



2020

Том 12, № 1 - 2

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Периодический научно практический медицинский журнал

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СООЛУГУ

Мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
периодический научно-практический медицинский журнал

Том 12. № 1-2, 2020 год

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.
+996 709 79-59-79;
+996 777 36-85-73
eisaeva.ped@mail.ru
<http://jurnal.ncomid.kg>

Главный редактор

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

Гулиев Н.Д. – д.м.н., профессор (Баку, Азербайджан)

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

Кангельдиева А.А. – д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан)

Каюпова Л.С. - д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

Кочкунов Д.К. - к.м.н., с.н.с. (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)

Мизерницкий 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

Исаева Э.Ж. - (Бишкек, Кыргызстан)

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СООЛУГУ
мезгилдүү илимий-практикалык медициналык журнал

Том 12. № 1- 2, 2020 жыл

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.
+996 709 79-59-79;
+996 777 36-85-73

eisaeva.ped@mail.ru
jurnal.ncomid.kg

Башкы редактор

К.А. Узакбаев – м.и.д., профессор, МАНЭБ академиги
(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., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Н.Д.Гулиев – м.и.д., профессор (Баку, Азербайжан)
Р.М. Кадырова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.А. Кангельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Л.С. Каюпова - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан)
Д.С. Кочкунов - м.и.к., а.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. Нукусева – м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан)
Т.О.Омурбеков – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
В.Т. Рыскельдиева – м.и.д., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
Г.М. Саатова – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.Э. Самигуллина - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
И.М. Юлдашев – м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
А.Б.Фуртикова – м.и.к., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)
А.С. Эшалиева – м.и.к., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан)

Жооптуу катчы

Э.Ж. Исаева – (Бишкек, Кыргызстан)

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616.24-002 (575.3)

ПЕДИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ

Государственное учреждение Таджикский национальный университет,
Душанбе, Республика Таджикистан

Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В.

Резюме.

Цель. Изучить клинико-лабораторные признаки синдрома интоксикации при пневмонии у детей раннего возраста

Материалы и методы. Были обследованы 80 детей больных пневмонией. Из числа обследованных детей основную группу составили 60, контрольную 20 здоровых детей.

Результаты. ДН I ст. страдали (51,6 %), ДН II ст. (34,2%), ДН III ст. (40,0 %). У детей с ДН 2 и 3 степени статистически достоверно ($P<0,001$), уровень молочной и мочевой кислоты был выше чем контрольной группе.

Выводы. Степень выраженности синдрома интоксикации, характеризовалось наличием повышенной потливости в (59,4%), акроцианоза (46,6 %), периорального цианоза (55,5 %), мраморности кожных покровов (49,2 %), выраженной подкожной венозной сетью (48,2 %). Концентрация молочной и мочевой кислоты, у детей с ДН 2 и 3 степени, статистически достоверно ($P<0,001$) выше чем в контрольной группе.

Ключевые слова. Пневмония, дыхательная недостаточность, ЛИИ, ЭИ

ӨПКӨСҮ СЕЗГЕНГЕН ЖАШ БАЛДАРДА ИНТОКСИКАЦИЯ (УУЛАНУУ) СИНДРОМУ ӨНҮГҮШҮНҮН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖАНА КООПТУУЛУК ФАКТОРЛОРУ

Тажикстан улуттук университети Мамлекеттик мекемеси,
Душанбе, Тажикстан Республикасы

Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов

Р.М. Абдурахимов, А.В. Вохидов

Резюме

Максаты. Жаш балдардын өпкө сезгенүүсүндө интоксикация (уулануу) синдромуунун клиника-лаборатордук белгилерин изилдөө.

Материалы жана ыкмалары. Өпкөлөрү сезгенген 80 бейтап бала текшерилген. Текшерилген балдардын ичинен негизги топту 60ы түздү, контролдук топто 20 дени сак бала кирген.

Натыйжалары. I-даражадагы ДН (51,6%), II-даражадагы ДН (34,2%), III-даражадагы ДН (40,0%). Контролдук топтогу балдарга караганда 2- жана 3-даражадагы ДН менен балдарда сүт жана заара кычкылдыгынын деңгээли статистикалык шексиз ($P<0,001$) жогору болчу.

Жыйынтыктары. Уулануу синдромуунун билинүүсүнүн даражасы абдан терчил (59,4%), акроцианоз (46,6%), периоралдык цианоз (55,5%), теринин бозорушу (49,2%), тери астындағы көрүнө веналык торунун (48,2%) болушу менен мұнәздөлгөн. Контролдук топтогу балдарга караганда 2- жана 3-даражадагы ДН менен балдарда сүт жана заара кычкылдыгынын концентрациясы статистикалык шексиз ($P<0,001$) жогору.

Негизги сөздөр: өпкө сезгенүүсу, демалуу жетишсиздиги, ЛИИ, ЭИ.

CLINICAL FEATURES AND RICK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF INTOXICATION SYNDROME IN YOUNG CHILDREN WITH PNEUMONIA

GA Tajik National University,
Dushanbe, Republic of Tajikistan

Abdurahimov R.M. Vokhidov A.V.

Summary.

Aim. To study the clinical and laboratory signs of intoxication syndrome in pneumonia in young children

Materials and methods. We examined 80 children with pneumonia under the age of 3 years. Of the number of children examined, the main group was 60, the control 20 healthy children.

Results. DN I Art. suffered (51.6%), DN II Art. (34.2%), DN III Art. (40.0%). In children with DN 2 and 3 degrees, statistically significant ($P < 0.001$), the level of lactic and uric acid was higher than the control group.

Conclusions. The severity of intoxication syndrome was characterized by the presence of increased sweating in (59.4%), acrocyanosis (46.6%), perioral cyanosis (55.5%), marbling of the skin (49.2%), pronounced subcutaneous venous se Tew (48.2%). The concentration of lactic and uric acid in children with DN 2 and 3 degrees is statistically significant ($P < 0.001$) higher than in the control group.

Keywords. Pneumonia, respiratory failure, LII, EI

Актуальность. На протяжении большого промежутка времени, различные аспекты диагностики, прогноза пневмонии у детей раннего возраста, продолжает оставаться актуальной проблемой клинической педиатрии [1,8]. Так по данным ВОЗ, данная патология продолжает оставаться важнейшей отдельно взятой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно от пневмонии умирает 1,1 миллиона детей раннего возраста, что составляет 17,5% всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет в мире [1, 2, 4, 7]. Продолжает оставаться актуальной проблемой для клиницистов и исследователей проблема роста числа осложненных форм пневмоний среди детей раннего возраста. Основной причиной по мнению большинства авторов является ухудшение состояния резистентности детей в современных условиях, как следствие выраженного синдрома интоксикации, которые тем сильнее выражены, чем меньше возраст ребёнка [3, 4].

Цель. Изучить клинико-лабораторные признаки синдрома интоксикации при пневмонии у детей раннего возраста

Материалы и методы. В работы были обследовано 80 детей больных пневмонией в возрасте до 3 лет, все дети находились на стационарном лечении в ГУ МК «Истиклол», г. Душанбе. Из числа обследованных детей основную группу составили 60, контрольную группу включены 20 здоровых детей.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе Statgraphics Plus for Windows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в %, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (t) критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t > 2$, $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Более 89,4% детей, поступили в стационар в тяжелом состоянии, превалировали симптомы выраженной эндогенной интоксикации, дыхательной недостаточности (ДН), расстройства гемодинамики и микроциркуляции. На протяжении первой недели болезни, были госпитализированы (69,4%) детей с пневмонией, практически все дети относились к группе часто болеющих ОРЗ (79,3%), на 6-7-е сутки – (12,5 %), позднее 7-го дня – (8,2 %) $p < 0,05$.

У всех детей определялись следующие симптомы: фебрильная лихорадка (65,0 %); снижение аппетита, эмоциональная лабильность (79,5 %); малопродуктивный кашель – (88,2%), для большинства детей, была характерна одышка (91,3 %).

Риск развития частых ОРЗ зависит от влияния анте- и интранатальных факторов, эндогенного и экзогенного характера. Из анамнеза, угроза прерывания выявлено (57,3 %) матерей, гестоз беременных (48,4 %), фетоплацентарная недостаточность у (46,1). Экстрагенитальная патология (41,6%), анемия (39,4 %), патология мочеполовой системы (35,3%) (пиелонефрит, цистит, аднексит, кольпит).

Большинство наблюдавшихся детей, родились физиологическим путем – (79,3 %), кесарево сечение – (12,5 %), в (8,2%) были оказаны различные акушерские пособия. В асфиксии родились (21,8 %), маловесными (15,8%), с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза, (56,8%).

Из числа наблюдавшихся (58,6%) детей с рождения находились на искусственном вскармливании. В возрасте до 1 года у (56,2 %), диагностировали рахит, аномалий конституции (39,5%), ЛОР-патологии (48,1%), хронический тонзиллит (36,9 %). Сочетание этих заболеваний имело место в (31,3 %).

Симптомы, характеризующие степень выраженности синдрома интоксикации, проявлялись наличием повышенной потливости в (59,4%), акроцианозом (46,6 %), периоральным цианозом (55,5 %), мраморностью кожных покровов (49,2 %), выраженной подкожной венозной сетью (48,2 %). Наиболее частым симптомом (84,3%) было тахипноэ. В (20,0 %) случаев дети отставали в физическом развитии (дефицит массы тела более 10%).

Физикальные данные зависли от объема и локализации пневмонической инфильтрации. Преимущественно определяли укорочение перкуторного звука (69,5 %), тупой перкуторный звук (44,3 %). В проекции патологического процесса, при аускультации высушивались ослабленное дыхание и крепитация (61,6 %). Практически у всех детей, имело место наличие влажных, редко сухих хрюпов с удлиненной фазой выдоха на всем протяжении легочных полей.

К одному из важных критериев тяжести состояния детей, относится степень выраженности ДН. Распределение по степени тяжести ДН было следующим ДН I (51,6 %), ДН II (34,2%), ДН III степени (40,0 %), было характерно детям с выраженным синдромом эндогенной интоксикации.

Таблица 1 -Уровень концентрации молочной и мочевой кислоты у детей с пневмонией n= 57

Дыхательная недостаточность	Уровень концентрации молочной кислоты (мкмоль/л)	Уровень концентрации мочевой кислоты (мкмоль/л)
ДН 1 ст. n= 15 детей	0,32±0,1	116±4,5
ДН 2 ст. n= 13 детей	0,49±0,2*	139±5,7*
ДН 3 ст. n= 17 детей	0,61±0,25*	244±7,4*
Контрольная группа n=12	0,22±0,1*	90,7±3,5*

Примечание: статистически достоверное различие ($p<0,001$), между детьми контрольной и ДН 2 и 3 ст.

У детей, страдающих пневмонией в зависимости от степени ДН в качестве прогностических лабораторных маркеров ЭИ, был проведен сравнительный анализ (таб.1) уровня молочной и мочевой кислоты.

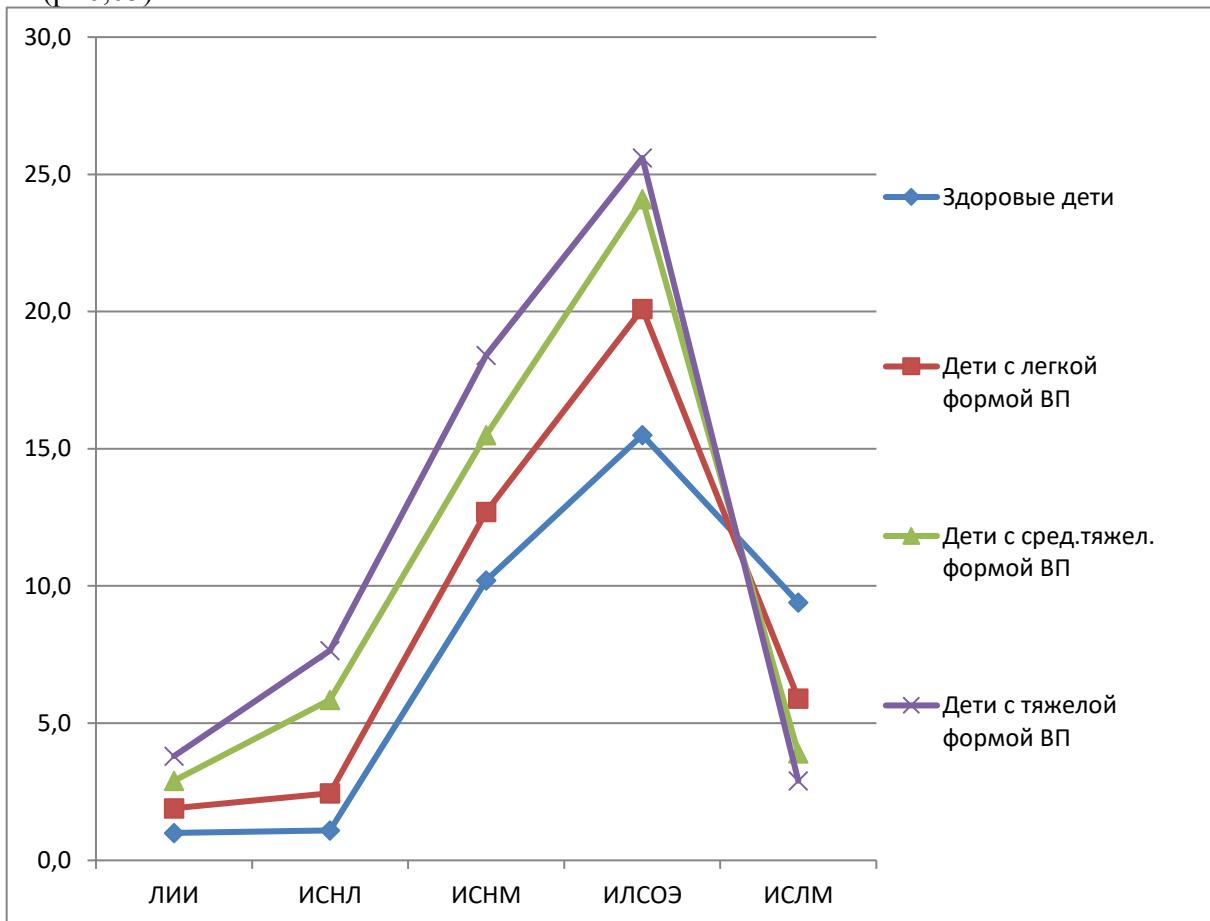
Установлено, что чем сильнее выражена ДН, тем выше концентрация молочной и мочевой кислоты в организме ребенка. У детей с ДН 1 ст. концентрация молочной и мочевой кислоты незначительно отличались от здоровых, данный факт свидетельствует о не сильно выраженному синдроме ЭИ. Однако, у детей с ДН 2 и 3 степени статистически достоверно ($P<0,001$), уровень молочной и мочевой кислоты по отношению к детям контрольной группы выше, что свидетельствует о значительно выраженному синдроме эндогенной интоксикации.

Анализ результатов рентгенологического исследования (ОГК) показал, что двусторонняя очаговая пневмония выявлена (43,3 %).

Тогда как сегментарная (моно-, диссегментарная) пневмония в (35,0 %). Долевая пневмония с преимущественной локализацией в нижней доле правого легкого установлена в (24,6 %).

Изменение ЛИИ (лейкоцитарного индекса интоксикации) в остром периоде заболевания у детей с пневмонией имел двухволновой характер (Рис.1).

Первый пик повышения регистрировался на 2 е сутки и сохранялось до 5-х суток. На 7е сутки по мере проведения комплексной интенсивной терапии, наблюдалась тенденция к нормализации ЛИИ, хотя далее достоверное повышение по сравнению с контрольной группой сохранялось и до 10 х суток ($p<0,05$).



Примечание. ЛИИ — лейкоцитарный индекс интоксикации; ИСНЛ — индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов; ИСНМ — индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов; ИЛСОЭ — индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ; ИСЛМ — индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов.

Рисунок 1 Оценка интегральных лейкоцитарных индексов у детей пневмонии с учетом тяжести течения патологического процесса.

После 10 х суток динамика показателя ЛИИ практически возвращался к норме. Установлено, что снижение ЛИИ после 7 х суток заболевания ниже 3,0 отн. ед. может считаться благоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим об отсутствии тяжелых осложнений в легких

Выводы

1.Степень выраженности синдрома интоксикации, зависела от наличия повышенной потливости в (59,4%), акроцианоза (46,6 %), периорального цианоза (55,5 %), мраморности кожных покровов (49,2 %), выраженной подкожной венозной сетью (48,2 %).

2. В качестве прогностического лабораторного маркера ЭИ при ДН, была использована концентрация молочной и мочевой кислоты. При ДН 2 и 3 степени, статистически достоверно ($P<0,001$), уровень молочной и мочевой кислоты выше чем в контрольной группе.

3. Показатель ЛИИ в остром периоде заболевания имел двух- волновой характер. Установлено, что снижение ЛИИ после 7 х суток заболевания ниже 3,0 отн. ед. может считаться благоприятным прогностическим признаком.

Список литературы.

1. Кудратова, С. Н. Особенности некоторых параметров гомеостаза при бактериальной пневмонии у детей раннего возраста [Текст]// С. Н. Кудратова // автореф. кан. мед. наук... Душанбе. - 2013. - 27 с.

2. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика [Текст]/ НПК. Российское респираторное общество. - М.- 2011. - №13. - 64 с.
3. Геппе, Н. А. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [Текст] / Н. А. Геппе, Н. Н. Розинова, И. К. Волков, Ю. Л. Мизерницкий / Российское респираторное общество. - М. - 2009. - 18 с.
4. Кирко, Г. Е. Вопросы прогнозирования пневмонии у детей раннего возраста с учетом состояния здоровья их матерей [Текст] / Г. Е.Кирко, Л. И Каржавина, Я. Р. Кустова // Фундаментальные исследования. - 2012. -№ 7- Т.1. - С. 83-87;
5. Медведева, Т. Я. Прогнозирование развития, тяжести течения и исхода внебольничной и внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста [Текст] автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.08 / Т. Я. Медведева – Москва, 2008. - 23 с.
6. Коровина, Н. А. Принципы антибактериальной терапии тяжелых и осложненных пневмоний у детей раннего возраста [Текст]/ Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. //Лечащий врач – 2005. - №1. - С. 24–27.
7. Абдуллаева, Н. Ш. Особенности течения пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы [Текст]автореф. дис. канд... мед. наук: 14.00.13. / Н.Ш. Абдуллаева // Душанбе, 2011. - 26 с.

УДК 616.8-008 (575.3)

**МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
ФАКТОРЫ РИСКА ДЦП**

ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.

Резюме.

Цель. Изучить распространённость эндогамии среди больных ДЦП

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации, статистических отчетных форм ГУ РЦ Реабилитации детей, за период с 2014 по 2018 гг.

Результаты и обсуждение. Изучая анамнестические данные по выявлению кровнородственных браков среди родителей детей, страдающих ДЦП, установлено, что частота данного фактора достаточно высока. В 2015 г. (22,3%) детей поступивших на лечение родились от кровнородственных браков, в 2018 г. увелоось на 2,3%. Число впервые госпитализированных детей в 2016 г. составило 43,3%, но, однако, показатель кровнородственных браков составило (24,4%), что выше чем в 2015 на (2,1%).

Выводы. Распространенность ДЦП в Таджикистане составляет 1,3 на 1000 новорожденных. Родственные браки, как фактор ДЦП между родителями детей, страдающих ДЦП превалирует за 32%.

Ключевые слова. Детская инвалидность, ДЦП, ЦНС, кровнородственный брак.

**БАЛДАРДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК (МЭЭЛИК) ШАЛ КОРКУНУЧУНУН
МЕДИЦИНАЛЫК-БИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК-
СОЦИАЛДЫК ФАКТОРЛОРУ**

«Истиклол» Медициналык Комплекси Мамлекеттик мекемеси,
Душанбе, Тажикстан Республикасы

Б.Н.Боймуродов, А.В.Вохидов

Кортунду

Максаты. Балдардын церебралдык (мээлик) шал оорулуваларынын арасында эндогамиянын жайылгандыгын изилдөө.

Материалы жсана ықмалары. 2014-жылдан баштап 2018-жылга чейинки мезгилдеги Балдарды реабилитациялоо Республикалык борбор Мамлекеттик мекемесинин медициналык иш кагаздарынын (документация), статистикалык отчёктук формалардын анализи өткөрүлдү.

Натыйжалары жсана талкуулоо. Церебралдык шал болуп ооруган балдардын ата-энелеринин арасында бири-бирине жасын тууган адамдардын никелерин аныктоо боюнча анамнестикалык маалыматтарды изилдеп жасып, бул фактордун жышиштыгы отө жогору экенин тақтадык. 2015-жылы дарыланууга келип түшкөн 22,3% бала бири-бирине жасын тууган адамдардын никелеринен төрөлүшкөн, 2018-жылы андай көрүнүш 2,3%-га көбөйгөн. Алгачкы жсолу ооруканага жаткырылган балдардын саны 2016-жылы 43,3% түздү, бирок, бири-бирине жасын тууган адамдардын никелеринин көрсөткүчү 24,4%-ды түздү, бул 2015-жылдагыга караганда 2,1%-га жогору.

Жыйынтыктары. Тажикстанда церебралдык шал оорусунун жайылгандыгы 1000 ымыркайга 1,3 түзөт. Церебралдык шал оорусу менен ооруган балдардын ата-энелеринин тууган адамдарына никелешкендери церебралдык шал оорусунун фактору катары 32%-дан ашат.

Негизги сөздөр. Балдар майыптуулугу, церебралдык шал оорусу, борбордук нерв системасы, бири-бирине жасын тууган адамдардын никеси.

MEDICAL-BIOLOGICAL AND MEDICAL-SOCIAL RISK FACTORS OF ICP

GA MC "Istiklol", Dushanbe, Republic of Tajikistan

Boymurodov B.N., Vokhidov A.V.

Summary.

Aim. To study the prevalence of endogamy among patients with cerebral palsy

Materials and methods. The analysis of medical documentation, statistical reporting forms of the State Center for Rehabilitation of Children, for the period from 2014 to 2018 is carried out.

Results. Studying the anamnestic data on the identification of blood-related marriages among the parents of children suffering from cerebral palsy, it was found that the frequency of this factor is quite high. In 2015 (22.3%) children received for treatment were born from consanguineous marriages, in 2018 it increased by 2.3%. The number of children hospitalized for the first time in 2016 was 43.3%, but nevertheless, the rate of consanguineous marriages was (24.4%), which is higher than in 2015 by (2.1%).

Conclusions. The prevalence of cerebral palsy in Tajikistan is 1.3 per 1000 newborns. Related marriages as a factor in cerebral palsy between parents of children suffering from cerebral palsy prevail for 32%.

Keywords. Children's disability, cerebral palsy, central nervous system, consanguineous marriage.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 5% новорожденных имеют врожденные аномалии развития. Ведущие места в структуре первичной детской инвалидности занимают врожденные аномалии развития, болезни нервной системы и психические расстройства [1,3,4]. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2–2,5 случая на 1000 детей[8].

В возникновении наследственных заболеваний большое значение придается родственным бракам. Кровнородственные браки приводят в популяции к повышению гомозиготности и снижению жизнеспособности. [5,6].

Частота браков между двоюродными братьями и сестрами в Европе и Северной Америке составляет в среднем 1%, при таких заболеваниях, как альбинизм, ихтиоз, достигает 18—53%.

Так, по данным американского генетика Курта Штерна, в Бразилии, Нидерландах, Швеции и США частота браков между двоюродными братьями и сестрами составляет от 0,4 до 0,05%, в Индии в городах она составляет 12,9%, а в сельской местности — 33,3%, в Японии — 5,03 и 16,4% соответственно. [1]

Цель исследования. Изучить распространённость эндогамии среди больных ДЦП

Материалы методы исследования. Проведен анализ медицинской документации, статистических отчетных форм ГУ РЦ Реабилитации детей (Государственного учреждения Республиканский центр Реабилитации детей), за период с 2014 по 2018 гг.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе Statgraphics Plus for Windows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в %, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (t). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t > 2$, $P < 0,05$.

Результаты обсуждение. Частота ДЦП в Таджикистане – 1,3 на 1000 новорожденных, в мире – варьирует от 2 до 5 случаев на 1000 родов. В Российской Федерации 2,2-3,3 %, в г. Москве – 1,9%. В этиологии наследственных заболеваний, большая роль отводится родственным бракам, когда у супружеской пары имеется место наличие одного или более общих предков. По мнению депутата нижней палаты парламента РТ С.Амиршоевой (2018) из «25 тысяч детей-инвалидов в Таджикистане 35-40 % являются инвалидами следствии близко родственного брака родителей, и их учесть была предрешена еще в утробе матери».

Основными факторами, способствующими возникновению кровнородственных браков, являются; экономические и культурные факторы, социальная и культурная изоляция, клановая солидарность, межличностная совместимость, сохранение семейного имущества, родительские права, и социальная защита для женщин.

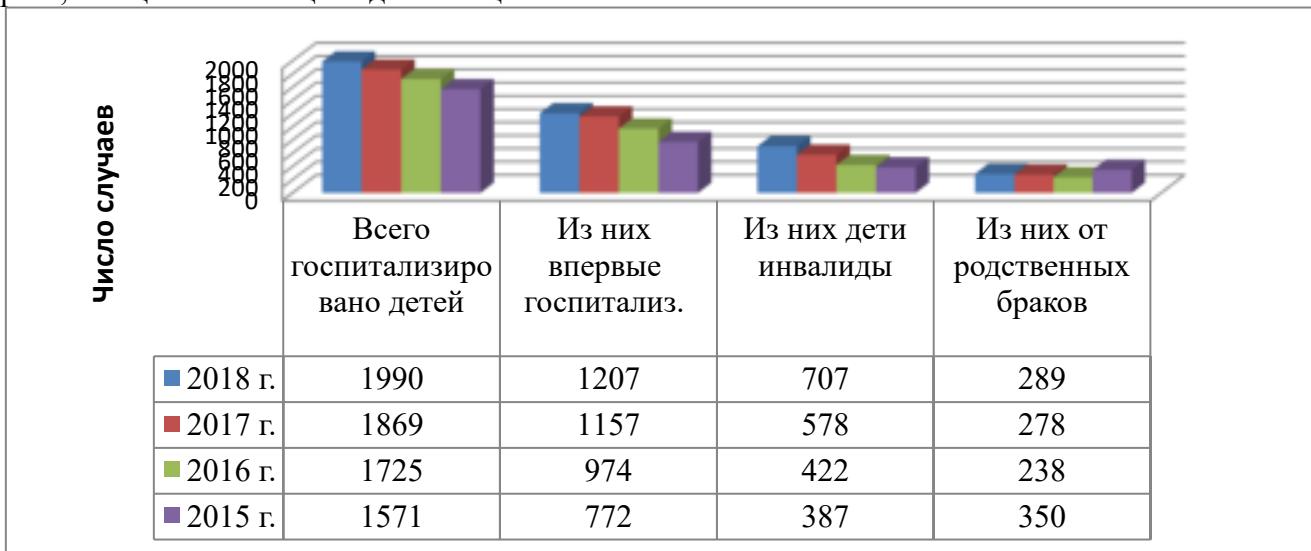


Рисунок 1 Число поступивших на реабилитацию детей за период с 2015 по 2018 гг.

Генеалогическое исследование в семьях, имеющих больных с дискинетической (гиперкинетической) формой ДЦП, выполненное N.A. Fletcher [10], выявило наличие больных родственников с определенной пропорцией пораженных родителей и сибсов.

На протяжении 4 лет в ГУ РЦ Реабилитации детей, поступило 7155 больных (Рис.1). В 2018 г. статистически достоверно, на 419 пациентов больше прошли восстановительное лечение, чем в 2015 г. В этом же году 48,5% больных поступили впервые, в 2018 г. на 10,1%.

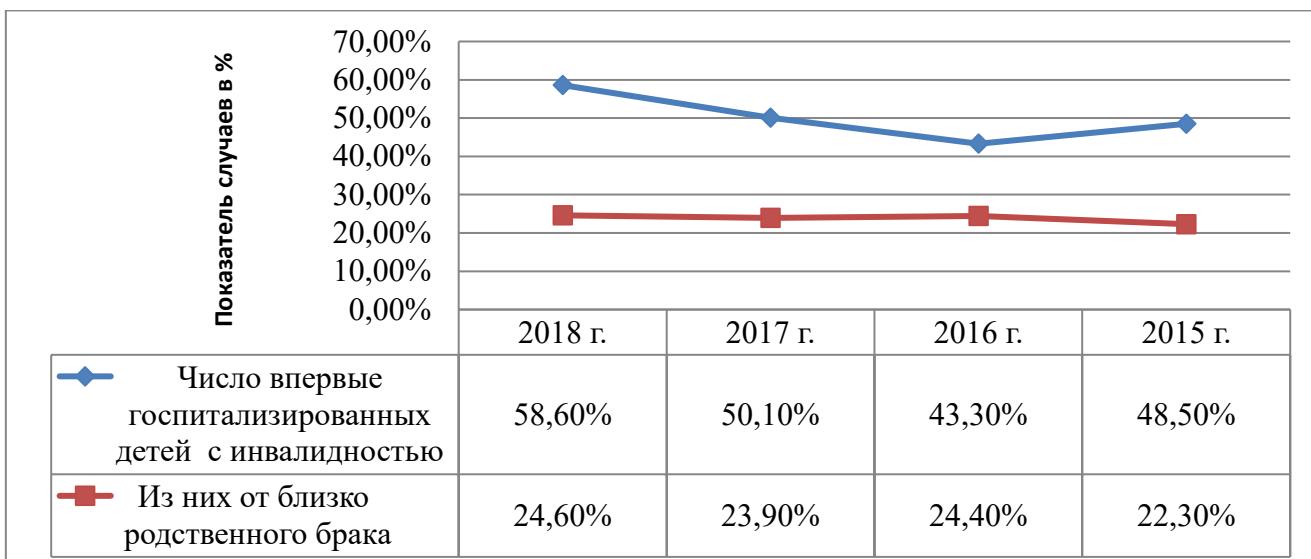


Рисунок. 2 Число родственных браков среди, впервые госпитализированных детей.

Изучая анамнестические данные по выявлению кровнородственных браков среди родителей детей, страдающих ДЦП, установлено, что частота данного фактора достаточно высока.

В 2015 г. (22,3%) детей, поступивших на лечение родились от кровнородственных браков, в 2018 г. процент увеличился на 2,3. В 2016 г., показатель кровнородственных браков составило (24,4%), что выше чем в 2015 на (2,1%).

Таблица 1 - Степень родства родителей детей с ДЦП

Годы	Дальние родственники	Двоюродные брат и сестра по линии матери	Двоюродная сестра и брат по линии матери	Двоюродный брат и сестра по линии отца
2018 г.	36,10%	33,30%	19,40%	11,20%
2017 г.	32,20%	33,10%	14,40%	20,30%
2016 г.	31,90%	31,30%	17,50%	19,30%
2015 г.	33,40%	34,50%	15,40%	16,70%

Оценки степени кровного родства (таб.1) родителей детей, страдающих ДЦП показал, что в 2018г. по сравнению с другими годами превалировали дети, родители которых имели дальнюю кровнородственную связь (36,1%). Двоюродные брат и сестра по линии матери, как степень кровного родства за весь период наблюдения не превышало (34,5%). Степень родства двоюродная сестра и брат по линии матери, встречалось статистически достоверно ($P<0,001$) реже, чем двоюродные брат и сестра по той же линии. Степень кровного родства по линии отца, брат и сестра в 2018 г. (11,2%), статистически достоверно ($P<0,001$) было меньше чем в 2017 г. (20,3%).

Наряду с генеалогическим анализом, проведено изучение и других факторов, способствующих возникновению ДЦП, осложнения в родах. Частота, которых превышает 40,2%; слабость сократительной деятельности матки во время родов- (23,6%), затяжные роды - (24,0%), оперативное родовспоможение – (14,0%), кесарево сечение – (11,36%), длительный безводный период - (5,0%), стремительные роды- (4%), ягодичное предлежание плода -(6,5%), длительный период стояния головки в родовых путях (5,0%).

Выводы. Частота регистрации ДЦП в Таджикистане составляет 1,3 на 1000 новорожденных, что ниже чем в других странах. Родственные браки, между родителями детей с ДЦП, более 32%. К другим факторам развития ДЦП относятся антенатальные (75,3%), на долю интранатальных (10,2%).

Список литературы:

1. Азимова, Н. М. Аномалии развития нервной системы у детей, рожденных от матерей с TORCH-инфекцией. [Текст] / Н. М. Азимова, Д. Р. Зайнутдинова. // Молодой ученый. -2017. - № 14 (148). - С. 216 - 220.
2. Гараева, С. З. Структура и частота кровнородственных браков родителей детей с задержкой внутриутробного развития [Текст] / С. З. Гараева. // Медицина и здравоохранение: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2015 г.). - Казань: Бук. - 2015. - С. 33-35.
3. Гараева, С. З. Сравнительный анализ заболеваемости детей раннего возраста, родившихся от кровнородственных и некровнородственных браков [Текст] / С. З. Гараева// Азербайджанский Медицинский Журнал. – 2004.- №4.- С.135–137
4. Магомедова, А. Ш. Современный взгляд влияния близкородственных браков на течение беременности и родов [Текст]/ А. Ш. Магомедова, Н. С. –М. Омаров // Справочник врача общей практики. - 2014. - № 7. - С.47–55.
5. Мухтаров, З. Я. Популяционно-генетические исследования в Лерикском районе Азербайджанской Республики. [Текст]/ З. Я. Мухтаров, Э. М. Расулов // Цитология. - 2000.- № 5.- С.22–29
6. Панахиан, В. М. Кровнородственные браки и врожденная форма глухоты [Текст] / В. М. Панахиан // Вестник Отоларингологии. – 2005. - № 2. - С.22–24
7. Svensson, AC. Familial aggregation of small-for-gestational-age births: the importance of fetal genetic effects. [Text] AC Svensson, Y Pawitan, S Cnattingius, M Reilly, P Lichtenstein //Am J Obstet Gynecol. - 2006. - №194.- P. 475–479.

УДК 616.22-08+616.9-053.2+616-022

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Узбекистан, Андижанский государственный медицинский институт

Жураева М. А., Ашуралиева М. А, Юсупова Н. А

Резюме

Нами было обследовано 106 больных с вирусно-бактериальными кишечными инфекций которые были госпитализированы областную инфекционную клиническую больницу в г.Андижана. Из анамнестических данных выясниено что у 69 больных отмечалось секреторная диарея, а у 37 инвазивная диарея. При поступлении было взято у всех больных кал на дез.группу, общий анализ крови, ИФА, определение в крови ИЛ-10 и ФНО-а. Лечение сразу назначено для секреторных диарей регидратационная терапия с нитрофураном и вифероном в виде свечи. Для инвазивному типу диареи начато лечение с антибиотиками, спазмолитиками и вифероновые свечи. Применение Виферона-суппозитории в вирусно-бактериальной диареи у детей раннего возраста способствовало достоверному сокращению сроков нормализации температуры, сокращению (исчезновению) симптомов интоксикации и восстановление баланс иммунной системы. При лечении дисбактериоза кишечника, в т.ч. развивающегося на фоне длительной антибактериальной терапии, Виферон обеспечивает нормализацию кишечной микрофлоры: исчезновение грибов рода *Candida*, значительное уменьшения высеваемости золотистого стафилококка, клебсиеллы, кишечной палочки с измененными свойствами.

Ключевые слова: кишечная микрофлора, грибы, диарея, антибиотик, флора.

ЖАШ БАЛДАРДЫН ВИРУСТУК-БАКТЕРИЯЛЫК ИЧЕГИ ИНФЕКЦИЯЛАРЫН ДАРЫЛОО

Өзбекистан, Андижан мамлекеттик медициналык институту

М.А.Жураева, М.А.Ашуралиева, Н.А.Юсупова

Корутунду

Андижан ш. облустук инфекциялык клиникалык ооруказасына жаткырылган вирустук-бактериялык ичеги инфекциялары менен 106 бейтапты текшиердик. Анамнестикалык маалыматтардан белгилүү болгондой 69 бейтапта секретордук диарея, ал эми 37де инвазивдүү диарея белгиленген. Келип түшкөндө баардык бейтаптардан дез. топко зан, кандын жалпы анализи, ИФА, канда ИЛ-10 жана ФНО-а аныктоого алынган. Секретордук диареяларды дарылоо учун свеча түрүндө нитрофуран жсана виферон менен регидратациялык терапия дароо дайындалган. Диареялардын инвазивдүү түрүндө антибиотиктер, спазмолитиктер жсана виферон свечалары менен дарылоо башталган. Жаши балдардын вирустук-бактериялык диареясында Виферон-суппозиторийди колдонуу дene табынын калыпташуу мөөнөттөрүнүн анык кыскарышына, интоксикация симптомдорунун азайышына (жок болушуна) жсана иммундук системасынын балансынын калыбына келүүсүнө түрткү болгон. Ичеги дисбактериозун, анын ичинде узак антибактериялык терапиянын фонунда өнүккөн дисбактериозду дарылоодо, Виферон ичеги микрофлорасынын нормализациясын камсыздайт: *Candida* түрүндөгү грибдердин жок болушу, өзгөрүлгөн касиеттери менен алтын стафилококктун, клебсиелланын, ичеги таякчасынын бир топ азайышы.

Негизги сөздөр: ичеги микрофлорасы, грибдер, диарея, антибиотик, флора.

TREATMENT OF VIRAL-BACTERIAL INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN OF EARLY AGE

Uzbekistan, Andijan State Medical Institute

Zhuraeva M.A., Ashuralieva M.A., Yusupova N.A.

Summary

We examined 106 patients with viral and bacterial intestinal infections who were hospitalized at the regional infectious disease clinical hospital in Andijan. From anamnestic data it was found that 69 patients had secretory diarrhea, and 37 had invasive diarrhea. At admission was taken from all patients feces on des.group, General blood test, ELISA, the serum IL-10 and TNF- α . Treatment immediately assigned to secretory diarrhea rehydration therapy with antibiotics, antispasmodics and viferone candles. The use of Viferon-suppositories in viral and bacterial diarrhea in young children contributed to a significant reduction in the timing of normalization of temperature, reduction (disappearance) of symptoms of intoxication and restore the balance of the immune system. In the treatment of intestinal dysbacteriosis, including developing on the background of prolonged antibacterial therapy, interferon provides the normalization of the intestinal microflora: the disappearance of fungi of the genus Candida, a significant reduction visivamente Staphylococcus aureus, Klebsiella, Escherichia coli with altered properties.

Key words: intestinal microflora, fungi, diarrhea, antibiotic, flora

Актуальность. Рост инфекционно-воспалительных заболеваний в патологии детей делает эту проблему наиболее актуальной. Использование антибактериальных препаратов при этом не всегда приносит желаемые результаты, незрелость иммунного ответа на инфекцию детей, особенно раннего возраста, диктует необходимость проведения лечения и профилактики различных инфекций у маленьких пациентов с использованием иммунокорригирующих препаратов нового поколения. Виферон генно-инженерный препарат (рекомбинантный альфа2б-интерферон в сочетании с антиоксидантами) разработан и основательно испытан в ведущих клиниках России. Клинические испытания показали его эффективность в нормализации иммунного статуса при различных инфекционно-воспалительных заболеваниях беременных женщин и детей, в том числе недоношенных. Применение Виферона в комплексной терапии заболеваний у детей позволило значительно снизить курсовые дозы и продолжительность антибиотикотерапии или избежать ее[6].

Этиологическая значимость вирусно-бактериальных ассоциаций установлена в 25-30%, вирусный компонент обычно предшествует бактериальному. Наслоение микробной инфекции нередко связано с агрессией собственной флоры. При повторных ОРЗ, наряду с инфицированием новыми микроорганизмами, происходит активация латентной, персистирующей инфекции вирусного и бактериального генеза, что утяжеляет течение болезни, способствует хронизации процесса. Наряду с ферментопатией в патогенезе ротовирусной инфекции, как и при других ОКИ, важное значение имеет развивающийся дисбаланс микробиоценоза кишечника. Несовершенство ферментативных и барьерных систем ЖКТ в детском возрасте способствует нарушению метаболизма нормальной микрофлоры, что сопровождается колонизацией слизистой оболочки кишечника условно-патогенными микроорганизмами[2].

Опыт использования антибиотиков не позволяет в настоящее время однозначно решить проблему острых диарей только с помощью препаратов данной группы. Сегодня не вызывает сомнений факт, что в патогенезе заболеваний ЖКТ существенная роль нарушение биоценоза кишечника. У большинства больных при ОКИ различной этиологии в разгаре болезни часто возрастают толщина слизистой оболочки толстой кишки, и глубина ее кишечных желез что связано что межжелезистым отеком собственной пластинки вследствие микроциркуляторных расстройств и множественных геморрагий. Токсины шигелл и сальмонелл провоцирует трофические изменения в тканях толстой кишки, которые нередко длительно сохраняются[1].

К 2-летнему возрасту почти каждый ребенок хотя бы 1 раз переносит ротовирусную инфекцию и более 2/3 заболевают повторно. Воспалительные изменения в слизистой оболочке кишечника не играют роли в развитии диареи при ротовирусной инфекции, так как она возникает уже при низком уровне вирусной нагрузки до развития цитопатологических изменений[2].

Для коррекции указанных иммунологических нарушений при ОКИ вирусной этиологии наряду с пробиотиками представляется целесообразным использование препаратов интерферона, которые оказывают иммуномодулирующее и противовирусное действие, положительно влияют на динамику клинических проявлений заболевания[3]. Существуют методы лечения кишечных инфекций у детей, которые эффективно помогают справиться с недугом. Патогенные вирусы и бактерии поражают органы пищеварительного тракта, в частности кишечник, где сосредоточено порядка 70% иммунных клеток. Поэтому острые кишечные инфекции - одни из главных виновников нарушения работы иммунной системы. Ключевым моментом в лечении инфекций является восстановление количества и качества кишечной микрофлоры. Для чего используются комплексные схемы терапии. К примеру, сочетание диеты, пробиотиков, иммуномодуляторов, противовирусных средств и т.д. Результаты исследований российских ученых показали, что препарат Виферон суппозитории с комбинации с бифидобактериями у большинства заболевших кишечными инфекциями детей способствует выработке антител и быстрому устранению действия инфекционных возбудителей. При этом не только усиливаются защитные факторы, но и сокращается время течения интоксикации и лихорадки, исчезают со стулом[4,5].

Среди последних наиболее популярны-антиrottавирусный иммуноглобулин и комплексный иммуноглобулиновый препарат. Среди интерферонов, отечественные врачи отдают предпочтение препаратору Виферон суппозитории, на основе альфа-2b-интерферона, обогащенного витаминами С и Е. Высокая противовирусная активность препарата связана в частности со способностью антиоксидантных витаминов изменять мембранны окружавших клеток и предотвращать их заражение. Кроме того, Виферон оказывает иммуномодулирующие действие в очаге воспаления, ускоряет выработку специфических антител[7].

Интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный обладает противовирусными, иммуномодулирующими, антипролиферативными свойствами, подавляет репликацию РНК- и ДНК-содержащих вирусов. Иммуномодулирующие свойства интерферона альфа-2b, такие как усиление фагоцитарной активности макрофагов, увеличение специфической цитотоксичности лимфоцитов к клеткам-мишеням, обусловливают его опосредованную антибактериальную активность.

В присутствии вспомогательных веществ, входящих в состав препарата (альфа-токоферола ацетат, лимонная, бензойная, аскорбиновая кислоты), возрастает специфическая противовирусная активность интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного, усиливается его иммуномодулирующее действие (стимуляция фагоцитарной функции нейтрофилов в очагах поражения), что позволяет повысить эффективность собственного иммунного ответа организма на патогенные микроорганизмы.

В присутствии аскорбиновой кислоты и альфа-токоферола ацетата возрастает специфическая противовирусная активность интерферона альфа-2b, усиливается его иммуномодулирующее действие, что позволяет повысить эффективность собственного иммунного ответа организма на патогенные микроорганизмы. При применении препарата повышается уровень секреторных IgA, нормализуется уровень IgE, происходит восстановление функционирования эндогенной системы интерферона альфа-2b.

Аскорбиновая кислота и альфа-токоферола ацетат, являясь высокоактивными антиоксидантами, обладают противовоспалительным, мембраностабилизирующим, а также регенерирующим свойствами.

Установлено, что при применении препарата ВИФЕРОН® отсутствуют побочные эффекты, возникающие при парентеральном введении препаратов интерферона альфа-2b, не образуются антитела, нейтрализующие противовирусную активность интерферона альфа-2b. Применение препарата ВИФЕРОН® в составе комплексной терапии позволяет снизить терапевтические дозы антибактериальных и гормональных ЛС, а также уменьшить токсические эффекты указанной терапии[6].

Цель исследования. Применение виферона в комплексном лечение вирусно-бактериальных кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 106 больных с вирусно-бактериальными кишечными инфекциями которые были госпитализированы областную инфекционную клиническую больницу в г. Андижана. Из анамnestических данных выяснено что у 69 больных отмечалось секреторная диарея, а у 37 инвазивная диарея.

При поступлении было взято у всех больных кал на дез.группу, общий анализ крови, ИФА, определение в крови ИЛ-10 и ФНО- α .

Лечение сразу назначено для секреторных диарей регистрационная терапия с нитрофураном и вифероном в виде свечи. Для инвазивному типу диарей начато лечение с антибиотиками, спазмолитиками и вифероновые свечи.

Результаты и их обсуждение.

Этиологию ОКИ удалось установить в отношении 65% больных с секреторной диареи, в т.ч. у 33,8% детей причиной заболевания оказался ротавирус, у 17,9% – цитомегаловирус, у 13,4% – герпевирус, в 34,9% случаев зарегистрирована бактериальная инфекция, в т.ч. у 14,8% пациентов причиной ОКИ был стафилококк, у 9% -сальмонеллез, у 5,2% клебсиеллез, у 5,9% эшерихиоз. ОКИ протекала в легкой форме у 9 (8,4%) больных, в среднетяжелой – у 80 (81,5%), в тяжелой – у 17 (16%). Длительность лихорадки оказалась достоверно менее продолжительной при легком течении заболевания по сравнению со среднетяжелыми и тяжелыми формами соответственно: $1,22 \pm 0,83$, $2,32 \pm 1,18$ и $3,17 \pm 1,07$ суток соответственно ($P<0,05$ по критерию Стьюдента). ($P<0,05$).

Рвота также была менее продолжительной у больных с легким течением относительно пациентов с тяжелым течением ОКИ: $1,22 \pm 0,66$ против $2,05 \pm 0,96$ суток ($P<0,05$).

Диарея длилась достоверно меньше при легких формах заболевания по сравнению со среднетяжелыми и тяжелыми: $2,0 \pm 1,0$, $3,68 \pm 1,62$ и $4,64 \pm 1,27$ суток соответственно ($P < 0,01$).

Метеоризм наблюдался при секреторном – у 39,2%, при инвазивном – у 75,0%, тогда как в отсутствие диарейного синдрома он встречался лишь у 27,7% больных. Токсикоз с экссикозом различной степени развивался у 79,8 % детей с секреторной, 73,6% – с инвазивной диареей. В зависимости от топики поражения ЖКТ токсикоз с экссикозом чаще (в 75–80% случаев) отмечался при гастроэнтеритах, энтероколитах и гастроэнтероколитах.

Результаты проведенных иммунологических исследований показали, что в остром периоде ОКИ независимо от типа диареи в сыворотке крови у 70,6% больных снижался уровень IgA в среднем до $0,71 \pm 0,45$ г/л (норма – $0,93 \pm 0,3$ г/л) и у 94,1% пациентов повышался уровень IgM. Указанные изменения свидетельствуют об активации гуморального звена иммунитета в остром периоде заболевания в ответ на антигенную стимуляцию.

При исследовании цитокинового статуса анализировалась продукция провоспалительных ИЛ-10, фактора некроза опухоли- α , являющихся медиаторами клеточного звена иммунитета. Средний уровень ИЛ-10 составила при секреторных диареях 13,5 пг/мл, при инвазивных 28,8 пг/мл в отношение со здоровыми детьми 7,7 пг/мл (в норме 0- 20 пг/мл) имеет достоверные различия, более выраженные при инвазивных диареях ($P<0,001$).

Разрешаются детям первых дней жизни. Обеспечивает высокую противовирусную активность препарата. Блокирует размножение вируса. Защищает здоровые клетки от заражения. Восстанавливает баланс иммунной системы.

Выводы. Применение Виферона-суппозитории в вирусно-бактериальной диареи у детей раннего возраста способствовало достоверному сокращению сроков нормализации температуры, сокращению (исчезновению) симптомов интоксикации и восстановление баланс иммунной системы. При лечении дисбактериоза кишечника, в т.ч. развивающегося на фоне длительной антибактериальной терапии, Виферон обеспечивает нормализацию кишечной микрофлоры: исчезновение грибов рода *Candida*, значительное уменьшения высеваемости золотистого стафилококка, клебсиеллы, кишечной палочки с измененными свойствами.

Список литературы:

1. Григорович, М. С. Функциональное состояние ЖКТ и особенности исходов при острых кишечных инфекциях. [Текст] / М. С. Григорович /. Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва. – 2012. - №3.- Т.12. –С. 57.
2. Лобзин, Ю. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным с клинической ситуацией. [Текст]/ Ю. В. Лобзин. - 2015. - ФГБУ НИИДИ ФМБА России. – 14 с.
3. Мазанкова, Л. Н. Эффективность препарата Виферон в комбинации с пробиотиком в лечении ротавирусной инфекции у детей. [Текст] / Л. Н. Мазанкова. // - Москва. -2013.
4. Мазанкова, Л. Н. Пробиотики и интерфероны-новые возможности комбинированной терапии острых кишечных инфекций у детей [Текст]/Л. Н. Мазанкова, Т. А. Чеботарева, Г. С. Брагина/. <https://viferon.su/ostrye-kishechnye-infekcii/>.
5. Коровина, Н. А. Коррекция дисбиоза кишечника у детей. [Текст] / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова // <https://viferon.su/ostrye-kishechnye-infekcii/>
1. Григорович, М. С. Функциональное состояние ЖКТ и особенности исходов при острых кишечных инфекциях. [Текст] / М. С. Григорович /. Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва. – 2012. - №3.- Т.12. –С. 57.
2. Лобзин, Ю. В. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным с клинической ситуацией. [Текст]/ Ю. В. Лобзин. - 2015. - ФГБУ НИИДИ ФМБА России. – 14 с.
3. Мазанкова, Л. Н. Эффективность препарата Виферон в комбинации с пробиотиком в лечении ротавирусной инфекции у детей. [Текст] / Л. Н. Мазанкова. // - Москва. -2013.
4. Мазанкова, Л. Н. Пробиотики и интерфероны-новые возможности комбинированной терапии острых кишечных инфекций у детей [Текст]/Л. Н. Мазанкова, Т. А. Чеботарева, Г. С. Брагина/. <https://viferon.su/ostrye-kishechnye-infekcii/>.
5. Коровина, Н. А. Коррекция дисбиоза кишечника у детей. [Текст] / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова // <https://viferon.su/ostrye-kishechnye-infekcii/>
6. Кузнецова, А. В. Виферон в комплексной терапии и профилактике инфекционно – воспалительных заболеваний в педиатрической практике [Текст]/ А.В. Кузнецова // https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_16089.htm.
7. Чеботарева, Т. А. Виферон современные возможности в профилактике гриппа и других ОРВИ у часто болеющих детей [Текст] / Т. А. Чеботарева, В. В. Малиновская, Л. Н. Мазанкова // https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_16089.htm.

УДК 616.441-008.64 (575.3)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ D У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СТАТУСА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

*Государственное учреждение Медицинский Комплекс «Истиклол»,
Душанбе, Республика Таджикистан*

Курбонова П.Г., Вохидов А.В.

Резюме.

Цель. Изучить распространенность дефицита витамина D, среди детей в возрасте до 5 лет в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. В процессе анализа использованы результаты ряда национальных репрезентативных исследований.

Результат и обсуждение. Самый высокий дефицит витамина D в 2009 г. выявлен в (ГБАО) Горнобадахшанской автономной области – 66,7%, в г. Душанбе – 58,9%. В 2016 г. в ГБАО снизился в 25,6 раза, в РРП – 6,4 раза, в г. Душанбе -3 раза. С 2009 по 2016 г. показатель задержки роста детей в Таджикистане, снизился в 1,4 раза.

Выводы. В 2016 по сравнению с 2009 г. в Республике Таджикистан распространенность дефицита витамина D среди детей в возрасте до 5 лет сократилось более чем 3 раза. В 2016 г. дефицит витамина D (16,3%) выявлен среди детей до 1 года. В Душанбе, Хатлонской области и ГБАО в 2016 г. по сравнению с 2009 г. показатель задержки роста детей, снизился более чем в 2 раза.

Ключевые слова. Дети, витамин D, регионы Таджикистана.

ТАЖИКСТАНДА МИКРОЭЛЕМЕНТТЕРДИН СТАТУСУН УЛУТТУК ИЗИЛДӨӨЛӨРҮНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫ БОЮНЧА БАЛДАРДА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИНИН ЖАЙЫЛГАНДЫГЫ

*«Истиклол» Медициналык Комплекси Мамлекеттик мекемеси,
Душанбе, Тажикстан Республикасы*

П.Г.Курбонова, А.В.Вохидов

Резюме

Максаты. Тажикстан Республикасында 5 жашка чейинки балдар арасында D витамины дефицитинин жайылгандыгын изилдөө.

Материалы жана ыкмалары. Анализдин жүргүшүндө бир катар улуттук репрезентативдүү изилдөөлөрдүн натыйжалары пайдаланылды.

Натыйжасы жсана талкуулоо. D витамининин эң жогорку дефицити 2009-жылы Тоолуу Бадахшан автономдук облустунда табылган – 66,7%, Душанбе ш. – 58,9%. 2016-жылы Тоолуу Бадахшан автономдук облустунда 25,6 эсеге азайган, РРПда – 6,4 эсеге, Душанбе ш. – 3 эсеге. 2009-жылдан баштап 2016-жылга чейин Тажикстан балдарынын өсүшүнүн токтолуусунун көрсөтүкүчү 1,4 эсеге азайды.

Жыйынтыктары. Тажикстан Республикасында 5 жашка чейинки балдар арасында 2009-жылга салыштырмалуу 2016-жылы D витамины дефицитинин жайылгандыгы 3 эседен көбүрөөк кыскарды. 2016-жылы D витамининин дефицити 1 жашка чейинки балдар арасында аныкталды (16,3%). Душанбеде, Хатлон облустунда жсана Тоолуу Бадахшан автономдук облустунда 2009-жылга салыштырмалуу 2016-жылы балдардын өсүшүнүн токтолуусунун көрсөтүкүчү 2 эседен көбүрөөк төмөндөөдү.

Негизги сөздөр: балдар, D витамины, Тажикстандын региондору.

THE PREVALENCE OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN ACCORD-ING TO THE RESULTS OF NATIONAL STUDIES OF THE STATUS OF TRACE EL-EMENTS IN TAJIKISTAN

GA MC «Istiklol», Dushanbe, of Republic of Tajikistan

Kurbanova P.G., Vokhidov A.V.

Summary.

Aim. To study the prevalence of vitamin D deficiency among children under 5 years old in the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The analysis used the results of a number of national representative studies.

Result. The highest vitamin D deficiency in 2009 was found in (Gorno-Badakhshan Autonomous Oblast) of the Gornobadakhshan Autonomous Oblast - 66.7%, in Dushanbe - 58.9%. In 2016, it decreased by 25.6 times in GBAO, 6.4 times in RRS, and 3 times in Dushanbe. From 2009 to 2016, the growth retardation rate for children in Tajikistan decreased by 1.4 times.

Conclusions. In 2016, compared with 2009 in the Republic of Tajikistan, the prevalence of vitamin D deficiency among children under the age of 5 years decreased more than 3 times. In 2016, vitamin D deficiency (16.3%) was detected among children under 1 year old. In Dushan-be, Khatlon Oblast and GBAO in 2016, compared with 2009, the growth retardation rate for children decreased by more than 2 times.

Keywords. Children, vitamin D, regions of Tajikistan.

Актуальность. Распространенность рахита встречается во всех странах мира, наиболее часто у детей, живущих в странах с низким уровнем жизни. Даже в таких развитых странах как США, Японии и Европейских государствах последние годы отмечается рост заболеваемости рахитом [6]. По данным специальных исследований, в России, рахит легкой и средней степени тяжести встречается у 50–70% детей [5].

В связи с высокой распространенностью недостаточности и дефицита витамина D в мире, позволяет говорить об этом дефиците как о глобальной мировой проблеме [1, 3, 4].

Адекватная обеспеченность витамином D во всех возрастных группах включая и детей, необходима для нормального протекания обменных процессов в организме [7]. Подтверждением этому, является ключевая роль витамина D в патогенезе сердечно-сосудистых, воспалительных, инфекционных, аутоиммунных и многих других заболеваний [4,5,7]. Многочисленные популяционные исследования показывают высокую распространенность гиповитаминоза D среди детского населения. Так, 61% детей, в США, имеют 25(OH)D на уровне 15–29 нг/мл и 9% – ниже, чем 15 нг/мл [5]. Согласно результатам эпидемиологического исследования, высокая распространенность дефицита и недостаточности витамина D была выявлена даже в такой стране, как Бразилия, несмотря на наличие достаточной солнечной инсоляции.

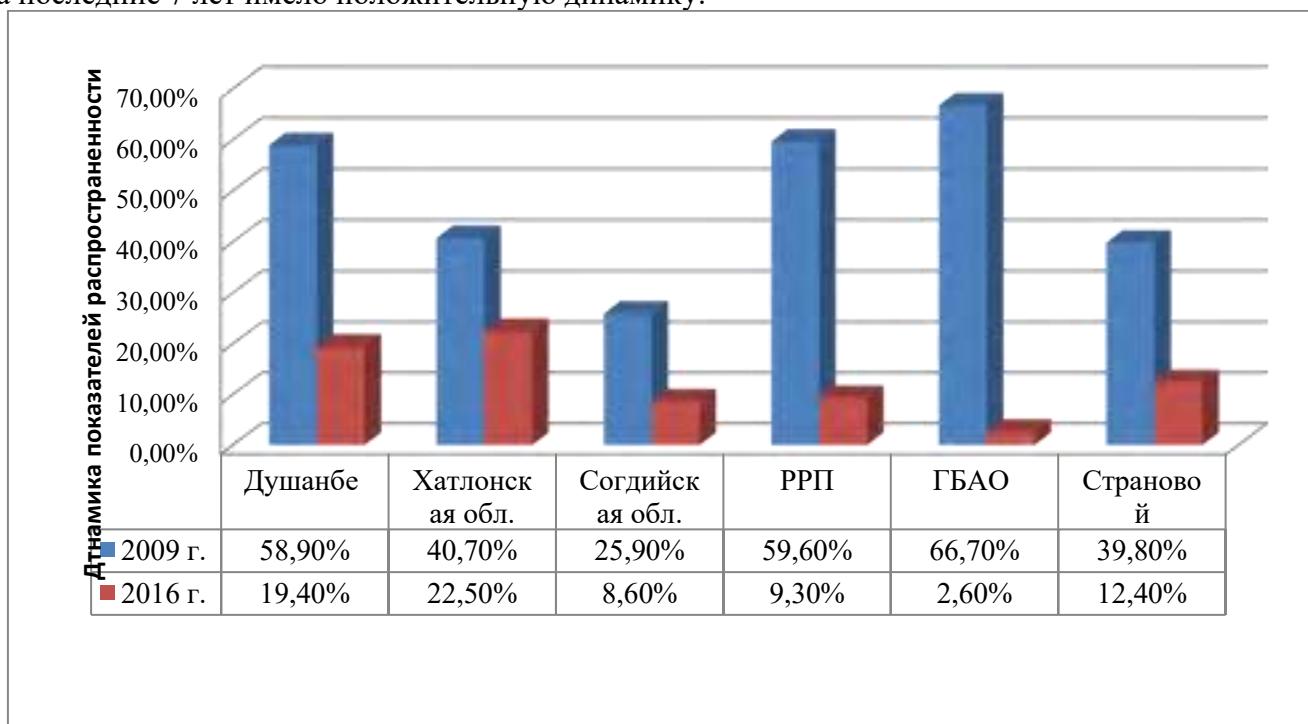
Цель. Изучить распространенность дефицита витамина D, среди детей в возрасте до 5 лет в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. В процессе анализа использованы результаты ряда национальных представительных исследований, «Оценка статуса питания матерей и детей» 2009 г., «Содержания микроэлементов в рационе населения Таджикистана (НИСМ)» 2016 г., «Задержка роста у детей в Республике Таджикистан» 2017 г. Исследованиями были охвачены дети в возрасте от 6 до 59 месяцев. Приведенных исследованиях производились определения сывороточное содержание 25-гидроксихолекальциферола (25(OH)D) в крови.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе Statgraphics Plus for Windows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95.

Определяли частоту в %, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (t). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t>2$, $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В Республике Таджикистан, за годы не-зависимости два раза на страновом уровне были проведены национальные исследования, посвященные оценке распространенности дефицита различных микроэлементами и витаминов в организме матери и ребенка. Самый высокий дефицит содержания витамина D в организме детей, в 2009 г. выявлен среди детей (ГБАО) Горнобадахшанской автономной области – (66,7%), г. Душанбе – (58,9%), РРП (Районы Республиканского Подчинения) (59,6%). Различия выявленных дефицитом в регионах по сравнению со страновыми показателями были статистически достоверны. В 2009 г. по республике дефицитом витамина D страдали (39,8%) детей, в 2016 г. – статистически достоверно ($P<0,001$) снизился до (12,4%). Ситуация с обеспеченностью витамином D детей в Республике Таджикистан за последние 7 лет имела положительную динамику.



Примечание: разница показателей между годами статистически достоверна ($P<0,001$)

Рисунок 1. Показатели динамики распространенности дефицита витамина D у детей в возрасте 5 лет в 2009 и 2016 гг.

Самое значительное снижение (Рис.1) в 2016 г. ($P<0,001$) более чем в 25 раз (2,6%) было ГБАО, г. Душанбе в 3 раза (19,4%), в РПР в 6,4 раза (9,3%).

Самый высокий дефицит витамина D выявлен у детей в возрасте до года – (16,3%), в других возрастных группах от 2 до 5 лет дефицит не превышал 12,7%. Одной из причин высокого дефицита витамина D у детей, до года связан с распространенной практикой грудного вскармливания до 1,5 лет и позднего начала прикорма.

Рациональное питание в детском возрасте — один из важнейших факторов, характеризующих степень адаптации ребенка к внешнему миру.

Степень соответствия питания потребностям детского организма определяет темпы физического и психического развития, состояние иммунологической резистентности, способности преодолевать стрессовые ситуации.

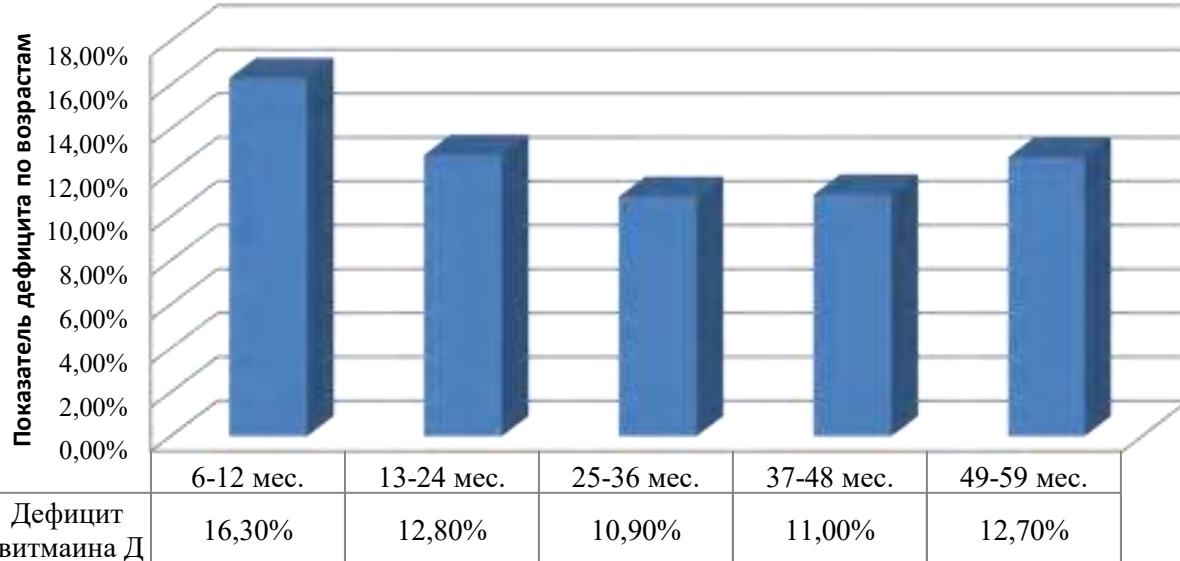


Рисунок. 2 Зависимость распространенности дефицита витамина D от возраста ребенка в 2016 г.

Выявленная положительная динамика в обеспеченности организма детей витамином D, связана с повышением доступом детского населения к широкому ассортименту продуктов питания с высоком содержанием микроэлементов и витаминов. При дефиците 25(OH)D происходит декомпенсация механизмов поддержания нормального уровня кальция в крови.

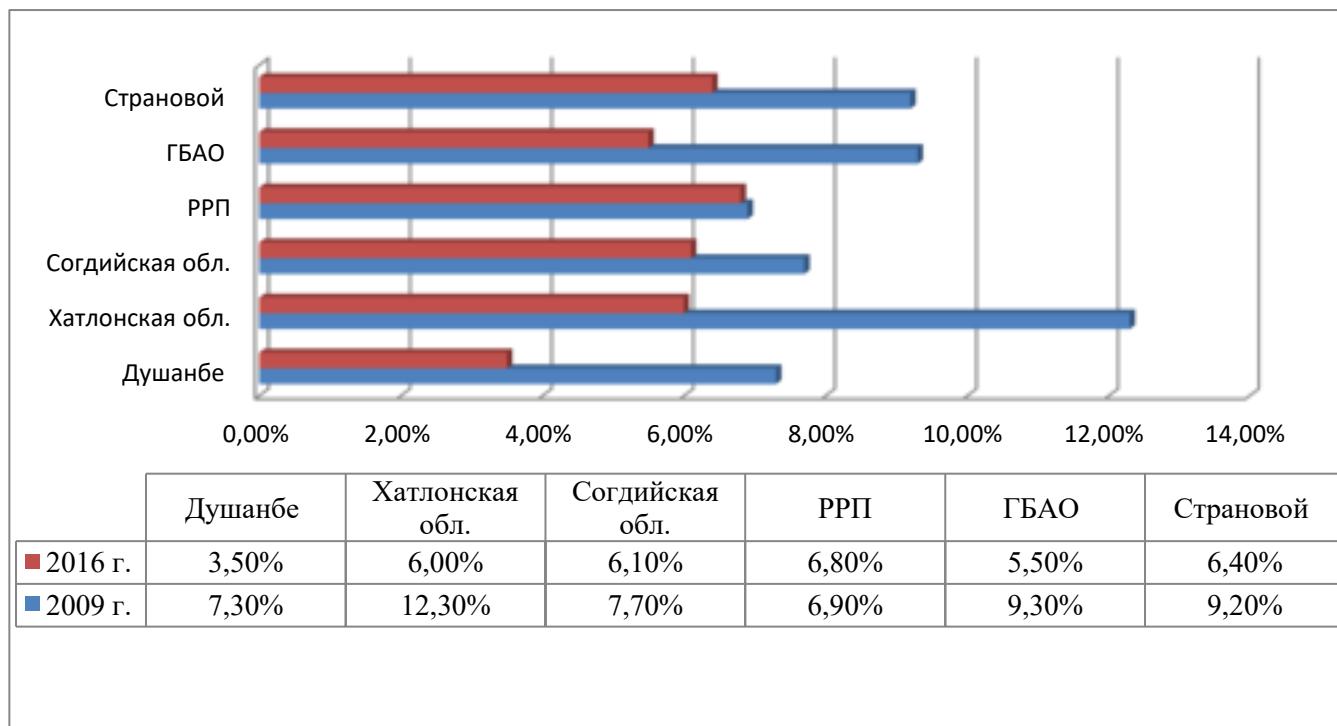


Рисунок. 3 Сравнительные данные распространенности тяжелой формы задержки роста среди детей в возрасте от 6 до 59 мес.

В результате не происходит нормальная минерализация формирующейся костной ткани, а именно не минерализуется остеоид (возникает остеомаляция), снижается или даже останавливается энхондральная кальцификация эпифизарной пластиинки, что ведет к ее деформации, у детей это проявляется низкорослостью и деформацией костей [3].

Среди детей в возрасте до пяти лет, за последнее десятилетие распространенность задержки роста снизилась более чем на (20%). С 2009 по 2016 г. показатель задержки роста детей в Таджикистане снизилась в 1,4 раза (Рис. 3). В г. Душанбе, Хатлонской области, ГБАО отмечено снижение до 2 раз. Тогда как в Согдийской области и в РРП темпы снижения не превысили 1,2 раза.

Выходы. В 2016 по сравнению с 2009 г. в Республике Таджикистан распространенность дефицита витамина D среди детей в возрасте до 5 лет сократилось более чем 3 раза. В 2016 г. дефицит витамина D (16,3%) выявлен среди детей до 1 года. В г. Душанбе, Хатлонской области и ГБАО в 2016 г. по сравнению с 2009 г. показатель задержки роста детей, снизился более чем в 2 раза.

Список литературы.

1. Захарова, И. Н. Обеспеченность витамином D детей грудного возраста [Текст]/ И. Н. Захарова, Л. Я. Климов, В. А. Курьянинова, С. В. Долбня // Перинатальная патология. - 2016. - № 6. - Т 61.- С. 68-76
2. Захарова, И. Н. Что нужно знать педиатру о витамине D: новые данные о диагностике и коррекции его недостаточности в организме (часть 3)[Текст] И. Н. / Захарова, О. А. Громова, И. Д. Майкова, Т. Э. Боровик // Педиатрия. - 2015.- №6. -Том 94.- С.151-158.
3. Национальное исследование статуса микроэлементов в Таджикистане. UNISEF.- 2016. - 130 с.
4. Задержка роста у детей в республике Таджикистан: WBG Health, Nutrition, Population - 2017 - с. 48. www.worldbank.org/hnpppublications
5. Bouillon, R. Vitamin D: From photosynthesis, metabolism, and action to clinical applications. [Text]/ R. Bouillon // In: De Groot LJ, Jameson JL, editors. Endocrinology. Philadelphia: W.B. Saunders. - 2001. - №1. –P.1009–1028.
6. Picciano, MF. Nutrient composition of human milk. [Text]/ MF. Picciano // Pediatr. Clin. North. Am. – 2001 -№2. – V. 48.- P. 53–67.
7. Wagner, C. L. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. [Text]/ C. L. Wagner, F. R. Greer. // Pediatrics.- 2008. - № 122 (5). – P. 1142–52. 3

УДК 616.72-002-035.7-07-053.2

**ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ
СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ,
АУТОИММУННЫХ (ВОСПАИТЕЛЬНЫХ) И ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У
ДЕТЕЙ**

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

Саякбеков К.С., Саатова Г.М.

Резюме

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось изучение клинические особенности и закономерности прогрессирования ювенильных спондилоартропатий при синдроме Рейтера, неанкилозирующем спондилоартрите и хроническим артрите у детей. Неблагоприятный исход при ВСАП, ИСАП и ПСАП обусловлен сохраняющейся высокой активностью суставного синдрома и выраженными рентгенологическими изменениями, обусловленными иммунопатологическими сдвигами.

Ключевые слова: ювенильные спондилоартропатии, закономерности прогрессирования, артрит, дети, подростки, , синдром Рейтера.

**БАЛДАРДЫН ИНФЕНЦИОНДУК, АУТОИММУНДУК
(СЕЗГЕНҮҮСҮНҮН) ДЕГЕНЕРАТИВДИК, ДИСПЛАСТИКАЛЫК
РЕВМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРЫНЫН
СПОНДИЛОАРТОПАТИЯНЫН ӨРЧҮШҮНҮН МЫЙЗАМ
ЧЕНЕМДЕРИ**

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

К. С. Саякбеков, Г.М. Саатова

Кортунду

Бул изилдөөнүн максаты Рейтер синдромундагы анкилозсуз спондилоартропатиядан жана өнөкөт артритте өспүрүмдөрдүн спондилоартропатиясынын клиникалык өзгөчөлүктөрүн жана өнүгөшөн изилдөө болуп саналат. ВСАП, ИСАП жана ПСАП менен биргелешкен синдромдордун жигердүүлүгүнөн улам жасымсыз натыйжалар жана рентгендин өзгөрүүлөр иммунопатологиялык өзгөрүүлөргөбайланыштуу.

Негизги сөздөр: жашы жетпегендөрдин спондилоартропатиясы, мыйзам ченемдүүлүктүн күчөшүү, артрит, балдар, өспүрүмдөр, Рейтер синдрому.

PATTERNS OF PROGRESSION OF JUVENILE SPONDYLOARTHROPATHIES IN INFECTIOUS, AUTOIMMUNE (INFLAMMATORY) AND DEGENERATIVE-DYSPLASTIC RHEUMATOLOGICAL DISEASES IN CHILDREN

National center for maternal and child health, Kyrgyz Republic

Saikbaev K. S., Saatova G. M.

Summary

Annotation. The purpose of this study was to study the clinical features and patterns of progression of juvenile spondylarthropathies in Reiter's syndrome, non-ankylosing spondylarthritis and chronic arthritis in children. The adverse outcome in glanders, glanders and PAP is due to the continued high activity of the joint syndrome and pronounced radiological changes due to immunopathological shifts.

Keywords: juvenile spondyloarthropathies, progression patterns, arthritis, children, adolescents, Reiter's syndrome.

Актуальность проблемы. В последние годы участились проявления поражений позвоночника и суставов при инфекционных, воспалительных и дегенеративно-диспластических заболеваниях, вызывающий большой процент инвалидизации (Подгорнова Н.С., 2003; Асанбекова Ж.А., 2006). По мнению большинства исследователей, спондилоартропатии редко распознаются в начальной фазе, приходящей на детских возраст (Ковальчук Г.Г. 1989; Чепой В.М., Яковлева А.А., 1977). При ювенильном начале заболевания, процент диагностических ошибок может достигать 95% (Гусейнов И.И., 1990). В числе наиболее важных причин следует признать стертость клинических симптомов, многообразие проявлений болевого синдрома и отсутствие диагностических признаков. Почти нет работ, объединяющих большой клинический материал с соответствующим его системным анализом. Изучение ювенильных спондилоартропатий во многом обеспечит их своевременную диагностику, начало лечебных, и реабилитационных мероприятий.

Недостаточная изученность спондилоартропатий в детском возрасте ставит перед наукой задачу исследования проблемы ювенильных спондилоартропатий как специфической патологии, разработки адекватных мер профилактики, диагностики и прогнозирования исходов

Среди многообразия спондилоартропатий (САП) слабо изучены сочетанные, или перекрестные, недифференцированные формы серонегативных спондилоарtrитов. Именно недифференцированные или сочетанные САП, как оказалось, чаще встречаются в детском возрасте.

На детском материале подобных сопоставлений не проводилось, и практически отсутствуют работы с учетом данных длительного динамического наблюдения.

Все это свидетельствует о большой актуальности проблемы и побуждает к проведению настоящего исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинические особенности и закономерности прогрессирования ювенильных спондилоартропатий при синдроме Рейтера, неанкилозирующем спондилоарtrите и хроническим артрите у детей.

Материал и методы исследования

Проспективно обследован 151 больной ювенильным спондилоарtrитом (ЮСАП) в возрасте от 3 до 17 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии НЦОМиД. Длительность катамнестического наблюдения колебалась от 3 до 6 лет.

Для распознавания ЮСАП на ранней стадии развития использовались критерии, разработанные Европейской группой исследователей (ЕГИС) (2000) в модификации Н.У.Нурпertz (2002).

Первичный (идиопатический) спондилоарtrит (ПСАП) изучен при ювенильном анкилозирующем спондилоарtrите (ЮАС) (болезни Бехтерева) у 5 детей (М 08.1) и не анкилозирующем спондилоарtrите у 35 детей. Диагноз ЮАС верифицирован в соответствии с диагностическими критериями Garmiesch Partenkirchen (1987).

Вторичные спондилоартропатии изучены при инфекционных, воспалительных аутоиммунных заболеваниях, и на фоне дегенеративных и диспластических заболеваний позвоночника и суставов.

Инфекционные спондилоартропатии (ИСАП) у детей наблюдали при синдроме Рейтера (20 детей) и реактивных артритах (26 детей).

Синдром (болезнь) Рейтера (М 02.3) верифицирован по критериям Э.Р.Агабабовой (1985) и В.А. Завирохина (1992), реактивные артриты (М 02.7 – 02.8) - по критериям Э.Р. Агабабовой и соавт. (1991) и Н.Н.Кузьминой (1991).

Воспалительные спондилоартропатии (ВСАП) изучались при ювенильном ревматоидном (ЮРА) у 27 детей и ювенильном хроническом артритах (ЮХА) - у 5. ЮРА (М 06.0, М 05.9) верифицирован согласно критериям А.А.Яковлевой (1971) и А.В.Долгополовой (1979), ЮХА (М 08.0 – М 08.4, М 08.8) по критериям Американского колледжа ревматологов (ACR) и Европейской антиревматической Лиги (EULAR). Дегенеративно-диспластические спондилоартропатии (ДСАП) изучались при юношеских остеохондрозах и остеоартрозах (М 49.8, М 49.9, М 40-43) у 34 детей.

При псoriатическом артрите у детей (М 09.0) симптомы поражения позвоночника мы не обнаружили ни в одном случае, поэтому в работу не включена эта группа спондилоартропатий, встречающая преимущественно у 8-10% взрослых больных псoriазом (Southwood.1989).

Было проведено комплексное клиническое, иммунологическое, иммуногенетическое и рентгенологическое обследование 151 ребенка с ЮСАП, из них ЮАС - у 5, ЮСАП не анкилозирующий – у 35, ИСАП - у 46, ВСАП - у 32, ДСАП - у 34 детей (табл 1).

Таким образом, группа обследованных больных ЮСАП включала в себя все основные формы и варианты САП предусмотренные «Классификацией и номенклатурой ревматических заболеваний (1989)», Американской классификацией ЮСАП и классификацией серонегативных спондилоартропатий (Агабабова Э.Р., 1997).

Таблица 1. - Априорная вероятность рассматриваемых форм ЮСАП

№	Форма ЮСАП	абс	%
1	ЮСАП идиопатический (первичный)	40	26,4
	1.1. Анкилозирующий спондилоарthritis (болезнь Бехтерева)	5	3,3
	1.2 Не анкилозирующий спондилоарthritis	35	23,1
2	ЮСАП вторичный	11	73,5
	2.1. Инфекционный синдром Рейтера	45	29,8
	реактивные артриты	19	12,5
	2.2 Воспалительный	26	17,2
	ЮРА	32	21,2
	ЮХА	27	17,8
	2.3. Дисплатико-дистрофическая спондилоартропатия	5	3,3
		34	22,5
Всего		15	100,0

В структуре обследованных больных преобладали дети с вторичными ЮСАП (73,5%), в их числе доминировали инфекционные САП (29,8%), затем в порядке убывания дегенеративно-диспластические ЮСАП (22,5%) и воспалительные (21,2%).

Среди первичных спондилоартропатий в детском возрасте преобладали неанкилозирующие САП (23,1%).

Для унифицированного сбора информации была разработана статистическая карта обследования больного, включающая 257 признаков 7 нозологических групп.

Проводилось изучение естественного развития заболевания, формирование хронических форм, развитие осложнений и исходов. Наблюдение за больными в динамике проводилось от 3 до 6 лет по следующим основным параметрам:

- характер течения заболевания,
- продолжительность периода высокой активности,

- сроки наступления ремиссии,
- степень морфофункциональных нарушений в суставах и позвоночнике.

Исходная когорта формировалась из той же группы пациентов. После выписки из стационара и случаев полного излечивания больные вызывались для повторного осмотра.

Для более полного изучения клинических особенностей и возможных исходов ЮСАП, было проведено ретроспективное обследование взрослых больных САП, заболевших в детском и подростковом возрасте (табл.2).

Данный фрагмент исследования проводился на базе Ревматологического Центра при НЦ кардиологии и терапии Проведен сплошной ретроспективный анализ 5789 учетных форм (№112, №030) обследованных больных в ревматологическом Центре с 1998 по 2002 годы. Сбор материала проводился по методу выкопировки данных из первичных учетных медицинских документов. Длительность болезни колебалась от 5 до 25 лет. Осмотр больных проводился совместно с главным ревматологом МЗ КР с занесением информации на специальную карту, включающую 86 признаков.

Таблица 2. Объем выявленных взрослых больных спондилоартропатиями, заболевших в детском и подростковом возрасте

Нозологическая форма	Количество больных	В том числе, заболевшие в детском возрасте
1. АС (болезнь Бехтерева)	71	28 (39,4%)
2. ИСАП (болезнь Рейтера), урогенные артриты	58	9 (15,5%)
3. САП на фоне псориаза	13	1 (7,7%)
ВСЕГО	142	38 (26,7%)

Из числа 5789 больных ревматологического профиля САП диагностированы у 142 (2,4%) больных, из них 38 человек заболели в детском и юношеском возрасте (26,7%). Юношеский вариант начала болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) зарегистрирован у 39,4% взрослых больных. Спондилоартропатии (САП), обусловленные инфекционным заболеванием (урогенный реактивный артрит и болезнь Рейтера) - в 15,5% случаев начинались в подростковом возрасте. Артропатии на фоне псориаза в детском возрасте дебютировали у одного больного.

Обследование больных детей проводилось в отделении кардиоревматологии в объеме, принятом для специализированного отделения:

Выраженность суставного синдрома оценивалась по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ): индекс Ричи, ACR- счет болезненных суставов, ACR-счет припухших суставов, индекс Лансбури, LEE), рекомендованные Е.Л.Насоновым, Н.В.Чичастовой, Г.Р.Имаметдиновой (2001) по материалам Европейского комитета по Международным Клиническим испытаниями.

Осанка, функциональные возможности, степень болевых ощущений определялись с помощью специальных проб и приемов (таблица 2.5). Специфические пробы для выявления ранних и скрытых поражений позвоночника и осевых суставов выполнены по рекомендациям А.А.Яковлевой (1996) и В.М.Чепой (1990).

Функциональная способность больного оценивалась по функциональному состоянию пораженных суставов, глаз и внутренних органов (Астапенко М.Г., 1979).

Комплекс лабораторных исследований включал определение сдвигов острофазовых показателей по стандартным методикам.

Иммунологическое и иммуно-генетическое исследование крови проводилось по методу Манчини в соответствии с рекомендациями Е.В. Чернохвостовой и соавт., (1975), РФ реакций Ваалер Роузе, ЦИК – реакцией преципитации ПЕГ по методу В.Гашковой с соавт., (1978) в модификации Ю.А.Гриневича и А.Н.Алферова (1981), показатели клеточного иммунитета (Т- и В-лимфоциты) по реакции розеткообразования, относительное содержание Т-чувствительных и Т-резистентных лимфоцитов по методике Schore et all.,(1978) (15 показателей, 1065 исследований).

Для объективной оценки иммунологических расстройств изучена зависимость течения ЮСАП от характера и тяжести иммунологических расстройств. Поскольку установление факта достоверности отличий изучаемых параметров от заданного уровня мало, что дает для понимания патогенеза болезни, нами использовались более корректные и доказательные подходы оценки иммунограмм по Т.- В - и О-клеточным индексам, свидетельствующим о наличии или отсутствии их дефицита (Горелкин А.Д. и Скрипкин В.А.,2002).

Иммуногенетическое исследование антигенов гистосовместимости HLA локусов A, B,

С проводилось методом тканевого типирования (З показателя 105 исследований).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением средних величин и критериев достоверность Стьюдента. Использовалось определение относительных показателей связи болезни и факторов риска (ФР): относительный риск, шансы развития болезни при наличии ФР (Флетчер Р. и соавт, 1998). Для построения диагностического алгоритма использовался непараметрический способ анализа по методике неоднородной последовательной процедуры распознавания болезней Вальда Генкина (1964) с определением конкретных величин чувствительности, специфичности, информативности и диагностического коэффициента (Гублер Е.В.,1978). Алгоритм прогнозирования исходов ЮСАП разработан с помощью оригинальной программы многофакторной математической статистики (Глазкова Т.Г.,1998).

С целью выявления закономерностей связи клинических, иммунологических, функциональных и рентгенологических изменений при ЮСАП проведен анализ линейной корреляции Пирсена (r).

Результаты исследования

Наблюдение за больными ЮСАП в динамике проводилось от 3 до 5 лет по следующим основным параметрам: характер течения заболевания, продолжительность периода высокой активности, сроки наступления ремиссии, степень функциональных и рентгенологических нарушений в суставах.

При ЮСАП чаще отмечалось хроническое течение (81,3%) (таблица 3). Благоприятные исходы болезней с полным обратным развитием симптоматики наблюдались у 10,5% больных преимущественно ИСАП. Рецидивирующее течение при длительности болезни до 1 года наблюдалось у 8,6% больных, преимущественно ПСАП (17,5%), реже ИСАП (11,1%) и ВСАП (3,1%).

Таблица 3. - Исходы ЮСАП

Варианты ЮСАП	Этапы прогрессирования ЮСАП		
	хронизация	рецидивирование	выздоровление
ПСАП (п=40)	82,5	17,5	
ВСАП (п=32)	93,7	3,1	3,1
ДСАП (п=34)	100,0	-	-
ИСАП (п=45)	55,5	11,1	33,3
ЮСАП всего(п=151)	81,3	8,6	10,5

Течение ПСАП у детей и взрослых, заболевших в детстве, прогрессирующее: по мере нарастания заболевания нарастают субъективные ощущения и все более убедительными становятся клинико-рентгенологические показатели поражения позвоночника и сакроилеальных сочленений. Прогноз ПСАП ухудшается при длительно сохраняющейся активности и поражении с самого начала болезни крупных суставов, особенно тазобедренных.

У этих больных быстро развивается функциональная недостаточность суставов, прогрессирует поражение позвоночника. Прогноз ПСАП начавшегося в детском возрасте отягчается инвалидностью у 27% взрослых на 10-ом году болезни.

При ПСАП в начальной фазе болезни отмечается слабая корреляционная связь местной активности периферического и осевого артрита (ИР) и функциональных нарушений суставов (I Lee) с характером иммунологических сдвигов (ИРИ) и выраженностю рентгенологических изменений ($r<0,3$). Прогрессирование рентгенологической симптоматики поражений периферических суставов и сакроилеита коррелировало с выраженностю иммунологических сдвигов. Повышение ИРИ сопровождалось рентгенологическими изменениями периферических и осевых суставов ($r=+0,5$), а понижение ИРИ – появлением рентгенологическим признаков сакроилеита ($r=-0,32$).

При ПСАП отмечается сильная корреляционная зависимость признаков генерализации процесса от длительности болезни ($r=+0,8$). Проявлением генерализации процесса явилось повышение или сохранение местной активности процесса ($r=+0,6$). При этом прогрессирование признаков периферического артрита находится в обратной зависимости от рентгенологических признаков сакроилеита ($r=-0,6$), и слабой прямой зависимости с рентгенологическими признаками поражения суставов ($r=+0,1$).

То есть признаки местного воспаления суставов не сопровождают, а скорее опережают рентгенологические симптомы сакроилеита. Симптомы поражения позвоночника развиваются при низкой активности периферического артрита при длительности болезни более 3 лет и не сопровождаются выраженным структурными рентгенологическими изменениями суставов ($r=+0,2$). Рентгенологические признаки сакроилеита и спондилита сопровождаются низким ИРИ ($r=-0,32$), обусловленным более выраженным иммунологическим сдвигами в этот период болезни.

При ВСАП общая направленность заболевания определялась генерализацией и прогрессированием суставного синдрома. ВСАП с хроническим течением мы наблюдали у 93,7% больных. Данную форму отличает не благоприятное течение с быстрым прогрессированием (53,3%), отсутствием клинической ремиссии (80%), ранние и выраженные функциональные нарушения суставов и позвоночника (33,3%), выраженные иммунопатологические сдвиги, обусловленные подавлением не только супрессорной, но и хелперной активности Т-лимфоцитов, как следствие, по-видимому, блокирующего влияния ЦИК, высокий процент инвалидизации (40%) в первые три года болезни. На пятом году болезни при ВСАП увеличивается процент больных с выраженным структурными и функциональными нарушениями суставов и позвоночника (контрактуры и анкилозы, остеопороз) (46,6%), стойкая инвалидизация (6,6%).

При ВСАП отмечается средняя корреляционная связь длительности заболевания с генерализацией суставного синдрома ($r=0,38$). В начальной фазе болезни наблюдается прямая зависимость показателей местной активности суставов (ИР) и функциональных нарушений суставов (I Lee) от степени рентгенологических изменений периферических суставов ($r=0,36$ и $r=0,27$, соответственно). Обратная корреляционная связь ИР и Иле в этот период болезни с рентгенологической симптоматикой сакроилита ($r=-0,4$ и $r=-0,3$) подтверждает развитие сакроилеита клинического и рентгенологического только после стихания признаков периферического артрита. Высокие показатели местной активности и функциональных нарушений в начальной фазе болезни сопровождаются снижением ИРИ ($r=-0,34$ и $r=-0,3$), обусловленным снижение не только супрессорной, но и хелперной активности Т-лимфоцитов. В разгар болезни снижение ИРИ слабо коррелирует с выраженной рентгенологическими признаками деструкции суставов ($r=-0,23$). Генерализация процесса при ВСАП сопровождается ростом признаков анатомической деструкции периферических суставов ($r=0,61$) и снижением вероятности прогрессирования рентгенологических признаков сакроилеита ($r=-0,49$).

При ВСАП генерализация процесса сопровождается прогрессированием клинических, функциональных, рентгенологических признаков периферического суставного синдрома и иммунорегуляторных нарушений. После стихания признаков периферического артрита (через 3-5 лет) увеличивается вероятность появления клинических и рентгенологических признаков сакроилеита.

Проводя суммарную оценку полученных данных прогрессирования ВСАП, можно сделать вывод о том, что быстрое формирование генерализованного или полиартикулярного суставного синдрома с вовлечением в процесс отделов позвоночника

и хрящевых сочленений, непрерывно-рецидивирующее течение заболевания с выраженным дисбалансом в системе иммунорегуляторных клеток, нарастание функциональной недостаточности пораженных суставов с ограничением способности к самообслуживанию в первые 6-12 месяцев болезни за счет выраженного болевого синдрома создает высокий риск (55%) деструктивных изменений в суставах к концу первого года болезни и к концу 2-го года (95%). При ДСАП отмечается слабая зависимость генерализации процесса от длительности заболевания ($r=0,27$).

Признаки активного воспаления (ИР) и функциональные нарушения преимущественно тазобедренных суставов в начальной фазе болезни коррелировали с повышением иммунорегуляторного индекса (ИРИ) ($r=0,44$ и $r=0,66$ соответственно). Ранние функциональные нарушения (в первые 3 года болезни) сопровождались рентгенологическими изменениями ($r=0,31$), которые в свою очередь также коррелировали с повышением ИРИ ($r=0,39$).

Проявлением генерализации процесса явились клинические изменения осевых суставов (тазобедренных) ($r=0,32$) и клинические и рентгенологические признаки поражения сакроилеальных сочленений ($r=0,32$), коррелирующие в этот период болезни с понижением ИРИ ($r=-0,2$). При многолетнем наблюдении у 55,5% больных ИСАП отмечались признаки прогрессирования. Сохранялся неэрозивный артрит преимущественно крупных суставов и суставов средней величины, скованность не превышала 30 минут. Прогноз ИСАП в целом благоприятный, несмотря на возможные рецидивы и хроническое течение.

Группу больных ИСАП с хроническим течением характеризуют: отсутствие сведений о возможном триггерном инфекционном агенте и, в связи с этим, не адекватность проведенной этиотропной терапии, подострое начало, признаки системности поражения, частые рецидивы, симметричный полиартрит, миграция суставного синдрома, генерализация с каждым последующим рецидивом болезни, раннее вовлечение в процесс мелких суставов и тазобедренных суставов, раннее снижение функциональной активности больного, появление в течении 3 месяцев от начала болезни симптомов околосуставного остеопороза, через 6 месяцев болезни – сужения суставной щели, к концу года – кистовидной перестройки, и рентгенологических признаков сакроилеита. При ИСАП на фоне синдрома Рейтера отмечалась слабая корреляционная зависимость генерализации процесса от длительности болезни ($r=0,19$). В начальной фазе болезни ИР и ILee слабо коррелировали с выраженной рентгенологической изменений периферических суставов и клиническими проявлениями сакроилеита ($r=0,13$).

Проявлением возможной генерализации процесса и хронизации при ИСАП явился высокий ИР в начальной фазе болезни, формирование рентгенологических признаков поражений периферических суставов, сакроилеальных сочленений. Однако, при ИСАП эти закономерности слабо выражены, в отличии от ВСАП. Иммунопатологические изменения в виде повышения ИРИ слабо коррелировали с признаками генерализации процесса и выраженной рентгенологической изменений ($r=0,18$ и $r=0,14$).

Таким образом, выраженная местной активности (ИР) и функциональных нарушений (I Lee) периферических и осевых суставов при ЮСАП коррелировали с иммунопатологическими сдвигами: при ВСАП, ПСАП они сопровождались понижением ИРИ, а ДСАП и в меньшей степени ИСАП – повышением ИРИ. При ЮСАП повышение ИРИ коррелировало с выраженными рентгенологическими изменениями периферических суставов, а понижение ИРИ – сакроилеальных сочленений. По – видимому, в происхождении спондилопатий лежат более глубокие изменения не только хелперной, но и супрессорной активности Т-лимфоцитов. При ПСАП признаки периферического артрита (Индекс Ричи) в начальной фазе болезни имели обратную корреляционную зависимость с рентгенологическими изменениями периферических суставов, что свидетельствовало о доброкачественном и быстропроходящем течении суставного синдрома, напротив прямая корреляционная зависимость суставного синдрома при ВСАП, ИСАП и ДСАП с рентгенологической симптоматикой, свидетельствует о его прогрессирующем и не доброкачественном течении.

Наблюдаемая при ПСАП прямая корреляционная зависимость клинической и рентгенологической симптоматики сакроилеита с проявлениями периферического артрита свидетельствует о раннем и прогрессирующем сакроилеите. При ВСАП, ДСАП и ИСАП, наблюдалась обратная корреляция с рентгенологической и клинической симптоматикой сакроилеита, что явилось косвенным свидетельством прогрессирования симптомов сакроилеита с длительностью болезни и по мере стихания активности периферического артрита.

Проявлением генерализации процесса при ПСАП и ДСАП явилась сохраняющая активность суставного синдрома, при ВСАП – в сочетании с рентгенологическими признаками прогрессирования.

Симптомы поражения позвоночника и сакроилеальных сочленений при ПСАП и ВСАП, ИСАП были проявлением заболевания, а не следствие генерализации процесса, при ДСАП – симптомы поражения позвоночника и сакроилеальных сочленений явились следствием генерализации процесса.

При хронических формах ЮСАП генерализация процесса наблюдалась в течении всего заболевания, наибольшая зависимость наблюдалась при ПСАП ($r=0,8$), умеренная при ВСАП ($r=0,38$) и слабая – при ДСАП и ИСАП.

Выводы:

1. Ранними признаками прогрессирования патологического процесса при спондилоартропатиях у детей являются высокая активность суставного синдрома в течении 4 недель, поражение позвоночника, тазобедренных и мелких суставов, хрящевых сочленений в первые 3 месяца болезни, рентгенологические изменения позвоночника, сакроилеальных сочленений и суставов (осеопороз, сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз) в первые 6 месяцев болезни, иммунопатологические сдвиги (повышение иммуноглобулина A, ИРИ)

2. При прогнозировании исходов спондилоартропатий у детей наиболее информативными клинико-функциональными пробами явились показатели визуальной аналоговой шкалы и специфические пробы поражения шейного отдела позвоночника, Шобера, Зацепина, Отта, Кушелевского –3.

3. Неблагоприятный исход при ВСАП, ИСАП и ПСАП обусловлен сохраняющейся высокой активностью суставного синдрома и выраженным рентгенологическим изменениями, обусловленными иммунопатологическими сдвигами.

Список литературы:

1. Меньшикова Л.В., Храмцова Н.Л., Еришова О.Б. и др. Исходы переломов проксимальных отделов бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия// Научно-практическая ревматология - 2002.- 4.- С. 11–13.
2. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. Проблема ревматических заболеваний в России с позиции общества и пациента// Вестн РАМН.- 2003.- 7: С. 11–14.
3. Gabriel S.E., Crowson C.S., Campion M.E., O'Fallon W.M. Direct medical costs are unique to people with arthritis// J. Rheumatol.- 1997.- 24.- P. 719–725.
4. Badley M.E. The economic burden musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher// J. Rheumatol.- 1995.- 22.- P. 204–206.
5. Praemer A., Furner S., Rice D. Musculoskeletal conditions in United States// Amer. Academ. Orthoped. Surgeons.- 1999.- P. 139–162.
6. Mittendorf T., Mau W., Zeider H. Health economics research in the area of chronic polyarthritis// Z. Rheumatol.- 2002.- 61.- P. 21–29.
7. Койлубаева Г.М. Качество жизни больных ревматоидным артритом и фармакоэкономические аспекты заболевания: Дисс....канд. мед. наук. М., 2005.
8. Насонова В.А., Эрдес Ш.Ф. О всемирной Декаде костно-суставных заболеваний// Научно-практическая ревматология.- 2000.- 4.- С. 14–16.

УДК. 616.286-002/616.284-002.153

ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.

Резюме

Цель. Изучение особенности бактериальной флоры миндалин при остром тонзиллите у детей и подростков.

Материалы и методы. Обследованы 128 детей от 3 до 14 лет с острым тонзиллитом. Проводили общеклинические исследования, фарингоскопию, бактериологическое исследование мазка из миндалин.

Результаты. Выявлено, что у пациентов чаще всего наблюдалась колонизация: *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginosus* (10,9%), *Moraxella catarrhalis* (9,4%), *Streptococcus dysgalactiae* ssp. *equisimilis* (8,6%), *Streptococcus agalactiae* (3,1%), которые чаще всего встречались в виде совместной колонизации.

Вывод. Основным предиктором развития острого тонзиллита у детей является вирусная инфекция (75,8%), которая способствовала к усилению колонизации миндалин патогенной бактериальной флорой. При этом в 66,4% случаев отмечается совместная колонизация нескольких бактерий, в основном *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*.

Ключевые слова: острый тонзиллит; дети; миндалина; бактерия; бактериофаг.

АКУТ ТОНЗИЛЛИТИ МЕНЕН БАЛДАРДАГЫ ТӨРӨЛГӨНДӨРДҮН БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ

Ташкент педиатриялык медициналык институту, Өзбекстан

Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.

Резюме

Максаты. Балдардагы жсана өспүрүмдөрдөгү курч тонзиллит бактериялык флорасынын өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

Материалдар жсана методдор. 3 жаштан 14 жашка чейинки курч тонзиллит менен ооруган 128 бала текшерилди. Жалпы клиникалык изилдөөлөр, фарингоскопия, тамак бездин бактериологиялык текшерүү.

Жыйынтык. Бейтаптарда колонизациянын эң көп кездешкени аныкталды: *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginosus* (10,9%), *Moraxella catarrhalis* (9,4%), *Streptococcus dysgalactiae* ssp. *equisimilis* (8,6%), *Streptococcus agalactiae* (3,1%), алар биргелешкен колонизация катары көп кездешкен.

Корутунду. Балдардагы курч тонзиллиттин өнүгүшүнүн негизги божомолу вирустук инфекция (75,8%), ал патогендик бактериалдык флора менен бездердин колонизациясынын күчөшүнө өбөлгө түзгөн. 66,4% учурларда бир нече бактериялардын, негизинен *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* жсана *Haemophilus influenzae* биргелешкен колониясы белгиленди.

Негизги сөздөр: курч тонзиллит; балдар; тамак бездери; бактерия; бактериофаг

FEATURES OF THE BACTERIOLOGICAL STATUS OF TONSILS IN CHILDREN WITH ACUTE TONSILLITIS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Turdieva Sh.T., Nasirova G.R.

Summary

Aim. Study of the features of the bacterial flora of the tonsils in acute tonsillitis in children and adolescents.

Materials and methods. Examined 128 children from 3 to 14 years old with acute tonsillitis. Conducted general clinical research, pharyngoscopy, bacteriological examination of a smear of tonsils.

Results. It was revealed that the most frequent colonization was observed in patients: *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginosus* (10,9%), *Moraxella catarrhalis* (9,4%), *Streptococcus dysgalactiae* ssp. *equisimilis* (8,6%), *Streptococcus agalactiae* (3,1%), which were most often encountered as joint colonization.

Output. The main predictor of the development of acute tonsillitis in children is a viral infection (75,8%), which contributed to increased colonization of the tonsils by the pathogenic bacterial flora. Moreover, in 66,4% of cases, joint colonization of several bacteria is noted, mainly *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* and *Haemophilus influenzae*.

Key words: acute tonsillitis; children; the tonsils; bacterium; bacteriophage.

Актуальность. Проблема лечения и профилактики острых респираторных заболеваний у детей различных возрастов, и развивающиеся осложнения на их фоне всегда являлась одним из актуальных вопросов современной педиатрии [1,5]. На этом фоне вопрос своевременной диагностики детей с острым тонзиллитом является одним из актуальных направлений современной педиатрии [3,6].

Основным возбудителем острого тонзилита являются вирусы, в последующем к ним присоединяются бактерии. По мнению А.Д.Ветровой (2014), у детей до 4 лет преобладает вирусная этиология в патогенезе заболевания и начиная с 4-летнего возраста преобладает *Streptococcus pyogenes*, который становится ведущей причиной острых тонзиллитов вплоть до 18 лет [2].

Среди бактерий наиболее значимым этиологическим агентом острого тонзилита остаётся β-гемолитический стрептококк группы А [4,10], и другие бактерии играют решающую роль в течении клиники заболевания [9]. Бактериальная флора является одним из основных преморбидных фонов, являющихся причиной хронизации многих детских заболеваний [7,12].

При этом, изучение распространённости бактериальной флоры и их влияние на клиническое течение острого тонзилита у пациентов детского возраста остаётся не до конца изученным вопросом современной отоларингологии.

Цель. Изучение особенности бактериальной флоры миндалин при остром тонзиллите (ОТ) у детей и подростков.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 128 детей в возрасте от 3 до 14 лет с клиникой острого тонзилита. Данное исследование проводилось в поликлинических условиях, совместно в сотрудничестве с клиникой ТашПМИ. Всем обследуемым детям проводили общеклинические исследования, фарингоскопию. Одновременно всем пациентам проведено бактериологическое исследование мазка из миндалин (бак. посев) по стандартной методике.

Результат и обсуждение. Из-за множества переменных классификация уровней доказательности для различных подходов к лечению требует очень разнообразной оценки.

Поэтому необходимы многочисленные научно обоснованные исследования для оценки доказательств [6]. Если эта потребность будет удовлетворена, можно ожидать, что в ближайшие годы терапевтические подходы будут иметь огромное значение [11].

Миндалины служат для приобретения иммунной системы и иммунной защиты путем презентации антигена, поэтому они содержат Т-лимфоциты, макрофаги и зародышевые центры В-лимфоцитов [8]. Они являются первой и наиболее доступной станцией системы лимфоидной ткани (MALT), связанной со слизистой оболочкой у человека [4,11]. Поскольку основная фаза иммунного приобретения продолжается до 6 лет, небные миндалины физиологически гиперпластичны в это время. Затем происходит инволюция, которая в основном проявляется в регрессии до 12 лет [10,12].

Острый тонзиллит (по МКБ J03.0 - J03.9), является одним из наиболее распространённых отоларингологических патологических процессов детском и подростковом возрасте, имея ряд английских синонимов: тяжелый тонзиллит, истинный тонзиллит, острые ангины, и относится к вирусному или бактериальному тонзиллиту. По нашим наблюдениям клиника проявлялась одинофагией (71,88%), отеком и покраснением миндалин (92,19%), и возникновения миндалевых экссудатов (46,09%), шейной лимфаденопатией (84,38%) и лихорадкой более 38°C (83,59%). При этом, некоторые авторы считают, что одинофагию в течение 24–48 часов следует рассматривать как часть промодальных симптомов насморка из-за вирусной инфекции верхних дыхательных путей, с исключением из определения «острый тонзиллит» [9]. В ходе нашего исследования, в зависимости от стадии и внешнего вида миндалин нами определены следующие формы ОТ: катаральная форма - 65,63% (n=84) детей, фолликулярная – 22,66% (n=29), лакунарная – 11,72% (n=15) детей. Как показали наши исследования, предиктором развития ОТ у детей в основном является вирусная инфекция (острое респираторное заболевание) – 75,8%, (n=97 из 128). Наличие вирусной инфекции были подтверждены в ходе проведения вирусного теста в носоглоточных мазках. Всем больным было проведено бактериологическое исследование. Исследования совместной колонизации бактерий и вирусного взаимодействия в патогенезе ОТ показали, что у пациентов чаще всего наблюдались следующие колонизации: *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginosus* (10,9%), *Moraxella catarrhalis* (9,4%), *Streptococcus dysgalactiae* ssp. *equisimilis* (8,6%), *Streptococcus agalactiae* (3,1%), которые чаще всего встречались в виде совместной колонизации. По результатам исследования *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*, с различными относительными пропорциями, были преобладающими видами, выселявшими у пациентов с ОТ, и инфекция стрептококкового ряда являлся доминирующим звеном.

Примерно у одной пятой таких пациентов *Staphylococcus aureus* был единственным патогенным агентом. Совместная колонизация *Moraxella catarrhalis*, по-видимому, увеличивает риск развития ОТ. Следует отметить, что на инвазию *Staphylococcus aureus* влияют самые разные факторы вирулентности, особенно адгезины или так называемые «микробные поверхностные компоненты, распознающие молекулы адгезивного матрикса». Стафилококковая адгезия к клеткам-хозяевам часто опосредуется связыванием с мостиковыми молекулами матрикса, которые также связаны с клетками-хозяевами через специфические рецепторы, такие как β 1-интегрины. Одновременно с бактериальной группой определили наличие *Candida* sp. - 16,4% (n=21). Указывающее на роль миксинфекции при развитии ОТ у детей.

При клиническом осмотре данных больных отмечали, одновременно увеличение глоточных миндалин (аденоиды).

Гиперплазия глоточной миндалины развивалась из увеличивающихся реакционных центров лимфатической ткани. Предполагается, что многофакторное развитие происходит в то время, когда происходит застой секрета из-за воспалительных процессов и гиперплазии ткани, способствующей дальнейшему воспалению. Таким образом, у данных больных вирусы вызывали иммунную и воспалительную реакцию в верхних дыхательных путях, а бактериальная суперинфекция приводила к развитию острого тонзиллита.

Лечение детей с острым тонзиллитом основывался на общее принятых клинических рекомендациях, и носило выраженный симптоматический характер.

Одновременно больным была назначена комплексная антибактериальная терапия с учётом возможного возбудителя в первые дни постановки диагноза. В последующем антибактериальная терапия корректировалася с учётом результатов бактериологического исследования.

Поскольку большинство патогенных микроорганизмов, вызывающих острый тонзиллит у детей, представляют собой организмы, продуцирующие бета-лактамазу, высокодозная терапия препаратами амоксициллина – являлся лечением первого выбора. Комплексное лечение проводилось совместно с отоларингологом, под визуальным контролем.

Вывод. Основным предиктором развития острого тонзиллита у детей является вирусная инфекция (75,8%), которая способствовала к усилению колонизации миндалин патогенной бактериальной флорой. При этом в 66,4% случаев отмечается совместная колонизация нескольких бактерией, в основном *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*, с различными относительными пропорциями.

Список литературы

1. Агзамова, Ш. А. Клеточный и гуморальный иммунитет у детей раннего возраста, инфицированных внутриутробно цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса [Текст] / Ш. А. Агзамова // Вятский медицинский вестник. - 2015. - №2 – Т.46. – С.13-17.
2. Ветрова, А. Д. Острый тонзиллит у детей: точка зрения педиатра. [Текст] А. Д. Ветрова. // Педиатрическая фармакология. - 2014. - №2. – С.61-65.
3. Зайцева, С. В. Острый тонзиллит в практике врача-педиатра. [Текст] С. В. Зайцева, А. К. Застрожина, Е. В. Куликова // Медицинский совет. - 2019. - № 2. - С. 113-119.
4. Горбачева, Е. В. Оценка рациональности антибактериальной терапии острого тонзиллита у детей и возможности ее оптимизации. [Текст]/ Е. В. Горбачева, А. М. Николаев // Дальневосточный медицинский журнал. - 2019.- №1.– С. 27-30.
5. Мурашко, А.О. Комплексный подход к профилактике острого тонзиллита в образовательных учреждениях [Текст] / А. О. Мурашко, О. О. Смолина, С. С. Долгих // Наука молодых - *Eruditio Juvenium*.- 2019. - №2. - С. 211-222.
6. Полякова, А. С. Острый тонзиллит у детей: принцип "раз – и готово!" [Текст] / А. С. Полякова, М. Д. Бакрадзе, В. К. Таточенко, И. Л. Чащина // Медицинский совет. - 2018. - № 2. – С.117-123.
7. Турдиева, Ш. Т. Влияние энтеральной оксигенотерапии на хеликобактериоз при реабилитации детей с хронической гастродуodenальной патологией. [Текст] / Ш. Т. Турдиева //Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2018. - №4. - Т.63.- С.69-72.
8. Brandtzaeg, P. Immune functions of nasopharyngeal lymphoid tissue. [Text] / P. Brandtzaeg // Adv Otorhinolaryngol. – 2011. - №72. – P.20–24.
9. Georgalas, C. C. Tonsillitis. [Text] / C.C. Georgalas, N. S.Tolley, A. Narula // Clin Evid (Online)-2009. – № 26. – 112 p.
10. Palkola, NV. Immune Defense in Upper Airways: Single-Cell Study of Pathogen-Specific Plasmablasts and Their Migratory Potentials in Acute Sinusitis and Tonsillitis. [Text] / NV. Palkola, K. Blomgren, SH. Pakkanen, R. Puohiniemi, JM. Kantele, A. A. Kantele // PLoS One. – 2016. -№11(4).
11. Shulman, ST. Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: [Text] / ST. Shulman, AL. Bisno, HW. Clegg, MA. Gerber, EL. Kaplan et al // Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. - 2012 -№ 55(10)- P.86–102.
12. Stelter, K. Tonsillitis and sore throat in children. [Text] / K. Stelter //GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. – 2014. - № 13.

УДК: 616-053.2+615.835.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

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

Резюме.

В представленной статье проведен системный анализ сведений по физиологическому статусу детей-горцев и по течению в горах ряда социально значимых заболеваний с последующим выделением наиболее рациональных мер, направленных на нивелирование отрицательного воздействия гипоксической гипоксии и инфекционных факторов на растущий организм, а также в поисках наибольшей эффективности научно-исследовательской деятельности в выполнении огромных потребностей, выдвигаемых практическим здравоохранением.

Ключевые слова: дети, горцы, системный анализ, заболеваемость.

ТООЛУУ ШАРТТАРДА БАЛДАР ОРГАНИЗМИНИН АКТУАЛДУУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

*Энэ жана баланы коргоо улуттук борборуу,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы*

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

Резюме.

Бул макалада тоолук балдардын физиологиялык статусу боюнча жана өсүп келе жаткан организмге гипоксиялык гипоксиянын жана инфекциялык факторлордун терс таасирин түздөөгө багытталган өтө сарамжалдуу чараларды бөлүү менен тоолордо бир катар социалдык маанилүү оорулардын өтүшүү боюнча, ошондой эле практикалык саламаттыкты сактоо сунуштаган абдан көп муктаждыктарын аткарууда илимий-изилдөө ишмердүүлүгүнүн көбүрөөк натыйжалуулугун изденүүдө маалыматтардын системалык анализи өткөрүлдү.

Негизги сөздөр: балдар, тоо тургундары, системалык анализ, оорулуулук.

CURRENT PROBLEMS OF THE CHILD'S BODY IN MOUNTAIN CONDITIONS

*National center for maternal and child health,
Bishkek, Kyrgyz Republic*

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

Summary.

The article presents a systematic analysis of information on the physiological status of mountain children and the flow of a number of socially significant diseases in the mountains, followed by the identification of the most rational measures aimed at leveling the negative impact of hypoxic hypoxia and infectious factors on the growing body, as well as in search of the greatest effectiveness of research activities in meeting the huge needs put forward by practical health care.

Key words: children, mountaineers, system analysis, morbidity.

Актуальность. «Сегодня дети – завтра народ» - один из главных постулатов, подтверждающих значимость благополучного формирования и функционирования детского организма в различных условиях для процветания всего государства.

Важность данного утверждения для Кыргызской Республики обусловлена особенностями рельефа местности, наличием разных по высотности и климату регионов, что является основанием к использованию дифференцированных подходов к оценке физиологических и патологических процессов в различные периоды жизни и развития детского организма в разных условиях его постоянного или временного проживания.

Более трети населения Кыргызстана проживает в горных условиях и подвержено различным, в том числе и экстремальным, факторам обитания, что обуславливает интерес исследователей многих направлений медицины к вопросам функционирования человека в горных условиях, а также к вопросам формирования и течения патологических процессов в условиях горной гипоксии [1, 12, 14].

Проблемы существования, физического становления, течения патологических процессов у детей-горцев представляют особый интерес, так как именно в детстве формируется жизненный и трудовой потенциал взрослого населения.

В настоящее время общепризнанным является факт наличия особенностей физического развития и показателей функционирования различных систем у здоровых детей, постоянных жителей высокогорья, поэтому периодический мониторинг статуса детей-горцев признается многими учеными одним из необходимых этапов профилактической медицины в условиях гор [2, 3, 4, 5].

В Кыргызской Республике достаточно активно процессы функционирования детского организма в горных условиях в норме и при патологических состояниях изучались в 1970-2000 гг. [8, 9, 10, 11].

Научные исследования включали изучение физиологических процессов, разработку нормативов по различным системам [14, 15], а также исследование особенностей течения патологических процессов в условиях сочетанного воздействия инфекционных факторов и высокогорной гипоксии [16, 17].

Результаты и их обсуждения.

Таблица 1 – Показатель детской смертности по областям 2011-2018 гг. (число умерших детей в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся живыми)

Регионы	Годы							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Кыргызская Республика	24,5	23,4	23,3	23,1	21,5	19,8	18,6	17,3
Иссык-Кульская область	24,8	24,0	19,5	16,9	18,8	14,8	15,2	14,2
Нарынская область	20,1	21,7	20,2	22,6	16,8	17,9	18,4	15,1

Как видно из данных, представленных в табл. 1 в течение последних лет отмечалось снижение детской смертности как по Кыргызской Республике, так и в областях, относящихся к средне- и высокогорным регионам.

К 2015 году в Кыргызстане была выполнена одна из целей тысячелетия, касающаяся снижения на 1/3 смертности детей до 5 лет, но показатели младенческой смертности еще остается на уровнях, выше планируемых в целях тысячелетия.

В Нарынской области с 2016 года (17,9) в сравнении с 2015 годом (16,8) отмечается роста детской смертности в возрасте до 5 лет. В 2017 году данный показатель увеличился (18,4) в сравнении с предыдущим годом. А с 2018 года вновь отмечается снижения детской смертности у детей до 5 лет в Нарынской области.

В Талассской области снижение и рост детской смертности у детей до 5 лет с 2011 года до 2018 года отмечалось неравномерная кривая т.е. имело место снижения далее на следующий год роста данного показателя.

С 2018 года имело место рост (22,8) детской смертности у детей до 5 лет в сравнении с 2017 годом (17,2) в Таласской области. В г.Бишкек с 2011 года по 2016 год отмечалось снижение детской смертности у детей до 5 лет. Но в 2017 году был отмечен рост данного показателя (26,4) в сравнении с 2016 годом (25,5). Показатель детской смертности у детей до 5 летнего возраста имело место снижения в г.Бишкек вновь с 2018 года (24,8).

Данные, представленные в табл. 2, указывают на высокий уровень заболеваний по основным классам болезней, причем в периоде с 2014 по 2016 годы отмечалось увеличение болезней органов дыхания, кровообращения мочеполовой системы. Но, с 2017 года отмечается снижение заболеваемости детей до 14 лет – болезни органов дыхания, болезни крови и кроветворных органов, болезни органов кровообращения и болезни эндокринной системы, расстройства питания по Кыргызской Республике. С 2018 года отмечается рост таких заболеваний, как инфекционные паразитарные заболевания, болезни нервной системы по Кыргызской Республике. А в 2019 году имело место резкого роста болезни органов пищеварения по республике.

С 2019 года по Кыргызской Республике отмечалось рост инфекционно – паразитарных заболеваний (3056,2) в сравнении с 2018 годом (2894,2). Также отмечалось рост болезней нервной системы (715,8) в сравнении с 2018 годом (688,6).

Таким образом, за последний год (2019) отмечается рост инфекционных паразитарных заболеваний, болезней органов пищеварения и нервной системы.

В табл. 2 и 3 представлена структура причин детской смертности в динамике в Иссык-Кульской и Нарынской областях с 2012 по 2018 гг. Судя по приведенным данным, в обеих зонах с 2012 по 2018 гг. в качестве причин смертности детей превалировали болезни органов дыхания и врожденные аномалии. В 2015 году отмечалось значительное снижение болезней органов дыхания в структуре причин детской смертности в Иссык-Кульской области (6,2) в сравнении с показателями 2014 года в Иссык-Кульской области (9,5).

С 2016 года отмечается рост смертности от болезни органов в Иссык-Кульской области (10,1) и 2018 году (12,5).

Врожденные аномалии в структуре причин детской смертности в Иссык-Кульской области выросло (20,1) в 2016 году. А в 2017 году имело место снижение данного показателя (13,3) и вновь рост был в 2018 году (15,0). Болезни нервной системы и органов чувств в Иссык-Кульской области с 2017 года отмечается рост (4,8) и данный показатель имел место в 2018 году (5,0).

Таблица 2 – Структура причин детской смертности, Иссык-Кульская область, 2012-2018 гг., в %

Классы болезней	Структура причин детской смертности						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Инфекционные и паразитарные болезни	2,6	3,8	2,7	4,3	1,8	3,0	3,1
Болезни нервной системы и органов чувств	3,7	1,9	3,8	3,3	3,0	4,8	5,0
Болезни органов дыхания	10,0	9,5	8,2	6,2	10,1	7,3	12,5
Болезни органов пищеварения	1,1	-	-	1,0	-	0,6	-
Врожденные аномалии	13,3	23,2	17,9	15,7	20,1	13,3	15,0

В структуре причин детской смертности такие, как инфекционные и паразитарные болезни в Иссык-Кульской области пик был в 2015 году (4,3), а в 2016 году отмечалось снижение данного показателя (1,8). Но с 2017 года вновь имело место роста причин детской смертности по инфекционными заболеваниям и паразитарным заболеваниям (3,0).

Таким образом, в Иссык-Кульской области в структуре причин детской смертности в 2018 году превалировали такие заболевания как болезни нервной системы и органов чувств и органов пищеварения, врожденных аномалий.

В 2015 году отмечалось значительное снижение болезней органов дыхания в структуре причин детской смертности в Нарынской области (10,8), в сравнении с показателями 2014 года в Нарынской области (17,1). С 2016 года отмечается рост смертности от болезни органов в Нарынской области (13,9) в 2016 году и в 2018 году (14,0).

Врожденные аномалии в структуре причин смертности в Нарынской области в 2015 году был рост (14,4), а в 2016 году имело место снижения данного показателя (9,0). Вновь рост смертности врожденных аномалий с 2017 году (13,5) В Нарынской области структуре причин смертности болезни нервной системы и органов чувств в 2015 году имел пик (5,4), и с 2016 года отмечалось снижение данного показателя (4,1).

В Нарынской области структуре причин детской смертности как инфекционные и паразитарные заболевания с 2016 года отмечается снижение (2,5).

Таким образом, в структуре причин детской смертности в Нарынской области такие заболевания как инфекционные паразитарные заболевания, болезни нервной системы и органов чувств.

Таблица 3 – Структура причин детской смертности, Нарынская область, 2012-2018 гг., в %

Классы болезней	Структура причин детской смертности						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Инфекционные и паразитарные болезни	5,8	3,6	3,3	8,1	2,5	1,7	2,0
Болезни нервной системы и органов чувств	0,6	1,4	2,0	5,4	4,1	2,5	3,0
Болезни органов дыхания		17,9	17,1	10,8	13,9	14,4	14,0
	20,8						
Болезни органов пищеварения	1,3	0,7	-	0,9	-	-	-
Врожденные аномалии	13,0	10,0	11,8	14,4	9,0	13,5	13,0

К числу актуальных проблем детского возраста с давних пор относятся анемии, так как они нарушают процессы формирования здоровья детей и физического развития в различных возрастных периодах и отягощают течение многих заболеваний вплоть до неблагоприятных исходов. В Кыргызстане анемии детского возраста всегда относились к числу распространенных заболеваний, требующих изучения эпидемиологии, особенностей течения анемий у детей в зависимости от высоты местности проживания, качественного состава эритроцитов и эритрокинетических показателей.

Заключение

Естественно, нельзя считать, что в настоящее время проблема здравоохранения для детей, проживающих в горных местностях, близка к своему лучшему варианту, о чем свидетельствуют главные индикаторы качества жизни и медицинского обслуживания детей, значительно отличающиеся от соответствующих показателей в Республике и особенно – в развитых странах.

Главными проблемами остаются здоровье детей в горных условиях, их заболеваемость, особенности течения патологических процессов в горных местностях, выживаемость и диапазон компенсаторных возможностей у детей-горцев.

Непременной составляющей решения этих проблем является совершенствование материально-технической базы и обеспечение кадрами высокой квалификации.

Выполнение этих разделов системы здравоохранения возможно лишь при наличии четких научных представлений об особенностях функционирования детского организма в горных условиях в норме и при патологических процессах.

В последующих главах будут представлены основные характеристики деятельности отдельных органов и систем у здоровых детей в условиях средне- и высокогорья, а также особенности течения ряда наиболее распространенных болезней в местностях, изначально отличающихся гипоксической средой.

Список литературы:

1. **Айдаралиев, А. А.** Физиологические механизмы адаптации и пути повышения резистентности организма к гипоксии [Текст]/ А.А. Алдашева - Фрунзе, 1978.
2. **Алдашева, Н. М.** Распространенность врожденных пороков сердца среди детей, жителей различных высот Киргизии [Текст]/ Н. М. Алдашева, М. К. Молдоташев, А. М. Тенебаум - Москва, 1985. - С.12.
3. **Алымкулов, Д. А.** Кардио- и гемодинамика у здоровых детей в различных высотных зонах Киргизии[Текст]/ Д. А. Алымкулов, А. Б. Елиференко, А. Б. Фуртикова // Вопросы возрастной физиологии и педагогики спорта Киргизии: сб. тр. конф. - Фрунзе, 1980. - С. 129-130.
4. **Алымкулов, Д. А.** Организация двигательного режима в пионерских лагерях, расположенных в условиях среднегорья [Текст]/ Д. А. Алымкулов, А. Б. Фуртикова, А. Б. Елиференко, В. А. Ильин // Методические рекомендации. – Фрунзе, 1980. – 29 с.
5. **Батырханов, Ш. К.** Рецидивирующий бронхит у детей Киргизии : автореф. дис. ... канд. мед. наук.: 14.01.08. // Ш. К. Батырханов- Фрунзе, 1982.- 25 с.
6. **Водкайло, Л. В.** Особенности реактивности детей раннего возраста в горных условиях: автореф. д-ра мед. наук.: 14.01.08 // Л. В. Водкайло-- Ленинград, 1982. – 40 с.
7. **Ильин, В. А.** Особенности периферического кровообращения у здоровых детей (8-15 лет), уроженцев различных высотных поясов: автореф. дис. ... канд. мед. наук.: 14.01.08. // В. А. Ильин – Москва, 1982.
8. **Ильин, А. А.** Охрана здоровья детей в Киргизской ССР. [Текст]/ А. А. Ильин, Г. М. Попова, О. Т. Тургунбаев, З Ф.Шалавина – Ташкент, 1984. – 134 с.
9. **Исаева, Ж. С.** Медико-социальные аспекты затяжной пневмонии у детей // Матер. II съезда педиатров Киргизии. [Текст]/ Ж. С. Исаева - Фрунзе, 1988. – С. 50-55.
10. **Исаева Ж.С.** Клинико-иммунологические особенности затяжных пневмоний у детей в Киргизии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1989.
11. **Комаров Г.А.** Бронхолегочные заболевания у детей в горных условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1982.
12. **Миррахимов М.М.** Высокогорная медицина и физиология. – Фрунзе, 1973.
13. **Миррахимов М.М., Агаджсанян Н.А.** Человек и окружающая среда. – Фрунзе, 1974.
14. **Турусбеков Б.Т.** Газоэнергетический обмен у детей, постоянных жителей Тянь-Шаня // Высокогорный климат и больной организм: матер. конф. – Фрунзе, 1963.
15. **Турусбеков Б.Т.** Горный климат и организм детей. – Ленинград, 1965.
16. **Турусбеков Б.Т.** Влияние различных климато-географических факторов на растущий организм // Изд. Кыргызского географического общества АН КР. – 1975. – Вып. 11. – С. 40-44.
17. **Фуртикова А.Б.** Газообмен и гемодинамика при ревматизме у детей в условиях низкогорья и высокогорья Киргизии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1975.

УДК 616.61-002-008-053.2.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРОГНОЗ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Хамзаев К.А.

РЕЗЮМЕ.

Цель. Изучение встречаемости и прогноза фокально-сегментарного гломерулосклероза у детей с нефротическим синдромом.

Материалы и методы. 32 детей с подтвержденным морфологическим диагнозом «фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)» были включены в наше исследование.

Результаты. В нашей выборке детей, также, как и во всем мире наблюдается увеличенная частота ФСГС среди результатов нефробиопсии детей с первичным НС, полученные нами показатели выживаемости почек (90,4%, 69% и 34,4%, через 1, 3 и 3 лет соответственно) были аналогичны данным других исследований.

Заключение. Исходная резистентность к стероидам является единственным значимым показателем выживаемости почек у детей с ФСГС.

Ключевые слова: нефротический синдром, фокально-сегментарный гломерулосклероз, нефробиопсия.

БАЛДАРДА ФОКАЛДЫК-СЕГМЕНТАРДЫК ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗДУН КЕЗДЕШҮҮСҮ ЖАНА БОЖОМОЛУ

Ташкент педиатриялык медициналык академиясы, Ташкент ш., Өзбекстан

К.А.Хамзаев

Резюме

Максаты. Балдарда нефротикалык синдром менен фокалдык-сегментардык гломерулосклероздун көздешүүсүн жана божомолун изилдөө.

Материалы жана ықмалары. Биздин изилдөөгө далилденген «фокалдык-сегментардык гломерулосклероз (ФСГС)» морфологиялык диагнозу менен 32 бала киргизилген.

Натыйжалары. Биздин балдарды тандообузда бүт дүйнөдөгүдөй эле алгачкы НС менен балдар нефробиопсиясынын жыйынтыктары арасында ФСГС жыштыгынын жогорулаши байкалат, биз ала алган бөйрөктөрдүн жашап кетүүчүлүк көрсөткүчтөрү (90,4%, 69% жана 34,4%, 1, 3 жана 3 жылдан кийин иретке ылайык) башка изилдөөлөрдүн маалыматтарына окишои болгон.

Жыйынтыктоо. ФСГС менен балдар бөйрөктөрүнүн жашап кетүүчүлүгүнүн жалғыз маанилүү көрсөткүчү – стероиддерге баштапкы резистенттүүлүк.

Негизги сөздөр: нефротикалык синдром, фокалдык-сегментардык гломерулосклероз, нефробиопсия.

INCIDENCE AND PROGNOSIS OF FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS IN CHILDREN

Tashkent pediatric medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Khamzaev K. A.

ABSTRACT

Goal. Study of the incidence and prognosis of focal segmental glomerulosclerosis in children with nephrotic syndrome.

Materials and methods. 32 children with a confirmed morphological diagnosis of focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) were included in our study.

Results. In our sample of children, as well as throughout the world, there is an increased incidence of FSGS among the results of kidney biopsy of children with primary NS. the obtained kidney survival rates (90.4%, 69% and 34.4%, after 1, 3 and 3 years, respectively) were similar to the data from other studies.

Conclusion. Initial steroid resistance is the only significant indicator of kidney survival in children with FSGS.

Keywords: nephrotic syndrome, focal segmental glomerulosclerosis, kidney biopsy

Актуальность. Первичный нефротический синдром (НС) является наиболее частым заболеванием клубочков почек у детей. Встречаемость НС у детей младше 16 лет составляет 12–16 на 100,000 [1]. В странах Западной Европы ежегодная встречаемость между 1,2 и 3,5 на 100,000 [2,3], в мире 4,7 на 100,000 ежегодно [4] и до 6,5 на 100,000 в год в Японии [5]. Хотя у более 85% детей с нефротическим синдромом, протеинурия хорошо реагирует на лечение стероидами, приблизительно у 10-15% больных наблюдается первичная или вторичная резистентность на стероиды [6,7].

Стероид-резистентный нефротический синдром (СРНС) ассоциируется с плохим почечным прогнозом, у 36-50% детей в течение 10 лет может развиваться терминальная стадия хронической болезни почек (тХБП) [8]. Многие годы первичный НС классифицировали на основании ответа пациента на стероиды, при морфологическом исследовании почечной ткани часто были видны признаки фокально-сегментарного гломерулосклероза (ФСГС). Этиология, патогенез, также лечение ФСГС у детей до сих пор является темой научных дискуссий во всем мире.

Материалы и методы. Данное исследование проведено в отделении нефрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии в 2012-2019 гг. Анализировали результаты биопсии почек, которые были выполнены за 8 лет. Стероидная резистентность была показанием к выполнению биопсии почки, биоптат изучен под световым и иммунофлюоресцентным микроскопом. Изучая патогистологические заключения, только дети с подтвержденным морфологическим диагнозом «фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)» ($n = 32$) были включены в наше исследование и проведены дальнейшие наблюдения за этими детьми. Учитывали возраст пациента в начале заболевания, пол, семейный анамнез по наличию нефротического синдрома, схему лечения, резистентность к стероидам и другим иммунодепрессивным препаратам, наличие макроскопической и микроскопической гематурии, гипертензии, также конечный результат заболевания. Стероидная резистентность установлена при отсутствии ответа на преднизолон в дозе: 2 мг/кг/в сутки, ежедневно в течение 6 недель [10].

Данные анализировали с помощью программного обеспечения SPSS (SPSS Inc, Chicago, Ill, USA). В описательных отчетах для количественных переменных, использовались среднее значение, стандартное отклонение и стандартная ошибка среднего, а для описания качественных характеристик -частотные коэффициенты. Показатели распространенности были рассчитаны путем деления числа новых случаев заболевания ФСГС на общее число биопсийных пациентов за каждый период времени.

Впоследствии, для оценки значимости любых различий в показателях распространенности ФСГС, в разные годы был использован критерий хи-квадрат (χ^2). Для анализа выживаемости почечных исходов у детей с ФСГС использовали методику Каплана-Мейера.

При анализе выживаемости, исход рассматривался как терминальная стадия хронической болезни почек (тХБП), а также подсчитывались показатели выживаемости и средние значения. Также использовался логарифмический ранговый критерий для оценки значимости разницы между средними показателями выживаемости в различных подгруппах исследования. Регрессионная модель Кокса была использована для оценки многомерной связи между различными переменными и средним значением выживаемости почек.

Результаты. В период 2012-2019 гг. 223 ребенка получили лечение с стероид-резистентным первичным нефротическим синдромом, из них у 32 (14,1%) после биопсии почки диагностирован ФСГС. Основные демографические и клинические характеристики детей с ФСГС в начале заболевания показаны в таблице 1.

21 ребенок (65,6%) были мальчики и соотношение мальчики/девочки - 1,9/1. Возраст начал заболевания в среднем составил $6,97 \pm 4,1$ лет. Семейный анамнез был положительным у 2x детей (6%). При начале заболевания у 11 (34,3%) детей была микроскопическая и у 2 (6) имелась макрогематурия. Артериальная гипертензия отмечалась у 12(37,5%) детей.

8 лет наблюдались все 32 ребенка с ФСГС. Среди них первичная стероидная резистентность отмечалась у 3 (9,3%), вторичная у 26 (81,3%) детей. У 3x (9,3%) детей отмечалась стероидная чувствительность, но частые рецидивы (одному проведено комбинированное лечение циклоспорина А с миофенолатом мофетил, остальные 2 принимали циклоспорин А) после проведенного лечения быстро наступила ремиссия без рецидивов в течение 8 лет. К концу 7-летнего наблюдения все трое детей (9,3%) находились в ремиссии НС.

Наблюдение за остальными 29 детьми с первичной и вторичной резистентностью показало следующее: у 19 детей (65,6%) после проведенного лечения наступила ремиссия, 10 (34,4%) оставались резистентными к стероидам и другим иммуносупрессивным препаратам.

Таблица 1. - Основные демографические и клинические характеристики детей с ФСГС в начале заболевания

Параметр	Значение
Возраст в начале заболевания, лет	$6,97 \pm 4,10$
Положительный семейный анамнез, n (%)	2 (6)
Пол, n (%)	
Девочки	11 (34,4)
Мальчики	21 (65,5)
Клинические признаки ФСГС, n (%)	
Микроскопическая гематурия	11 (34,3)
Макрогематурия	2 (6)
Гипертензия	12 (37,5)
Стероидная резистентность, n (%)	
Первичная	3 (9,3)
Вторичная	26 (81,3)
Лечение, n (%)	
Циклофосфамид	14 (43,4)
Циклоспорин А	26 (82,7)
Миофенолат мофетил	16 (50)

Ремиссия наступила у 4x из 10 детей, у двоих после циклоспорина, а у оставшихся двоих при комбинации циклоспорина А с миофенолатом мофетил, оставшиеся шестеро детей испытывали нечастые рецидивы и оставались на стероидной и иммуносупрессивной терапии.

У 10 (34,4%) детей, которые оставались резистентными к стероидам и другим иммуносупрессивным препаратам развивалась ХБП в среднем через 5,9 лет.

Процент почечной выживаемости в 1-ом году наблюдения составил 90,4%, в 3-ем году 69%, в 5-ом году 34,4%, смерть наступила у 3х больных. Анализ взаимосвязи почечной выживаемости и других факторов показал следующее: (Таблица 2).

Факторы, связанные с почечной выживаемостью, включили: возраст в начале заболевания, пол, первичная резистентность к стероидам и иммуносупрессорам, микроскопическая и макроскопическая гематурия, гипертензия. У детей с первичной резистентностью к лечению, отмечалась значительно низкая почечная выживаемость (3,66 лет; стандартная ошибка среднего 0,72 лет против 7,00 лет и стандартная ошибка среднего 1,85 лет; $P = 0,009$). У детей с ФСГС и положительным семейным анамнезом отмечалась значительно низкая почечная выживаемость (3,50 лет; стандартная ошибка среднего 0,98 лет против 7,16 лет и стандартная ошибка среднего 1,56 лет; $P = 0,006$).

Среднее время почечной выживаемости у детей с ФСГС было больше у девочек (6,91 года, стандартная ошибка среднего 1,87 года у девочек против 6,52 года, стандартная ошибка среднего значения 0,87 года у мальчиков) и пациентов с возрастом на момент постановки диагноза менее 8 лет (11,03 года; стандартная ошибка среднего 1,50 года против 8,73 года; стандартная ошибка среднего 0,96 года у лиц в возрасте 8 лет и старше), эти различия не соответствовали уровню значимости (log-rank test $P = 0,28$ и $P = 0,47$, соответственно).

Для оценки независимых факторов, влияющих на выживаемость почек, с помощью регрессионной модели Кокса был проведен многомерный анализ. Единственным значимым фактором была начальная резистентность к лечению (отношение шансов - 8,80; $P = 0,04$).

Таблица 2. - Одномерный анализ факторов риска связанные с временем почечной выживаемости у детей с ФСГС

Показатель	Почечная выживаемость, лет (Среднее ± Стандартная ошибка среднего (SEM))	P
Начало заболевания, лет		
<8	11,03 ± 1,50	0,47
≥8	8,73 ± 0,96	
Пол		
Мальчик	6,91 ± 1,87	0,28
Девочка	6,57 ± 0,87	
Семейный анамнез		
Отрицательный	7,16 ± 1,56	0,006
Положительный	3,50 ± 0,98	
Гематурия		
Отрицательная	3,29 ± 0,91	0,2
Положительная	7,61 ± 2,0	
Гипертензия		
Отрицательная	7,64 ± 1,67	0,9
Положительная	4,51 ± 1,23	
Первичная резистентность к стероидам и иммуносупрессорам		
Отрицательная	7,00 ± 1,85	0,009
Положительная	3,66 ± 0,72	

Обсуждение. Отчеты международного исследования заболеваний почек у детей (ISKDC) в 1970 и 1978 годах показали, что при проведении биопсии почек детей с НС, частота ФСГС составляла от 7% до 9% [10,11,12]. Однако, недавние исследования стали показывать повышенную частоту встречаемости ФСГС у детей с НС [13,14,15].

Результаты нашего исследования также показывают, что в нашей выборке детей, также, как и во всем мире наблюдается увеличенная частота ФСГС среди результатов нефробиопсии детей с первичным НС. Gulati и др. пришли к выводу, что в течение многих лет среди индийских детей увеличивается распространенность ФСГС (с 20% до 47%) [16]. Кроме того, канадское исследование показало, что в периоде 1985 по 2002 гг. заболеваемость ФСГС возросла с 0,37 до 0,94 на 100 000 человек в год [17,18].

Поскольку в этих исследованиях не учитывались клинические переменные, на их результаты могли повлиять потенциальные смешивающие клинические характеристики, такие как возраст на момент постановки диагноза и пол.

В нашем исследовании преобладали мальчики (65,5%), которые были аналогичны с другими исследованиями [19,20], особенно с теми, которые проводились в странах востока, в которых сообщалось, что соответственно 67,6% и 66,7% турецких и египетских детей с ФСГС были мальчиками [21,22]. В нашем исследовании средний возраст в начале заболевания был 6,97 года. Большинство исследований показали, что средний возраст на момент презентации составляет от 6 до 7 лет. Кроме того, наши результаты показывают, что, средний возраст в начале заболевания незначительно увеличился.

Начальный ответ на преднизолон у детей с ФСГС является плохим. От 70% до 80% этих пациентов являются стероидрезистентными [23]. В нашем исследовании стероидная резистентность наблюдалась у 81,3%, и только 3 больных (9,3%) имели стероидную чувствительность и полностью выздоровели.

Поскольку в нашем исследовании и в других исследованиях не были биопсированы многие пациенты, которые чувствительны к стероидам с возможной ФСГС, или в биопсии имелись результаты «not sampled» ФСГС, невозможно определить истинную частоту возникновения чувствительности к стероидам у этих пациентов [24].

Наш анализ для оценки факторов, влияющих на выживаемость почек, показал, что положительный семейный анамнез и начальная резистентность к стероидам были значительно связаны с плохим исходом и более низкой выживаемостью почек. Однако при дальнейшем многоуровневом анализе, исходная резистентность к стероидам была единственным значимым показателем выживаемости почек у детей с ФСГС.

Полученные нами показатели выживаемости почек (90,4%, 69% и 34,4%, через 1, 3 и 3 лет соответственно) были аналогичны данным других исследований [25], но больше, чем оценка выживаемости, определенное D'Agati V. D. И др. [26], и меньше, чем данные Бразилии [23].

Список литературы:

1. *Eddy, AA, Nephrotic syndrome in childhood. [Text] / AA Eddy, JM Symons // Lancet. – 2003. - № 362. – P.629–639.*
2. *Franke, I The incidence of the nephrotic syndrome in childhood in Germany. [Text] / I Franke, M Aydin, L. lamas, CE Lopez, Kurylowicz L, Ganschow R, Lentze M, Born M // Clin Exp Nephrol. -2018. - № 22. –P.126–132.*
3. *Dossier, C. Epidemiology of idiopathic nephrotic syndrome in children: endemic or epidemic? [Text] / C. Dossier, N. Lapidus, F. Bayer, AL. Sellier-Leclerc, O. Boyer, L de Pontual, A May, S. Nathanson, C. Orzechowski, T. Simon, F. Carrat, G. Deschenes // Pediatr Nephrol. – 2016. - № 31:- P. 2299–2308.*
4. *Nandlal, L. Nephrotic syndrome in South African children: changing perspectives in the new millennium. [Text] / L. Nandlal, T. Naicker, R. Bhimma //Kidney Int Rep. -2019. -№ 4. – P.522–534.*
5. *Kikunaga, K. Japanese Pediatric Survey Holding Information of Nephrotic syndrome (JP-SHINE) study of the Japanese Study Group of Renal Disease in Children. High incidence of idiopathic nephrotic syndrome in East Asian children: a nationwide survey in Japan (JP-SHINE study). [Text] / K. Kikunaga, K. Ishikura, C. Terano, M. Sato, F. Komaki, Y. Hamaasaki, S. Sasaki, K. Iijima, N. Yoshikawa, K. Nakanishi, H. Nakazato, T. Matsuyama, T. Ando, S. Ito, M. Honda // Clin Exp Nephrol. – 2017. - 21:651–657*

6. **Tullus, K.** Management of steroid-resistant nephrotic syndrome in children and adolescents. [Text] / K. Tullus, H. Webb, A. Bagga // Lancet Child Adolesc Health. – 2018. - № 2. – P. 880–890.
7. **Noone, DG.** Idiopathic nephrotic syndrome in children. [Text] / DG. Noone, K. Iijima, R. Parekh // Lancet. -2018. - № 392. –P.61–74.
8. **Nourbakhsh, N.** Steroid-resistant nephrotic syndrome: past and current perspectives. [Text] / N. Nourbakhsh, RH. Mak // Pediatric Health Med Ther/-2017. -№ 8. P. 29–37.
9. **Avner, ED.** Pediatric nephrology, seventh edition. [Text] / ED. Avner, WE. Harmon, P. Niaudet, N. Yoshikawa, F. Emma, SL. Goldstein. // Springer Berlin Heidelberg, - 2015. - 2730 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43596-0>
10. **Conley, SB.** More questions than answers. [Text] / SB Conley // Kidney Int.- 1999.- № 55: P. 2072-2073.
11. **Filler, G.** Is there really an increase in non-minimal change nephrotic syndrome in children? [Text] / G. Filler, E. Young, P. Geier, B. Carpenter, A. Drukker, J Feber. // Am J Kidney Dis. - 2003. - №42. – P. 1107-1113.
12. **Srivastava, T.** High incidence of focal segmental glomerulosclerosis in nephrotic syndrome of childhood. [Text] / T. Srivastava, SD. Simon, US. Alon // Pediatr Nephrol. – 1999. -№13. –P.13-18.
13. **Han, K. H.** Recent advances in treatments of primary focal segmental glomerulosclerosis in children. [Text] / K. H. Han, S. H. Kim // BioMed research international. – 2016. – T. 2. -16p.
14. **Krishin, J.** Frequency of histopathological subtypes of steroid resistant nephrotic syndrome among children below 12 years in a tertiary care hospital of Islamabad, Pakistan [Text] / J. Krishin //Rawal Medical Journal. - 2020. - №. 1. - T. 45. - C. 245-248.
15. **Alhasan, K. A.** Successful Treatment of Recurrent Focal Segmental Glomerulosclerosis After Transplantation in Children: A Single-Center Experience [Text] / K. A Alhasan //Transplantation proceedings. – Elsevier. - 2019. - №. 2. - T. 51. - C. 517-521.
16. **Gulati, A.** Inherited glomerular diseases in the gilded age of genomic advancements. [Text] / A. Gulati, N. Dahl, A. Tufro //Pediatric Nephrology. – 2019. – C. 1-10.
17. **Borges, F. F.** Is focal segmental glomerulosclerosis increasing in patients with nephrotic syndrome? [Text] /F. F. Borges //Pediatric Nephrology. – 2007. - №. 9. - T. 22. – C. 1309-1313.
18. **Sprangers, B.** FSGS: diagnosis and diagnostic work-up [Text] / B. Sprangers, B. Meijers, G. Appel //BioMed research international. – 2016. – T. 2. -16.
19. **Sethna, C. B.** Treatment of FSGS in children [Text] / C. B. Sethna, D. S. Gipson //Advances in chronic kidney disease. – 2014. – №. 2. - T. 21. - C. 194-199.
20. **Bose, B.** Glomerular diseases: FSGS [Text] / B. Bose, D. Cattran //Clinical Journal of the American Society of Nephrology. – 2014. – №. 3. -T. 9. - C. 626-632.
21. **Sozeri, B.** The long-term results of pediatric patients with primary focal and segmental glomerulosclerosis. [Text] / B. Sozeri, S. Mir, F. Mutlubas, S. Sen, J. Saudi // Kidney Dis Transpl. -2010. - №21. – P. 87-92.
22. **El-Refaey, AM.** Primary focal segmental glomerulosclerosis in Egyptian children: a 10-year single-centre experience. [Text] / AM. El-Refaey, A. Bakr, A. Hammad et al. //Pediatr Nephrol. -2010/ - №25. – P. 1369-73.
23. **Zagury, A.** Steroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome in children: long-term follow-up and risk factors for end-stage renal disease. [Text] / A. Zagury //Brazilian Journal of Nephrology. – 2013. – №. 3. - T. 35. - C. 191-199.
24. **Inaba, A.** Long-term outcome of idiopathic steroid-resistant nephrotic syndrome in children. [Text] / A.Inaba //Pediatric Nephrology. - 2016. - №. 3. - T. 31. - C. 425-434.
25. **Özlü, S. G.** Long-term prognosis of idiopathic nephrotic syndrome in children. [Text] / S. G. Özlü //Renal failure. – 2015. - №. 4. - T. 37. - C. 672-677.
26. **D'Agati, V. D.** Association of histologic variants in FSGS clinical trial with presenting features and outcomes. [Text] / V. D. D'Agati //Clinical Journal of the American Society of Nephrology. – 2013. – №. 3. - T. 8. - C. 399-406.

УДК 616.61-002-008-053.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БИОПТА ПОЧКИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Хамзаев К.А., Шарипов А.М.

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучение результатов лечения нефротического синдрома у детей циклофосфамидом в зависимости от морфологической картины биоптата.

Материалы и методы. В исследование включили 47 детей, получившие цитостатическую терапию циклофосфамидом за период 2017-2019 гг.

Результаты. При нефробиопсии у 25 (67,7%) детей определена БМИ, ФСГС у 8 (21,5%), С1q нефропатия у 2 (5,4%) и IgE нефропатия у 2 (5,4%). Полученные нами результаты показали, что у 36,5% дети имели полную ремиссию через два года после применения циклофосфамида.

Заключение. Учитывая хороший эффект от циклофосфамида, мы поддерживаем рекомендации о том, что проведение биопсии почек до начала лечения циклофосфамидом не является обязательным требованием.

Ключевые слова: нефротический синдром, циклофосфамид, нефробиопсия

БӨЙРӨК БИОПТАНЫНЫН МОРФОЛОГИЯЛЫҚ СҮРӨТҮНӨ ЖАРАША ЦИКЛОФОСФАМИД МЕНЕН БАЛДАРДЫН НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМУН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАСЫ

Ташкент педиатриялык медициналык институту,
Ташкент ш., Узбекистан

К.А.Хамзаев, А.М.Шарипов

Резюме

Максаты. Биоптаттын морфологиялық сүрөтүнө жараша циклофосфамид менен балдардын нефротикалық синдромуң дарылоонун натыйжасын изилдөө.

Материалдар жсана ықмалар. Изилдөөгө 2017-2019-жылдар ичинде циклофосфамид менен цитостатикалык терапия алган 47 бала кирген.

Натыйжалар. Нефробиопсияда 25 (67,7%) балада БМИ, 8 (21,5%) балада ФСГС, 2 (5,4%) балада С1q нефропатия жсана 2 (5,4%) балада IgE нефропатия аныкталган. Биз ала алган натыйжалар 36,5% балада циклофосфамид колдонгондан 2 жыл өткөндөн кийин толук ремиссия (басаңдоо) болгонун көрсөттү.

Жыйынтыктоо. Циклофосфамиден жасыны таасирди эске алып, биз циклофосфамид менен дарылоо башталганга чейин бөйрөктөрдүн биопсиясын өткөрүү милдеттүү талап эмес деген сунуштарды колдойбуз.

Негизги сөздөр: нефротикалык синдром, циклофосфамид, нефробиопсия.

RESULTS OF TREATMENT OF NEPHROTIC SYNDROME IN CHILDREN WITH CYCLOPHOSPHAMIDE DEPENDING ON THE MORPHOLOGICAL PATTERN OF THE KIDNEY BIOPSY

Tashkent pediatric medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Khamzaev K. A., Sharipov A. M.

ABSTRACT

Goal. Study of the results of treatment of nephrotic syndrome in children with cyclophosphamide depending on the morphological picture of the biopsy.

Materials and methods. The study included 47 children who received cytostatic therapy with cyclophosphamide for the period 2017-2019.

Results. In kidney biopsy BMI was determined in 25 (67.7%) children, FSGS in 8 (21.5%), C1q nephropathy in 2 (5.4%) and IgE nephropathy in 2 (5.4%). Our results showed that 36.5% of children had complete remission two years after the use of cyclophosphamide.

Conclusion. Given the good effect of cyclophosphamide, we support the recommendations that conducting a kidney biopsy before starting treatment with cyclophosphamide is not a requirement

Keywords: nephrotic syndrome, cyclophosphamide, kidney biopsy

Актуальность. Первичный нефротический синдром (НС) у детей проявляется значительной протеинурией, гипоальбуминемией и гиперлипидемией [1,2]. При лечении НС у детей отмечается хороший ответ к стероиду, но некоторые из них во время лечения могут стать стероид-зависимыми или стероид-резистентными [3,4,5]. Дети со стероидной зависимостью получают иммуносупрессивные препараты, которые снижают риск рецидивов НС и нарушение функции почек в долгосрочном периоде, однако, при их применении часто чреваты осложнениями.

При сравнении монотерапии со стероидом, в применении циклоспорина или левамизола может развиваться лейкопения [6]. Последующая стероидная терапия определяется чувствительностью и резистентностью к преднизолону, частотой рецидивов НС и наличием гормонозависимости. Часто гормонзамещающие препараты (ингибиторы кальциневрина, цитостатики) не приводят к достижению длительной ремиссии нефротического синдрома, но несет потенциальный риск развития побочных эффектов.

Поэтому индивидуальный подход к лечению повысит его эффективность, позволит снизить частоту побочных явлений и улучшить прогноз у детей с нефротическим синдромом. Циклофосфамид может привести к удлинению периодов ремиссий и снижению частоты рецидивов, однако, при его применении могут развиваться серьёзные осложнения, такие как: алопеция, геморрагический цистит, лимфопения, нейтропения и бесплодие.

Впервые циклофосфан стали применять как стероидсберегающий препарат в 1967 году [7]. Эффективность циклофосфамида в поддержании стабильной ремиссии при стероид-зависимом нефротическом синдроме (СЗНС) после прекращения стероида установлена рандомизированными контролируемыми исследованиями, но нет точных данных про его эффективность при различных морфологических вариантах НС у детей.

Цель. Изучение результатов лечения нефротического синдрома у детей циклофосфамидом в зависимости от морфологической картины биоптата почки.

Материалы и методы. В исследование включили 47 детей с диагнозом первичный НС, получившие цитостатическую терапию циклофосфамидом за период 2017-2019гг, которые наблюдались в отделении нефрологии Республиканского специализированного научно-практического центра педиатрии. Все дети находились под наблюдением не менее 2 лет. До начала назначения циклофосфамида ни один ребенок не получил другие виды иммуносупрессивного лечения. В исследовании учитывали длительность НС с момента дебюта, лечение с циклофосфамидом и продолжительность ремиссии после завершения приема циклофосфамида.

Циклофосфамид применяли в дозе 2 – 2,5 мг/кг/день (максимальная кумулятивная доза – 168 мг/кг), средняя длительность приема составила 11 недель (9-13 недель), во всех случаях циклофосфамид применяли совместно с преднизолоном.

При снижении количества лейкоцитов в крови менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$ прием циклофосфамида временно прекращали до подъема уровня лейкоцитов в крови. Стероидная терапия НС проводилась согласно рекомендациям мета-анализа Кохрейна [8]. Всем больные при достижении ремиссии дозу преднизолона снижали до 0,25 мг/кг в сутки через день в течении 24 месяцев. До начала лечения циклофосфамидом, всем 37 обследованным детям выполнена перкутанская пункционная нефробиопсия, показанием которой служили частые рецидивы НС.

Основными клиническими параметрами, характеризующими эффективность лечения, явились сохранение клинико-лабораторной ремиссии и частота рецидивов НС. Для статистического анализа была использована программа SPSS 20. Количественные переменные с ненормальным распределением данных были выражены в виде медианы с межквартильным размахом от 25 до 75; те, что имели нормальное распределение, были выражены в виде среднего и стандартного отклонения. Категориальные переменные были проанализированы с частотами и процентами.

Результаты. Среди обследованных детей мальчиков было больше, чем девочек (таблица 1). Из 37 обследованных детей, (63,5%) были мальчики и (36,5%) девочки. Средний возраст (межквартильный размах) во время включения в обследования составил 5 лет (4-7 лет).

Таблица 1. - Основные демографические и клинические характеристики детей с ФСГС в начале заболевания

Параметр	Значение
Возраст в начале заболевания, лет	$6,97 \pm 4,10$
Положительный семейный анамнез, n (%)	2 (6)
Пол, n (%)	
Девочки	11 (34,4)
Мальчики	21 (65,5)
Клинические признаки ФСГС, n (%)	
Микроскопическая гематурия	11 (34,3)
Макрогематурия	2 (6)
Гипертензия	12 (37,5)
Стероидная резистентность, n (%)	
Первичная	3 (9,3)
Вторичная	26 (81,3)
Лечение, n (%)	
Циклофосфамид	14 (43,4)
Циклоспорин А	26 (82,7)
Микофенолат мофетил	16 (50)

По результатам нефробиопсии у 25 (67,7%) детей определена болезнь минимальных изменений (БМИ), фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) у 8 (21,5%), С1q нефропатия у 2 (5,4%) и IgE нефропатия у 2 (5,4%). Период от момента установления диагноза НС до начала лечения циклофосфамидом составил в среднем 17 месяцев (13-24,2 месяца).

К завершению приема циклофосфамида, полная ремиссия отмечалась у 35 (94,6%) больных (Таблица 2).

После 1 года 20 (54%), к концу 2-го года наблюдения 13 (36,5%) детей находились в полной ремиссии. Средняя продолжительность полной ремиссии составила 13 месяцев (7-23 месяца).

Дети, у которых отмечались рецидивы после применения циклофосфамида, лечились ингибитором кальциневрина – циклоспорином А.

Количество детей, которые были переведены на лечение с циклоспорином А к завершению курса циклофосфамида 2 (5,4%), к концу первого года 16 (43%) и в конце 2-го года 22 (60,8%). К концу 2-го года наблюдения только у 2 (5,4%) детей развилась хроническая болезнь почек.

Лейкопения было наиболее частым осложнением применения циклофосфамида, которое встречалось у 3 (8,1%) детей, этих детей наблюдали и у всех 3х детей циклофосфамид возобновили при достижении количества лейкоцитов более $4,0 \times 10^9/\text{л}$. Анемия и алопеция встречались у 1-го больного в каждом случае и после завершения курса циклофосфамида было восстановление уровня гемоглобина и роста волос.

Болезнь минимальных изменений встречалась у 25 (67,7%) детей. Средний возраст при начале заболевания был в среднем 5 лет (4-7 лет) и продолжительность приема циклофосфамида составила среднем 11 недель (9-13 недель).

После установления диагноза НС до определения рецидивирующего течения заболевания в среднем прошло 17 месяц (13-27 месяца), после завершения приема циклофосфамида продолжительность ремиссии составила в среднем $20,4 \pm 8,4$ месяца (9-33 месяца).

ФСГС был диагностирован у 8 (21,5%) детей. Средний возраст при начале заболевания был в среднем $6,6 \pm 2,4$ лет (4-11 лет).

Таблица 2. - Одномерный анализ факторов риска связанные с временем почечной выживаемости у детей с ФСГС

Показатель	Почечная выживаемость, лет (Среднее ± Стандартная ошибка среднего (SEM))	P
Начало заболевания, лет		
<8	$11,03 \pm 1,50$	0,47
≥ 8	$8,73 \pm 0,96$	
Пол		
Мальчик	$6,91 \pm 1,87$	0,28
Девочка	$6,57 \pm 0,87$	
Семейный анамнез		
Отрицательный	$7,16 \pm 1,56$	0,006
Положительный	$3,50 \pm 0,98$	
Гематурия		
Отрицательная	$3,29 \pm 0,91$	0,2
Положительная	$7,61 \pm 2,0$	
Гипертензия		
Отрицательная	$7,64 \pm 1,67$	0,9
Положительная	$4,51 \pm 1,23$	
Первичная резистентность к стероидам и иммуносупрессорам		
Отрицательная	$7,00 \pm 1,85$	0,009
Положительная	$3,66 \pm 0,72$	

В среднем $16,6 \pm 4,9$ месяца (8-28 месяца) прошло от диагноза НС до начала лечения циклофосфамидом, которое продолжалось среднем $11,1 \pm 2,3$ недель (8-12 недель).

Продолжительность ремиссии при ФСГС после применения циклофосфамида составила в среднем 12 месяцев (5,5-22 месяца).

При нефробиопсии С1q нефропатия (С1q НП) определили у 2 (5,4%) детей. Они получили циклофосфамид в среднем $12,1 \pm 1,7$ недель (9-14 недель). В среднем $15,6 \pm 6,6$ месяца (9-23 месяца) прошло от диагноза НС до начала лечения циклофосфамидом, средняя длительность ремиссии НС составила $15,6 \pm 9,8$ месяца (9-23 месяца).

У 2х детей с IgE нефропатией (IgE НП) (5,4%), продолжительность лечения циклофосфамидом составила $11,1 \pm 2,7$ недель (8-12 недель), средняя длительность ремиссии составила $11,67 \pm 9,8$ месяца (8-14 месяца).

Обсуждение. В нашем исследовании детям с первичным НС проводили длительную стероидную терапию, так как нет общепринятой схемы продолжительности стероидной терапии ремиссии НС у детей. Следовательно, мы придерживались мнений авторов, которые рецидив НС у детей считают, как первый эпизод заболевания и назначали стероидную терапию соответствующей продолжительности [9]. В рекомендациях KDIGO поддерживаются результаты ранее проведенных исследований [10,11,12], но не имеются контрольные исследования по оценке длительности ремиссии НС в зависимости дозы и длительности лечения циклофосфамидом, но Vajeer и др. [13] в своем исследовании рекомендуют применения слегка высокой дозы циклофосфамида (кумулятивная доза 180 мг/кг) в комбинации с продолжительным приемом преднизолона в дозе 1мг/кг через день.

Период от завершения лечения дебюта НС до первого рецидива является первостепенно важным показателем для прогнозирования эффективности следующего протокола лечения. В нашем исследовании определили, что при рецидиве через 13 месяцев от завершения лечения дебюта НС циклофосфамид привел к полной ремиссии у 54% после первого года, и 36,5% в конце второго года наблюдения. Karilesis и др. сообщили о частоте полной ремиссии после циклофосфамида у 35% детей во втором году наблюдения, этот результат сравнимый с нашими результатами [14]. Webb H и др. после применения циклофосфамида отмечали ремиссию у 30% детей во 2-м году наблюдения [15].

Аналогичное исследование, проведенное во Франции, показало частоту ремиссии у 57% детей в конце первого, у 42% в конце второго, и у 31% в конце 5-го года наблюдения [16].

Кроме того, полученные нами результаты показали, что у 36,5% дети имели полную ремиссию через два года после применения циклофосфамида. Противоположные результаты были опубликованы Lanewala и др., которые показали, что 69% детей с ФСГС достигают полной ремиссии [17].

В нашем исследовании длительность ремиссии после циклофосфамида была больше при морфологическом варианте БМИ (20,4 месяца), чем при ФСГС (12 месяцев) и С1q нефропатия (15,6 месяца). Наши результаты, которые показали длительные ремиссии НС после применения циклофосфамида при разных морфологических вариантах возможно связано с применением преднизолона в дозе 0,25 мг/кг в сутки по альтернирующей схеме в течение 24 месяцев. Проведенные нами анализы частоты осложнений лечения циклофосфамидом, показали сопоставимые результаты с другими авторами, все отмеченные побочные эффекты были обратимыми после прекращения лечения циклофосфамидом.

В нескольких исследованиях сообщалось о сравнении лечения первичного НС циклофосфамидом с циклоспорином и показано, что циклоспорин индуцирует больше рецидивов у детей со стероидрезистентью, чем циклофосфамид [18,19,20,21].

Однако, в нашем исследовании у детей с БМИ, у которых наблюдалась частые рецидивы, несмотря на применение циклофосфамида, в режим терапии во избежание стероидной токсичности и для достижения ремиссии был включен ингибитор кальциневрина Циклоспорин А. Эти данные подтверждают возможность развития ФСГС у детей несмотря на то, что результаты нефробиопсии показывают БМИ. Полученные нами данные подтверждают, что у детей с НС, протекающему по стероидочувствительному варианту, клиническая интерпретация течения заболевания является достаточной для выбора режима терапии и определения прогноза заболевания.

Заключение. В исследуемой группе детей, благоприятные кратковременные исходы НС были достигнуты использованием циклофосфамида и стероидов. Наблюдались минимальные обратимые кратковременные побочные эффекты циклофосфамида. Учитывая хороший эффект от циклофосфамида, мы поддерживаем рекомендации о том, что проведение биопсии почек до начала лечения циклофосфамидом не является обязательным требованием у пациентов с СЗНС и лечение алкилирующим агентом может быть начато без предварительной нефрбиопсии.

Список литература

1. **Ellis, D.** Pathophysiology, Evaluation, and Management of Edema in Childhood Nephrotic Syndrome. [Text] / D. Ellis D. // Front Pediatr. – 2016. - № 3. – 111 p.
2. **Roth, KS** Nephrotic syndrome: pathogenesis and management. [Text] / KS. Roth, BH. Amaker, JC. Chan. // Pediatr Rev. – 2002. - № 23. – P.237-248.
3. **Ellis, D.** Pathophysiology, Evaluation, and Management of Edema in Childhood Nephrotic Syndrome. [Text] / D. Ellis // Front Pediatr. – 2016. -№ 3. – 111p.
4. **Roth, KS**. Nephrotic syndrome: pathogenesis and management. [Text] / KS. Roth, BH. Amaker, JC. Chan //Pediatr Rev. – 2002. -№23ю – P.237-248.
5. **Kamei, K.** Risk factors for relapse and long-term outcome in steroid-dependent nephrotic syndrome treated with rituximab. [Text] / K. Kamei, M. Ogura, M. Sato, M. Sako, K. Iijima, S. Ito // Pediatr Nephrol. – 2016. -№ 31. – P.89-95.
6. **Морозов, С. Л.** Первичный нефротический синдром у детей. [Текст] / С. Л. Морозов, М. Е. Аксенова // Перспективы персонализированной терапии. Практическая медицина. – 2018. -№ 8. – Т. 16. - С. 39-42
7. **Игнатова, М. С.** Нефротический синдром: прошлое, настоящее и будущее. [Текст] / М. С. Игнатова, В.В. Длин // Российский вестник перинатологии и педиатрия. – 2017. - № 62 (6). – С. 29–44.
8. **Kamei, K.** Rituximab therapy for refractory steroid-resistant nephrotic syndrome in children. [Text] / K. Kamei, K. Ishikura, M. Sako, S. Ito, K. Nozu, K. Iijima // Pediatr Nephrol. - 2018.
9. **Kondo, N.** DNA damage induced by alkylating agents and repair pathways. [Text] / N. Kondo, A. Takahashi, K. Ono, T.Ohnishi // Journal of Nucleic Acids. – 2010. -№ 2. -54p.
10. **Hodson, EM.** Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children.[Text] / EM. Hodson, NS. Willis, JC. Craig. // Cochrane Database Syst Rev. – 2007. -№ 4. –P. 15 - 18.
11. **Hahn, D.** Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. [Text] / D. Hahn, EM. Hodson, NS. Willis, JC.Craig // Cochrane Libr. – 2015. – 18 c.
12. **Radhakrishnan, J.** The KDIGO practice guideline on glomerulonephritis: reading between the guidelines- application to the individual patient.[Text] / J. Radhakrishnan, DC. Cattran // Kidney Int. -2012. - № 82. – С.840 - 856
13. **Oemar, BS.** Cyclophosphamide treatment of steroid dependent nephrotic syndrome – comparison of 8-week with 12-week course. [Text] / BS. Oemar, J. Brodehl // Arch Dis Child. – 1987. -№62. – P.1102- 1106.
15. **Bajeer, Irshad Ali, et al.** "Histopathological Spectrum and short-term outcome of treatment with cyclophosphamide in relapsing steroid-sensitive nephrotic Syndrome." J Coll Physicians Surg Pak 28.6 (2018): 436-439.
16. Kyrieleis HA, Levchenko EN, Wetzel JF. Long-term outcome after cyclophosphamide treatment in children with steroid- dependent and frequently relapsing minimal change nephrotic syndrome. Am J Kidney Dis 2007; 49:592-7.
17. Webb H, Jaureguiberry G, Dufek S, Tullus K, Bockenhauer D. Cyclophosphamide and rituximab in frequently relapsing/ steroid-dependent nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol 2016; 31:589-94.
18. van Husen M, Kemper MJ. New therapies in steroid-sensitive and steroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol 2011; 26:881-92.
19. Lanewala A, Mubarak M, Kazi JI, Akhter F, Sher A, Fayyaz A, et al. A clinicopathologic study of primary focal segmental glomerulosclerosis in children. Saudi J Kidney Dis Transplant 2012; 23:513.
20. Liu Y, Yang R, Yang C, Dong S, Zhu Y, Zhao M, et al. Cyclophosphamide versus cyclosporine a therapy in steroid- resistant nephrotic syndrome: a retrospective study with a mean 5-year follow-up. J Int Med Res. 2018;46: 4506-17. doi: 10.1177/0300060518782017.
21. Lombel RM, Gipson DS, Hodson EM. Treatment of steroid- sensitive nephrotic syndrome: new guidelines from KDIGO. Pediatr Nephrol. 2013; 28:415-26. doi: 10.1007/s00467-012- 2310-x.

УДК 618.2: 618.36 (575.3)

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ВНУТРИУТРОБНУЮ ЗАДЕРЖКУ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе Республика Таджикистан

Хусейнова М.А., Хасанова М.А.

Резюме.

Цель: Изучить влияние факторов риска на развитие внутриутробной задержки плода.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 65 недоношенных новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития. Дети были разделены на 2 группы: основную – 30 недоношенных с ЗВУР, группу сравнения – 35 недоношенных без ЗВУР, гестационный возраст 32-36 недель.

Результаты исследования. Наиболее часто осложнение беременности было у матерей основной группы – анемия (95%). Самопроизвольные выкидыши в основной группе (40,5%) в группе сравнения (28,3%). У матерей основной группы в 1,7 раз чаще наблюдаются заболевания мочеполовой системы.

Выводы: В анамнезе матерей, родивших недоношенных детей с ЗВУР и ГВ 32-36 недель, выявлены факторы риска: фетоплацентарная недостаточность - 79,5 %, в группе сравнения - 20,3% ($p=0,026$); преэклампсия - 41,7%, в группе сравнения - 1,9% ($p=0,003$). В группе сравнения, отслойка плаценты 3,2 раза меньше чем основной группе. Беременность у женщин основной группы (52,8%) сопровождалась угрозой прерывания, что 1,8 раза чаще, чем у матерей группы сравнения.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, задержка внутриутробного развития, факторы риска.

КҮМӨН ӨНҮГҮҮСҮНҮН ЖАТЫН ИЧИНДЕ ТОКТОШУН КОЗГОГОН КООПТУУЛУК ФАКТОРЛОРУ

«Истиклол» Медициналык Комплекси Мамлекеттик мекемеси,
Душанбе, Тажикстан Республикасы

М.А.Хусейнова, М.А.Хасанова

Резюме

Максаты: Күмөндүн жатын ичинде токтоосунун өнүгүүсүнө кооптуулук факторлорунун таасирин изилдөө.

Материалдар жана ыкмалар: Жатын ичинде өнүгүүсү токтогон 65 ара төрөлгөн ымыркай бала байкоодо болгон. Балдар 2 топко бөлүнгөн: негизги – ЗВУР менен 30 ара төрөлгөн, салыштырма топко – ЗВУРсуз 35 ара төрөлгөн, гестациялык жашы 32-36 жума.

Изилдөөнүн натыйжалары. Кош бойлуулуктун эң көп кабылдоосу негизги топтогу энелерде болгон – аз кандык (анемия) (95%). Өзүнөн-өзү бойдон түшүү негизги топто 40,5%, салыштырма топто 28,3%. Негизги топтун энелеринде бөйрөк-жыныс системасынын оорулары 1,7 эсеге көбүрөөк байкалат.

Жыйынтыктоо: 32-36 жума ЗВУР жана ГВ менен ара төрөлгөн балдарды төрөгөн энелердин анамнезинде төмөнку кооптуулук факторлору аныкталган: фетоплацентардык жетишисиздик - 79,5 %, салыштырма топто - 20,3% ($p=0,026$); преэклампсия - 41,7%, салыштырма топто - 1,9% ($p=0,003$). Негизги топко караганда салыштырма топто бала тонунун ажыраши 3,2 эсеге азыраак. Негизги топтун аялдарында (52,8%) кош бойлуулук боюнан алдыруу коркунучу менен коштолгон, бул салыштырма топтун энелерикине караганда 1,8 эсеге көбүрөөк.

Негизги сөздөр: ара төрөлгөн бала, жатын ичиндеги өнүгүүнүн токтошу, кооптуулук факторлору.

RISK FACTORS PROVIDING AN INNEROBERAL DELAY TO THE DEVELOPMENT OF THE FRUIT

GA MC «Istiklol», Dushanbe, of Republic of Tajikistan

Khuseynova M.A., Khasanova M.A.

Summary.

Aim. To study the influence of risk factors on the development of intrauterine retardation.

Materials and Methods: 65 preterm infants with intrauterine growth retardation were monitored. The children were divided into 2 groups: the main group - 30 premature infants with IUGR, the comparison group - 35 premature infants without IUGR, gestational age 32-36 weeks.

Results. The most common complication of pregnancy was in mothers of the main group - anemia (95%). Spontaneous miscarriages in the main group (40.5%) in the comparison group (28.3%). In mothers of the main group, diseases of the genitourinary system are observed 1.7 times more often.

Conclusions: In the history of mothers who gave birth to premature babies with IUGR and HBV of 32-36 weeks, risk factors were identified: fetoplacental insufficiency - 79.5%, in the comparison group - 20.3% ($p = 0.026$); preeclampsia - 41.7%, in the comparison group - 1.9% ($p = 0.003$). In the comparison group, placental abruption is 3.2 times less than in the main group. 3. Pregnancy in women of the main group (52.8%) was accompanied by the threat of interruption, which is 1.8 times more often than in mothers of the comparison group.

Key words: premature baby, intrauterine growth retardation, risk factors.

Актуальность. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода является одной из основных причин перинатальной смертности и заболеваемости. Сложный и динамичный механизм взаимодействия системы мать-плацента-плод обеспечивает рост плода. Формирование ЗВУР - многоэтапный и пролонгированный во времени процесс, зависящий от комплекса факторов: генеалогических, биологических и социально-средовых [1,2,6,9].

Адаптация новорожденного с ЗВУР во многом зависит от той патологии, которая способствовала замедлению генетической программы развития[5,8,9].

Цель: Изучить влияние факторов риска на развитие внутриутробной задержки плода.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 65 недоношенных новорожденных детей с ЗВУР. Дети были разделены на 2 группы: основная группа – 30 недоношенных новорожденных с ЗВУР, группа сравнения – 35 недоношенных новорожденных без ЗВУР. Клинические проявления ЗВУР были: (54,3%) симметричная форма, и у (45,7%) асимметричный вариант.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе StatgraphicsPlusforWindows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95.

Определяли частоту в %, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (T). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t > 2$, $P < 0,05$.

Результаты исследования. Изучая материнские факторы риска и их влияние на формирование ЗВУР у недоношенных новорожденных основной группы, установлено, что возраст до 19 лет - (4,6 %), от 18 до 29 лет - (73,2%) и от 30 до 43 лет - (22,2%) женщин. Среди матерей второй группы, превалировали женщины в возрасте от 18 до 29 лет (88,2%). Средний возраст составил $27,6 \pm 9,4$ г. (64,8%) матерей основной группы и (89,4%) группы сравнения состояли в браке. Среди обследованных матерей на селе проживали (68,3%). Статус образования женщин основной группы, (27,5%) неполное среднее образование, (44,3%) среднее специальное – 9,0%, высшее – (5,2%), не законченное высшее – (14,0%). Среди матерей группы сравнения ни одной с неполным средним образованием не было.

Антropометрические данные матерей показали, что у 39,3% женщин рост составил до 160 см, более 170 см – 9,8%. Встали на учет после 12-13 недели 41,5% пациенток.

Исследование течения беременности у женщин показало, что наиболее частым осложнением беременности у матерей как основной, так и группы сравнения была анемия (95% и 92% соответственно) (табл.1).

Таблица 1 - Особенности акушерского анамнеза матерей обследованных новорожденных

Факторы	Основная группа(n=30)	Группа сравнения(n=35)
Медицинский аборт	35,2±6,9*	16,6±4,9
Самопроизвольный выкидыши	40,5±5,5	28,3±4,8
Кольпит	45,1±6,1	44,4±5,6
Анемия	95,4±3,2	92,1±5,5
Тромбоцит. пурпурा.	15,5±4,5*	4,1±2,9
Пиелонефрит	40,8±5,5*	24,6±4,2
Гепатит С	25,9±4,6*	8,2±3,1

Примечание: * - достоверность данных между группами ($P<0,05$)

Медицинские abortionы встречались наиболее чаще в основной группе (35%) против (16%) группы сравнения. Высока частота самопроизвольных выкидышей в основной группе (40,5%) в группе сравнения (28,3%). У матерей основной группы в 1,7 раза чаще наблюдаются заболевания мочеполовой системы.

Частота гепатитов В и С у матерей из основной группы (25%) в группе сравнения в 3,1 раза ниже. У (65,4%) женщин основной группы акушерский анамнез был отягощен: самопроизвольным выкидышем, медицинским abortionом (40,5%), что в 2 раза и чаще группы сравнения. Сведения течения антенатального периода в группах наблюдения приведены в (таб. 2).

Таблица 2 - Особенности антенатального периода развития новорожденных с ЗВУР

Факторы	Основная группа(n=30)	Группа сравнения(n=35)
Ранний токсикоз	35,1±6,9	40,4±5,1
Поздний токсикоз	25,5±4,6*	4,2±2,9
Угроза прерывания беременности	52,8±5,5	27,8±6,4
ФПН	79,5 ±5,5*	39,6±4,2
TORCH инфекции	65,6±6,9	40,5±5,1
Преэклампсия	41,7±5,2	1,9±0,2
ОРВИ	30,2±5,2	32,5±5,0

Примечание: * - достоверность данных между группами ($P<0,001$)

В большинстве случаев основным патогенетическим фактором ЗВУР была фето-плацентарная недостаточность (79,5%), в группе сравнения – 39,6%. Факторы, провоцирующие развитие хронической внутриутробной гипоксии: - нарушение маточно-плацентарной гемодинамики (87,1%), преэклампсия – (41,7%), угроза прерывания беременности (52,8%), достоверно чаще встречались у матерей основной группы.

Анализ факторов риска интранатального периода показал, что у женщин основной группы в 3,3 раза чаще встречалась отслойка плаценты (табл. 3). Роды, у (90,7%) женщин основной группы завершились оперативным путем. Так же у женщин основной группы чаще встречалось маловодие (30,4%), чем в группе сравнения (12,1%).

Ранее отхождения околоплодных вод практически не имела различия группами (35,3% и 36,9% соответственно). Частота многоводия в обеих группах не отличалось, хотя признак маловодия чаще выявлен у матерей основной группы.

Таблица 3 - Осложнения течения интранатального периода у матерей обследуемых новорожденных, %

Факторы	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Отслойка плаценты	$40,4\pm2,5^*$	$12,4\pm1,2^*$
Кесарево сечение	$90,7\pm3,8^*$	$38,8\pm4,6^*$
Обвитие пуповиной	$70,4\pm6,1^*$	$24,3\pm4,9^*$
Раннее излитие околоплодных вод	$35,3\pm2,2$	$36,9\pm5,2$
Многоводие	$25,9\pm2,9$	$24,2\pm6,2$
Маловодие	$30,4\pm3,1$	$12,1\pm2,2$

* статистические достоверные различия между группами ($P<0,001$)

Выводы: В анамнезе матерей, родивших недоношенных детей с ЗВУР и ГВ 32-36 недель, выявлены факторы риска: фетоплацентарная недостаточность – (79,5 %), в группе сравнения - 20,3%; преэклампсия – (41,7%, в 1,9%) соответственно. В группе сравнения, отслойка плаценты 3,2 раза меньше чем основной группе. Беременность у женщин основной группы (52,8%) сопровождалось угрозой прерывания, что 1,8 раза чаще, чем в группе сравнения.

Список литературы:

1. Ашуррова, Н. Г. Задержка внутриутробного развития: современный взгляд на проблему (обзорная статья). [Текст]/ Н. Г. Ашуррова, М. И. Исматов // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2015. - №3(10). – С.15-18.
2. Бабашева, Ж. Б. Синдром задержки внутриутробного развития плода [Текст]/ Ж. Б. Бабашева, Л. А. Туребаева, Г. А. Хамитова // Наука и здравоохранение. Научно практический журнал. - 2012. - №1. - С.12-16.
3. Бочкова, Л. Г. Новорожденный ребенок с крайне малой массой тела при рождении [Текст]/ Л. Г. Бочкова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 6. - №3. - С. 641–646.
4. Будюхина, О. А. Синдром задержки развития плода — современный взгляд на проблему (обзор литературы) [Текст]/ О. А. Будюхина // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – С. 83-89.
5. Бушуева, Э. В. Факторы риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития. [Текст]/ Э. В. Бушуева, Т. Г. Денисова, Т. Н. Сидорова, Л. И. Герасимова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - №3. - С. 627-629.
6. Володин, Н. Н. Неонатология. [Текст]/ Н. Н. Володин // Национальное руководство. - Москва: ГЭОТАР - Медиа. -2009. - С. 91-94.
7. Горбань Т.С. Особенности течения неонатального периода у недоношенных новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития [Текст]/ Т. С. Горбань, Н. Н. Володин, М. В. Дегтярева //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2011.- №6 - С. 38 - 43.
8. Гинзбург, Б. Г. Задержка роста плода и постнатальная патология [Текст]/ Г. Б. Гинзбург // Проблемы репродукции. - 2011. - С. 590-595.
9. Fenton, T. R. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. [Text]/ T.R. Fenton, J.H. Kim. // BMC Pediatrics - 2013. - <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/59>
10. The WHO Child Growth Standards, 2006. - <http://www.who.int/childgrowth/en/>

УДК: 616-002.17-085-006.311-053.2/.6

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ

¹ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2 г. Нур-Султан», Нур-Султан, Казахстан

²м.б.н., старший преподаватель кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии имени Ш.И.Сарбасовой, Нур-Султан, Казахстан

³студент факультета «Медицины» НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Саулен Нурбек¹, Бекниязова Гулимшат Алпысбаевна², Ыктияров Аяз Абдурахымулы³

Резюме

Цель исследования: Определение эффективности применения склерозирующей терапии с препаратом «Этоксисклерол» при гемангиомах у детей.

Материал и методы: В период с 2018 по 2020 годы, нами было проведено лечение 500 пациентов с гемангиомами в возрасте до 1 года, обращавшихся в хирургическое отделение ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская детская больница №2 г. Нур-Султан». Возраст детей варьировал от 10 дней до 12 месяцев. Мальчиков было 135 (27% случаев), девочек – 365 детей (73% случаев). В целях выявления эффективности при лечении гемангиом местно применялся современный склерозирующий препарат Этоксисклерол 3% (Kreussler Pharma, Германия).

Результаты: При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей в возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом Этоксисклерол 3% получены хорошие результаты, то есть полное выздоровление отмечалось у 98% пациентов.

Заключение: Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и комбинированными подход к лечению гемангиомы сложной анатомической локализации привело к выздоровлению, косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения и избежать оперативного метода лечения.

Ключевые слова: склеротерапия, гемангиома, детская хирургия, этоксисклерол.

БАЛДАРДЫН ТУБАСА ГЕМАНГИОМАЛАРЫНДА (КАН ТАМЫР ШИШИКТЕРИНДЕ) СКЛЕРОЗДОГОН (катуулаган/берчтеген) ТЕРАПИЯНЫ КОЛДОНУУ

¹Нур-Султан шаардык акиматынын «№2 көп тармактуу шаардык балдар ооруканасы» ЧЖУ МКИ, Нур-Султан ш., Казахстан

²б.и.м., Ш.И.Сарбасова атындагы микробиология, иммунология жсана вирусология кафедрасынын улук окутуучуучу, Нур-Султан ш., Казахстан

³«Астана медицина университетинин» «Медицина» факультетинин студенти, Нур-Султан ш., Казахстан

Саулен Нурбек¹, Бекниязова Гулимшат Алпысбаевна², Ыктияров Аяз Абдурахымулы³

Резюме

Изилдөөнүн максаты: Балдардын гемангиомаларында (кан тамыр шишиктеринде) «Этоксисклерол» карајасаты менен склероздогон (катуулаган/берчтеген) терапияны колдонуунун натыйжалуулугун аныктоо.

Материалы жсана ыкмалары: 2018-жылдан баштап 2020-жылга чейинки мезгилде биз ПХВ ГКП «Нур-Султан ш. №2-көп профилдүү шаардык балдар ооруканасынын» хирургиялык блүмүнө кайрылган гемангиома менен 1 жашка чейинки 500 бейтапка дарылоо өткөрдүк. Балдардын жасы 10 күндөн 12 айга чейин. 135 эркек бала (27% учур), 365 кыздар (73% учур). Гемангиомаларды дарылоодо натыйжалуулугун аныктоо максатында заманбап склероздоочу Этоксисклерол 3% (Kreussler Pharma, Германия) карајасаты жеринде колдонулуп жатты.

Натыйжалары: 1 жашка чейинки балдарда гемангиоманын жөнөкөй жсана каверноздук формаларын дарылоодо Этоксисклерол 3% карајасаты аркылуу склеротерапия ыкмасы менен жасакын натыйжалар алынды, тактап айтканда 98% бейтапта толук айыгуу белгиленин жасаты.

Негизги сөздөр: склеротерапия, гемангиома, балдар хирургиясы, этоксисклерол.

APPLICATION OF SCLEROSING THERAPY IN CONGENITAL HEMANGIOMAS IN CHILDREN

¹SECCat the REMCity Children's Hospital No. 2 of Nur-Sultan, Nur-Sultan, Kazakhstan

²m.b.s., senior lecturer of the Department of Microbiology, Immunology and Virology named after Sh.I. Sarbasova, Nur-Sultan, Kazakhstan

³student of the faculty of "Medicine" NAO "Medical University of Astana", Nur Sultan, Kazakhstan

Saulen Nurbek¹, Bekniyazova Gulimshat Alpysbaevna², Yktiyarov Ayaz Abdurakhymuly³

Summary

Objective: To determine the effectiveness of the use of sclerotherapy with the drug "Ethoxysclerol" for hemangiomas in children.

Material and methods: In the period from 2018 to 2020, we treated 500 patients with hemangiomas under the age of 1 year, who applied to the surgical department of the Emergency Clinical Hospital for SUC on the REM«Multidisciplinary City Children's Hospital N2 of Nur-Sultan». The age of children ranged from 10 days to 12 months. There were 135 boys (27% of cases), girls – 365 children (73% of cases). In order to identify efficacy in the treatment of hemangiomas, the modern sclerosing preparation Ethoxysclerol 3% (Kreussler Pharma, Germany) was locally applied.

Results: In the treatment of simple and cavernous forms of hemangioma in children under 1 year of age with sclerotherapy with Ethoxisclerol 3%, good results were obtained, that is, a full recovery was observed in 98% of patients.

Conclusion: The use of the sclerotherapy method in the treatment of children with hemangiomas and a combined approach to the treatment of hemangiomas with complex anatomical localization led to recovery, cosmetic and functional results, significantly reducing the duration of treatment and avoiding the surgical treatment method.

Key words: sclerotherapy, hemangioma, pediatric surgery, ethoxisclerol.

Актуальность. Гемангиомы – наиболее распространенные сосудистые доброкачественные опухоли, встречающиеся от 2 до 5,5% случаев у всех хирургических больных детского возраста и достигающиеся максимума – 10,5% – в группе новорожденных недоношенных детей [1]. Лечение гемангиом, традиционно считающееся прерогативой врачей-хирургов, в настоящее время претерпевает изменения, лидирующие позиции в тактике занимают нехирургические методики [2]. В последние годы новые технологии широко внедряются в лечение детей именно на амбулаторном звене, что позволяет снизить затраты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов [3].

В лечении гемангиом существуют различные направления лечебной тактики. Во многих случаях предсказать возможность спонтанной регрессии трудно, в то время как ранее начало лечения может обеспечить лучшие косметические результаты [4, 5, 6, 7, 8]. Необходимо понимание того, что первым звеном лечебно-диагностической цепочки является участковый врач-педиатр, который принимает важные тактические решения. Процесс принятия решения о необходимости лечения пациента с гемангиомой по сей день остается неточным, мало зависящим от клинической картины и динамики каждого пациента [7, 8].

В 90-х гг. Ю.Ф. Исаков писал, что пороки развития периферических кровеносных сосудов относятся к мало изученным разделам детской ангиологии. Несмотря на существенный прогресс в этой области, многие аспекты этой проблемы сохранили свою актуальность [9].

В отношении гемангиом небольшого размера наиболее приемлемые результаты достигаются с применением лазерной энергии [10]. Эстетические результаты лазерного лечения зачастую оказывается неудовлетворительными, не оправдывая ожидания родителей пациентов [11]. Внутритканевое введение гормональных препаратов также показало свою эффективность, но сопровождается рядом побочных эффектов [12].

Повсеместно в клиническую практику активно внедряется медикаментозные способы лечения гемангиом, в частности пропранолол-терапия [13, 14, 15, 16, 17].

При этом не разработана единая тактика ведения пациентов с учётом индивидуальный особенности переносимости препарата [2].

В настоящее время для лечения этого порока развития сосудов в большинстве случаев применяется хирургический метод лечения, хотя использование не всегда целесообразно, особенно в случаях сложной анатомической локализации [18, 19].

До настоящего времени нет единого мнения как в отношении лечебной тактики и выборе метода лечения гемангиомы у детей, так и в необходимости, и сроках его проведения.

С момента появления методики склеротерапии вплоть до настоящего времени склерозирование сосудистых образований у детей производилось с помощью введения 96% этилового спирта, а позднее с помощью препарата «Тромбовар», «Фивро-Вейн», «Блеомицин» возможности которых безусловно шире, чем у спирта, однако большое количество побочных эффектов и осложнений ставит под вопрос целесообразность его применения у детей [20].

Актуальность и практическое значение разработки вопросов хирургической коррекции врождённых гемангиом у детей определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определенными трудностями при выборе оптимального способа их устранения. Эта проблема заключается в том, что на сегодняшний день не существует универсальных методов, которые могли бы осуществить лечение этих больных, а использование всего современного арсенала средств, что имеется на вооружении в детской хирургии, порой не дают желаемого результата.

С появлением нового поколения склерозирующих препаратов мы вновь обратились к исследованию возможностей склерозирующей терапии у детей. Именно новым препаратам склеротерапия обязана и эффективностью, и безопасностью. Современные склерозанты эффективны, гипоаллергены, безопасны при правильном использовании обладают исключительно местным действием. При попадании небольшого количества препарата в венозную систему происходит его быстрое растворение без местного и общего повреждающего действия, в основе метода склеротерапии лежит принцип асептического воспаления и тромбирования, возникающего в очаге поражения в результате введения химического вещества-склерозанта. В результате этого сосудистое образование в последующем запустевает и рубцуется.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, в период с 2018 по 2020 годынами проведено лечение 500 пациентов с гемангиомами в возрасте до 1 года, обратившихся в хирургическое отделение ГККП на ПХВ «многопрофильная городская детская больница №2 г.Нур-Султан».

Возраст детей варьировал от 10 дней до 12 месяцев. Мальчиков было 135 (27 % случаев), девочек – 365 детей (73% случаев). Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение детей по возрасту и полу

Возраст/пол	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10 дней-1 месяц	25	5	72	14,4	97	19,4
2-4 месяцев	31	6,2	95	19	126	25,2
5-7 месяцев	42	8,4	110	22	152	30,4
8 – 12 месяцев	37	7,4	88	17,6	125	25
Итого	135	27	365	73	500	100

По виду гемангиом пациенты распределились на следующие нозологические формы (рисунок 1).

Размеры гемангиом колебались от 0,5 до 3,0 см: простая форма от 0,5 до 3,0 см, кавернозная гемангиома от 0,7 до 2,0 см, смешанная 1 до 2,5 см. Перед началом лечения проводилась оценка размеров гемангиом, при выборе тактики лечения, большее значение имела высота и глубина прорастания гемангиомы. Для лечения гемангиомместно применен современный склерозирующий препарат Этоксисклерол 3% (KreusslerPharma, Германия).

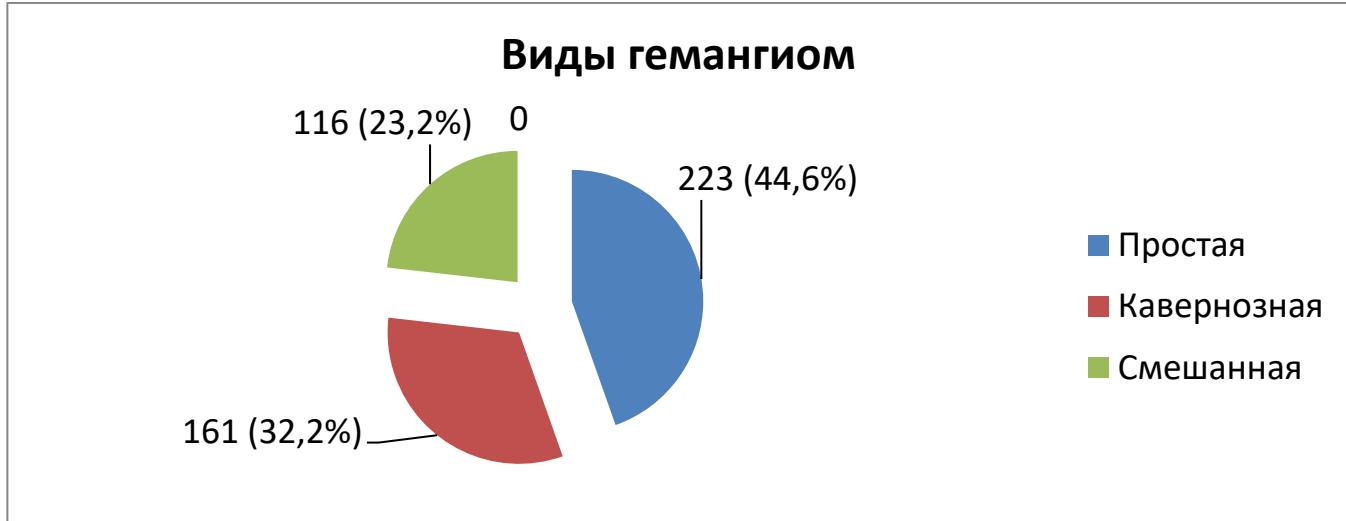


Рисунок 1. Распределение пациентов по виду гемангиомы.

Результат и их обсуждения.

Результаты лечения оценивались по внешнему виду пролеченного участка кожи. Хорошим результатом считался отсутствие видимых следов на коже после излечения, удовлетворительным – наличие нормотрофического рубца, не нуждающегося в дополнительной хирургической коррекции. Неудовлетворительным результатом считался неполный регресс гемангиомы и (или) образование гипертрофического рубца.

При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей возраста до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 98% пациентов (рисунки 2 А и 2Б, 3А и 3Б).



Рис.2 А – до склеротерапии



2 Б – после склеротерапии



Рис.3 А – до склеротерапии



3 Б – после склеротерапии

При лечении смешанных форм гемангиом у 2 пациентов отмечался повторный рост сосудистой опухоли. Регресс гемангиомы наступал на 10-14 дни после 1 введения 3% этоксисклерола.

У большинства детей гемангиома исчезала бесследно, у некоторых из них – остался нормотрофический рубец. Каких-либо осложнений во время лечения этоксисклеролом и после его отмены мы не наблюдали.

Предложенная методика и практические результаты статьи внедрены в клиническую деятельность и применяются во многих научных, лечебных и лечебно-профилактических учреждениях: в плановых хирургических отделениях ГДБ №2 г. Нур-Султан, в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи №3 г. Бишкек.

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика, вовремя начатое консервативное лечение гемангиом, а также грамотное лечение склеротерапией, является эффективным, малоинвазивным и современным методом лечения, легко применимым в амбулаторных условиях и на базе однодневных стационаров. Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и комбинированными подход к лечению гемангиомы сложной анатомической локализации привело к выздоровлению, косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения и избежать оперативного метода лечения. Косметические вмешательства, если ребенок в таковых будет нуждаться, можно выполнять в более старшем возрасте. У пациентов с гемангиомами кожных покровов целесообразен выбор наиболее консервативного и малоинвазивного метода лечения.

Список литературы

1. **Кожевников, Е. В.** Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей [Текст]/ Е. В. Кожевников, Н. В. Маркина, В. А. Кожевников // Детская хирургия. - 2009. - № 6. - С. 31-34.
2. **Holcomb, G. W.** Ashkraft's Pediatric Surgery. [Text] / G. W. Holcomb // Philadelphia: saunderselsevier. - 2010. - 1101 p.
3. **Aresman Robert M.** Pediatric surgery [Text] / Aresman Robert M. // Landesbioscience. Georgetown, Texas U.S.A. - 2000. - 464 p.
4. **Шафранов, В. В.** Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей [Текст]/ В. В. Шафранов, Ю. В. Тен, Н. В. Куров// Детская хирургия. -1987. - № 8. - С. 8-11.
5. **Шафранов, В. В.** Лечение гемангиом у детей. [Текст]/ В. В. Шафранов, А. В..Буторина // Врач. - 1996. - № 9. - С. 17-18.
6. **Шафранов, В. В.** Комбинированное лечение гемангиом и доброкачественных образований кожи у детей. [Текст]/ В. В. Шафранов, В. А. Кожевников // метод. рек. для врачей дет. хирургов, дерматологов, онкологов, косметологов. - 1994. - 13 с.
7. **Солдатский, Ю. Л.** Изучение криовоздействия и лазерной деструкции на экспериментальную модель сосудистой опухоли человека [Текст]/ Ю. Л. Солдатский, А. Б., Шехтер, А. Д. Понкратенко // Вестник отоларингологии. - 1995. - № 2. - С. 10.
8. **Зозуля, Ю. А.** Кавернозные мальфор-мации позвоночника и спинного мозга [Текст]/ Ю.А.Зозуля, Т. П. Верхоглядова, Е. И. Слынько // Україський медичний часопис. -2001.- №2.- С.92-100.
9. **Поважная, Е. С.** Изменение содержания биогенных аминов в крови при воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона [Текст]/ Е. С. Поважная, В. Н. Сокрут, А. А. Лыков, С. В. Поважная, И. В.Пеклун // Кліпчнахірургія. -2000. - №8. - С.42-43.
10. **Илларионов, В. Е.** Основы лазерной терапии. [Текст]/ В. Е. Илларионов // Москва:"Респект". - 1992. - 122 с.
11. **Клебанов, Г. И.** Влияние эндогенных фотосенсибилизаторов на лазер индуцированный прайминг лейкоцитов крови [Текст]/ Г. И. Клебанов, И. А. Страшкевич, Т. В. Чичук // Биол. мембранны. - 1998. - №3. - Т. 15. - С.273-285.

12. **Стойко, Ю. М.** Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств. [Текст] / Ю. М. Стойко, Е. В. Шайданов, Н. А. Ериков// .
13. **Цуман, В. Г.** Клиническая и морфологическая характеристика гемангиом у детей В. Г. Цуман, А. И. Тюков // Мат. Всес. симп. детских хирургов. -М.- 1987.-С.9-12.
14. **Шалимов, А. А.** Медицинская техника в хирургии. [Текст]/ А. А. Шалимов, В. П. Хохоля, А. М. Бахарев // К.: "Здоров'я" - 1991. - 224 с.
15. **Шалимов, С. А.** Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями [Текст]/ С.А. Шалимов, З. П. Федоренко, Л. О. Гулак // Онкология. -2001. - № 2-3. - Т.3.- С.91 - 95.
16. **Шафранов, В. В.** Криохирургия у детей. Некоторые теоретические и практические вопросы. [Текст]/ В. В. Шафранов, Д. И. Цыганов, А. В. Романов, Е. Н. Борхунова // Детская хирургия. - 1999. - №3. - С.35 - 44.
17. **Шафранов, В. В.** Некоторые теоретические аспекты криохирургии [Текст]/ В. В. Шафранов, В. А. Резницкий, Д. И. Цыганов, А. В. Таганов // Достижения криомедицины. С-Пб.: "Наука". -2001. - С.124.
18. **Федотова, В. К.** Щадящая криохирургия кожи у детей [Текст] / Под. Ред. В. К. Федотова. // М.: «Медицинская книга». Н.Новгород: Изд-во НГМА. - 2001. - 56 с.
19. **Гераськин, А. В.** Пороки развития сосудов и доброкачественные опухоли. [Текст]/ А. В. Гераськин, В. В. Шафранов // Детская хирургия. Национальное Руководство. Москва. Раздел VIII. – 2014. – С. 1052-1057
20. **Мельник, Д. Д.** Гемангиомы и их лечение [Текст]/ Д. Д. Мельник, В. Э. Гюнтер, Г. Ц. Дамбаев, П. Г. Сысолятин, Е. В. Чугуй, Е. Н. Титова // Томск. - 2006. С. – 57-63.

УДК. 616-07+616-08+616-053.2+616.6

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт.РУз.

ХАМРАЕВ А.Ж., ЖУРАЕВ Ш. Ш., АКМОЛЛАЕВ Д.С.

Резюме

В работе излагаются клинические материалы обследования и лечение у 46 больных детей с геморроем за последние 9 лет. Автором изучен, особенности диагностики и тактики комплексного лечения, редко встречающиеся заболевания геморроя у детей. Основной причиной геморроя в детском возрасте являлись: упорные запоры – у 39,1% больных; усиленная диарея с частыми позывами – у 21,7%; двухмоментный акт дефекации (длительного сидения и натуживания) - у 13%; напряжения в спорте - у 13%; заболевания легких (напряженный и непрерывный кашель) – у 6,5%; камень или сужение мочеиспускательного канала (напряженное мочеиспускание) – у 6,5% и др. Детям с геморроем до 3-х лет, более эффективными являлись консервативное лечение. В результате консервативного лечения получено хорошие результаты у 70,2%, неудовлетворительные (рецидивы) – у 5,5% детей. Хирургическое лечение применяли при безуспешности консервативного лечения у - 9 (24,3%). При этом, показаниями к геморройэктомии явились: часто выпающие и ущемляющие гемороидальных узлов. После хирургического лечения во всех случаях получен хорошие результаты, рецидивы не наблюдались. Авторам благодаря оптимизации диагностики, тактики консервативного и хирургического лечения с учетом возрастной особенности детей получено хорошие результаты.

Ключевые слова: геморрой, особенности диагностики, консервативное лечение и хирургическое лечение.

БАЛДАР ГЕМОРОЮН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫНЫН ЖАНА ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Ташкент педиатриялык медициналык институту. РУз.

А.Ж.Хамраев, Ш.Ш.Жураев, Д.С.Акмоллаев

Резюме

Бул макалада ақыркы 9 жылда геморою бар 46 оорулуу баланы текшерүүнүн жана дарылоонун клиникалык материалдары берилген. Автор балдарда чанда кездешчү геморой оорусунун диагностикасынын жана комплекстүү дарылоо тактикасынын өзгөчөлүктөрүн изилдеген. Балдар жашындағы геморойдун негизги себептери: туруктуу ич катту – 39,1% бейтапта; бат-бат ажатканага барғысын көлтирген күчөгөн ич откөк – 21,7%; заңдоонун эки учурдуу акты (узак олтуруу жана ыйынуу) – 13%; спорто чыңалуу – 13%; өткө оорулары (чыңалган жана токтоосуз жөтөл) – 6,5%; заара чыкчу түтүктүн тарышы (ичкерии) же ташы (чыңалып заара кылуу) – 6,5% ж.б. Геморою менен 3 жашка чейинки балдарда консервативдүү дарылоо эң натыйжалуураак болду. Консервативдүү дарылоонун натыйжасында жакши жыйынтыктар 70,2%да алынды, канаттандыраарлык эмес (рецидивдер – оорунун кайта кармоосу) – 5,5% балада. Консервативдүү дарылоо жардам бербегендө – 9 (24,3%) балага хирургиялык дарылоо колдонулган. Ошону менен бирге, геморойэктомияга көрсөтүүлөр: өтө көп жана кысылган (кыпчылган) гемороиддик түйүндөр. Баардык учурларда хирургиялык дарылоодон кийин жакши натыйжалар алынган, рецидивдер байкалган жок. Диагностиканын оптимизациясы, балдардын жашын эске алуу менен консервативдүү жана хирургиялык дарылоонун тактикасы аркылуу авторлор жакши натыйжаларды ала аlyшты.

Негизги сөздөр: геморрой, диагностиканын өзгөчөлүктөрү, консервативдүү дарылоо жана хирургиялык дарылоо.

DIAGNOSTIC FEATURES AND TREATMENT STRATEGIES HEMORRHOIDS IN CHILDREN SUMMARY

Tashkent Pediatric Medical Institute.

Khamraev A.J., Zhuraev S.S., AKmollaev D.S.

Summary

The work presents clinical materials of examination in 46 sick children with hemorrhoids in the last 9 years. The author has studied the peculiarities of diagnostics and tactics of complex hemorrhoids treatment in children. Hemorrhoids are rare diseases in children. The main cause is: chronic and persistent constipation - 39.1% of cases; increased diarrhoea - 21.7%; two-step act of defecation - 13%; increased cough - 6.5%; stone or narrowing of the urinary tract - 6.5% and overvoltage and load in sports - 13%. For children with hemorrhoids up to 3 years old, conservative treatment was more effective. As a result of conservative treatment, good results were obtained in 70.2% of children, and unsatisfactory results (relapses) - in 5.5% of children. Surgical treatment of hemorrhoids in children was applied if the conservative one was unsuccessful, in 9 (24.3%) the indications for hemorrhoidectomy were: presence of large frequently dropped out, pinched hemorrhoid nodes. After surgical treatment, good results were obtained in all cases, no relapse was observed. The authors received good results due to optimization of diagnostics, tactics of conservative and surgical treatment taking into account age peculiarities of children.

Keywords: hemorrhoids, diagnostic features, conservative and surgical treatment.

Актуальность. Геморрой является самым распространенным и полиэтиологическим проктологическим заболеванием у взрослых, однако, частота его встречаемости и причины развития в детском возрасте мало изучены [2,3,11].

Удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. У детей геморрой встречается гораздо реже, по литературным данным может достигать 8% среди всех заболеваний толстой кишки и промежности [1,3,12].

Известно, что развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводит к постепенному, но необратимому смещению геморроидальных узлов в дистальном направлении. Согласно данным Капулера уже у новорожденных детей выявляются мелкие кавернозные вены, изредка имеющие многомерное строение, однако развиты они очень слабо. В возрасте от нескольких месяцев до года в подслизистом слое заднепроходных столбов обнаруживаются мелкие шаровидные вены, трудно их видят.

У детей возникновения геморроя часто связывает нарушением одномоментной или двухмоментной актом дефекаций. При двухмоментной дефекации содержимое кишечника выбрасывается на два и более раза с разными интервалами. При этом, между первой и вторым разом дефекации проходить более 10-15 минут и более, ребенок бесплодно продолжает натуживается и повышается внутрибрюшное давление при расслабленном сфинктере и пустой прямой кишке. Частое повторения этого процесса при наследственно-врожденной неполноте венозной сети малого таза могут привести к развитию геморроя. Поэтому по данным авторов, среди всех причин геморроя у детей двухмоментной акт дефекации занимает основное место [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Остается неясным, играют ли отдельные факторы роль в развитии геморроя у детей.

Таким образом, учитывая редко встречающиеся геморроя у детей, особенности диагностики, клинического течения и лечения требуют дальнейшего изучения.

Цель: Улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем изучения особенностей диагностики, тактики комплексного подхода лечения.

Материалы и методы: На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 9 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 46 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 год – 1 (2,2%); 1–3 лет – 8 (18%); 3–6 лет – 25 (54%); 7–12 лет – 6 (13%); 13–18 лет – 6 (13%). Выявлен наружный геморрой – у 43 (72,7%); внутренний – у 3 (4,5%). Мальчики были – 34 (77,3 %), девочки – 10 (22,7%).

Среди всех детей с геморроем, транзиторной состояния были – у 10 (25%) и постоянный – у 34 (75%). Оперативное лечение проводилось у 9 больных. Локализация (подушки) узлов определяли по часовому сферблату в положении лежа на спине больного. При диагностике геморроя у детей, пользовались более доступной классификацией А. М. Аминева (1971). Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ортостатической физической нагрузки путем переседения, ректальное пальцевое, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно при помощи УЗИ доплером изучали сосудистое нарушение тазового дна, при полипозиционной ирригографии - состояния удлинения, сужения, опущения и дефекты фиксации толстой кишки и при ректороманоскопии состояние слизистое прямой и сигмовидной кишки, приводящей к моторно-эвакуаторному нарушению или двухмоментному акту дефекацию. Также изучен эффективности результатов консервативного и хирургического лечения у детей.

Результаты и их обсуждение.

Нами изучены отдаленные результаты лечения геморроя у 46 больных на основе выписки историй болезни, результатов клинико-анамнестических данных опросника анкетирования и комплексного клинического обследования. Высокая частота встречаемости отмечена у 23 (52%) больных в дошкольном и у 12 (23%) в школьном возрасте. В анамнезе у 13 (28,6%) больных детей отмечено наличие геморроя у близких родителей.

По нашим данным основной причиной геморроя явились: упорные запоры – у 18 (39,1%) больных; усиленная диарея с частыми позывами – у 10 (21,7%); двухмоментный акт дефекации (длительного сидения и натуживания) - у 6 (13%); напряжения в спорте - у 6 (13%); заболевания легких (напряженный и непрерывный кашель) – у 3 (6,5%); камень или сужение мочеиспускательного канала (напряженное мочеиспускание) – у 3 (6,5%) и др.

Именно они в детском возрасте к повышению внутрибрюшного давления и расслаблению наружного сфинктера (зияние ануса) и на фоне имеющиеся врожденной неполноценности венозной сети малого таза привели к образованию геморроя у детей.

Среди выше представленных причин для детей дошкольного возраста характерными причинами явились, периодические и длительные сидение на горшке или унитазе, в школьном возрасте - упорные запоры и перенагрузки и перенапряжения в процессы спортивных упражнениях. Нами первичной диагностики при помощи наружного и ректального осмотра геморроидальные узлы чаще локализовались на 4, 7 и 11 часах условного циферблата на соответствующей локализации подушках: первой на 2-5 часах – у 16 (34,8%); второй на 6-9 часах – у 19(41,3%) и третье на 10-12 часах 11 (23,9%). Эти типичные локализации геморроидальных узлов больше всего являются доказательством о врожденного генеза заболевания у детей.

Размеры геморроидальных узлов составили от 0,5 см. до 2,5 см в диаметре. Количество узлов отмечено: с одним – у 28 (63%) больных; с двумя – у 10 (22%); с тремя – у 5 (11%) и более 3-х - у 1(2,2%)

Выпячивание геморроидальных узлов после ортостатической нагрузки (переседания), выхождении геморроидальных узлов имели постоянные характер - у 39 (86,4%) больных и транзиторное - у 7 (13,6%). Среди постоянных выпячивающих у 6 (11,3%) больных, отмечались тромбоз геморроидальных узлов.

Геморрой у детей возрастном аспекте клинически протекали более атипичной форме, чем у взрослых. Геморрой у маленьких детей начинает проявляться постепенно и незаметно. Потом начинают ощущать чувство дискомфорта в области заднего прохода. К этому симптуму у детей школьного возраста присоединяется зуд заднего прохода. Боли у детей школьного и старшего возраста появляются обычно позднее чем других симптомов.

Первым симптомом геморроя у детей является только увеличения узлов, боль появляется у детей старшего возраста лишь после присоединения воспалительных явлений (трещины или язвы), тромбофлебите, а также при ущемления геморроидальных узлов.

Выявлено что, почти у большинство больных, течение болезни протекали без воспаления или с умеренными воспалениями геморроидальных узлов.

При тромбофлебите у детей старшего возраста дефекация затруднена и болезненна. Пальпаторно воспаленные геморроидальные узлы болезнены и плотны на ощупь.

Палец мезенец, с трудом вводится в заднепроходное отверстие из-за увеличения узлов и болезненностью анального кольца. Температура тела повышается до 37 °С. Геморроидальные кровотечения отсутствовал.

У больных геморроем в дошкольном и школьном возрасте, в анамнезе которых имело упорные запоры – у 18 (40,9%) больных, при ирригографии выявлены картины долихосигмы и мегаректум. У больных с усиленной диареей при ректороманоскопии выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дисбактериоза кишечника.

В комплекс лечения геморроя у детей входили комплекс консервативное и оперативные. В состав комплекс консервативному лечению больных с геморроем входили: диетотерапии, нормализация опорожнения кишечника, механическое очищение кишечник с помощью клизмы, медикаментозное, обезболивающие, физиотерапевтическое, местное лечение и динамическое наблюдение.

При консервативном лечение больных с геморроем одновременно лечили основного заболевания являющиеся причиной её и местного лечения геморроя. При этом проводился, очистительные и лечебные клизмы с раствором ромашки, вставлялись ректальные свечи антигеморана 2 раза – утром и вечером – в течение 7 дней. Проводился курс расширения ануса с ректоскопом в первых 3 дня, при наличии воспалительного отека в узлах назначали светодиодный лазер(СДЛ) в течение 7 дней. П проведение 1–2 курсов местного лечения дали положительный эффект во всех случаях. При лечение геморроя у детей в возрастном аспекте имели тактические и технические особенности хирургического лечения.

В тактическом плане, у детей раннего возраста (1-3 года) в связи отсутствием экстренных клинических проявлений (ректальное кровотечение) угрожающих состояние ребенка, показаний к оперативному лечению не было.

Геморрой в этом возрасте в основном было транзиторного характера, поэтому подлежал к поддерживающему лечению и динамическому наблюдению. Кровотечение из прямой кишки отмечено у 17(36,9%) пациентов. Причинами были эрозивный катаральный проктосигмоидит, дисбактериоз кишечника и трещины заднего прохода.

Особенностями лечения геморроя у детей дошкольного возраста почти отличался от предедующих. При этом назначили: лечебные клизмы с раствором ромашки, применение свечей (антигеморан) и мазей (проктозан) местного применения ППЛ или СДЛ на область геморроидального узла. При этом, восстанавливается кровообращение, уменьшается застой в тазовых органах, укрепляется мускулатура тазовой диафрагмы, что приводит к исчезновению геморроидальных узлов.

У детей школьного и старшего возраста при лечении острого тромбофлебита в пищевом режиме предусматривали акцент на профилактику и лечения запора. При назначения диеты рекомендовали овощи, фрукты, черный хлеб и жидкие пищи, содержащую достаточное количество шлаков, что является профилактикой. Клизмы при этом являлся активным методом при профилактики и лечения геморроя.

Длительные консервативное лечение сроком 3-6 месяцев привело излечению этих больных. Однако у 9 (26%) больных не дали желаемых результатов.

Хирургические лечение геморроя проводили только в условиях стационара у 9 (26%) пациентов. Среди оперированных в 2 случаях была выполнена срочная геморройэктомия по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов, в остальных 7 случаях по плановом показаниям.

При выборе показания к геморройэктомии были абсолютные и относительные, в зависимости от характера имеющихся патологий.

Абсолютной показаниями были при наличие больших и сливающихся варикозных узлов, часто выпадающие узлы, вызывающих дискомфорта и болевых ощущений, которые нарушали акта дефекации. К относительной показаниям: умеренно выраженные геморроидальные узлы с редкими обострениями заболевания, одиночных, множественных и напряженных наружных геморроидальных узлов, не поддающихся к консервативному лечению. При геморроэктомиях у детей в основном применяли общую анестезию.

Среди многочисленных методов геморройэктомии в детском возрасте применяли только более щадящие методы. При этом, важным моментом выбора метода является оценка состояния основания ножки единичных или множество одиночных геморроидальных узлов.

При узких основаниях ножки геморроидального узла захватывали зажимом и оттягивая вверх, циркулярно иссекали кожу ушивали у основания нити Викриля 5/0, погружали культи в рану и ушивали рану продольно непрерывными швами этой же нити. Подобная операция нами выполнена у 4 больных. Рецидивы не отмечались.

При широком основания одиночных или множественных узлов после циркулярного иссечения на широком основания ножки оттягивая вверх по частям зашивали узлы с нитью Викриль 5/0, рана ушивали непрерывными швами поперечно. Для предупреждения болей в послеоперационном периоде у основания операционной раны и вокруг вводили циркулярно на кожно-слизистый переход 2% раствор новокаин 3-5 мл. Подобная операция нами выполнена у 5 больных.

После операции вводили в задний проход катетер Фолея (№ 28-30) большого размера и вокруг в область операционной раны оставили трунду пропитанную бальзамом Бакстимса, которое обволакивает раны и защищает от инфицирования. Газы и содержимое кишечника отходятся свободно. Рецидивы

В послеоперационном периоде назначали больным в первые 3 сутки обезболивающие средства 2 раза. Газоотводная трубка в послеоперационном периоде до 5-7 сутки хорошо функционировались при помощи очистительной клизмы раствором ромашки. Хорошие результаты хирургического лечения отмечено во всех случаях в отдаленном периоде, рецидивы не наблюдались.

Таким образом, результаты консервативного лечения у 37 больных геморроем, хорошие результаты отмечено у 26 (70,2%), неудовлетворительные (рецидивы) - у 2 (5,5%). Отрицательный эффект от консервативного лечения были у 9 (24,3%) пациентах. Хирургическое лечение геморрою у детей применяли только, при безуспешности курса комплекса консервативного лечения и получен во всех случаях хорошие результаты.

Выходы:

1. Причиной геморроя у детей является упорные запоры - у 40,9% больных; усиленная диарея с частыми позывами – у 22,7%; двухмоментный акт дефекации -13,6%; напряжения в спорте - у 13%; напряженный и непрерывный кашель – у 6,5%; напряженное мочеиспускание – у 6,5%.

2. Геморрой у детей часто встречается в дошкольном и школьном возрасте. Геморроем до 3-х лет, более эффективными является консервативное лечение. К хирургическому лечению более подвержен школьный возраст.

3 У детей применяются более щадящие методы геморройэктомии. Показаниями к операцию являются: наличие больших часто выпадающие, ущемляющие варикозных узлов, которые нарушают акт дефекацию.

Список литературы:

1. Гарбузов, Р. В. Заболевания вен таза у детей. Клинические проявления, диагностика, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.19. / Гарбузов Н.Д. – М., 2013.

2. Воробьев, Г.И. Геморрой: [Текст]/ Г.И. Воробьев, Ю. А. Целыгин, Л.А. Благодарный. // Руководство – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.

3. **Гончарук, Р.А.** Лечение больных хронической геморроидальной болезнью III–IV стадии: научное издание [Текст]// Р.А. Гончарук, К. В. Стегний [и др.] // Хирургия. – М., 2013. – № 5. – С. 8–11.
4. **Загрядский, Е. А.** /Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни. [Текст]/ Е. А. Загрядский // М.: ГЭОТАР. Медиа, 2015. 176.
5. **Лизван, М. А.** и др. Геморрой: причины, симптомы, диагностика и подходы к терапии. [Текст]/ М. А. Лизван // Лечащий врач. – М., 2014. – № 6. – С. 84–86.
6. **Макаров И.В.** Частная проктология. [Текст]/ И. В. Макаров, О. Ю. Долгих // Геморрой: Учеб. пособие. – М.: Форум, 2015. – 96 с.
7. **Ривкин, В. Л.** Амбулаторное лечение геморроя [Текст]/ В. Л. Ривкин // Стационарно замещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – М., 2014. – Том 55–56, № 3–4. – С. 35–37.
8. **Титов, А. Ю.** Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склеротерапией при лечении больных хроническим геморроем: научное издание [Текст]/ А. Ю. Титов // Амбулаторная хирургия. Стационарно замещающие технологии. – СПб., 2013. – Том 48, № 4. – С. 47–49.
9. **Цуканов, Ю. Т.** Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза : научное издание [Текст]/ Ю. Т. Цуканов, А. Ю. Цуканев, Е. Г. Левданский // Ангиология и сосудистая хирургия. - М., 2015. - Том 21 N2. - С. 94-100.
10. Farid Imanzadeh, Javad Ghoroubi at/ all. /External hemorrhoids in children. // Journal of Surgery Pakistan (International) 14 (2) April - June 2009.
11. **Chakraborty P. S.** Effect of homoeopathic LM potencies in acute attacks of haemorrhoidal disease: a multicentric randomized single blind placebo control ledtrial. [Text] / P. S. Chakraborty, Roja Varanasi, A. K. Majumdar, I Kishan Banoth, Sunil Prasad, M. S. Ghosh, M. N. Sinha, Ravi Chandra Reddy G. Vikram // Indian Journal of Research in Homoeopathy / - Vol. 7 / Issue 2 / Apr-Jun 2013.
12. **Pierce, J.** Perirectal arteriovenous malformation treated by angio embolization and low anterior resection [Text]/ J. Pierce, J. Matthews, P. Stanley [et al.]// J. Pediatr. Surg. - 2010.- № 45 (7). -P. 1542-1545.

УДК. 616-06+616-053.2+616.6

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Самаркандин государственный медицинский институт, РУз.

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.

Резюме

Изучен по данных катамнестических, общеклинических и дополнительных методов исследования у 66 оперированных больных детей, причин послеоперационных осложнений при коррекции АРМ. В процессе диагностики и хирургической коррекции выявлены ряд диагностические, тактические, технические и сочетание ошибки и недостатки, которые явились причиной возникновения ПО, что требовалось проведение большом количестве реконструктивных операций (РО).

Авторами рекомендуется различные варианты тактические и оперативно технические подходы лечения, при решения проблем РО. При этом, предлагаются изучить причины, анализировать ошибки, осложнения и неудачи, показания, сроки, доступы, объем операции и оценивать их эффективности. Авторам благодаря оптимизации тактики, методов хирургического и реабилитационного лечения удалось улучшить результаты ПО до 81,4%.

Ключевые слова: аноректопластика, послеоперационное осложнение, аноректальная малформация.

БАЛДАРДЫН АНОРЕКТАЛДЫК МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРЫНЫН КАБЫЛДООЛОРУН КОРРЕКЦИЯЛООДО РЕКОНСТРУКТИВДҮҮ ОПЕРАЦИЯЛАР

Ташкент педиатриялык медициналык институту,
Самаркандин мамлекеттик медициналык институту, РУз.

А.Ж.Хамраев, Д.Б.Рахмонов

Резюме

Аноректалдык мальформацияларды коррекциялоодо операциялардан кийинки кабылдоолордун себептери 66 операция болгон оорулуу балдардын катамнестикалык, жалпы клиникалык жсана изилдөөнүн кошумча ыкмаларынын маалыматтары боюнча изилденди. Диагностика жсана хирургиялык коррекциялоо жүрүшүндө ПО пайда болушунун себептери болгон бир катар диагностикалык, тактикалык, техникалык жсана айкалышкан каталар жсана кемчиликтер табылган, албетте көптөгөн сандагы реконструктивдүү операцияларды (РО) откөрүү талап кылынган.

РО көйгөйлөрүн чечүүдө авторлор дарылоонун тактикалык жсана оперативдүү-техникалык ыкмалардын түрдүү вариантарын сунушташат. Ошону менен бирге, себептерин изилдөөнү, каталарды, кабылдоолорду, көрсөткүчтөрдү, мөөнөттөрдү, операциянын көлөмүн талдоону жсана алардын натыйжалуулугун баалоону сунушташат. Дарылоо тактикасын, хирургиялык жсана реабилитациялык ыкмаларды оптимизациялоо аркылуу авторлор ПО натыйжаларын 81,4% чейин мыктылай алышты.

Негизги сөздөр: аноректопластика, операциялардан кийинки кабылдоолор, аноректалдык малформация.

CORRECTIONS OF POSTOPERATIVE ANAL SPHINCTER FAILURE IN CHILDREN

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

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.

Summary

In the course of the study of catamnestic and examination data 66 of children with postoperative non-NAS in the process of diagnosis and surgical correction errors and deficiencies were revealed as: unreliable primary diagnosis, insufficiency of preoperative preparation, inadequate indication and choice of the method of operation, inadequate postoperative rehabilitation. All these had diagnostic, tactical, technical and combined character, which led to the formation of the postoperative HCA, which required a large number of repeated operations. Therefore, the authors suggest that to solve the problems of repeated operations is not limited to the improvement of surgical techniques, and to study the causes, analysis of errors, complications and failures that lead to repeated interventions, indications, timing, access, scope of surgery and their evaluation of effectiveness, medical and social rehabilitation of patients.

The authors, thanks to the optimisation of tactics, methods of surgical and rehabilitation treatment, managed to correct the post-surgical NAC up to 80,4%.

Key words: children, proctoplasty, postoperative failure of anal sphincter, anorectal malformations.

Актуальность. При хирургическом лечении аноректальных мальформаций (АРМ), снижения послеоперационных осложнений (ПО) остается далеко нерешенной проблемой в детской хирургии [1,6,7,9,11]. По литературными данными, после первичной хирургической коррекции АРМ функциональные нарушения сфинктерных аппаратов прямой кишки встречается у 30-60% пациентов, в дальнейшем сопровождается недержание кала и хронический запор [2,3,5,10].

При этом, основной причиной неудовлетворительных результатов при лечения АРМ, является диагностические, тактические и технические ошибки, которые часто приводят недостаточность анального сфинктера (НАС) у детей [4,8], которой требует реконструктивных операций (РО). Поэтому, оптимизация хирургической тактики, показаний и выбор методов РО при снижение осложнений АРМ у детей является актуальной проблемой в детской хирургии.

Целью исследования явились улучшение результатов реконструктивных операций при послеоперационных осложнениях АРМ, на основу изучения причин осложнений, путем оптимизации диагностики, тактики лечения и разработка меры профилактики у детей,

Материалы и методы. За период 2007-2020 г.г. в отделениях детской хирургии клинических баз кафедры детской хирургии ТашПМИ и СамМИ, находились 66 больных на стационарном лечение по поводу коррекции осложнений АРМ. Возраст больных составляет: 3-12 мес.-6 (9,2%); 1-3 года-27 (41,5%); 3-7 лет-21 (30,7%); 8-14 лет-9 (13,8%); 14-18 лет-3 (4,6 %). Всего проведено 140 РО, из них: двухкратно в 31 (47%); трёхкратно в 20 (30%); четырёхкратно и более раз в 15 (23,9%) случаях. При этом, операционные доступы были: БППП-14; ПСАРП-23; ЗСАРП-21; ПП-81. Колостома перед ПРО наложена 37(57%) больным. Мальчики - 29(43%) и девочек - 37(57%).

Среди проведенных РО у 18 (40%) больных детей отмечались сопутствующие патологии и региональные пороки: агенезии и аплазии копчиковый и кресцово-копчиковых позвонков, нарушения иннервации тазовых органов за счет утолщения терминальной нити и спинного мозга.

Всем больным с целью выявлению характер НАС проводились комплекс обследования: общеклинические (сбор анамнеза, катамнез, клинический осмотр с ректальным исследованием и лабораторная диагностика); рентгенологические (ирригография, фистулография); дополнительные (УЗИ с допплером, МРТ органов брюшной полости и малого таза, электромиография сфинктерного аппарата прямой кишки, ректоанальный рефлекс и эндоскопия).

Нами проведен клинический анализ причин возникновения ПО при первичной и повторной коррекции АРМ; изучены допущенные диагностические тактические и технические ошибки, риск развития осложнения в ходе операции и разработаны оптимальной способы их повторной коррекции.

Больные были распределены на две группы. Первая группа - 48 (72,3%) больных, применения РО, на фоне допущенное ошибки и осложнений после первичной радикальной и повторной корректирующей операции, приводящих к НАС. Вторая группа - 18 (27,7%) больных, на фоне сочетанных регионарных пороков развития и врожденной неполноценности сфинктерного аппарата прямой кишки. Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации.

Результаты и их обсуждение. В ходе изучения катамнестических и данных клинических обследования больных выявлено причин ПО при коррекции АРМ, клинически проявляющиеся НАС (недержание кала) и стеноза заднего прохода и прямой кишки (запоры).

Выявленные причины ошибки и осложнения имели диагностический, тактический, технический и сочетанный характер.

I. Диагностические: недостоверная верификация диагностики; недостаточная оценка пороков развития соседних органов; рентгенологически: неправильная укладка больного или отсутствия метки на места ануса при определении высоты атрезии и протяженности стеноза, упущения отклонения аноректального угла; клинически нераспознавания врожденного ректоуретрального свища (РУС) и эктопии ануса; неточная идентификация аномалии при первичной диагностике; неполноценное выявления причин и анализ возникших осложнений при первичной радикальной коррекции АРМ, недостоверная верификация диагностики при вторичной коррекции.

II. Тактические: недостаточность предоперационной подготовки; неправильный выбор показаний; неадекватного выбора операционного доступа; неоптимальный выбор метода радикальной операции или наложения колостомы в процессе коррекции порока и при возникновения осложнений; излишняя попытка промежностным доступом поиска высокого атрезированного конца кишки; неполноценного проведения послеоперационной реабилитации и недостаточность квалификации хирурга.

III. Технические: неполноценного выполнения первичной радикальной техники операции; повреждения мышц сфинктеров; недооценки аномалий аркадных сосудов, значительного пересечения магистральных крупных сосудов, слишком натяжения или перерастяжения брыжечных сосудов при мобилизации толстой кишки; внесфинктерного низведение дистальной части толстой кишки; случайное ранение уретры при повторной мобилизации толстой кишки; неполноценной фиксации кишки при низведении; неполноценная мобилизация свища, недостаточное выполнения техники пластики при ректовестибулярных (РВС) и РУС; технические погрешности при повторных операциях.

IV. Сочетанные, к ним относятся сочетания больше двух и более видов групп ошибок и осложнений, одновременно. В ряде случаев, допущенные диагностические ошибки приводили к тактическим, и они в свою очередь к техническими.

Результаты исследования показали, что причины возникновению НАС в послеоперационном периоде, было выявлено, у группы больных непосредственно связанными диагностическими, тактическими и оперативно-техническими ошибками и другая группа не связанными с ними, при сочетании пороков развития нервных стволов, сплетений и волокон, дефекте дистальной части позвоночника и крестца, аномалий соседних органов.

К первой группе, причин послеоперационной НАС относился интраоперационная травма, неудачно проведенной повторно корректирующие операции и гнойно-воспалительных осложнений вследствие диагностических, тактических и технических ошибок, которые приводили к стенозу или дистопии анального канала, деформацию околоанальной области, выстояние слизистой низведенной кишки, рецидивы свища в мочевую или половую систему у детей.

Ко второй группе причин послеоперационной НАС выявлено на фоне: нарушения иннервации тазовых органов за счет утолщения терминальной нити и спинного мозга – у 4-х случаях; недоразвитие каудального отдела позвонков (аплазии или агенезии крестца и копчика) – у 10-ти; недоразвитие мышечных структур сфинктерного аппарата (аплазии или гипоплазия мышечного комплекса) - у 4. Эти сопутствующие патологии встречались среди 18 оперированных больных в отдельном и сочетанном виде (Рис. 1).



Рисунок 1. Неуправляемый НАС на фоне нарушения иннервации тазовых органов, недоразвитие каудального отдела позвоночника и мышечных структур сфинктерного аппарата.

У этих групп больных несмотря идеально проведения первичной радикальной аноректопластики или РО постоянно остались НАС, с клиническими течениями недержание кала. Таким образом, после первичной и повторной коррекции АРМ, все ПО по сроком различается на: раннюю и позднюю. К ранним осложнениям относятся:

- нагноения с расхождением швов операционной раны промежности - при некачественной предоперационной подготовке, плохом уходе и ведении больных в послеоперационном периоде.

- некроз культуры низведенной кишки - в результате недооценки аномалий аркадных сосудов, значительного пересечения магистральных крупных сосудов, слишком натяжения или перерастяжения брыжеечных сосудов при БППП приводящие к нарушению кровоснабжения в низведенной кишке, её некрозу и иногда тазовому перитониту в раннем послеоперационном периоде

К поздним осложнениям относятся:

- стенозы заднего прохода и прямой кишки, вторичный мегаректум - возникшей на поздние сроки, при длительном воспалительном процессе в области раны промежности, хронические ишемизации стенки низведенной толстой кишки и после многократной промежностной и брюшно-промежностной проктопластики, которое клинические проявляется хроническим запором.

- рубцовая деформация ануса, рубцовые перерождения наружного сфинктера и дефекты перегородки органов промежности в виде «искусственная клоака» - возникшей после рубцового процесса обусловленной обеднением кровоснабжения стенки низведенной кишки и после многократной промежностной проктопластики по поводу рецидива свищей, которое клинические проявляется недержанием кала и газа.

- избыточная (выстояния) слизистой низведенной кишки, возникшие после различных видов проктопластики и при технические погрешности формирование неонуса. Избыточные слизистые представляли с незначительным участком или большим ее фрагментом, которое клинически протекает с недержанием кала

- парапректальный свищ возникшей на фоне повышения давления каловыми массами в прямой кишке или закупорки «камнями» её, при ретракции низведенной кишки, при клизме создания ложного хода. Обычно он открывается далеко от ануса или ягодичной области, которое клинически протекает с недержанием кала.

Нами на основе комплексных методов обследования больных и при помощи УЗИ, МРТ и ЭМГ выявлено анатомически - локализация дефектов, разрывы, относительная истончения ширины, укорочения длины, асимметрии и физиологически – нарушения сократительной способности пуборектальных мышц и наружного анального сфинктера.

Таблица 1. - Виды и количество поздних послеоперационных осложнений и методы повторной хирургической коррекции у детей

№	Виды послеоперационных осложнений	Кол. - %	Методы повторной коррекции
1	Непротёженный стеноз ануса и прямой кишке	11-16,9%	Ликвидация стеноза с реконструкцией ануса и прямой кишки
2	Протёженный стеноз ануса и прямой кишке	5-7,6%	БППП. Ликвидация протаженного стеноза с реконструкцией ануса и прямой кишки
3	Рубцовая деформация заднего прохода	7 -10,7%	Сигмостома. Ликвидация рубцовой деформации с реконструкцией заднего прохода
4	Рубцовой деформации ануса и влагалища	4-6,1%	Сигмостома. Ликвидация рубцовой деформации заднего прохода с реконструкцией промежности
5	Дефект ректо- влагалишной перегородки	6()	Сигмостома. ПСАРП. Сфинктеролеваторопластика
6	Преобретенная «Искусственная клоака»	2 -3%	Сигмостома. ПСАРП. Поэтапная аноректопластика
7	Рецидив РВС	8-12,3%	Сигмостома.ПСАРП. Аноректопластика по Стоуну.
8	Рецидив РУС	3 -4,6%	Транзверзостома.Эпицистостомия. БППП с ликвидацией РУС
9	Преобретенная «дистопия ануса»	4 -6,1%	Смешения дистопированного ануса. Сфинктеролеваторопластика
10	Внесфинктерное низведение толстой кишки	4 -1%)	БППП. С повторной низведением толстой кишки
11	Преобретенный парапректальный свищ с деформацией ануса	2 -3%	Ликвидация парапректального свища Сфинктеропластика с реконструкцией заднего прохода
12	Выстояния слизистой низведенной кишки	8-10,7%	Иссечение выстояния слизистой низведенной кишки
13	Деформация ануса с рубцовой перерождением наружного сфинктера	2 -3%	Транзверзостома. БППП. с иссечением рубцов.Сфинктероанопластика
ВСЕГО		66 -100%	100%

Эти данные, позволяли оценить степени повреждения сфинктеров при послеоперационной НАС, определить тактики, выбор методы повторной хирургической коррекции, интраоперационные и послеоперационные меры профилактики осложнений.

Тактическом плане, во всех случаях, для улучшения кровоснабжения, уменьшения рубцового процесса и ригидности тканей промежности, восстановления тонуса сфинктерных мышц 2-3 степени НАС, проводили этапное реабилитационное лечение перед каждой РО. В комплекс реабилитационную лечению входили электрофорез с лидазой, электростимуляция анального сфинктера и тазового дна, светодиодный лазер в отдельном и виде комбинации.

Накладывали сигмостома, транзверзостома и колостома у 57% больных как предоперационная подготовка. Это позволяли улучшить клинические результаты хирургического лечения на 2 раза после РО

При проведение РО на аноректальной области, часто использовали передний и задний сагittalный доступ, которой позволяло интраоперационно оценить состояния повреждения, устраниить дефекта сфинктера заднего прохода и под визуальном контролем проведения пластики. При этом, минимально травмируется мышечные структуры, сосуды и нервы с небольшой кровопотерей; максимально использовать местные ткани для восстановления сфинктерного аппарата; значительно мобилизовав прямую кишку, что давало возможность сфинктеропластике и сфинктеролеваторопластике и позволили избегать от излишней БППП.

Нами виды и количество поздних осложнений, приводящих к НАС и выбор методы РО у детей представлен в табл. №1.

Как видно из табл. №1, благодаря оптимизации тактики, методов хирургического и комплексного реабилитационного лечения, нами отмечено хорошие результаты у 30 (46,1%) больных; удовлетворительные - у 24 (35,3%) и неудовлетворительные - у 12 (18,6%).

Таким образом, нам удалось корректировать НАС в 54 случаях из числа 66 больных, что составляет 81,4% с хорошими и удовлетворительными результатами.

При проведения РО с целью снижения послеоперационной НАС, мы обращали внимания на следующие тактические моменты местного характера: определить степени повреждения сфинктеров заднего прохода и прямой кишки; характер рубцовой деформации аноректальной области; степени выстояния слизистой, оптимизация показания, выбор метода, сроки проведения, пути доступа к операции. При этом обеспечить сохранности сфинктерного аппарата прямой кишки; разобраться в тонкостях топографо-анатомических взаимоотношений органов промежности; проведения адекватное реабилитационное лечение и восстановлению физиологического состояния, вновь созданного неоануса и прямой кишки.

В случаях отсутствия повреждения сфинктеров заднего прохода и прямой и выраженной деформации, лечение начинали с реабилитационных мероприятий и лишь при неэффективности проводили РО. При наличии деформации (стеноз, эктопии, свищи, дефекты) и выстояния слизистой определяли прямой показания к РО независимо от степени повреждения сфинктеров.

При проведение РО у детей, основывались к следующему техническим приемам и интраоперационной тактике лечения:

- по возможности при коррекции осложнений обойтись без брюшного доступа;
- до операционном периоде, для восстановления кровоснабжения и иннервации промежности, проведения реабилитационное лечение;
 - промежностном доступе стремится к минимальной диссекции тканей;
 - точное выведение прямой кишки через центр удерживающего мышечного комплекса;
 - стремиться к восстановлению аноректального угла при аноректопластики, путем сохранение равновесия между пуборектальных и анококсегиальных мышц;
 - обеспечить устранению натяжения низведенной кишки в зоне вновь сформированного неоануса.

Следует отметить, что РО у детей выполняется в более сложных условиях, чем первичные, и с меньшими возможностями выполнение проктопластики в классической форме, при наличие грубых рубцовых изменений тканей промежности и хронической ишемизированной кишки.

Причем, при каждой раз повторения РО, ситуация прогностически начинает ухудшается. При сложных ситуациях: дефектах и рубцовых деформациях с выраженной НАС для эффективности РО, обязательно наложить колостома и проводит комплексное реабилитационное лечение и лечения, сопутствующих патологии. Такой тактический подход значительно улучшило результатов лечения с уменьшением количества числа повторных операции у детей.

Таким образом, благодаря оптимизации диагностики, тактики предоперационной подготовки, методы интраоперационной хирургической коррекции, послеоперационные меры профилактики осложнений и реабилитации, нами получены значительное улучшение результатов лечения послеоперационной НАС. Отдаленные результаты лечения оценивали на хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Результаты хирургического лечения послеоперационной НАС у детей, представлено в табл. 2.

Таблица 2. - Результаты хирургического лечения послеоперационной НАС

Патологические состояния осложненной по степеням НАС	Методы ПРО	Результаты (кол-во и %)			Всего (%)
		хор.	удов.	неуд.	
1. НАС 1-степени, без значительного повреждения мышечных структур и деформаций ануса.	Консервативное (реабилитационное) лечение	16 -23,2%	5 -8,9%	-	21 -32,2%
2. НАС 1-2 степени, без значительного повреждения мышечных структур, выстояние слизистой.	Удаление избыток слизистое + сфинктероанопластика + реабилитационное лечение	10- 16%	8 -10,7%	-	18- 26,8%
3. НАС 2-3 степени, с рубцовой деформацией аноректальной области.	Колостома, ПСАРП или ЗСАРП+ сфинктеролевато-ропластика+ реабилитационное	4-5,4%	7- 10,7%	6- 7,3%	17- 25%
4. НАС 3 степени, с повреждением всех элементов запирательного аппарата.	Колостома, БППП, ПСАРП или ЗСАРП+ АРП с восстановлением пуборектальной петли + сфинктеролевато-ропластика с реконструкцией анатомических дефектов + многократное и поэтапное реабилитационное лечение	-	4- 5,4%	6-10,7%	10- 16%
ИТОГО:		30-46,1%	24- 35,3%	12-18,6%	66-100%

При этом оптимальными критериями явились: оптимизация качества дооперационной диагностики, подготовки больного к операции, своевременного выявления сопутствующих аномалий соседних органов, профессиональная компетентность хирурга, адекватность выбора тактики, техники выполнения корректирующей операции, качественное проведение реабилитационного лечения.

Вторая группа - 18 (27,6%) больных, вследствие врожденной неполноценности запирательного аппарата прямой кишки на фоне сочетания регионарных пороков развития (Аплазии, агенезии крестца и копчика, гипоплазия мышечного комплекса) и нарушение иннервации органов малого таза, привело к НАС, несмотря идеально проведенной первичной радикальной аноректопластики, РО и длительное этапное реабилитационные лечение неудовлетворительные результаты сохранились в виде недержание кала и мочи, в разной степени и на долгие сроки.

У этих групп больных длительное проведения ЭСМ анального жома, ректальная гимнастика, тренировочные клизмы с использованием принципов биологически обратной связи (у детей старше 5 лет), выработка индивидуального стиля жизни до 5 лет и длительные курсы комплексного неврологического лечения привело к удовлетворительному состоянию больных, только лишь у 5 (27,7%) случаев.

Таким образом, у первой группы больных без сопутствующих патологии на фоне гнойно-воспалительных осложнений и диагностических, тактических и технических ошибок вследствие которых, привели к стенозу и дистопии анального канала, деформацию органов промежности, выстояние слизистой низведенной кишки, рецидивы свища в мочевую и половую систему приводили РО у детей. В отдаленном периоде на фоне комплексного лечения, у этих категорий больных, получены хорошие результаты у 30 (46,1%) пациентов; удовлетворительные - у 24 (35,3%) и неудовлетворительные - у 12 (18,6%).

У второй группы больных, помимо коррекции АРМ, на фоне сопутствующего нарушения иннервации тазовых органов за счет утолщения терминальной нити и спинного мозга, недоразвитие каудального отдела позвонков и кресца, и леваторных мышечных структур, хорошие результаты не отмечено, удовлетворительные составляет - у 5 (27,7%) и неудовлетворительные - у 13 (72,3%) из числа 18 случаев.

Выходы.

1. Анализ причин ошибки и осложнения, оптимизации предоперационной диагностики, оптимизации тактики, методов хирургического и комплексного реабилитационного лечения и послеоперационные меры профилактики, удалось улучшить результатов лечения РО на 81,4%.
2. Показания к РО определяется с учётом 2-3 степени НАС и деформации аноректальной области.

Список литературы

1. Аверин, В.И. Аноректальные мальформации у детей (федеральные клинические рекомендации): научное издание. [Текст] Детская хирургия. - 2015. - № 19(4). – С. 29-35.
2. Ибодов Х.И., Убайдуллоев В.Р. Микроциркуляторные нарушения при анальной недостаточности у детей // Здравоохранение Таджикистан -2017 г-№2-С 52-57
3. Ионов, А. Л. Приобретенные стенозы заднего прохода и прямой кишки у детей. //автореф. дис... док.мед.наук. мед.: 14.01.19 / А. Л. Ионов. – Москва, 2011. С- 24.
4. Наврузов, С. Н. Ошибки и осложнения при выполнении операции на аноректальной зоне. [Текст] / С. Н. Наврузов //Хирургия Узбекистана. - 2014. - №1 (61). - С-65-68.
5. Хамраев, А. Ж. Болалар колоректал хиургияси. [Текст] / А. Ж. Хамраев, Ж. А. Атакулов Учеб. пос обие. Т. Изд. “Укитувчи” нашириёт- Матбаа ижодий уйи. 2015. С-383.
6. Хамраев, А. Ж. Причины возникновения и тактика хирургической коррекции послеоперационной недостаточности анального сфинктера у детей [Текст] / А. Ж. Хамраев, Д. Б. Рахмонов // Ташкент.Научно-практический журнал Педиатрия. - 2019. - №2. -. С 90-96.

7. Эргашев, Н. Ш. Анатомические формы и виды хирургической коррекции аноректальных аномалий у детей: научное издание [Текст] / Н. Ш. Эргашев, Ф. А. Отамурадов, Ф. М. Дусалиев // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. - 2014. – №2. - С. 133-134
8. L.Lagares-Tena, L.Millán-Paredes, L.Lázaro-García, A.Navarro-Luna, S. Delgado-Rivilla, A. Muñoz-Duyos. Sacral neuromodulation in patients with congenital faecal incontinence. Special issues and review of the literature. Received: 26 June 2017 / Accepted: 5 August 2017. Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018
9. Lagares-Tena L. Sacral neuromodulation in a faecal incontinence patient with unknown sacral partial agenesis.[Text] / Lagares-Tena L, Corbella-Sala C, Navarro-Luna A, Muñoz-Duyos A // Colorectal Dis. -2017.- - №19 (5). – P.502–504.
10. Brunner M, Cui Z, Matzel KE (2016) sacral nerve stimulationfor faecal incontinence in patients with sacral malformation. Int J ColorectalDis.
11. Bloemendaal AL Sacral nerve stimulation for faecal incontinence due to imperforate anus in VATER/VACTERL association.[Text] Bloemendaal AL, Gorissen K, Prapasrivorakul S et al // Int J Colorectal Dis/ -2016. - № 31(3). – P.:777–778.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОСТИЛЬБЕГИТ В ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Бекмирзаева Ф.М., Шукров Ф.И., Аюпова Ф.М.

Резюме

Цель: оценка эффективности применения кломифенсодержащего препарата для индукции овуляции у женщин, с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 женщины, из них: I– основную подгруппу вошли – 20 женщин с синдромом поликистозных яичников и во II основную подгруппу – 20 женщин с фолликулярными кистами яичников получавших после эндохирургического лечения кломифенсодержащий препарат, и группа сравнения – 20 женщин аналогичной патологией, но отказавшихся от приема кломифенсодержащего препарата. С помощью гормонального и ультразвукового исследований выявлена все характерные изменения для доброкачественных структурных изменений яичников после эндохирургического лечения в качестве стимуляции овуляции была назначена препарат Клостилбегит®.

Результаты. В I подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У 2-х (10,0%) из них овуляция наступила после второго цикла овуляции на дозе в 100мг кломифенсодержащего препарата в день. У одной (5,0%) больной овуляция была на третьем цикле лечения (150мг/в сутки). Беременность наступила у 17 (85,0%) больных этой подгруппы: у одной больной в первом же цикле лечения при приеме 50мг кломифенсодержащего препарата, у второй на третьем цикле стимуляции овуляции при дозе 100мг данного препарата. Во II– подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У трех (15,0%) из них овуляция произошла после второго цикла стимуляции с применением 100–150мг кломифенсодержащего препарата в день. Беременность в группе сравнения наступила у 3 (15,0%) пациенток. **Заключение.** Применение кломифенсодержащего препарата у женщин, с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения приводит к индукции овуляции у 90,0% и 85,0% женщин, и наступлению беременности у 85,0% и 90,0% женщин соответственно.

Ключевые слова: бесплодия, лапароскопия, индукция овуляции, Клостилбегит®.

ЭНДОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИН АЯЛДАРДЫН ОВУЛЯЦИЯСЫНЫН ИНДУКЦИЯСЫНДА “КЛОСТИЛБЕГИТ” КАРАЖАТЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

Ташкент медициналык академиясы, Ташкент ш., Өзбекстан

Ф.М.Бекмирзаева, Ф.И.Шукров, Ф.М.Аюпова

Резюме

Максаты: эндохирургиялык дарылоодон кийин энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү менен аялдардын овуляциясынын индукциясы учун кломифен камтыган каражасатты колдонуунун натыйжалуулугун баалоо.

Материалы жсана ыкмалары. Изилдөөгө 60 аял киргизилген, алардын ичинен: I-негизги топчого – поликистоздук энелик бездер синдрому менен 20 аял жсана II-негизги топчого – эндохирургиялык дарылоодон кийин кломифен камтыган каражасат алган энелик бездердин фолликулярдык ыйлаактар менен 20 аял кирген, жсана салыштырма топ – окишош патология менен кломифен камтыган каражасатты алуудан баш тарткан 20 аял. Энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү учун гормоналдык жсана ультрадобуш изилдөөлөрдүн жардамы менен баардык мүнөздүү өзгөрүүлөр аныкталды, эндохирургиялык дарылоодон кийин овуляцияны стимуляциялоо катары Клостилбегит каражасаты дайындалган.

Натыйжалары. Ооруулардын I-топчосунда овуляция 17 (85,0%) аялда башталган. Алардын ичинен 2 (10,0%) бейтапта кломифен камтыган каражасаттын бир кундө 100 мг дозасында овуляциянын экинчи цыклынан кийин овуляция башталган. Бир (5,0%) бейтап аялда овуляция дарылоонун учунчү цыклында (150 мг/в сутки) болгон. Бул топчонун 17 (85,0%) ооруулусунда кош бойлуулук башталган: бирөөндө кломифен камтыган каражасаттын 50 мг колдонгондон кийин дарылоонун бириңчи эле цыклында, экинчисинде бул каражасаттын 100 мг дозасында овуляцияны стимуляциялоонун учунчү цыклында. Ооруулардын II-топчосунда 17 (85,0%) бейтапта овуляцияга жетүү мүмкүн болду. Алардын ичинен учөөндө (15,0%) овуляция кломифен камтыган каражасаттын бир кундө 100-150 мг колдонуу менен стимуляциялоонун экинчи цыклынан кийин болгон. Кош бойлуулук салыштырма топтун 3 (15,0%) бейтабында башталган.

Жыйынтыктоо. Эндохирургиялык дарылоодон кийин энелик бездердин залалсыз түзүмдүк өзгөрүүлөрү менен шартталган түкүмсуздук менен аялдарда кломифен камтылган каражасатты колдонуу овуляциянын индукциясына 90,0% жсана 85,0% аялдарда, ошондой эле иретке ылайык 85,0% жсана 90,0% аялдарда кош бойлуулук башталышына алып келет.

Негизги сөздөр: түкүмсуздук, лапароскопия, овуляциянын индукциясы, Клостилбегит.

ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE CLOSTILBEGITIS PRODUCT IN OVULATION INDUCTION IN WOMEN AFTER ENDOSURGICAL TREATMENT

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Bekmirzaeva F.M., Shukurov F.I., Ayupova F.M.

Summary

Objective: to evaluate the effectiveness of the use of clomiphene-containing drug for the induction of ovulation in women, with benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment.

Materials and methods. The study included 60 women, of which: I – the main subgroup included 20 women with polycystic ovary syndrome and the II main subgroup – 20 women with follicular ovarian cysts who received clomiphene-containing preparation after endosurgical treatment, and the comparison group – 20 women with a similar pathology, but refused to take clomiphene-containing drug. With the help of hormonal and ultrasound studies, all characteristic changes for benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment were identified as a stimulation of ovulation, the drug Klostilbegit was prescribed.

Results. In the I subgroup of patients, ovulation was achieved in 17 (85.0%) patients. In 2 (10.0%) of them, ovulation occurred after the second ovulation cycle at a dose of 100 mg of clomiphene-containing drug per day. In one (5.0%) patient, ovulation was on the third cycle of treatment (150 mg / day). Pregnancy occurred in 17 (85.0%) patients of this subgroup: in one patient in the first cycle of treatment when taking 50 mg of clomifes-containing preparation, in the second in the third cycle of ovulation stimulation at a dose of 100 mg of this drug. In the II– subgroup of patients, ovulation was achieved in 17 (85.0%) patients. In three (15.0%) of them, ovulation occurred after the second cycle of stimulation with the use of 100–150 mg of clomifes containing drug per day. Pregnancy in the comparison group occurred in 3 (15.0%) patients. Conclusion. The use of clomiphene-containing drug in women with infertility due to benign structural changes in the ovaries after endosurgical treatment leads to the induction of ovulation in 90.0% and 85.0% of women, and pregnancy in 85.0% and 90.0% of women, respectively.

Key words: infertility, laparoscopy, ovulation induction, Klostilbegit®.

Актуальность. Добротаственные структурные изменения яичников, характеризующиеся нарушениями менструального цикла, такими как олиго- и опсоненорея, являются одной из причин нарушений репродуктивной функции у женщин детородного возраста [1,2,3]. Частота встречаемости добротаственных структурных изменений яичников у женщин с нарушениями менструального цикла и неудачами реализации репродуктивной функции по данным разных источников колеблется от 19% до 25% [4,5,6]. Самую многочисленную группу среди добротаственных структурных изменений яичников – до 88,7% составляют синдром поликистозных яичников и фолликулярные кисты, эти же две патологии оказывают существенное влияние на репродуктивное здоровье [7]. На современном этапе развития репродуктивной хирургии эндохирургические лечение, по праву считается основным и первостепенным методом лечения при добротаственных структурных изменениях яичников[8,9]. Несмотря на проведенные исследования, посвященные изучению репродуктивного здоровья женщин с добротаственными структурными изменениями яичников, на сегодня не решена проблема восстановления fertильности[10]. В связи с этим важным является разработка и совершенствование эффективных методов реабилитации репродуктивной функции у женщин, перенесших эндоскопической метод лечения женского бесплодия, обусловленного добротаственными структурными изменениями яичников.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения кломифенодержащего препарата для индукции овуляции у женщин, с добротаственными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 60 женщины, из них: I– основную подгруппу вошли – 20 женщин с синдромом поликистозных яичников и во II основную подгруппу–20 женщин с фолликулярными кистами яичников получавших после эндохирургического лечения кломифенсодержащий препарат, и группа сравнения – 20 женщин аналогичной патологией, но отказавшихся от приема кломифенсодержащего препарата. Возраст обследованных составил $24,5\pm0,2$ года. С целью стимуляции овуляции нами было выбрана кломифенсодержащей препарат. Кломифенсодержащей препарат – нестероидный антагонист рецепторов эстрогенов, препарат первого ряда для стимуляции овуляции при доброкачественных структурных изменениях яичников. Кломифенсодержащий препарат–наиболее простой в применении среди препаратов, используемых для стимуляции овуляции.

Немаловажные его достоинства– экономичность, низкая вероятность развития побочных эффектов и максимально приближенное к идеальной терапевтической цели действие: индукция развития единственного фолликула, имитирующая естественный менструальный цикл. При назначении кломифенсодержащего препарата мы также, учитывали уровень овариального резерва (ОР) и степени экспрессии эстрогеновых рецепторов в яичниках и эндометрия. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Всем женщинам стимуляцию овуляции проводили кломифенсодержащим препаратом по следующей схеме. Пациенткам с нормальным ОР и слабой степени экспрессии эстрогеновых рецепторов, клостилбегит назначали с 5–й по 9–й дни менструального цикла в дозе 50 мг (50 мг per os) в течение 5 дней на протяжении 2 – 3 циклов, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100мг) в сутки в течении 5 дней. Пациенткам с низким ОР и высокой степени экспрессии эстрогеновых рецепторов клостилбегит назначали с 3–й по 7–й дни менструального цикла в дозе 100 мг (100 мг per os) 1 таблетки 2 раза в течение 5 дней на протяжении 2–3 циклов, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100мг) в сутки в течении 5 дней. Пациенткам с низким ОР и умеренной степени экспрессии эстрогеновых рецепторов клостилбегит со 2–го по 6–й в дозе 100 мг (100 мг per os) 1 таблетки 2 раза в течение 5 дней, при последующих циклах дозу препарата удваивали в дозе по 1 таблетки 2 раза (100мг) в сутки в течении 5 дней. Всех пациенток наблюдали в течение МЦ с целью прослеживания результатов кломифенсодержащем препаратом. Для оценки эффективности стимуляции функции яичников в динамике менструального цикла и в процессе лечения проводили УЗД–фолликулометрию и определяли толщину эндометрия. УЗИ органов малого таза проводили вагинальным датчиком (7,5 МГц– Sonoace X4–Корея). При УЗИ оценивали толщину и эхогенность эндометрия, количество и размеры лидирующих фолликулов на 8, 12 и 14 день менструального цикла, во II–ой фазе цикла определяли наличие желтого тела и структуру эндометрия. В 1–ой подгруппе больных, получавших для индукцию овуляции кломифенсодержащей препарат, произошло достоверное ($p<0,05$) увеличение диаметра максимального фолликула, который в среднем составлял $2,2\pm0,4$ см, во II подгруппе– $2,0\pm0,3$ см. Толщина эндометрия в этой группе больных также существенно ($p<0,05$) увеличилась и среднем составила $0,9\pm0,03$ см в I подгруппе и во II–ой – $1,0\pm0,2$ см. В обоих подгруппах отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение толщины эндометрия. Вместе с тем сравнение двух групп по этим параметрам показало, что во I –ой подгруппе больных диаметр максимального фолликула достоверно ($p<0,05$) превосходил соответствующий показатель во II– подгруппы, толщина эндометрия также была существенно ($p<0,05$) больше во I–ой подгруппе больных. Соотношение клинического эффекта стимуляции в группах обследованных больных представлено на рисунке 1. В I подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных. У 2-х (10,0%) из них овуляция наступила после второго цикла овуляции на дозе в 100мг кломифенсодержащего препарата в день. У одной (5,0%) больной овуляция была на третьем цикле лечения (150мг/в сутки). Беременность наступила у 17 (85,0%) больных этой подгруппы: у одной больной в первом же цикле лечения при приеме 50мг кломифенсодержащего препарата, у второй на третьем цикле стимуляции овуляции при дозе 100мг данного препарата. Во II– подгруппе больных овуляция была достигнута у 17 (85,0%) больных.

У трех (15,0%) из них овуляция произошла после второго цикла стимуляции с применением 100–150мг кломифесодержащего препарата в день. Беременность в группе сравнения наступила у 3 (15,0%) пациенток (см. Рис 1).

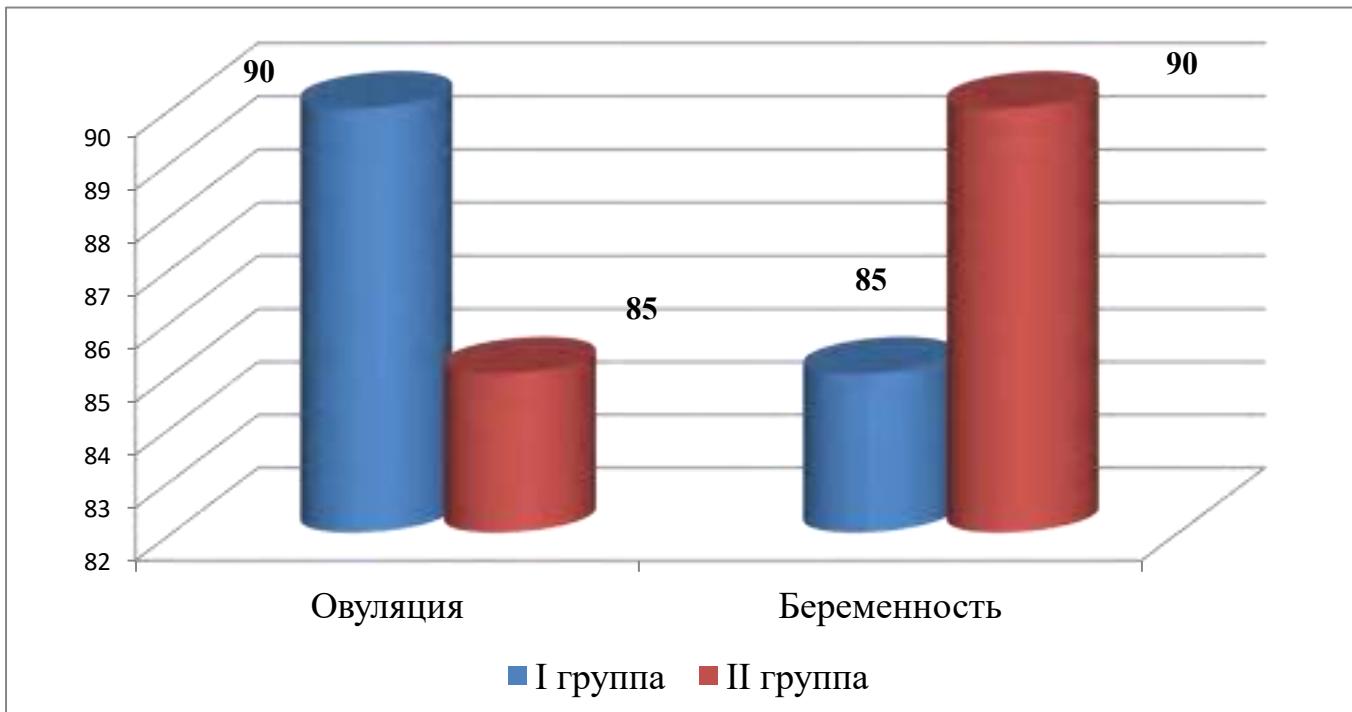


Рисунок 1. Частота наступления овуляции и беременности у обследованных женщин принимавших кломифенсодержащий препарат в, %.

Таким образом, индукция овуляции кломифесодержащем препаратом является эффективным методом стимуляции овуляции, обеспечивающим достижение овуляции у 87,0% больных с доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения. На фоне индукции овуляции кломифенсодержащим препаратом серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, ни у одной больной не было отмечено. Согласно полученным данным, в 40 овуляторном цикле с применением кломифенсодержащего препарата среднее число фолликулов в диаметре более 18мм к середине МЦ 34 (85,0%) из них в процессе индуцированного фолликулогенеза созревали все фолликулы, в 6 циклах два фолликула. Средняя продолжительность времени достижения фолликулом предовуляторной стадии развития составила $13,5 \pm 0,2$ дня. Средний диаметр доминантного фолликула на 12–14 день менструального цикла у женщин с подтвержденной овуляцией составил $18 \pm 1,3$ мм.

Размеры лидирующего фолликула у обследованных женщин были сопоставимы на фоне приема разных доз кломифенсодержащего препарата (см.табл. 1).

Таблица 1 - Размеры доминирующего фолликула у обследованных женщин, ($M \pm m$)

Доза кломифенсодержащего препарата	I подгруппа с СПЯ, n=20			II подгруппа с ФКЯ, n=20		
	День цикла					
	8-й	12-й	14-й	8-й	12-й	14-й
50 мг	9,2±0,4	17,0±0,6	19,0±1,2	9,0±0,4	17,2±0,1	19,5±1,4
100 мг	9,8±0,5	18,4±1,0	20,4±1,8	9,6±0,2	18,6±1,3	20,2±1,2
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Не было также выявлено достоверных отличий толщины эндометрия в течение цикла в зависимости от дозы кломифенсодержащего препарата (см.табл. 2).

Таблица 2 -Толщина эндометрия у обследованных женщин, (M±m)

Доза кломифенсодержа- щего препарата	I подгруппа с СПЯ, n=20			II подгруппа с ФКЯ, n=20		
	День цикла					
	8-й	12-й	14-й	8-й	12-й	14-й
50 мг	7,2±0,2	8,6±0,3	9,4±0,2	7,0±0,1	8,4±0,1	9,2±0,3
100 мг	6,8±0,2	8,4±0,1	9,0±0,2	6,7±0,3	8,2±0,2	8,7±0,3
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Восстановление овуляторного цикла было достигнуто у 35 (87,5%) женщин. У 5 (12,5%) женщин сохранялся ановуляторный цикл в трех курсах стимуляции кломифенсодержащем препаратом. Увеличение дозы кломифенсодержащем препаратом до 100 мг в сутки привело к восстановлению овуляции у всех женщин, у двух (5,0%) наступила беременность. Показатель средней толщины эндометрия в середине цикла составил 9,2±0,3мм, что является благоприятным для имплантации плодного яйца. Беременность наступила у 37 (92,5%) женщин. Анализ ответа яичников на применение кломифенсодержащего препарата и частоты наступления беременности в зависимости от использованной дозы кломифенсодержащего препарата показал, что увеличение дозы препарата до 100мг в сутки увеличивает частоту наступления беременности вдвое ($p<0,05$). Всего при индукции овуляции кломифенсодержащем препаратом наступило 37 (92,5%) беременностей из них 17 (85,0%), в I подгруппе и 18 (90,0%) во II подгруппе.

Выводы. Применение кломифенсодержащего препарата у женщин, с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников после эндохирургического лечения приводит к индукции овуляции у 90,0% и 85,0% женщин, и наступлению беременности у 85,0% и 90,0% женщин соответственно.

Список литературы

1. Адамян, Л. В. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). [Текст] / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева, С. А. Гаспарян // Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2015. – 22 с.
2. Абашидзе, А. А. Структура бесплодия. О чем не стоит забывать [Текст] / А. А. Абашидзе // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 81–84.
3. Геворкян, М. А. Механизмы формирования и принципы патогенетической терапии функциональных кист яичников [Текст] / М. А. Геворкян, И. Б. Манухин // Проблемы репродукции. 2011. Т. 17. № 1. С. 22–27.
4. Гриценко, И. А. Системный подход к восстановлению репродуктивного потенциала у женщин после хирургического снижения овариального резерва [Текст] / И. А. Гриценко, Л. В. Ткаченко // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2(6). – С. 18–23.
5. Кулаков, В. И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / В. И. Кулаков, Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 784 с.
6. Назаренко, Т. А. Стимуляция функции яичников [Текст] / Т. А. Назаренко. – 5-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 288 с.
7. Радзинский, В. Е. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. [Текст] / В. Е. Радзинский, А. О. Духин // М.: Изд-во РУДН, 2009
8. Сухих, Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. [Текст] / Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко // М.: 2010 с. 22.
9. Charles E. Miller. Reconstructive and Reproductive Surgery in Gynecology [Text] / Charles E. Miller. // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2012. – N3 – Vol – 19. P – 403.
10. Escobar–Morreale, H. F. (2018). Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. [Text] / Escobar–Morreale, H. F. // Nat Rev Endocrinol - 14(5), 270–284.

УДК 616.9-008 (575.3)

ОХВАТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДОБРОВОЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕМ НА ВИЧ

*Государственное учреждение Медицинский Комплекс «Истиклол»,
Душанбе, Республика Таджикистан*

Вохидов А.В., Давлатов Х.Б.

Резюме.

Цель. Изучить полноту охвата беременных женщин, добровольным медицинским освидетельствованием на ВИЧ в Республике Таджикистан.

Материал и методы. В процессе анализа был проведён сравнительный анализ данных статистических отчетных форм по ВИЧ инфекции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, за период с 2011 по 2018 гг.

Результаты. Динамика 8 летнего мониторинга показал, что было обследовано 1944419 беременных женщин. Больше всего было обследовано беременных женщин в 2015 г. – 350394, данный показатель по сравнению с 2011 г статистически достоверно больше на 167457 (52,2%).

Выводы. В республике Таджикистан с 2011 по 2018 гг. в 1,6 раза возрос охват беременных женщин ДМО на ВИЧ. Показатель «Число ВИЧ+ беременных, которые получали АРВТ для ХП» в 2018 г. по сравнению с 2011 г увеличился на 12,5%.

Ключевые слова. Беременные, ДМО, ВИЧ

АДАМДЫН ИММУНКЕМ ВИРУСУНА (АИВ) ҮКТҮЯРДУУ МЕДИЦИНАЛЫК ТЕКШЕРҮҮДӨН ӨТҮҮДӨ КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫ КАМТУУ

*«Истиклол» Медициналык Комплекси Мамлекеттик мекемеси,
Душанбе, Тажикстан Республикасы*

А.В.Вохидов, Х.Б.Давлатов

Резюме

Максаты. Тажикстан Республикасында адамдын иммункем вирусuna (АИВ) медициналык текшерүүдөн үктыярдуу өтүүдө кош бойлуу аялдардын толук камтылуусун изилдөө.

Материалы жана үкмалары. Анализдин жүргүшүндө Тажикстан Республикасынын Саламаттыкты сактоо жсана калктын социалдык коргоо министригинин 2011-жылдан баштап 2018-жылга чейинки мөөнөттөгү АИВ инфекциясы боюнча статистикалык отчёттүү формалардын маалыматтарынын салыштырмалы анализи өткөрүлгөн.

Натыйжалары. 8 жылдык мониторингдин динамикасы 1944419 кош бойлуу аялдын текшерилгенин көрсөттү. Баарынан көп 350394 кош бойлуу аял 2015-жылы текшерилген, 2011-жылга салыштырмалуу бул көрсөткүч 167457 ге (52,2%) статистикалык анык көбүрөөк.

Жыйынтыктары. Тажикстан Республикасында 2011-жылдан баштап 2018-жылга чейин АИВге медициналык текшерүүдөн үктыярдуу өтүүдө кош бойлуу аялдардын камтылуусу 1,6 эсеге көбөйгөн. «АИВ саны + ХП учун АРВТ алган кош бойлуулар» көрсөткүчү 2011-жылга салыштырмалуу 2018-жылы 12,5% жогорулаган.

Негизги сөздөр: кош бойлуулар, медициналык текшерүүдөн үктыярдуу өтүү, АИВ.

HIV COVERAGE FOR PREGNANT WOMEN

GA MC «Istiklol», Dushanbe, of Republic of Tajikistan

Vokhidov A.V., Davlatov Kh.B.

Summary.

Aim. To study the completeness of coverage of pregnant women with a voluntary medical examination for HIV in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. In the process of analysis, a comparative analysis of the data of statistical reporting forms on HIV infection of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan was carried out, from 2011 to 2018.

Results. The dynamics of the 8-year monitoring showed that 1944419 pregnant women were examined. The largest number of pregnant women was examined in 2015 - 350,394; this indicator compared with 2011 was statistically significantly higher by 167,457 (52.2%). A tendency has been found to reduce the frequency of registration of HPV + children, which is associated with an improvement in the implementation of preventive measures and an increase in the number of HIV + pregnant women who received ART for CP.

Conclusions. In the Republic of Tajikistan from 2011 to 2018 1.6 times increased coverage of pregnant women with HIV-related DME. The indicator "The number of HIV + pregnant women who received ART for CP" in 2018 increased by 12.5% compared to 2011.

Keywords. Pregnant, DME, HIV

Актуальность. ВИЧ инфекция приводит к негативным последствиям для демографии, системы здравоохранения, в целом, и социальной адаптации человека [1,3,6]. Регион ЦВЕ/СНГ продолжает оставаться единственным регионом в мире, частота регистрации ВИЧ не имеет тенденции к снижению. Распространенность ВИЧинфекции среди взрослых в регионе оценивалась в 2010 г. на уровне 0,8% - вдвое больше, чем десять лет назад [9,10].

Одним из главных приоритетных направлений в деле охраны здоровья матери и ребенка в Республике Таджикистан, продолжает оставаться обязательное обследование на ВИЧ всех беременных женщин и проведение профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. В Республике Таджикистан, беременным женщинам (ДМО) добровольное медицинское освидетельствование на ВИЧ предлагается при постановке на учёт в центре репродуктивного здоровья и в III триместре беременности [1, 2, 4]. По данным исследователей в Таджикистане среди обследованных лиц, из общего числа проведенных тестов более половина (58,5%) приходится на долю беременных женщин (код 109).

Риск перинатального инфицирования увеличивается при острой стадии ВИЧ инфекции и прогрессировании заболевания с высокой вирецией (более 10000 копий/мкл). Более половины женщин передали инфекцию при вирусной нагрузке более 50000 копий/мкл [4, 7, 8].

По различным данным, риск передачи ВИЧ от матерей детям без проведения профилактических мероприятий составляет 20-40 %, причем около 10-15 % случаев передачи вируса плоду происходит во время беременности, 60-75 % – во время родов [4, 5].

Коинфекция (сочетание ВИЧ с вирусными гепатитами, герпесом, хроническими урогенитальными заболеваниями) значительно увеличивает возможность перинатальной передачи вируса [4,7,8, 10].

Цель. Изучить полноту охвата беременных женщин, добровольным медицинским освидетельствованием на ВИЧ в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели, нами проведён сравнительный анализ данных статистических отчетных форм по ВИЧ инфекции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Статистическая обработка данных проводилась компьютерной программой с применением стандартных процедур математической статистики, реализованных в системе Statgraphics Plus for Windows версии 2.1 с доверительной вероятностью 0,95. Определяли частоту в %, среднюю арифметическую величину (M), величину средней ошибки (t). критерий значимости Стьюдента (t), степень достоверности различий (p). Различие считали достоверным при $t>2$, $P<0,05$.

Результаты и их обсуждение. По имеющимся официальным статистическим данным Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в 2012 году в стране было зарегистрировано 828 (взрослые и дети) новых случаев ВИЧ. Среди обследованных мужчины (65%), женщины (35%) [10], показатель заболеваемости на 100 000 населения 11 случаев. Динамическое наблюдение показало, что в 2018 году уже было зарегистрировано 1340 (взрослые и дети), что статистически достоверно на 512 случаев больше чем в 2012 г. В 2018 г. из числа обследованных (39%) женщины, что на 4% больше чем 2012 г. Соответственно, отмечен рост показателя заболеваемости ВИЧ до 14 случаев на 100 000 населения.

Проведен анализ данных частоты выявления ВИЧ позитивных беременных за период с 2011 по 2018 гг. За весь 8 летний период мониторинга (таб. 1) было обследовано 1944419 беременных женщин. Больше всего было обследовано беременных женщин в 2015 г. – 350394, данный показатель по сравнению с 2011 г статистически достоверно, больше на 167457 (52,2%). В последующие годы число протестированных беременных женщин по сравнению с 2015 г. имело тенденцию к снижению, вплоть до 2018 г.

Таблица 1 - Сводные данные числа обследованных беременных женщин и выявленных ВИЧ позитивных случаев заболевания

Годы	Количество обследованных беременных	Выявлено ВИЧ+	%
2011	182937	75	0,04
2012	172548	100	0,06
2013	186269	112	0,06
2014	233810	168	0,07
2015	350394	174	0,05
2016	248573	167	0,06
2017	266264	178	0,06
2018	303624	231	0,07
Динамика за 8 лет	+120687	+156	+0,03

Темп снижения число тестированных женщин в 2016 г. по сравнению с 2015 г. составило (29,05%). Однако, в 2018 г. вновь отмечено увеличение число обследованных беременных женщин до 303624, что по сравнению с 2015 г. больше на (13,3%).

Среди общего числа обследованных беременных женщин в 2011 г. было выявлено 75 ВИЧ позитивных случаев. Динамика показателя выявленных позитивных случаев за 8 лет, составило + 156 случаев. Положительных случаев, больше всего было выявлено в 2018 г. - 231, что на 156 или (67,5%) больше чем в 2011 г. Динамика положительного теста за 8 лет, составил + 0,03%. В 2011 г. от общего числа обследованных беременных женщин, положительный тест выявлен у (0,04%), тогда как в 2018 г. статистически достоверно возрос до (0,07%).

По республике в 2017 г. (83%) новых случаев ВИЧ выявлены среди населения активного репродуктивного возраста (15-49 лет), в 2012 г. ниже на (10%). Среди обследованных (55%), составили мужчины женщины (45%), в динамике в 2017 г. выявлено рост числа женщин по сравнению с 2012 г. на (9%).

Особого внимания заслуживают данные о выявленных случаях среди детей. В 2009 г. частота выявления ВИЧ инфицированных детей, статус которых обусловлен вертикальным путём передачи инфекции, составило (2,5%).

Через 5 лет в 2014 г. возрос до – (5,7%), однако в 2018 г. снизился до – (3,5%).

Выявленная тенденция снижения частоты регистрации среди детей, связана с улучшением проведения профилактических мероприятия и увеличением числа ВИЧ+ беременных, которые получали АРВТ для ХП.

Таблица 2 - Удельный вес ВИЧ-инфицированных среди беременных (в том числе получивших АРТ)

Годы	Общее число ЛЖВ	Число новых выявленных случаев ВИЧ+ среди беременных	Доля ВИЧ+ беременных среди инфицированных (%)	Число ВИЧ+ беременных, которые получали АРВТ для ХП
2011	989	75	7,5	63 (84,0%)
2015	1151	174	15,1	168 (96,5%)
2016	1038	167	16,0	144 (86,2%)
2017	1205	178	14,7	152 (85,3%)
2018	1421	231	16,2	223 (96,5%)
Динамика за 5 лет	+432	+156	+8,7	+160

Показатель «Число новых выявленных случаев ВИЧ+ среди беременных», (таб. 2) на протяжении 5 лет с 2011 по 2015 г. возрос в 2,3 раза. В 2018 г. по сравнению 2011 г. тем прироста превысил 3 раза. Число ЛЖВ в 2018 г. составило 1421, что статистически достоверно, больше на 432 случая, чем в 2011 г. Доля ВИЧ+ беременных от общего числа, инфицированных в 2011 г. составило (7,5%), а в 2018 г. статистически достоверно ($P<0,001$) (16,2%) выше. Анализ показателя «Число ВИЧ+ беременных, которые получали АРВТ для ХП», показал, что в 2011 г., специфическую терапию получили (84,0 %), в 2015 г. возрос на (12,5%).

Выводы. В Республике Таджикистан с 2011 по 2018 гг. в 1,6 раза возрос охват беременных женщин ДМО на ВИЧ. Показатель «Число ВИЧ+ беременных, которые получали АРВТ для ХП» в 2018 г. по сравнению с 2011 г увеличился на 12,5%.

Список литературы

1. **Брико, Н.И.** Эпидемиологический надзор — инструмент выявления новых нозологических форм болезней. [Текст] / Н. И. Брико // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2004. №1.- С. 4-7.
2. **Денисенко, В. Б.** Критерии ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей с вертикальным механизмом заражения. [Текст] / В. Б. Денисенко // Инфекционные болезни. 2011.-9 (2):9-14.
3. **Нуров, Р. М.** Развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан. [Текст] / Р. М. Нуров, Х. К. Рафиев, А. Г. Рахманова, Б. И. Асланов. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014.-№2.-С.118-23.
4. **Турсунов, Р. А.** Оценка эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан. [Текст] / Р. А. Турсунов, Ф. И. Одинаев // Здравоохранение Российской Федерации. - 2017.-№1. -Т.61.- С. 35-39
5. **Турсунов, Р.А.** Сероэпидемиологический скрининг за ВИЧ-инфекцией[Текст] / Р. А. Турсунов, С. С. Каримов, Д. С. Сайбурханов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2017,- №1. - Т. 16.- С.100-104
6. **Кадырова, Д. А.** Роль и задачи службы первичной медико-санитарной помощи в связи с гендерно-возрастными особенностями распространения ВИЧ инфекции в Таджикистане [Текст] / Д. А. Кадырова, С. С. Каримов, Н. А. Абдухамедов // Вестник Авиценны. - 2019.- № 2 (21).- С. 258-262
7. **Рафиев, Х. К.** Эпидемические особенности развития ВИЧ-инфекции в Таджикистане. [Текст] / Х. К. Рафиев, Р. А. Турсунов, Р. М. Нуров // Вестник Авиценны. 2012.-4.-С.117-21.
8. **Centers for Disease Control and Prevention** // HIV surveillance report 2014. – 2015. – 35 р.
9. **WHO and UNAIDS.** Progress in scaling up voluntary medical male circumcision for HIV prevention in east and southern Africa // Geneva, World Health Organization. – 2012. – 67 р.

УДК: 618.393-079.5

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАЩИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Рустамова Д.Б., Шукров Ф.И.

Резюме

Цель: изучить эффективность микронизированного прогестерона при лечении привычного невынашивания беременности на ранних сроках.

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 женщин в возрасте 20–36 лет с привычным невынашиванием на сроках беременности. Основную группу составили 40 беременных, принимавших для лечения привычного невынашивания беременности препарат Утрожестан®. В группу сравнения вошли 20 здоровых беременных женщин. Всем женщинам проведены общеклинические (ультразвуковое исследование, влагалищные и цервикальные мазки, анализы крови, мочи, билирубина и его фракции, общего белка крови, характеристики гемостаза и прогестерона крови до и после лечения).

Результаты. У всех беременных, получавших терапию микронизированным прогестероном, клинические признаки угрозы прерывания беременности были эффективно устранены, отсутствовали достоверные различия по срокам лечения. Купирование болевого синдрома в основной группе произошло соответственно на $3,7 \pm 2,4$ сутки от начала лечения ($P>0,05$), прекращение кровоотделения – на $4,1 \pm 1,3$ сутки ($P>0,05$). При наличии ретрохориальной гематомы кровянистые выделения из половых путей соответственно прекратились на $5,2 \pm 2,3$ сутки ($P>0,05$).

Вывод. Использование микронизированного прогестерона привело не только к устраниению симптомов невынашивания беременности, а также привело сохранению беременности у 85,6% женщин.

Ключевые слова: невынашивание беременности, профилактика, Утрожестан®

КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЭРТЕ МӨӨНӨТТӨРҮНДӨ КАДИМКИ БОЮНАН ТУШҮҮНУ ДАРЫЛООДО МИКРОНИЗИРЛЕНГЕН ПРОГЕСТЕРОНДУ КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Ташкент медициналык академиясы, Ташкент ш., Узбекистан

Д.Б.Рустамова, Ф.И.Шукров

Корутунду

Максаты: кош бойлуулуктун эрте мөөнөттөрүндө кадимки боюнан түшүүнү дарылоодо микронизирленген прогестерондун натыйжалуулугун изилдөө.

Материалы жсана ыкмалары. кош бойлуулуктун мөөнөттөрүндө кадимки боюнан түшүү менен 20-36 жашка чейинки 60 аял байкоодо болушту. Кадимки боюнан түшүүнү дарылоо учун Утрожестан® каражасын ичкен 40 кош бойлуу аял негизги топту түздү. Салыштырма топко 20 дени сак кош бойлуу аял кирди. Баардык аялдарга жалпы клиникалык изилдөөлөр (ультрадобуши изилдөө, кындан жсана мойнок тутуктөн сыйпамдар, кан, заара, билирубин жсана анын фракцияларынын, кандын жалпы белогу анализдери, дарыланууга чейин жсана андан кийин кандын гемостазы жсана прогестерону мүнөздөмөлөрүнүн анализдери) еткөрүлдү.

Натыйжалары. Дарылоо катары микронизирленген прогестеронду алган баардык кош бойлуу аялдардан кош бойлуулукту токтотуу коркунучунун клиникалык белгилери натыйжалуу жок болгон, дарылоонун мөөнөттөрү боюнча шексиз айырмалар болгон эмес. Негизги топто оорутуу синдромуун токтоттуу дарылоо башталгандан бери ($p>0,05$) $3,7 \pm 2,4$ суткада болду, кан бөлүнүп чыгуулардын токтошу – $4,1 \pm 1,3$ суткада ($p>0,05$). Ретрохориалдык гематома болсо, жыныс жолдорунан кансыраган бөлүнүүлөр $5,2 \pm 2,3$ суткада ($p>0,05$) токтоду.

Жыйынтыгы. Микронизирленген прогестеронду пайдалануу боюнан түшүү симптомдорун жок кылууга гана эмес, ошондой эле 85,6% аялдын кош бойлуулугун сактап калууга алтын келди.

Негизги сөздөр: боюнан түшүү, алдын алуу, Утрожестан®.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF MICRONIZED PROGESTERON IN THE TREATMENT OF HABITARY NON-CARE OF PREGNANCY IN EARLY TERMS

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Rustamova D.B., Shukurov F.I.

Summary

Objective: to study the effectiveness of micronized progesterone in the treatment of habitual miscarriage in early pregnancy.

Material and methods. Under observation were 60 women aged 20–36 years with habitual miscarriage during pregnancy. The main group consisted of 40 pregnant women who took the drug Utrozhestan® for the treatment of habitual miscarriage. The comparison group included 20 healthy pregnant women. All women underwent general clinical (ultrasound, vaginal and cervical smears, blood tests, urine tests, bilirubin and its fractions, total blood protein, characteristics of hemostasis and progesterone blood before and after treatment.

Results. In all pregnant women who received micronized progesterone therapy, the clinical signs of the threat of abortion were effectively eliminated, there were no significant differences in the duration of treatment. Relief of pain in the main group occurred, respectively, at 3.7 ± 2.4 days from the start of treatment ($p > 0.05$), and cessation of bleeding - at 4.1 ± 1.3 days ($p > 0.05$). In the presence of retrochorial hematoma, spotting from the genital tract, respectively, stopped on 5.2 ± 2.3 days ($p > 0.05$).

Conclusion. The use of micronized progesterone not only eliminated the symptoms of miscarriage, but also led to continued pregnancy in 85.6% of women.

Key words: miscarriage, prevention, Utrozhestan®

Актуальность. Под привычным невынашиванием беременности (ПНБ) имеют в виду самопроизвольное прерывание беременности два и более раза подряд. В настоящее время частота невынашивания беременности (НБ) колеблется от 10 до 25%; в I триместре беременности она может достигать 50%, во II триместре – 20%, в III триместре – 30%. [1,2,3]. Частота привычного невынашивания в популяции составляет 2% от общего числа беременностей. В то же время, несмотря на проводимые и предлагаемые мероприятия по сохранению беременности, частота невынашивание беременности на ранних сроках продолжает оставаться высоким и требует разработки новых эффективных методов. Согласно данным последних лет, важную роль в предупреждении привычного невынашивания беременности на ранних сроках играет прогестерон и его воздействие на рецепторы прогестерона в эндометрии. Однако доказательная основа применения гестагенов при привычном невынашивании беременности на ранних сроках все еще остается недостаточной [4,5,6]. Это обуславливает надобность поиска новых безопасных и эффективных аналогов прогестерона. Наиболее спорными вопросами использования прогестерона у беременных являются сроки использования, безопасность, эффективность, оптимальная дозировка и пути введения при привычной невынашивании беременности на ранних сроках. Общепризнанно, что вагинальное применение прогестерона эффективно для профилактики привычного невынашивания на ранних сроках и неоднозначно для сохранения беременности[7,8]. Использование микронизированного прогестерона при привычном невынашивании беременности, особенно в ранние сроки, остается спорной проблемой. Микронизированный прогестерон (препарат Ут疆естан®), по химической структуре полностью идентичный молекуле эндогенного прогестерона, в организме превращается в активные метаболиты, обуславливающие наряду с гестагенным эффектом анксиолитическое, токолитическое, антиальдостероновое и антиандrogenное действие.

Цель нашего исследования явилась изучить роль микронизированного прогестерона при лечении привычного невынашивания беременности на ранних сроках.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 женщин в возрасте 20–36 лет с привычным невынашиванием на сроках беременности. Основную группу составили 40 беременных, принимавших для лечения привычного невынашивания беременности препарат Утрожестан®. В группу сравнения вошли 20 здоровых беременных женщин с физиологическим течением беременности. Возраст пациенток достоверно не различался и варьировал в пределах от 20 до 41 года. Всем женщинам проведены общеклинические (ультразвуковое исследование, влагалищные и цервикальные мазки, анализы крови, мочи, билирубина и его фракции, общего белка крови, характеристик гемостаза и прогестерона крови до и после лечения). Прогестерон определялись способом иммуноферментного анализа. Всем женщинам основной группы в комплексе лечения был назначен микронизированный прогестерон по 400 мг/сут вагинально (200 мг 2 раза в день) до стихания симптомов привычного невынашивания беременности. После стабилизации состояния и устранения признаков привычного невынашивания дозу препарата снижали до 200 мг (утром и вечером по 100 мг вагинально), обычно это происходило после 12 нед беременности. Длительность терапии в основной группе составила $6,2 \pm 2,6$ недели.

Критериями включения в исследование были:

- на момент обращения выявление признаков угрозы невынашивания беременности: жалобы на боли в низу живота и в пояснице, а также кровянистые выделения из половых путей;
- по данным УЗИ малого таза наличие ретрохориальной гематомы и/ или локального повышения тонуса миометрия;

– отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (один и более самопроизвольных абортов, преждевременные роды, бесплодие, преэклампсия, антенатальная гибель плода, ПОНРП);

– подписание пациенткой информированного согласия на включение в группу исследования.

Критерий исключения при отборе пациенток:

- ИППП в анамнезе,
- фоновые соматические и эндокринные заболевания,
- аномалии развития полового аппарата,
- наличие рубца на матке,
- беременность, индуцированная с помощью ВРТ,
- антифосфолипидный синдром,
- генетические формы тромбофилии (мутации Лейдена, гена протромбина),
- многоплодная беременность,
- никотиновая интоксикация,
- несоблюдение предписаний врача.

У всех пациенток было получено информированное согласие на использование данных обследования в научных целях и согласие на проведение исследования.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows all, Microsoft Office Excel 2013. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение.

Как показали проведенные исследования, у женщин с привычным невынашиванием беременности уровень прогестерона в крови в среднем имел тенденцию к снижению и составлял $112,5 \pm 14,2$ нмоль/л, тогда как у здоровых – $134,5 \pm 24,5$ нмоль/л. Все эти женщины имели достоверное снижение показателя прогестерона, которое коррелировало со сроком беременности ($r=0,46$; $p<0,05$). Обращало внимание, что в процессе лечения этот показатель не достиг значений здоровых, хотя уже после 2 нед лечения достоверно повысился по сравнению с исходными цифрами.

У всех беременных, получавших терапию микронизированным прогестероном, клинические признаки угрозы прерывания беременности были эффективно устраниены, отсутствовали достоверные различия по срокам лечения. Купирование болевого синдрома в основной группе произошло соответственно на $3,7 \pm 2,4$ сутки от начала лечения ($p > 0,05$), прекращение кровоотделения – на $4,1 \pm 1,3$ сутки ($P > 0,05$).

При наличии ретрохориальной гематомы кровянистые выделения из половых путей соответственно прекратились на $5,2 \pm 2,3$ сутки ($p > 0,05$).

Отмечена хорошая переносимость микронизированного прогестерона, отказов от лечения и побочных эффектов на препараты во время лечения не отмечено. Положительный эффект Утроместана был замечен и при оценке динамики основных характеристик системы гемостаза. В процессе лечения наблюдалась нормализация значений фибриногена, D-димера и выраженная тенденция к снижению повышенного показателя спонтанной скорости агрегации тромбоцитов. Важно подчеркнуть, что использование только низкомолекулярного гепарина у женщин с тромбофилическими состояниями без применения микронизированного прогестерона не приводило к аналогичному эффекту, вызывая лишь тенденцию к снижению параметров гиперкоагуляции. Микронизированный прогестерон наряду с уже описанными положительными результатами приводил к улучшению кровотока в спиральных артериях. Нарушение кровотока было зафиксировано у 3 из 16 беременных основной группы (у 2 – хронический эндометрит в анамнезе, у 1 – двурогая матка). Через 6 дней использования микронизированного прогестерона нарушения сохранились у 1 беременной с пороком развития, в дальнейшем они также исчезли к концу 4-й недели лечения. Важно подчеркнуть, что применение препарата Утроместан® вагинально у женщин с ретрохориальной гематомой и кровяными выделениями приводило к быстрому прекращению геморрагий (4–5-й день) и рассасыванию гематомы в течение 2 нед. Прекращение болезненных ощущений у 26 женщин было замечено в течение 6–7 дней, у 24 – 2 нед. Длина шейки матки в 13–14 нед у всех женщин основной группы не была меньше 4–4,2 см. Следует отметить хорошую переносимость препарата.

Таким образом, препарат микронизированный прогестерон считается эффективным, безопасным и патогенетически обоснованным средством лечения беременных женщин с привычным невынашиванием беременности на ранних сроках.

Выводы. В целом лечение беременных с привычным невынашиванием на ранних сроках препаратом Утроместан® можно оценить, как весьма эффективное – беременность сохранилась и прогрессировала у 85,6% женщин.

Список литературы

1. Алегина, Е. В. Полиморфизм гена интерлейкина-2 у женщин с привычными потерями беременностей [Текст]// Е. В. Алегина, Н. К. Тетруашвили, А. А. Агаджанова, Д.Ю. Трофимов, А. Е. Донников // Акушерство и гинекология. – 2015.–№ 5. – С. 26-29
2. Зыгмунт, М. Прогестерон – новый взгляд на давно известное лекарство. [Текст] / М. Зыгмунт, Я. Сала // Репродуктивна ендокринологія. – 2017. - № 1 (33). – С. 17–25.
3. Сидельникова, В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием [Текст]// В. М. Сидельникова. – 3-е изд. – М.: МЕДпрессинформ. - 2013. – 224 с.
4. Хорошиева, О. В. Роль антигенов главного комплекса гистосовместимости в реализации привычного выкидыша [Текст]/ О. В. Хорошиева, Н. К. Тетруашвили, О. В. Бурменская А. А. Агаджанова, Д. Ю. Трофимов // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 3. – С. 5-10
5. Тетруашвили, Н. К. Ведение беременности у женщин с привычным выкидышем, обусловленным иммунологическими нарушениями. [Текст]/ Н. К. Тетруашвили, А. А. Агаджанова // Consilium Medicum. - 2010. - № 12 (6). – С. 10–4.
6. Ших, Е. В. Клинико-фармакологические аспекты применения дидрогестерона для сохранения беременности. [Текст]/ Е. В. Ших // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2010. - № 2.- С. 6–9.
7. Haas DM. Progestogen for preventing miscarriage. [Text] / DM. Haas, PS Ramsey. // Cochrane Database Syst Rev. - 2013.
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. “Current clinical irrelevance of luteal phase deficiency: a committee opinion.” Fertil Steril 103.4 (2015): 27–32.

УДК: 618.11–008.64.11–089.615–254

ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛАРА® В СОЧЕТАНИИ С ЛОНГИДАЗА® В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Шукуров Ф.И., Аюпова Ф.М., Бекмирзаева Ф.М.

Резюме

Цель: оценка эффективности препаратов Белара® в сочетании с Лонгидаза® в реабилитации репродуктивной функции у женщин после эндохирургического лечения синдрома поликистозных яичников

Материал и методы: Всего обследовано 60 женщин, из них 30 женщин (основная группа), оперированных с диагнозом СПЯ при принимавших в качестве адъювантной гормональной терапии послеоперационном периоде этинилэстрадиол 30мкг+хлормадинона ацетат 2мг в сочетании с бовгигалуронидазой азоксимер и группу сравнения составили 30 пациенток, оперированных с аналогичной патологией, но отказавшихся от применения предложенных препаратов. Возраст обследованных 24,5±0,2 года. Диагноз СПЯ верифицирован на основании результатов гормонального исследования и УЗИ.

Результаты: После проведения указанного реабилитационного терапии у всех 30 (100%) пациенток с СПЯ восстановился овуляторный менструальный цикл. Критериями его нормализации считались нормальные параметры менструального цикла и данные ультразвукового сканирования на 20–22-й дни цикла (желтое тело не менее 19 мм, толщина эндометрия не менее 10 мм и адекватная секреторная трансформация эндометрия). Ни у одной из представительниц основной группы (при наблюдении за ними в течение 1 года) рецидивов заболевания зарегистрировано не было. В то же время через 3 – 6 месяцев в течение года у 25 (83,3%) из них наступила беременность.

Заключение: Применение этинилэстрадиол 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг в сочетании с бовгигалуронидазой азоксимер в адъювантной терапии СПЯ после эндохирургического лечения позволяет улучшить результаты лечения в виде восстановления менструальной функции у 100% больных и повысить частоту наступления беременностей 83,3% случаев, в течение первого года после лапароскопии.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, лапароскопия, реабилитация, Белара®, Лонгидаза®

ПОЛИКИСТОЗДУУ ЭНЕЛИК БЕЗДЕР СИНДРОМУН ЭНДОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИН АЯЛДАРДЫН ТУКУМ УЛОО ФУНКЦИЯСЫН РЕАБИЛИТАЦИЯЛООДО ЛОНГИДАЗА® МЕНЕН БИРГЕ БЕЛАРАНЫ® КОЛДОНУУ

Ташкент медициналык академиясы, Ташкент ш., Өзбекстан

Ф.И.Шукуров, Ф.М.Аюпова, Ф.М.Бекмирзаева

Ф. И. Шукуров, Ф. М. Аюпова, Ф. М. Бекмирзаева

Корутунду

Максаты: поликистоздуу энелик бездер синдромуң эндогиургиялык дарылоодон кийин аялдардын тукум улоо функциясын реабилитациялоодо Лонгидаза® менен бирге Белара® каражасттарынын натыйжалуулугун баалоо.

Материалдар жана ыкмалар: Баардыгы 60 аял текшерилген, алардын ичинен операциядан кийинки мезгилде адьювантык гормоналдык терапия катары бовгиалуронидаза азоксимер менен бирге 30 мкг этинилэстрадиол + 2 мг хлормадинон ацетатын ичен СПЯ дарт аты менен операция болгон 30 аял (негизги топ) жана окишош патология менен сунушталган каражасттарды колдонуудан баш тарткан операция болгон 30 бейтап салыштырма топту түзгөн. Текшерилгендердин жашы $24,5 \pm 0,2$ жыл. СПЯ дарт аты УДИ жана гормоналдык изилдөөнүн жыйынтыктарынын натыйжаласында верификацияланды.

Натыйжалар: СПЯ менен баардык 30 (100%) бейтаптарда көрсөтүлгөн реабилитациялык терапия өткөрүлгөндөн кийин овуляциялык айыз циклы калыбына келди. Анын нормализациясынын критерийлери болуп айыз циклынын кадимки параметрлерин жана циклдын 20-22-күндөрүндөгү ультрадобуш сканирлөөнүн маалыматтары эсептелген (сары тело 19 мм кем эмес, эндометрийдин калыңдыгы 10 мм кем эмес жана эндометрийдин адекваттуу секретордук трансформацияцы). Негизги топтун бир да өкүлүндө (аларды 1 жылдын ичинде байкаганда) оорунун кайта кармоосу катталган эмес. Ошол эле убакытта алардын 25де (83,3%) бир жылдын ичинде 3-6 айдан кийин коши бойлуулук басталган.

Жыйынтыктоо: Эндогиургиялык дарылоодон кийин СПЯнын адьювантык терапиясында бовгиалуронидаза азоксимер менен бирге 30 мкг этинилэстрадиол + 2 мг хлормадинон ацетатын колдонуу 100% бейтапта айыз функциясын калыбына келтирүү түрүндө жана лапароскопиядан кийин бир жылдын ичинде 83,3% учурда коши бойлуулук басталышынын жыштыгын жогорулатууга дарылоонун натыйжаларын мыктылоого мүмкүндүк берет.

Негизги сөздөр: поликистоздуу энелик бездер синдрому, лапароскопия, реабилитациялоо, Белара®, Лонгидаза®

The use of BELARA® in combination with LONGIDAZA® in the rehabilitation of reproductive function in women after endosurgical treatment of polycystic ovary syndrome

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Shukurov F.I., Ayupova F.M., Bekmirzaeva F.M.

Summary

Objective: to evaluate the effectiveness of Belara® drugs in combination with Longidaza® in the rehabilitation of reproductive function in women after endosurgical treatment of polycystic ovary syndrome

Materials and methods: A total of 60 women were examined, 30 of them women (main group), operated on with a diagnosis of PCOS, taking 30mkg of ethinyl estradiol + 2mg of chlorophenyl acetate plus adjuvant azovimer and bovgialuronidase asoximer and a comparison group of 30 patients operated on pathology, but refused to use the proposed drugs. The age of the examined 24.5 ± 0.2 years. The diagnosis of PCOS has been verified based on the results of hormone testing and ultrasound.

Results: After the indicated rehabilitation therapy, all 30 (100%) patients with PCOS recovered the ovulatory menstrual cycle. The normal parameters of the menstrual cycle and ultrasound data on the 20th – 22nd days of the cycle (corpus luteum at least 19 mm, endometrial thickness at least 10 mm and adequate secretory transformation of the endometrium) were considered criteria for its normalization. None of the representatives of the main group (when monitoring them for 1 year) had a relapse of the disease. At the same time, after 3 to 6 months during the year, 25 (83.3%) of them became pregnant.

Conclusion: The use of ethinyl estradiol 30 µg + chlormadinone acetate 2 mg in combination with bovgyaluronidase azoximer in adjuvant therapy of PCOS after endosurgical treatment can improve treatment results in the form of restoration of menstrual function in 100% of patients and increase the frequency of pregnancy in 83.3% of cases during the first years after laparoscopy.

Key words: polycystic ovary syndrome, laparoscopy, rehabilitation, Belara®, Longidaza®

Актуальность. В структуре бесплодного брака немалую долю занимают нарушения репродуктивной системы, обусловленные доброкачественными структурными изменениями яичников[1,2,3]. Самую многочисленную группу среди доброкачественных структурных изменений яичников – до 52,7% – составляют синдром поликистозных яичников (СПЯ) [4,5,6]. По последним данным, именно СПЯ являются причиной в каждом третьем случае женского бесплодия. При этом, в структуре причин бесплодного брака на долю СПЯ приходится 20–22% случаев. Вопросы реабилитации СПЯ после эндохирургического вмешательства остаются очень важной актуальной проблемой в современной гинекологии в связи со сложностью патогенеза данного заболевания[7,8]. Все виды терапии, направленные на восстановление репродуктивной ер функции, обычно дают кратковременный эффект. Через определенное время после завершения лечения патологический симптомокомплекс проявляется вновь[9]. Несмотря на проведенные исследования, посвященные изучению репродуктивного здоровья женщин с СПЯ, на сегодня не решена проблема восстановления fertильности[10]. В связи с этим важным является разработка и совершенствование эффективных методов реабилитации репродуктивной функции у женщин, перенесших эндоскопической метод лечения женского бесплодия, обусловленного синдромом поликистозных яичников.

Целью настоящего исследования явилось, оценка эффективности препаратов Белара® в сочетании с Лонгидаза® в реабилитации репродуктивной функции у женщин после эндохирургического лечения синдрома поликистозных яичников

Материалы и методы исследования. Всего ер обследовано 60 женщин, из них 30 женщин (основная группа), оперированных с диагнозом СПЯ принимавших в качестве адьювантной гормональной терапии послеоперационном периоде этинилэстрадиол 30мкг+хлормадиона ацетат 2мг в сочетании с бовгиялуронидазой азоксимер и группу сравнения составили 30 пациенток, оперированных с аналогичной патологией, но отказавшихся от применения предложенных препаратов. Возраст обследованных $24,5 \pm 0,2$ года. Диагноз СПЯ верифицирован на основании результатов гормонального исследования и УЗИ. В нашей работе впервые нами для восстановления менструального цикла, с целью адьювантной гормональной и противорецидивной терапии всем больным основной группы назначался этинилэстрадиол 30 мкг + хлормадиона ацетат 2 мг, в непрерывном режиме на 3 месяца, а бовгиялуронидаза азоксимер в течение 10 дней.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждения.

У всех 60 больным операция была проведена лапароскопическим доступом. Больным основной группы применялись, частичная резекция и каутеризация яичников. В ходе выполнения лапароскопии у 12 женщин (40,0%) из 30 больных основной группы, интраоперационно было обнаружено сочетанная патология маточных труб из них: у 6 (20,0%) спаечный процесс в области фимбрий, у 2 (6,66%) определялась непроходимость маточной трубы в ампулярном отделе, у 2(6,66%) больных определяли спаечный процесс II –III степени выраженности (см.рисунок).

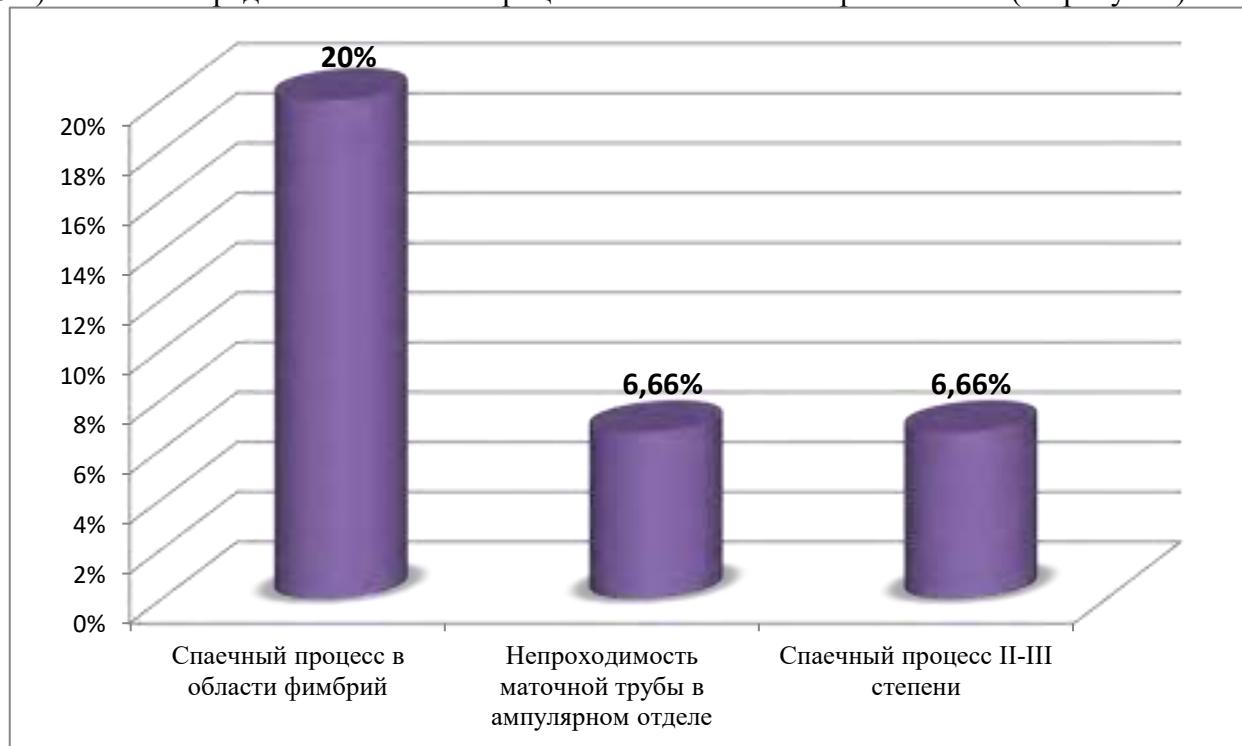


Рисунок 1. Виды выявленной сочетанной патологии у обследуемых больных (в %)

Всем больным с сочетанной патологией маточных труб проводили восстановление анатомических соотношений органов малого таза путем: сальпингоовариолизиса—у 6 (20,0%), сальпингостомии—у 6 (6,66%), адгезиолизис —у 3 больных (6,66%). Учитывая в данной подгруппах имелись больные с сочетанной патологией маточных труб, параллельно с этинилэстрадиол 30 мкг + хлормадиона ацетат 2мг, пациенткам с целью профилактики рецидива и формирования спаек была назначена бовгиялуронидаза азоксимер, в свечах по 3000МЕ ректально или интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз/сут на ночь в течение 10 дней. Средняя продолжительность лечения с бовгиялуронидаза азоксимер составило ер 10 дней. При применении бовгиялуронидаза азоксимер побочных реакций зарегистрированы не были, все пациентки обоих подгрупп отметили исчезновении послеоперационного болевого синдрома внизу живота, mestруации стали безболезненными и прекратились бели из половых путей.

При назначении этинилэстрадиол 30мкг + хлормадинона ацетат 2 мг в сочетании с бовгиалуронидаза азоксимер больным с СПЯ преследовали следующие цели: нормализация синтеза гонадотропинов и уменьшение секреции андрогенов, восстановление менструального цикла, а также лечение бесплодия путем развития rebaunt – эффекта, профилактика рецидивов и формирования спаек. Клиническая эффективность проводимого реабилитационного лечения оценивалась – на основе сравнительного статистического анализа следующих параметров течения заболевания: объективных признаков заболевания (при физикальном и ультразвуковом исследовании), и состояния менструальной и репродуктивной функции. Период наблюдения за пациентками составил от 3–6мес до 1 год после эндохирургического вмешательства. У наблюдавших нами больных в результате проведенной адьювантной гормональной терапии отмечена нормализация менструальной функции в 84,21% через 1 месяц и в 100,0% через 3 месяцев после операции. Одним из положительных моментов использования этинилэстрадиола 30 мкг + хлормадинона ацетат 2мг, является их противорецидивное действие, напрямую связанное с механизмом действия данных препаратов. Анализ гормональных исследований показало, что у всех пациенток имелись характерные для СПЯ гормональные нарушения. У всех больных основной группы отмечено повышение ($p<0,001$) уровня ЛГ $-11,6\pm0,4$, снижение ФСГ $-3,2\pm0,2$ и, как следствие, повышение коэффициента ЛГ/ФСГ. Средний уровень тестостерона был значительно выше – $2,8\pm0,2$, а эстрадиола меньше $0,24\pm0,01$, чем в группе сравнения, что сопровождалось повышением коэффициента, Т/E2. Одновременно с этим средний уровень глобулин связывающий половой гормон (ГСПГ) оказался значительно ниже $-32,4\pm2,3$, а индекс **свободных андрогенов** (ИСА) значительно выше ($p<0,001$) в сравнении с показателями группы сравнения (см.таблицу).

Таблица 1 -Гормональные показатели у больных с СПЯ до и после лечения этинилэстрадиола 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг

Показатель	Группа с СПЯ n=30		Группа сравнения n=30	M±m
	До лечения	После лечения		
ФСГ МЕ/л	$3,2\pm0,2$	$4,4\pm0,2$	$3,6\pm0,3$	$p < 0,01$
ЛГ МЕ/л	$11,6\pm0,4$	$7,7\pm0,3$	$11,8\pm0,3$	$p < 0,01$
Эстрадиол нмоль/л	$0,24\pm0,01$	$0,30\pm0,02$	$0,28\pm0,1$	$p < 0,01$
Тестостерон нмоль/л	$2,8\pm0,2$	$1,8\pm0,2$	$2,6\pm0,3$	$p < 0,01$
ГСПГ нмоль/л	$32,4\pm2,3$	$38,2\pm2,1$	$34,2\pm1,3$	$p < 0,05$

В результате проведенного лечения с этинилэстрадиола 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг у больных с СПЯ было выявлено снижение уровня ЛГ с $11,6\pm0,4$ до $7,7\pm0,3$ МЕ/л, тестостерона с $2,8\pm0,2$ до $1,8\pm0,2$ нмоль/л, повышение содержания ФСГ с $3,2\pm0,2$ до $4,4\pm0,2$ МЕ/л и эстрадиола (E2) с $0,24\pm0,01$ до $0,30\pm0,02$ нмоль/л, ГСПГ с $32,4\pm2,3$ до $38,2\pm2,1$ нмоль/л и, как следствие, значительное ($p<0,02$) снижение ИСА, что свидетельствует о выраженному антиандrogenном эффекте препарата. После проведения указанного реабилитационного терапии у всех 30 (100%) пациенток с СПЯ восстановился овуляторный менструальный цикл. Критериями его нормализации считались нормальные параметры менструального цикла и данные ультразвукового сканирования на 20–22-й дни цикла (желтое тело не менее 19 мм, толщина эндометрия не менее 10 мм и адекватная секреторная трансформация эндометрия). Ни у одной из представительниц основной группы (при наблюдении за ними в течение 1 года) рецидивов заболевания зарегистрировано не было. В то же время через 3 – 6 месяцев в течение года у 25 (83,3%) из них наступила беременность.

Восстановление овуляторного менструального цикла и наступление спонтанной беременности у больных, перенесших эндохирургические операции, после применения этинилэстрadiола 30 мкг + хлормадинона ацетат 2мг связано в данном случае с высокой степени эффективности данных препаратов.

Механизм лечебного действия этинилэстрadiол 30 мкг+хлормадинона ацетат 2 мг обусловлен ингибированием синтеза гонадотропин–рилизинг фактора, следствием чего является подавление циклической секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов. У 17 пациенток группы сравнения, отказавшихся от применения этинилэстрadiола 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг, через 6 мес. зарегистрировано рецидив, что составило 56,6%, беременность наступила у 3 что составило 10,0%.

Выводы. Применение этинилэстрadiол 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг в сочетании с бовгиалуронидаза азоксимер в адъювантной терапии СПЯ после эндохирургического лечения позволяет улучшить результаты лечения в виде восстановления менструальной функции у 100% больных и повысить частоту наступления беременностей 83,3% случаев, в течение первого года после лапароскопии.

Список литературы

1. Адамян, Л. В. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). [Текст] / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева, С. А. Гаспарян // Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2015. – 22 с.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство. [Текст] / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева // Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.
3. Гриценко, И. А. Системный подход к восстановлению репродуктивного потенциала у женщин после хирургического снижения овариального резерва [Текст] / И. А. Гриценко, Л. В. Ткаченко//Лечение и профилактика. –2013.–№ 2(6).–С. 18–23.
4. Кулаков, В. И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / В. И. Кулаков, Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. –М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. –784 с.
5. Сухих, Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. [Текст] / Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко// М. 2010 с. 22.
6. Унанян А. Л. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога [Текст] / А. Л. Унанян // Status Paesens. М.: Редакция журнала StatusPaesens. - 2014. - 20 с.
7. Azziz, R. PCOS in 2015: new insights into the genetics of polycystic ovary syndrome. [Text] / R Azziz // Nat. Rev. Endocrinol., - 2016. -№ (12. – P. 74–75.
8. Dumesic, DA. Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome. [Text] / DA.Dumesic // Endocr. Rev. – 2015. - № 36. – P. 487–525.
9. Fauser, B. C. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM–Sponsored 3 rd PCOS Consensus Workshop Group [text]/ B. C. Fauser // Fertil Steril . - 2012. - № 97. -P. 28–38.
10. Legro, R.S. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an endocrine society clinical practice guideline. [Text] / R. S. Legro, S. A. Arslanian, D. A. Ehrmann et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab.- 2013. – №12. -Vol. 98. - P. 4565–4592.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕДИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ <i>Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В.</i>	4 - 8
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЦП <i>Боймуродов Б.Н., Вохидов А.В.</i>	9- 12
ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Жураева М. А., Ашиуралиева М. А., Юсупова Н. А.</i>	13-17
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ Д У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СТАТУСА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ <i>Курбонова П.Г., Вохидов А.В.</i>	18-22
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ, АУТОИММУННЫХ (ВОСПАИТЕЛЬНЫХ) И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Саякбаев К. С., Саатова Г.М.</i>	23- 30
ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ <i>Турдиеva Ш.Т., Насирова Г.Р.</i>	31- 34
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Узакбаев К. А., Фуртикова А. Б., Маймерова Г.Ш.</i>	35-39
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРОГНОЗ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ <i>Хамзаев К.А.</i>	40 -45
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БИОПТАТА ПОЧКИ <i>Хамзаев К.А., Шарипов А.М.</i>	46 - 51
ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ВНУТРИУТРОБНУЮ ЗАДЕРЖКУ РАЗВИТИЯ ПЛОДА <i>Хусейнова М.А., Хасанова М.А.</i>	52 - 55

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ
Саулен Нурбек¹, Бекниязова Гулмишат Алтысбаевна², Ыктияров Аяз Абдурахымулы³ 56-61

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Жураев Ш.Ш., Акмолаев Д.С. 62 -67

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б. 68 - 76

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОСТИЛБЕГИТ В ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бекмирзаева Ф.М., Шукuroв Ф.И., Аюпова Ф.М. 77 -82

ОХВАТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДОБРОВОЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕМ НА ВИЧ

А.В.Вохидов, Х.Б.Давлатов 83- 86

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАЩИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

Рустамова Д.Б., Шукuroв Ф.И. 87- 90

ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛАРА® В СОЧЕТАНИИ С ЛОНГИДАЗА® В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Шукuroв Ф.И., Аюпова Ф.М., Бекмирзаева Ф.М. 91 – 96

МАЗМУНУ

ПЕДИАТРИЯ

ӨПКӨСҮ СЕЗГЕНГЕН ЖАШ БАЛДАРДА ИНТОКСИКАЦИЯ (УУЛАНУУ) СИНДРОМУ ӨНҮГҮШҮНҮН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖАНА КООПТУУЛУК ФАКТОРЛОРУ

Р. М. Абдурахимов, А. В. Вохидов

4 -8

БАЛДАРДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК (МЭЭЛИК) ШАЛ КОРКУНУЧУНУН МЕДИЦИНАЛЫК-БИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК-СОЦИАЛДЫК ФАКТОРЛОРУ

Б. Н. Боймуродов, А. В. Вохидов.

9-12

ЖАШ БАЛДАРДЫН ВИРУСТУК-БАКТЕРИЯЛЫК ИЧЕГИ ИНФЕКЦИЯЛАРЫН ДАРЫЛОО

Жураева М. А., Ашуралиеева М. А, Юсупова Н. А.

13-17

ТАЖИКСТАНДА МИКРОЭЛЕМЕНТТЕРДИН СТАТУСУН УЛУТТУК ИЗИЛДӨӨЛӨРҮНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫ БОЮНЧА БАЛДАРДА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИНИН ЖАЙЫЛГАНДЫГЫ

П. Г. Курбонова, А. В. Вохидов

18-22

БАЛДАРДЫН ИНФЕНЦИОНДУК, АУТОИММУНДУК (СЕЗГЕНҮҮСҮНҮН) ДЕГЕНЕРАТИВДИК, ДИСПЛАСТИКАЛЫК РЕВМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРЫНЫН СПОНДИЛОАРТОПАТИЯНЫН ӨРЧҮШҮНҮН МЫЙЗАМ ЧЕНЕМДЕРИ

К. С. Саякбеков, Г. С. Саатова

23-30

АКУТ ТОНЗИЛЛИТИ МЕНЕН БАЛДАРДАГЫ ТӨРӨЛГӨНДӨРДҮН БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ

Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.

31- 34

ТООЛУУ ШАРТТАРДА БАЛДАР ОРГАНИЗМИНИН АКТУАЛДУУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

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

35-39

БАЛДАРДА ФОКАЛДЫК-СЕГМЕНТАРДЫК ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗДУН КЕЗДЕШҮҮСҮ ЖАНА БОЖОМОЛУ

К.А. Хамзаев

40 -45

БӨЙРӨК БИОПТАНЫНЫН МОРФОЛОГИЯЛЫК СҮРӨТҮНӨ ЖАРАША ЦИКЛОФОСФАМИД МЕНЕН БАЛДАРДЫН НЕФРОТИКАЛЫК СИНДРОМУН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАСЫ

К.А.Хамзаев, А.М.Шарипов

46 - 51

КҮМӨН ӨНҮТҮҮСҮНҮН ЖАТЫН ИЧИНДЕ ТОКТОШУН КОЗГОГОН КООПТУУЛУК ФАКТОРЛОРУ

М.А Хусейнова, М.А.Хасанова

52 - 55

БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ

БАЛДАРДЫН ТУБАСА ГЕМАНГИОМАЛАРЫНДА (КАН ТАМЫР ШИШИКТЕРИНДЕ) СКЛЕРОЗДОГОН (катуулаган/берчтеген) ТЕРАПИЯНЫ КОЛДОНУУ

Саулен Нурбек¹, Бекназова Гулмишат Алтысбаевна², Ыктияров Аяз Абдурахымулы³

56-61

БАЛДАР ГЕМОРОЮН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫНЫН ЖАНА ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

А.Ж.Хамраев, Ш.Ш.Жураев, Д.С.Акмоллаев

62- 67

БАЛДАРДЫН АНОРЕКТАЛДЫК МАЛЬФОРМАЦИЯЛАРЫНЫН КАБЫЛДООЛОРУН КОРРЕКЦИЯЛООДО РЕКОНСТРУКТИВДҮҮ ОПЕРАЦИЯЛАР

А.Ж.Хамраев, Д.Б.Рахмонов

69 - 76

АКУШЕРСТВО ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯ

ЭНДОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИН АЯЛДАРДЫН ОВУЛЯЦИЯСЫНЫН ИНДУКЦИЯСЫНДА “КЛОСТИЛБЕГИТ” КАРАЖАТЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

Бекмирзаева Ф.М., Шукuros Ф.И., Аюпова Ф.М.

77 - 82

АДАМДЫН ИММУНКЕМ ВИРУСУНА (АИВ) ҮКТҮҮРДҮҮ МЕДИЦИНАЛЫК ТЕКШЕРҮҮДӨН ӨТҮҮДӨ КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫ КАМТУУ

А.В.Вохидов, Х.Б.Давлатов

83 - 86

КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЭРТЕ МӨӨНӨТТӨРҮНДӨ КАДИМКИ БОЮНАН ТУШҮҮНҮ ДАРЫЛООДО МИКРОНИЗИРЛЕНГЕН ПРОГЕСТЕРОНДУ КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Д.Б. Рустамова, Ф.И. Шукuros

87 - 90

ПОЛИКИСТОЗДУУ ЭНЕЛИК БЕЗДЕР СИНДРОМУН ЭНДОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИН АЯЛДАРДЫН ТУКУМ УЛОО ФУНКЦИЯСЫН РЕАБИЛИТАЦИЯЛООДО ЛОНГИДАЗА® МЕНЕН БИРГЕ БЕЛАРАНЫ® КОЛДОНУУ

Ф. И. Шукuros, Ф. М. Аюпова, Ф. М. Бекмирзаева

91 96

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 TimesNewRomanСүр, размер шрифта – 14; межстрочный интервал – 1,5. Поля; левое – 3,0 см, правое – 1 см, нижнее и верхнее – 2 см; красная строка в тексте – 1,25 см; в числах десятые отделяются знаком «,».

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

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

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

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

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

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

В конце статьи необходимо указать фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция 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: eisaeva.ped@mail.ru телефон: +996 709 795979; +996 777 368573

ЖУРНАЛДАГЫ БАСЫЛМАЛАРГА ТАЛАПТАР АВТОРЛОРДУН ЭСИНЕ!

«**Эне жана баланын ден соолугу**» журналындағы басылмага алдыңкы, оригиналдуу жана серептик макалалар кабыл алынат. Мурун басылып чыккан же башка журнал же 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 (кенеңүү doc же docx) стандарттуу форматта. Шрифт TimesNewRomanСүр, шрифттин көлөмү – 14; сап аралык интервал – 1,5. Четтери: сол – 3,0 см, оң – 1 см, ылдайкы жана үстүнкү – 2 см; тексттеги кызыл сап – 1,25 см; сандарда ондуктар «,» белгиси менен бөлүнөт.

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

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

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

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

Резюме макаланын кыскача мазмунун (10 саптан көп эмес), негизги сөздөрдү (бдан көп эмес) камтыш керек. Макала автор тарабынан кылдат текшерилиш керек: химиялык формулалар, таблицалар, дозалар. Баардык сан менен берилген маалыматтар СИ бирдиктеринде 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 көт, 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 карапбайт. 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: eisaeva.ped@mail.ru телефон mob: +996 709 795979; +996 777 368573

PUBLICATION REQUIREMENTS

ATTENTION AUTHORS!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Address: 720038, Kyrgyz Republic, Bishkek, ul. Akhunbaeva, 190,

National Center for Maternal and Childcare.

Tel. +996 312 49-10-33.

E-mail: eisaeva.ped@mail.ru tel. mob: +996 709 795979; +996 777 368573

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ.

УДК 618.1:614.7

Железодефицитная анемия у женщин: скрининг, профилактика и лечение

Национальный центр охраны материнства и детства¹,

Кыргызский научный центр гематологии²,

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

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

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 жетишиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын ал уу жана дарылоо

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору¹,

Кыргыз гематологиялык илимий изилдөө борбору²,

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

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

Корутунду. Бул статьяда төрөт курагындагы аялдардын темирдин жетишиздигинен пайда болуучу аз кандуулугун аныктоо, анын алдын ал уу жана дарылоо боюнча жакши сапаттагы изилдөөлөрдүн негизинде шителип чыккан ыкмалар көлтирилген. Бул ыкмалар канчалык деңгээлде биздин УБДБ/УБДТ шартына ылайык келээрин талкуулагандан соң клиникалык негиздеме катары бекитилет.

Өзөктүү сөздөр: төрөт курагындагы аялдар, темирдин жетишиздигинен пайда болуучу аз кандуулук, аныктоо, алдын ал уу, дарылоо.

Iron deficiency anemia in women: screening, prevention and treatment

The National Center of Maternity and Childhood

Welfare¹, Kyrgyz Scientific Center of Hematology²,

Bishkek, Kyrgyz Republic.

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

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.
2020. Том 12. № 1-2.
Формат 210x297. Печать офсетная.
Объем 8,1 п. л.
Тираж 250 экз.