ключников С.О., Покидкина Г.Н. Значение неблагоприятных экологических факторов в формировании детской патологии. Педиатрия. 1995. №3. с. 98–101.
7. Игнатова М.С. Экопатологические состояния у детей и проблемы их диагностики / В кн.: Диагностика соматических заболеваний у детей. Под ред. Игнатовой М.С., Игнатова С.И. М., 1994. С. 45–55
8. Яковлева И.Н., Балева Л.С. Особенности иммунитета у лиц, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующей радиации в детском возрасте // Вопросы гематологии. онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2006. Т 5. № 1. С. 22–31.
9. Ямпольская Ю. А. Физическое развитие и адаптационные возможности современных школьников // Рос. педиатрический журнал. 1998. №1. С. 9–11.
10. Сипягина А.Е. Радиочувствительность к малым дозам ионизирующего излучения у детей. как основа развития соматических заболеваний. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.М., 2003.
11. Абдылдаева А.А. Распространенность железодефицитных анемий в многодетных семьях г. Бишкек. /Боконбаева С.Д., Счастливая Т.Д., Каракеева Г.Ж.//Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана (Ежегодный сборник научных статей медфакультета КРСУ, Выпуск 7. Бишкек, 2007, стр.234-239.
12. Вельтищев Ю.Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка. //Российский вестник перинатологии и педиатрии (Приложение к журналу). Лекция №3.1994.
13. Баранов А.А., Щеплягина Л.Г., Ильин А.Г., и др. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности. // Российский педиат-рический журнал №2 2005.-С. 4-10
14. Вельтищев Ю. Е. Экологически детерминированная патология детского возраста //Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 1996. №2. С. 5–12.
15. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии.-Л.: Медицина, 1990.-176 с.

**УДК:616.233-007.64:616-053.2**

## **ӨНӨКӨТ СПЕЦИФИКАЛЫК ЭМЕС ӨПКӨ ООРУЛАРЫ: БРОНХОЭКТАТИКАЛЫК БАЛДАРДЫН ООРУСУ**

## Маймерова Г. Ш. , Фуртикова А.Б., Ашералиев М.Е.

Эне жана баланы коргоо улуттук борборуу,  
Бишкек шаары, кыргыз Республикасы

**Резюме:** Сурамжылоого 5 жаштан 17 жашка чейинки курактагы бронхоэктатический оорусу менен ооруган 20 бала катышкан, алар 3 жылдын ичинде, ал кандай медициналык мекемелердин амбулатордук жана оорукана денгэлинде о.э Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда байкалган. Ал бир учурда, бул бейтаптарды дарылоодо эскичил (консервативдик) ыкмаларына артыкчылык берилip, инфекцияны жуктурууга бөгөт коюлуп о.э бронхторду калыбына келтириууга багытталган.

**Негизги сөздөр:** балдар, бронхоэктатикалык оору, дарылоо.

## ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ: БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Маймерова Г. Ш. , Фуртикова А.Б., Ашералиев М.Е.

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

**Резюме.** В обследование были включены 20 детей с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 5 до 17 лет, наблюдавшиеся на амбулаторном и стационарном уровне в различных медицинских учреждениях, в том числе и НЦОМиД в течение 3 лет. В каждом индивидуальном случае отдано предпочтение консервативному методу лечения у данных больных, которое было направлено на подавление инфекции и восстановлению бронхиальной проходимости.

**Ключевые слова:** дети, бронхоэктатическая болезнь.

## CHRONIC NON-SPECIFIC LUNG DISEASES: BRONCHIECTASIS IN CHILDREN.

Maimerova G.Sh. , Furtikova A. B., Asheraliev M.E.

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

**Summary.** In the survey included 20 children with bronchiectasis in age from 5 to 17 years, observed on outpatient and inpatient level in various medical institutions, including NTsOMiD within 3 years. In each individual case, preferred conservative method of treatment in these patients, which was aimed at the suppression of infection and recovery of bronchial patency.

**Keywords:** children, bronchiectasis.

**Актуальность проблемы.** Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) представляют собой одну из наиболее сложных проблем в педиатрии не только в нашей стране, но и странах ближнего и дальнего зарубежья. Многие вопросы, касающиеся этого заболевания, остаются спорными до настоящего времени. С XX века, начиная с работ С.П. Борисова (1953) все ХНЗЛ у детей, были объединены под общим термином «хроническая пневмония». Бронхоэктатическая болезнь легких рассматривалась как один из этапов формирования «хронической пневмонии» - от бронхита к бронхэкстазам [1]. А в современной медицинской литературе термины «бронхэкстазы», «бронхиолоэкстазы», «бронхоэктатическая

болезнь» нередко используются как синонимы для обозначения необратимого расширения бронхов, сопровождающихся их анатомическим дефектом [2]. Также в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем», X пересмотра (ВОЗ, 1995) бронхэкстatischeкая болезнь представлена под рубрикой (J. 47). Бронхэкстatischeкая болезнь подразделяется как на врожденные, так и приобретенные и в зависимости от рентгенологической картины также выделяют следующие типы бронхэкстазов: варикозный, веретенообразный, мешотчатый, цилиндрический смешанный. Описаны по некоторым литературным данным ателектатический, атрофический, гипертрофический, деструктивный, диспластический, постбронхитический и ретенционный типы бронхэкстазов [3]. Бронхэкстазы впервые были описаны Лаенеком почти 200 лет назад, механизмы их формирования до сих пор до конца не изучены. Однако среди наиболее вероятных патогенетических моментов развития бронхэкстазов решающее значение имеют воспаление дыхательных путей и нарушение бронхиальной проходимости вследствие закупорки или обструкции бронха. Следует отметить, что начальные признаки бронхэкстatischeкой болезни обычно появляются у детей в течение первых 3 лет жизни ребенка, а диагностируется она, как правило, у детей дошкольного возраста. Однако необходимо заметить, что по литературным данным за последние 30 лет наметилась тенденция к более легкому течению болезни у детей: преобладают так называемые «малые формы», которые протекают без явлений гнойной интоксикации, дыхательной недостаточности [4]. Крайне редкими стали гнойные осложнения, ранее считавшиеся характерными для бронхэкстatischeкой болезни. Это объясняется расширением диагностических мероприятий, успехами медикаментозного лечения при воспалительных заболеваний легких, эффективности антибактериальной терапии и профилактических мероприятий [4].

#### **Методы и материалы исследования.**

На базе отделения аллергологии и клинической иммунологии Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) за последние 3 года обращались дети с признаками бронхиальной обструкции при покое и физической нагрузке для исключения диагноза «бронхиальная астма» (БА). Для диагностики дополнительно были использованы следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки, бронхоскопия, определения функции внешнего дыхания, бактериологический анализ мокроты с определением чувствительности и флоры. У всех детей, которым проводилась бронхоскопия, выявлялись катарально-гнойные или гнойный эндобронхит. Воспаление слизистой оболочки бронхов сопровождается нарушением структуры и функции мерцательного эпителия и тем самым обуславливается нарушение мукоцилиарного транспорта. Это, в свою очередь, способствует упорному течению воспалительного процесса в респираторном тракте.

#### **Результаты исследования и их обсуждения.**

После проведенного специализированного обследования (сбора анамнестических данных, клинико-инструментальных методов исследования) у 20 детей в возрасте от 5 до 17 лет был выявлен бронхэкстазы. Мальчиков было – 9, а девочек -11, преобладали дети из сельской местности – 14, по отношению к городу – 6. Поражение левого легкого определено у 9 (преимущественно нижняя доля); у одного ребенка поражение правого легкого верхняя доля, правого легкого – 7; двустороннее локализация – 3 (все из сельской местности) (рис.1).

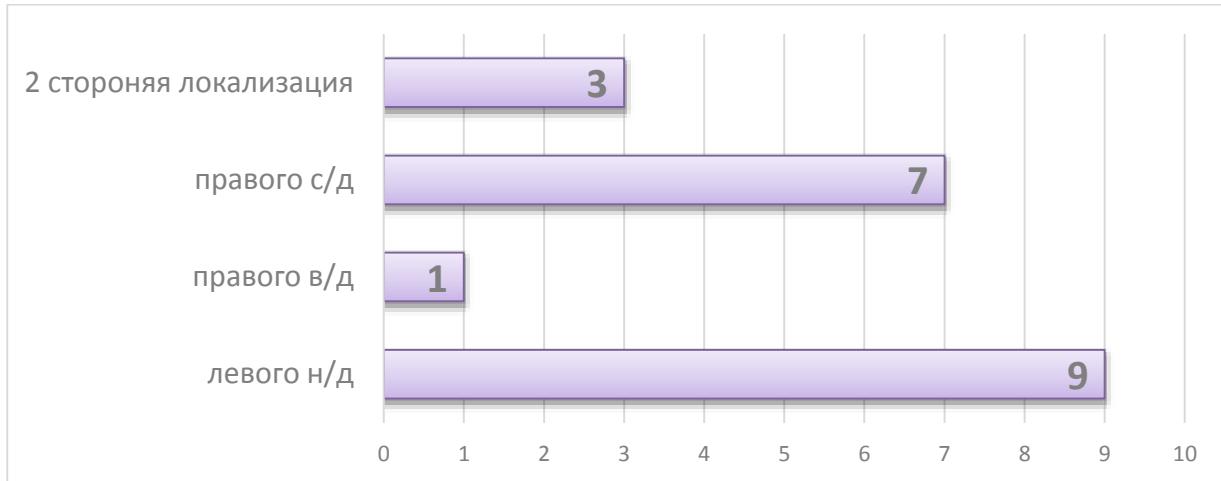


Рисунок 1. Поражение лёгких у пациентов с бронхэкстазической болезнью.

У данных детей имело место приобретенный БЭ (корь, коклюш – 5, инородные тела- 2, ателектазы – 3, ДБСТ -10). У 35 % больных детей было сочетание с хроническим бронхитом, у 25% больных сочетание с бронхиальной астмой и у 40% детей изолированная форма БЭБ (рис.2).

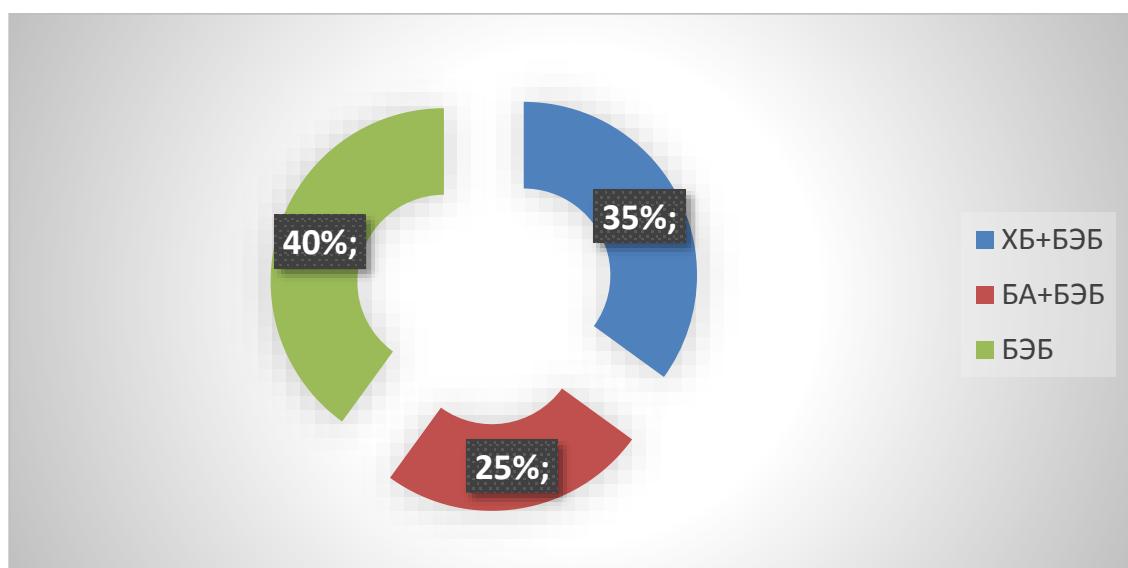


Рисунок 2. Структура больных детей.

Из 20 детей, был оперирован 1 ребенок с поражением средней доли правого легкого. Но мы придерживались тактики консервативного лечения больных детей, для поддержания стойкой клинической ремиссии, чтобы избежать оперативного вмешательства. Основными клиническими проявлениями бронхэкстазической болезни постоянный влажный кашель с мокротой, главным образом по утрам, относительно небольшими количествами, мокрота также отделялась в виде отдельных плевков. У наших детей отделение мокроты «полным ртом» как это описывалось во всем литературным данным, которое наблюдалось при классической БЭБ, наблюдалось редко. После проведенного консервативного лечения, проведения с лечебно-диагностической целью бронхоскопии и введения данной категории пациентов ИГКС, повторные обострения воспалительного процесса в легких сократились до 1-2 раз в год. Также одышка и оральная крепитация больных беспокоила только в период обострения заболевания, в сравнении до получения комплексного лечения у данных больных. Деформации грудной клетки: уплощение или западение грудной клетки на стороне поражения встречалось у 70% детей, у 10% детей имело место утолщение ногтевых фаланг пальцев («барабанные палочки»). При функциональном исследовании внешнего дыхания выявляются чаще смешанные

рестриктивные вентиляционные сдвиги. Степень их выраженности зависел от распространенности патологического процесса в легких у больных. Для больных с распространенным процессом БЭБ были характерны снижение величины форсированного выдоха, индекса Тиффно, изменение структуры легочных объемов, увеличение остаточного объема, уменьшение жизненной емкости легких. У больных с локализованным процессом функциональные нарушения были умеренной степени. Наиболее часто в мокроте больных с бронхоэктазами встречаются *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moracella cataralis*.

В заключение следует отметить, что бронхоэктатическая болезнь представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, требующую пристального внимания не только педиатров, но и специалистов различного профиля. Необходимо длительное диспансерное наблюдение и организация системы реабилитации больных БЭБ, что позволит предотвратить осложнения, подавление инфекции и восстановление бронхиальной проходимости. К сожалению, большинство детей (до 46%) имеющих БЭБ остаются инвалидами и во взрослой жизни, что свидетельствует необходимости наблюдения за часто болеющими пациентами и диагностики аномалий развития бронхолегочного дерева.

**Список литературы:**

1. Каганов С.Ю. Современные проблемы пульмонологии детского возраста. Пульмонология 1992; 2: 6-12.
2. Гайдашева Э.А., Новиков В.Н. Объективные критерии диагностики врожденных пороков бронхолегочной системы у детей. Пульмонология 1994; 3: 51-53.
3. Зубков В.А., Смойленко В.А. Микробиологические аспекты этиологии и антибактериальной инфекции бронхолегочной инфекции. Пульмонология 2001; 3: 123-127.
4. Каганов С.Ю., Розинова Н.Н. Хронические заболевания легких у детей: критерии их диагностики. М. 2002, с.248.

---

УДК 616.248-053.2

## БРОНХИАЛЬДЫК АСТМА ПЕДИАТРИЯЛЫК ПРАКТИСЫНДА

Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.

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

**Резюме:** бронхиалдык астма оорусунун натыйжалуулугун баалоо учун саламаттык сактоонун баштапкы дарыгерлердин маалымдары (GMT) менен астма менен ооруган балдар учун диагностика, тез жардам 158 балада жана 52 дарыгердин сурамжылоонун негизинде, астманын клиникалык о.э.клиникалык иш көрүнүштөрүнүн ар тараптуу изилдөө жүргүзүлгөн. Дем алуу милдетин аныктоочу (ФВД) жана пикфлюметрди пайдалануу медициналык адистер о.э. бейтаптар учун тийиштүү жана жеткиликтүү ыкмалар деп табылган. Ошондой эле кыска мөөнөттүү окутуу курстарын (ГСВ) дарыгерлер системасынын маалыматтык баалуулугун жогорулатууга болот.

**Негизги сөздөр:** балдар, бронхиалдык астма, тышкы дем алуу милдети, саламаттыкты сактоо кызматкерлери, дарылоо.

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.

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

**Резюме.** Целью оценки эффективности ведения больных бронхиальной астмой (БА) и информированности врачей первичного уровня здравоохранения (ГСВ) о диагностике, оказание неотложной помощи детям страдающим астмой, проводилось комплексное обследования и изучение клинико-функциональных проявлений БА у 158 детей и анкетирование 52 врачей. Установлено, что определение функции внешнего дыхания (ФВД) и применение пикфлоуметрии (ПСВ) являются адекватными и доступными методами как для пациентов, так для медицинских работников. Так же проведение краткосрочных курсов обучения позволяет улучшить информативность врачей системы ГСВ.

**Ключевые слова:** дети, бронхиальная астма, функция внешнего дыхания, медицинские работники, лечение.

## BRONCHIAL ASTHMA IN PEDIATRIC PRACTICE

Asheraliev M.E., Maimerova G.Sh.

*National Center for Maternal and Child Welfare,  
Bishkek, Kyrgyz Republic*

**Summary.** The purpose of evaluating the effectiveness of managing patients with bronchial asthma (BA) and informing primary health care physicians (FGP) about diagnostics, providing emergency care to children with asthma, conducted a comprehensive survey and study of the clinical and functional manifestations of BA in 158 children and questioning 52 doctors. It has been established that the determination of the respiratory function (respiratory function) and the use of peak flow measurement (PSV) are adequate and accessible methods for both patients and medical professionals. Also conducting short-term training courses can improve the informativeness of the doctors of the FGP system.

**Key words:** children, bronchial asthma, external respiration function, medical workers, treatment.

**Введение.** Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространённости бронхиальной астмы (БА) у детей во всем мире, и в частности в нашей стране. В Российской Федерации количество больных с впервые установленным клиническим диагнозом БА за период с 2000 по 2002 г. увеличилось на 1,2% [1]. Аналогичные научные исследования среди детского населения, проведённые в Кыргызской Республике, подтверждают эту тенденцию [2,3]. Частые рецидивы заболевания обуславливает более тяжёлое течение БА, что выдвигает изучение данной проблемы на одно из первых мест среди задач не только в педиатрии, но и для практического здравоохранения в целом.

На сегодняшний день разработаны современные схемы диагностики и лечения БА, основу которых составляют достижения и постоянная оценка контроля над заболеванием, а также применение в составе базисной терапии ингаляционных кортикоステроидов (ИГКС) и их комбинаций с  $\beta_2$ -агонистами пролонгированного действия. С учётом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Глобальной инициативы по борьбе с астмой (GINA) в Кыргызской Республике сотрудниками отделения аллергологии и клинической иммунологии разработаны клинические руководства и протоколы [4,5], внедрение которых позволяет снизить риск поздней диагностики и осложнённого течения БА у детей.

Все вышеизложенное обусловило актуальность данной проблемы.

**Цель работы.** Оценка эффективности ведения больных бронхиальной астмой и информированности врачей системы ГСВ о диагностике, оказание неотложной помощи и лечение бронхиальной астмы у детей.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находились 158 детей с установленным клиническим диагнозом БА, в возрасте от 6 до 17 лет, ранее получавших лечение в отделении аллергологии и клинической иммунологии НЦОМиД. Среди больных мальчиков было 87 (55,1%), девочек 71 (44,9%). У всех больных бронхиальная астма по клинической картине соответствовала частично-контролированному 99 (62,7%) или не контролированному 59 (37,3%) течению заболевания (средней и тяжёлой степени

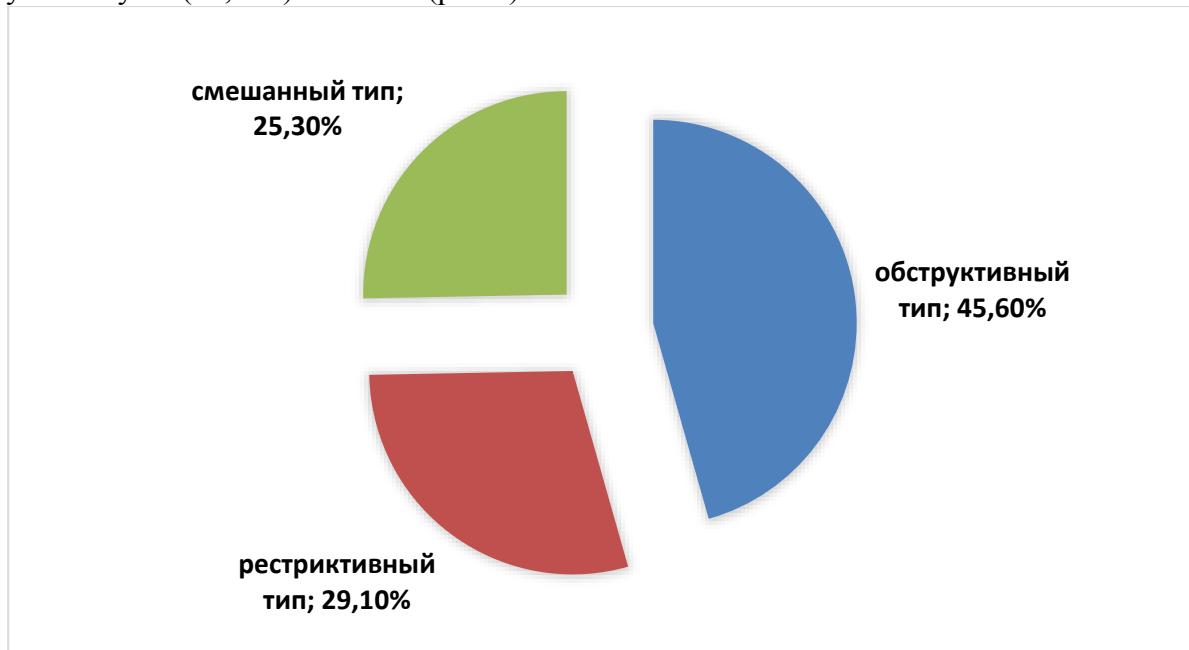
заболевания). Дети осматривались аллергологом один раз в месяц в течении 6 месяцев, под контролем ФВД. Изучение бронхиальной проходимости проводилось с помощью аппарата «MINATO-AUTOSPIRO» Z505 (Япония). ФВД исследовали больным в условиях близких к основному обмену. Степень нарушения бронхиальной проходимости у детей БА зависит от механизма развития бронхиальной обструкции и степени тяжести заболевания.

Согласно условиям рандомизированного контролируемого исследования, пациенты были распределены на 2 группы с соблюдением эквивалентности по полу, возрасту, терапии и др. Первую группу (контрольную) составили 78 больных с БА, которые получали ИГКС – беклометазона дипропионат в соответствующих дозах. Во вторую группу вошли 80 больных с БА, получавших комбинированную терапию ИГКС – серетид (сальметерол ксинофоат и флютиказона пропионат).

Также нами проведено анкетирование 52 врачей системы ГСВ, оказывающих медицинскую помощь детям, больным БА. Анкета включала вопросы общего характера (место работы, специальность) и вопросы по менеджменту БА у детей согласно соответствующим клиническим рекомендациям и протоколам Кыргызской Республики [Приказ МЗ КР № 189, 2013]. Заполнение анкет врачами конференции проводилось до и после краткосрочного обучения основам менеджмента БА у детей.

**Результаты.** Исследование клинико-анамнестических данных у детей БА показало, что факторами риска возникновения повторных приступов бронхиальной обструкции были наличие в анамнезе перенесённых ОРВИ, положительная атипичная инфекция (в частности микроплазменной, хламидийной этиологии), положительный аллергологический анамнез, особенно по материнской линии и наличие в сыворотке крови специфического IgE. Относительный риск данных показателей составил от 17,2% до 49,8%, а отношение рисков – от 1,8 % до 4 %.

Анализ полученных результатов показал, что у 100,0% больных были выявлены изменения ФВД, нарушения той или иной степени. Среди нарушений ФВД преобладали нарушения по обструктивному типу у 72 (45,6%), по рестриктивному типу у 46 (29,1%), а смешанному типу нарушения у 40 (25,3 %) больных (рис.1).



**Рисунок. 1. Распределение больных от степени нарушений функции внешнего дыхания**

99,6% больных указывали на причинно-следственную связь между контактом с аллергеном и возникновением приступа бронхиальной обструкции. В 95,9 % случаев по результатам аллергического обследования выявлена специфическая гиперчувствительность, при этом преобладало наличие бытовой сенсибилизации. Тест с физической нагрузкой и в сочетании бронхолитиками проведён у 75,0% больных, при этом у этих пациентов показало, что положительные результаты имели диагностическую значимость у 80,0% детей.

Положительные результаты теста с физической нагрузкой чаще регистрировались у 66,7% детей с персистирующей БА средней степени.

При оценке клинических симптомов БА к концу первой недели отмечено, что у больных на фоне комбинированной терапии ИГКС регистрировались приступы бронхиальной обструкции на 45,6% меньше, чем у пациентов получавших только стандартную терапию. При контролльном исследовании ФВД у больных показало, что улучшение произошло у всех пациентов, достоверное увеличение ФЖЕЛ - на 14 - 32 %, ОФВ<sub>1</sub> на 15-32 %.

Через 6 месяцев от начала лечения у больных получавших ИГКС - отсутствие симптомов бронхиальной обструкции. Высокую клиническую эффективность комбинированной терапии препаратом серетид подтвердило функциональное исследование лёгочной вентиляции

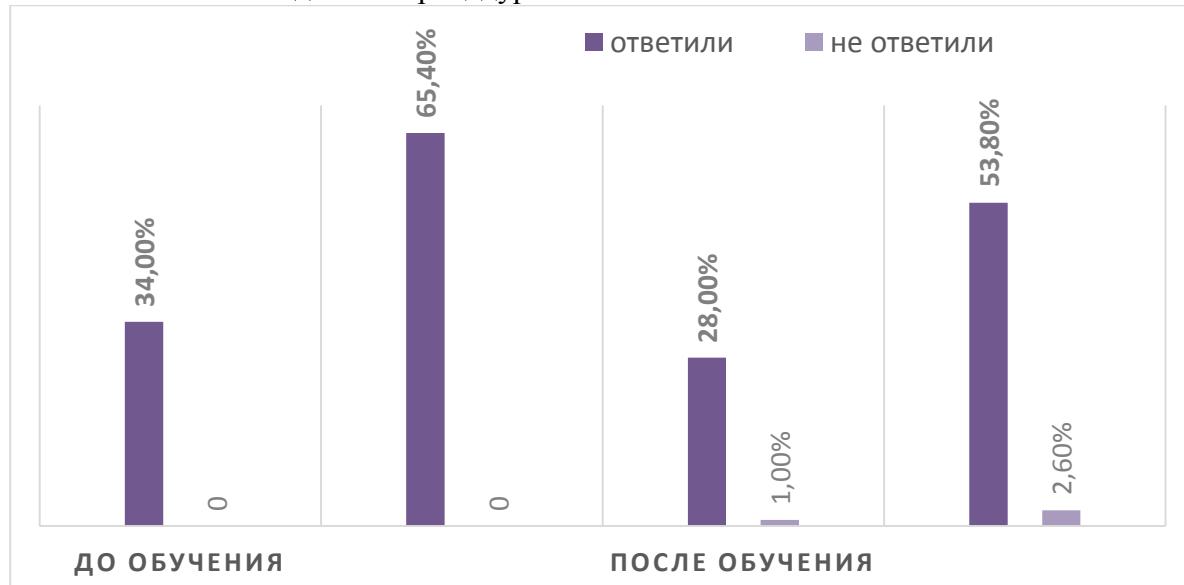
У детей первой группы, которые получали ИГКС – беклометазона дипропионат в соответствующих дозах, клинические симптомы бронхиальной обструкции лёгкой степени сохранялись у 2 пациентов, что подтвердило функциональное исследование лёгочной вентиляции.

Таким образом, определение ФВД у детей имеет ценное значение в диагностике и оценке эффективности проводимого лечения. Этот метод для диагностики степени тяжести болезни является адекватным и доступным как для пациентов, так и для врачей системы семейной медицины и аллергологов.

В целях оценки эффективности обучения медицинских работников на краткосрочных курсах по внедрению клинических протоколов проанкетированы 52 врача. Основную массу среди анкетируемых составили врачи центров семейной медицины – 41 из 52 (78,8%), представлены были также врачи стационаров (9) и других учреждений здравоохранения (2).

Диагностика БА у детей оценивалась в динамике. Диагноз БА в течение последнего года врачебной практики выставлялся 35 (67,3%) анкетируемыми врачами.

По результатам анкетирования установлено, что использование пикфлюметрии остается достаточно низким (рис. 2), что, возможно, связано с дефицитом времени и отсутствием осознанного отношения к данной процедуре.



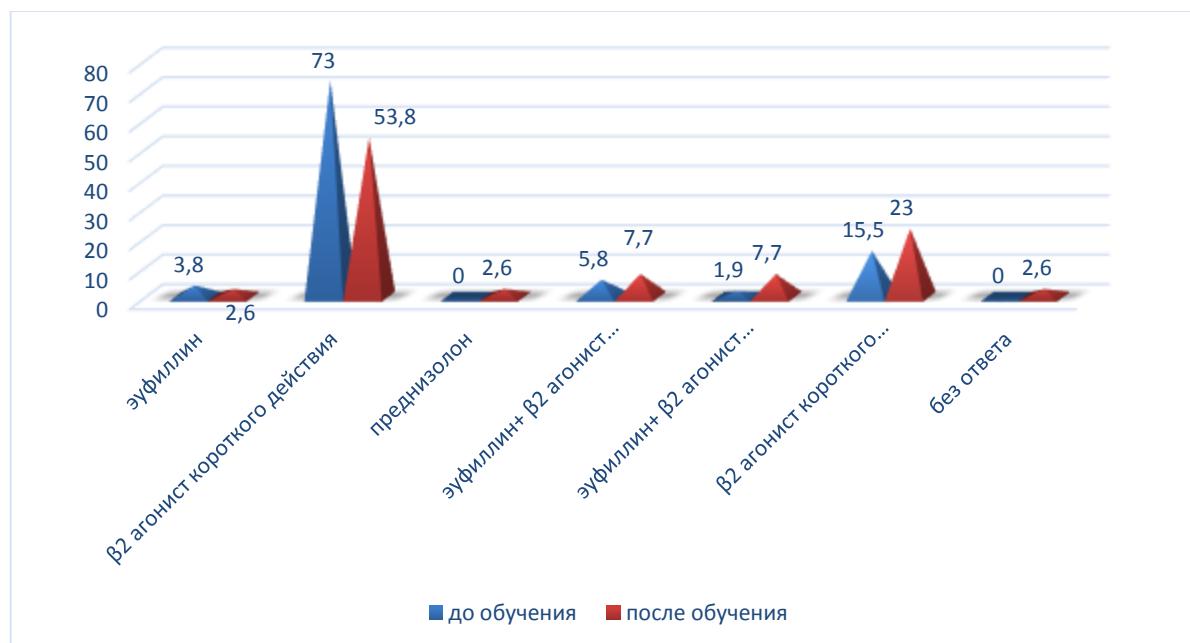
**Рисунок.2. Использование пикфлюметрии для диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей.**

Среди медикаментозных средств, используемых для купирования приступа БА у детей, анкетируемые врачи указали эуфиллин, В<sub>2</sub> агонисты короткого действия (вентолин), преднизолон, а также различные комбинации указанных препаратов (рис. 3).

Наиболее часто как средство купирования приступа БА у детей использовался вентолин (73,0%), однако после проведения краткосрочного обучения его применение как средства монотерапии уменьшилось в 1,4 раза (до 53,8%), чаще стала использоваться комбинация В<sub>2</sub>-агонистом короткого действия с преднизолоном (с уровня 15,5 до 23,0%).

В современных условиях для купирования приступа БА у детей редко используется только эуфиллин (3,8-2,6%), в комбинации с другими препаратами его назначение после обучения несколько наростило: в комбинации с В<sub>2</sub> агонистом короткого действия с 5,8 до 7,7%, в комбинации с В<sub>2</sub>-агонистом короткого действия и преднизолоном – с 1,9 до 7,7%.

Обращает на себя внимание также факт более частого применения пероральных глюкокортикоидов (ПГКС) после обучения: преднизолон стал компонентом комплексной терапии в 30,7% случаев (до обучения – в 17,4%).



**Рисунок. 3.Медикаментозные средства, используемые для купирования приступа бронхиальной астмы у детей (%).**

Для контроля течения БА анкетируемые медработники применяли пероральные глюкокортикоиды (ПГКС) – преднизолон, ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС) – беклометазон, короткодействующие β<sub>2</sub>-агонисты – сальбутамол, комбинированные препараты – серетид (сальметерол / флутиказона пропионат), беродуал (ипратропиума бромид / фенотерол), а также различные комбинации этих препаратов (табл. 1).

**Таблица 1 - Медикаментозные средства, используемые для контроля течения бронхиальной астмы у детей (%)**

Медикаментозные средства	До обучения	После обучения
ПГКС	2,6	5,8
Беродуал	–	15,5
ИГКС	12,8	15,5
Сальбутамол	28,1	17,2
Серетид	20,5	9,6
ПГКС + Сальбутамол	2,6	–
Беродуал + Сальбутамол	2,6	3,8
ИГКС + Сальбутамол	7,7	13,5
Беродуал + Серетид	2,6	3,8
ИГКС + Серетид	10,3	1,9
ИГКС + Сальбутамол + Серетид	5,1	3,8
Сальбутамол + Серетид	–	1,9
Без ответа	5,1	5,3

Наиболее часто используемым препаратом для контроля течения БА оказался В<sub>2</sub>агонист короткого действия, однако использование его в качестве монотерапии после обучения снизилось почти вдвое – с 28,1 до 17,2%.

В качестве объективных критериев контроля эффективности лечения БА анкетируемые врачи указывали улучшение самочувствия, отсутствие одышки, мониторинг показателей пиковой скорости выдоха (ПСВ) и определения потребности в бронхолитиках, отсутствие кашля, а также различные сочетания этих признаков.

Как положительный результат тренинга можно расценивать снижение использования в качестве объективных критериев такие признаки как хорошее самочувствие (с 13,5 до 5,1%) и отсутствие одышки (с 19,2 до 10,3%), более частое применение мониторинга показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках (с 25 до 33,3%), а также включение этого критерия в комплексную оценку эффективности лечения БА (с 7,6 до 28,3%).

Таким образом, проведённое исследование определяет ряд положительных моментов в применении рекомендуемого национальными клиническими руководствами и протоколами менеджмента БА у детей, одновременно выявляя отклонения, требующие коррекции.

**Выводы:**

1. Определение функции внешнего дыхания и применение пикфлюметрии у детей с БА имеет ценное значение в диагностике, а также в оценке эффективности проводимого лечения. Для диагностики степени тяжести болезни эти методы являются адекватными и доступными как для пациентов, так и для врачей ГСВ и аллергологов.

2. Проведение краткосрочных курсов обучения позволяет улучшить информированность врачей первичного и вторичного уровней здравоохранения по основам менеджмента БА у детей. Применение мониторинга показателей ПСВ и определения потребности в бронхолитиках должно использоваться в качестве объективных критериев эффективности течения БА.

**Список литературы:**

1. Л.С.Намазова-Баранова. Аллергия у детей: от теории – к практике.- Серия «Современная педиатрия: от теории – к практике» [монография] – М.:Союз педиатров России, научный Центр здоровья детей, 2010-2011. – С.668.

2.Джанузакова Н.Э., Молдогазиева А.С., Иманалиева Ч.А., Борякин Ю.В., Вычигжсаннина Н.В. – Аллергические заболевания у детей и климатогеографические факторы. // Здоровье матери и ребенка. – 2009.- том 1, приложение 1. – С.103-105.

3.Молдогазиева А.С., Нажимидинова Г.Т., Боронбаева Э.К., Маймерова Г.Ш. – Преваленс аллергических заболеваний у детей по критериям ISAAK. – //Гигиена, эпидемиология и иммунология. – 2004. - № 1-2. - С.142-144.

4. Клинический протокол «Бронхиальная астма у детей» для первичного уровня здравоохранения (утверждён приказом МЗ КР №189, 2013).

5.Клинический протокол «Бронхиальная астма у детей» для вторичного уровня здравоохранения (утверждён приказом МЗ КР №189, 2013).

## **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

**УДК 616-053-617-089-616.941**

## **БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ**

### **КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛДАРДЫН ОСТЕОМИЕЛИТ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ**

**Амираев Н.А., Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б.**

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,  
Бишкек шаары, кыргыз Республикасы

**Резюме:** балдардын жалпыланган жана жооптуу остеомиелити боюнча, жаш курагы, жашаган жери, микроорганизмдердин козгогучту жарааша, ошондой эле оорунун узактыгына коз карандыэкендигин изилдөөнүн жыйынтыгында берилген.

**Негизги сөздөр:** Балдар, остеомиелит.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Амираев Н.А., Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства,  
г.Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** представлены результаты исследования особенностей течения генерализованного и очагового остеомиелита у детей в зависимости от возраста, локализации, микробного возбудителя и длительности болезни.

**Ключевые слова:** дети, остеомиелит

## CLINICAL FEATURES OF LOCALIZED AND GENERALIZED FORMS OF OSTEOMYELITIS IN CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Amiraev N. A., Uzakbaev K. A.

National Centre for Maternal and Child Welfare,  
Kyrgyzstan (Bishkek)

**Summary.** The results of studies of the course of generalized and focal osteomyelitis in children, depending on age, location, microbial pathogen and disease duration.

**Key words:** children, septicemia.

**Актуальность.** В IV - веке до нашей эры Аристотелем был введен термин «сепсис», подразумевающий отравление организма продуктами гниения собственных тканей. До сих пор это заболевание полностью не изучено, поскольку все еще продолжающееся накоплений знаний по этиологии и клинике не позволяет противостоять той неудержимости, с которой сепсис уносит человеческие жизни в самом рассвете сил[1,2].

Большой вклад в учение о сепсисе внес Н. Schottmuller (1997), создавший теорию о значении первичного гнойного очага, из которого микробы через сосудистую систему проникают в кровь. Он считал, что течение септического процесса зависит не только от поступивших в кровь микробов, но и от объема охваченных воспалительным процессом тканей и органов.

В настоящее время одной из актуальных проблем в неотложной неонатальной хирургии является ранняя диагностика и адекватная терапия инфекционных осложнений. В связи с этим трудности связаны с тем, что рекомендуемые современные определения септических состояний отличаются от терминологии, используемой большинством неонатологов [1,2]. Кроме того, существуют различия в патофизиологии, клинической интерпретации инфекции и восприимчивости новорожденных к одному и тому же бактериальному патогену, в зависимости от гестационного возраста.

Внутриутробное инфицирование влияет на развитие многих патологических состояний гестационного периода, заболеваний детского возраста и являются актуальной проблемой принатологии [1,2,4].

Острый гематогенный остеомиелит остается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста, тем самым выделяясь среди прочих гнойно-воспалительных процессов, характеризуется тяжестью течения, трудностью ранней диагностики и частотой неблагоприятных исходов и осложнений [1,5,6]. В последние годы тенденция к уменьшению числа больных с острым гематогенным остеомиелитом не наблюдается. Так же заболевание тесно связано с социальными и экономическими факторами, поэтому в течение последнего десятилетия отчетливо прослеживается изменение патоморфоза болезни.

Проблема хронического гематогенного остеомиелита сегодня, в начале XXI века не теряет своей актуальности. Это касается как диагностики заболевания, распознавания осложнений, трактовки клинической картины, так и методов лечения [3,5].

**Цель исследования:** изучение особенностей течения генерализованного (сепикотоксического и сепикопиемического) и очагового остеомиелита (свищевой и бесвищевой) у детей, в зависимости от возраста, локализации, микробного возбудителя и длительности болезни.

**Методы исследования:**

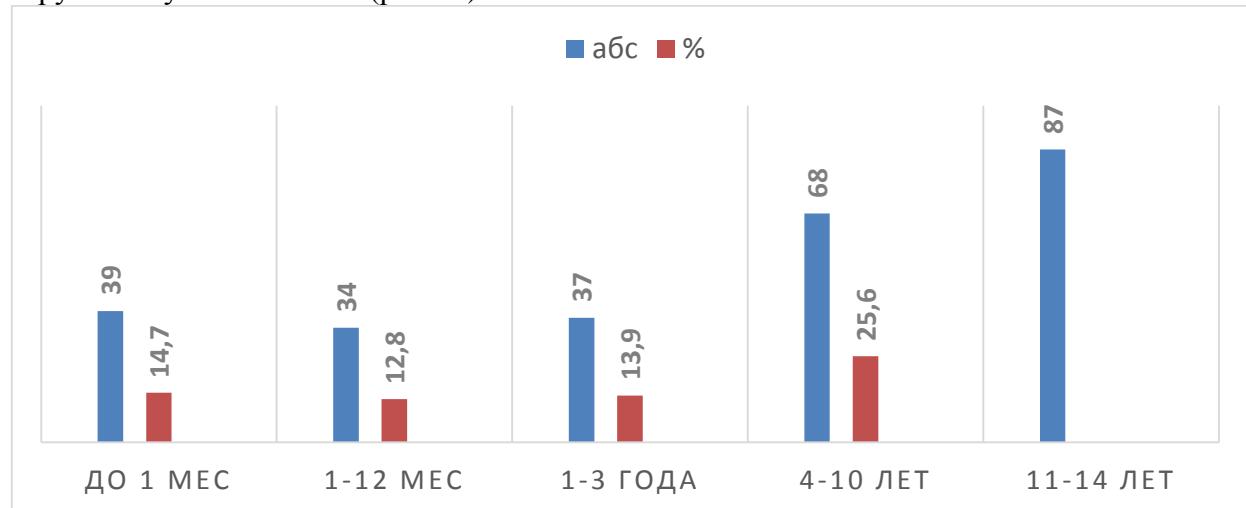
Проведено ретроспективное и проспективное исследование 265 детей с гнойно – септическими заболеваниями, пролеченных в отделении гнойной хирургической инфекции НЦОМиД с 2000г. по 2011г.

- Возраст обследованных детей был с рождения до 14 лет.
- Был использован комплекс клинико – лабораторных исследований: общий анализ крови;
  - биохимическое исследование;
  - коагулограмма;
  - общий анализ мочи;
  - рентгенологическое исследование грудной клетки;
  - ЭКГ;
  - УЗИ и др.

**Результаты и их обсуждения.**

Данный исследования посвящен изучению особенностей течения генерализованного (сепикотоксического и сепикопиемического) и очагового остеомиелита (свищевой и бесвищевой) у детей в зависимости от возраста, локализации, микробного возбудителя и длительности болезни.

Остеомиелит выявляется у детей всех возрастов, причем с возрастом частота его обнаружения увеличивается (рис. 1.)



**Рисунок 1. Частота выявления остеомиелита у детей различного возраста.**

**Таблица 1. - Варианты течения остеомиелита у детей различного возраста**

возраст	Остеомиелит очаговый не осложненный сепсисом (n=184)	Остеомиелит генерализованный, осложненный сепсисом (n=81)	всего
До 1 месяца	4 (10,25)	35 (89,74)	39
1-12 месяцев	4 (11,76)	30 (88,23)	34
1-3 года	21 (56,75)	16 (43,2)	37
4—10 лет	68 (100,0)		68
11-14 лет	87(100,0)		87

У детей раннего возраста, начиная с периода новорожденности достоверно чаще наблюдался генерализованный вариант течения остеомиелита ( $P<0,05$ ). С возрастом вероятность генерализации и осложнений остеомиелита уменьшалась. В младшем школьном и старшем возрастах регистрировались неосложненные локализованные варианты течения остеомиелита – свищевой и безсвищевой (табл.1.).

В структуре генерализованных вариантов остеомиелита септикотоксический вариант наблюдался у 69 (85,2%), а септикопиремический вариант у 12 (14,8%) больных остеомиелитом.



**Рисунок 2. Частота обнаружения генерализованных вариантов остеомиелита у детей различного возраста.**

У детей с периода новорожденности и первых лет жизни отмечался чаще септикотоксический вариант генерализованного остеомиелита, с возрастом отмечалась тенденция учащения септикопиремического варианта остеомиелита (табл.2).

**Таблица 2 - Частота обнаружения генерализованных вариантов остеомиелита у детей различного возраста**

возраст	Остеомиелит генерализованный, осложненный сепсисом (n=81)		
	Септикопиремический вариант	Септикотоксический вариант	
До 1 месяца	13 (37,14)	22 (62,85%)	35
1-12 месяцев	12 (40,0)	18 (60,0)	30
1-3 года	7 (43,7)	9 (56,25)	16
4—10 лет			-
11-14 лет			-

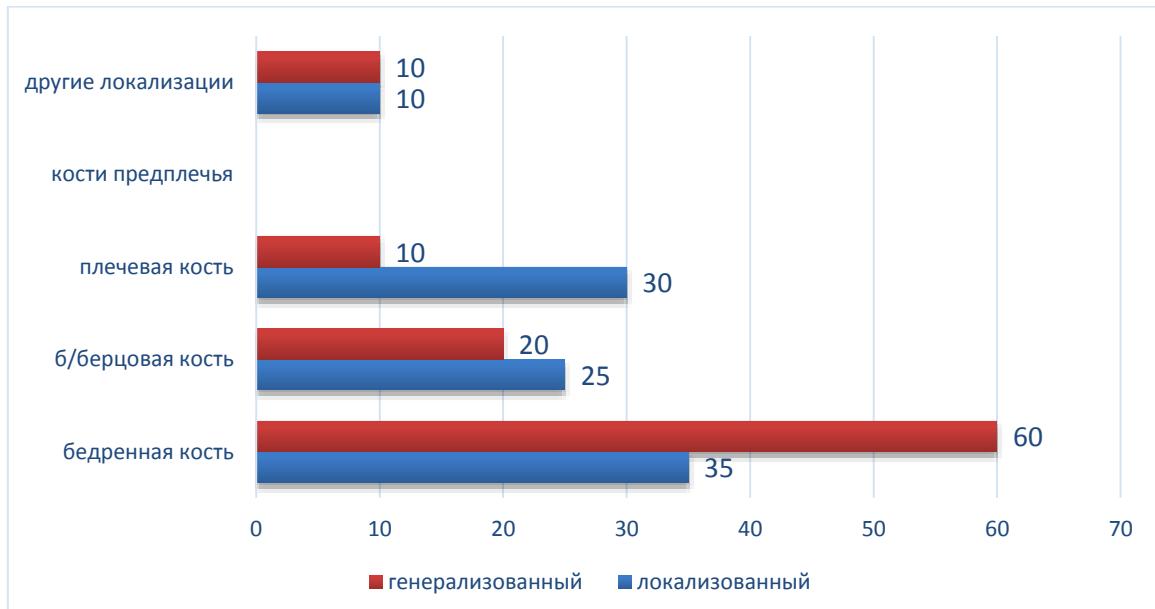


Рисунок 3. Локализация поражений при различных вариантах остеомиелита у детей от 1 до 3 лет.

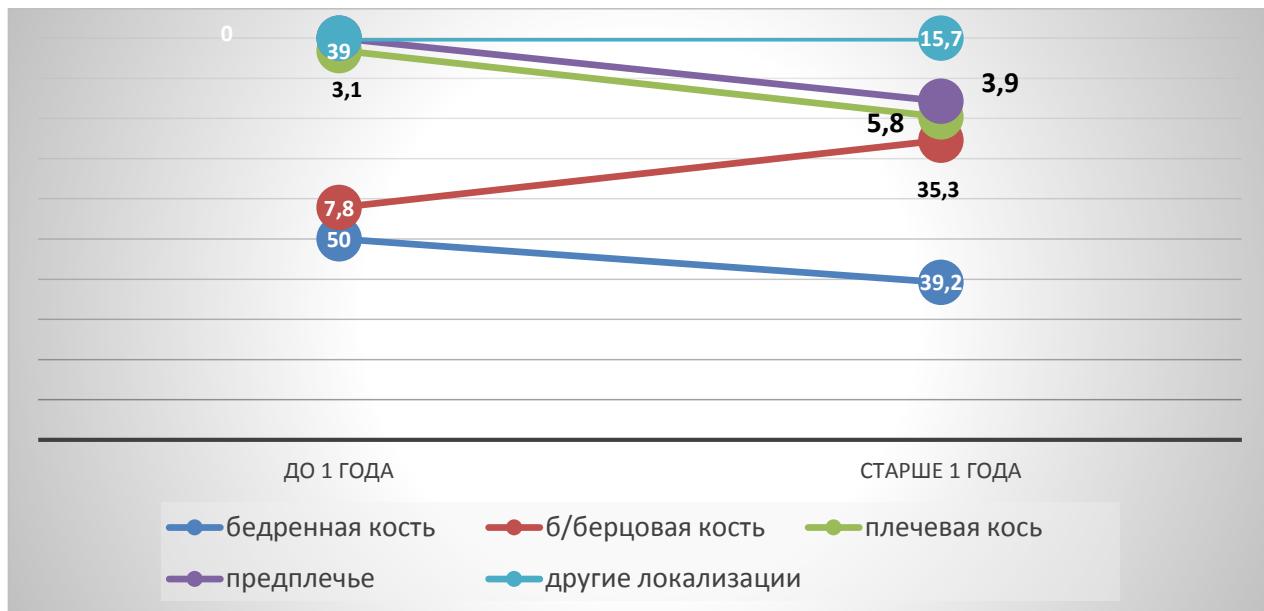
У детей от 1 до 3 лет чаще развивались септические осложнения остеомиелита при локализации поражений в бедренной кости (60,0) (рис.3.).



Рисунок 4. Локализация поражений при различных вариантах остеомиелита у детей старше 3 лет.

У детей старше 3 лет достоверно чаще наблюдались генерализованные варианты остеомиелита и септические осложнение отмечались при локализации поражений в костях предплечья (3,9 против 1,6,  $P < 0,05$ ).

Таким образом, отмечена зависимость локализации остеомиелита и развития септических осложнений в зависимости от возраста ребенка (рис. 3). У детей до 1 года чаще регистрировались генерализованные варианты остеомиелита с развитием септических осложнений при локализации остеомиелита в плечевой кости и предплечья. С возрастом увеличилась вероятность формирования генерализованного остеомиелита костей бедра и большой берцовой кости.



**Рисунок 5. Возрастная динамика локализаций поражений костной ткани при генерализованных вариантах остеомиелита и септических осложнениях у детей.**

По анатомическим зонам наиболее частое поражение имело место в диафизе 39,6% детей, затем в метадиафизе 22,3% детей, тотальное поражение у 15,1% детей, в метафизе у 15,8% детей, в эпиметафизе – у 6,4% детей.

У детей с генерализованной формой остеомиелита во всех возрастных категориях достоверно чаще, чем при локализованной форме, отмечались высокое лихорадка и другие симптомы интоксикации с первой недели болезни и наблюдались преимущественно у детей в раннего возраста (62,1%). Полиорганные поражения (гепатомегалия, нефрит, кардит) также наблюдались при генерализованной форме остеомиелита.

При локализованной форме остеомиелита, клинически мы наблюдали субфебрильную температуру, умеренно выражение симптомы интоксикации и с возрастом ребенка вышеуказанные жалобы значительно уменьшилось. Полиорганные поражения (нефрит, миокардиодистрофия) отмечались значительно реже и преимущественно в более старшей возрастной группе детей (табл 3.).

**Таблица 3 - Симптомы интоксикации и полиорганные поражения воспалительного и реактивного характера у детей с различными вариантами остеомиелита в зависимости от возраста (%)**

Признаки	Локализованный остеомиелит			Генерализованный остеомиелит		
	До 1 года	1-3 года	Старше 3 лет	До 1 года	1-3 года	Старше 3 лет
Субфебрильная температура	73,4	35,0	18,0	51,3	45,0	54,0
Фебрильное температуре	26,6	24,4	15,5	48,7	39,4	45,4
Сроки появления симптомов интоксикации в первую неделю заболевания	11,3	5,5	5,8	62,1	48,8	36,9
Токсический гепатит (гепатомегалия)	11,2	9,0	8,0	33,3	37,5	34,0
Пневмония	1,8	0,9	-	34,8	25,0	34,4
Анемия	11,3	15,5	18,9	21,05	25,0	15,9
Реактивный нефрит	-	1,0	3,7	18,2	21,6	34,0
Кардита или миокардиодистрофия	-	-	2,5	6,0	11,9	18,5

Таким образом прогрессирование воспалительного процесса, подъем температуры до фебрильных цифр, появление симптомов интоксикации в первую неделю болезни, нарушение функции внутренних органов, явились проявлениями тяжести генерализованной формы остеомиелита.

**Выводы:**

1. Несмотря на совершенствование схем лечения септических форм остеомиелита, в последние годы отмечается рост септикотоксический формы остеомиелита.
2. Особенностями течения местного процесса является преобладание поражений диафизов и метадиафизов длинных трубчатых костей.

**Список литературы:**

1. Белобородов, В.Б. Сепсис современная проблема клинической медицины Текст. /В.Б. Белобородов // Русский медицинский журнал. -1997. - Т. 5, № 24. - С. 1589-1596.
2. Цыденжапов Е.Ц., Белобородова Н.В., Михельсон В.А., Dottman O., Kubal K., Leviton A., 2002; Brile R. S., Goldstein B., 2005. /Современные принципы ранней диагностики сепсиса у новорожденных. Детская хирургия. №6 М., 2010 стр. 41-44.
3. Ахунзянов А.А. Острый гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у детей /А.А. 7.Ахунзянов, П.Н. Гребнев, Ю.И. Фатыхов и др. // Остеомиелит у детей: тезисы докладов Рос. симпозиума по детской хирургии с международным участием. Ч.1. – Ижевск, 2006. – С. 12-14.
5. Абаев Ю.К., Кепетъ В.А., Телятицкий Н.И. /Острый гематогенный остеомиелит грудины и ребер у детей раннего возраста. Детская хирургия. М. 2010. С-18-21.
6. Акжигитов Г.Н., Юдин. Я.Б. Гематогенный остеомиелит. — М.: Медицина, 1998. — 288 с.

---

УДК 617.55 – 007.24 – 053.2: 616.315 – 007.254 – 053.1

## **Таңдай жана үстүңкү эриндин тубаса бир тараптуу жаракалары менен балдар бетинин ортоңку зонасынын тирөөч тканынын деформацияларын жана кемчиликтери**

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

**Мамыралиев А.Б.**

**Резюме.** Макалада таңдай жана үстүңкү эриндин тубаса бир тараптуу жаракалары менен балдар бетинин ортоңку зонасынын тирөөч тканынын деформацияларын жана кемчиликтерин хирургиялык дарылоонун үстөмдүүлүгү (приоритеттүүлүгү) көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** балдар, таңдай жсана үстүңкү эридин жаракасы.

## **Дефекты и деформациями опорных тканей средней зоны лица у детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба**

**Мамыралиев А.Б.**

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

**Резюме.** В статье представлена приоритетность хирургического лечения дефектов и деформаций опорных тканей средней зоны лица у детей, с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба.

**Ключевые слова:** дети, расщелина верхней губы и неба.

# Defects and deformations of the mid-facial support tissues in children with congenital unilateral cervices of the upper lip and palate

Mamyraliev A. B.

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

**Summary.** The article presents the priority of surgical treatment of defects and deformations of the supporting tissues of the midface in children, with congenital unilateral clefts of the upper lip and palate.

**Key words:** children, cleft lip and palate.

**Актуальность.** Практически все односторонние расщелины верхней губы (даже скрытые) и более 80% двусторонних сопровождаются деформацией носа [8, 10]. Несмотря на постоянное совершенствование методов первичной хейлопластики, пациенты, как правило, имеют разнообразные остаточные и вторичные деформации губы и носа различной степени [8]. Такие изменения средней зоны лица существенно влияют на эмоциональное состояние больных [3]. По данным С.И. Блохиной [3], 46,8% пациентов, оперированных по поводу односторонней расщелины верхней губы, и 48,5% — после устранения двусторонних расщелин испытывают психическую неустойчивость, ощущают дискомфорт и скованность при общении с окружающими. В.В. Михайлова и соавторы [9] отмечают, что после эффективной коррекции деформаций лица почти у 60% пациентов снижаются проявления депрессивных состояний. Асимметрия носа при односторонних расщелинах обусловлена недоразвитием и деформацией его костно-хрящевого отдела, которые усугубляются недоразвитием верхней челюсти, нарушением мышечного баланса по обе стороны от расщелины и развитием послеоперационного рубцового процесса в области дна носового хода [3, 7, 8, 14].

В последние годы хирурги стали более активно исправлять сопутствующие деформации носа при первичной хейлопластике. При неправильном планировании оперативного лечения, возникновении воспалительных осложнений, усиленном рубцевании развиваются вторичные деформации — стенозирование носового отверстия, S-образные девиации колумеллы, утолщение или выраженная атрофия крыла носа [8, 12]. Перед хирургами, занимающимися реконструкцией средней зоны лица после хейлопластики, стоят следующие задачи: восстановление правильной анатомической формы губы; коррекция деформации носа и восстановление носового дыхания. Большинству пациентов необходимо предварительное ортодонтическое лечение [9], а иногда, при выраженной гипоплазии верхней челюсти, — костно-пластиические операции на лицевом скелете [5]. За последние 5—6 лет осведомленность пациентов существенно улучшилась, повысились их требования к результатам операций. Несмотря на то, что рассматриваемая проблема относится к разделу реконструктивной хирургии, т.е. операции проводятся на измененных тканях, их результаты оцениваются по эстетическим критериям [1]. Для получения более стабильных и прогнозируемых результатов перед операцией проводят их компьютерное моделирование по фотографиям пациентов [2, 11, 13] и антропометрический анализ лица. Коррекция формы носа улучшает внешний вид пациентов, способствует их лучшей социальной адаптации в обществе и снижает вероятность психологической травмы в детском возрасте, когда психика ребенка неустойчива и очень ранима [10, 14, 18]. Окончательная коррекция всех измененных структур носа с использованием приемов пластической эстетической хирургии (остеотомия носовых костей, применение шовных технологий и скрытых хрящевых трансплантатов) проводится после завершения роста лицевого скелета (после 16 лет) [1, 5, 14]. Ринопластику выполняют как закрытым, так и открытым способом. Сторонники закрытых методов ринопластики отмечают, что эндоназальные разрезы незаметны при внешнем осмотре, менее выражен отек и ниже вероятность вторичных деформаций вследствие рубцевания в послеоперационном периоде [52]. Большинство современных хирургов [1, 17, 15] отдают предпочтение открытой

ринопластике, которая обладает следующими преимуществами: обеспечивает широкую мобилизацию тканей и хороший доступ к хрящевым и костным структурам носа; позволяет использовать широкий спектр хирургических приемов под визуальным контролем; обеспечивает высокий уровень точности вмешательств и предсказуемость результатов. D.Millard [16] в своем обзоре методов коррекции деформации носа при расщелинах верхней губы отмечает, что объем оперативного вмешательства зависит от тяжести деформации и выделяет следующие группы оперативных вмешательств в зависимости от степени их сложности: — перемещение кожно-хрящевых структур, как единого комплекса; — вмешательства на хрящевых структурах, мобилизованных от окружающих мягких тканей; — риносептопластика с репозицией четырехугольного хряща; — резекция перегородочного хряща и манипуляции на костном отделе, включая остеотомии и костную пластику. Большинство авторов предлагают восстанавливать форму деформированного крыла хрящевыми трансплантатами “внекладку” [20]. G. Rettinger, M. O’Connell [15] сочетали фиксацию нижнего латерального хряща на «стропилке» с увеличением проекции кончика носа щитовидным хрящевым трансплантатом и восполнением дефицита носовой слизистой оболочки кожно-хрящевым трансплантатом из ушной раковины. J. Sykes и соавт. [19] рассекали купол НЛХ на стороне расщелины, фиксировали медиальные ножки на хрящевой «стропилке», обеспечивая поддержку и увеличивая проекцию кончика носа. Сегодня в распоряжении хирургов имеются как материалы небиологического происхождения - имплантаты (силикон, углеродные конструкции и т.д.), так и материалы биологического происхождения -трансплантаты. Трансплантаты, в свою очередь, могут быть животного происхождения (ксено — или гетеротрансплантаты), а также человеческого происхождения (алло - или гомотрансплантаты). Несомненно, наилучшими свойствами обладают собственные ткани человека — аутотрансплантаты. В большинстве случаев следует выполнять операцию на верхней губе и ринопластику одновременно, так как это позволяет использовать ткани губы для удлинения колумеллы, восполнения дефицита носовой выстилки или формирования дна носового хода. Использование в послеоперационном периоде пластиковых или силиконовых «вкладышей» в носовой ход на стороне расщелины обеспечивает более стабильные результаты хирургического лечения.

Таким образом, поиск оптимальных методов лечения больных с дефектами и деформациями опорных тканей средней зоны лица у детей, с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба, на основе использования пересадки различных трансплантатов является актуальной проблемой не только стоматологии, но и в педиатрии, а также педиатрической хирургии.

**Цель исследования** - хирургическое лечение дефектов и деформаций опорных тканей средней зоны лица у детей, с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба.

**Методы исследования.** Алгоритм дооперационного обследования 30 пациентов с деформацией крыла и укорочение перегородки носа, после операций первичной хейлопластики в возрасте 14-18 лет, включал общеклинические методы: развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, время свертываемости и длительность кровотечения, рентген грудной клетки, электрокардиография.

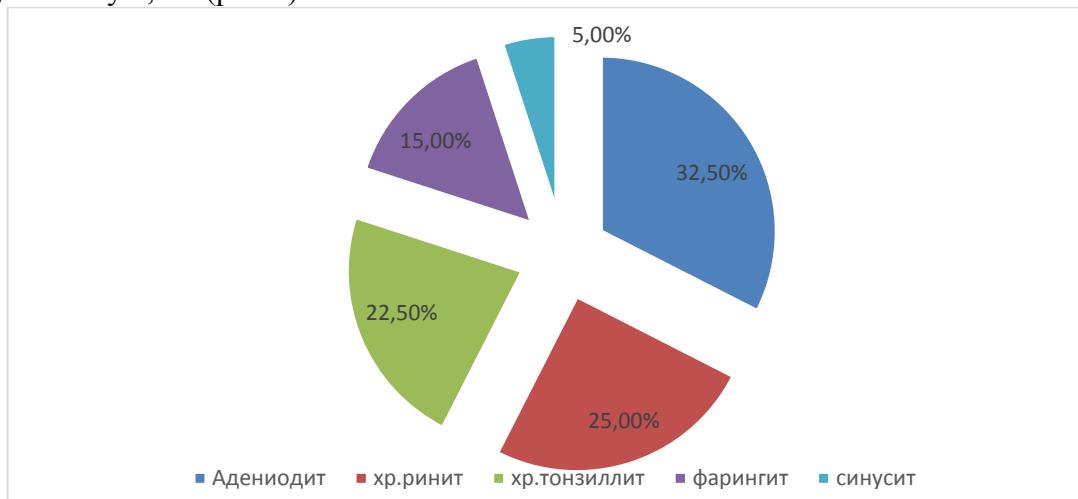
Все пациенты консультировались педиатром и анестезиологом. Визуально оценивали размеры деформаций крыла и укорочение перегородки носа, после операций первичной хейлопластики при односторонних расщелинах верхней губы. У пациентов проводилось также анализ антропометрических параметров, прогнозировались эстетические результаты на основе компьютерного моделирования, миографии мимической мускулатуры и фотоснимков. Перечисленные методы исследований позволили оценить условия для проведения хирургического вмешательства, направленного на устранение деформаций крыла и удлинение перегородки носа этих пациентов, определить хирургическую тактику, объективизировать результаты лечения. Размер и форма используемого трансплантата зависят от дооперационных антропометрических параметров.

У всех больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба нарушается процесс формирования таких компонентов самосознания, как самовосприятие, самоотношение и

самооценка, что негативно влияет на формирование личности в целом, связи, с чем мы использовали опросники №1 (до операции) и №2 (после операции) и тест Айзенка. Опросник №1 включает 42 вопроса о внутрисемейных отношениях, отношениях со сверстниками и друзьями, в школе, при общении с незнакомыми людьми, отношения с противоположным полом, о реакции на социальное окружение, оценка своей внешности подростком. Опросник №2 включает 14 вопросов об эмоциональном состоянии после операции, оценки внешности после хирургической коррекции, об изменениях в жизни подростка (появление новых друзей, увлечений, улучшение успеваемости, изменение в планах на профессиональное будущее).

Тест Айзенка (подростковый вариант) применялся нами для диагностики экстраинтроверсии личностных характеристик, а также уровня нейротизма как состояния невротической напряженности.

**Результаты исследования.** Результаты исследований детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба показали, что в 100% случаев имеется хроническая патология ЛОР-органов. Были обнаружены аденоиды, хронические риниты, фарингиты, хронические тонзиллиты, синуситы. Аденоиды были выявлены у 32,5% детей; хронический ринит – у 25,0%; хронический тонзиллит – у 22,5%; фарингиты – у 15,0%; синуситы – у 5,0% (рис.1).



**Рисунок 1. Показатели хронической лор патологии у детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба.**

#### **Выводы:**

1. Преимущества способа реконструктивной операции на носу с использованием аллотрансплантата в хирургической коррекции, позволяют получить устойчивые эстетические и функциональные результаты, исход чего благоприятно влияет на психологический статус и реабилитацию больного с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

2. В результате восстановления хрящевой опоры под основанием крыла носа у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, увеличить эффективность реконструктивно-восстановительных операций на носу, что приведет к устраниению уплощения фронтального отдела лица у больного.

#### **Список литературы**

- Бессонов, С.Н.** Вторичная ринохейлопластика. Журнал пластической реконструкции и эстетической хирургии [Текст] / С.Н. Бессонов, К.П. Пиленисов - М.: 1998. - №4 - С.16—26.
- Бессонов С.Н.** Антропометрический анализ лица в хирургии врожденных расщелин верхней губы. Стоматологические заболевания у детей. [Текст] / С.Н. Бессонов. - Тверь 2000. - С. 160—162.
- Блохина С.И.** Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра. [Текст] : автореф. дис....

доктора мед. наук: 14.01.02. / С.И. Блохина. - Москва, 1992. - 45 с.

4. **Давыдов Б.Н.** Аномалии развития и деформации лицевого скелета у больных с врожденными пороками лица и их хирургическое лечение [Текст]: автореф.... доктора мед. наук: 14.01.02./Б.Н.Давыдов. - Москва, 1984. - 40 с.

5. **Давыдов Б.Н.** Хирургическое лечение врожденных пороков лица. [Текст] / Б.Н.Давыдов - Тверь: Изд-во ТГМА, 2000 - 64 с.

6. **Виссарионов В.А.** Реконструктивная хейлоринопластика в системе мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы [Текст] : автореф.... дис. доктора мед. наук: 14.01.02. / В.А. Виссарионов - М., 1988. - 40 с.

7. **Виссарионов В.А.** Устранение послеоперационных деформаций губы и носа. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. [Текст] / В.А. Виссарионов. - М: Медицина 1997. - стр. 240—259.

8. **Козин И.А.** Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. [Текст] / И.А. Козина. - М: Мартис 1996. - стр. 45-52.

9. Психологическая оценка больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационном периодах. [Текст] / [В.В.Михайлова, М.Г. Панин, Л.М. Барденштейн, Б.А.Климов]. - Стоматология, 1997. - стр. 35—39.

10. **Новоселов Р.Д.** Механизм деформации носа при врожденных расщелинах лица и его клиническое значение [Текст]: автореф.... дис. д-ра мед. наук. 14.01.02. / Р.Д.Новоселов. - М., 1972. - 40 с.

11. **Пишенисов, К.П.** Ринопластика I: Хирургическая анатомия и анализ пропорций лица. [Текст] / К.П.Пишенисов, В.В.Гагарин // Избранные вопросы пластической хирургии. - 2000, № 1. - С.4.

12. **Хорошилкина, Ф.Я.** Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зубо-челюстно-лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка и неба. [Текст] / Ф.Я.Хорошилкина. - Санкт-Петербург., 2001. - 64с.

13. **Byrd, H.S.** Rhinoplasty: A practical guide for surgical planning. [Текст] / H.S.Byrd, P.S. Hobar // Plast Reconstr Surg 1993. - № 91( 4). - P.642—654.

14. **Hobar, P.C.** Cleft lip II: Secondary deformities. [Текст] / P.C. Hobar //Selected Read Plast Surg, 1994.- № 7.- 22 p.

15. **Rettinger, G. O'Connell.** The nasal base in cleft rhinoplasty. [Текст] / G.Rettinger // Fac Plast Surg ,2002. - № 18( 3). - P. 165—178.

16. **Millard, D.R.** Cleft Craft: The evolution of its surgery. [Текст] / D.R. Millard //The unilateral deformity. Boston: Little Brown, 1976. - № 1.

17. **Nagahama, M.** Secondary unilateral cleft lip nasal deformities: Open approach for correction. . [Текст] / Nagahama M., Laguinge R., Sakamoto N. //Transactions of 9th International congress on cleft palate and related craniofacial anomalies. Goteborg, Sweden, 2001. - p. 91—105.

18. **Salyer, K.E.** Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity. . [Текст] / Salyer K.E. // Cleft Palate Craniofacial J, 1992.- № 29( 6). -p. 56—565.

19. **Sykes, J.M.** Use open approach for repair of secondary of cleft-lip nasal deformity. [Текст] / Sykes J.M., Senders C.W., Wang T.D., Cook T.A. // Fac Plast Surg Clin North Am, 1993. - № 1. - p. 111—126.

20. **Thomson, H.G.** The residual unilateral cleft lip nasal deformity: A three-phase correction technique. [Текст] / Thomson H.G. // Plast Reconstr Surg, 1985.- p. 76: 36.

## МАЗМУНУ

### ПЕДИАТРИЯ

**Республика боюнча эне өлүмү, 2018 – жылдын 9 – айынын ичинде** 4 - 6

*Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Жумагулова Г.С., Назаралиева С.Б., Эшалиева А.С.*

*Өзубекова М.К., Казыбекова Г.М., Бейшембаева М. К.*

**Кыргызстандагы балдардын арасында кыймыл –аракет системасынын жана тутумдаштыргыч кыртышынын оорулары** 6 -12  
*Саатова Г.М., Гааниева А.И.*

**Балдардын метаболикалык синдромуунун коркунуч факторлорунун түзүлүшү Кыргыз Республикасында** 12 - 16  
*Алымбаев Э.Ш., Онгоева Б.А., Кожоназарова Г.К.*

**Улуттук эне жана баланы коргоо борборунун, курч респиратордук ооруулар бөлүмүнүн динаамикалык аткаруу иштеринин 2016 – 2018 жылдын көрсөткүчтөрү** 16-21  
*Кабаева Д.Дж., Михайлова В.В.*

**Балдардын гемофилия оорусунун заманбап моделдери** 21 -26  
*Мотушева Р.К., Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.*

**Балдардын курч кызыл ысытма оорусунун дарылоодо, гормональдык терапиясынын терс таасирлери жөнүндө клиникалык мүнөздөмө** 26- 30  
*Тахирова Р.Н., Икрамова Д.Т.*

**Эритроцит системасынын абалына караштуу пневмония оорусу менен ооруган балдардын кандык топтук таандыгы** 30 - 34  
*Тахирова Р.Н.*

**Кыргыз Республикасынын экологиялык гетерогендик аймактарында жашаган балдардын оорусу** 34 - 41  
*Саатова Г.М., Футикова А.Б., Жантураева Б.Т.*

**Өпкө спецификалык эмес өпкө оорулары бронхэкстракталык балдырыдын оорусу** 42 - 45  
*Маймерова Г.Ш., Фуртикова А.Б., Ашералиев М.Е.*

**Бронхиальдык астма в педиатриялык практикада** 45-50  
*Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.*

### БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ

**Кыргыз Республикасында балдардын остеомиелит боюнча клиникалык белгилери**  
*Амираев Н.А., Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б.* 50 -56

**Тандай жана үстүнкү эриндин тубаса бир тараптуу жаракалары менен балдар бетинин ортоңку зонасынын тирөөч тканынын деформацияларын жана кемчиликтери** 56- 60  
*Мамыралиев А.Б.*

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПЕДИАТРИЯ

<b>Материнская смертность по Республике за 9 – месяцев 2018 года</b>	4 - 6
<i>Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Жумагулова Г.С., Назаралиева С.Б., Эшиалиева А.С. Өззубекова М.К., Казыбекова Г.М., Бейшембаева М. К.</i>	
<b>Болезни костно – мышечной системы и соединительной ткани среди детского населения Кыргызской Республики</b>	6 -12
<i>Саатова Г.М., Гааниева А.И.</i>	
<b>Факторы риска формирования метаболического синдрома у детей в КР</b>	12 - 16
<i>Алымбаев Э.Ш., Онгоева Б.А., Кожоназарова Г.К.</i>	
<b>Динамические показатели работы отделения острой респираторной патологии НЦОМиД за 2016-2018 годы</b>	16 - 20
<i>Кабаева Д.Дж., Михайлова В.В.</i>	
<b>Современные модели лечения гемофилии у детей</b>	21 - 26
<i>Мотушева Р.К., Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш.</i>	
<b>Клиническая характеристика побочных явлений гормонотерапии при острой ревматической лихорадки у детей</b>	26- 30
<i>Тахирова Р.Н., Икрамова Д.Т.</i>	
<b>Состояние системы эритроцитов при пневмонии у детей в зависимости от групповой принадлежности</b>	30 - 34
<i>Тахирова Р.Н.</i>	
<b>Заболеваемость у детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах Кыргызской Республики</b>	34 -41
<i>Саатова Г.М., Футикова А.Б., Жантураева Б.Т.</i>	
<b>ХНЗЛ: бронхоэкститическая болезнь у детей</b>	42 - 45
<i>Маймерова Г.Ш., Фуртикова А.Б., Ашералиев М.Е.</i>	
<b>Бронхиальная астма в педиатрической практике</b>	45-50
<i>Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.</i>	

### ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

<b>Клинические особенности остеомиелита у детей в Кыргызской Республике</b>	50 -56
<i>Амираев Н.А., Узакбаев К.А., Фуртикова А.Б.</i>	
<b>Дефекты и деформациями опорных тканей средней зоны лица у детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба</b>	56- 60
<i>Мамыралиев А.Б.</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 TimesNewRomanСыр, размер шрифта – 14; межстрочный 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 соответствие 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 редакколлегия 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» журналындағы басылмага алдыңкы, оригиналдуу жана серептик макалалар кабыл алынат. Мурун басылып чыккан же башка журнал же жыйнектарга 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 (көнөүү doc же docx) стандарттуу форматта. Шрифт TimesNewRomanСүр, шрифттин көлөмү – 14; сап аралык интервал – 1,5. Четтери: сол – 3,0 см, он – 1 см, ылдыйкы жана ұстұңқы – 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), егер 1 макаладан көп болсо Aibashov-2, doc же docx көрсөтүлөт.

Макаланын беттерине ырааттуу түрдө номерлер коюлуш керек. Макала актуалдуулугу, изилдөөнүн материалдары жана ықмалары, 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 английс** 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 көлөмүнө көрсөтүү 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 көёт, 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 тоб: +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.<sup>1</sup>, Назаралиева С.Б.<sup>1</sup>, Атакозуева Г.М.<sup>1</sup>, Жусупова Ш.К.<sup>2</sup>**

*Национальный центр охраны материнства и детства<sup>1</sup>,  
Кыргызский научный центр гематологии<sup>2</sup>,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.*

**Резюме.** В статье представлены основанные на доказательствах рекомендации по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии у женщин в 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.<sup>1</sup>, Назаралиева С.Б.<sup>1</sup>, Атакозуева Г.М.<sup>1</sup>, Жусупова Ш.К.<sup>2</sup>**

*Эне жана баланы коргоо улуттук борбору<sup>1</sup>, Кыргыз  
гематологиялык илимий изилдөө борбору<sup>2</sup>, Бишкек  
шаары, Кыргыз Республикасы.*

**Корутунду.** Бул статьяда төрөт курагындағы аялдардын темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо боюнча жасакы сапаттагы изилдөөлөрдүн негизинде иштөлил чыккан ықмалар көлтирилген. Бул ықмалар канчалык деңгээлде биздин УБДБ/УБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилет.

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

**deficiency anemia in women: screening, prevention and treatment**

**Uzakbaev K.A.<sup>1</sup>, Nazaralieva S.B.<sup>1</sup>, Atakozueva G.M.<sup>1</sup>, Zhusupova Sh.K.<sup>2</sup>**

*The National Center of Maternity and Childhood Welfare<sup>1</sup>,  
Kyrgyz Scientific Center of Hematology<sup>2</sup>,  
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.  
Тираж 250 экз.  
ОО «Ucolor» ул. Орозбекова, 2  
Тел.: +996 (550) 986 386