



2019
Том 11
№ 2

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

**периодический научно практический
медицинский журнал**

ПЕДИАТРИЯ

Причины заболеваемости и инвалидности у детей школьного возраста.

*Анализ на содержание радионуклеотидов в воде и волосах у школьников,
проживающих в урановой биогеохимической зоне*

*Как измерить удовлетворенность пациента качеством предоставленных
медицинских услуг?*

*Стратегия снижения частоты и тяжести хронических ревматологических
болезни у детей*

*Территориальное распределение, факторы риска и соматическая патология у
детей со спаситической формой детского церебрального паралича в Кыргызской
Республике*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

*Ятрогенные повреждения полового члена
у детей во время ритуального обрезания.*

*Этапы реконструктивно -
восстановительных
операций*



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

периодический научно-практический медицинский журнал

2019. Том 11. № 2.

Журнал основан в 2009 году

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

Журнал зарегистрирован
Министерством юстиции
Кыргызской Республики.
Регистрационный номер 1519

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

Адрес редакции: 720038,
Кыргызская Республика, г.
Бишкек,
ул. Ахунбаева 190.
+996 312 49-10-33.
+996 772 99-95-28;
+996 777 36-85-73

aidai.bazarbaeva@gmail.com
<http://jurnal.ncomid.kg>

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Маймерова Г.Ш. – 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. № 2.

Журнал

2009-жылы негизделген

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

Журнал Кыргыз
Республикасынын Юстиция
министрлигинде катталган.
Каттоо номери 1519

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

Редакциянын дареги:
720038,
Кыргыз Республикасы,
Бишкек ш.,
Ахунбаев көчөсү, 190.
+996 312 49-10-33.
+996 772 99-95-28;
+996 777 36-85-73
aidai.bazarbaeva@gmail.com

jurnal.ncomid.kg

Башкы редактор

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

Башкы редактордун орун басары

Г. Ш. Маймерова – м.и.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, Тажикстан)
С.Г. Нукушева – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан)
Т.О. Омүрбеков – 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)

ЮБИЛЕЙ УЧЕНОГО

Кудаярову Дуйше Кудаяровичу 80 – лет



26 апреля 2019 г. исполнилось 80 лет Кудаярову Дуйше Кудаяровичу, лауреату Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники, Президенту Ассоциации детских врачей Кыргызстана, доктору медицинских наук, профессору, академику Национальной академии наук КР,

заслуженному деятелю науки Кыргызской Республики.

Кудаяров Д.К. в 1962 году закончил педиатрический факультет КГМИ в числе врачей первого выпуска данного факультета. В том же году поступил в аспирантуру НИИ охраны материнства и детства, и вся его последующая деятельность непосредственно связана с этим институтом, где он прошел все ступени становления ученого, педагога, клинициста.

После защиты кандидатской диссертации (1965 г.) в течение 9-ти лет работал старшим научным сотрудником, затем в течение 3-х лет заведовал отделением гематологии.

В 1981 году Д.К.Кудаяров защитил докторскую диссертацию и в течение 27 лет находился на руководящей работе, из них 15 лет в должности заместителя директора по науке (1974-1992 гг.) и 12 лет (1992-2004 гг.) был директором института. С 2004 г. Д.К.Кудаяров – Почетный директор Национального центра охраны материнства и детства.

Сфера научных интересов Д.К.Кудаярова связана с вопросами детской гематологии, патологии и физиологии детей в различных климатогеографических зонах республики.

Д.К.Кудаяров автор более 280 научных работ, 15 монографий, имеет свыше 10 изобретений, под его руководством издано 38 методических пособий. За совокупность научных трудов в области педиатрии в 1992 г. он был удостоен присуждения Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники.

Деятельность Д.К.Кудаярова связана и с подготовкой научно-медицинских кадров, а также с процессом повышения их квалификации. В Кыргызской Государственной медицинской академии он прошел путь от ассистента до заведующего кафедрой госпитальной педиатрии.

Д.К.Кудаяров является создателем научной школы детских гематологов Кыргызстана, под его руководством защищено 15 докторских и 35 кандидатских диссертаций. На протяжении 20 лет он являлся председателем диссертационного совета, который отличался высокой активностью и принципиальностью при обсуждении диссертационных исследований.

Признанием международной значимости научных достижений Д.К.Кудаярова стало избрание его членом Всемирной организации педиатров, международной Ассоциации тюркоязычных стран, Ассоциации педиатров Российской Федерации и Казахстана, а также почетным профессором ряда университетов.

В Республике уже более 20 лет Д.К.Кудаяров является Председателем Ассоциации педиатров Кыргызстана. Д.К.Кудаяров был первым президентом конгресса педиатров тюркоязычных стран (1992 г.), награжден серебряной медалью и Почетной грамотой Международного Биографического общества Кембриджского университета (Великобритания) – «Выдающиеся кадры XX-го века» (1998 г.).

В 1989 году Д.К.Кудаяров был избран членом-корреспондентом, а в 2000 году стал первым среди педиатров академиком НАН КР. В 2008 году он избран вице-президентом и Председателем отделения химико-технологических, медико-биологических и сельскохозяйственных наук НАН КР.

В настоящее время Д.К.Кудаяров безусловно один из авторитетных и уважаемых руководителей, объективных и принципиальных ученых-организаторов здравоохранения, он полон сил и энергии и продолжает плодотворно трудиться в области решения научных и прикладных задач охраны материнства и детства.

Заслуги Д.К.Кудаярова по достоинству оценены Правительством Республики, он награжден медалью «За доблестный труд», в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И.Ленина (1973 г.), Почетной грамотой Киргизской ССР (1972 г.), значком «Отличник здравоохранения СССР» (1975 г.), медалью «Ветеран труда» (1986 г.), орденом «Дружбы народов» (1986 г.), орденом «Манас» III степени (2003 г.), в 2002 году ему присуждена международная премия «Руханият», в 2010 г. награжден орденом «Манас» II степени, премией им. И.К. Ахунбаева.

Дорогой Дуйше Кудаярович!

Нам очень приятно сегодня Вас поздравить! Хочется отметить, что Вы очень многое сделали для науки, а Ваши труды являются бесценным вкладом в развитие общества!

Мы верим, что еще долгие годы вы будете радовать нас новыми открытиями, смелыми решениями и интересными идеями! Искренне желаем Вам огромных успехов, здоровья, добра и благополучия!

С уважением,
от имени коллектива,
директор НЦОМид,
д.м.н., профессор

Узакбаев К.А.

ПЕДИАТРИЯ

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616-053.4+616-0,36.86

**ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

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

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

Резюме. В статье представлен анализ факторов, влияющих на рост заболеваемости и инвалидности детей школьного возраста: низкий социально-экономический уровень, интенсификация образовательного процесса, препубертатная перестройка организма, неустойчивость адаптивных механизмов, низкая физическая активность. В структуре причин детской инвалидности доминируют заболевания нервной системы, врожденные пороки развития и хронические болезни костно-мышечной системы.

Ключевые слова: школьники, заболеваемость, инвалидность, факторы риска

**МЕКТЕП ЖАШЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ООРУЛУГУНУН ЖАНА
МАЙЫПТУУЛУГУНУН СЕБЕПТЕРИ**

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

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

Резюме. Макалада мектеп жашындагы балдардын оорулуулугунун жана майыптуулугунун көбөйүүсүнө таасир берген факторлордун анализи көрсөтүлдү: төмөн социалдык-экономикалык деңгээл, окутуу процессинин интенсивдүү боло башташы, организмдин препубертаттык жаңыча иштеп башташы, адаптивдүү механизмдердин туруксуздугу, физикалык активдүүлүктүн төмөндүгү. Балдар майыптуулугунун себептеринин түзүмүндө нерв системасынын оорулары, өнүгүүнүн тубаса кемтиктери жана сөөк-булчуң системасынын өнөкөт оорулары үстөмдүк кылат.

Негизги сөздөр: мектеп окуучулары, оорулуулук, майыптуулук, кооптуулук факторлору.

**CAUSTS OF MORBIDITY AND DISABILITY IN SCHOOL –AGE
CHILDREN**

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

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

Summary. The article presents an analysis of factors affecting the increase in the incidence and disability of schoolchildren: low socio-economic level, intensification of the educational process, prepubertal restructuring of the body, instability of adaptive mechanisms, low physical activity. Diseases of the nervous system, congenital malformations and chronic diseases of the musculoskeletal system, dominate the structure of the causes of childhood disability.

Keywords: schoolchildren, incidence, disability, risk factors

Актуальность исследования

Среди множества проблем клинической педиатрии наибольшее значение имеют: состояние здоровья, заболеваемость, смертность и инвалидность детей, т.е. показатели, существенно влияющие на демографические процессы в обществе и отражающие социально-экономический уровень жизни, санитарно-гигиеническую культуру, состояние биосферы и медицинского обеспечения населения.

Детская инвалидность - одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. Уровень инвалидности, наряду с показателями младенческой смертности, заболеваемости, физического развития и медико-демографическими процессами является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображая уровень экономического и социального благополучия страны. В настоящее время в Кыргызстане проживает 28 200 детей с ограниченными возможностями здоровья младше 18 лет.

Правильно организованная работа по оздоровлению детей способствует снижению заболеваемости, профилактике хронической патологии и инвалидизации детей.

Необходимость развития ранней помощи в КР соответствует положениям Конвенции о правах ребёнка в части обеспечения доступности медицинской помощи, в первую очередь детей инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, детей из группы риска, а также детей, находящихся в социально неблагоприятном положении..

Вышеизложенное позволяет заключить, что проблемы снижения смертности и инвалидности требуют постоянного внимания и должны решаться в процессе постоянного контроля, мониторинга и путём создания интегральных лечебных и профилактических программ.

Результаты и их обсуждения.

В течение последних лет произошли негативные сдвиги в показателях заболеваемости. По данным официальной статистической отчётности общая и первичная заболеваемость среди детей до 14 лет возросла на 71,2% и на 76,7% соответственно, среди 15-17-летних – на 89,6% и 70,6%.

По результатам собственных исследований установлено, что доля здоровых детей составляет 28,9%, детей с функциональными отклонениями – 45,6%, с хроническими болезнями (III и IV группы здоровья) – 26,5%. Среди детей старшего подросткового возраста число здоровых детей меньше на 2,7%. Два и более диагноза выставлены у 20% -27% обследованных детей (в зависимости от возраста и места проживания)

Выявлены различия в структуре заболеваемости в зависимости от места проживания. Среди городских детей первые три ранговых места занимают болезни костно-мышечной системы, глаза и его придатков, органов дыхания (222,2‰; 199,1‰; 138,8‰ соответственно), среди сельских – болезни органов дыхания, пищеварения и эндокринной системы (182,1‰, 177,1‰ и 150,1‰ соответственно). Доля хронической патологии среди всех нарушений здоровья у городских жителей составляет 27,3%, у сельских – 11,6%.

При обследовании детей школьного возраста в изучаемых регионах установлено, что занимаются физкультурой в рамках предусмотренных программой 90,3% детей – жителей города и 89,9% детей из сельской местности. В то же время, посещают занятия в спортивных секциях только 32,5% горожан и 30,2% жителей села. Это свидетельствует о достаточно низкой физической активности детей (67-70%).

Установлено, что 54,1% городских и 41,7% сельских детей имеют домашние компьютеры. При этом ежедневно работают на компьютере в течение 3-х часов и более 29,0% детей, проживающих в городе и 21,4% - на селе.

Более 3-х раз в сутки питаются 60,7% городских и 63,9% сельских детей. Это свидетельствует о том, что почти 40% детей, независимо от места проживания, питаются нерегулярно.

Высокая учебная нагрузка и неадекватный отдых являются важнейшими факторами формирования расстройств здоровья, особенно психосоматических. После занятий в школе испытывают повышенное утомление 46,1% детей, проживающих в городе, и 52,1% сельских детей. При этом достоверно чаще после занятий ощущают повышенное утомление и головную боль дети, имеющие хронические болезни (III-IV группы здоровья) В то же время, продолжительность сна не менее 8 часов отмечается только у 50,5% городских детей и у 41,6% сельских жителей.

По данным опроса регулярное употребление алкоголя отмечают почти 10% детей, проживающих в городе, и 17,3% сельских жителей. Регулярное курение отметили 7,8% горожан и 6,5% сельских детей.

На основании результатов корреляционного анализа изучена степень взаимосвязи состояния здоровья (группа здоровья) с анализируемыми медико-социальными характеристиками. Это позволило выявить приоритетные факторы риска формирования и прогрессирования нарушений здоровья.

Установлено, что наиболее выраженное негативное влияние на состояние здоровья детей на подростковом этапе развития оказывают следующие факторы: значительная учебная нагрузка ($r=+0,0880$), частые острые респираторные заболевания ($r=+0,1699$), нерегулярное и реже 3 раз в день питание ($r=-0,0707$), низкая физическая активность ($r=-0,0830$), курение ($r=+0,0585$), употребление алкоголя ($r=+0,0657$), длительная, более 3 часов в день, работа на компьютере ($r=+0,1090$), низкая материальная обеспеченность семьи ($r=-0,0726$), напряжённые внутрисемейные отношения и воспитание в неполных семьях ($r=-0,0594$) (рис.1).

Для повышения эффективности организационной системы оказания всех видов профилактической помощи детскому населению подросткового возраста на муниципальном и региональном уровнях была разработана прогностическая модель формирования и прогрессирования нарушений состояния здоровья под воздействием медико-социальных факторов (на основе регрессионного анализа).

В результате выявлено, что для сельского региона прогностически значимыми критериями являются, наряду с вышеперечисленными приоритетными факторами риска формирования нарушений здоровья, являются следующие: недостаточная (менее 8 часов) продолжительность ночного сна и поздний отход ко сну, социально-психологическая дезадаптированность (конфликтные отношения с членами семьи, педагогами, сверстниками), неудовлетворительные жилищные условия.

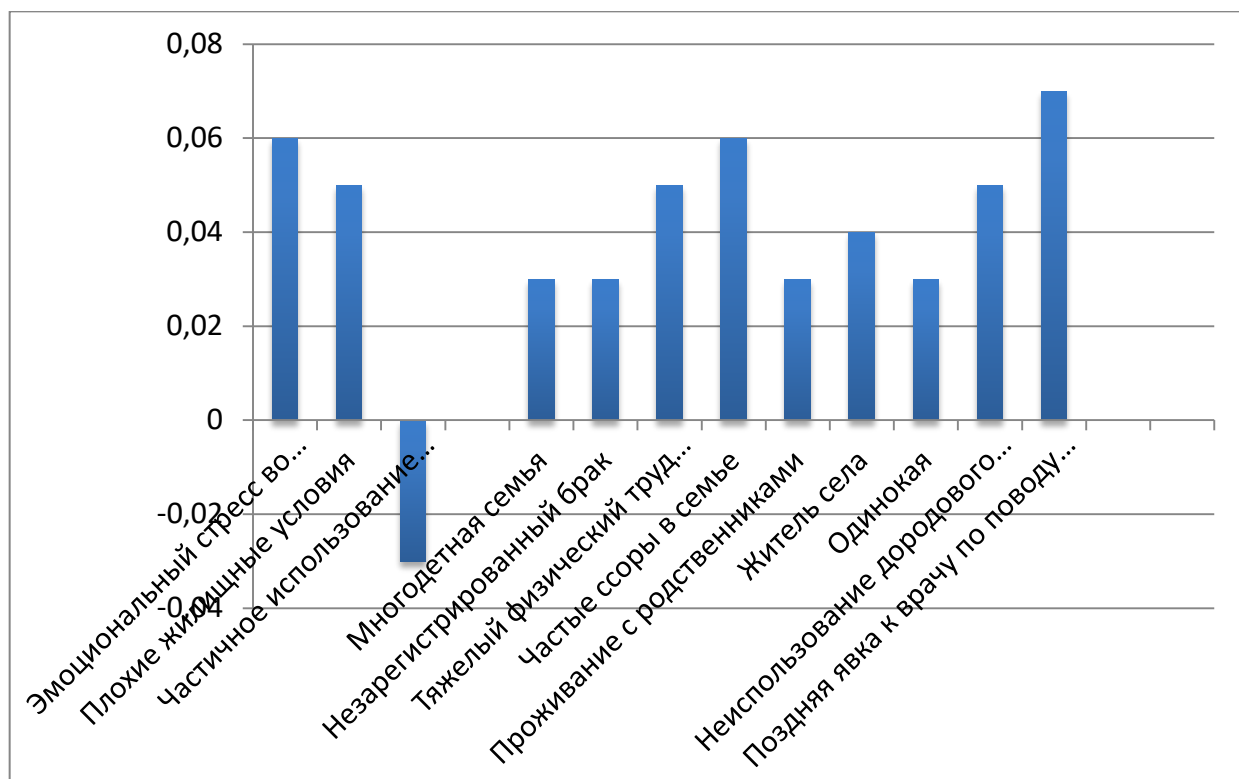


Рисунок 1. - Степень взаимосвязи вероятности заболеваемости и смертности детей на первом году жизни с анализируемыми медико-социальными характеристиками (r).

Одним из значимых медико-социальных факторов формирования здоровья детей на подростковом этапе является эффективность системы медицинского обеспечения.

О низком качестве осмотров детей свидетельствует сравнение их результатов с медицинскими осмотрами, проведенными в ходе настоящего исследования. Установлено, что общие показатели частоты нарушений здоровья (без острой патологии), полученные в ходе экспертных осмотров, более чем в 2 раза превышают данные, полученные врачами в ходе ежегодных профосмотров, а по отдельным классам и группам болезней (болезни эндокринной системы, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани и др.) разница показателя достигает полутора - трёхкратного уровня.

Установлено, что основными причинами недостаточного уровня выявления патологии при проведении профилактических медосмотров детей являются: отсутствие доврачебного этапа осмотра, при этом не используются эффективные методики скрининг-обследования, при оценке результатов и вынесении заключения не учитываются морфофункциональные особенности подросткового возраста.

Таблица 1. - Нагрузка на одного педиатра в организациях первичного звена по областям

Наименование	2010-2012	2012-2014	2015-2016
Кыргызская Республика	3005	2922	2495
Баткенская область	1851	782	531
Джалал-Абадская область	8899	3081	3336
Иссык – Кульская область	-	-	159
Нарынская область	1717	-	-
Ошская область	3507	1088-	1594
Таласская область	-	-	-
Чуйская область	-	-	-
Г.Бишкек	3033	3023	2444
Г.Ош	2545	3023	6504

Семейными врачами области, проводится недостаточная работа по повышению медицинской, в том числе профилактической, активности детей и их родителей. Об этом свидетельствует снижение (на 16,9%) нагрузки на одного педиатра в поликлинике (табл.1). При этом следует учитывать, что это происходит на фоне роста заболеваемости, инвалидности, смертности от некоторых управляемых причин.

За анализируемый период при росте общей заболеваемости почти по всем классам болезней частота диспансерного наблюдения за больными возросла не столь значительно (табл.2). Наиболее выражено увеличилась частота диспансерного наблюдения при болезнях органов пищеварения, бронхиальной астме, врождённых аномалиях. Значительно снизилась частота диспансерного наблюдения при ревматических болезнях.

Таблица 2. - Охват профилактическими осмотрами детского населения КР (%)

Наименование	2014	2015
Всего детей	94,5	94,9
Дошкольники	92,9	93,5
Школьники 1 класс	96,6	97,1
Школьники 2-9 класс	95,7	95,9
Школьники 10-11 класс	94,4	94,8

О недостаточном качестве медицинского обеспечения и, в частности, работы по вторичной и первичной профилактике у детей младшего и старшего подросткового возраста свидетельствует

тот факт, что, не смотря на увеличение частоты диспансерного наблюдения, его уровень остаётся ниже, чем в целом по республике. Это, в частности, относится к частоте диспансерного контроля при сахарном диабете, бронхиальной астме, врождённых аномалиях системы кровообращения. Кроме того, о недостаточной эффективности вторичной и третичной профилактики свидетельствует рост инвалидности и смертности от управляемых причин.

Таким образом, в рассмотренной схеме причинно-следственных отношений (факторы – здоровье – факторы) одно из ключевых мест занимает система медицинского обеспечения, от эффективности которой во многом зависит изменение других параметров. Это ставит в ряд приоритетных задачу совершенствования организационной системы профилактического медицинского обеспечения детей подросткового возраста.

Совершенствование системы разноуровневого профилактического обеспечения в учреждениях здравоохранения, в основном первичного звена, должно осуществляться по пути не только повышения эффективности и качества диагностической, но и, в первую очередь, интенсивного развития профилактической, в том числе медико-социальной, помощи. При этом необходимо учитывать возросшую за последние годы роль социальных факторов в формировании здоровья на подростковом этапе развития.

Методом дисперсионного анализа определён характер влияния некоторых факторов на уровень бронхолёгочных и инфекционных болезней, которые составляют наибольший удельный вес в структуре заболеваемости (табл.3).

Таблица 3. - Итоговые данные о влиянии факторов на заболеваемость дошкольников и школьников бронхолёгочными, инфекционными и паразитарными болезнями

Факторы	Влияние на бронхолёгочные заболевания		Доля влияния		Влияние на инфекционные и паразитарные заболевания		Доля влияния	
	дошкольники	школьников	дошкольников	школьников	дошкольников	школьников	дошкольников	школьников
Больные родители	P<0,001	P<0,001	37,0	0,6	P<0,001	P<0,001	0,4	14,1
Курение родителей	P<0,001	P<0,05	4,0	0,2	P<0,05	-	0,4	0,03
Бытовые условия	P<0,001	P<0,001	27,2	3,0	P<0,001	P<0,001	36,0	22,2
Санитарная культура	P<0,001	P<0,001	20,0	39,0	P<0,01	P<0,001	50,0	34,0
Гигиеническая культура	P<0,001	-	5,0	4,0	P<0,001	P<0,001	6,0	11,0
Экономическое положение	P<0,001	P<0,05	0,1	0,5	-	P<0,05	0,01	0,2
Прочие	-	-	6,7	52,0	-	-	7,2	19,3
Итого				100,0				

Таким образом, наиболее значимыми медико-демографическими факторами риска младенческой смертности являются низкий социальный статус семей.

С помощью мини-социологического обследования выделен ряд социально-гигиенических факторов, негативно влияющих на уровень младенческой смертности.

Оценка объема и качества лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни позволяет констатировать неудовлетворительный уровень эффективности существующей системы медицинского обслуживания на уровне ЦСМ, ГСВ и стационаров, что является обоснованием для разработки мер по повышению результативности их деятельности.

Установлено, что по всем социально-гигиеническим характеристикам сельские семьи значительно отстают от городских, в них преобладают семьи с неудовлетворительной санитарной культурой, неполные семьи, общие условия воспитания детей раннего возраста оценены как хорошие лишь у 11% семей.

В сельской местности установлен высокий уровень заболеваемости детей, составляющий в дошкольном возрасте 175,5, в школьном возрасте – 221,7, в городе достоверно еще более высокий уровень – 263,8 и 323,1 (на 1000 детей соответствующего возраста). В структуре заболеваемости детей в селе наибольшую значимость имели болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни нервной системы, болезни органов пищеварения.

Список литературы:

1. *Health for all. Data Base. — Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006.*
2. *Health for all. Statistical Data Base, Vers. — Vol. 1–2. — Copenhagen, 1999.*
3. **Зелинская, Д. И.** О состоянии детской инвалидности и реализации федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» // *Рос. педиатр. журн.* — 2001. — № 2. — С. 4-7.
4. **Толмачева, С. Р.** Медико-социальные проблемы детей-инвалидов с хронической патологией // *Medical practice.* — 2007. — № 1(55). — С. 12-15.
5. **Позднякова, М. А.** Инвалидность детей школьного возраста как проблема социальной педиатрии / М.А. Позднякова, И.А. Камаев, Н.Н. Андреева, Н.А. Иорданская // *Здравоохранение РФ.* - 2001. - № 4. - С. 36-38.
6. *Матеріали круглого столу «Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей-інвалідів у Дніпропетровській області».* — Unicef, 2004.
7. **Круглова, И. В.** Многоуровневая проблема профилактики инвалидности у детей с хронической патологией // *Рос. педиатр. журн.* - 2003. - № 3. - С. 61-63.
8. **Камаев, И. А.** Медико-социальные аспекты детской инвалидности / И.А. Камаев, Н.И. Гурвич, Н.А. Иорданская, М.А. Позднякова // *Здравоохранение Рос. Федерации.* — 1995. — № 6. — С. 11-14.
9. **Корнев, Н. М.** Инвалидность детей с хронической соматической патологией / Н.М. Корнев, Л.Ф. Богмат, Э.А. Михайлова, С.Р. Толмачева. - Харьков: Основа, 2002. -210 с.
10. **Орда, О.М.** Охорона здоров'я дітей в Україні на етапі формування галузі / О.М. Орда, Р.О. Мойсеєнко // *Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі.* - К., 2004. - С. 20-21.
11. **Баранов, А. А.** Состояние специализированной ревматологической помощи детям и взрослым в РФ. Проект Федеральной программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.» / А.А. Баранов, Е.Л. Насонов, Е.И. Алексеева и др. // *Вопр. соврем. педиатрии.* -2007. - № 1.- С. 6-8.
12. **Паламар, И. В.** Чинники дитячої інвалідності від хвороб нервової системи, що зумовлюють її характер // *Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.* - 2004. - № 4. - С. 36-39.
13. **Круглова, И. В.** Многоуровневая программа профилактики инвалидности у детей с хронической патологией / И.В. Круглова // *Рос. педиатр. журн.* - 2005. - № 3. - С. 61-63.
14. **Ващенко, Л.В.** Медико-соціальні проблеми дітей-інвалідів із порушенням слуху / Л. В.Ващенко, Т. Э. Шумная // *Загальнонаціональні проблеми на регіональному рівні.* - Unicef, 2004. - С. 39-41.
15. **Шатов, А.В.** Стан інвалідності з дитинства / А.В. Шатов // *Здоров'я та суспільство.* -2006.

УДК 614.7+616-053.4

АНАЛИЗ НА СОДЕРЖАНИЕ РАДИОНУКЛЕОДОВ В ВОДЕ И ВОЛОСАХ У ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УРАНОВОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ЗОНЕ

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Национальный центр охраны материнства и детства,
г.Бишкек, Кыргызская Республика*

Кудаяров Д.К., Тойчиева Г.Р.

Резюме: в статье предоставлены данные исследования радионуклеидов в воде и волосах у школьников, проживающих в условиях загрязнения окружающей среды радионуклеидами и солями тяжелых металлов.

Ключевые слова: радионуклеиды, школьники, загрязнение окружающей среды.

УРАН ЗАТЫ МЕНЕН БУЛГАНГАН ЖЕРДЕ ЖАШАГАН МЕКТЕП ЖАШЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ЧАЧЫНДА ЖАНА СУУДА БОЛГОН РАДИОНУКЛЕИДДЕРДИ ТЕКШЕРҮҮ

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы*

Кортунду: макалада уран менен булганган биохимикалык жерде жашаган мектеп жашындагы балдардын чачтарында жана сууда болгон радионуклеоддерди текшерүү.

Негизги сөздөр: радионуклеиддер, окуучу балдар, айлана – чөйрөнүн булганышы.

ANALYSIS ON THE CONTENT OF RADIOCULARS IN WATER AND HAIR AT SCHOOLBOYS LIVING IN THE URANIUM BIOGEOCHEMICAL ZONE

*Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaeva
National Center for Maternal and Child Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Kudayarov D.K., Toichieva G.R.

Summary: the article presents the data of studies of radionuclides in water and hair among schoolchildren living under conditions of environmental pollution with radionuclides and heavy metal salts.

Key words: radionuclides, schoolchildren, environmental pollution.

Актуальность: отрицательное воздействие хвостохранилищ и отвалов горных пород в Кыргызской Республике на человека продолжает привлекать внимание исследователей – экологов, медиков, поскольку конечном итоге негативные изменения в окружающей среде так или иначе сказывается на человеке, который является конечным звеном (реципиентом) в цепи “техногенный фактор – вода – почва – растение – животное – человек”. В организм животных и человека уран поступает с пищей и водой в желудочно – кишечный тракт, с воздухом – в дыхательные пути, а также через кожные покровы и слизистые оболочки.

В целом приходится констатировать, что на сегодняшний день все еще недостаточно изучена степень воздействия тяжелых и радиоактивных металлов на местное население.

Несколько работ отечественных ученых посвящено изучению воздействия тяжелых и радиоактивных металлов на человеческий организм [1,2]. Проведенные исследования Белковым Т.Б., Жунушевым А.Т., Быковенко Ю.Г. (2005), показали наличие урана в органах и тканях животных взятых г.Майлы – Суу.

В нашу задачу входили установление содержания тяжелых и радиоактивных элементов в волосах у школьников и в воде в экологически неблагоприятных зонах.

Цель исследования: установление содержания радионуклеотидов и микроэлементов в волосах у школьников и в воде в зоне проживания высоким уровнем загрязнения радионуклеотидами и солями тяжелых металлов.

Методы исследования: определение содержания радионуклеидов и микроэлементов в волосах и в воде проводили нейтронно – активационным методом.

Результаты анализов на содержание радионуклидов в волосах у школьников.

В волосах обследованных школьников выявлено 25 элементов. Наиболее часто выявлялся уран. У всех 98 школьников, проживающих в урановых биогеохимических зонах и по пойме реки Майлуу-Суу, из радионуклидов в волосах обнаружен уран с концентрацией от 0,05 мкг/г до 0,2 мкг /г.

В контроле 3 группа содержание урана в волосах не превышало 0,01 мкг/г, т.е. было 5 раз ниже аналогичных значений в основной группе. Кроме того, содержание урана в волосах зависело от зоны проживания и водопотребления. Частота выявления урана в волосах в зависимости от зоны проживания и водопотребления показана на рисунке 1.

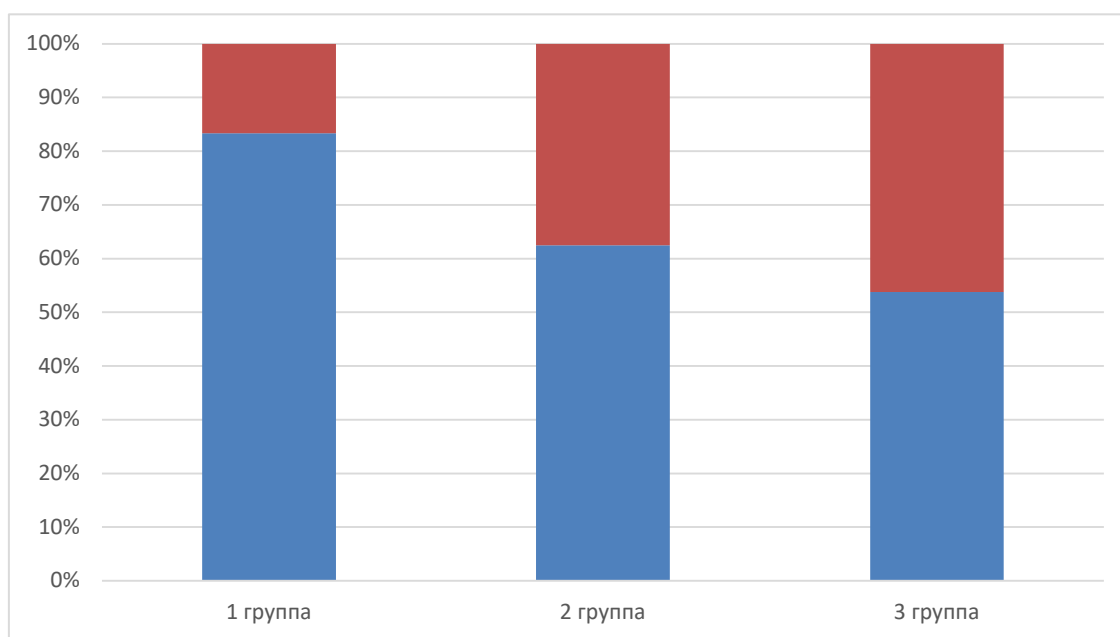


Рисунок 1. Концентрация урана в волосах в зависимости от водопотребления.

Концентрация урана в волосах анализировалась по группам в зависимости от водоисточника: в 1 группе – проживающие в пос. Кок – Таш, по употреблявшие привозную воду, воду из колодца, из реки – концентрация урана выше 0,05 мкг/г из 67 обследованных школьников выявлена у 9,8%.

Во 2 группе школьников, употребляющих воду из реки Майлы – Суу, содержание урана в волосах выше 0,05 мкг/г из 31 обследованного выявлено у 22,6% или в 2 раза чаще, чем в 1 группе, т.е. уран распространяется водным путем по течению реки Майлуу – Суу и радионуклиды в организм попадают через воду.

Содержание урана в волосах у девочек было в 1,5 раз чаще, чем у мальчиков, что коррелирует с заболеваемостью зобом школьников данной зоны. Содержание урана в волосах у девочек было в

1,5 раза чаще, чем у мальчиков, что коррелирует с заболеваемостью зобом школьников данной зоны. Содержание урана в волосах зависило и от характера водопотребления.

В 3 группе (контрольной), независимо от наличия зоба и половой принадлежности из 45 обследованных, содержание урана не превышало 0,01 мкг/г: у мальчиков – до 0,0086 мкг/г, у девочек – чуть выше 0,01 мкг/г, т.е. было в 5 раз ниже минимальной концентрации урана в волосах школьников, проживающих в урановой зоне.

При концентрации урана в волосах выше 0,05 мкг/г зоб второй степени выявлен у 5 девочек и у 2 мальчиков, при концентрации урана в пределах 0,05 мкг/г зоб второй степени и выявлялся в 2 раза реже, т.е. основной причиной увеличения щитовидной железы у школьников проживающих в урановых биогеохимических зонах, является загрязнение окружающей среды радионуклидами.

Результаты нейтронно – активационных исследований воды.

Нейтронно – активационным методом из 57 определяемых элементов, подлежащих подсчету, в воде и осадке оказалось 36 элементов. Во всех пробах воды, взятой из реки Майлуу –Суу и её ветвей – канала, колодца, родника, водопроводной воды и осадка после поаводков. Из них наиболее высокотоксичными радионуклидами с высокой концентрацией являлись уран и торий – соответственно <0,01 до 0,025 мкг/л и 13,3 мкг/г, а также из воды выделены: Се – церий, Со – кобальт, Sr – стронций, Cs – цезий, Cm – кюрий из токсичных элементов. As – мышьяк, Sb – сурьма. Эти же токсичные элементы выделены даже из водопроводной воды с Кызыл-Кыя. Наиболее высокая концентрация выше приведенных элементов наблюдалась после дождя – паводков: As – мышьяк – 8,41 мкг/г, Се – церий – 963,9, Со – кобальт – 26,7 мкг/г, Sr – стронций – 137 мкг/г, Cs – цезий – 7,93 мкг/г, Sc – скандий – 21,8 мкг/г, Sm – кюрий – 4,42 мкг/г, Th – торий – 13,3 мкг/г, U – уран – 2,67 мкг/г, Yb – иттербий – 2,25 мкг/г.

Таким образом, при сравнении школьников с клиническими проявлениями зоба и выявленный концентрацией урана выше 0,05 мкг/г с показателями общей заболеваемости школьников в поселке Көк – Таше, употребляющих привозную воду, воду из колодца и из реки установлено, что из 332 обследованных зоб был выявлен у 49 (14,7%). В поселке Кызыл –Кыя среди употреблявших воду из реки Майлуу-Суу и из родника – из 241 обследованных, у 63 (26,1%). Следовательно, при общих показателях заболеваемости зобом у школьников содержание урана выше 0,05 мкг/г встречались соответственно в 4 и 2,5 раза чаще, что коррелируется содержанием урана в волосах и выявлением зоба у школьников.

Список литературы:

1. Мануйленко, Ю.И. Показатели заболеваемости населения, проживающего в условиях радиационной опасности и зобной эпидемии. Окружающая среда и здоровье человека [Текст] / Ю.И. Мануйленко // Сборник научных трудов. Т. IV- Бишкек – 1998.
2. Калдыбаев, Б.К. Эколого – биохимическая оценка современного состояния природно-техногенных экосистем Прииссык-куля [Текст] / Б.К. Калдыбаев // Автореферат д.б.н....Бишкек, 2012.
3. Тойчуева, Г. Р. Некоторые особенности профилактики зоба у детей, проживающих в различных биогеохимических зонах юга Кыргызстана [Текст] / Г. Р. Тойчуева // Здоровье матери и ребенка. - 2009.- Т. 1. №1. С. 131-133. 2. Тойчуева, Г. Р. Экологические проблемы зоба у детей в условиях юга Кыргызстана [Текст] / Г. Р. Тойчуева // Здоровье матери и ребенка. - 2009.- Т. 1. №1. С. 133-135.
4. Тойчуева, Г. Р. Параллели содержания в волосах радионуклидов и частота зоба у детей [Текст] / Г. Р. Тойчуева // Вестник КРСУ. - 2011. – Т. 11. - № 3. - С. 178-180.
5. Тойчуева, Г. Р. Субклинический гипертиреоз у детей, проживающих в урановой биогеохимической зоне [Текст] / Г. Р. Тойчуева // Здоровье матери и ребенка. - 2013. - Т. 5. - №2. - С. 34 - 37.
6. Тойчуева, Г.Р. Субклинический гипотиреоз у детей старших классов, проживающих в урановых биогеохимических зонах [Текст] / Г.Р. Тойчуева // Здоровье матери и ребенка. – 2013.- Т. 5.- №1. - С. 106-108.

7. **Тойчуева, Г.Р.** Заболевания щитовидной железы среди детей школьного возраста, проживающих в урановой биогеохимической зоне г. Майлуу-Суу [Текст] / Д. К. Кудаяров, Г. Р. Тойчуева // Молодой учёный. – 2016. - № 30 (134). - С. 118-122.

8. **Тойчуева, Г.Р.** Особенности заболеваемости зобом детей школьного возраста, проживающих в зонах загрязненной окружающей среды отходами полиметаллических руд и урана [Текст] / Д. К. Кудаяров, Г.Р. Тойчуева // Молодой учёный. – 2016. - № 30 (134). - С. 123-126.

УДК 616-052+616-082

КАК ИЗМЕРИТЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА КАЧЕСТВОМ ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ?

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

**Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Шалабаева Б.С., Артыкбаева Ж.К.,
Назаралиева С.Б., Эшалиева А.С., Осмонова С.К.**

Резюме: В США, Австралии, Великобритании и других странах Европейского континента, система здравоохранения придерживается пациент-ориентированного подхода в оказании медицинских услуг, повышающей приверженность к лечению у больного, так и финансовое состояние организации здравоохранения (ОЗ). Опираясь на опыт таких передовых стран, мы задались целью создать инструмент оценки удовлетворенности пациента (УП) качеством медицинской помощи. Был проведен обзор наиболее часто используемых инструментов (анкета/опросник), как международного (НСАHPS, PPE-15 и анкета по анализу УП РФ), так и отечественного (анкеты ФОМС и ФОР) опыта проведения измерения УП. Была разработана анкета/опросник (инструмент) для оценки УП качеством медицинских услуг в перинатальных центрах Кыргызстана, в котором учитывались два основных аспекта: воспринимаемая материальная среда предоставления услуги и оценка характера межличностного взаимодействия с медицинскими работниками.

Ключевые слова: удовлетворенность пациента, пациент-ориентированный подход, инструмент оценки уровня удовлетворенности пациента.

САЛАМАТТЫК САКТОО КЫЗМАТТАРЫНДА БЕЙТАПТЫН САБЫР КАНАТАННУУ САПАТЫН КАНТИП ӨЛЧӨӨГӨ БОЛОТ?

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

**К.А. Узакбаев, Г.Ш. Маймерова, Б.С. Шалабаева, Ж.К. Артыкбаева,
С.Б. Назаралиева, А. С. Эшалиева, С.К. Осмонова**

Резюме. АКШ, Австралия, Улуу Британия жана Европа континентиндеги башка өлкөлөрүндөгү ден-соолук сактоо системасында ооруларга караштуу медициналык жардам берүүдө жогорку деңгээлде ден соолук мекемелердин финансылык таасири чоң. Ошол алдыңкы

өлкөлөрдүн тажрыйбасына таянып биз оорулардын канагаттандыралык боло турганын баалоо шайманын түзүүгө максат койдук.

Дайыма колдонуучу шайман сурап тактоо ошондой эле эл аралык (HCAHPS, PPE-15 жана оорулардын канагаттандыруусу РФ), ошондой эле ата-мекендик (анкета ФОМС жана ФОР) оорулардын канагаттандыруусуна чектөө тажрыйбасы коюлду. Кыргызстандын перинаталдык борборунда сурап тактоо анкетасы иштелип оорулардын канагаттандыруусу медициналык жардам берүүдө эки негизги нерсе: материалдык чөйрөдө көрсөтүлгөн кызматы жана медициналык кызматкерлердин өз ара карым катышына баа берилди.

Негизги сөздөр: оорулуунун канагаттандыруусу, оорулууга карата мамиле, оорулуунун канагаттандыруунун баа берүү деңгээлинин шайманы.

HOW TO MEASURE PATIENT SATISFACTION WITH THE QUALITY OF THE PROVIDED MEDICAL SERVICES?

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

**Uzakbaev K.A., Maimerova G.Sh., Shalabayeva B.S., Artykbaeva Zh.K.,
Nazaralieva S.B., Eshaliev A. S., Osmonova K. S.**

Summary: In the USA, Australia, Great Britain and other countries of the European continent, the health care system adheres to a patient-oriented approach in the provision of medical services, which increases patient adherence to treatment and the financial condition of the health care organization. Based on the experience of such advanced countries, we set out to create a tool for assessing patient satisfaction (UE) with the quality of medical care. A review was conducted of the most frequently used tools (questionnaire / questionnaire), both international (HCAHPS, PPE-15 and questionnaire on the analysis of the UE of the Russian Federation), and domestic (FOMS questionnaire and FOR) experience in measuring the UE. A questionnaire / questionnaire (tool) was developed for assessing the quality of medical services in the perinatal centers of Kyrgyzstan, which took into account two main aspects: the perceived material environment of the service and the nature of interpersonal interaction with medical personnel.

Key words: patient satisfaction, patient-oriented approach, a tool for assessing patient satisfaction.

В конце прошлого столетия в системе здравоохранения США при оказании медицинской помощи начали придерживаться пациент-ориентированного подхода. И было отмечено, что у пациентов повысилась комплаенность, улучшилось соблюдение преемственности лечения и все это в совокупности улучшало показатели здоровья населения [8, 9, 10]. Также благоприятно повлияло и на финансовое состояние данной организации здравоохранения [5]. Пациент-ориентированный подход стал отражать: степень готовности ОЗ оказывать медицинскую помощь, ассоциированную с лучшими исходами лечения; в каких условиях пациент получает лечения и какие устанавливаются межличностные взаимоотношения медработник-пациент.

Цель создать инструмент оценки удовлетворенности пациента (УП) качеством медицинской помощи, отражающей степень соответствия ожиданиям, интересам и нуждам пациента, его представлениям о том, как должна функционировать медицинская организация.

Путем анализа результатов опыта, международных и отечественных мониторингов УП, был проведен обзор наиболее часто используемых инструментов для оценки УП качеством предоставленной медицинской услуги.

К настоящему времени в мире имеются большое количество анкет для оценки УП качеством медицинской помощи (1,3,4,5,6,7,8,9), но результаты, полученные с их помощью, несопоставимы друг с другом, т.к. не позволяют отслеживать динамику уровня удовлетворенности. Все это можно

объяснить тем, что в разных странах один и тот же фактор мог иметь различную степень влияния на уровень удовлетворенности.

Среди множества существующих инструментов УП (CSQ и SSQ, CEP, GPAQ, EUROPEP и др.) для проведения международного мониторинга часто используемыми являются HCAHPS, PPE-15 [5,6].

С 2002 в США использовали инструмент HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), с помощью которого оценивались следующие факторы: отношения с медперсоналом, физический комфорт, управление болью, медицинские манипуляции, полнота получаемой информации о лечении и при выписке, обратная связь. В Европе широко внедрялся опросник PPE-15 (Picker patient) [7], а в Швейцарии данный опросник был рекомендован Национальным координационным и информационным офисом по качеству в 300 больницах [6]. Опросник PPE-15 валидирован на английском, французском и испанском языках и представлял собой сокращенную версию опросника Picker's adult inpatient questionnaire (Опросник для взрослых пациентов стационара по Пикеру) и состоял из 15 вопросов, оценивающих: полноту информации и обучения, физический комфорт, эмоциональная поддержка, уважение предпочтений пациента, вовлеченность друзей и родственников, преемственность и непрерывность лечения.

При оценке УП медицинскими услугами в этих инструментах (HCAHPS, PPE-15 по улучшению качества медицинской помощи матерям и новорожденным 2016.) обращали внимание на следующие факторы [5,6,7,8,9,10]:

1. Доступность медицинской помощи;
2. Оценка условий пребывания (питания, уборка, уход);
3. Условия приема, длительность ожидания (приема, консультации, диагностических процедур);
4. Компетентность персонала, готовность рекомендации;
5. Общая оценка процедур;
6. Отношения с персоналом, врачом;
7. Удовлетворенность полнотой получаемой информации о лечении и при выписке;
8. Необходимость и условия оказания платных услуг.

В таблице показаны наиболее часто используемые инструменты, как международных, так и отечественных мониторингов УП.

Инструменты оценки УП Российской Федерации [1,2], используемый с 2013г. и переработанный в 2015 не является стандартизированным и носит рекомендательный характер. Данный инструмент оценивает следующие факторы: условия приема, длительность ожидания (приема, консультации, диагностических процедур), условия ожидания, оценка помощи при вызове врача на дом, общая удовлетворенность, возможность рекомендовать медицинскую организацию, полнота получаемой информации о лечении и при выписке.

Оценка ответов на вопросы проводилась по методу Лайкерта и критериям COSMIN (Consensus-based Standard sfor these lection of health Measurement Instruments) [1,2,10].

Метод Лайкерта ориентировался по шкале от 1 до 9 и определял степень соответствия определенным ожиданиям пациента при оказании медицинской помощи, где «1» - очень низкая, а «9» - очень высокая. Критерии COSMIN использовались при оценке качества инструментов в ходе оценки которых опросникам выставлялась общая оценка – «excellent – превосходно»; «good – хорошо»; «fair – удовлетворительно»; «poor – плохо». Также был выполнен поиск корреляции между высокими оценками и критериями измерения.

По показателям COSMIN проводилась оценка таких критериев УП, как «профессиональное взаимодействие пациент-здравоохранение», «среда взаимодействия», а также процесс внутреннего управления ОЗ по полученным результатам анкетирования.

Таким образом, международные инструменты оценки УП имеют много факториальную направленность и в разных странах один и тот же фактор имеет разную степень влияния на УП. В РФ инструмент оценки УП носит рекомендательный характер.

В Кыргызстане удовлетворенность пациентов медицинскими услугами оценивается организацией Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и проектом «Финансирование на Основе Результатов» (ФОР).

Анкеты ФОМС [3] оценивают УП амбулаторного и стационарного сфер медицинских услуг и состоят из 5 пунктов. Первые 2 пункта касаются состояния больного. Неформальные выплаты – 3 пункт. Следующий 4 пункт – состояние туалета и душа в учреждении. Пункт 5 - общая удовлетворенность приемом медработниками в этом учреждении. Вопросы (индикаторы) имели несколько вариантов ответов, пациент выбирал один из них. Последним пунктом было мнение и рекомендации пациента, такие, как «Чтобы Вы порекомендовали для получения более высокой оценки?». Анкетирование по УП медицинскими услугами проводилось путем телефонного опроса. После получения результатов анкетирования, ФОМС акцентировал внимание на неформальных выплатах медицинским работникам целью, которой было улучшение качества медицинской помощи и УП.

Проект «Финансирование на Основе Результатов» (ФОР) в районных больницах страны также проводил изучение УП пациентов стационарного уровня используя Оценочную карту (ОК). В оценочной карте ФОР всего 5 пунктов по УП, как соблюдению партнерских родов, консультирование по вопросам ГВ, неформальные выплаты, состояние туалетов, душа и общая удовлетворенность пациента. Оценка проводилась по бальной системе и на основе полученных баллов по результатам анализа анкет, больницы получают финансовый стимул/выплату, который они могут использовать для улучшения качества медицинского обслуживания. Анкета ФОР по УП качеством медицинской помощи так же была ориентирована на неформальных выплатах.

Таким образом, оценка УП национальными анкета/опросниками проводилась на результатах формальных и неформальных выплат медицинским работникам. Данные инструменты практически не затрагивали квалификацию медперсонала, оснащенность больницы и комфортность пребывания пациентов в учреждении, межличностных отношений медработник-пациент.

В итоге, после обзора инструментов, как международного опыта, так и по Кыргызстану по оценке качества медицинской помощи путем изучения УП, как потребителей медицинских услуг, был разработан инструмент – «Анкета оценки УП, как потребителей медицинских услуг в перинатальных центрах Кыргызстана». При составлении анкеты были учтены два основных аспекта: воспринимаемая материальная среда предоставления услуги и оценка характера межличностного взаимодействия с медицинскими работниками. Руководствовались принципами обеспечения удовлетворенности пациентов таких как:

- для всех женщин и новорожденных обеспечивается конфиденциальность, и уважение личного пространства в период времени, связанный с рождением ребенка;
- ни одна женщина или новорожденный не подвергаются жестокому обращению, таким как физическое, сексуальное или словесное оскорбление, дискриминация, пренебрежение, задержание, вымогательство или отказ в предоставлении услуг;
- всем женщинам предоставляется информация в отношении услуг, которые они получают, и необходимости вмешательства, а также ожидаемого результата четко объясняется;
- обеспечение пациентов качественной медицинской помощью, оказанной квалифицированными медицинскими работниками;
- внимание и участие врача, медицинской сестры к состоянию пациенту;
- соблюдение медицинским персоналом правил этики и деонтологии.

Таблица 1 - Используемые опросники для оценки уровня удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи

Название анкеты	Автор- страна	Год создания	Количество вопросов	Оцениваемые факторы
НСАНPS Оценка стационарным больным поставщика медицинской помощи) [13,22]	CMS совместно с ANRQ, США	2002-2012	24	Взаимодействие с медсестрами, взаимодействие с врачом, физический комфорт, управление болью, медицинские манипуляции, полнота получаемой информации о лечении и при выписке, обратная связь
PPE-15 Опыт пациента по Пикеру	C. Jenkinsonetal., Великобритания	2002	15	Полнота информации и обучения, физический комфорт, эмоциональная поддержка, уважение предпочтений пациента, вовлеченность друзей и родственников, преемственность и непрерывность лечения
Анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в амбулаторных (13вопр) и стационарных (15 вопр) условиях	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2013	13/15	Условия приема, длительность ожидания (приема, консультации, диагностических процедур), условия ожидания, оценка помощи при вызове врача на дом, общая удовлетворенность, возможность рекомендовать медицинскую организацию, полнота получаемой информации о лечении и при выписке
ФОМС Анкета оценки удовлетворительности пациентов стационарных и амбулаторных условиях	Министерство здравоохранения Кыргызской республики	2017г.	10	Состояния больного, неформальные выплаты, состояние туалета и душа в учреждении, общая удовлетворенность приемом медработниками в этом учреждении.
ФОР	Министерство здравоохранения Кыргызской республики	2016	5	Партнерские роды, консультирование по вопросам ГВ, неформальные выплаты, состояние туалета и душа в учреждении, общая удовлетворенность.

Список литературы:

1. **Кобякова, О.С.** Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? [текст] / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфиллин и другие // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» - 2016 (49) - №3.
2. **Кулигина, М. В.** Состояние амбулаторной акушерской помощи: результаты социологического опроса беременных женщин [текст] / М. В. Кулигина, Л. В. Карнеева, И. А. Комарова, А. Е. Цивилева // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. - Т. 3 - № 2 - С.47-49.
3. Приказ Фонда ОМС при Правительстве КР №125 от 15.05.2017г. «Об утверждении документации по изучению удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг в организациях здравоохранения Кыргызской Республики».
4. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях / ВОЗ – 2018 – 89с.
5. **Epstein, R.M. and Street R.L., Jr.** The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med.* 2011 Mar; 9(2): 100–103.
6. Keegan O., McGee H. A guide to Hospital Outpatient Satisfaction Surveys. Practical recommendations and the Satisfaction with Outpatient Services (SWOPS) questionnaire. [Online] 2003 [cited 2016 Apr 10] Available from: <http://epubs.rcsi.ie/psycholrep/16/>.
7. NHS staff Survey 2015. [Online] 2015 [cited 2016 Apr 10] Available from: <http://www.nhsstaffsurveys.com/Page/1010/Home/NHS-Staff-Survey-2015/>.
8. Robison J. Leading the Way to Better Patient Care. *Gallup/Buisness journal* [Online] 2012 [cited 2016 Apr 10]. Available from: <http://www.gallup.com/businessjournal/158840/leading-better-patient-care.aspx>.
9. Stewart M., Brown J.B., Donner A. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9): 796–804.
10. Street R.L. Jr, Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009; 74(3): 295–301.

УДК616-002.77+616-053.2

СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

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

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Ганиева А.

Резюме. В статье представлены медико-социальные и экономические последствия патологии опорно-двигательного аппарата в Кыргызстане. Дано научное обоснование стратегии направленной на снижение инвалидизации детского населения в связи с хроническими ревматологическими заболеваниями. По результатам медико-экономического анализа даны рекомендации использования экономически эффективных форм организации лечения этой категории больных.

Ключевые слова: ревматологические болезни, дети, инвалидизация, лечение, профилактика

БАЛДАРДЫН ӨНӨКӨТ РЕВМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРЫНЫН ЖЫШТЫГЫН ЖАНА ТАТААЛДЫГЫН ТӨМӨНДӨТҮҮ СТРАТЕГИЯСЫ

Эне жана баланы коргоо Улуттук борбору,
Бишкек шарры, Кыргыз Республикасы

Г.М. Саатова, А.Б. Фуртикова, А. Ганиева

Резюме. Макалада Кыргызстандагы таяныч-кыймылдаткыч аппаратынын патологиясынын медико-социалдык жана экономикалык натыйжалары чагылдырылды. Өнөкөт ревматологиялык ооруларга байланыштуу балдар калкынын майыптануусун төмөндөтүүгө багытталган стратегиясына илимий негиздөө берилген. Медико-экономикалык анализдин жыйынтыктары боюнча бейтаптардын бул категориясын дарылоонун экономикалык натыйжалуу формаларын уюштуруу пайдалануунун сунуштары берилди.

Ключевые слова: ревматологиялык оорулар, балдар, майыптануу, дарылоо, алдын алуу.

A STRATEGY TO REDUCE THE FREQUENCY AND SEVERITY OF CHRONIC RHEUMATOLOGICAL DISEASES IN CHILDREN

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

Saatova G.M., Furtikova A.B., Ganieva A.

Summary. The article presents the medical, social and economic consequences of the pathology of the musculoskeletal system in Kyrgyzstan. The scientific substantiation of the strategy aimed at reducing the disability of the child population due to chronic rheumatological diseases is given. Based on the results of medical and economic analysis, recommendations for the use of cost-effective forms of organization of treatment of this category of patients are given.

Keywords: rheumatological diseases, children, disability, treatment, prevention

В целом ситуация по ревматическим заболеваниям остаётся в Кыргызстане является неблагоприятной и обусловлена нарастанием БКМС, соединительной ткани, ревматизма. В учреждениях первичного звена здравоохранения не создано необходимых условий для обеспечения ранней диагностики и лечения ревматологических болезней. Отсутствует диспансерное наблюдение ревматологических больных, особенно детского и подросткового возраста. Не решены вопросы медицинской реабилитации ревматологических больных.

Уровень подготовки участковых педиатров, семейных врачей недостаточен для ведения больных всех нозологических форм ревматических болезней.

При неудовлетворённости финансирования здравоохранения не получили широкого использования экономические эффективные формы организации лечения больных ревматологического профиля – дневные стационары в поликлиниках, стационары дневного пребывания больного.

В целях повышения уровня профилактической работы, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи ревматологическим больным рекомендуются следующие мероприятия:

1. Для снижения медико-социальной нагрузки на общество заболеваний костно-суставного аппарата разработать экономически обоснованные схемы первичной и вторичной профилактики для различных территориальных регионов КР и для различных социально-экономических групп населения.

2. В целях улучшения оказания медицинской помощи населению, оптимальных выборов в лечении и рационального использования финансовых средств разработать клинические протоколы по основным нозологиям БКМС и соединительной ткани, а также ревматизма с указанием стоимостных оценок.

3. В амбулаторно-поликлинических учреждениях специалистами - ревматологами улучшить амбулаторный и диспансерный контроль за ревматологическими больными. Наладить диспансерное наблюдение за больными, страдающими ревматизмом и ревматическими пороками сердца, ревматоидным артритом, воспалительными и дегенеративными спондилопатиями, остеоартрозом и юношеским остеохондрозом, реактивными артритами, системными заболеваниями соединительной ткани.

4. Улучшить и наладить проведение медицинской реабилитации ревматологических больных.

5. Активно использовать дневные стационары и стационары дневного пребывания больного.

6. Уменьшить длительность пребывания больного в специализированных отделениях стационаров высшей категории используя экономически эффективные и обоснованные лечебно-диагностические схемы с применением новых технологий лечения и внедрения программы раннего вмешательства..

7. В целях улучшения оказания высококвалифицированной диагностической, лечебной и консультативной помощи больным ревматическими заболеваниями создать коечный фонд ревматологических отделений при многопрофильных больницах, в том числе для дневного пребывания больного.

8. Формировать реальные лечебные системы в рамках многопрофильных лечебных учреждений высшей категории, где имеются возможности привлечения в состав систем специалистов разных направлений.

9. Планировать эпидемиологические исследования с применением унифицированных методов и критериев диагностики ревматических болезней, позволяющих установить их истинную распространенность в популяции.

10. Прогнозировать реальные медико-социальные последствия патологии опорно-двигательного аппарата, состояние здоровья населения.

11. В научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждениях внести дополнения в программы повышения квалификации врачей по ревматологии и педиатрии.

12. В целях разработки и внедрения в практическое здравоохранение новых технологий профилактики, диагностики и лечения ревматических заболеваний, повышения профессионального уровня специалистов в области ревматологии создать детский ревматологический центр, имеющий ревматологические амбулаторное и стационарное подразделения.

13. Внести изменения и дополнения в статистическую отчетность по ревматическим заболеваниям с учётом МКБ X.

10. Повысить осведомлённость заинтересованных органов (местных и республиканских) и населения о возрастающих медико-социальных потерях общества, вызванных заболеваниями костно-суставного аппарата.

Одной из основных задач Программы Правительства Кыргызской Республики поддержки семьи и защиты детей на 2018-2028 годы (от 14 августа 2017 года №479) является «внедрение программы по раннему вмешательству по предоставлению услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья».

В эту программу включены и дети, которые имеют «особые потребности» для успешного развития, обучения и адаптации в обществе. Как правило, это дети с установленными диагнозами или конкретными нарушениями, ведущими к отставанию в развитии, например, в том числе и хронические соматические заболевания.

УДК 614.7+(575,2)

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ГЕОХИМИЧЕСКОЙ ЭКОЛОГИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (литературный обзор)

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

Ибраимов К.Ш., Кучербаев А.А.

Резюме: В статье освещены вопросы проблем геохимической экологии Кыргызской Республики. Эта проблема на сегодняшний день приобретает все возрастающее значение не только для медицины, но и для семьи пациента и для государства.

Ключевые слова: экология, геохимия.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ГЕОХИМИКАЛЫК ЭКОЛОГИЯНЫН АБАЛЫ ЖАНА ПРОБЛЕМАЛАРЫ (адабий сереп)

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

К.Ш. Ибраимов, А.А. Кучербаев

Кортунду. Макалада Кыргыз Республикасындагы геохимиялык экология тууралуу маселе суроолор берилген. Бул маселе бүгүнкү күндө, медицина үчүн гана эмес, ошондой эле бейтаптын үй-бүлөсү жана мамлекет да үчүн өтө маанилүү болуп жатат.

Негизги сөздөр: экология, геохимия.

STATE AND PROBLTMS OF GEOCHEMICALS ECOLOGY KYRGYZ REPUNLIC (literature review)

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

Ibraimov K. Sh., Kucherbaev A.A.

Summary: in article questions of problems of geochemical ecology of the Kyrgyz Republic are consecrated. This problem today is becoming increasingly important not only for medicine, but also for the patient's family and for the state.

Key words: ecology, Geochemistry.

Ухудшение состояния окружающей среды в XX – XXI веках обусловлено высоким антропогенным прессом: интенсивным развитием промышленности, энергетики, транспорта, химизацией сельского хозяйства и быта, урбанизацией.

По выражению академика В. И. Вернадского: «человек становится крупнейшей геологической силой, меняющей облик нашей планеты». В результате производственной

деятельности людей возникли сложные структуры взаимодействия технических и природных комплексов, называемые природно-техногенными процессами. Это специфические новообразования, которые ныне определяют сущность биогеографической оболочки Земли: состояние природных комплексов, процессы распределения и перераспределения вещества и энергии, баланса вещества и трансформированных свойств океанов и континентов Земли, баланс между природообразующими сферами (геосферами, по В. И. Вернадскому): атмосферой, гидросферой, литосферой, и биосферой.

Всестороннее изучение биосферы – среды обитания человечества, является крупнейшей вехой в истории развития науки. Учение В. И. Вернадского о биосфере создает теоретическую базу для решения этой грандиозной задачи (Добровольский В. В., 1983; Ермаков В. В., 1993; Дженбаев Б. М., 1999 и др.).

Познание биосферы способствовало развитию биогеохимических исследований (Ермаков В. В., 1995), диапазон которых в последние годы существенно расширился. Перспективным направлением в изучении биосферы является геохимическая экология – органическое продолжение учения В. И. Вернадского о биосфере (Вернадский В. И., 1926) и представления

А. П. Виноградова о биогеохимических провинциях (Виноградов А. П., 1938). Это относительно новое направление биогеохимии и экологии, сформированное В. В. Ковальским, изучает закономерности взаимодействия отдельных организмов и их сообщества на основе миграции и трансформации химических элементов в биосфере (Ковальский В. В., 1974; 1982;). Известно живое вещество биосферы гетерогенно по составу и взаимодействует с геохимической средой через биогеохимические пищевые цепи. Организмы – индикаторы не только сублокальных потоков химических элементов на уровне элементарной единицы биосферы, но и мощные факторы гомеостаза среды в локальных и глобальных циклах миграции атомов, способствующие формированию состава окружающей среды (Ермаков В. В., Ковальский В. В., 1991).

Геохимическая экология рассматривает организмы в единстве со свойствами естественной геохимической среды, так как организм вне среды не существует. Основная проблема геохимической экологии – раскрытие адаптивной изменчивости регуляторных систем организмов в условиях конкретных геохимических сред жизни. Среда и адаптивные возможности организмов, определяемые гено – и фенотипом, формируют диапазон изменений, при которых организм остается здоровым или проявляет определенные реакции на избыток или недостаток микроэлементов, включая патологические состояния (Ковальский В. В., 1982; Ермаков В. В., 1992; Ermakov V. V., Korobova E. M., 1992;)

Атомная промышленность СССР начала создаваться в конце 40-х – начале 50-х годов и первоначально была ориентирована на выполнение военных программ. В это время в Кыргызстане заработали первые урановые рудники. Из 11 крупнейших урановых производств Министерства среднего машиностроения СССР 3 располагались на территории Кыргызстана. Многие производства по переработке уранового рудного сырья, формировались в пределах населенных пунктов: Майлуу-Суу, Шакафтар, Мин-Куш, Каджи-Сай, Ак-Тюз, Кара-Балта.

В пределах СССР Кыргызстан был, начиная с 1955 г, крупнейшим производителем урана. В республике работали урановые месторождения: Майлуу-Суу, Шакафтар, Мин-Куш, Ак-Тюз и Каджи – Сай. Вследствие неэффективной добычи и нерациональной переработки полезных ископаемых, на территории республики заскладировано в отвалах и в хвостохранилищах свыше 600 млн. м³ (Айтматов И. Т., Торгоев И. А., Алешин Ю. Г., 1997) горных пород и отходов переработки минерального сырья.

После распада СССР и прекращения деятельности Министерства среднего машиностроения СССР, на территории Кыргызстана в бесхозном состоянии остались 30 хвостохранилищ и 20 горных отвалов, содержащих отходы уранового производства. Для создания условий безопасности, проведения мероприятий по реабилитации и рекультивации, хвостохранилища и горные отвалы были переданы в ведение Госконцерна «Кыргызалтын».

С 1997 года они были закреплены за акционерным обществом «Кара-Балтинский горнорудный комбинат». Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 23 марта 1999 года №161 вышеназванные хвостохранилища и горные отвалы переданы на баланс Министерства экологии и чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики (МЭ и ЧС).

Кыргызстан по результатам исследований, проведенным в 2001г. Всемирным экономическим форумом (Швейцария), попал в список экологически неустойчивых стран и занимает 98-место из 122 стран в рейтинге экологической устойчивости. Все урановые рудники в Кыргызстане очень похожи один на другой: Мин-Куш, Каджи-Сай или Майлуу-Суу. Они создавались по единым проектам, утвержденным Министерством Среднего Машиностроения СССР.

В начале 50-х годах в Мин-Куше открыт урановый рудник. С открытием рудника построен поселок Мин-Куш и обогатительные цеха, которые работали до 70-х годов. За годы функционирования рудник наложил огромный отпечаток на природу региона. Прежде всего, это – радиоактивные: земля, вода и уголь. Все шахты рудника были законсервированы и замурованы. Отвалы пород – обвалены. Недавно проведенный совместно кыргызскими и с независимыми экологами анализ окружающей среды субрегиона показал: фон этого региона доходил до 150-250 микрорентген в час, на отдельных участках – до 400. Полученные данные превышают санитарные нормы до 10 раз. Хотя руды Мин-Куша считаются средними по содержанию урана, в поселке вполне официально обнаружены большие уровни загрязнения, особенно – на отвалах. Отвалы чрезмерно изрезаны ветром, дождями и талыми водами, что представляют опасность для региона. В районе Мин-Куша разведены и добывается большое количество бурого угля (например, в Ак – Улане 5 млн. т).

Сегодня правительство республики пытается восстановить развивающуюся угольную промышленность в республике, в частности, в Кавакском угольном бассейне (Кара-Кече, Мин-Куш). В настоящее время темпы вскрышных работ не позволяют наращивать добычу. В результате уголь в зачатку идет с породой, несортированный, очень плохого качества. В нем высок уровень зольности. Он взят из урановых зон. До распада СССР, в индивидуальный сектор его не поставляли, разрешали использовать только местной ТЭЦ. Сегодня это топливо жгут в своих буржуйках все жители поселка Мин-Куш и поставляют в столицу (Бишкекская ТЭЦ).

**Таблица 1 - Среднее содержание селена в объектах биосферы
Мин-Кушского рудника (мкг/кг)**

Образцы	Выше 2 км	Рудник	Ниже 5 км
Почва (0-20 см)	12±72,4	2134±359	827±105
Вода (р. Мин-Куш)	0,212±0,06	1,960±0,38	0,421±0,04
Растения (укос)	348±27	914±226	356±27
Разноцветная ящурка (<i>Eramius arguta</i>) до 1 года	694±55	–	826±59
Взрослые особи	765±68,6	–	1221±107
Пустынный прус (<i>Calliptamus barbarus</i>)	514±46,4	943±78,6	612±44

Урановые месторождения пгт. Мин-Куш (Тура-Кавак) находятся на абсолютной высоте около 2000 м, в бассейне реки Мин-Куш. Население пгт. Мин-Куш в данное время составляет 4760 человек. В этом регионе расположено 4 хвостохранилища и 4 горных отвала с радиоактивными материалами общим объемом 1, 15 млн. м³. Рудный комплекс эксплуатировался с 1958 по 1969 гг. После закрытия уранового производства все хвостохранилища были законверсированы.

В настоящее время из-за несвоевременного проведения ремонтных работ и обслуживания, происходит разрушение защитных сооружений и отдельных участков поверхности. Наиболее опасными являются хвостохранилища «Туюк-Суу» и «Талды-Булак».

Хвостохранилище «Туюк-Суу» расположено в русле одноименной реки. Общий объем намывных хвостов – 450 тыс. м³, площадь их – 3,2 га. По результатам радиометрической съемки мощность экспозиционной дозы на поверхности хвостохранилища – 23-35 мкР/час, локально – 150 мкР/час. Общая активность нуклидов в захороненном хвостовом материале – 1555 Ки. Для пропуска реки построен железобетонный обводной канал.

Хвостохранилище «Талды-Булак» расположено в 12 км от пгт. Мин-Куш. Объем намывных отходов 395 тыс. м³, площадь его – 3,35 га. Пропуск паводковых и ливневых вод речки Талды-Булак осуществляется через водопропускную систему, проложенную под хвостохранилищем. Шахтный водосброс, расположенный в верхнем бьефе, периодически забивается наносами.

На поверхности хвостохранилища имеются пониженные участки, защитный слой на некоторых участках разрушен. Разрушены ограждения и предупредительные знаки. Значения максимальной экспозиционной дозы, по результатам гамма-съемки 2001 г., находятся в пределах 60 мкР/час, в отдельных точках до – 1500 мкР/час. Использование имеющейся системы водопропуска паводков, селевых потоков поддержание ее в рабочем состоянии в течение длительного времени, практически невозможно. Это условие и сочетание природных факторов: землетрясение, катастрофические сели, паводки могут привести к разрушению хвостохранилища с выносом хвостового материала в реки: Кокомерен, и Нарын, далее Токтогульское водохранилище и Ферганскую долину.

В 1956 году, при строительстве одного из хвостохранилищ в Мин-Куше, произошла авария. Более 60 тысяч кубометров радиоактивной пульпы прорвало дамбу и ушло в реку Мин-Куш. Последствия окончательно не были изучены и не приняты соответствующие меры.

Исследования Быковченко Ю. Г. и др. (2005) на содержание урана в почвах месторождения Мин-Куш показали: пути миграции его в почвах имеют закономерности, характерные для других регионов. Самая высокая концентрация урана (до $80 \cdot 10^{-6}$ г/г) обнаружена в промышленной пасте. В отвалах промышленных отходов содержалось $3,9-4,5 \cdot 10^{-6}$ г/г урана, в насыпном грунте хвостохранилищ – $0,8-5,0 \cdot 10^{-6}$ г/г или в 16-100 раз меньше, чем в пасте. Почвенный покров окрестностей Мин-Куш представлен, как указывалось выше, субальпийскими лугостепными почвами. Содержание урана здесь, в среднем по профилю, колеблется – от 3,3 до $17,5 \cdot 10^{-6}$ г/г является сравнительно высоким.

Большую опасность вызывает территория, расположенная выше обогатительного завода, где содержание урана в почве достигает у поверхности – $30-35 \cdot 10^{-6}$ г/г, что свидетельствует о локальном загрязнении данной зоны. Во всех почвенных разрезах высокая концентрация урана отмечается в горизонте 20-40 см ($15-20,0 \cdot 10^{-6}$ г/г). В сопредельной – Кочкорской долине, где почвы представлены горно-долинными светло-каштановыми, содержание урана находится в пределах $3,0-5,0 \cdot 10^{-6}$ г/г. Гумус в определенной мере способствует закреплению урана в почве, видимо, идет процесс сорбции урана органическим веществом почвы и образования гуматов уранила. Хвостохранилища «Дальнее» и «Как» расположены рядом, в 11 км от пгт. Мин-Куш. Общий объем намывных хвостов 306 тыс. м³, площадь 13,1 га.

В настоящее время на поверхности хвостохранилищ имеются отдельные пониженные участки, где аккумулируются паводковые воды, на поверхности хвостохранилища «Дальнее» образовались трещины усыхания. Хвостохранилища относительно устойчивы. Рассмотрено несколько возможных вариантов обеспечения безопасности складированных отходов, в т.ч.: разборка и перенос хвостохранилища более безопасное место; ремонт гидротехнических сооружений и постоянное поддержание их в рабочем состоянии в течение всего длительного периода эксплуатации (тысяча лет). Из приведенных вариантов наиболее предпочтительным является третий, но с учетом подвижки оползня этот вариант необходимо рассмотреть.

В данное время имеется проект на рекультивацию отвалов, разработанный ПИ «УкрНИИ протехнологии» в 1992 году. Для проведения рекультивационных работ требуется, ориентировочно, 1,5 млн. \$ США. В районе выполнялись исследования при поддержке: НАТО, фонда Сороса и др. организаций.

В развитых странах наиболее высокими темпами растут затраты на охрану окружающей среды. Доля ассигнований на эти цели составляла в конце 90-х годов 2% в США – 1,8%, в

Германии – 2,5%, в Японии – 1%, во Франции и Швеции – до 3% национального дохода (Оторбаев К. О., Тимонин Е. И., Тимохина Г. А., 1992; Добровольский В. В., 1998).

В 1995 году в Кыргызстане разработан Национальный план по охране окружающей среды (НПООС), с привлечением иностранных специалистов под патронажем Всемирного банка (НПООС, 1995). По программе НПООС приводится характеристика наиболее проблемных с геоэкологической точки зрения объектов.

Актюзское месторождение редкоземельных и радиоактивных металлов расположено на территории Чуйской области КР, в верхней части долины реки Кичи-Кемин притока р. Чу. Рельеф местности – сложный, горный. Абсолютные высоты превышают 2000 метров над уровнем моря. Климат района – резко континентальный с ярко выраженными временами года. Растительный покров района – скудный, с редким мелким кустарником.

Встречаются небольшие изреженные пятна хвойных и лиственных лесов. Ак-Тюз (свинцово-цинково-полиметаллическое): одной из металлогенических особенностей Кыргызстана является широкое развитие на ее территории полиметаллических месторождений. Свинцово-цинково-полиметаллическая специализация характерна для всех структурно-фациальных зон Тянь-Шаня. Наиболее типична она для Северного Тянь-Шаня. Если в остальных зонах развит практически один верхнепалеозойский этап полиметаллического рудогенеза, то в Северном Тянь-Шане проявлено несколько палеозойских этапов полиметаллического минералообразования как герцинского, так и каледонского тектономагматических циклов.

Эксплуатация Ак-Тюзского месторождения цветных и редкоземельных металлов начата в 1942 году для нужды оборонной промышленности СССР 1952 году обогатительная фабрика была перепрофилирована на добычу ториевого концентрата из руд этого месторождения. К середине пятидесятых годов в регионе скопилось почти сто тонн радиоактивных веществ. Эти опаснейшие отходы в хвостохранилище вывозить не рискнули, захоронили в десяти километрах восточнее Быстровки (на площадках тогдашнего объекта «Алюминстрой»).

Через двадцать лет на трех Ак-Тюзских производственных кладбищах скопилось два с половиной миллиона тонн радиоактивного мусора. В конце 80-годов в четырех хвостохранилищах было уже более пяти миллионов тонн радиоактивных отходов (Айтматов И. Т., Торгоев И. А., Алешин Ю. Г., 1997; Дженбаев Б. М., 1998).

В настоящее время эколого-экономическое и социальное положение рудникового поселка очень тяжелое. Рудник закрыт, хотя в начале 90-годов руководство Ак-Тюзского рудопроизводства пыталось реанимировать умирающее производство. Из отвалов Талды-Булакского месторождения в 1991 году впервые извлекли золотосодержащий концентрат. После соответствующей переработки (на комбинатах Орловки и Кара-Балты) получено два килограмма Ак-Тюзского золота. При окончательном Ак-Тюзского рудника средств на содержание и ремонт хвостов не оказалось. Четвертое хвостохранилище переполнено талыми водами, ограждающая дамба ослаблена. Катастрофа может в десятки раз превысить по масштабам катастрофу, случившуюся в декабре 1964-года. Уровень радиации на 4 хвостохранилище колеблется от 40 до 250 мкР/ч (Дженбаев Б. М., 1998).

Наиболее загрязненные участки техногенного субрегиона (поселок Ак-Тюз) – регионы отстойника и комбината (до 2 км). В отстойнике задерживаются селен и фтор, кальций и стронций задерживаются слабо. Они перемещаются водой вниз и попадают в речку. Кальций и селен в данном техногенном субрегионе находятся на уровне контроля. Содержание стронция в 2 раза и фтора в 1,5 раза выше контрольного (особенно в растительном покрове).

В настоящее время в районе п. Ак-Тюз расположено 4 хвостохранилища. Хвостохранилища №№ 2 и 4. Постановлением Правительства КР переданы в эксплуатацию Израильской фирме «Golden end Silver». Хвостохранилища №№ 1 и 5, находятся на балансе МЧС, в них заскладировано 1,7 млн. м³ отходов переработки полиметаллических руд. Средний гамма-фон составляет 60-100 мкР/час, на аномальных участках – до 1000 мкР/час. Хвостохранилище № 1 рекультивировано. Рекультивация хвостохранилища № 3 не проводилась. С 1995 по 1999 гг. работы по поддержанию в исправном состоянии гидротехнических сооружений не проводились.

В 2000 г. Были осуществлены работы по улучшению состояния гидротехнических сооружений хвостохранилищ №№ 1 и 3. Происходит интенсивная эрозия поверхности

хвостохранилища № 2 с разрушением прилегающих территорий. Данные объекты содержат соли тяжелых металлов и радиоактивный торий. Не исключена возможность воздействия их на людей, проживающих рядом. Помимо радиоактивной опасности хвостохранилищ, возможно их механическое разрушение. Физическое разрушение хранилищ может привести к фатальному исходу, хроническим заболеваниям, нарушению природоохранной, социальной и экономической целостности населенных пунктов Кичи-Кеминской долины проживающих там людей. В случае разрушения хвостохранилищ возможен вынос хвостового материала в бассейн р. Чу и загрязнения в трансграничном масштабе.

Геологическое строение района характеризуется метаморфическими и изверженными породами, перекрытыми сверху четвертичными образованиями. Район относится к зоне сейсмичности до 9 баллов. В пределах долины р. Кичи-Кемин имеется ряд населенных пунктов. Крупный из них – п. Ак-Тюз. С 50-х годов на территории Ак-Тюзской обогатительной фабрики осуществлялись переработки руды, содержащей редкоземельные металлы. В результате деятельности обогатительной фабрики создан ряд хвостохранилищ продуктов переработки. На хвостохранилищах укладывались хвосты обогащения полиметаллических руд. Минералогический состав представлен: амфиболами, хлоритом, серицитом, кварцем, кальцитом и полевым шпатом.

Рудные минералы: галенит, циркон, касситерит, пирифериторит, халькопирит, лимонит и редкоземельные минералы. Содержание металла в уложенных хвостах: свинца 0,28-0,7%, сумма редких металлов 0,18-0,3%, тория 0,02%.

В 1964 году произошел прорыв хвостохранилища, расположенного на правом склоне долины р. Кичи-Кемин, в логу Кулаган-Таш. В результате аварии в реку Кичи-Кемин было сброшено 680 тыс. куб.м. хвостов (продуктов, содержащих радиоактивный торий). Русло реки оказалось загрязненным до впадения в р. Чу. Не исключено попадание в р. Чу. Загрязненной водой были заполнены: пониженные участки долины реки, арыки, придорожные канавы. После аварии выполнены дезактивационные работы: зачистка территории и вывоза продуктов, содержащих радиоактивный торий.

В рамках технической помощи, с июля 2004 года, Правительством Чешской Республики в районе хвостохранилищ пгт. Ак-Тюз велась реализация проекта – «Геологическая разведка окружающей среды и оценка экологических нагрузок и рисков в окрестностях горнодобывающих и обогатительных комплексов». Проект реализовался в 2004-2006 гг. Проект был направлен на изучение экологической обстановки и разработку мероприятий по снижению воздействия вредных веществ на окружающую среду. Стоимость проекта составило 260 тыс. долларов США.

В данное время в Кыргызстане при поддержке международных партнеров в лице Европейской комиссии и СНГ проведены исследования по оценке воздействия на окружающую среду, создан механизм финансирования для эффективного аккумулирования финансовых средств – Многосторонний Фонд экологической реабилитации урановых объектов ЕБРР. Кроме этого, в тесном сотрудничестве с МАГАТЭ разработан Стратегический мастер-план, который является своеобразной дорожной картой по эффективному подходу к рекультивации урановых хвостохранилищ в Центральной Азии.

В мае 2015 года по инициативе ЕС и ЕБРР был создан Фонд Европейского банка реконструкции и развития по восстановлению окружающей среды в Центральной Азии. ЕС вложил в данный фонд финансовые средства в размере 16,5 млн. евро. На сегодня фонд собрал всего около 30 млн. евро, но необходимо собрать 85 млн. евро. На данные средства будут осуществлены меры по рекультивации семи радиоактивных хвостохранилища в трех республиках Центральной Азии: трех объектов – в Кыргызской Республике и по два объекта – в Республике Таджикистан и Республике Узбекистан. Часть финансовых средств из указанного Фонда освоена в рамках выполнения работ по оценке экологического воздействия и технико-экономического обоснования таких объектов, расположенных в Кыргызской Республике, как Мин-Куш, Шекафтар и Майлуу-Суу. В частности, в период с 2015 по 2017 годы был реализован финансируемый Европейским Союзом проект: «Комплексная оценка воздействий на окружающую среду и технико-экономическое обоснование для реабилитации бывших объектов уранового производства в поселках Мин-Куш и Шекафтар».

Список литературы:

1. **Айтматов, И. Т.** Геоэкологические проблемы в горнопромышленном комплексе Кыргызстана / И.Т.Айтматов, И.А.Торгоев, Ю.Г. Алешин // Наука и новые технологии. 1997. – №3. – С. 81-95.
2. **Быковченко, Ю. Г.** Техногенные загрязнение ураном биосферы / Быковченко Ю. Г., Быкова Э. И., Белеков Т. Б. и др. // Кыргызстана. – Бишкек, 2005. 169 с.
3. **Вернадский, В. И.** «Биосфера». – Л.: Изд-во АН СССР. 1926. 96 с.
4. **Виноградов, А. П.** Биогеохимические провинции и эндеми / А.П.Виноградов // Докл. АН СССР. 1938. Т. 18. – № 4/5. – С. 820.
5. **Дженбаев, Б. М.** Эколого-геохимическое состояние поселка Ак-Тюз / Б.М. Дженбаев // Экологический вестник Кыргызстана. – Бишкек, 1998. – №3. – С. 12-14.
6. **Дженбаев, Б. М.** Биогеохимия селена в угольно-урановом регионе Мин-Куш / Б.М. Дженбаев // Наука и новые технологии. 1999. – №2. – С. 59-61.
7. **Дженбаев, Б. М.** Геохимическая экология наземных организмов. – Бишкек, 2009. – С. 240.
8. **Дженбаев, Б. М.** Биогеохимия природных и техногенных экосистем Кыргызстана. – Бишкек, 2012. – С. 403.
9. **Добровольский, В. В.** География микроэлементов: Глобальное рассеяние. / В.В. Добровольский // М.: Мысль, 1983. – 272 с.
10. **Добровольский, В. В.** Основы биогеохимии. 1998. – М.: Высш. шк., – 412 с.
11. **Ермаков, В. В.** Биогеохимическое районирование континентов / В.В. Ермаков // Биогеохимические основы экологического нормирования. – М.: Наука, 1993. – С. 5-24.
12. **Ермаков В. В.** Биологическое значение селена. – М.: Наука, 1974. – 300 с.
13. **Ковальский, В. В.** Геохимическая экология: Очерк. – М.: Наука, 1974. – 300 с.
14. **Ковальский, В. В.** Геохимическая среда и жизнь. – М.: Наука, 1982. – 78 с.
15. **Оторбаев, К. О.** Экономика и охрана окружающей среды. – Бишкек.: Илим, 1992. – 86 с.
16. **Ermaikov, V. V.** The concept of biogeochemical provinces in modern ecology- geochemical studies of the environment // Agriculture and Environment in Eastern Europe and the Netherlands. Proceedings. –Wageningen: Wageningen Agr. University, 1992. P. 317-330.

УДК 616+616.053.2-616.8(575.2)

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ, ФАКТОРЫ РИСКА И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Национальный центр охраны материнства и детства¹,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева²,
г.Бишкек, Кыргызская Республика

**Жихарева В.В.¹, Узакбаев К.А.¹, Богомолец К.Ю.², Алымбаев Э.Ш.²,
Бабаджанов Н.Дж.¹, Маткеева А.Т.¹**

Резюме: Совершенствование современных технологий выхаживания недоношенных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массаами тела и использование методов первичной реанимации и интенсивной терапии новорожденных привели к тому, что появился ряд актуальных проблем и в первую очередь проблема отдаленного развития выживших детей, их качество жизни. Истинную частоту перинатальных поражений мозга нельзя считать установленной, что обусловлено нечеткостью критериев, позволяющих дифференцировать патологию ЦНС у новорожденных от нормального развития.. Одним из частых осложнений

перинатальной патологии является детский церебральный паралич.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, спастическая форма, беременность, факторы риска, соматическая патология

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫНДА БАЛДАРДЫН МЭЭ ШАЛ ООРУСУНУН ТЕРРИТОРИАЛДЫК ЖАГЫНАН БӨЛҮНҮШҮ, КОРКУНУЧТАРЫ ЖАНА СОМАТИКАЛЫК ПАТОЛОГИЯСЫ

Эне жана баланы коргоо Улуттук борбору¹,

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы²,

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

В. В. Жихарева¹, К.А. Узакбаев¹, К. Ю. Богомолец², Э.Ш. Алымбаев²,
Н.Дж. Бабаджанов¹, А.Т. Маткеева¹.

Кортунду. Заманбап технология абдан төмөн (VLBW) о.эле эрте эмчектеги балдардын жана өтө төмөн (ELBW) дене салмагынын, реаниматологдордун жана неонаталдык интенсивдүү сактоонун методдорун колдонуусун басымдуулук кылган бир катар актуалдык проблемалар пайда болуп, биринчи кезекте, тирүү балдардын алыскы өнүктүрүү маселесин, алардын жашоо сапаты жакшыртууга алып келди. Перинаталдык мээ оорулардын чыныгы оорусу жакшыртылды деп эсептоо болбойт, анткени анын критерийлеринин так эместигин айырмалоо учун ымыркайлардын борбордук нерв системасын патологиясы катары каралышы мүмкүн эмес. Перинаталдык патологиясынын эн бир коркунучу болуп мээ шал оорусу саналат.

Негизги сөздөр: мээ шалы, спастикалык түрү, кош бойлуулук, коркунуч болуп саналат, соматикалык патологиясы

TERRITORIAL DISRIBUTION, RISK FACTORS AND SOMATIC PATHOLAGY IN CHILDREN WITH SPASTIC FORM OF CEREBRAL IN THE KYRGYZ REPUNLIC

National Center for Maternal and Child Welfare¹,

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaeva²,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Zhikhareva V.V.¹, Uzakbaev K.A.¹, Bogomolets K.Yu.², Alymbaev E.Sh.²,
Babadzhanov N.J.¹, Matkeeva A.T.¹

Summary: Improvement of modern technologies of nursing premature with very low (ONMT) and extremely low (ENMT) body weights and the use of primary resuscitation and intensive therapy of newborns have led to the emergence of a number of topical problems and, above all, the problem of remote development of surviving children, their quality of life [1-3]. The true frequency of perinatal brain lesions can not be considered established, due to the vagueness of the criteria to differentiate the pathology of the CNS in newborns from normal development. [2]. One of the frequent complications of perinatal pathology is cerebral palsy.

Keywords: cerebral palsy, spastic form, pregnancy, risk factors, somatic pathology

Актуальность. Совершенствование современных технологий выхаживания недоношенных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массами тела и использование методов первичной реанимации и интенсивной терапии новорожденных привели к тому, что появился ряд актуальных проблем и в первую очередь проблема отдаленного развития выживших детей, их

качество жизни [1—3]. Истинную частоту перинатальных поражений мозга нельзя считать установленной, что обусловлено нечеткостью критериев, позволяющих дифференцировать патологию ЦНС у новорожденных от нормального развития. [2]. Одним из частых осложнений перинатальной патологии является детский церебральный паралич.

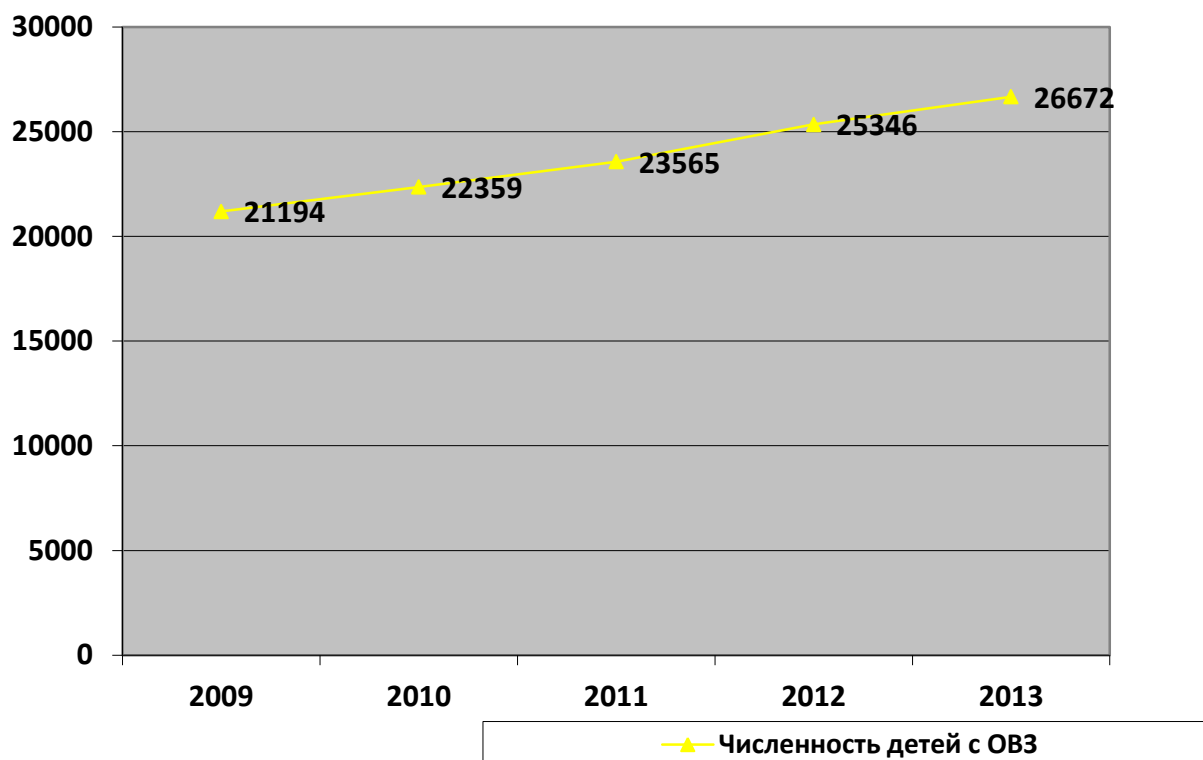


Рисунок 1. Численность детей с ОВЗ.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. За последние 40 лет во всем мире увеличилась численность детей, родившихся с диагнозом ДЦП. Ежегодно в России ДЦП диагностируют почти у 6 тысяч детей, а общее число детей-инвалидов достигает 150 тысяч [4,5]. Распространенность ДЦП в Германии составляет около 1 на 1000 новорожденных. В США численность детей с церебральным параличом в 2008 г составила 1 на 323 ребенка в возрасте до 8 лет [6]. В Кыргызстане имеет место рост первичной инвалидности (Рис. 1), на 2011 год количество детей с церебральным параличом составило 10 239 человек.

Для успешной реабилитации необходим контроль над соматическим здоровьем ребенка с церебральным параличом. Как известно, дети с ДЦП подвержены различным соматическим заболеваниям в большей мере, чем здоровые дети. Своевременная диагностика и коррекция заболевания способствуют улучшению качества жизни ребенка и семьи в целом.

Цель исследования: определение территориального распределения, факторов риска и особенностей соматической патологии у детей раннего возраста со спастическими формами детского церебрального паралича.

Материал и методы исследования.

В отделении патологии перинатального периода (НЦОМид) обследовано 129 детей с подтвержденным диагнозом ДЦП. Средний возраст детей составил. Были сформированы 2 группы: основная группа – 80 детей со спастической формой церебрального паралича и контрольная группа – 49 детей. На каждого ребенка составлялась индивидуальная карта, в которой отражался неврологический соматический статус, оценка по шкале Ашфорта. Из дополнительных методов исследования проводились МРТ головного мозга. Статистическая обработка данных осуществлялась программой SPSS v.20.

Результаты и обсуждение. Общее количество детей, взятых в исследуемую группу, составило 80 человек. Регионарное распределение показало, что наибольшее количество детей было из Чуйской и Нарынской областей (Табл. 1).

Таблица 1 - Распределение обследованных больных ДЦП по регионам КР

Наименование	Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Ошская область	8	10	10	21,7
Баткенская область	5	6,25	6,25	27,2
Иссык-Кульская область	7	8,75	8,75	34,8
Джалал-Абадская область	7	8,75	8,75	42,4
Чуйская область	26	32,5	32,5	70,7
Нарынская область	17	21,25	21,25	89,1
Таласская область	9	11,25	11,25	98,9
Бишкек	1	1,25	1,25	100,0
Итого	92	100,0	100,0	

Формы церебрального паралича распределились следующим образом: двойная гемиплегия была диагностирована у 29 детей (36,3%), спастический тетрапарез – у 17 (21,3%), спастическая диплегия – у 15 (18,8%), левосторонний гемипарез\плегия - у 12 (15%), правосторонний гемипарез\плегия - у 7 (8,6%), По полу, мальчиков было 46 (57,5%), девочек – 34 (42,5%) (Табл. 2). Возраст детей - от 1 года до 3 лет.

При сборе акушерского анамнеза были выявлены определенные закономерности. Из 80 опрошенных женщин 89 % не планировали данную беременность, а 68 % не выполняли предписания врача. Возраст матери в среднем составил 25, 4 ± лет. Дети с церебральным параличом чаще были от первой (43,8%) и четвертой (17,5%) беременностей.

По статистике каждая вторая беременная страдает ранним или поздним токсикозом. Токсикоз наблюдался у 41 женщины (51,25%), в первом триместре – 70,8 %, во втором триместре – 24,7 %. По литературному обзору раннему токсикозу в большей степени подвержены женщины с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нарушениями со стороны щитовидной железы, хроническими воспалительными заболеваниями половых органов и мочевыделительных путей. В нашем исследовании нефропатии наблюдались у 9 женщин (11,25%), токсический зоб – в 3 случаях (3,75 %); артериальная гипертензия - у 4 (5%).

Острые респираторные инфекции (ОРВИ) являются одними из самых распространенных заболеваний в мире. К группе повышенного риска относятся беременные женщины. По статистике ОРВИ встречаются у беременных с частотой до 82%. ОРВИ, перенесенные матерью в 1 триместре, являются наиболее опасными для плода. Вирусная инфекция может привести к угрозам, порокам развития и другим нарушениям. Среди наших обследуемых у 35 женщин (43,75%) была ОРВИ во время беременности. Многие из них переносили неоднократные вирусные инфекции – 25 матерей (71,4%). В первом и во втором триместре у 30 матерей (37, 5%) отмечалась угроза прерывания беременности. Из них лечение получали 4 человека (1,3%).

Анемия на сегодняшний день является одним из самых распространенных состояний, сопутствующих беременным. В акушерском анамнезе у 38 (47, 5%) женщин отмечалась анемия в первом или во втором триместре. В большинстве случаев анемия была первой (47,5%) или второй (26,3%) степени. Лечение получали 4 человека (10,5%).

Из 80 женщин, имеющих детей с церебральным параличом, только 9 человек (11,25%) сдавали анализы на внутриутробную инфекцию. Среди данных анализов был выявлен ЦМВ и ВПГ у 8 человек (88,8%), лечение получали двое.

Большинство родов были физиологическими - у 58 женщин (72,5%); равное количество родов со стимуляцией или стремительные – 7 (8,75%) и кесарево было у 8 человек (10%). Экстренное кесарево сечение проводилось по причине длительного безводного периода, преэклампсии и кровотечения.

Исходя из таблицы сопряженности по форме ДЦП и родам, прослеживается связь между тяжелыми формами детского церебрального паралича (двойная гемиплегия (46,5%), спастический тетрапарез (18,9%), спастическая диплегия (17,2%) и физиологическими родами. В исследовании учитывалась степень доношенности ребенка. Из 78 детей: недоношенные – 43 (53,8%); доношенные – 34 (42,5%); переношенные – 1 (1,2%). С двумя детьми были опекуны, в связи с этим не представлялось возможным собрать анамнез. Согласно классификации А.И. Хазанова (8), гестационный возраст недоношенных детей распределился следующим образом: при сроке гестации 35-37 недель родились 15 детей (34,8%); 32-34 недели – 12 (27,9%); 29-31 неделя – 12 (27,9%); 4 детей (9,3%) глубоко недоношенными родились при сроке ниже 29 недель. Исходя из этого, наибольший процент детей, имеющих умеренный или выраженный гипертонус при церебральном параличе, приходится на гестационный возраст 35-37 недель.

Большинство детей родилось в головном предлежании – 70 (87,5%). Околоплодные воды были чистыми у 48 рожениц (60%), зелеными - у 12 женщин (15%), мутными – у 10 (12,5%), и «не помнят» - 10 человек. Баллы по шкале Апгар своего ребенка знали всего 7 человек, статистически значимыми не являются.

В связи со значимостью раннего неонатального периода как фактора риска развития ЦП были проанализированы клинические синдромы раннего неонатального периода у детей со спастической формой церебрального паралича: синдром угнетения наблюдался у 49 детей (61,9%), повышенная нервно-рефлекторная возбудимость – у 23 (28,75%); судорожный синдром - у 3 новорожденных (3,75%).

Достоверным фактом является то, что дети с церебральным параличом чаще подвержены соматическим заболеваниям, чем здоровые дети в популяции. Выявление соматической патологии проводилось в ходе клинического обследования ребенка и консультации узких специалистов. При сравнении исследуемой группы с контрольной выявилась статистически значимая закономерность частоты сопутствующей патологии у детей с церебральным параличом: хроническое расстройство питания встречается в 20 раз чаще (45% к 2,3%), анемия в 5,7 раза чаще (38,4% и 7,7%). Хронические заболевания ЛОР органов были выявлены у 20 детей (25%), заболевания дыхательных путей – у 14 (17,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта - у 5 (6,25%), заболевания мочевыделительной системы – у 4 (5%). Ортопедическая патология была выявлена в 18 случаях (22,5%).

Выводы:

Территориальное распределение по обращаемости показывает, что среди детского населения со спастической формой церебрального паралича преобладают по показателям Чуйская и Нарынская области. Обращаемость данных областей связана с лучшей информированностью населения и близким расположением к городу Бишкек. Среди факторов риска наиболее значимыми являются отягощенный акушерский анамнез, отсутствие мониторинга внутриутробной инфекции, наличие анемий в первом и во втором триместре, ранние и поздние токсокозы и отягощенный неонатальный период.

При анализе соматического здоровья детей со спастической формой церебрального паралича наиболее часто встречались такие заболевания, как хроническое расстройство питания, анемия, хронические заболевания ЛОР органов, заболевания дыхательных путей, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания мочевыделительной системы и ортопедическая патология.

Список литературы:

1. **Сурков, Д. О.** Минимальная инвазивность -основной перспективный вектор в современной стратегии выхаживания недоношенных новорожденных / Д.Н. Сурков, Д.О. Иванов, А.И. Оболонский [и др.] // Вопросы практической педиатрии. - 2013. - Т. 8, № 1. - С.32-39.
2. **Сурков, Д. Н.** минимально инвазивная терапия в выхаживании недоношенных новорожденных / Д.Н. Сурков, Д.О. Иванов, А.И. Оболонский, О.Г. Капустина // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. -2012. - № 4. - С.28—33.
3. **Иванов, Д.О.** Анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных/ Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, Т.А Федосеева/ Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко, Т.А Федосеева// Вестник современной клинической медицины – 2013. - Том 6, вып. 6. – С. 29-35.
4. **Волгина, С. Я.** Детская инвалидность в Республике Татарстан: медико-статистический анализ / С. Я.Волгина, З. М. Аминова, З. М. Яфарова.// Казанский мед. ж. - 2009. - №3. -С. 305 -308
5. Семёнова К.А. Восстановительное лечение у детей с перинатальными поражениями нервной системы и ДЦП. — М., 2007. — 263 с.
6. [Autism and Developmental Disabilities Monitoring \(ADDM\) CP Network](#) -2008.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ

УДК 616-001-612.612+616-053,2

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ РИТУАЛЬНОГО ОБРЕЗАНИЯ. ЭТАПЫ РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИИ

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

Узакбаев К.А., Эсембаев Б.И., Касымов Б.Г.

Резюме. В статье представлены ятрогенные повреждения головки и ствола полового члена во время ритуального обрезания. Описаны возможные реконструктивно восстановительные операции с использованием свободного кожного лоскута и слизистой ротовой полости позволяющие улучшить как функциональный и косметический эффект лечения.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения, половой член, дети.

СҮНӨТКӨ ОТРУГЗГАН УБАКТА БАЛДАРДЫН ЖЫНЫС МҮЧӨСӨНӨ КОКУСТАН ЗАЛАЛ КЕЛТИРҮҮ. ОҢДОП ТҮЗӨӨ ЖАНА КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН ЭТАПТАРЫ

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

К.А. Узакбаев, Б.И. Эсембаев, Б.Г. Касымов.

Корутунду: макалада сүннөткө отургузуу учурунда жыныс мүчөгө жана башына кокустан залал келтирүүлөр көрсөтүлдү. Дарылоонун функционалдык да, косметикалык да натыйжаларын мыктылоого мумкундук берген бош тери тилкени жана ооз көңдөйүнүн былжыр терисин пайдаланып, мүмкүн болгон оңдоп-тузөө операциялары айтылды.

Негизи сөздөр: кокустук залал, жыныс мүчөсү, балдар.

IATROGENIS DAMAGE TO PENIS IN CHILDREN RITUAL CIRCUMCISION. STRAGES OF RECONSTRUCTIVE SURGERIES

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

K.A Uzakbaev, B.I Esembaev, B.G Kasymov

Summary. The article presents iatrogenic damage to balanus and stem of a penis during ritual circumcision. Reconstructive surgeries using a free skin graft and tunica mucosa of oral cavity are, described which make possible to improve both the functional and cosmetic effects of the treatment.

Keywords: iatrogenic damage, penis, children.

Актуальность: Операция иссечение крайней плоти полового члена, является самой распространенной операцией. Выполняется данная операция в большинстве случаев по ритуальным соображениям и в редких по медицинским показаниям.

Техника операции считается не сложной и без опасной, если правильно выполнять последовательность хода операции и использовать необходимые хирургические инструментари. По данным некоторых авторов после операции циркумцизио, осложнения встречаются от 0,1% до 17,6% [9,10].

Наиболее частыми осложнениями являются кровотечение до (4%), Стеноз наружного отверстия мочеиспускательного канала (меатостеноз 3%), инфицирование послеоперационной раны (2%), плохой косметический эффект (1%). Одним из трагических и сложных осложнений является ятрогенное повреждение головки и ствола полового члена которое встречается частотой от 2% до 5% из всех повреждений у лиц мужского пола [1]. Существует различные методы реконструктивно восстановительных операций. Одномоментные и поэтапные.

Большинство авторов предлагают реимплантацию ампутированной части с оставшейся частью полового члена, не смотря на длительную ишемию от 8 до 18 и 20 часов [7,9,10]. В случаях, когда больные обращаются поздно, более предпочтительным считают поэтапные операции с применением свободного кожного лоскута и кожно-мышечный лоскут на сосудистой ножке.

Материалы и методы.

В Национальный центр охраны материнства и детства в отделении урологии за последние два года 2017 и 2018гг поступило 7 детей с различными ятрогенными повреждениями полового члена от 3 до 14 лет. Из обстоятельства травмы, во время операции по иссечению крайней плоти 6 детям, хирурги использовали электрокоагулятор.

Во время выполнения операции, у 4 - мальчиков произошел ожог только головки и части уретры до венечной борозды с последующим полным некрозом (рис.1)



Рисунок 1. Полный некроз головки и кавернозных тел полового члена

Одного из них произошел более тяжелый некроз головки, кавернозных тел и уретры до средней трети полового члена. И по одному случаю были, некроз головки полового члена после операции по поводу гипоспадии и полная ампутация головки полового члена во время ритуального обрезания. Больному была выполнена попытка реимплантации, наложения первичных швов между ампутированной частью головки и кавернозными телами.



Рисунок 2. После первичного наложения швов между ампутированной частью и кавернозными телами. Через 7 дней

Все дети оперированы в стационарах и поликлиниках и были выполнены общими взрослыми хирургами, травматологами, урологами. Поступили в нашу клинику в разные сроки после травмы от нескольких часов до 14 дней.

Таким образом только за последние два года в плановом порядке в нашей клинике выполнены реконструктивные восстановительные оперативные вмешательства у 7 мальчиков, после различных ятрогенных травм полового члена. Задачей операции являлось сформировать приближенной к естественному виду половой орган, с одновременным устранением меатального стеноза. Производилось максимальное удлинение полового члена с имитацией головки за счет использования кожи мошонки и свободного кожного лоскута. Больные, которые получили ожог головки кавернозных тел и уретры были оперированы этапными методами с погружением кавернозных тел в кожу мошонки с одновременной имитацией головки полового члена свободным кожным лоскутом, их составило 6 детей средний возраст 5-7 лет. Одномоментная методика удлинение кавернозных тел с имитацией головки полового члена выполнена только 1 ребенку после перенесенной операции по поводу гипоспадия

Ход операции: После установления уретрального катетера Нелатона соответствующего размера. Производили окаймляющий разрез вокруг рубцово-измененного наружного отверстия мочеиспускательного канала. Обнажались кавернозные тела до основания и выполнялось максимальная мобилизация с пересечением *Ligamentum suspensorium penis*.



Рисунок 2. Полная мобилизация полового члена до *Ligamentum suspensorium penis*.

Данная процедура позволяло удлинить половой член максимально в нашем случаи до 3 - 5 см. В тех случаях, когда отмечался дефицит кожи полового члена для укрытия кавернозных тел применяли этапный метод с погружением кавернозные тела в кожу мошонки и имитацией головки полового члена с использованием свободного кожного лоскута в паховой области. Рис(4).



Рисунок 3. Погруженные кавернозные тело в кожу мошонки.



Рисунок 5. Использование свободного кожного лоскута для имитации головки.



Рисунок 6. Имитация головки полового члена использованием аутоотрансплантата.

Для забора кожного лоскута использовалась кожа паховой области. Выполнялся округлой формы разрез кожи соответствующего размера. Лоскут полностью освобождался от подкожной жировой клетчатки и фиксировался отдельными узловыми швами на мобилизованную дистальную часть кавернозного тела имитируя головку полового члена.

Результаты: Ведение больных после реконструктивных оперативных вмешательств проводилась по алгоритму лечения гипоспадии давящая марлевая глицериновая повязка, обезболивающие, антибактериальная терапия, спазмолитики, наблюдение. Давящая повязка удалялся на 3-5 сутки после операции, уретральный катетер на 10-12 сутки. Анализ выполненных операций показал, что ближайший послеоперационный период протекал без особых осложнений у 2 больных наступил стеноз наружного отверстия мочеиспускательного канала, которое устранялось курсом бужирования. Спустя 6 месяцев выполнена второй этап операции двум пациентам разобщение кавернозных тел от кожи мошонки с одновременной пластикой дистальной части уретры с использованием слизистой ротовой полости. Еще двум больным выполнена только разобщение от кожи мошонки с пластикой наружного отверстия мочеиспускательного канала. Еще двое больных на сегодня в ожидании второго этапа операции. Использование данной методики реконструктивно восстановительной операции позволил удлинить половой член до 3-5 см и создать наружный косметический удовлетворительный эффект. Рис (6) после разобщения от кожи мошонки.



Рисунок 7. Половой член после разобщения от кожи мошонки спустя 6 месяцев. Вид спереди.



Рисунок 7 (а). Половой член после разобщения от кожи мошонки спустя 6 месяцев. Вид сбоку.

Обсуждение: в детской хирургии и урологии, подобные осложнения встречаются очень редко и соответственно публикации тоже. После ритуального обрезания ампутация полового члена были описаны [7, 8, 9]. египетскими хирургами 9 случаев ампутации полового члена после обрезания крайней плоти: у 7 пациентов произошла ампутация только головки, у 2 – головки и части кавернозных тел [10]. В зарубежной литературе встречаются упоминания о возможных повреждениях уретры, возникающих после частичной ампутации головки полового члена, – это свищи и деформация уретры [5]. У нескольких пациентов с частичной ампутацией головки предлагается выполнение мобилизации дистальной уретры с формированием меатуса внутри оставшейся головки [5]. О применении свободного полнослойного кожного лоскута в пластической генитальной хирургии в качестве альтернативы одноэтапным методам лечения тяжелых форм гипоспадии впервые предложил английский уролог А. Bracka (1993) [4]. На сегодняшний день использование свободного кожного лоскута широко применяется в реконструктивной хирургии на половых органах. [4]

Выводы:

1. Анализ ятрогенных повреждений полового члена после ритуального обрезания показал что для выполнения операции циркумцизио на местах хирургии стали использовать выжигатель по дереву или же биполярный электрокоагулятор, что привело таким трагическим трудно корригируемым осложнениям.
2. Нами использован известные методы коррекции полового члена это полная декутанизация полового члена позволяющий удлинить кавернозные тела с последующей имитацией головки применением свободного кожного лоскута. Для выполнения пластики уретры использовали слизистую нижней губы или щеки.
3. Применение современных методов пластики полового члена и уретры позволил реабилитировать детей с тяжелыми травмами полового члена и уретры и добиться до 90% удовлетворительных функциональных и косметических результатов лечения.

Список литературы:

1. **Лоран, О. Б.** Хирургическое лечение ампутаций полового члена. / Лоран О. Б., Щеплев П. А., Соколычик М. М. и др // Андрол и генит хир. - 2001- № 1- С. 46–52..
2. **Михайличенко, В. В.** Использование лучевого лоскута для тотальной фаллоуретропластики после онкологической ампутации полового члена./ Михайличенко В. В., Фесенко В. Н., Вавилов В. Н. // Андрол и генит хир. - 2008 - №1 - С. 40–46.
3. **Суходольский, А. А.** Результаты двухэтапной хирургической коррекции гипоспадии с использованием свободного кожного лоскута крайней плоти./ Суходольский А. А., Зоркин С. Н., Анакина А. В. // Дет хирургия. - 2011 - № 4 - С. 36–39.
4. **Baskin, L. S.** Surgical repair of urethral circumcision injuries. / Baskin L. S., Canning D. A., Snyder H. M., Duckett J. W. // J Urol - 1997 - №158(6) - P. 2269–2271.
5. **Cook, A.** Use of buccal mucosa to simulate the coronal sulcus after traumatic penile amputation./ Cook A., Khoury A. E., Bagli D. G. et al. // Urology - 2005 - № 66(5) - P. 1109 - 1115.
6. **Essid, A.** Glans reimplantation after circumcision accident. / Essid A., Hamzaoui M., Sahli S., Houissa T. // Prog Urol - 2005 - №15(4) - P. 745–747.
7. **Gluckman, G. R.** Newborn penile glans amputation during circumcision and successful reattachment. / Gluckman G. R., Stoller M. L., Jacobs M. M., Kogan B. A. // J Urol - 1995 - № 153(3) - P. 778–789.
8. **Okeke, L. I.** Epidemiology of complications of male circumcision in Ibadan/ Okeke L. I., Asinobi A. A., Ikuerowo O. S// Nigeria. BMC Urology - 2006 - № 6 - P. 1–3.
9. **Suhail, M. A.** Circumcision: complication associated with Plastibell device and conventional dissection surgery: a trial of 200 neonates./ Suhail M. A., Hayat A. M// A. P. M.C. - 2010- №4(1) - P. 44–48.
10. **Mokhless, I. A.** Penile advancement and lengthening for the management of post-circumcision traumatic short penis in adolescents. / Mokhless I. A., Abdeldaeim H. M., Rahman A. et al // Urology - 2010 - №76(6)- P.1483– 1489.

Кыргызская Республика



Кыргызская государственная медицинская академия

им. И.К. Ахунбаева.

Удостоверение

на рационализаторское предложение

№ 46/18-19

Название: «Применение Actolind W раствор и Actolind W гель при лечении укушенных ран в челюстно-лицевой хирургии».

Автор(ы): Сооромбаев А.А., Юлдашев И.М., Мамыралиев А.Б., Жороев А.А., Суеркулов Э.С.

Предприятие (я): НГ МЗ КР.

Дата подачи заявления: 10.02.2019

Регистрационный №: 46

ВЫДАНО В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛОЖЕНИЕМ О
РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КГМА
им И.К.АХУНБАЕВА

Проректор КГМА им. И.К.Ахунбаева
д.м.н., профессор

Эксперт КГМА им.И.К.Ахунбаева
по интеллектуальной собственности
и научно – техническим инновациям



Ырысов К.Б.

Масалимов Ф.Я.

18 февраля 2019 года.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕДИАТРИЯ

Причины заболеваемости и инвалидности у детей школьного возраста

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш. 6

Анализ на содержание радионуклеодов в воде и волосах у школьников, проживающих в урановой биогеохимической зоне

Кудаяров Д.К., Тойчиева

Г.Р.12

Как измерить удовлетворенность пациента качеством предоставленных медицинских услуг?

Узакбаев К.А., Маймерова Г.Ш., Шалабаева Б.С., Артыкбаева Ж.К., Назаралиева С.Б., Эшалиева А.С., Осмонова

С.К.15

Стратегия снижения частоты и тяжести хронических ревматологических болезни у детей

Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Ганиева А. 20

Состояние и проблемы геохимической экологии Кыргызской Республики (литературный обзор)

К.Ш. Ибраимов, А.А. Кучербаев.23

Территориальное распределение, факторы риска и соматическая патология у детей со спаситической формой детского церебрального паралича в Кыргызской Республике

Жихарева В.В., Узакбаев К.А., Богомолец К.Ю., Алымбаев Э.Ш., Бабаджанов Н.Дж., Маткеева

А.Т.29

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Ятрогенные повреждения полового члена у детей во время ритуального обрезания. Этапы реконструктивно - восстановительных операций

Узакбаев К.А., Эсембаев Б.И., Касымов Б.Г.35

МАЗМУНУ

ПЕДИАТРИЯ

Мектеп жашындагы балдардын оорулуулугунун жана майыптуулугунун себептери. <i>К.А.Узакбаев, Г.М. Саатова, А.Б. Фуртикова, Г. Ш. Маймерова</i>	<i>6</i>
Уран заты менен булганган жерде жашаган мектеп жашындагы балдардын чачында жана сууда болгон радионуклеиддерди текшерүү <i>Д.К.Кудаяров, Г.Р. Тойчиева.....</i>	<i>12</i>
Саламаттык сактоо кызматтарында бейтаптын сабыр канатаннуу сапатын кантип өлчөөгө болот? <i>К.А. Узакбаев, Г.Ш. Маймерова, Б.С. Шалабаева, Ж.К. Артыкбаева, С.Б.Назаралиева., А.С.Эшалиева, С.К. Осмонова.....</i>	<i>15</i>
Балдардын өнөкөт ревматологиялык ооруларынын жыштыгын жана татаалдыгын төмөндөтүү стратегиясы <i>Г.М. Саатова, А.Б. Фуртикова, А. Ганиева.....</i>	<i>20</i>
Кыргыз Республикасында геохимикалык экологиянын абалы жана проблемалары (адабий сереп) <i>К.Ш. Ибраимов, А.А. Кучербает.....</i>	<i>23</i>
Кыргыз Республикасында балдардын мээ шао оорусунун территориалдык жагынан бөлүнүшү, коркунучтары жана соматикалык патологиясы <i>В. В. Жихарева, К.А. Узакбаев, К. Ю. Богомолец, Э. Ш. Алымбаев, Н. Дж. Бабаджанов, А. Т. Маткеева.....</i>	<i>29</i>

БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ

Сөнүткө отурган убакта балдардын жыныс мүчөсүнө кокустан залал келтирүү. Оңдоп түзөө жана калыбына келтирүү операциялардын этаптары. <i>К.А.Узакбаев, Б.И.Эсембаев, Г.Р. Касымов.....</i>	<i>35</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 TimesNewRomanCyr, размер шрифта – 14; междустрочный интервал – 1,5. Поля; левое – 3,0 см, правое – 1 см, нижнее и верхнее – 2 см; красная строка в тексте – 1,25 см; в числах десятые отделяются знаком «,».

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

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

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

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

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

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

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

Адрес: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190, Национальный центр охраны материнства и детства.

Tel. +996 312 49-10-33.

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

ЖУРНАЛДАГЫ БАСЫЛМАЛАРГА ТАЛАПТАР

АВТОРЛОРДУН ЭСИНЕ!

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

Материалдар 2 нускада жана электрондук түрдө (USB-флеш, CD-диск) басылыш керек.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору. Tel. +996 312 49-10-33.

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

PUBLICATION REQUIREMENTS.

ATTENTION AUTHORS!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tel. +996 312 49-10-33.

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

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ.

УДК 618.1:614.7

Железодефицитная анемия у женщин: скрининг, профилактика и лечение

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

Национальный центр охраны материнства и детства¹,

Кыргызский научный центр гематологии²,

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

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

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

Аялдардын темирдин жетишсиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын алуу жана дарылоо

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

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору¹,

Кыргыз гематологиялык илимий изилдөө борбору²,

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

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

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

Iron deficiency anemia in women: screening, prevention and treatment

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

The National Center of Maternity and Childhood

Welfare¹, Kyrgyz Scientific Center of Hematology²;

Bishkek, Kyrgyz Republic.

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

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

Актуальность

Цель исследования:

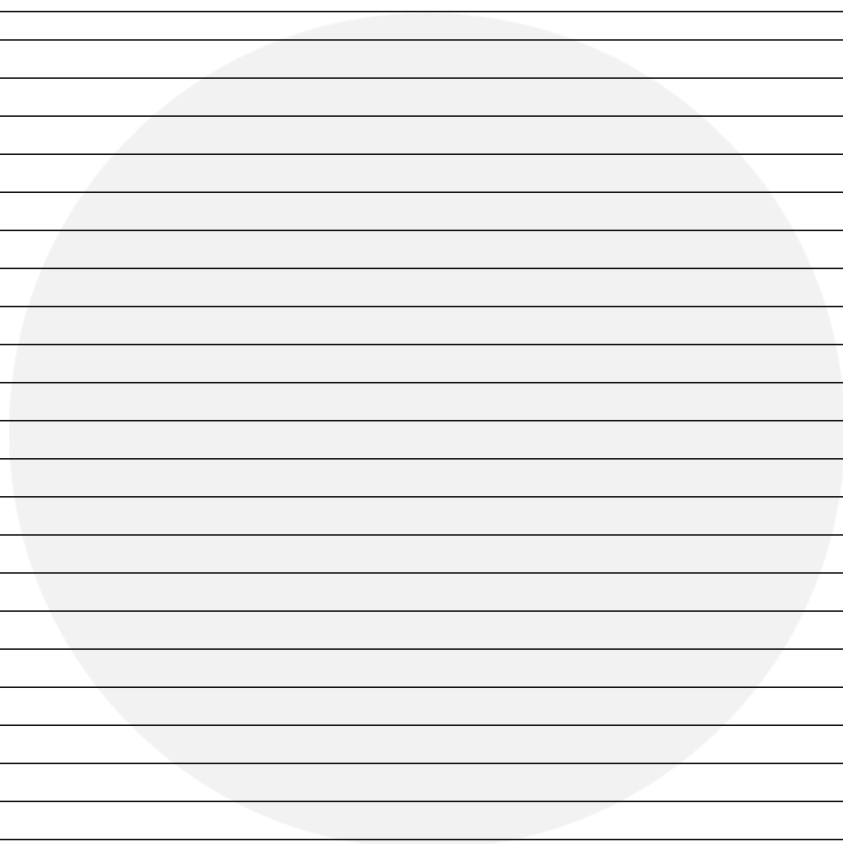
Материал и методы исследования.

Результаты и обсуждение.

Выводы.

Список литературы:

Для записей



Здоровье матери и ребенка.
2019. Том 11. № 2.
Формат 210х297. Печать офсетная.
Объем 8,1 п. л.
Тираж 250 экз.
Отпечатано в типографии ИП « Салабай »
ул. Камская 5/3
Тел.: +996 (777) 29 30 16