

2024. Юбилейный выпуск. Том 16. №2



ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫН ДЕН СООЛУГУ

Мезгилдүү илимий-практикалык
медицинский журнал

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Периодический научно-практический
медицинский журнал



Бишкек



ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Периодический научно - практический журнал

Юбилейный выпуск, 2024. Том 16. №2	
Журнал основан в 2009 году	Главный редактор Сулайманов Шайирбек Алибаевич - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Учредитель – Национальный центр охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики	Заместитель главного редактора Саатова Гули Мирахматовна - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
Журнал зарегистрирован Министерством юстиции Кыргызской Республики. Регистрационный номер 1519	Редакционная коллегия Алымбаев Э.Ш. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Ашералиев М.Е. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Батырханов Ш.К. - д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан) Бrimкулов Н.Н. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Гулиев Н.Д. - д.м.н., профессор (Баку, Азербайджан) Кангельдиева А.А. - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан) Каюпова Л.С. - д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан) Кондюрина Е.Г. – д.м.н., профессор (Новосибирск, Россия) Кудаяров Д.К. - д.м.н., профессор, академик НАН КР (Бишкек, Кыргызстан) Малахов А.Б. – д.м.н., профессор (Москва, Россия) Набиев З.Н. - д.м.н., профессор (Душанбе, Таджикистан) Испаева Ж.Б. - д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан) Маметов Р.Р. - д.м.н.. профессор (Ош, Кыргызстан) Омурбеков Т.О. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Рыскельдиева В.Т. - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан) Самигуллина А.Э. - д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Узаков О.Ж. – 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)
Журнал входит в список изданий, рекомендованных ВАК Кыргызской Республики для публикации результатов диссертационных исследований	Ответственный секретарь Аманкулова А.А. Бурабаев Б.Д.
Адрес редакции: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 190. +996 312 492371 +996 312 464112 +996 501 677325 +996 700 449097 http://jurnal.ncomid.kg	

ISSN 1694-6391



Эне жана баланын

ден соолугу

Мезгилдүү илимий – практикалык медициналык
журнал

Юбилейлик чыгаруу, 2024. Том 16. №2

<p>Журнал 2009-жылы негизделген</p> <p>Түзүүчү – Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Эне жана баланы коргоо улуттук борбору</p> <p>Журнал Кыргыз Республикасынын Юстиция министрлигинде катталган. Каттоо номери 1519</p> <p>Журнал Кыргыз Республикасынын ЖАК диссертациялык изилдөөлөрдүн натыйжаларын басып чыгаруу үчүн сунуштаган басылмалардын тизмесине кирет</p> <p>Редакциянын дареги: 720038, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 190. +996 312 492371 +996 312 464112 +996 501 677325 +996 700 449097 http://jurnal.ncomid.kg</p>	<p>Башкы редактор Сулайманов Шайирбек Алибаевич - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Башкы редактордун орун басары Саатова Гули Мирахматовна - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан)</p> <p>Редакциялык жамаат Э.Ш. Алымбаев - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) М.Е. Ашералиев - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Ш.К. Батырханов - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Н.Н. Бrimкулов - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) Н.Д. Гулиев - м.и.д., профессор (Баку, Азербайджан) А.А. Кантельдиева - д.м.н., с.н.с. (Бишкек, Кыргызстан) Л.С. Каюпова - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Е.Г. Кондюрина – д.м.н., профессор (Новосибирск, Россия) Д.К. Кудаяров - м.и.д., профессор, академик НАН КР (Бишкек, Кыргызстан) А.Б. Малахов – д.м.н., профессор (Москва, Россия) З.Н. Набиев - м.и.д., профессор (Душанбе, Таджикистан) Ж.Б. Испаева - м.и.д., профессор (Алматы, Казахстан) Р.Р. Маметов - м.и.д., профессор (Ош, Кыргызстан) Т.О. Омурбеков - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) В.Т. Рыскельдиева - д.м.н., а.и.к. (Бишкек, Кыргызстан) А.Э. Самигуллина - м.и.д., профессор (Бишкек, Кыргызстан) О.Ж. Узаков – 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)</p> <p>Жооптуу катчы А.А. Аманкулова Б.Д. Бурабаев</p>
---	--

ISSN 1694-6391

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: СОСТОЯНИЕ, УСПЕХИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

**Сулайманов Ш.А.¹, Кудаяров Д.К.¹, Шамбетова А.Э.²,
Джетыбаева А.Б.¹, Фуртикова А.Б.¹**

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика¹
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика²

Резюме: Приведенные в заключительной части статьи проблемные аспекты организации и функционирования педиатрической службы в КР, четко выделяют ориентиры совершенствования системы охраны здоровья детского населения, разработки и внедрения наиболее востребованных и современных технологий обслуживания пациентов, обеспечивающих им высокое качество жизни, что и является основой устремлений педиатров и детского здравоохранения.

Ключевые слова: педиатрия, младенческая смертность, ретинопатия новорожденных, фенилкетонурия, аудиологический скрининг, заболеваемость детского возраста

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ПЕДИАТРИЯЛЫК КЫЗМАТЫ: АБАЛЫ, ЖЕТИШТИКТЕР ЖАНА ӨНҮГҮҮ ПРЕСПЕКТИВАЛАРЫ

**Ш.А. Сулайманов¹, Д.К. Кудаяров¹, А.Э. Шамбетова²,
А.Б. Джетыбаева¹, А.Б. Фуртикова¹**

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Кыргыз Республикасынын саламаиык сактоо министрилиги, Бишкек, Кыргыз Республикасы.²

Корутунду: Макаланын жыйынтыктоочу бөлүгүндө көлтирилген Кыргыз Республикасында педиатриялык кызматты уюштуруунун жана анын ишинин көйгөйлүү аспекттери калктын дөн соолугун коргоо системасын өркүндөтүү боюнча негизги багыттарды ачык көрсөтүп турат, эң популярдук жана педиатрлардын жасана балдардын дөн соолугун сактоонун умтулусунун негизи болуп саналган бейтаптарды төйлөөнүн, аларга жашоонун жогорку сапатын камсыз кылуунун заманбап технологиялары.

Негизги сөздөр: педиатрия, ымыркайлардын өлүмү, неонаталдык ретинопатия, фенилкетонурия, аудиологиялык скрининг, балдардын оорусу

PEDIATRIC SERVICE OF THE KYRGYZ REPUBLIC: STATUS, ACHIEVEMENTS AND DEVELOPMENT PROSPECTS

Sh.A. Sulaimanov¹, D.K. Kudayarov¹, A.E. Shambetova², A.B. Djetybaeva¹, A.B. Furtikova¹

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

Ministry of health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic.²

Resume: The problematic aspects of the organization and functioning of the pediatric service in the Kyrgyz Republic presented in the final part of the article clearly highlight the guidelines for improving the system of protecting the health of the child population, developing and implementing the most popular and modern technologies for serving patients, providing them with a high quality of life, which is the basis of the aspirations of pediatricians and children's health care.

Key words: pediatrics, infant mortality, neonatal retinopathy, phenylketonuria, audiological screening, childhood morbidity.

На современном этапе развития общества решение проблем охраны здоровья матери и ребенка является одним из приоритетных направлений социальной политики Кыргызской Республики (КР). На основе проблемных вопросов, выявленных при анализе текущей ситуации педиатрической службы, и международного опыта определено видение развития педиатрической службы КР, достижению которого будут способствовать результаты реализации ряда мер:

- конкурентоспособная система оказания педиатрической помощи с устойчивой системой финансирования, обеспечивающая равный доступ к качественным медицинским услугам на основе персонализированного подхода к диагностике и лечению с компетентным, мотивированным, юридически защищенным медицинским персоналом;
- региональное здравоохранение, обеспечивающее широкий доступ детскому населению к медицинским услугам, на основе развитой инфраструктуры, современных технологий и интеграции в единую информационную систему здравоохранения;
- специализированная педиатрическая помощь детскому населению с применением инновационных технологий и развитой сетью методологических центров с компетенций по всем направлениям отрасли.

Реализация указанных мер частично предусмотрена Программой по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек - процветающая страна».

По данным Национального статистического комитета (НСК) КР, среднегодовая численность постоянного населения КР на начало 2024 г. составила 7 094 900 человек. На долю детскому населения в возрасте 0-14 лет приходится 33,2%. По итогам 12 месяцев 2023 года показатель рождаемости незначительно уменьшился, составив 20,6 на 1000 населения (2022 г. - 21,5).

Число родившихся по итогам 12 месяцев составило 133 568 новорожденных, что на 3820 меньше, чем в 2022 году.

В динамике за последние 5 лет в КР отмечалась стабилизация показателя младенческой смертности, среднее значение которого составило 14,2 на 1000 живорожденных (2018 г. - 14,2; 2019 г. - 15,1; 2021 г. - 15,6; 2022 г. - 14,5; 2023 г. - 14,2).

В структуре причин младенческой смертности первое место занимают заболевания и состояния, возникающие в перинатальном периоде (57,6%), второе - врожденные аномалии (16,7%), на третьем месте - болезни органов дыхания (10,3%). В 68,2% случаев младенческие потери произошли в неонатальном периоде.

Врожденные пороки развития занимают в течение последних лет второе место (2022 г. - 16,8, 2023 г. - 16,7) в структуре младенческой смертности, что требует совершенствования пренатального УЗ скрининга и развития неонатальной хирургии. Основными факторами рождения детей с врожденными пороками развития остаются соматические заболевания матери, отсутствие знаний по планированию беременности, различные урогенитальные инфекции, вредные привычки и психоэмоциональные перегрузки женщин.

Проект, реализуемый Германским банком развития (KFW) «Охрана материнства и детства IV-V», завершается строительством и оснащением Перинатального центра (ПЦ) Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) в г. Бишкек. Техническое открытие ПЦ проходило 26 января 2024 года с участием Президента КР Садыра Жапарова. В КР, в том числе в ПЦ НЦОМиД применяются современные эффективные перинатальные технологии, рекомендованные ВОЗ, основанные на доказательной медицине, которые направлены на выхаживание и улучшение качества жизни новорожденных, в том числе с низкой массой тела. Принципы безопасного материнства и регионализации перинатальной помощи обеспечивают благополучные роды там, где созданы для этого соответствующие условия.

ПЦ НЦОМиД в системе здравоохранения КР будет реализовывать информационно-образовательные программы по планированию семьи и здоровому образу жизни, антенатальному скринингу (11-13 и 18-22 недели) для выявления и прерывания беременности с грубыми пороками развития, беременных, обогащению муки железом и фолиевой кислотой.

За 2016-2023 годы, в связи с улучшением медицинского обслуживания, внедрением эффективных перинатальных технологий, принципов безопасного материнства, совершенствованию дородовой и послеродовой медицинской помощи, младенческая смертность стабильно снижалась (на 1000 родившихся живыми с 16,6 в 2016 г. до 14,2 в 2023 г. При этом уровень младенческой смертности в КР остается выше по сравнению с

показателем других стран (на 1000 родившихся живыми в Казахстане - 7,7, во Франции - 3,5, в Швейцарии - 3,7, 2020 г.).

Основными причинами смертности и заболеваемости младенцев являются состояния перинатального периода (синдром дыхательных расстройств, пороки развития, болезни органов дыхания и инфекционные заболевания).

На эффективность перинатальной и детской службы влияют наблюдаемая в стране недостаточная обеспеченность врачами (2023 г., всего: акушер-гинекологов - 1086, неонатологов - 200, педиатров - 700, анестезиологов-реаниматологов - 117) в организациях родовспоможения, дефицит педиатров и детских профильных специалистов как на первичном уровне, так и в детских стационарах. Одним из главных факторов, обуславливающих дефицит, является отток квалифицированных медицинских специалистов (в 2023 году составил 1125 человек), в основном в страны ближнего зарубежья (Россия, Казахстан и др.). В качестве причин внешней миграции врачей приводятся профессиональная неудовлетворенность, низкая заработная плата, тяжелые условия труда, растущая ответственность, социальная и правовая незащищенность.

Немаловажен факт недостаточной оснащенности оборудованием организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

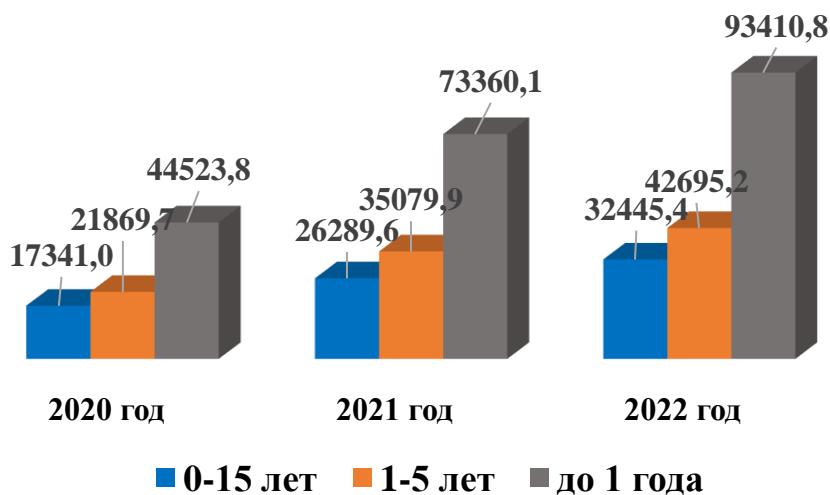


Рисунок 1. Динамика заболеваемости детей в зависимости от возрастной категории.

Структуру заболеваемости в КР определяет ряд наиболее распространенных и формирующих детскую смертность и инвалидность заболеваний: врожденные пороки развития сердца, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, острые бронхолегочные заболевания, орфанные заболевания и др. При этом распространенность и заболеваемость детей имеет стабильный рост в последние 3 года (рис. 1). Заболеваемость детей составила 32 445,4, рост на 46,5% по сравнению с 2020 годом и на 18,9% по сравнению с 2021 годом.

Выделение возрастных периодов в педиатрической практике необходимо для выработки дифференцированного подхода к ребенку. Вопросы организации ухода, питания, воспитания, профилактики заболеваний, подбора лекарственных препаратов и их дозировки следует решать, исходя из анатомо-физиологических особенностей, характерных для каждого конкретного возрастного периода.

В КР в динамике отмечается снижение смертности детей до 5 лет. От всех причин умерли в 2019 г. - 3019, 2020 г. - 2663, 2021 г. - 2727, 2022 г. – 2528 детей.

Детская смертность по классам причин представлена патологиями перинатального периода (67%), заболеваниями органов дыхания (14,7%), врожденными пороками развития (14,9%), инфекционными и паразитарными заболеваниями (3,2%) и др.

Благодаря системным мерам по улучшению и стабилизации здоровья детей в возрасте до 5 лет удалось снизить уровень детской смертности за последние 5 лет на 1000 живорожденных: 17,5 - в 2019 году, 16,7 - в 2020 г., 17,9 - в 2021 г., 16,7 в 2022 г. (рис. 2).

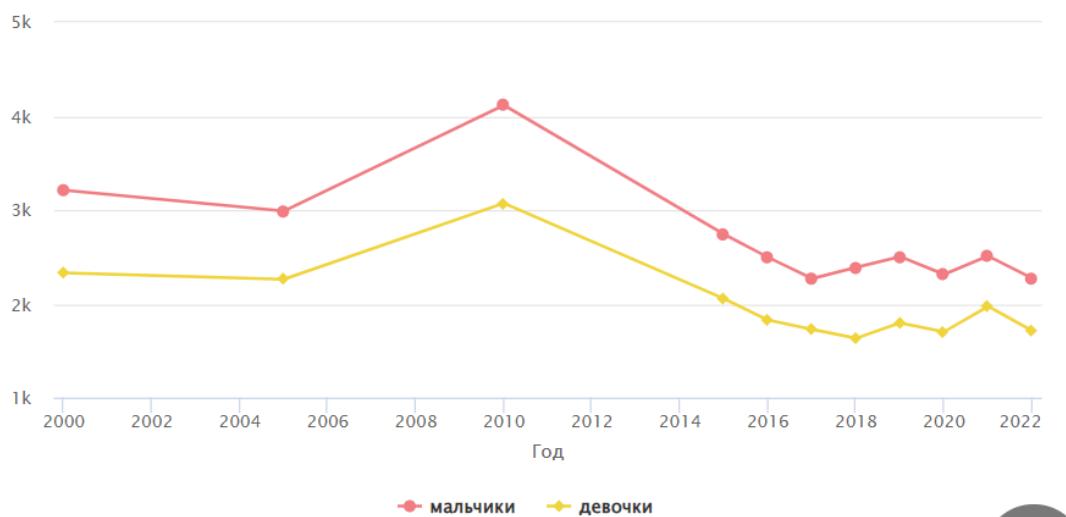


Рисунок 2. Уровень смертности детей в возрасте до 5 лет.

С целью ранней диагностики заболеваний у ребенка в КР реализована программа скринингового исследования новорожденных и детей раннего возраста, направленная на раннее выявление наследственных болезней (врожденный гипотиреоз - ВГ, фенилкетонурия - ФКУ), патологии слуха (аудиологический скрининг), отклонения психофизического развития, ретинопатии.

В 2019 г. был издан приказ Министерства здравоохранения (МЗ) КР (№94 «О массовом обследовании новорожденных детей (неонатальный скрининг) на врожденный гипотиреоз в пилотных организациях здравоохранения». Вышеуказанным приказом был утвержден план мероприятий по внедрению неонатального скрининга на уровне пилота в г. Бишкеке и Чуйской области, с последующим охватом детей из других регионов по графику, включая маршрутный лист, систему оповещения, перечень оснащения и расходных материалов. Согласно плану НЦОМиД, с 2017 г. была начата подготовительная работа по обучению 2 специалистов для работы в лаборатории. Также МЗ КР была сформирована профессиональная междисциплинарная рабочая группа, включающая неонатологов, педиатров, эндокринологов, руководящих врачей, сотрудников общественного здравоохранения и ЮНИСЕФ, которая разработала клинический протокол по ведению и лечению ВГ (протокол утвержден приказом МЗ КР №1213 от 30.12.2017 г.).

С февраля 2019 г. в НЦОМиД начат неонатальный скрининг по ранней диагностике врожденного гипотиреоза в пилоте. В мае 2023 г. сотрудниками НЦОМиД было проведено обучение специалистов из Баткенской, Жалал-абадской, Нарынской, Ошской и Чуйской областей.

По отчётным данным НЦОМиД, число исследований на ВГ достигло в 2019 г. - 33 625, в том числе у 71 ребенка с положительным результатом. За 2021 г. выполнено 50 033 исследований у новорожденных, из них у 346 с положительным результатом. В 2022 г. при числе исследований 29 863, положительные тесты были установлены у 381 новорожденного ребенка. В 2023 г. число исследований и положительные результаты, соответственно, составили 75 546 и 380.

Все новорожденные с положительными результатами на ВГ направляются на дальнейшее обследование для уточнения диагноза и начала заместительной терапии.

С апреля 2023 г. начал скрининг на второе врожденное заболевание - фенилкетонурию. Уже проведен скрининг 72 546 новорожденным. У 1 ребенка выявлена ФКУ, он отправлен на дальнейшее обследование и лечение.

Важным медицинским мероприятием также является скрининг на ретинопатию недоношенных. Ретинопатия недоношенных (РН) является патологией с быстро прогрессирующим течением и исходом в виде отслойки сетчатки. На РН в 2023 г. всего было

осмотрено 1280 недоношенных детей. Из них с РН I степени были - 91 ребенка, II степенью - 189 детей, III степенью - 28 детей, IV степенью - 2 детей, V степенью - 12 детей. Диагноз «задняя агрессивная форма РН» был установлен 11 недоношенным детям. Дети с РН были направлены в г. Алматы (21 детей) и Москву (15 детей). В КР с января 2024 года начато лазерное лечение РН детей. Проведено 9 операций детям с различной степенью РН.

Аудиологические скрининги (АС) проводятся в шести родовспомогательных учреждениях Бишкека, Жалал-Абада, Оша, Каракола и др. Отчетные данные из регионов поступают в НЦОМиД согласно утвержденного плана мероприятий, ежеквартально.

Среди детей школьного возраста остаются проблемой патологии опорно-двигательного аппарата, заболевания органов пищеварения и нервной системы. С ростом дистанционных форм обучения растет зрительная нагрузка у школьников, и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) активно призывает родителей максимально ограничить использование детьми гаджетов.

В настоящее время в республике внедрён в онлайн режиме «Регистр дефектов нервной трубки», однако имеются проблемы с качеством его заполнения на местах. Анализом данных регистра занимается НЦОМиД.

В 2022 году в КР среди детей 0-14 лет было выявлено наличие детского церебрального паралича у 165,9 (n=3804), аутизма - у 9,5 (n=218), синдрома Дауна - у 22,4 (n=514) на 100 тыс. населения.

В КР число больных со спинальной мышечной атрофией (СМА) составляет порядка 41 ребенка, из них у 28 детей с подтвержденной генетическим исследованием. СМА как нозология была внесена в список орфанных заболеваний КР в 2019 году. С марта 2023 г. впервые в КР начата терапия 8 детям со СМА препаратом рисдиплом, приобретаемым по линии Фонда высоких технологий МЗ КР.

НЦОМиД является координационным центром по редким заболеваниям у детей в Республике, курирует и осуществляет консультативно-диагностическую и медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями, лизосомальными болезнями (болезнь Гоше, мукополисахаридоз), наследственными нарушениями свертываемости крови и др. Имеется сложность молекулярно-генетической верификации этих заболеваний, так как в КР эти исследования не проводятся, а также имеется недостаточное лекарственное обеспечение пациентов. Немаловажным и актуальным вопросом для улучшения качества жизни детей с редкими заболеваниями является комплексный подход к лечению, то есть на фоне проводимого лечения должны проводиться программы реабилитации.

Актуальность проблемы инвалидности и организации реабилитационной помощи обусловлена ее масштабностью. По данным экспертов Организации объединенных наций (ООН) общемировая численность инвалидов составляет 15% от всего населения мира.

По официальным данным Министерства труда и социальной защиты населения КР за 2023 год всего по стране зарегистрировано 37 тысяч детей с инвалидностью. Численность детей инвалидов с впервые установленной инвалидностью в городской и сельской местности КР, соответственно составляет 1366 и 4294 (НСК). Общая детская инвалидность возросла с 29,3 тысяч в 2016 году до 37 тысяч в 2023 г. (+20%). Наибольший рост инвалидности наблюдается по следующим патологиям - врожденные аномалии развития (32,8%), болезни нервной системы (20,3%), психические расстройства (15,3%).

В системе здравоохранения КР функционирует ряд реабилитационных центров, оказывающих помощь детям (Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения, межрайонный областной центр медицинской реабилитации в г. Кочкор-Ата, детский реабилитационный центр в г. Ош; Джалал-Абадский детский центр медицинской реабилитации; реабилитационное отделение «Ак-Суу» на Иссык-Куле; детский санаторий «Максат». Обеспеченность детскими койками восстановительного лечения и медицинской реабилитации желает лучшего.

Основные проблемы охраны здоровья матери и ребенка в КР связаны с недостаточным уровнем интеграции ПМСП, родовспомогательных и профильных стационаров;

недостаточным уровнем материально-технического состояния родовспомогательных учреждений, неукомплектованностью кадрами, ростом инвалидности среди детского населения; недостаточным охватом восстановительным лечением и медицинской реабилитацией детей в регионах.

На территории НЦОМиД за последние 4 года построено 3 объекта здравоохранения. В 2023-2024 годы проведены капитальные ремонтные работы более чем в 20 структурных подразделениях НЦОМиД, поставлено медицинское оборудование, введено в эксплуатацию централизованное стерилизационное отделение и др.

В рамках цифровизации отрасли здравоохранения в НЦОМиД внедряются медицинские информационные системы с обеспечением доступа к сети интернет. На постоянной основе проводится оснащение ИТ-инфраструктурой подразделений НЦОМиД с подключением к сети интернет. На этапе внедрения находятся обновленные электронные карты стационарного и амбулаторного пациента.

Как показывает анализ действующей системы охраны здоровья и развития детей и подростков, в КР налаживаются механизмы координации деятельности государственных, частных, неправительственных и международных организаций в деле улучшения положения детей и подростков. Кадровый состав системы здравоохранения нуждается в регулярном повышении квалификации с учётом политики в области охраны здоровья и развития детей и подростков. Остается проблематичным отсутствие четко разграниченных функций и медицинских услуг детям в стационарах вторичного и третичного уровней, что приводят к фрагментации, дублированию и неэффективному управлению ресурсами здравоохранения. Третичный уровень, национальные центры, которые должны заниматься самыми сложными случаями, часто выполняют функцию районных территориальных и областных стационаров. Развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи и научных разработок, необходимых практическому здравоохранению, также не адекватны велению времени.

УДК 001.891:892

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПУТИ СОВЕШЕНСТВОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В НАЦИОНАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСВА И ДЕТСТВА

Саатова Г.М.¹

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика¹

Резюме. Научные исследования НЦОМиД посвящены изучению клинико-патогенетических и региональных особенностей и научному обоснованию возможностей прогнозирования и предотвращения формирования социально-значимых заболеваний у детей; разработке программ ранней диагностики, терапии и реабилитации; сохранению репродуктивного здоровья, увеличению рождаемости, реализации государственной политики в области акушерства, гинекологии и перинатологии.

Ключевые слова: здоровье, дети, новорожденные, акушерство и гинекология, детская хирургия, наука.

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНДА ИЛИМИЙ ИЗИЛДӨӨЛӨРДҮ ӨРКҮНДӨТҮҮНҮН ЖОЛДОРУ ЖАНА КЕЛЕЧЕГИ

Г. М. Саатова¹

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Корутунду: ЭжБКУБ илимий изилдөөлөрү клиникалык-патогенетикалык жана регионалык өзгөчөлүктөрдү изилдөөгө жана балдарда социалдык маанилүү оорулардын пайда болушун алдын алуу жана алдын алуу мүмкүнчүлүктөрүн илимий негиздөөгө; эрте диагностика, терапия жана реабилитация программаларын иштеп чыгууга; репродуктивдик ден соолукту сактоого, төрөлүүнү көбөйтүүгө, акушердик, гинекология жана перинатология жаатындағы мамлекеттик саясатты ишке ашырууга арналган.

Негизги сөздөр: ден-соолук, балдар, жаңы төрөлгөн ымыркайлар, акушердик жана гинекология, балдар хирургиясы, илим.

PROSPECTS AND WAYS FOR IMPROVING SCIENTIFIC RESEARCH IN THE NATIONAL CENTER FOR MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

G.M. Saatova¹

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

Resume. Scientific research of the National Center for Children's Medicine and Health is devoted to the study of clinical, pathogenetic and regional features and scientific substantiation of the possibilities of predicting and preventing the formation of socially significant diseases in children; development of early diagnosis, therapy and rehabilitation programs; maintaining reproductive health, increasing the birth rate, implementing state policy in the field of obstetrics, gynecology and perinatology.

Key words: health, children, newborns, obstetrics and gynecology, pediatric surgery, science.

Приоритетным направлением в научной деятельности учреждений здравоохранения КР продолжает оставаться научная поддержка здравоохранения на основе разработки и внедрения эффективных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, способствующих повышению качества медицинской помощи населению.

Обязательства Системы здравоохранения КР по Глобальной Стратегии здоровье матерей, детей и подростков (2016-2030) в рамках ЦУР (2018-2040), программе Правительства Кыргызской Республики «Поддержка семьи и защиты детей» на 2018-2028 годы определили приоритетные направления развития медицины, в том числе специализированной медицинской помощи, направленной на снижение младенческой и детской смертности, и инвалидизации детского населения [1].

В центре внимания научных учреждений здравоохранения всегда была многопрофильная научно-исследовательская работа по решению актуальных социальных задач педиатрии и родовспоможения.

Научная платформа НЦОМиД посвящена изучению клинико-патогенетических и региональных особенностей и научному обоснованию возможностей прогнозирования и предотвращения формирования социально-значимых заболеваний у детей; разработке программ ранней диагностики, терапии и реабилитации.

Центр является координатором научных разработок по охране здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике.

Решение научных проблем следует считать важнейшим разделом многогранной работы НЦОМиД.

Снижение уровня государственного финансирования научного здравоохранения предполагает необходимость разработки и внедрения различных форм интенсификации научного процесса, модернизации методологии научных исследований.

Представляется важным в основе НИР планировать изучение эпидемиологии, региональных особенностей клинического течения, экологической обусловленности различных патологических состояний женского и детского организма. Научный анализ состояния здоровья женщин и детей позволяет выявить наиболее актуальные проблемы, разработать научно-обоснованные рекомендации для врачей.

В планы НЦОМиД следует включать исследования по изучению конкретного влияния на состояние женского и детского организма ряда неблагоприятных факторов внешней среды.

Несомненно, актуальными являются проблемы социальной медицины, включающие выявление особенностей влияния социальной среды общества в целом и семьи в частности на состояние здоровья и качество жизни женского и детского населения.

Особое внимание в перспективе следует уделять не только продолжению, но и коренной перестройке работы по внедрению результатов научных разработок в практическое здравоохранение, их широкой апробации и последующему анализу эффективности.

В соответствии с планами МЗ КР, МОиН в НЦОМиД выполнены крупные научные темы-комплекс по трем направлениям: педиатрия, детская хирургия и акушерство и гинекология [2.3].

Педиатрия

Проблема высокой перинатальной, неонатальной и младенческой смертности является одной из самых актуальных в Кыргызстане. В структуре причин младенческой смертности в КР более двух третей (74%) приходится на детей, умерших в неонатальном периоде, из них 87-89% смертей происходит в раннем неонатальном периоде. Причины неонатальной смертности обусловлены: состояниями, связанными с незрелостью (36,7%), асфиксиею (24,1%), врожденными пороками развития (11,4%), инфекцией (7,8%), родовым травматизмом.

Реализация проекта НИР НЦОМиД «Неонатальное здоровье, влияние на показатели качества системы здравоохранения, младенческая смертность детей, требуемые вмешательства» направлена на решение важных вопросов в области медико-социальных проблем:

- разработка и внедрение алгоритма оказания помощи детям, родившимся с массой тела меньше 1500 и 1000 грамм, что позволит снизить младенческую смертность;
- анализ факторов риска с их ранжированием по значимости в структуре заболеваемости и отдаленных последствий у недоношенных с экстремально низкой и очень низкой массой тела, позволит прогнозировать масштабы необходимых медицинских вмешательств.

Полученные сведения позволяют формировать медико-социальную политику причин недоношенности, выживаемости и смертности новорожденных.

По результатам НИР НЦОМиД «Мониторинг и пути повышения эффективности диагностики, профилактики и лечения социально значимых болезней детского возраста в современных условиях» разработаны мероприятия по снижению заболеваемости, смертности и инвалидизации от болезней детского возраста, которые были включены в Национальную стратегию профилактики социально значимых заболеваний у детей в КР.

Выполнение НИР «Медицинские и социальные аспекты укрепления здоровья детей школьного возраста и детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах КР», «Системный анализ процесса формирования и клинического течения заболеваний у детей в горных условиях» позволило научно обосновать и разработать программу профилактики и медицинского контроля физического развития школьников и здоровья детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах Кыргызстана.

По результатам научных исследований в рамках проекта «Медицинская реабилитация, качество жизни и социальная адаптация детей при патологических состояниях с риском неблагоприятного исхода и инвалидацией» были обоснованы важнейшие направления в совершенствовании медицинского обслуживания детей:

- необходимость проведения регулярного мониторинга уровня младенческой смертности;
- совершенствование процесса подготовки семейных врачей и последующего повышения их квалификации по вопросам диагностики и профилактики заболеваний детей раннего возраста;
- необходимость повышения качества патронажных наблюдений;
- увеличение объема и качества работы по повышению санитарной культуры населения, формированию у них стремления к здоровому образу жизни, с выделением вопросов планирования семьи, контрацепции и предупреждения младенческой смертности.

Комплексная ретроспективная оценка показателей заболеваемости обследуемой когорты позволила выделить наиболее значимые медико-социальные детерминанты неблагоприятного исхода на первом году жизни детей.

Для организаторов здравоохранения на основании разработанного прогноза подтверждена возможность более рационального использования имеющихся резервов, что позволит снизить уровень заболеваемости детей данного возраста.

Значительный прирост общей заболеваемости у детей в последующие пандемии COVID-19 годы, вызвал необходимость изучения влияния пандемии на уровень заболеваемости и ее структуру для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий.

По результатам научного исследования «Постковидный синдром у детей и заболевания, ассоциированные, COVID-19 (особенности течения, исходы, тактика оказания медицинской помощи)» установлено, что в постковидном периоде отмечается рост широкого спектра заболеваний, отражающих последствия иммунопатологических нарушений, вызванных SARS-CoV-2 (системных заболеваний соединительной ткани сахарного диабета (инсулинозависимый), неспецифического язвенного энтероколита, апластической анемии и онкологической патологии), в основе которых лежат аутоиммунные и аутовоспалительные реакции.

Акушерство и гинекология

Состояние соматического здоровья влияет на исходы беременности и родов, а беременность, в свою очередь, осложняет течение многих экстрагенитальных заболеваний. В НЦОМиД проводились научные исследования, способствующие сохранению репродуктивного здоровья, увеличению рождаемости, реализации государственной политики в области акушерства, гинекологии и перинатологии:

- «Роль антропогенной нагрузки в формировании патологии репродуктивной системы». В результате проекта определена антропогенная нагрузка при нарушениях репродуктивной функции у девочек и семейных пар, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, разработаны мероприятия по их прогнозированию и профилактике.
- «Новые технологии в изучении и оценке материнской заболеваемости и смертности в КР». В результате проекта разработаны меры профилактики и прогнозирования послеродовых гнойно-септических осложнений, критерии диагностики и эффективности лечения ГСО, разработана система прогнозирования и снижения перинатальных потерь у беременных с преэклампсией тяжелой степени.
- «Перинатальная помощь женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике: проблемы и пути их решения».

По результатам научных исследований были внедрены методы медицинской профилактики и лечения акушерских кровотечений с применением органосберегающих технологий направленные на снижение репродуктивных потерь и сохранение репродуктивной функции; современные методы медицинской профилактики, диагностики и лечения осложнений беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями; методы медицинской профилактики и лечения бесплодия на основании совершенствования вспомогательных репродуктивных технологий, а также методов медицинской профилактики осложнений беременности после экстракорпорального оплодотворения.

Важной положительной тенденцией в обеспечении качественных научных исследований стала проводимая в нашей стране модернизация здравоохранения, в частности создание республиканского перинатального центра.

Детская хирургия

- «Врожденная и приобретенная хирургическая патология органов и систем детского возраста». Результатом проекта явилась разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию методов консервативного и хирургического лечения врожденной и приобретенной хирургической патологии у детей.
- «Комбинированные пороки развития у детей: клинико-эпидемиологические особенности, оптимизация консервативного и хирургического методов лечения и реабилитации и прогнозирование исходов». Разработаны алгоритмы ранней диагностики, хирургического

- лечения и программы реабилитации больных с различными врожденными пороками развития».
- «Хирургические патологические процессы нервной, костно-суставной и пищеварительной систем: показатели качества жизни, исходы, инвалидизация».

По результатам исследования представлена оптимизированная система хирургических и реабилитационных мероприятий по заболеваниям нервной, костно-суставной, пищеварительной систем для повышения качества жизни, снижения неблагоприятных исходов и инвалидности.

Современное развитие и внедрение медицинских технологий требует постоянного совершенствования научных исследований в области охраны здоровья матери и ребенка. Поэтому перспективными направлениями научных исследований следует считать разработку:

- научно-обоснованных подходов к медицинской профилактике преждевременных родов на основе комплексной оценки биохимических, молекулярно-генетических и инструментальных маркеров;
- применения методов вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе после трансплантации органов и тканей;

Для обеспечения реализации в КР научных исследований и разработок до соответствующего мировому уровню и интеграции кыргызской медицинской науки в глобальное научное сообщество необходимо решать следующие задачи:

- совершенствовать уровень фундаментальных и прикладных научных исследований и развитие научного кадрового потенциала;
- развивать систему экспертизы перспективных и приоритетных направлений научных исследований, определения качества и востребованности результатов научных исследований для развития медицинской науки и внедрения ее результатов в практическое здравоохранение;
- научным организациям активно использовать анализ цитирования в качестве критерия оценки научного вклада при распределении финансовых средств при планировании НИР, выдвижении, поощрении и аттестации научных кадров, при оценке результативности НИР, ученых научных коллективов, выявлении приоритетных направлений в науке;
- совершенствовать экономические механизмы мотивации научных сотрудников;
- создать единое научное пространство, стимулировать междисциплинарную и межотраслевую кооперации;
- интегрировать исследовательские и образовательные процессы, повысить требования к качеству работ;
- расширить международное сотрудничество;
- расширить научную конкуренцию;
- усилить контакты с зарубежными учреждениями науки и образования, что позволит при необходимости кооперировать работу с зарубежными учеными, а также направлять молодых специалистов на стажировку в крупнейшие зарубежные научные центры;
- использовать современные компьютерные технологии с целью обработки и анализа результатов научных исследований;
- более широко принимать участие в международных исследовательских программах;
- оптимизировать механизмы отбора и передачи результатов фундаментальных исследований на стадию опытно - конструкторских работ для создания опытных образцов инновационных препаратов, продуктов, технологий и проведения их доклинических исследований.

С 1981 г. в НЦОМиД функционирует Диссертационный совет, в котором защищено 265 диссертаций, в том числе 37 докторских.

С 2009 года в НЦОМиД издается рецензируемый научно-практический журнал «Здоровье матери и ребенка», редколлегия которого состоит из ведущих ученых Кыргызстана и стран СНГ. Журнал входит в список изданий, рекомендованных ВАК КР. За период существования выпущено 17 номеров журнала, 3 приложения.

За последние 5 лет сотрудниками Центра опубликовано 28 методических рекомендаций, 10 монографий, 3 сборника конференций, более 300 статей, в том числе в странах СНГ и в дальнем зарубежье.

Первостепенным в Стратегии развития науки КР является создание научно-образовательных кластеров – содружества разных институтов, лабораторий и производств. Этот формат работы чрезвычайно актуален и для нашего сообщества, и не означает прекращения тех исследований, которые интересны коллективу и не выполняются другими, ориентирует на выполнение эксклюзивных тем,

В этой связи обоснована необходимость Научного совета по педиатрии, детской хирургии, акушерству и гинекологии.

Задачи совета:

- координация и планирование научной деятельности всех научных коллективах страны;
- разработка наиболее актуальных проблем, решаемых несколькими коллективами одновременно;
- формирование и публикация совместных монографий, рекомендаций и технологий;
- обязательное онлайн-планирование и апробации диссертаций.

Международное сотрудничество. Без сомнения, сегодня мы не можем не интегрироваться в мировую практику, достойно решая многочисленные задачи научного плана: участие в международных исследованиях, в конгрессах и конференциях, публикации за рубежом и проведение международных мероприятий в КР.

Очевидна актуальность изменения регламента проведения международных научных конференций. До настоящего времени речь шла о приглашении иностранных специалистов, и участие иностранцев в конгрессах и симпозиумах было эпизодическим. Сегодня необходимо двигаться в сторону полноценной интеграции кыргызской науки – проведения международных научных конференций, исследований, грантов и обмена специалистами.

Список литературы:

1. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК-ПРОЦВЕТЮЩАЯ СТРАНА»
 2. Макенжан уулу А., Маймерова Г.Ш., Джетембаева А.Б., Бейшебаева Н.А., Кондратьева Е.И. Исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья. Отчет Кыргызской Республики 2022 г. (краткий обзор результатов)
 3. Махдис Камали, Джеймс Райт, Надия Аксиир, Хана Тасик, Кэйтлин Конвэй, Саман Браг, Арджуманд Ризви, Зульфикар Бхутта. Прогресс и аспекты смертности новорожденных в Кыргызстане 2021
-

**АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
ЗА 2020-2023 ГГ.**

**Сулайманов Ш.А., Эшалиева А.С., Озубекова М.К.,
Казыбекова Г.М., Ишеналиева Ч.А.¹**

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика¹

Резюме: в настоящей статье приведен анализ материнской смертности в Кыргызской Республике за 2020–2023 гг. Проведенный анализ позволил заключить, что большинство факторов, влияющих на материнскую смертность, являются управляемыми и воздействие на них будет способствовать снижению числа акушерских осложнений и профилактике смертности беременных, рожениц и родильниц. Анализ структуры материнской смертности необходим для разработки актуальных лечебно-профилактических мероприятий в целях предотвращения дальнейших смертельных случаев и улучшения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: материнская смертность, беременность, роды, послеродовый период.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ 2020-2023-ЖЫЛДАРДАГЫ ЭНЕЛЕРДИН
ӨЛҮМҮНҮН АНАЛИЗИ.**

**Ш.А. Сулайманов, А.С. Эшалиева, М.К. Озубекова,
Г.М. Казыбекова, Ч.А. Ишеналиева.¹**

Энэ жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Корутунду: бул макалада 2020–2023-жылдарга Кыргыз Республикасындагы энелердин өлүмүнүн анализи берилген. Талдоо энелердин өлүмүнө таасир этүүчү факторлордун көбүн контролдөнүуга болот жана аларга таасир этүү акушердик кыйынчылыктардын санын кыскарттууга жана кош бойлуу аялдардын, төрөтчүлөрдүн жана төрөттөн кийинки аялдардын өлүмүнүн алдын алууга жардам берет деген тыянак чыгарууга мүмкүндүк берди. Энелердин өлүмүнүн структурасын талдоо мындан ары өлүмгө жол бербөө жана медициналык жардамдын сапатын жогорулаттуу максатында тиешелүү дарылоо-профилактикалык иш-чараларды иштеп чыгуу учун зарыл.

Негизги сөздөр: энелердин өлүмү, кош бойлуулук, төрөт, төрөттөн кийинки мезгил.

**ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE KYRGYZ REPUBLIC FOR
2020-2023.**

**Sh.A. Sulaimanov, A.S. Eshalieva, M.K. Ozubekova,
G.M. Kazymbekova, Ch.A. Ishenalieva.¹**

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

Resume: this article analyzes maternal mortality in the Kyrgyz Republic for 2020-2023. The analysis allowed us to conclude that most of the factors affecting maternal mortality are manageable and impact on them will contribute to reducing the number of obstetric complications and preventing mortality of pregnant women, women in labor and delivery. Analysis of the structure of maternal mortality is necessary for the development of relevant therapeutic and preventive measures to prevent further deaths and improve the quality of medical care.

Key words: maternal mortality, pregnancy, labor, postpartum period.

Обеспечение безопасного материнства рассматривается в качестве одной из наиболее приоритетных задач здравоохранения республики.

Важным показателем, характеризующим материнское здоровье и качество акушерской помощи, является материнская смертность. Это один из основных показателей, определяющий уровень здравоохранения и один из важнейших критериев состояния здоровья общества и

населения. Снижение данного показателя является основной целью согласно Стратегии развития здравоохранения Кыргызской Республики до 2030г. [1, 2, 4].

Многие факторы, обусловленные настоящим социально-экономическим положением, способствуют снижению доступа к качественным медицинским услугам. Трудности, связанные с транспортом и связью, высокие цены за проезд, медицинские услуги и лекарственные препараты являются одной из основных причин отсрочки медицинского лечения и снижения качества антенатального ухода [1, 2]. В оказании медицинской помощи отмечается недостаточный уровень выявления и профилактики осложнений во время беременности и родов, являющихся причиной смерти беременных и родильниц [1, 2, 5].

Анализ МС проведен на основании данных годового отчета областей по статистическим формам, копий медицинских документов беременных, рожениц и родильниц (100,0%) [5].

В 2020 году в республике, как и во всем мире, была пандемия COVID 19, в связи с которой зарегистрированы случаи смерти среди беременных и родильниц. Из 67 случаев было 26 случаев (38,8%) умерших беременных и родильниц от COVID 19 и атипичной пневмонии, в т.ч. зарегистрированы в г. Бишкек – 3 случая, Чуйской области – 6, Таласской – 1, Нарынской – 4, Ысыккульской – 2, Ошской – 4, Жалалабатской – 5, г. Ош – 1.

За 12 месяцев 2020 года в республике показатель материнской смертности с учетом случаев с COVID 19 и атипичной пневмонии составил 42,4 на 100000 живорожденных или умерло 67 женщин в родах и послеродовом периоде. Отмечается рост общего показателя (с учетом COVID 19 и атипичной пневмонии) на 71,0%, за тот же период 2019г. показатель 24,8 или 43 умерших женщин.

Очищенный показатель материнской смертности от акушерских причин (без случаев с COVID 19 и атипичной пневмонии) в 2020 году составил 26,6 или 41 случаев, снижение по сравнению с аналогичным периодом 2019г. на 4,5%. Наиболее высокий показатель материнской смертности в Ысыккульской, Нарынской, Жалалабатской областях.

Показатель материнской смертности с учетом случаев с COVID 19 и атипичной пневмонии в 2021 году в республике составил 37,1 на 100000 живорожденных или умерло 57 женщин в родах и послеродовом периоде. Отмечается снижение показателя на 14,6% по сравнению с тем же периодом 2020г. 16 (28,1%) умерших от COVID 19 и атипичной пневмонии. Очищенный показатель материнской смертности от акушерских причин (без случаев с COVID 19 и атипичной пневмонии) составил 26,4 или 41 случай, снижение по сравнению с аналогичным периодом 2020г на 1,2%. Наиболее высокий показатель материнской смертности в 2021г. в Ысыккульской, Нарынской, Баткенской областях.

За 12 месяцев 2022 года в республике показатель материнской смертности с учетом случаев с COVID 19 и атипичной пневмонии составил 28,1 на 100000 живорожденных или умерли 41 женщина в родах и послеродовом периоде. Отмечается снижение показателя на 24,1%, за тот же период 2021г. показатель 37,1 или 57 умерших женщин.

Наиболее высокий показатель материнской смертности в 2022 году в Талассской, Нарынской, Ысыккульской областях, г. Бишкек.

В 2023г. в республике умерло 38 беременных, рожениц и родильниц (2022г.- 41). Уровень материнской смертности по сравнению с прошлым годом снизился на 7,7 %, составив 26,0 на 100 тыс. родившихся живыми (2022г.- 28,1).

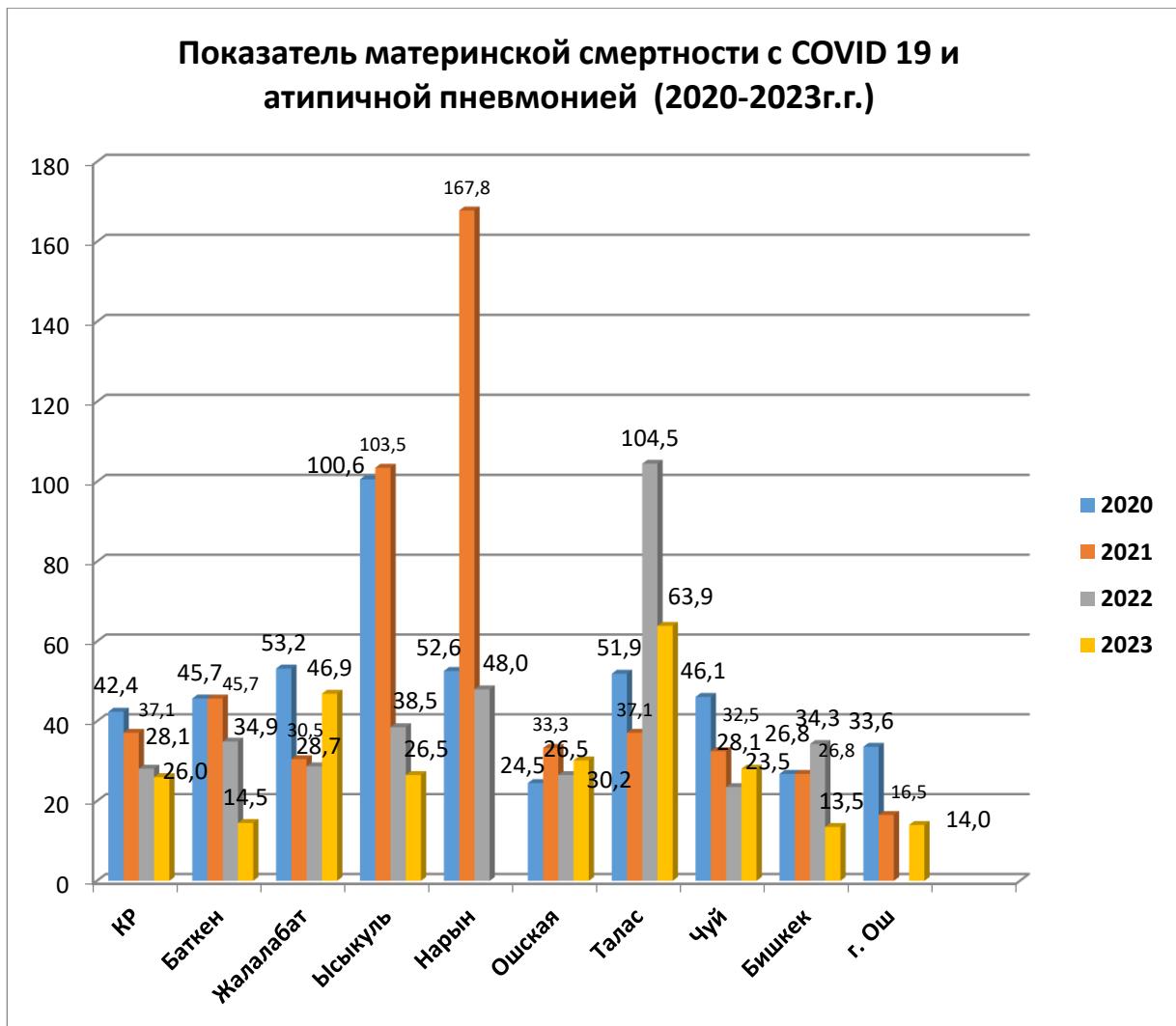


Рис. 1. Показатель материнской смертности с COVID 19 и атипичной пневмонией (2020-2023гг.).

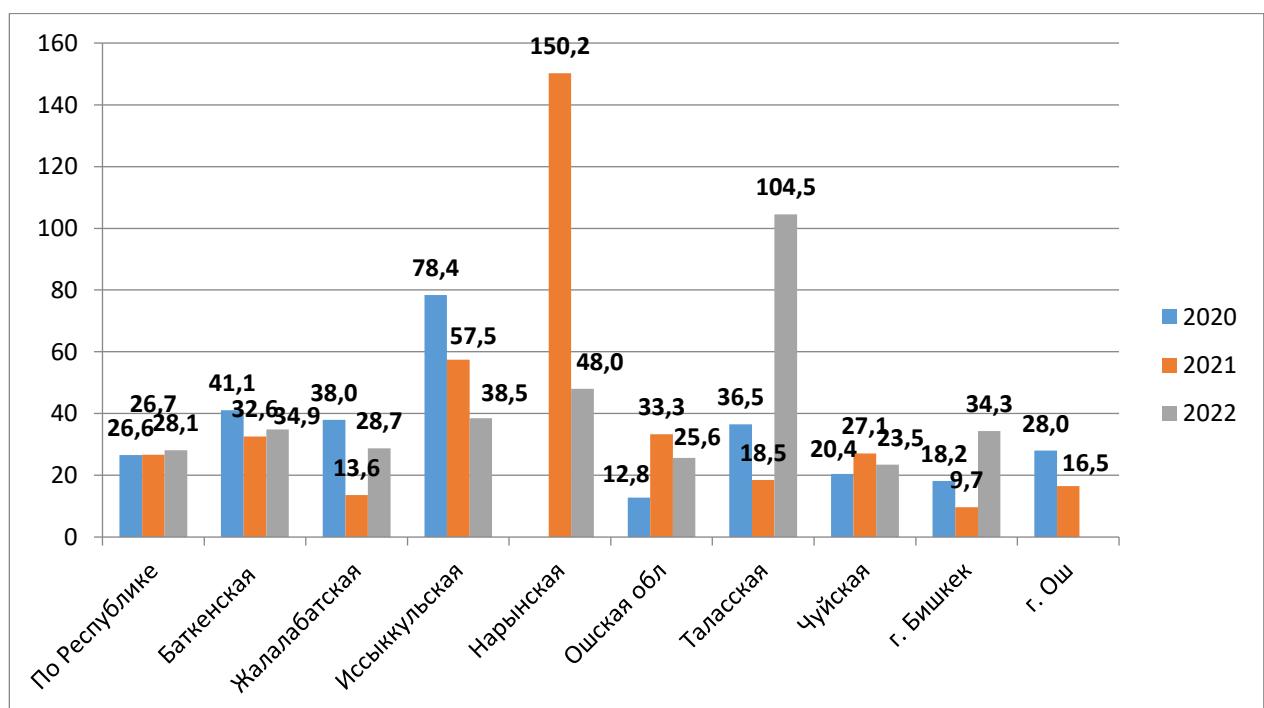


Рис. 2. Показатель материнской смертности за 2020-2022 гг. (без COVID 19 и атипичной пневмонии).

Таким образом, показатель материнской смертности имел рост при учете случаев смерти COVID 19 и атипичной пневмонии. Показатель материнской смерти от чисто акушерских причин остается стабильным (от 26,6 в 2020г. до 26,0 в 2023г.).

Наиболее высокий показатель охвата антенатальным наблюдением беременных женщин в 2022г. – 90,2%, в 2020г. – 86,6%, в 2023г. – 84,2%, в 2021г. – 80,7%. Отмечается тенденция к снижению числа умерших женщин, наблюдавшихся на уровне ФАП до 2022г. и рост в 2023г. и рост числа умерших женщин, наблюдавшихся в частных клиниках до 2022г. и снижение в 2023г. Т.е., при относительном снижении показателя МС отмечается высокий уровень числа умерших женщин, охваченных наблюдением по беременности.

В 2020г. наиболее низкий показатель охвата наблюдением беременных женщин в Токтогульском, Карасуйском, Аламединском районах. В 2021 году лишь половина умерших наблюдались в Лейлекском, Аксуском, Тюпском и Узгенском районах, в 2022 году – в Карабуринском районе, в 2023 году в Сокулукском районе и г. Бишкек.

При этом, несмотря на высокий охват беременных антенатальным наблюдением большое количество женщин поступили в родильные стационары в тяжелом или крайне тяжелом состоянии (86,9% в 2020 г., 84,0% в 2021 г., 72,2% в 2022 г. и 77,8% в 2023г.), что может свидетельствовать о низком качестве наблюдения на уровне первичного звена. Однако отмечается тенденция к снижению этого показателя в 2022 г. на 17,0% по сравнению с 2020 годом.



Рис. 3. Случаи материнской смерти по тяжести состояния при поступлении в стационар, КР.

В 2020 году отмечался высокий показатель умерших женщин в отделениях городских и районных ТБ (29,9%) и родильных домах (16,4%), что можно объяснить заболеваемостью COVID 19 и атипичной пневмонии беременных и рожениц. В 2021 году отмечается рост случаев смерти в НЦОМиД (в 3,5 раза), в неакушерских стационарах (26,2%), на дому и в пути (39,0%). В 2022 году снижение случаев материнской смерти в городских и районных ТБ (32,2%) и рост случаев в областных родильных отделениях (21,0%) и родильных домах, т.е., вновь функционирует система перенаправления. Стабильно высокий показатель смерти на дому и в неакушерских стационарах (т.е. от экстрагенитальной патологии). В 2023 году рост случаев в областных и районных родильных отделениях (36,8% и 34,2% соответственно).

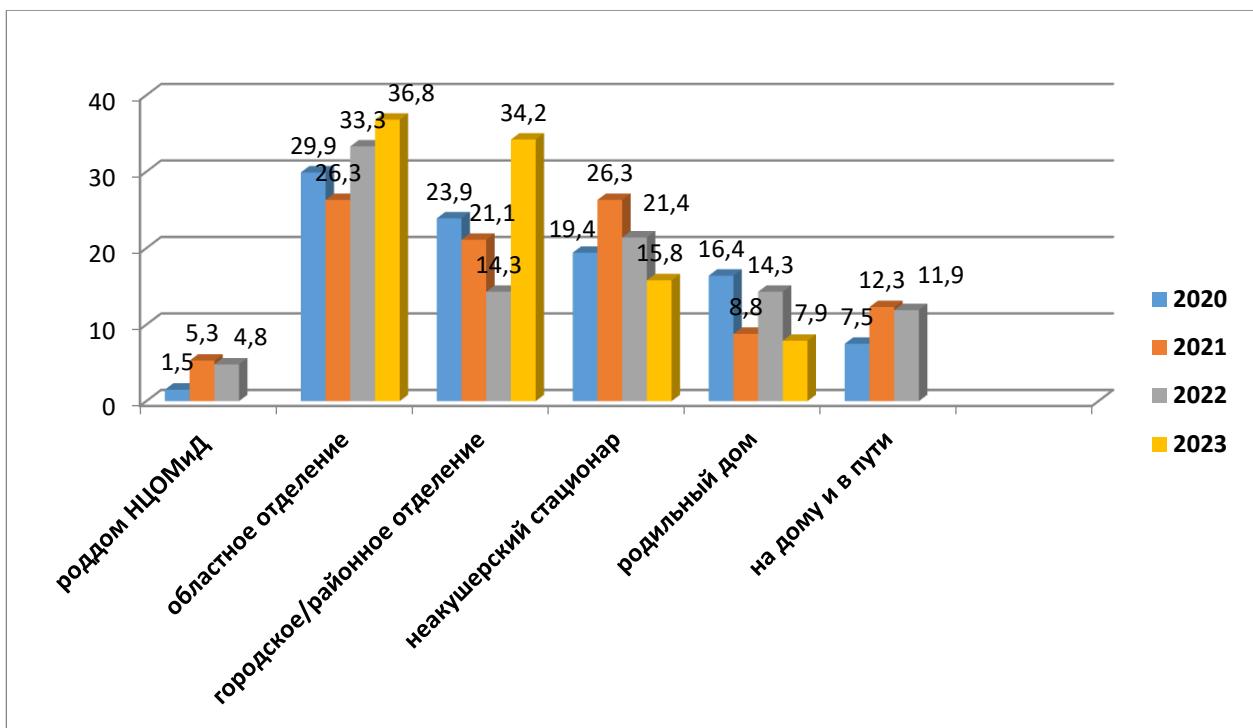


Рис. 4. Материнская смертность по месту смерти.

По времени смерти в 2020 г. 83,6% умерли в родах и послеродовом периоде, из них 25,0% имели 1-е роды, 14,3% – 5 и более родов. Умерших от абортов – 3,0%. Умерших во время беременности 13,4%. В 2021 году снизилось число умерших беременных (на 21,6%) и от абортов (на 40,0%). Выросло число случаев смерти от 1-х родов на 30,0%. В 2022 году снизился показатель умерших в родах и послеродовом периоде на 7,0% по сравнению с 2021 годом. В 7 раз вырос показатель материнской смерти от абортов по сравнению с 2021 годом и от 1-х родов на 39% по сравнению с 2020 годом. В 2023 году умерло от абортов 10,5% и 7,9% во время беременности.

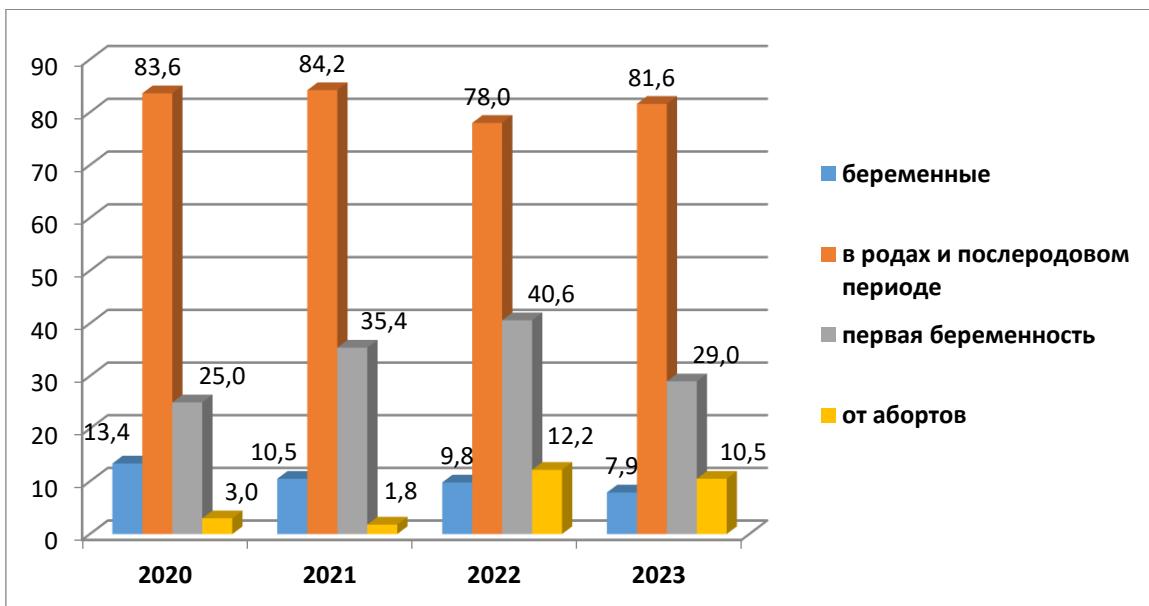


Рис. 5. Материнская смертность по периоду смерти, КР.

В структуре причин материнской смертности в течение 2020-2022гг. на первом месте стабильно эктрагенитальные заболевания. В 2020г. – 40 случаев или 59,7%, из них 26 случаев (65,0%) - умершие от COVID 19 и атипичной пневмонии; в 2021г. – 17 случаев или 29,8%, из них 16 случаев (94,0%) - умершие от COVID 19 и атипичной пневмонии и постковидных осложнений; в 2022г. – 16 случаев или 39,0%, из них 3 случая (18,7%) - умершие от COVID 19 и атипичной пневмонии.

В 2020-2022гг. высокий показатель умерших женщин от сепсиса (14,9%; 21,1% и 22,0% соответственно. Рост показателя преэклампсии и эклампсии в 2021г. на 71,6% и в 2022г. на 59,0% по сравнению с 2020г. (6,0; 21,1 и 14,6% соответственно). Кровотечения как причина смерти в 2020г. составили 11,9%, в 2021г. – 15,8%, в 2022г. – 9,8%. Рост показателя ТЭЛА в родах от 3,0% в 2021г. до 14,6% в 2022г. (в 2021г – 8,8%).

В 2020г. зарегистрированы 3 случая или 4,5% разрыва матки. В 2 случаях смерти на дому или 3,5% в 2021г. причина смерти не установлена.

В 2023 г. на первом месте в структуре причин ЭГЗ (31,6%), затем кровотечения (21,1%), ТЭЛА и ЭОВ (18,4%), преэклампсия тяжелой степени и сепсис (по 13,2%), разрыв матки (2,6%).

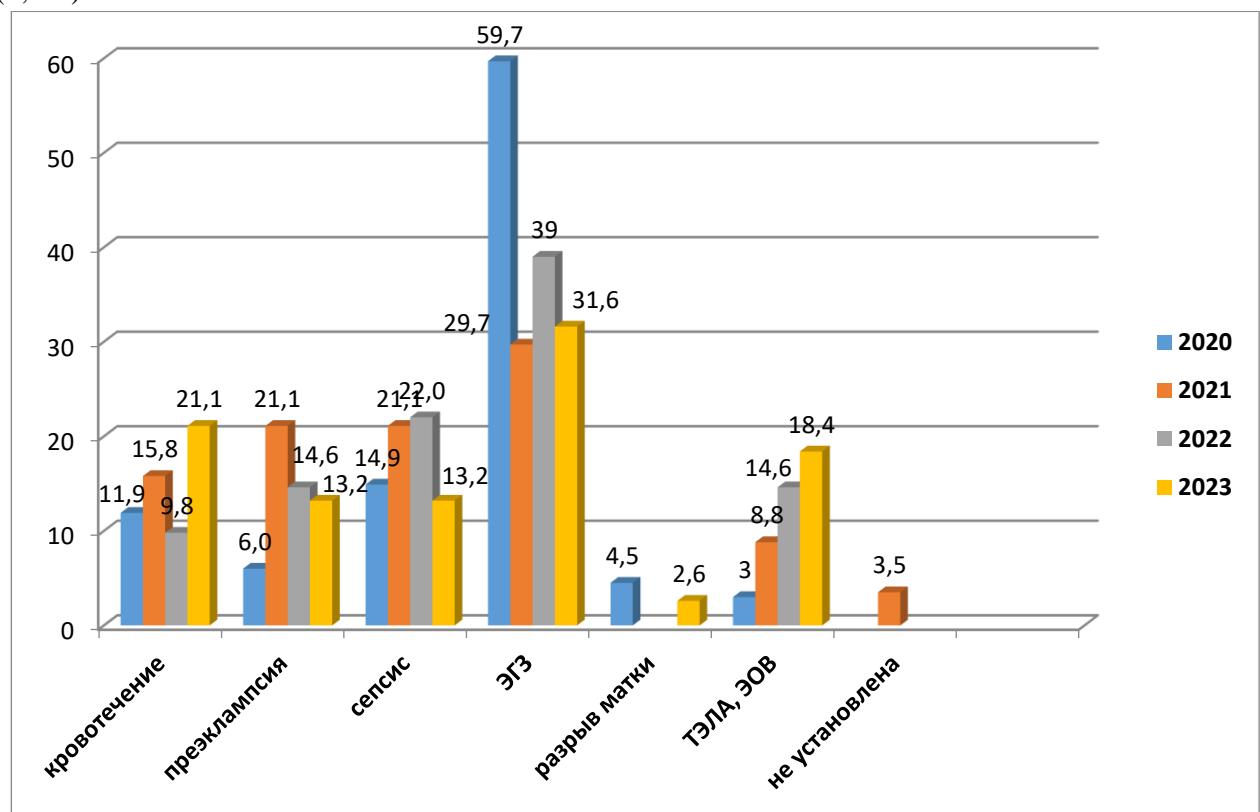


Рис. 6. Материнская смертность по причинам, КР.

Таким образом, в течение последних 3 лет (2020-2023гг.) остается стабильно высоким показатель смерти от экстрагенитальной патологии и септических осложнений.

Причинами акушерских кровотечений являлись послеродовые гипотонические кровотечения и кровотечения, связанные с отслойкой плаценты. Анализ случаев показывает несвоевременное, не в полном объеме и неэффективное оказание медицинской помощи. Следует признать, что в стационарах первичного уровня медицинский персонал не всегда готов к оказанию экстренной акушерской помощи [2].

Позднее выявление преэклампсии и случаи запущенности данного осложнения, приведшие к необратимым изменениям, недооценка тяжести состояния беременных при поступлении в родильные отделения, неадекватная терапия и несвоевременное решение вопроса о родоразрешении приводят к возникновению тяжелых осложнений [3].

Анализ материнской смертности и его достоверность затрудняются из-за снижения патоморфологических исследований. Остается низким процент вскрытий умерших беременных, рожениц и родильниц. Если в 2020г. этот показатель составлял 43,3% случаев, 2021г. – 31,7% умерших, и снижение на 26,7%, то в 2023г. – 23,7% умерших, и снижение почти в 2 раза по сравнению с 2020г. [5].

Вывод

Проведенный анализ позволил заключить, что большинство факторов, влияющих на материнскую смертность, являются управляемыми и воздействие на них будет способствовать снижению числа акушерских осложнений и профилактике смертности беременных, рожениц и родильниц. К ним относятся: своевременное и качественное антенатальное наблюдение за беременной и родильницей; своевременное, полное и адекватное оказание лабораторно-диагностической и лечебно-консультативной помощи; своевременное перенаправление беременных, страдающих экстрагенитальной и акушерской патологией в стационары более высокого уровня для родоразрешения и лечения, подготовка акушеров-гинекологов с учетом особенностей организации родовспоможения в сельской местности; укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения; повышение медицинской культуры женщин и населения в целом.

Подробный анализ динамики изменения показателей материнской смертности и заболеваемости, а также анализ структуры материнской смертности необходим для разработки актуальных лечебно-профилактических мероприятий в целях предотвращения дальнейших смертельных случаев и улучшения качества медицинской помощи.

Список литературы:

1. Барановская Е.И. Материнская смертность в современном мире. Акушерство, гинекология и репродукция // 2022; 16 (3): 296–305.
2. Материнская смертность и заболеваемость, уровни и тенденции в Российской Федерации. Сенатуллаева М.Д., Гоголева М.Н. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург. 2022.
3. Журнал «Медицинская статистика и оргметодработка в учреждениях здравоохранения» № 8/2022.
4. Здоровье населения и деятельность ОЗ Кыргызской Республики в 2022 году.
5. Годовой отчет по акушерско-гинекологической службе за 2023г. НЦОМиД, 2023г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2023 ГОД.

**Сулайманов Ш.А., Эшалиева А.С., Озубекова М.К.,
Казыбекова Г.М., Ишеналиева Ч.А.¹**

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика¹

Резюме: в настоящей статье представлен анализ показателей младенческой смертности в Кыргызской Республике за 2023 год по оперативным данным.

Ключевые слова: младенческая смертность, неонатальная смертность, причины.

2023-ЖЫЛДАГЫ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ӨЛҮМУНУН САЛЫШТЫРМА АНАЛИЗИ.

**Ш.А. Сулайманов, А.С. Эшалиева, М.К. Озубекова,
Г.М. Казыбекова, Ч.А. Ишеналиева¹**

Энэ жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Корутундуу: бул макалада оперативдүү маалыматтардын негизинде 2023-жылга Кыргыз Республикасында ымыркайлардын өлүмүнүн көрсөткүчтөрүнүн анализи берилген.

Негизги сөздөр: ымыркайлардын өлүмү, неонаталдык өлүм, себептери.

COMPARATIVE ANALYSIS OF INFANT MORTALITY IN THE KYRGYZ REPUBLIC FOR THE YEAR 2023.

**Sh.A. Sulaimanov, A.S. Eshalieva, M.K. Ozubekova,
G.M. Kazybekova, Ch.A. Ishenaliева¹**

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

Resume: This article analyzes infant mortality rates in the Kyrgyz Republic for 2023 according to operational data.

Key words: infant mortality. neonatal mortality, causes.

Младенческая смертность - один из основных показателей, характеризующих качество системы здравоохранения. Внедрение новых программ по здравоохранению матери и ребенка, повышенная доступность педиатрических услуг и образование будущих родителей о заботе о детях способствовали улучшению данного показателя, но несмотря на наблюдаемый прогресс в снижении уровня младенческой смертности, неонатальная смертность по-прежнему остается высокой, особенно по сравнению с другими странами региона. По оценке детской смертности, уровень неонатальной смертности составляет 74,5% от всех младенческих смертей и 66,6% от всех смертей детей в возрасте до пяти лет. Около 70% смертей новорожденных в первый месяц после рождения случаются среди недоношенных новорожденных. Недоношенные и маловесные новорожденные умирают в 100 раз чаще чем доношенные и имеющие нормальный вес дети. Уровень неонатальной смертности в сельской местности выше уровня в городской местности и существующая разница остается прежней, при снижении самих уровней смертности (1, 2, 3). Как правило, причинами смерти являются врожденные аномалии развития (пороки системы кровообращения и т.д.), преждевременные роды и внутриутробная гипоксия.

Показатели заболеваемости и смертности, состояния, свидетельствующие о несоответствии здоровья плода и ребенка, предъявляемым к ним требованиям. Немаловажное значение имеют расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, а также выявление и обоснование дефектов регистрации, влияющих на показатели младенческой, перинатальной заболеваемости и смертности. Одним из исходных и обязательных условий оценки и снижения показателей смертности является достоверная информация об истинных причинах смерти. Какова же в целом ситуация со здоровьем плода и новорожденного ребенка в настоящий период времени? Какие тенденции являются ведущими?

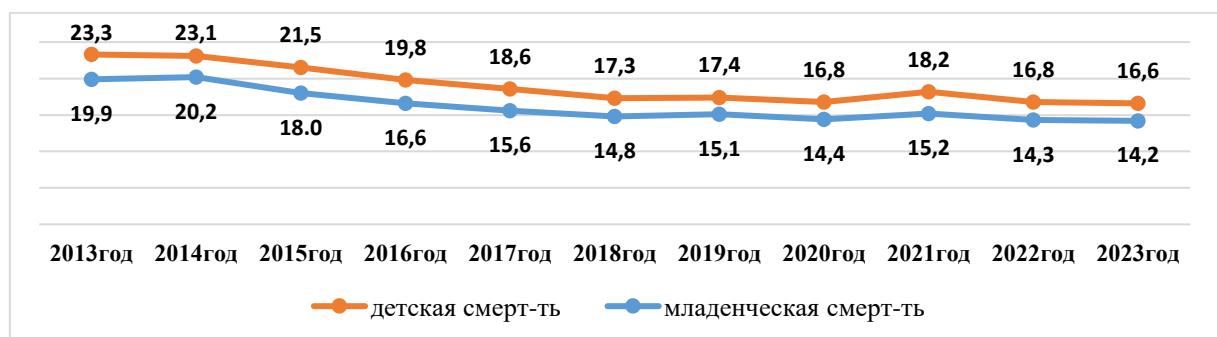


Рис.1. Показатель младенческой и детской смертности в КР, 2013-2023гг.

В Кыргызской Республике за последние 10 лет в динамике отмечается снижение показателей младенческой и детской смертности с 19,9% до 14,2% и с 23,3% до 16,6% соответственно.

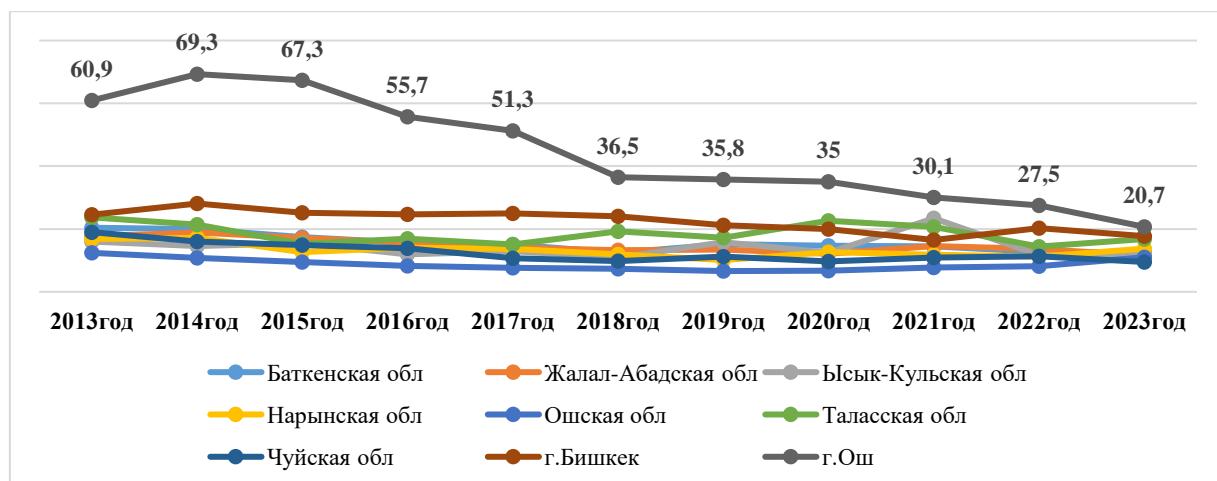


Рис. 2. Динамика показателя младенческой смертности в регионах КР.

В динамике отмечается снижение младенческой смертности во всех регионах, в том числе в г. Ош на 66,0% с 60,9% до 20,7%; в г. Бишкек на 28,0% с 24,6% до 17,7%, в Баткенской на 38,2% с 20,4% до 12,6% и в Таласской 29,1% с 23,7% до 16,8% областях. Наиболее высокий показатель младенческой смертности по сравнению с республиканским в гг. Ош 20,7%, Бишкек 17,7% и в Таласской области 16,8%.

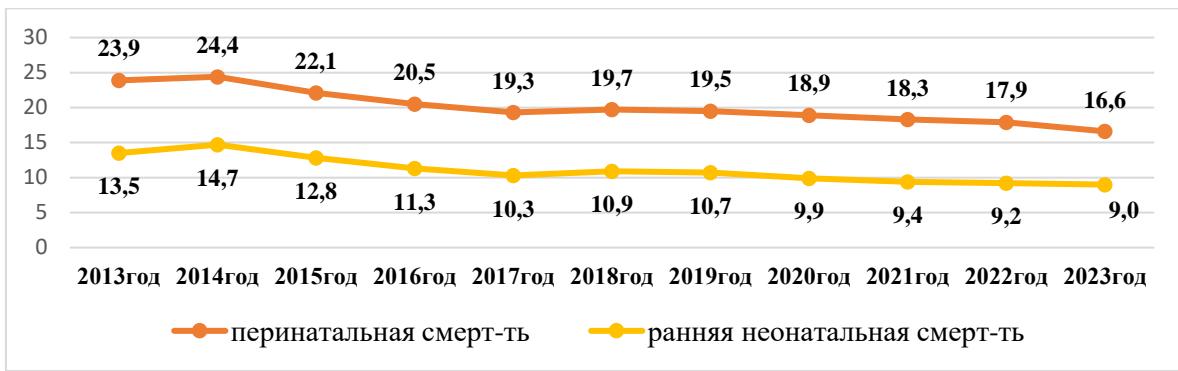


Рис. 3. Перинатальная, ранняя неонатальная смертность в КР.

Перинатальная смертность в динамике в Кыргызстане в 2023 году снизилась на 30,5% (2013г.-23,9‰; 2023 г.-16,6‰), ранняя неонатальная смертность на 33,3% (2013г.-13,5‰; 2023 г.-9,0‰).

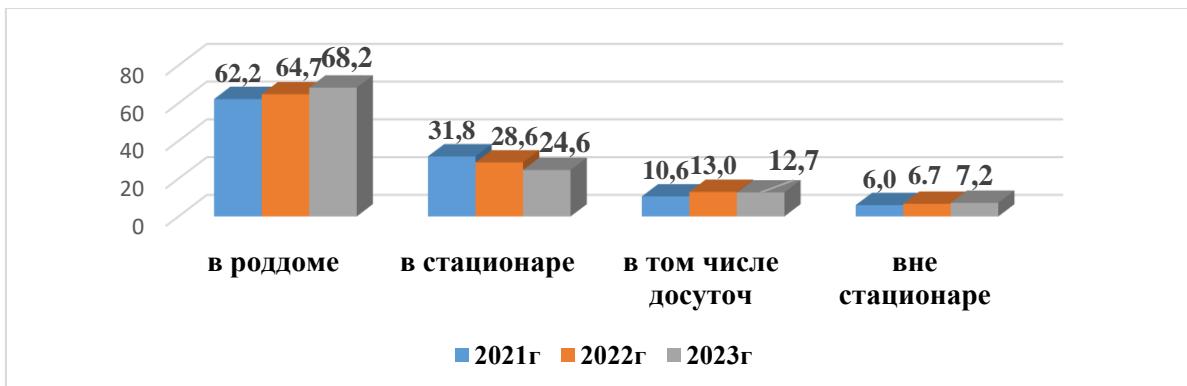


Рис. 4. Динамика удельного веса смертности детей первого года жизни в КР (по месту смерти).

Основное количество детей умирают в родильных домах, поскольку основной причиной младенческой смертности является перинатальная патология. В 2023 г. доля умерших детей в родильных отделениях выросла на 9,6%, составив 68,2% по сравнению с 2021 г. (62,2%) и на 5,4% с 2022 г. (64,7%).

Доля умерших в стационаре составила 24,6%, снижение на 22,6% по сравнению с 2021г. (31,8%) и на 13,9% с 2022 г. (28,6%).

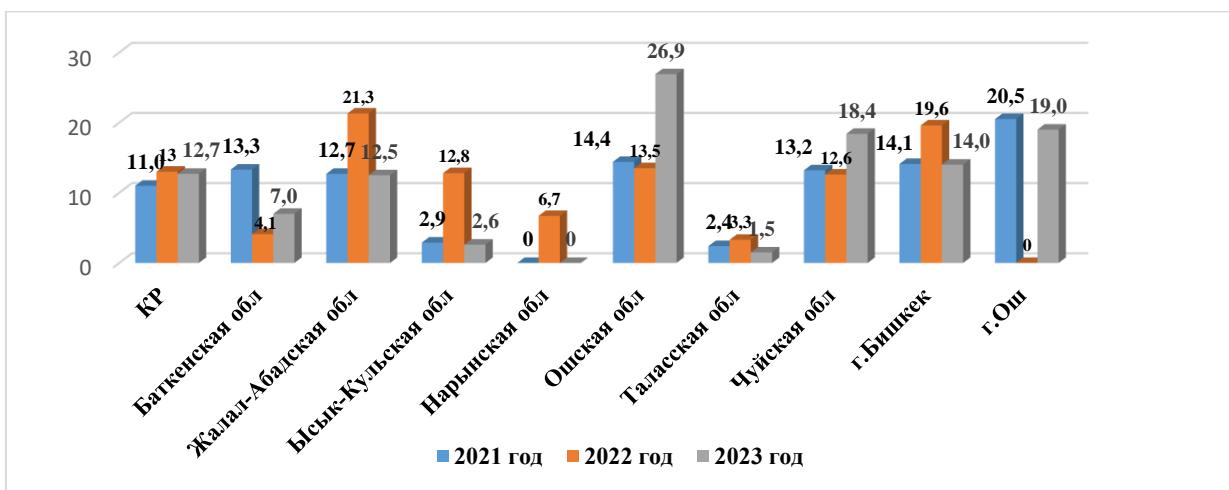


Рис. 5. Доля досуточной летальности детей первого года жизни в регионах КР.

Доля досуточной летальности в КР в 2023г. составила 12,7% рост на 15,4% (2021г.-11,0%), снижение на 2,3% по сравнению с 2022 г. (13,0%). Рост на 86,8% в Ошской и на 39,3% в Чуйской областях по сравнению с 2021 г.

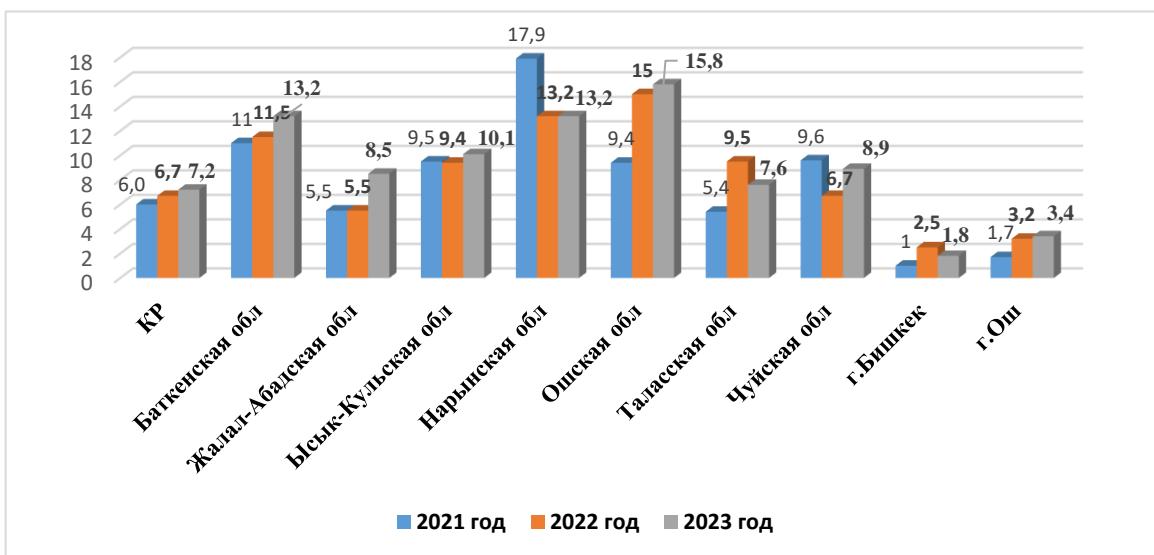


Рис. 6. Доля умерших на дому детей первого года жизни в регионах КР.

Выросла доля умерших на дому во всех областях, кроме Нарынской снижение на 26,2% (2021г.-17,9%) и Чуйской области на 7,2% (2021г.-9,6%).

К сожалению, довольно высокими остаются показатели смерти детей на дому, которые в течение последних 3 лет не имеют тенденцию к снижению по причине позднего обращения родителями или позднего направления, вследствие чего оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе и в стационаре становится неэффективным. Основная причина смертности детей до года жизни на дому – это синдром внезапной смерти, несчастные случаи, тяжесть заболевания, когда родители не обращались к медикам.

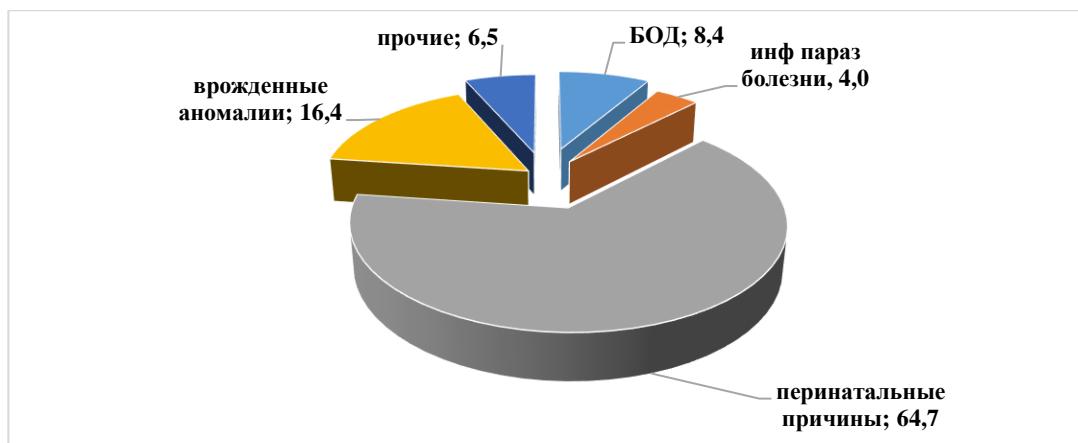


Рис. 8. Структура причин младенческой смертности, КР, 2023 год.

В структуре причин младенческой смертности в целом по республике первое место занимают заболевания и состояния, возникающие в перинатальном периоде, на втором месте врожденные аномалии и на третьем месте болезни органов дыхания.

Основными факторами рождения детей с врожденными пороками развития остаются соматические заболевания матери, отсутствие знаний по планированию беременности,

различные урогенитальные инфекции, вредные привычки, психоэмоциональные перегрузки женщин.

Система здравоохранения проводит большую работу по профилактике врожденных пороков развития, информационно-образовательные программы по планированию семьи и здорового образа жизни, антенатальные скрининги I и II триместра (11-13, 20-21 неделе) для выявления и прерывания беременности с грубыми пороками развития, программы по питанию беременных, обогащение муки железом и фолиевой кислотой.

Факторы риска смерти детей от болезней органов дыхания в этом возрасте связаны с общим состоянием питания детей, высокой распространенностью микронутриентной недостаточности среди детей (43%), тенденцией к росту числа детей с низкой массой тела при рождении, их переохлаждением и неудовлетворительными бытовыми условиями. Немаловажную роль при этом играет и низкая информированность родителей об опасных признаках болезней у ребенка и своевременное обращение к медицинскому работнику.

Вывод

Таким образом, проведенный анализ позволил заключить, смертность детей в возрасте до 5 лет в сельской местности в 1,6 раза выше, чем в городах, количество предотвратимых смертей среди детей сконцентрировано больше среди уязвимых групп населения, проживающих в отдаленных районах. Более 80% этих смертей происходит в течение первого года жизни, в основном от предотвратимых причин - инфекций (диареи и пневмонии), а также осложнений в перинатальном периоде. Большинство факторов, влияющих на младенческую смертность, являются управляемыми и воздействие на них будет способствовать снижению показателя. К ним относятся: своевременное и качественное антенатальное наблюдение за беременной; своевременность, полнота и адекватность оказания лабораторно-диагностической и лечебно-консультативной помощи с учетом клинико-биологических и медико-социальных характеристик женщин и детей; своевременное перенаправление детей сельской местности; обучение матерей опасным признакам болезни у детей; подготовка неонатологов и семейных врачей; повышение медицинской культуры матерей и населения в целом.

Список литературы:

1. Отчет по педиатрической службе Кыргызской Республики за 2023 год, НЦОМиД.
2. Здоровье населения и деятельность ОЗ Кыргызской Республике в 2022 году.
3. Ситуация с положением детей в Кыргызстане. Итоговый отчет, - Б.: 2022 – 66 с.

УДК 658.511+364.69+364-787.9

МЕСТО И РОЛЬ НЦОМИД В ДЕЛЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

Узакбаев К. А.³

Салымбеков Университет, Бишкек, Кыргызская Республика³

Резюме: В статье представлены основные этапы деятельности НЦОМиД со дня его основания. Анализ роли НЦОМиД в службе охраны материнства и детства освещен в аспекте основных показателей здравоохранения: родовспоможения и педиатрии, кадровых вопросов и организационно-методической деятельности.

Ключевые слова: охрана материнства и детства, родовспоможение, материнская и детская заболеваемость и смертность.

КЫРГЫЗСТАН КАЛКЫНЫН САЛАМАТТЫГЫН КОРГОО ИШИНДЕ ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНУН ОРДУ ЖАНА РОЛУ

К.А. Узакбаев³

Салымбеков Университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы.³

Корутунду: Макалада Эне жана баланы коргоо улуттук борбордун негизделген күнүнөн баштап ишмердүүлүгүнүн негизги этаптары көрсөтүлдү. Эне жана баланы коргоо кызматында Эне жана баланы коргоо улуттук борбордун ролун талдоо саламаттык сактоонун негизги көрсөткүчтөрүнүн аспекттеринде чагылдырылды: төрөткө жардам берүү жана педиатрия, кадр маселелери жана уюштуруу-методикалык ишмердүүлүк.

Негизги сөздөр: эне жана баланы коргоо, төрөткө жардам берүү, эне жана бала ооруулулугу жана олумдүүлүгү.

PLACE AND ROLE OF THE NATIONAL CENTER OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD IN THE HEALTH OF THE POPULATION OF KYRGYZSTAN

К.А. Uzakbaev³

Salymbekov University, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: the article presents the main stages NCMGHC activities since its inception. Analysis of the role NCMCHC in the service of protection of motherhood and childhood covered in the aspect of basic health indicators: obstetrics and pediatrics, personnel, organizational and methodological activities.

Key words: maternal and child health, obstetrics, maternal and infant morbidity and mortality.

Введение. В послевоенный период Советское правительство начало повсеместно уделять особое внимание развитию стратегических направлений в жизни страны, в этом отношении здоровье населения было приоритетным направлением и конечно же одной из главных задач было улучшение службы охраны здоровья матери и ребенка. Показатели материнской (80,4) и младенческой (45,4) смертности держались на высоких цифрах. Для решения данной проблемы в масштабе страны необходимо было принять стратегические шаги и с целью повсеместно улучшить качество оказания медицинской помощи матери и ребёнку, развивать науку, подготовку и переподготовку кадров, разработки стратегий для развития службы. В августе 1961 года в соответствии со Специальным Постановлением ЦК Компартии и Совета Министров Киргизской ССР «О создании материально- технической базы больнично-поликлинических учреждений, родильных домов и детских больниц» (N 257-5/2-Б от 13.04. 1960г) был открыт научно исследовательский институт охраны материнства и детства на базе существующей Республиканской детской больницы на 150 коек. В 1974 году институт был переименован в Киргизский научно- исследовательский институт акушерства и педиатрии (Постановление Совета Министров республики N 559 от 25.12. 1974г). В апреле 2004 года в рамках реструктуризации стационарных учреждений здравоохранения был создан

Национальный центр педиатрии и детской хирургии, объединением потенциала двух крупных медицинских учреждений республики- НИИ АиП и РДКБ. Основные цели создания Центра – повышение эффективности работы, объединение усилий научного и практического потенциала двух учреждений в деле охраны здоровья детей. Акушерский отдел был передан в состав Национального госпиталя. Нынешний статус Национального центра охраны материнства и детства создан на основе Указа Президента КР от 30 августа 2007 года УП 390., Постановления Правительства Кыргызской Республики № 501 от 23 октября 2007 года и последующим приказом Министерства здравоохранения КР №378 от 31 октября 2007 года, при этом служба акушерства и гинекологии вновь была введена в состав единого центра.

Руководители:

Первым директором НИИ в 1961 году был назначен выдающийся организатор и ученый, д.м.н., профессор Ильин Анатолий Александрович, в то время он работал в должности заместителя министра здравоохранения Киргизской ССР, курировал вопросы материнства и детства.

Он работал директором до 1993 года, более 30 лет.

Вторым директором НИИ акушерства и детства был назначен известный педиатр, д.м.н., профессор., академик НАН КР Кудаяров Дуйше Кудаярович, который проработал в этой должности с 1993 по 2004гг.

Третим директором был д. м. н., профессор., заслуженный врач КР Узакбаев К.А. Он со дня начала строительства крупного лечебного учреждения- Республиканской детской клинической больницы с 1990-года был главным врачом, после объединения НИИ АиП и РДКБ и создания Национального центра педиатрии и детской хирургии (2004г) и после переобразования его в Национальный центр охраны материнства и детства (2007г) на должность директора коллективом неоднократно он избирался на пост директора и работал до 2020 года.

С 2020 по август 2023 года директорами были д.м.н Маймерова Г. Ш. и к.м.н. Ибраимов А. С.

С октября месяца 2023 года и по настоящее время директором работает д. м. н., профессор Сулайманов Ш. А.

С первых дней организации НИИ и по сегодняшний день НЦОМиД при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики является головным научно-лечебно-учебно-методическим учреждением Кыргызской Республики в области педиатрии, детской хирургии и акушерства-гинекологии.

Первые годы под руководством профессора Ильина А. А. были определены основные научные направления института, достигнуты первые научные достижения, усовершенствована структура научных и клинических подразделений, начато укрепление материально-технической базы.

Главные направления деятельности - научная, организационно-методическая и лечебная работа были взаимосвязаны и служили одной цели – снижению материнской и детской заболеваемости и смертности в Республике.

Основные задачи научно-исследовательского центра:

1. Совершенствование нормативно-правовой базы по вопросам охраны здоровья, развития и защиты прав детей, подростков и женщин.

2. Научно-исследовательская работа НИИ является инициатором и координатором научных разработок по акушерству-гинекологии, педиатрии и детской хирургии в Республике. Именно решение научных проблем следует считать важнейшим разделом многогранной работы центра по охране здоровья матери и ребёнка.

• В основу планирования всех НИР был заложен сбор информации по созданию банка данных по эпидемиологии, региональным особенностям клинического течения, экологической обусловленности различных патологических состояний женского и детского организма. Создание банка данных позволяло провести научный анализ здоровья женщин и детей, выявить наиболее актуальные проблемы, разработать научно-обоснованные

рекомендации для врачей.

• Особую значимость и в настоящее время имеют научные исследования в области экологической медицины материнства и детства. В планы Центра следует включать исследования по изучению конкретного влияния на состояние женского и детского организма ряда неблагоприятных факторов внешней среды, глобального изменения климата, изучение особенности течения и лечения климатоассоциированных патологических состояний, влияние факторов высокогорье на здоровье детей и беременных женщин, а также изучение осложнений и постковидных состояний у детей и женщин.

• Несомненно актуальными являются проблемы социальной медицины, включающие выявление особенностей влияния социальной среды общества в целом и семьи в частности на состояние здоровья и качество жизни женского и детского населения.

• Особое внимание следует уделять не только продолжению, но и коренной перестройке работы по внедрению результатов научных разработок в практическое здравоохранение, их широкой апробации и последующему анализу эффективности.

3. Клиническая деятельность

• Прикладная значимость большинства научных исследований Центра, их направленность на нужды практического здравоохранения предполагают необходимость постоянного совершенствования работы клинических подразделений, расширения сферы специализированной, нанотехнологической медицинской помощи женщинам и детям, внедрение высокотехнологичных, малоинвазивных методов консервативного и хирургического лечения различных заболеваний.

• Важнейшим аспектом обеспечения женщин и детей качественным медицинским обслуживанием являются: продолжение работы по разработке и внедрению клинических протоколов и стандартов по диагностике и терапии различных заболеваний.

• Осуществление предполагаемых мероприятий возможно при наличии соответствующего высококвалифицированного кадрового потенциала и в этом плане предстоит направить усилия на сохранение имеющихся трудовых ресурсов и постоянное обучение медицинских работников у нас и зарубежом.

4. Расширение системы внебюджетного финансирования

• Претворение в жизнь перспективных научных исследований, полноценное функционирование клинико-лабораторной базы Центра требуют значительных финансовых затрат, в связи с чем предполагается организация отдела маркетинга, в задачи которого будут включены вопросы повышения эффективности использования имеющихся ресурсов и средств, привлечения внебюджетных инвестиций и грантов, расширения внешних связей, кооперирования с различными республиканскими и международными организациями.

5. Служба информации: как известно, информация является основой всего научно-прикладного исследования и от её уровня во многом зависят многие показатели любого учреждения. В этом плане весьма перспективными следует считать расширение системы информации, включающей различные её уровни:

- усиление службы информационных ресурсов сети Интернет,
- перевод на цифровую основу всех служб Центра,
- полноценная компьютеризация всех научных и клинических подразделений,
- организация расширенной электронной связи и дистанционного консультирования с учреждениями здравоохранения Республики и зарубежными центрами.

Медико-социальные факторы, экономическая ситуация определяют здоровье детей и женщин, и вместе с тем, здоровье детского населения является важнейшим индикатором экономического развития и социальной стабильности общества. Прослеживается четкая связь преобразований в социально-экономической сфере и системе здравоохранения в Кыргызстане. С первых лет организации НИИ охраны материнства и детства главные направления деятельности - научная, организационно-методическая и лечебная были взаимосвязаны и служили одной цели – снижению материнской и детской заболеваемости и смертности в Республике. Изучались уровни, причины и структура материнской, младенческой и детской

смертности. Полученные данные легли в основу разработки многих программ, приказов и планов по улучшению состояния медицинской помощи детям и женщинам. Реализация этих мероприятий привела к ощутимым положительным результатам.

На начальном этапе существования НИИ в Республике осуществлялось укрупнение имеющихся больнично-поликлинических учреждений, родильных домов, детских больниц, строительство новых корпусов, постепенно упразднялись маломощные городские и сельские больницы и родильные дома. В службе родовспоможении были меры направлены на обеспечение потребности населения в родильных койках, максимальное взятие беременных на диспансерный учет, приближение стационарного родовспоможения к полному охвату врачебной помощью.

Для разработки более совершенных методов организации службы родовспоможения в НИИ охраны материнства и детства выполнялись научные исследования, результаты которых нашли широкое применение в практическом здравоохранении.

Одним из важных этапов улучшения системы родовспоможения в Республике в начале 80-х гг. было внедрение новой формы организации специализированной помощи женщинам «Акушерско-терапевтическо-педиатрическо-стоматологические комплексы» (АТПСК), рекомендованные Ивановским НИИ охраны материнства и детства.

Инициатором внедрения этой системы обслуживания женщин был КНИИ акушерства и педиатрии во главе с проф. Н.Е. Черновой. На высоком уровне была проведена организация внедрения этой формы в г. Пржевальске (главный врач родильного дома Ж.Б. Богучаева), в Токмакской городской больнице (главный врач Н.К. Касиев), в Ошской области в гг. Ош, Майлу-Суу, в Нарыне.

Внедрена новая организационная форма «Выездные женские консультации» (1967-1969 д.м.н.. профессор Н.Е.Чернова); основы организации акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов (АТПК) (1967-1970 д.м.н., профессор Чернова Н.Е.); методы профилактики акушерских кровотечений в условиях женской консультации и стационара (1972- д.м.н., профессор Н.Е.Чернова, И.В.Борзых, В.Н.Ким); система индивидуального последовательного прогнозирования и предупреждения угрозы невынашивания, акушерской и перинатальной патологии (1970-1980, д.м.н, профессор Л.Д.Рыбалкина, М.А.Шаповал, Л.Я.Тарасенко).

За короткий период к 1966 годам проблема стационарного родовспоможения была почти разрешена. В целом по Республике удельный вес стационарных родов составил 93,7% (в СССР – 91,1%), в городах он был доведен почти до полного охвата – 99,7%, в сельской местности – до 86,5%. Роды, проведенные в колхозных родильных домах Республики, составляли 24,5% (13,8% к общему числу стационарных родов). К концу 1967 года в родовспомогательных учреждениях было развернуто 3312 родильных коек.

Показатель раннего взятия беременных на учет женской консультацией был доведен до 58,2% при среднесоюзном – 61,8%. В результате улучшения диспансерного наблюдения за беременными, расширения стационарного родовспоможения материнская смертность снизилась с 88% в 1960 году до 78% в 1966 году.

В последующие годы продолжал увеличиваться потенциал коечного фонда для обеспечения стационарной помощи беременным женщинам. К концу 1971 года были сданы в эксплуатацию родильные дома в г. Ош на 120 коек, в г. Талас – на 60 коек, родильный дом №2 в г. Фрунзе был увеличен до 450 коек, был введен в эксплуатацию корпус для родильного отделения в Тюпской центральной районной больнице, улучшена материальная база женской консультации в г. Джалаал-Абаде, в г. Оше развернуто 3 женских консультации, 29 родильных отделений в центральных районных больницах. На базе института были созданы Центр пренатальной диагностики плода, консультация «Брак и семья», консультативная детская поликлиника.

Число родильных коек к 1978 г. по сравнению с 1950 годом увеличилось почти в 4 раза, врачей-акушеров-гинекологов стало больше в 4,3 раза, а акушерок – в 10 раз, материнская смертность за тот же период снизилась в 3,3 раза.

В 1981 году НИИ был переименован в КНИИАиП. Одно из важнейших научно – практических подразделений института, оказывающее специализированную помощь по проблемам репродуктивного здоровья женщинам-«Брак и семья» была расширена.

Наряду с укреплением материально-технической базы учреждений родовспоможения, принимались меры по подготовке квалифицированных акушерских кадров.

В 1962 году по предложению НИИ охраны материнства и детства был издан приказ Министра здравоохранения Киргизской ССР «О контроле за детской смертностью», сыгравший важную роль в снижении детской смертности в Республике. В соответствии с этим приказом во всех городских и районных больницах были созданы комиссии по контролю за детской смертностью.

В то время в структуре младенческой смертности доминировали болезни органов дыхания. Полученные данные легли в основу разработки многих программ, приказов и планов по улучшению состояния медицинской помощи детям. Реализация этих мероприятий привела к ощутимым положительным результатам.

Ввиду отставания детского коекного фонда в 1960-65 годы в Республике стала значительно увеличиваться сеть детских лечебно-профилактических учреждений.

В результате проведенных мер к 1965 году количество коек для лечения детей по сравнению с 1959 годом увеличилось в 2 раза и составило 5030 коек, а к 1970 г.- 9638. Обеспеченность детскими койками была равна 13,0 (в СССР-10,0) на 10000 населения. К 1983 году всего по Республике было развернуто 11625 детских коек. Обеспеченность детскими койками составляла уже 30,5 на 10000 населения. Для решения проблемы выхаживания недоношенных детей в 1964 году было открыто первое отделение для недоношенных детей на 20 коек в родильном доме № 2 г. Фрунзе, в 1965 году – отделение для недоношенных на базе детской больницы №3 на 35 коек. В те же годы были созданы палаты для недоношенных детей в областных и городских родильных домах. Стали создаваться крупные и благоустроенные отделения на 60-75 коек, которые оснащались необходимым оборудованием и аппаратурой того времени.

Предпринимались меры по улучшению обеспечения детских больниц мебелью, инвентарем, современной медицинской аппаратурой и оборудованием. Улучшение системы организации медицинского обслуживания детей способствовало улучшению ряда качественных индикаторов, характеризующих состояние педиатрической службы. Продолжали улучшаться качественные показатели работы педиатрических участков. Ранний охват дородовым патронажем достиг 90%, патронаж новорожденного врачом после выписки из роддома составлял 90,7%, а медицинской сестрой – 96,5%, в сельской местности – 89,4 и 95,3% соответственно. Профилактическими осмотрами было охвачено 95,7%, против 91,6% - в 1976 году.

Началом становления специализированной стационарной хирургической помощи детям следует считать открытие в 1961 году в НИИ охраны материнства и детства хирургического отделения на 40 коек. В 1964 году это отделение было расширено до 110 коек на базе № 3 городской клинической больницы. У самых истоков хирургии детского возраста стоял проф. В.С. Кононов, основоположник детской хирургической помощи в Республике.

В 1963 году на базе родильного дома № 2 г. Фрунзе организована лаборатория детского и лечебного питания, которая потом переведена на базу НИИ охраны материнства и детства. Основателем и первым руководителем лаборатории с 1963 по 1976 год был доктор биологических наук, профессор Павел Васильевич Федотов. В лаборатории проводились исследования по изучению аминокислот, качественного состава грудного молока и азотистого обмена у детей. Отдел детского и лечебного питания занимается актуальными вопросами в области политики питания, науки, образования и производства, который за короткий период стал ведущим в нашем регионе, под потронажом этого отдела созданы другие отделения в регионах нашей страны. Сотрудники отдела питания способствовали открытию и функционированию 3 цехов детского питания при молочных заводах и 164 детских молочных кухонь в Республике. Следует отметить, что особым достижением является создание и

разработка уникального детского кисломолочного продукта – биолакта, который получил Всесоюзное признание. За период с 1963 г. в институте создано 20 видов продуктов детского и диетического питания, разработаны биологически активные пищевые добавки для коррекции нарушенного биоценоза кишечника.

В первые годы существования НИИ охраны материнства и детства выполнен цикл исследований по возрастной физиологии детского организма в различных климатогеографических зонах Республики (1960-1970 д.м.н., профессор Д.А.Алымкулов, А.Б.Фуртикова, А.П.Попова, Р.К.Сабирова, В.А.Ильин); медико-социальному обслуживанию детей в сельских школьных учреждениях (1977), А.А.Ильин, Н.Б.Дядюченко, Л.М.Живоглядова), разработанные методики экспонировались на ВДНХ СССР и удостоены серебряной медали.

В 1980 году в Республике функционировало 6 специализированных дошкольных учреждений на 841 место, в том числе для детей с нарушениями слуха и речи; с поражением центральной нервной системы, для слабовидящих.

В начале 80-х годов по инициативе профессоров НИИ акушерства и педиатрии Г.А.Комарова, А.А. Ильина и сотрудников Института в высокогорном регионе Нарынской области на базе соляной шахты «Чон-Туз» была введена в строй республиканская больница для детей, страдающих бронхиальной астмой, сейчас она передана в частные руки и наши неоднократные попытки вернуть ее в состав центра не увенчались успехом.

В 1982 г. в Республике было 19 детских санаториев на 2790 мест: для детей, перенесших туберкулез, заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, с поражением нервной системы, для детей, перенесших желудочно-кишечные заболевания.

Показатель младенческой смертности за этот период с 1970 по 1991 годы существенно снизился. В целом к 1990 году в республике специализированная помощь детям оказывалась по 18 специальностям. Развитие специализированной помощи детям в Республике шло параллельно с подготовкой квалифицированных специалистов по различным профилям.

За годы суверенизации Кыргызской Республики произошли глубокие социально-экономические, в том числе медицинские преобразования (1991 – 1996 гг.). В этот период в республике функционировала система с бюджетным финансированием в сочетании с новым хозяйственным механизмом.

Установилась устойчивая тенденция к снижению материнской смертности (динамика снижения составила –17 %); и младенческой смертности (динамика снижения – 25,5 %) (рис.1,2,3).

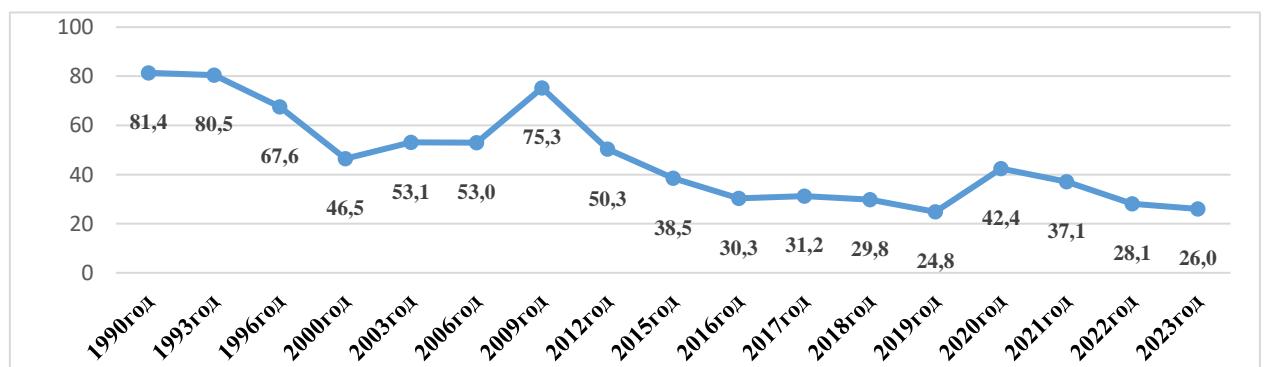


Рисунок1. Показатель материнской смертности КР, 1990-2023гг.



Рисунок 2. Показатель младенческой и детской смертности в КР, 1990-2023гг.

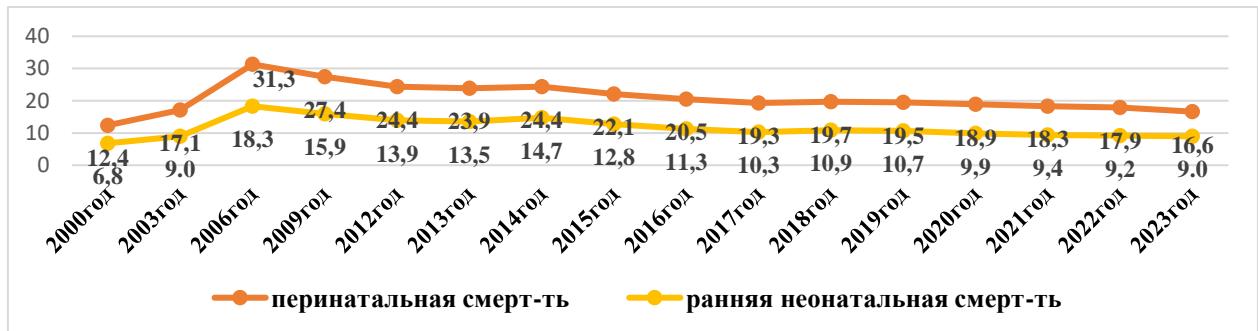


Рисунок 3. Динамика перинатальной и ранней неонатальной смертности в КР, 2000-2023гг.

1997 – 2004гг - переходный период к рыночной экономике, период реформы здравоохранения по программе «Манас» с бюджетно-страховой медициной, появляется частная медицина, создание единого врачебного участка ГСВ, тотальная ликвидация ФАПов и участковых больниц в отдаленных регионах республики, сокращение детских стационарных коек, детских поликлиник и женских консультаций. Преобразования в здравоохранении осуществлялись в том числе и за счет разрушения существующей педиатрической и женской служб.

Несмотря на стабильность рождаемости в республике, показатели младенческой и материнской смертности за эти годы значительно выросли. В 2004 году Кыргызстан перешел на регистрацию показателя младенческой смертности по критериям живорождения ВОЗ, когда живорожденными считаются новорождённые весом от 500,0 гр. и при сроке беременности с 22 недель.

В эти годы резко снизилась обеспеченность населения врачами-педиатрами (- 66,5%). Если в 1997 году в стране было 2529 педиатров, то к 2004 году число педиатров сокращено до 789. Неоправданно была сокращена подготовка педиатров в ВУЗах страны, а в последующем вовсе закрытием педиатрического факультета. После неоднократных наших обращений вновь открыли педиатрический факультет, но всего на 40 мест, сейчас ежегодно принимаются 150 студентов, это тоже недостаточно, так как 50-60% работающих педиатров в стране находятся в пенсионном возрасте.

В 1991-1995 годах в Республике было открыто лишь несколько учреждений здравоохранения, строительство которых начиналось в 80-90е годы. Среди таких учреждений следует отметить открытие родильного дома НИИ акушерства и педиатрии и Республиканской детской клинической больницы в микрорайоне Джал.

С начала работы родильный дом включал 7 отделений: акушерское, гинекологическое, отделение патологии беременных и реанимацию, отделение новорожденных и недоношенных детей, родильное отделение с приемным блоком и консультация «Брак и семья» с общей мощностью на 100 коек. Первым главным врачом родильного дома была Г. И. Токтогулова-врач высшей категории, заслуженный врач КР, которая вступила на эту должность еще на стадии строительства и внесла огромный вклад в завершение строительства в 1996г.

С начала строительства с 1990г. до 2004 г. РДКБ на 300 коек работала в

самостоятельном режиме. За этот период, благодаря усилиям главного врача К.А.Узакбаева, была сформирована мощная многопрофильная клиническая база, сложилась основная структура клинических подразделений, сформирован штат высококвалифицированных специалистов, расширен и достигнут максимальной мощности коечный фонд, внедрен комплекс современных высокотехнологичных специализированных служб в педиатрии и детской хирургии. В 1995 году получили первый крупный грант в виде медицинской аппаратуры на сумму 4,3 млн. долларов США из Японии. В рамках помощи получили первый уникальный диагностический аппарат МРТ в Центральной Азии. Она бесперебойно проработала до 2021 года и помогла врачам спасти тысячи пациентов. РДКБ очень быстро стала одним из ведущих учреждений третичного уровня для детей в Республике. Открыты были новые отделения, которых ранее не было в Республике: отделение гастроэнтерологии (зав. отд. д.м.н., профессор Алымбаев Э. Ш.), эндокринологии (зав. отд., врач высшей категории, заслуженный врач КР Кушубекова Н.Н.), отделение хирургии врождённых пороков (зав. отд. к.м.н., доцент Ибрагимов Ш.А.), отделение детской нейрохирургии (зав. отд. к.м.н., доцент Оморов Т. М), отделение анестезиологии и реанимации (зав. отд. к.м.н., доцент Ахмедова Х.Р.), отделение эндоскопии (зав. отд. врач высшей категории Осмонов А. К), отделение детского гемодиализа (зав. отд. врач высшей категории Тургумбаев Н.), отделение лучевой диагностики с кабинетом МРТ(зав. отд. врач высшей категории, заслуженный врач КР Коломиец А.И.), отделение недоношенных (зав. отд. к.м.н., доцент., заслуженный врач С.Т. Абдувалива), отделение челюстно-лицевой хирургии было переведено из состава Национального госпиталя (зав. отд. врач высшей категории, заслуженный врач КР Бектембаева Б.И.), были открыты отделения -урологии, Лор, офтальмологии, медицинской реабилитации, КДО, отделение хирургической инфекции, неврологии, отделение реабилитации с поражением ЦНС, отделение клинико- биохимических исследований и другие параклинические службы.

В апреле 2004 года в рамках реструктуризации стационарных учреждений здравоохранения был создан Национальный центр педиатрии и детской хирургии, при этом был объединен научный и кадровый потенциал двух крупнейших медицинских подразделений Республики – КНИИАиП и РДКБ, составив республиканскую клинику из 19 отделений, в целом на 479 коек.

Со дня основания Национального центра педиатрии и детской хирургии (2004 г.) и преобразования его в Национальный центр охраны материнства и детства (2006 г.) директором избран д.м.н., профессор, заслуженный врач КР К.А. Узакбаев. Под руководством К.А. Узакбаева заложено начало большого объема организационно-методической, консультативной и практической помощи во всех регионах Кыргызстана, кураторская работа ведущих сотрудников центра регионам. В городе Ош совместными усилиями (здесь имеется заслуга к.м.н., заслуженного врача КР Шайназарова Т.Ш.) и при поддержке руководителя администрации президента КР Сыдыкова У. С был вновь восстановлен статус Межобластной Ошской детской клинической больницы в 2006 году.

За последние годы выросла хирургическая активность специалистов Центра, активно внедряются в практику лапароскопические и другие современные технологии оперативного лечения.

Последний статус НЦОМиД утвержден Постановлением Правительства №501 от 23.10.2007 г. и последующим приказом МЗ КР №378 от 31.10. 2007 г.

С самого начала организации НЦОМиД на него возложены функции головного учреждения третичного уровня по проблемам охраны материнства и детства в Республике. За прошедшие годы Центр превратился в одно из крупных научно-исследовательских, организационно-методических и лечебно-консультативных учреждений Республики, получившее признание в своё время в бывшем СССР, а сегодня – в большинстве стран СНГ и дальнего зарубежья, с которыми поддерживает тесные творческие связи.

С момента создания НЦОМиД и объединения с родильным домом, клиническая мощность Центра возросла до 579 коек и на сегодняшний день это одно из крупных и

многопрофильных учреждений Республики, включающее 21 клиническое подразделение и 8 отделений родильного дома.

Родильный дом является третичным уровнем для Республики, аккумулирует все осложненные беременности и роды, а также женщин с серьезной гинекологической патологией. Ежегодно в родильном доме принимается более 4600 родов, более 80% беременных – сельские жительницы, число гинекологических больных составляет более 1300, до 50% из них также жители села.

На сегодня КРД НЦОМиД включает 8 отделений на 130 коек: патологии беременных, родильное отделение с приемным блоком, послеродовое, отделение новорожденных, реанимации и интенсивной терапии (для новорожденных), оперативной гинекологии и эндоскопии, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии для женщин и консультацию «Брак и семья».

В КРД НЦОМиД с 2010 г. совместно с проф. Капрановым А.В., внедрен лапароскопический метод эмболизации маточных артерий при миомах матки.

С начала совместной работы проведено около 350 процедур ЭМА, эффективность которых высокая. В роддоме внедрены малоинвазивные операции – лапароскопия и гистероскопия. Клинический родильный дом НЦОМиД является пилотом по внедрению Перинатальной программы и строительству первого перинатального центра в стране было начато в 2014 году на базе НЦОМиД и сдано в эксплуатацию в январе 2024 года, на грантовые средства Германского правительства.

В последние годы в НЦОМиД идет динамичный рост количества пролеченных больных, что связано с перенаправлением из регионов детей и беременных с тяжелой патологией.

Как флагман в сфере охраны материнства и детства НЦОМиД проводит международные конгрессы и конференции для врачей Республики

С 2015 г. в НЦОМиД работает проект «Телемедицина» при поддержке правительства Индии и сотрудничества с фондом “Ага Хан”. Кабинет оснащен аппаратурой для проведения телеконсультаций, установлена связь электронного здравоохранения НЦОМиД с ведущими клиниками Индии, Пакистана, а также с региональными лечебными учреждениями городов Ош, Каракол, Талас.

Программы и проекты, внедряемые в Кыргызстане

- Программа по перинатальной помощи на 2012-2015гг.
- Государственная программа по продовольственной безопасности и питанию на 2015-2017 гг
- Программа «Иммунопрофилактика на 2013-2017гг.»
- Программа улучшения качества стационарной помощи при наиболее распространенных заболеваниях у детей в условиях ограниченных ресурсов
- Программа интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ)
- Проект Финансирование здравоохранения, основанное на результатах (ФОР)
- В рамках реализации программ «Услуги, дружественные к молодежи», «Профилактика ВИЧ/СПИД»
- Национальная программа реформирования системы здравоохранения «Ден соолук» 2012-2016гг
- Программа профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы
- Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье-2020»)

Внедрены национальные программы неонатального скрининга для профилактики врожденных заболеваний, аудиологический скрининг, профилактика врожденной слепоты-ретинопатия, программа раннего вмешательства при поражениях ЦНС и другие.

Объединение усилий творческого, кадрового и материально-технического потенциала трех крупных республиканских учреждений (НИИ АиП, РДКБ, КРД) отразилось на качестве

оказания медицинской помощи женщинам и детям. Отмечается отчетливая тенденция к снижению показателей материнской, младенческой и детской смертности.

С 1981 г. в НЦОМиД функционирует Диссертационный совет, в котором защищено 265 диссертаций, в том числе 37 докторских.

С 2009 года в НЦОМиД издается рецензируемый научно-практический журнал «Здоровье матери и ребенка», редакция которого состоит из ведущих ученых Кыргызстана и стран СНГ. Журнал входит в список изданий, рекомендованных ВАК КР.

В последнее годы в соответствии с планами МОиН в НЦОМиД выполнены крупные научные темы-комплекс по трем направлениям:

по акушерству и гинекологии

- «Роль антропогенной нагрузки в формировании патологии репродуктивной системы» под руководством д.м.н., профессора Рыбалкиной Л.Д. В результате проекта определена антропогенная нагрузка при нарушениях репродуктивной функции у девочек и семейных пар, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, разработаны мероприятия их прогнозирования и профилактики.

- «Новые технологии в изучении и оценке материнской заболеваемости и смертности в КР» под руководством д.м.н., с.н.с. Рыскельдиевой В.Т. В результате проекта разработаны меры профилактики и прогнозирования послеродовых гнойно-септических осложнений, критерии диагностики и эффективности лечения ГСО, разработана система прогнозирования и снижения перинатальных потерь у беременных с преэклампсией тяжелой степени.

по педиатрии

- «Мониторинг и пути повышения эффективности диагностики, профилактики и лечения социально значимых болезней детского возраста в современных условиях» под руководством д.м.н., проф. Саатовой Г.М. В результате проекта разработаны мероприятия по снижению заболеваемости, смертности и инвалидизации от болезней детского возраста, разработана Национальная стратегия профилактики социально значимых заболеваний у детей в КР.

- «Медицинские и социальные аспекты укрепления здоровья детей школьного возраста и детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах КР» под руководством д.м.н., проф. Мамырбаевой Т.Т. Научно обоснована и разработана программа профилактики и медицинского контроля физического развития школьников и здоровья детей, проживающих в экологически гетерогенных регионах Кыргызстана.

по детской хирургии

- «Врожденная и приобретенная хирургическая патология органов и систем детского возраста» под руководством д.м.н., профессора Узакбаева К.А. Результатом проекта явилась разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию методов консервативного и хирургического лечения врожденной и приобретенной хирургической патологии у детей.

- «Комбинированные пороки развития у детей: клинико-эпидемиологические особенности, оптимизация консервативного и хирургического методов лечения и реабилитации и прогнозирование исходов» под руководством д.м.н., профессора Узакбаев К.А. Разработаны алгоритмы ранней диагностики, хирургического лечения и программы реабилитации больных с различными врожденными пороками развития.

С 2016г. в НЦОМиД выполняются научные проекты:

- «Перинатальная помощь женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике: проблемы и пути их решения». Научный руководитель проекта к.м.н., с.н.с. А.С. Эшалиева.

- «Системный анализ процесса формирования и клинического течения заболеваний у детей в горных условиях». Научный руководитель проекта д.м.н., проф. Г.М. Саатова

- «Врожденная патология различных органов и систем у детей: клинико-этиологические аспекты, совершенствование консервативных и хирургических методов лечения». Научный руководитель проекта д.м.н., проф. К.А Узакбаев. Особое место в

НЦОМиД занимает международное сотрудничество с рядом ведущих НИИ и университетов стран СНГ и дальнего зарубежья. В рамках сотрудничества впервые родственная трансплантация почки в Кыргызстане была проведена в НЦОМиД совместно с Белорусскими коллегами под руководством профессора О. В. Колачик, в июне 2012. С 2012 по февраль 2024 гг. проведена 61 трансплантация почки от родственного донора. Результаты хорошие. С помощью фонда «Zuversicht fur Kinder» (Германия) в 2016 году на базе отделения нейрохирургии был открыт новый операционный блок с полным эндонейрохирургическим оборудованием на сумму более 450 тыс. евро и был проведен мастер-класс ведущими нейрохирургами мира профессора Маджид Самии (Германия), Концессио ди Рокко (Италия), Ойи Шидзуо (Япония). В НЦОМиД совместно с врачами из Германии и Швейцарии под руководством профессора Е.Хаузаман открыто отделение челюстно-лицевой ортодонтии и ортопедии, оснащенное современным оборудованием на сумму более 1млн 870 тыс. евро. С 2003 года по 2016 гг., осмотрено 2821 больных, из них 1036 больных прооперировано. При поддержке международных организаций реализуются совместные проекты, научные исследования, внедряются передовые технологии.

При поддержке «Фонда AWD – помощь детям», Германского общества технического сотрудничества (GTZ), посольства Германии в Кыргызстане, организации «Save the Children» открыта и продолжает работу «Многопрофильная медицинская клиника по лечению детей с врожденными пороками лица» на базе НЦОМиД. На сегодняшний день более 1000 детей получают лечение в этом центре. Операции ведутся как врачами НЦОМиД, так и совместно с хирургами из Германии.

Проводятся пилотные операции в НЦОМиД по трансплантации печени совместно с российскими коллегами д.м.н. Загайновым В.Е. и Бельским В.А. (ФБУЗ Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России), осуществляется активная сотрудничество ЛОР отделения с Всемирным центром слуха и речи «Медикус», г. Варшава (руководитель проф. Хенрих Скаржински, Польша). Совместно с польскими врачами проводятся обследование и консультирование детей с нарушениями слуха. В рамках двухстороннего, долгосрочного сотрудничества между Центрами, составлена совместная программа скрининга детей раннего школьного возраста, вопросы телемедицины, обучение ЛОР-врачей НЦОМиД современной диагностике и оперативным методам лечения детей с проблемами слуха, проведению научно-исследовательской работы. На бесплатной- грантовой основе выполняется кохлеарная имплантация для детей с врожденной глухотой (Катар., профессор Абдусалама), только за последние годы построены 3 новых лечебно-диагностических корпусов с оборудованием на сумму более 1,5 миллиарда сомов с помощью благотворительного фонда «Центр Ас- Сафа» (руководитель шейх Ал Шая, исполнительный директор господин Ибрагим, Кувейт), налажена тесная связь с коллегами из РФ, Южной Кореи, КНР, Индия, Пакистан, Турция и другими странами.

В настоящее время в НЦОМиД, в рамках межправительственных договоренностей между Правительством КР и Правительством Индии, при поддержке Посольства Индии в Кыргызстане, начато внедрение системы электронного здравоохранения. В рамках проекта по электронному здравоохранению при техническом содействии Фонда Ага-Хана в НЦОМиД, в Нарынскую областную объединенную больницу (НООБ) и Нарынский областной центр семейной медицины (НОЦСМ), внедрены: телеконсультация, услуга электронного обучения для улучшения диагностики, лечения больных детей, а также повышения потенциала медицинских работников в регионах.

В рамках реализации грантовой программы между Посольством Японии в Кыргызской Республике и НЦОМиД по проекту «Улучшение медицинского обслуживания» получены гранты в виде медицинского оборудования для отделения реанимации новорожденных.

НЦОМиД подписал Меморандум о сотрудничестве между НЦОМиД и Первым госпиталем при Синьцзянском медицинском университете, направленный на совместные научные работы, стажировки для сотрудников НЦОМиД.

В условиях реформирования здравоохранения и ограниченных ресурсов НЦОМиД

ведет активное сотрудничество с международными организациями: ЮНИСЕФ, ЮНФПА, GTZ по внедрению ведомственных программ «Перинатальная программа», «Улучшение качества стационарной помощи детям в условиях ограниченных ресурсов», по профилактике железодефицита, по грудному вскармливанию (БДОР).

Продолжается большая кураторская работа Центра. Помощь органам здравоохранения на местах осуществляется в виде плановых выездов врачебных бригад и специалистов в отдаленные районы для оказания высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи, разработки клинических протоколов и руководств, стандартов и методических рекомендаций. За огромные достижения НЦОМиД в 2014 году стал Лауреатом престижной премии Правительства КР по качеству в номинации «Здравоохранение».

Несомненно, важным и почетным является достижения педиатрами Республики Цели Тысячелетия по снижению смертности детей до 5 лет на 2/3. За это достижение Центр в 2016 году во время миссии ООН в Кыргызстан, во главе генеральным секретарем господином Пан Ги Муном награжден специальным «Дипломом».

Генеральные направления и стратегии в области медицины материнства и детства

- Совершенствование, разработка и претворение в жизнь пакета мероприятий медико-социальной и законодательной политики Государства в области охраны здоровья женщин и детей;
- Приоритетное и опережающее обеспечение и развитие службы охраны материнства и детства, совершенствование материально-технической базы родовспомогательных и детских учреждений;
- Повсеместное внедрение элементов здорового образа жизни в семьях с использованием всех возможных каналов пропаганды и агитации;
- Обеспечение гарантированной медицинской помощи женщинам и детям на основе финансирования долгосрочных государственных и региональных программ;
- Внедрение информационных технологий и вычислительной техники в ЛПУ для проведения многофакторного анализа состояния здоровья женщин и детей, создание регистров семей высокого риска по наиболее социально-значимым заболеваниям;
- Поднятие престижа и значимости социальной педиатрии для поддержки детей-сирот, детей из семей высокого риска, инвалидов и детей в чрезвычайных ситуациях;
- Совершенствование подростковой медицины.
- Расширение доступа населения к высокотехнологичным методам лечения и реабилитации.

Многогранность медицинской службы по охране материнства и детства, её несомненно высокая значимость требует объединения всех имеющихся ресурсов, глубокого понимания общности целевых установок, ближайших и отдаленных планов. В этом отношении представляется актуальным процесс интеграции между профильными научными и практическими учреждениями. В первую очередь это относится к кафедрам акушерства, гинекологии и педиатрии КГМА и других высших учебных заведений.

Объединение усилий заинтересованных подразделений под эгидой Минздрава является насущной проблемой и непременным условием достижения основных конечных результатов: снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, повышение качества лечения.

Таким образом охрана здоровья детей и женщин относится к одной из важных проблем здравоохранения, государства и общества в целом, составляя фундаментальную основу формирования здоровья населения страны. Значимость данной проблемы для государства неоспорима не только в социальном и медицинском аспектах, но и в аспекте стабильного экономического развития государства, так как решение проблем материнства и детства – залог благоприятного демографического развития, создания необходимого трудового потенциала, сохранения генофонда нации.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ширина Т.В.⁴, Белецкая Л.М.⁵

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России,
Луганск, Российская Федерация⁴

ГУ «ЛРДКБ» ЛНР, Луганск, Российская Федерация⁵

Резюме: определена группа факторов, связанных с соматическим состоянием здоровья женщин, особенностями антенатального и интранатального периодов. Среди антенатальных факторов прогностически значимы: аборты, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период. Среди интранатальных - продолжительность II периода родов, визуальные изменения плаценты. Вывод данного исследования: знание достоверных факторов риска - информационная основа для ранней диагностики бактериальных инфекций неонатального периода у недоношенных детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, перинатальные инфекции, факторы риска.

ЭРТЕ ТӨРӨЛГӨН ҮМҮРКАЙЛАРДА ЭРТЕ БАКТЕРИЯЛЫК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН ӨНҮГҮШҮН БОЛЖОЛДОО.

Т.В. Ширина⁴, Л.М. Белецкая⁵

ФГБОУ "Ыйык Лука атындағы Луганск мамлекеттік медициналық университеті. "Россиянын Саламаттық Сактоо Министрлиги, Луганск, Россия Федерациясы⁴

ЛНРДИН "Луганск Республикалық балдар клиникалық ооруқанасы" мамлекеттік мекемеси, Луганск, Россия Федерациясы⁵

Корутунду: Аялдардын ден-соолугунун сомалық абалы менен байланышкан факторлор тобу, антенаталдық жсана интранаталдық мезгилдердин өзгөчөлүктөрү аныкталды. Антенаталдық факторлордун арасында прогностикалық жасктан маанилүү: бойдан суюктуктун жсана узак убакытка чейин суунун эрте чыгышы. Интранаталдың арасында төрөттөн турган мезгилдин узактыгы, плацентадагы визуалдық өзгөрүүлөр. Ушул изилдооғонун жыйынтыгы - тобокелдиктердин ишенимдүү факторлорун билүү - бул неонаталдық мезгилдин бактериялык инфекцияларынын мөөнөтүнөн мурда үмүркайлардын бактериялык инфекцияларынын маалыматтык негизи.

Негизги сөздөр: эрте төрөлгөн үмүркайлар, перинаталдық инфекциялар, тобокелдик факторлору.

PREDICTING THE DEVELOPMENT OF EARLY BACTERIAL INFECTIONS IN PREMATURE INFANTS

T.V. Shirina⁴, L.M. Beletskaya⁵

Lugansk State Medical University named after Svt. Luka" of the Ministry of Health of Russia, Lugansk, Russian Federation⁴

State Institution "Lugansk Republican Children's Clinical Hospital" LNR, Lugansk, Russian Federation⁵

Resume: a group of factors related to the somatic state of women's health, the peculiarities of the antenatal and intranatal periods was determined. Among the antenatal factors, the following are prognostically significant: abortions, premature discharge of amniotic fluid and a long anhydrous period. Among the intranatal - the duration of the second period of labor, visual changes of the placenta. Conclusions of this research is knowledge of reliable risk factors is an informational basis for early diagnosis of bacterial infections of the neonatal period in premature infants.

Keywords: premature babies, perinatal infections, risk factors.

Введение. Перинатальные инфекции – заболевания плода или новорожденного, возникающие в результате гематогенной (трансплацентарной), амниальной, восходящей или нисходящей инфекции, возникшей в позднем внутриутробном периоде (после 22-й недели гестации) с клиническими проявлениями заболевания в раннем неонатальном периоде. Среди причин летальности недоношенных детей удельный вес инфекций перинатального периода и сепсиса новорожденных составляет 23-25%.

Целью данного исследования стала разработка диагностического алгоритма верификации диагноза перинатальных инфекций для недоношенных детей, а также

определение достоверных анамнестических, клинических и лабораторных факторов риска развития заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 152 недоношенных новорожденных, из них 121 ребенок имел признаки инфекции (основная группа), 31 ребенок без признаков инфекций (группа сопоставления).

Для выявления факторов риска, которые достоверно связаны с развитием ранних инфекций, была определена группа факторов, связанных с соматическим состоянием здоровья женщин (8 кандидатов), особенностями антенатального (12 кандидатов) и интранатального периодов (10 кандидатов), а также медико-демографические и клинические факторы (4 и 16 соответственно), характеризующие состояние новорожденного сразу после рождения и в первые дни жизни.

Из двенадцати кандидатов с антенатальными прогностическими факторами, которые могут быть связаны с развитием ранних инфекций, простой регрессионный логистический анализ достоверно связал только историю абортов женщины (HS 3,33), продолжительность безводного периода (HS 1,02) и преждевременное излитие околоплодных вод (HS 4,37) (табл. 1). В то же время преждевременное излитие околоплодных вод оказывает большее влияние на развитие ранних инфекций, чем абORTы в анамнезе. Такие результаты частично согласуются с литературными данными по материнским факторам риска ранних инфекций у новорожденных, в частности, определено, что фактором риска раннего инфицирования является разрыв амниотических оболочек, длительность безводного периода более 18 ч.

Таблица 1. - Связь между антенатальными факторами и развитием ранних инфекций у недоношенных

Прогностические факторы	Основная группа n=121	Группа составления n=31	ОШ 95% ДІ	p
АбORTы в анамнезе, n (%)	40 (33,1)	4 (12,9)	3,33(1,09-10,17)	0,035
Невынашивание беременности, n (%)	19 (15,7)	3 (9,7)	1,74 (0,48-6,30)	0,4
Мертворождения, n (%)	2 (1,7)	0 (0)	-	0,633
Гестоз, n (%)	22 (18,2)	6 (19,4)	0,93 (0,34-2,53)	0,881
Угроза прерывания беременности, n (%)	56 (46,3)	15 (48,4)	0,92 (0,42-2,02)	0,834
Анемия, n (%)	18 (14,9)	5 (16,1)	0,91 (0,31-2,68)	0,862
ФПН, n (%)	35 (28,9)	13 (41,9)	0,56 (0,25-1,27)	0,167
Многоводие, n (%)	14 (11,6)	1 (3,2)	3,93 (0,50-31,07)	0,195
Маловодие, n (%)	12 (9,92)	4 (12,9)	0,74 (0,22-2,49)	0,630
Кольпит, n (%)	42 (34,71)	8 (25,81)	1,53 (0,63-3,71)	0,349
Длительность безводного периода, час(М)	36,73	10,04	1,02 (0,99-1,06)	0,03
Преждевременное излитие околоплодных вод, n (%)	73 (60,33)	8 (25,81)	4,37 (1,81-10,57)	0,001

Анализируя факторы интранатального риска (табл. 2), мы определили, что продолжительность второго периода родов у матерей детей с ранними бактериальными инфекциями была достоверно больше (HS 0,93), чем у детей без таких инфекций. Достоверно чаще с развитием ранних бактериальных инфекций в группе преждевременных родов связаны визуальные изменения плаценты (HS 7,8). На грани статистической значимости оказалась связь между развитием бактериальной инфекции и рождением ребенка путем кесарева сечения вследствие дистресса плода (HS 0,073) и материнским заболеванием во время родов (HS 2,47).

Таблица 2. - Связь между некоторыми факторами интранатального периода и развитием ранних инфекций у недоношенных детей

Прогностические факторы	Основная группа n=121	Группа сопоставления n=31	ОШ 95% ДИ	p
Паритет родов у матери, M±m	1,7±0,14	1,8±0,09	1,23 (0,76-1,99)	0,30
Длительность I периода родов (минут), M±m	353,1±24,84	345,8±19,19	0,99 (0,99-1,00)	0,37
Длительность II периода родов (минут), M±m	23,9±1,39	31,1±1,83	0,93 (0,86-0,99)	0,037
Отслойка плаценты, n (%)	9 (7,4)	0	-	0,120
Обвитие пуповиной, n (%)	6 (4,9)	0	-	0,248
Кесарево сечение, n (%)	67 (55,4)	13 (41,9)		0,181
Кесарево сечение в связи с рубцом на матке, n (%)	12 (9,9)	3 (9,7)	1,03 (0,27-3,89)	0,968
Кесарево сечение в связи с дистрессом плода, n (%)	40 (33,3)	5 (16,1)	2,57 (0,92-7,19)	0,073
Кесарево сечение в связи с гестозом, n (%)	24 (19,8)	4 (12,9)	1,67 (0,53-5,23)	0,378
Ягодичное предлежание, n (%)	16 (13,2)	3 (9,7)	0,7 (0,19-2,58)	0,596
Многоплодная беременность, n (%)	22 (18,2)	6 (19,3)	0,93 (0,34-2,53)	0,881
Болезнь матери в родах, n (%)	39 (32,3)	5 (16,1)	2,47 (0,88-6,92)	0,085
Визуальные изменения в плаценте, n (%)	25 (20,7)	1 (3,2)	7,8 (1,01-60,10)	0,013
Кесарево сечение в связи с рубцом на матке, n (%)	12 (9,9)	3 (9,7)	1,03 (0,27-3,89)	0,968

Выводы:

- Недоношенные дети являются очень гетерогенной когортой по особенностям течения антенатального, интранатального периодов и периода ранней адаптации.
- С развитием бактериальных инфекций раннего неонатального периода у недоношенных детей достоверно ассоциируется комплекс перинатальных факторов: abortion в анамнезе у матери (ОШ 3,33), преждевременное излитие околоплодных вод (ОШ 4,37), длительность безводного периода (ОШ 1,02), длительность II периода родов (ОШ 9,93), визуальные изменения плаценты (ОШ 7,8).
- Знание достоверных факторов риска может стать информационной основой для ранней диагностики бактериальных инфекций раннего неонатального периода у недоношенных детей и принятия решения о необходимых лечебных мероприятиях в этой ситуации.

Список литературы:

- Шабалов Н. П. Неонатология: учебное пособие. В 2 т. Т. 1 / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. -

- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 720 с.
2. Неонатология: клинические рекомендации / под редакцией Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко; Российское общество неонатологов; Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 320 с.
 3. Влияние хориоамиотита матери на заболеваемость новорожденных / Е. А. Шеварева [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2021. - № 1. - С. 75-83.
 4. Кулижников, Г. В. Диагностическое значение лабораторных маркеров неонатального сепсиса у недоношенных детей / Г. В. Кулижников, Е. Г. Фурман, А. В. Николенко // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2021. - № 1. - С. 95-100.
 5. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни. Демьянова Т.Г., Григорьянц Л.Я., Аведеева Т.Г., Румянцев А.Г. М.: Медпрактика-М, 2019, - 148 с. 4.
 6. Monitoring postnatal growth of preterm infants: present and future 1–3 / F. Giuliani [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. 2018. Vol. 103 (2). P. 635–647.
 7. Post-discharge formula feeding in preterm infants: a systematic review mapping evidence about the role of macronutrient enrichment / I. Teller [et al.] // Clin. Nutr. 2019. Vol. 35 (4). P. 791–801

УДК 616.514-036.12-02-085

**БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ОМАЛИЗУМАБ) ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ
(Обзор литературы)**

**Испаева Ж.Б., Турлугулова Г.Т., Мустафина М.О., Бекмагамбетова Р.Б., Бостанов А.С.,
Батырбаева А.Ж., Джсанабаева Н.Б., Жакиева А.Б., Заирова М.Б., Шоканова Э.Т.⁶**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан.⁶

Резюме: Хроническая крапивница характеризуется наличием уртикарных высыпаний более 6 недель. Ее разделяют на хроническую индуцируемую крапивницу (ХИК) и хроническую спонтанную крапивницу (ХСК). Разработанное лечение является в основном эмпирическим, но еще не нацелено на какой-либо конкретный патогенетический механизм, и не всегда удается добиться должного контроля заболевания. Рекомендации по лечению ХСК рекомендуют использовать омализумаб в качестве терапии третьей линии в дополнение к высоким дозам антигистаминных препаратов, когда они неэффективны в качестве терапии первой и второй линии. Мы провели систематический обзор литературы, чтобы выявить исследования, в которых оценивалась эффективность омализумаба для лечения ХСК.

Ключевые слова: антитело против IgE; хроническая спонтанная крапивница; омализумаб; крапивница.

**ӨНӨКӨТ ӨЗҮНӨН – ӨЗҮ ПАЙДА БОЛГОН БӨРҮ ЖАТЫШТАЫН БИОЛОГИЯЛЫК
ДААРЫЛООСУ (ОМАЛИЗУМАБ).
(Адабияттардын кароосу)**

**Ж.Б. Испаева, Г.Т. Турлугулова, М.О. Мустафина, Р.Б. Бекмагамбетова, А.С. Бостанов,
А.Ж. Батырбаева, Н.Б. Джсанабаева, А.Б. Жакиева, М.Б. Заирова, Э.Т. Шоканова.⁶**

С.Д. Асфендияров атындағы Казак улуттук медицина университети, Алматы, Казакстан Республикасы.⁶

Корутунду: Өнөкөт бөрү жатыш бұсмадан ашық убакыт бою исиркеңтердин болушу менен мунәззәләт. Ал өнөкөт индукциялай бөрү жатыш (ӨИБЖ) жана өнөкөт өзүнөн-өзү пайда болған бөрү жатыш (ӨӨБЖ) болуп бөлгүнөт. Иштеппін чыккан дарылоо негизинен эмпирикалық, бирок азырынча кандайдыр бир патогендик механизмге бағытталған эмес жана ар дайыл эле ооруну адекваттуу контролдоого жетишие бербейт. ӨӨБЖ үчүн дарылоо көрсөтмөлөрү биринчи жана экинчи катардагы терапия катары натыйжасыз болғондо, жоғорку дозадагы антигистаминдик дарыларга кошумча үчүнчү катардагы терапия катары омализумабды колдонууну сунуштайды. Биз ӨӨБЖ дарылоо үчүн омализумаб натыйжасалуулугун баалаган изилдөөлөрдү аныктоо үчүн адабияттарды системалуу карап чыктык.

Негизги сөздөр: анти-IgE антитело; өнөкөт өз алдынча бөрү жатыш, омализумаб; бөрү жатыш.

BIOLOGICAL THERAPY (OMALIZUMAB) FOR CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA (Literature review)

**J.B. Ispaeva, G.T. Turlugulova, M.O. Mustafina, R.B. Bekmagambetova, A.S. Bostanov,
A.J. Batyrbaeva, N.B. Janabaeva, A.B. Jakieva, M.B. Zairova, E.T. Shokanova.⁶**

Kazakh national medical university named after. S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan.⁶

Resume: Chronic urticaria is characterized by the presence of urticarial rashes for more than 6 weeks. It is divided into chronic inducible urticaria (CIU) and chronic spontaneous urticaria (CSU). Treatments developed are largely empirical but do not yet target any specific pathogenic mechanism and do not always achieve adequate disease control. Treatment guidelines for CSU recommend the use of omalizumab as third-line therapy in addition to high-dose antihistamines when they are ineffective as first- and second-line therapy. We conducted a systematic review of the literature to identify studies that assessed the effectiveness of omalizumab for the treatment of CSU.

Key words: anti-IgE antibody; chronic spontaneous urticaria; omalizumab; urticaria.

Введение: Хроническая спонтанная крапивница (ХСК), проявляется в виде зудящих волдырей и/или ангионевротического отека, возникающих без явного внешнего триггера и сохраняющихся в течение как минимум 6 недель (если менее 6 недель, ее называют острой) [1,2]. Хроническую спонтанную крапивницу обычно считают вызванной аутоантителами, [3] но иногда причина неизвестна и характеризуется измененными базофильными фенотипами.

Считается, что при ХСК гистамин вместе с базофилами крови, тучными клетками кожи и иммуноглобулином Е (IgE) играет ключевую роль в качестве фундаментального медиатора, поэтому большинство методов лечения этого состояния основано на антигистаминных препаратах. Типичным методом лечения ХСК являются антигистаминные препараты, действующие на гистаминовые рецепторы 1-го типа (Н 1).

В некоторых случаях высокие дозы антигистаминных препаратов дают неудовлетворительные результаты, и у пациентов наблюдаются симптомы, несмотря на лечение [5]. В таких случаях часто используется поддерживающая терапия, в основном состоящая из циклоспорина [4, 6] или пероральных кортикоидов, которые потенциально вредны при длительном применении. Рекомендуемый алгоритм лечения крапивницы состоит из трех основных этапов [2]. В качестве лечения первой линии используются антигистаминные препараты второго поколения [2]. Если симптомы сохраняются после 2 недель лечения, лечение второй линии заключается в увеличении дозировки этих антигистаминных препаратов до 4 раз [2]. Через 1–4 дополнительных недели, если симптомы сохраняются, следует перейти к лечению третьей линии, добавив к терапии второй линии омализумаб, циклоспорин [2].

Омализумаб был предложен в качестве возможного эффективного лечения хронической крапивницы [7] в качестве лечения третьей линии [8]. Омализумаб представляет собой гуманизированное моноклональное антитело IgG, распознающее Fc-часть IgE. [9] Считается, что омализумаб снижает IgE- и FCεRI-опосредованную активацию тучных клеток и базофилов [10, 11], с аналогичным эффектом для тучных клеток и базофилов, согласно последним данным [12]. Таким образом, систематический обзор по оценке использования омализумаба в лечении хронической крапивницы может быть чрезвычайно полезен для оценки его эффективности, его возможной резистентности к терапии в любой конкретной когорте и его потенциальной роли в качестве предпочтительного будущего лечения.

Материалы и методы исследования: Информационный поиск проведен, по ключевым словам, «антитела против IgE» ИЛИ «антитела против IgE» ИЛИ «антитела к IgE» ИЛИ «омализумаб» И «хроническая» и «спонтанная» и «крапивница» в базах PubMed, Web of Science, Scopus. Ссылки, цитируемые в соответствующих статьях, также были просмотрены для получения дополнительной информации. Информация о биологической терапии омализумабом хронической спонтанной крапивницы была обобщена. Таблица 1 описывает последовательность и детали исследования.

Таблица 1. - Последовательность и детали исследования.

Предметы	Спецификация
Дата поиска (указывается дата, месяц и год)	01.10.2022 по 31.07.2023 гг.
Поиск в базах данных и других источниках	PubMed, Web of Science, Scopus.
Используемые условия поиска (включая условия и фильтры поиска MeSH и произвольного текста)	«Антитела против IgE» ИЛИ «Антитела против IgE» ИЛИ «Антитела к IgE» ИЛИ «Омализумаб» И «Хроническая» И «Спонтанная» И «Крапивница».
Временные рамки	01.01.2000 по 01.03.2023
Критерии включения и исключения (тип исследования, языковые ограничения и т. д.)	В исследовании собраны соответствующие метаанализы и статьи, опубликованные на английском языке, исключены исследования и статьи до 2000 г.
Процесс отбора (кто проводил отбор, проводился ли он независимо, как был достигнут консенсус и т. д.)	Все авторы собрали и обобщили данные. Все авторы пришли к соглашению по рукописи.

Результаты и обсуждение: Первое включенное исследование, опубликованное в 2008 году, представляло собой серию ретроспективных случаев, проведенных в Соединенных Штатах Америки [13]. Двенадцать пациентов с хронической спонтанной крапивницей (ХСК), у которых симптомы наблюдались в течение как минимум 6 недель, несмотря на проводимое лечение антигистаминными препаратами, получали плацебо в течение 4 недель, а затем переводились на омализумаб в дозах $\geq 0,016$ мг/кг/МЕ/мл IgE в месяц каждые 2–4 недели, в течение 16 недель. Их общее качество жизни, оцененное с помощью шкалы активности крапивницы (UAS), было значительно улучшено: у семи пациентов наблюдалась полная ремиссия, а у четырех пациентов - частичная ремиссия; у одного пациента не было ответа на терапию. В исследуемой когорте побочных эффектов не наблюдалось.

Четыре года спустя была опубликована серия случаев исследователей из Турции из 12 пациентов с ХСК и двух с идиопатическим рецидивирующим ангионевротическим отеком [14]. Этим пациентам не помогли рекомендованные методы лечения первой, второй и третьей линии. Затем вводили омализумаб в рекомендованных дозах в соответствии с рекомендациями по лечению тяжелой астмы. UAS и качество жизни (КЖ) оценивались через 1 и 6 месяцев терапии, и продемонстрировали общее улучшение показателей у всех пациентов. Никаких побочных эффектов не наблюдалось во время или после лечения омализумабом.

Дополнительные доказательства эффективности омализумаба были получены в двух исследованиях: первое в Испании [15] и второе во Франции [16], оба опубликованы в 2013 году. В испанском исследовании оценивалась эффективность омализумаба у 15 пациентов с ХСК, 12 из которых ответили в течении первых 3 месяцев лечения (три с полным ответом и девять с частичным ответом) [15]. На 6-м месяце у 8 из 10 пациентов, продолжавших терапию омализумабом, наблюдался полный ответ, а у двух других — частичный ответ. Французское исследование обследовало трех пациентов с рефрактерной хронической холодовой крапивницей (ХХК) и обнаружило, что оптимальной дозой и интервалом дозирования является начальный цикл из четырех подкожных инъекций омализумаба по 300 мг каждые 2 недели с последующими инъекциями в зависимости от прогрессирования симптомов [16]. У всех трех пациентов наблюдалась ремиссия симптомов; однако у двух из них симптомы, связанные с заболеванием, вновь появились во время прерывания лечения, что позволило у обоих пациентов возобновить более короткие циклы терапии, что быстро привело к нормализации симптомов.

Еще одно интересное проспективное исследование было проведено в Канаде в двух клинических центрах (Торонто и Квебек) [17]. Целью данного исследования было оценить эффективность лечения омализумабом в дозе 150 мг/мес у пациентов с тяжелой, трудно поддающейся лечению ХК. В это исследование были включены 68 пациентов, из которых у 61

была ХСК, у шести - холодовая крапивница (ХК) и у одного - уртикарный васкулит (УФ), и они находились под наблюдением в течение 25 месяцев. Средний 7-дневный показатель активности крапивницы (UAS-7) снизился в группе пациентов из Торонто с 32,2 исходного уровня до 5,7 после лечения омализумабом, при этом у 79% пациентов наблюдалась полная ремиссия симптомов, а у 18% наблюдалось улучшение. Средние интервалы поддерживающего дозирования составляли от 1 до 3 месяцев. В группе Квебека средний показатель UAS-7 снизился с 24,4 до 2,2 после лечения, при полной ремиссии симптомов у всех пациентов, поступивших в этот центр. Доза омализумаба в дозе 150 мг/мес оказалась полностью безопасной для всех пациентов, проходивших лечение.

В Бразилии было проведено ретроспективное обсервационное исследование, опубликованное в 2016 году, в котором приняли участие 47 пациентов с ХСК (семь мужчин и 40 женщин) в возрасте 16–74 (в среднем 38,9) лет, не реагирующих на современные антигистаминные препараты. 24 больным омализумаб в дозе 150 или 300 мг вводили подкожно каждые 4 недели, доза зависела от наличия препарата в референс-клиническом центре. Пациенты лечились в среднем 11,4 раза (диапазон 2–87), и проводилась оценка качества их жизни и симптомов крапивницы. Среди пациентов, первоначально принимавших более высокую дозу (300 мг), у 84,6% наблюдалась полная ремиссия симптомов, тогда как полная ремиссия произошла только у 60% пациентов, начавших лечение с дозы 150 мг. В целом лечение омализумабом было отмечено как эффективное, нежелательных явлений, связанных с ним, не наблюдалось.

Первое сообщение об использовании омализумаба для лечения ХК относится к 2006 году, когда 12-летний ребенок с холодовой крапивницей (ХСК) лечился омализумабом по поводу аллергической астмы [18]. Препарат улучшил его состояние при крапивнице, и его симптомы полностью исчезли в течение 5 месяцев после начала лечения. С тех пор было опубликовано несколько исследований, особенно в последние годы, в которых достижения в эффективности омализумаба при ХСК с годами становятся все более убедительными. В частности, большой вклад в литературу в этой области внесли исследования фазы 2/3. Исследователи обследовали 90 пациентов с ХСК в проспективном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании фазы 2, опубликованном в 2011 году. Пациенты были случайным образом распределены в соотношении 1:1:1:1 для получения однократной подкожной дозы препарата. 75, 300 или 600 мг омализумаба или плацебо добавляли к стабильной дозе антигистаминного препарата H1 [19]. Первичным результатом эффективности было изменение UAS-7 от исходного уровня до 4-й недели, тогда как для оценки безопасности лечения были включены дополнительные 12 недель наблюдения для мониторинга возможных побочных эффектов. На основании этих экспериментальных условий было обнаружено, что фиксированная доза омализумаба в 300 или 600 мг обеспечивала быстрое и эффективное лечение ХСК в этой когорте.

Два случая [20,21] были адресованы двум очень разным категориям пациентов. В первом сообщении о случае описывался положительный результат применения омализумаба у 68-летнего мужчины, у которого развилась сильная кожная сыпь, типичная для УФ-излучения [20]. 39 Первоначальная доза преднизолона 37,5 мг один раз в день улучшила его симптомы с общим положительным результатом после отмены (25 мг/день в течение 3 дней, 12,5 мг/день в течение 1 недели), но его симптомы снова появились через 3 месяца. Лечение дапсоном в дозе 50 мг два раза в день не дало никакого улучшения; поэтому омализумаб в дозе 300 мг подкожно вводили один раз каждые 4 недели. Полная ремиссия УФ-излучения наблюдалась через 1 месяц, и на момент публикации у пациента не было явных побочных эффектов. Во втором отчете описывалась 32-летняя женщина с тяжелой ХСК, ангионевротическим отеком, атопическим дерматитом и астмой [21]. Пациентка ежедневно испытывала симптомы крапивницы, что резко ухудшало качество ее сна. Во время лечения омализумабом подкожно по 150 мг каждые 2 недели (после безуспешного лечения цетиризином 10 мг до 3 раз/сут, азатиоприном 100 мг/сут, преднизолоном в течение 4 дней и азатиоприном 125 мг и адалимумабом 40 мг 1 раз в 2 недели), пациентка забеременела, решив

продолжить лечение омализумабом. Через тридцать восемь месяцев после рождения у ребенка не наблюдалось никаких отклонений в развитии. В дальнейшем после изменения дозировки на 300 мг один раз в месяц из-за симптомов ремиссии наступила вторая беременность, и в течение 5 месяцев после рождения у ребенка не наблюдалось никаких отклонений. Однако стоит отметить, что использование омализумаба во время беременности все еще обсуждается и не рекомендуется ни одним из принятых национальных или международных руководств; поэтому данные, касающиеся этой дискуссии, должны быть тщательно приняты во внимание.

Выводы: омализумаб может являться предпочтительным методом лечения ХСК, а также сложных случаев подобных состояний у пациентов, не реагирующих на H1-антигистамины препараты, поскольку он продемонстрировал эффективность и безопасность у взрослых и детей, а также у потомков беременных пациентов. Тем не менее необходимы дополнительные исследования более крупных когорт и подгрупп конкретных групп населения для подтверждения имеющихся данных как в реальных условиях, таких как обсервационные исследования и отчеты о случаях заболевания, так и в контролируемых условиях, таких как рандомизированные клинические исследования. Кроме того, необходимы стандартизованные протоколы, связанные с дозированием, а также мониторинг долгосрочных побочных эффектов требуют будущих исследований.

Список литературы:

1. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. *DermatologySection of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria.* Allergy 2009;64:1417–26.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. *The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update.* Allergy 2014;69:868–87.
3. Rojanapremsuk T, Kasprowicz S, Schafer E, et al. *Clinico-pathologic findings in (anti-Fc epsilon R1alpha) autoimmunity-related chronic urticaria.* J Cutan Pathol 2015;42(5):329–32.
4. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. *DermatologySection of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria.* Allergy 2009;64:1427–43.
5. Staevska M, Popov TA, Kralimarkova T, et al. *The effective-ness of levocetirizine and desloratadine in up to 4 times con-ventional doses in difficult-to-treat urticaria.* J Allergy Clin Immunol 2010;125:676–82.
6. Maurer M, Magerl M, Metz M, Zuberbier T. *Revisions to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria.* J Dtsch Dermatol Ges 2013;11:971–8.
7. Incorvaia C, Mauro M, Russello M, Formigoni C, Riario-Sforza GG, Ridolo E. *Omalizumab, an anti-immunoglobulin E antibody: state of the art.* Drug Des Devel Ther 2014;8:197–207.
8. Gimenez-Arnau AM, Toubi E, Marsland AM, Maurer M. *Clinical management of urticaria using omalizumab: the first licensed biological therapy available for chronic spontaneous urticaria.* J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30(5):25–32.
9. Hotze M, Baurecht H, Rodriguez E, et al. *Increased efficacy of omalizumab in atopic dermatitis patients with wild-type filaggrin status and higher serum levels of phosphatidylcholines.* Allergy 2014;69(1):132–5.
10. Saini SS, MacGlashan D. *How IgE upregulates the allergic response.* Curr Opin Immunol 2002;14:694–7.
11. Beck LA, Marcotte GV, MacGlashan D, Togias A, Saini S. *Omalizumab-induced reductions in mast cell FcεRI expression and function.* J Allergy Clin Immunol 2004;114:527–30.
12. Serrano-Candelas E, Martinez-Aranguren R, Valero A, et al. *Comparable actions of omalizumab on mast cells and baso-phils.* Clin Exp Allergy 2016;46(1):92–102.
13. Kaplan AP, Joseph K, Maykut RJ, Geba GP, Zeldin RK. *Treatment of chronic autoimmune urticaria with omalizumab.* J Allergy Clin Immunol 2008;122(3):569–73.
14. B€uy€uk€ozt€urk S, Gelincik A, Demirt€urk M, Kocaturk E, C€bolakoglu B, Dal M. *Omalizumab markedly improves urticaria activity scores and quality of life scores in chronic spontaneous urticaria patients: a real life survey.* J Dermatol 2012;39:439–42.
15. Armengot-Carbo M, Velasco-Pastor M, Rodrigo-Nicolas B, Pont-Sanjuan V, Quecedo-Estebanez E, Gimeno-Carpio E. *Omalizumab in chronic urticaria: a retrospective series of 15 cases.* Dermatol Ther 2013;26:257–9.
16. Le Moing A, Becourt C, Pape E, Dejobert Y, Delaporte E, Staumont-Salle D. *Effective treatment of idiopathic chronic cold urticaria with omalizumab: report of 3 cases.* J Am Acad Dermatol 2013;69(2):e99–101.
17. Sussman G, Hebert J, Barron C, et al. *Real-life experiences with omalizumab for the treatment of chronic urticaria.* Ann Allergy Asthma Immunol 2014;112:170–4.

18. Boyce JA. Successful treatment of cold-induced urticaria/ana-phylaxis with anti-IgE. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117(6):1415–8.
 19. Saini S, Rosen KE, Hsieh HJ, et al. A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab inpatients with H1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128(3):567–73.e1.
 20. Ghazanfar MN, Thomsen SF. Omalizumab for urticarial vasculitis: case report and review of the literature. *Case Rep Dermatol Med* 2015;2015:576893.
 21. Ghazanfar MN, Thomsen SF. Successful and safe treatment of chronic spontaneous urticaria with omalizumab in a woman during two consecutive pregnancies. *Case Rep Med* 2015;2015:368053.
-

УДК: 616.248:575.113:2

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-4 (-590C/T) У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мирсалихова Н.Х.,
Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.⁷**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Республика Узбекистан.⁷

Резюме. Целью исследования данной научной статьи был анализ полиморфизма гена IL-4 (C-589T) у детей школьного возраста, больных бронхиальной астмой. Проанализирован полиморфный локус гена IL4 (C-589T) у детей школьного возраста с БА. В качестве группы сравнения были обследованы 93 ребенка с БА и 35 больных с рецидивирующими ОБ. В результате анализа генетических исследований у детей с ОБРТ и БА наблюдалось преобладание генотипов C/C и C/T над T/T. При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма C-590T гена IL-4 в зависимости от скоростных показателей ФВД отмечено преобладание гетерозиготного генотипа C/T в общей группе больных при более легких нарушениях, что определяет его протективное действие в отношении степени выраженности обструкции дыхательных путей. Исследование полиморфных локусов генов интерлейкинов может стать дополнительным критерием для определения прогноза заболевания при консультировании больных, что будет способствовать повышению эффективности их лечения.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, полиморфизм генов, цитокины.

БРОНХИАЛДЫК АСТМА МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН IL-4 ГЕНИНИН (-590C/T) ПОЛИМОРФИЗМИНИН РОЛУ.

**М.Х. Каримова, Ф.М. Шамсиев, Н.Х. Мирсалихова,
Р.А. Мусажанова, Н.Д. Азизова⁷**

Өзбекстан Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык адистештирилген педиатрия илимий-практикалык медициналык борбору, Ташкент, Өзбекстан Республикасы.⁷

Корутунду. Бул илимий макаладагы изилдөөнүн мақсаты бронхиалдык астмасы бар мектеп жашындағы балдарда IL-4 генинин (C-589T) полиморфизмн талдоо болгон. Бул макалада биз БА менен мектеп жашындағы балдарда IL4 генинин (C-589T) полиморфтук локусун талдадык. Салыштыруу тобу катары БА менен 93 бала жана рецидивдүү ОБ менен 35 бейтап текшерилген. Генетикалык изилдөөлөрдүн анализинин натыйжасында ОБРТ жана БА менен ооруган балдарда C/C жана C/T генотиптеринин T/Tга караганда басымдуулугу байкалган. Дем алуу функциясынын ылдамдыгына жараша IL-4 генинин C-590T полиморфизминин аллельдеринин жана генотиптеринин жышиштыктарынын бөлүштүрүлүшүн талдоодо, гетерозиготалуу C/T генотипинин басымдуулук кылуусу жесептүрээк бузулган бейтаптардын жалпы тобунда белгиленген, бул аба жолдорунун тоскоолдугунун оордугуна карата анын коргоочу таасирин аныктайт. Изилдөөнүн жыйынтыктары көрсөткөндөй, интерлейкиндик гендердин полиморфтук локустарын изилдөө бейтаптарга көнеш беруу учурунда оорунун прогнозун аныктоонун кошумча критерийи болуп калышы мүмкүн, бул аларды дарылоонун натыйжасалуулугун жогорулатууга жардам берет.

Негизги сөздөр: балдар, бронхиалдык астма, гендик полиморфизм, цитокиндер.

THE ROLE OF IL-4 GENE POLYMORPHISM (-590C/T) IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

**M.Kh. Karimova, F.M. Shamsiev, N.Kh. Mirsalikhova,
R.A. Musajanova, N.D. Azizova⁷**

Republican specialized scientific and practical medical center for pediatrics of the ministry of health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan.⁷

Resume. The aim of this study was to analyze the IL-4 gene polymorphism (C-589T) in school-aged children with bronchial asthma. In this article, we analyzed the polymorphic locus of the IL-4 gene (C-589T) in school-aged children with bronchial asthma. A comparison group consisted of 93 children with bronchial asthma and 35 patients with recurrent bronchitis were examined. The genetic analysis of children with recurrent bronchitis and bronchial asthma showed a predominance of the C/C and C/T genotypes over the T/T genotype. The analysis of allele and genotype frequency distribution of the C-590T polymorphism in the IL-4 gene, depending on the spirometric parameters, revealed a predominance of the heterozygous C/T genotype in the overall group of patients with milder impairments, indicating its protective effect in relation to the severity of airway obstruction. The findings of this study suggest that the analysis of polymorphic loci of interleukin genes can serve as an additional criterion for determining the prognosis of the disease during patient counseling, thereby enhancing the effectiveness of their treatment.

Key words: children, bronchial asthma, gene polymorphism, cytokines

Введение. Все патогенетические механизмы БА еще не полностью охарактеризованы, поэтому сам термин этого заболевания применяется к гетерогенной группе патологических состояний, которые характеризуются фиксированным или лабильным ограничением потока воздуха в дыхательных путях, различными формами воспаления, разным воздействием вирусных и бактериальных инфекций, вариабельным кашлевым рефлексом и гиперсекрецией слизи.

Цитокины являются белковыми медиаторами, синтезируемыми различными иммунокомпетентными клетками (лимфоцитами, моноцитами, гранулоцитами, эндотелиоцитами и другими) в ответ на внедрение патогенов в организм, в первую очередь вирусов, бактерий, токсинов. Так как цитокины являются медиаторами воспалительного процесса, изучение кодирующих их генов, а также генов цитокиновых рецепторов, является важной задачей при исследовании механизмов развития и течения заболеваний, выявление предрасположенности к патологии, в том числе и к хронической. Среди большого числа генов, которые могут принимать участие напрямую или опосредованно в формировании заболеваний бронхов у детей, особое внимание привлекают гены цитокиновой регуляции, а именно – интерлейкин 4 (IL-4) [1]. Функция данного гена заключается в кодировании ИЛ-4, противовоспалительного цитокина, который активирует гуморальный иммунитет, контролирует пролиферацию и дифференцировку В-клеток, и Т-хелперов, а также продукцию иммуноглобулина Е [2,3]. IL-4 усиливает экспрессию генов тяжелых цепей для антител классов IgG и IgE.

Генетическая предрасположенность вносит значительный вклад в развитие астмы [4,5]. Мутации в генах цитокинов, дефекты продукции, рецепции и чрезмерная продукция отдельных цитокинов составляют значительную часть иммуноопосредованных механизмов развития и прогрессирования патологических процессов при аллергических заболеваниях [6]. Согласно современным представлениям нарушения иммунного гомеостаза с дисбалансом в соотношении Th1/Th2 лимфоцитов определяют тип иммунного реагирования и являются основой формирования аллергического воспаления при БА [7]. В патогенезе БА значима роль баланса цитокинов — интерферона гамма (IFN γ) и интерлейкина IL-4, определяющих поляризацию иммунного ответа и профиль Th1 и Th2. В исследованиях Н.И. Баранова и соавт. [9] установлена важная роль генетических полиморфизмов IL-4, IL-10 и IL-17 в патогенезе аллергических заболеваний, отмечена ассоциация полиморфизма генов данных цитокинов с количественным отклонением цитокинов и формированием той или иной формы аллергического заболевания [8,9]. Работ по изучению течения и прогрессирования заболевания недостаточно. Более того, имеются

данные, что известные в настоящее время генетические факторы риска развития заболевания пока не позволяют точно прогнозировать возникновение и течение БА.

Поэтому современные тенденции в исследовании бронхиальной астмы характеризуются профилактической направленностью с поиском наиболее ранних молекулярно-генетических предикторов заболевания.

Цель: проанализировать полиморфный локус гена IL4 (C-589T) при бронхиальной астме у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 93 больных БА в возрасте от 7 до 14 лет, группу сравнения составили 35 детей с рекуррентным течением ОБ. Исследование было проведено в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦ педиатрии МЗРУз. При постановке диагноза БА была использована классификация «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», принятая в России в 1997 году, которая была дополнена в 2018 году программой GINA. Основанием для постановки диагноза явились: жалобы, данные анамнеза, результаты общеклинических, иммуногенетических методов исследования.

Иммуногенетические методы исследования. Амплификацию 93 образцов ДНК проводили с наборами фирмы «Литех» (Россия): С-589T в гене IL4 (A38G). Использовали наборы для выявления однонуклеотидных полиморфизмов в геноме человека методом ПЦР «SNP-экспресс РВ» в режиме реального времени и «SNP-экспресс ЭФ», который представляет собой комплект реагентов для выявления мутации (полиморфизмов) в геноме человека. Исследования проводились на договорной основе в лаборатории Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологического МЗ РУз.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась программой, разработанной в пакете Microsoft Office Excel-2010. Использовались методы вариационной статистики с вычислением средних арифметических значений (M), их стандартных ошибок (m) и различий по критерию Фишера-Стьюдента.

Результаты. Общее состояние при поступлении среди обследованных больных детей с бронхиальной астмой в основном расценивалось как среднетяжелое (табл. 1). Дети в тяжелом состоянии в большинстве случаев поступали при ОБРТ (31,4%) при БА тяжелое состояние отмечалось в 2 раза реже и составило 15,0%. При ОБРТ 5,7% детей были в удовлетворительном состоянии.

Таблица 1. - Общее состояние больных на день поступления, (%)

Состояние больных	ОБРТ (n=35)		БА (n=93)	
	n	%	n	%
Тяжелое	11	31,4	14	15
Средне - тяжелое	21	60	79	84,9
Удовлетворительное	2	5,7	-	-

Клинические проявления БА у детей характеризуются не только патологическими изменениями со стороны легких, но и частым вовлечением в патологический процесс других жизненно-важных органов и систем. Анализируя частоту клинических симптомов в выделенных подгруппах, было установлено, что большая половина детей с ОБРТ жаловалась на слабость, тогда как при БА этот процент достигал 96,7%. Аналогичная тенденция прослеживалась и при анализе частоты встречаемости среди всего спектра жалоб – вялости, которая при ОБРТ встречалась в 45,7%, при БА – в 80,6% случаях. Практически во всех случаях у детей с БА отмечалось снижение аппетита (92,4%), при ОБРТ этот процент был ниже и составил – 65,7%. Бледность кожных покровов чаще регистрировалась среди детей с БА (91,3%), в группе детей с ОБРТ этот процент был ниже и составил – 80,0%. Отличительной чертой в клинической симптоматике было наличие цианоза носогубного треугольника, частота которого в большинстве случаев регистрировалась у детей с БА (92,4%) в 2,9 раза чаще, чем при ОБРТ (31,4%). Наличие отдышики было зарегистрировано у всех детей с ОБРТ

и БА. Наличие пероральных хрипов было отмечено только у 100% детей с ОБРТ и у 95,6% детей с БА. Наличие субфебрильной температуры было характерно для больных с БА (73,1%), тогда как для ОБРТ преобладала фебрильная, которая регистрировалась среди 17,1%, что в 3,7 раза выше, чем при БА. Сухой кашель отмечался в большинстве случаев у детей с ОБРТ – 82,8%, почти в 2 раза реже – при БА (41,9%), что может свидетельствовать об еще об одной отличительной черте в клинической симптоматике детей с ОБРТ. Наличие влажного кашля было характерно для детей с БА (58,0%), данный симптом встречался в 3,6 раза реже при ОБРТ (58,0% против 14,2%). Коробочный оттенок звука при перкуссии отмечался в 91,3% случаях при БА, в 77,1% случаях – при ОБРТ. При аускультации жесткое дыхание определялось в 100% случаях при ОБРТ, у 50,1% – при БА и в 45,8% – при ХБ. Ослабление дыхания фиксировалось только при БА (48,3%) и при ХБ (54,1%). Сухие хрипы выслушивались у 85,7% детей с ОБРТ и в 58,3% у детей с ХБ, при БА в 86,0% случаях регистрировались влажные хрипы.

Проведена оценка диагностической значимости полиморфизма генов IL-4 (C-590T) в крови у детей с бронхиальной астмой. При анализе распределения аллелей по полиморфизму C-590T гена IL-4 среди условно здоровых детей отмечалось преобладание аллеля C, а также ассоциированных с ним генотипов, а именно генотипов C/C и C/T (85,0% и 15,0% соответственно). Наблюданное распределение частот генотипов не отличалось от теоретически ожидаемого по уравнению Харди–Вайнберга. Подобное распределение генотипов было отмечено и в исследуемых группах. А именно, у детей с ОБРТ, БА наблюдалось преобладание генотипов C/C и C/T над T/T (табл. 2). Как видно из представленных данных установлено достоверное преобладание генотипа C/T полиморфизма C-590T гена IL-4 у детей с ОБРТ и БА (37,1% и 33,3% соответственно по отношению к 15,0% в группе контроля; $\chi^2 = 1,118$; $p=0,572$; $df=2$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа T/T с развитием БА у детей (χ^2 с поправкой Йейтса = 4,471, $p=0,035$, $df=1$, $OR=2,899$ (ДИ 1,162 – 7,231)).

Таблица 2. - Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма C-590T гена IL-4 среди обследуемых групп детей

№	Группы	Частота аллелей				Частота генотипов				распределения			
		T, %		C, %		C/C, %		C/T, %		T/T, %			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1.	Контрольная группа (n=20)	3	7,5	37	92,5	17	85,0	3	15,0	-	-		
2.	ОБРТ (n=35)	13	18,6*	57	81,4	22	62,9	13	37,1*	-	-		
3.	БА (n=93)	61	32,8**	125	67,2	47	50,5	31	33,3*	15	16,1		

Примечание: * - достоверность различий данных у больных с контрольной группой (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$).

Обсуждение. При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфизма C-590T гена IL-4 в зависимости от скоростных показателей ФВД отмечено преобладание гетерозиготного генотипа C/T в общей группе больных при более легких нарушениях, что определяет его протективное действие в отношении степени выраженности обструкции дыхательных путей. Исследование полиморфных локусов генов интерлейкинов может стать дополнительным критерием для определения прогноза заболевания при консультировании больных, что будет способствовать повышению их приверженности к лечению.

Выводы.

1. Выявлено достоверное преобладание генотипа C/T полиморфизма C-590T гена IL-4 у детей с ОБРТ и БА (37,1% и 33,3% соответственно по отношению к 15,0% в группе контроля и 12,5% при ХБ; $\chi^2 = 1,118$; $p=0,572$; $df=2$). Согласно данным статистического анализа, доказана ассоциация генотипа T/T с развитием БА у детей (χ^2 с поправкой Йейтса = 4,471, $p=0,035$, $df=1$, $OR=2,899$ (ДИ 1,162 – 7,231)), данный полиморфизм является предрасполагающим к развитию заболевания.

2. Изучение полиморфного локуса гена IL4 (C-589T) при бронхиальной астме у детей школьного возраст может стать дополнительным критерием для определения прогноза заболевания при консультировании больных, что будет способствовать повышению их приверженности к лечению.

Список литературы:

1. Собко Е. А., Демко И. В., Крапошина А. Ю., Казмерчук О. В., Абрамов Ю. И., Кацер А. Б., Янкова А. В., Смирнова О. А., Толмачева Ю. Г., Эйдемиллер Н. С., Соловьева И. А., Леонтьева Н. М. Особенности иммунного статуса при различных фенотипах тяжелой бронхиальной астмы//Фундаментальная и клиническая медицина. 2020; 5(1): <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-1-26-31>.
2. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Зайцева О.В., Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Мизерницкий Ю.Л., Малахов А.Б., Ревякина В.А., Кондюрина Е.Г., Царькова С.А., Иванова Н.А., Фурман Е.Г. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикоидов в терапии бронхиальной астмы и кашля//Рос. Вестн. перинатол. и педиатр. 2018; 63:(3): 125–132.
3. Малинчик М.А., Горбачева Н.Н., Беленюк В.Д., Коноплева О.С., Смольникова М.В. Уровень цитокинов в конденсате выдыхаемого воздуха и полиморфизм генов цитокинов при бронхиальной астме у детей//Сибирское медицинское обозрение. 2022;(2):78-87.
4. Жорина Ю. В., Абрамовских О.С., Игнатова Г.Л., Площанская О.Г. Анализ связи полиморфных вариантов генов IL4, IL10, IL13 с развитием атопической бронхиальной астмы и ремиссией//Вестник РГМУ.2019;(5):95-100.
5. Испаева Ж.Б., Бекмагамбетова Р.Б. Гены и роль генетических факторов, участвующих в развитии бронхиальной астмы (Обзор литературы) //Вестник КАЗНМУ. 2021;(2):33-43.
6. Bragina E.Y., Freidin M.B., Babushkina N.P. et al. Analysis of cytokine network's genes in the development of «inverse» comorbidity between asthma and tuberculosis//Meditinskaya genetika. 2017;16(1):20–24.
7. Willem van de V., Mübbeck A. Mechanisms of immune regulation in allergy//Global Atlas of allergy. 2014;90–91.
8. Просекова Е.В., Долгополов М.С., Сабыныч В.А. Полиморфизм генов, спонтанная и индуцированная продукция клетками периферической крови интерлейкина 4 и интерферона гамма при бронхиальной астме у детей//РМЖ. Медицинское обозрение. 2020;4(1):10–14.
9. Baranova N.I., Kozhenkova S.V., Ashchina L.A. Role of cytokines in pathogenesis of chronic urticaria//Tsitokinyivospalenie. 2014;13(1):11–15.

УДК:616.233-002.2-053.2:612.017-1.575

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА IL-6 В ЛОКУСЕ -174G/C И ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Арипова Ш.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б.⁷

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Республика Узбекистан.⁷

Резюме. Цель исследования включала изучение полиморфизма гена противовоспалительного цитокина IL-6 в локусе -174G/C и особенностей цитокинового статуса у больных с хроническим бронхитом. В исследование включено 72 больных детей с хроническим бронхитом школьного возраста. В результате анализа данных цитокинового статуса при хроническом бронхите у детей установлены наиболее информативные диагностические маркеры, проявляющиеся гиперпродукцией про- и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-6, IL-8 и TNFa), указывающие на хроническое воспаление. Выявлена у больных с хроническим бронхитом предикторная роль полиморфизма гена цитокина IL-6 в локусе -174G/C, наиболее часто встречаются генотипы нарушения. Проведенное нами исследование позволило установить значимость полиморфного маркера гена цитокина (IL6 -174C/T) в риске возникновения хронического бронхита у детей. У больных хроническим бронхитом выявлена прогностическая роль полиморфизма гена цитокина IL-6 по локусу -174G/C.

Ключевые слова: дети, острый и хронический бронхит, полиморфизм гена, цитокины.

ИЛ-6 ГЕНИНИН -174G/C ЛОКУСЫНДАГЫ ПОЛИМОРФИЗМИ ЖАНА БАЛДАРДАГЫ ӨНӨКӨТ БРОНХИТТЕГИ ЦИТОКИНДЕРДИН ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ

Ш.Х. Арипова, Ф.М. Шамсиев, Р.А. Мусажанова, Ш.Б. Узакова⁷

Өзбекстан Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык адистештирилген педиатрия илимий-практикалык медициналык борбору, Ташкент, Өзбекстан Республикасы.⁷

Корутунду. Бул илимий макаладагы изилдөөнүн максаты -174G/C локуста сезгенүүгө каршы IL-6 цитокининин генинин полиморфизмин жана өнөкөт бронхит менен ооруган бейтаптардагы цитокин статусунун мунөздөмөлөрүн изилдөө болгон. Изилдөөгө мектеп жашындағы өнөкөт бронхит менен ооруган 72 бейтап кирген. Балдардын өнөкөт бронхитинде цитокиндердин абалынын маалыматтарын талдоонун натыйжасында про- жана сезгенүүгө каршы цитокиндердин (IL-4, IL-6, IL-8 жана TNFa) гиперпродукциясы менен көрүнгөн эң маалыматтуу диагностикалык маркерлер түзүлдү, өнөкөт сезгенүүнү көрсөтүп турат. -174G/C локусунда IL-6 цитокин генинин полиморфизминин болжолдоочу ролу өнөкөт бронхит менен ооруган бейтаптарда аныкталган, бул оорунун эң кеңири таралган генотиптери. Биздин изилдөөбүз балдардын өнөкөт бронхит коркунучунда цитокин генинин (IL6 -174C/T) полиморфтуук маркеринин маанисин аныктоого мүмкүндүк берди. Изилдөөнүн жыйынтыктары көрсөткөндөй, өнөкөт бронхит менен ооруган бейтаптарда -174G/C локусунда IL-6 цитокин генинин полиморфизминин прогностикалык роль аныкталган.

Негизги сөздөр: балдар, күрч жана өнөкөт бронхит, гендик полиморфизм, цитокиндер.

POLYMORPHISM OF THE IL-6 GENE IN THE -174G/C LOCUS AND FEATURES OF CYTOKINES IN CHRONIC BRONCHITIS IN CHILDREN

Sh.Kh. Aripova, F.M. Shamsiev, R.A. Musajanova⁷

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Pediatrics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan.⁷

Resume. The purpose of the study in this scientific article was to study the polymorphism of the gene for the anti-inflammatory cytokine IL-6 at the -174G/C locus and the characteristics of the cytokine status in patients with chronic bronchitis. The study included 72 patients, children with chronic bronchitis of school age. As a result of the analysis of cytokine status data in chronic bronchitis in children, the most informative diagnostic markers were established, manifested by hyperproduction of pro- and anti-inflammatory cytokines (IL-4, IL-6, IL-8 and TNFa), indicating chronic inflammation. The predictive role of IL-6 cytokine gene polymorphism in the -174G/C locus was revealed in patients with chronic bronchitis, the most common genotypes of the disorder. Our study made it possible to establish the significance of the polymorphic marker of the cytokine gene (IL6 -174C/T) in the risk of chronic bronchitis in children. The findings of the study show that in patients with chronic bronchitis, the prognostic role of the IL-6 cytokine gene polymorphism at the -174G/C locus was revealed.

Key words: children, acute and chronic bronchitis, gene polymorphism, cytokines.

Введение. Наиболее сложной и актуальной проблемой детской пульмонологии являются хронические неспецифические заболевания легких [1]. На сегодняшний день большой интерес представляет проблема хронического бронхита (ХБ). До последнего времени многие ведущие специалисты рассматривают хронический бронхит как облигатный признак других бронхолегочных заболеваний, несмотря на признание его в качестве самостоятельной нозологической формы [2].

Прогноз хронического бронхита всегда серьезный, поскольку воспаление носит двухсторонний диффузный характер, со временем прогрессирует и приводит к необратимым изменениям в легких и развитию дыхательной недостаточности [3]. Нередко ХБ может сопровождаться явлениями бронхиальной обструкции. Несмотря на то, что в последние годы отмечается рост числа заболеваний органов дыхания у детей, в том числе бронхитов, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции, до настоящего времени нет четких данных о распространенности обструктивного синдрома при различной бронхолегочной патологии у детей. Клинические проявления бронхиальной обструкции и ее рецидивы при ряде бронхолегочных заболеваний нередко сходны с БА, однако пусковые механизмы обструктивного синдрома при этом могут существенно отличаться. Неоднозначный и многогранный патогенез обструкции бронхов при различных бронхолегочных болезнях

определяет необходимость углубленного изучения ее механизмов и совершенствования тактики лечения.

Проблема хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) является наиболее сложной и актуальной в детской респираторной медицине [2]. Особый интерес вызывает хронический бронхит (ХБ), который до недавнего времени рассматривался как неотъемлемый признак других бронхолегочных заболеваний, хотя и сам по себе признавался как самостоятельное заболевание [4]. Прогноз при хроническом бронхите всегда серьезен, так как воспаление происходит в обоих легких и прогрессирует со временем, вызывая необратимые изменения и развитие дыхательной недостаточности.

Повышенная заболеваемость детей обусловлена различными факторами, в том числе генетическими. Несмотря на достаточную осведомленность исследователей о поражении легких у детей и наличие национальных программ лечения и профилактики, генетические аспекты бронхолегочных заболеваний до сих пор остаются малоизученными [5].

Цитокины определяют сложную межклеточную координацию иммунокомпетентных клеток, которые имеют собственные генетические маркеры. В результате интерлейкины определяют различные типы Th1- и Th2-иммунных ответов и формирование различных вариантов АБ.

Цитокины играют важную роль на всех стадиях развития и поддержания аллергических реакций и воспаления. Анализ регуляции активности цитокинов необходим для понимания молекулярных основ бронхолегочных заболеваний. Многообразие генетических факторов определяет клиническое разнообразие и гетерогенность патологии [6]. Наиболее значимыми медиаторами, способствующими развитию и поддержанию хронического воспалительного процесса в дыхательных путях, являются интерлейкин-8, TNF α и IL-6. Цитокины - это белковые медиаторы, которые вырабатываются различными иммунокомпетентными клетками в ответ на проникновение патогенов, включая вирусы, бактерии и токсины. Интерлейкин 6 (IL-6) является одним из цитокинов, участвующих в воспалительных процессах. Он имеет как противовоспалительные, так и провоспалительные свойства. Ген IL-6 кодирует белок IL-6 и может существовать в двух аллельных вариантах, обозначаемых как G-аллель и C-аллель [7,8].

В настоящее время высказывается подозрение о связи на генном уровне детерминированной гипер- и гипопродукции цитокинов с качеством иммунного ответа, аллельных разновидностей генов цитокинов с тяжестью и длительностью болезней.

Поэтому изучение роли цитокинов и генетического полиморфизма цитокинов у больных с хроническим бронхитом является актуальной современной проблемой.

Цель: исследование индивидуальностей цитокинового статуса и полиморфизма гена противовоспалительного цитокина IL-6 в локусе -174G/C у больных с хроническим бронхитом.

Материалы и методы. В пульмонологическом отделении РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУЗ наблюдалось и лечилось 72 ребенка с хроническим бронхитом в возрасте 7-15 лет. В качестве группы сравнения обследованы 35 детей с рекуррентным течением обструктивного бронхита (ОБРТ). Диагноз устанавливался с учетом классификации МКБ-10 и основывался на систематизации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний, которая была принята на особом заседании XVIII Национального конгресса по заболеваниям органов дыхания [9]. Базой для постановки диагноза явились: жалобы, данные анамнеза, итоги общеклинических, иммуногенетических методов исследований.

Концентрацию интерлейкинов - IL-4, IL-6, IL-8 и TNF α - в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на автоматическом анализаторе ИФ "Multiskan FC" (Финляндия) в лаборатории биохимии Республиканского научно-практического медицинского центра при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан.

Иммуногенетические методы исследования. Амплификацию 72 образцов ДНК проводили с наборами фирмы «Литех» (Россия): 174G/C в гене цитокина IL-6. Для определения однонуклеотидных полиморфизмов в геноме человека использовали два набора реагентов: «SNP-экспресс РВ» и «SNP-экспресс ЭФ», использовался метод ПЦР в режиме

реального времени. Исследования проводились в лаборатории Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра гематологически МЗ РУз по договору. Результаты анализов выявили три возможных варианта: гомозигота по аллели 1, гетерозигота и гомозигота по аллели 2. Полученные результаты были статистически обработаны с использованием программного обеспечения в пакете Statistica 10. Применяли методы вариационной статистики для расчета среднего арифметического (M), доверительного интервала (m) и проверки гипотезы о равенстве средних с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $P<0,05$; $P<0,01$; $P<0,001$.

Результаты. Как известно, большое влияние на развитие здоровья детей оказывает частота заболеваний. Мы обнаружили, что у большинства детей с хроническим бронхитом в анамнезе были частые, ОРИ. Бронхит наблюдался у 58,3% детей с хроническим бронхитом. В анамнезе пневмония зарегистрирована у 25,7% детей с ОБРТ и у 70,8% детей с ХБ.

Среди всех обследованных больных при поступлении общее состояние детей с ХБ в основном оценивалось как средней тяжести (66,6%), дети в тяжелом состоянии в большинстве случаев поступали с ОБРТ (31,4%) и с ХБ (33,3%). При ОБРТ 5,7% детей находились в удовлетворительном состоянии.

Исследования уровня про- и противовоспалительных цитокинов показали, что уровень IL-4 увеличился в 2,3 раза по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$) (рис.1). С группой сравнения (ОБРТ) их уровень увеличился в 1,6 раза ($p<0,01$).

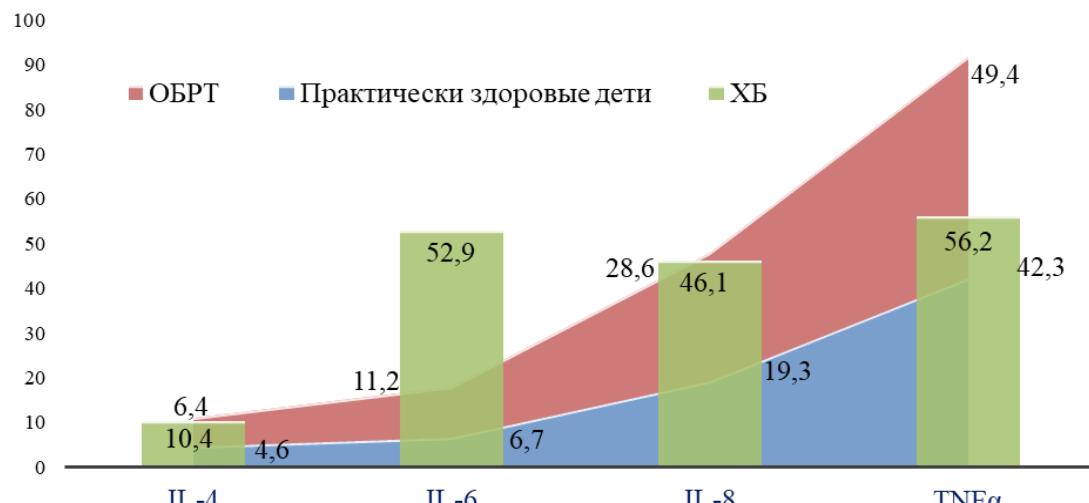


Рис.1. Показатели цитокинов у обследованных детей, ($M\pm m$)

Уровень IL-6 увеличился в 7,9 раза по сравнению с группой контроля ($p<0,001$), по сравнению с группой сравнения увеличился в 4,7 раза ($p<0,001$). Изменения были более выражены у детей с ХБ. Отмечено повышение уровня IL-8 у больных ХБ в 1,6 раза по сравнению с ОБРТ ($p<0,01$). Анализируя уровень TNFα у больных хроническими заболеваниями, мы обнаружили его повышение относительно практически здоровых детей ($p<0,01$); по отношению к группе сравнения он увеличился в 1,1 раза ($p<0,01$). При сравнении с группой детей с ОБРТ отмечена достоверная разница в цитокиновом статусе, причем большая выраженность наблюдалась у больных ХБ.

Результаты анализа распределения частот аллелей полиморфизма гена цитокина IL-6 по локусу 174G/C у детей с ХБ, а также в группе сравнения, представлены на рис. 2. Как видно из представленных данных, имеются существенные различия в полиморфизме гена IL-6, обладающего противовоспалительными свойствами.

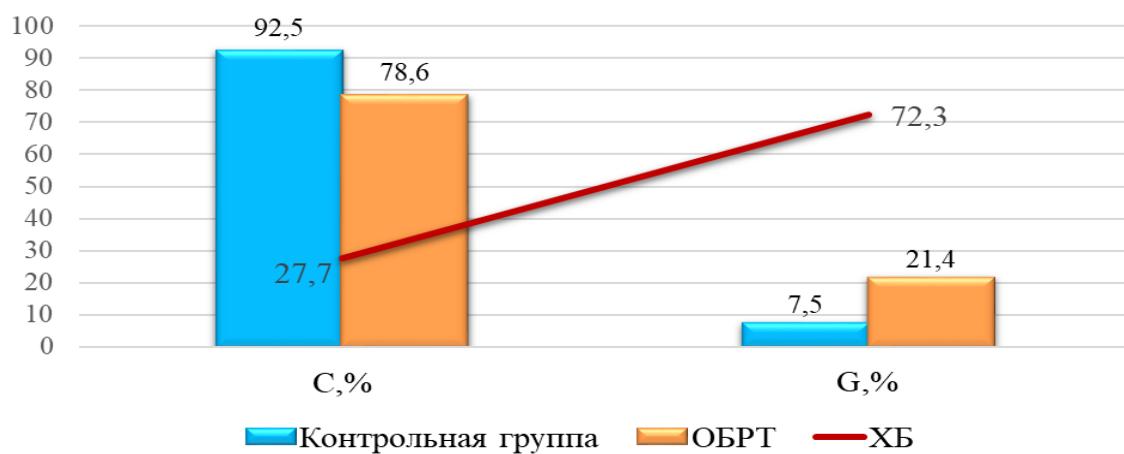


Рис.2. Распределение частот аллелей полиморфизма гена IL-6 в локусе -174G/C у обследованных детей, (%).

Анализ распределения частот аллелей полиморфизма гена IL-6 в положении 174 G/C показал наличие достоверных различий с контрольной группой и группой сравнения. У детей с хроническим бронхитом наблюдалась более высокая частота носительства аллеля G по сравнению с контрольной группой (72,3% против 7,5%, $p < 0,001$). Также у детей с ХБ выявлено достоверное увеличение частоты аллеля G в 3,4 раза по сравнению с группой сравнения (72,3% против 21,4%, $p < 0,01$).

Сравнительный анализ распределения генотипов полиморфизма (-174) C/G гена IL6 у исследованных детей представлен на рисунке 3. При изучении полиморфизма в позиции 174G/C гена IL-6 у детей с ХБ было обнаружено, что частота генотипа G/G (44,4%) значительно ниже, чем генотипа C/G (55,6%). Такая же тенденция наблюдалась и в группе детей с гипертонической болезнью респираторных путей (ОБРТ). Анализ носителей гомозиготного генотипа G/G в позиции 174G/C гена IL-6 у больных с ХБ показал, что их частота значительно выше, чем у группы с ОБРТ (44,4% против 17,1%, $P < 0,01$), превышая этот показатель в 2,6 раза. При этом частота гетерозиготного генотипа C/G у детей с ХБ значительно выше, чем у группы с ОБРТ (55,6% против 8,6%, $P < 0,001$) и контрольной группы (55,6% против 15,0%, $P < 0,01$).

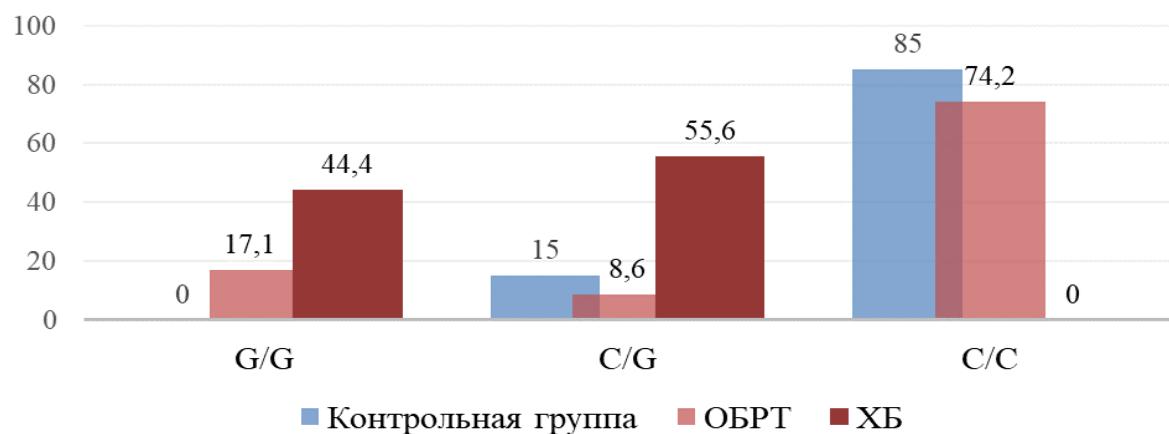


Рис.3. Распределение генотипов полиморфизма (-174) C/G гена IL6 у обследованных детей, (%).

Обсуждение. Итак, хронический воспалительный процесс в легких возникает из-за интенсивной продукции цитокинов и активации клеток-продуцентов антигенами. Ранее установленные нарушения в клеточном равновесии подтвердили роль цитокинов в патогенезе и прогрессировании хронического бронхита. В ходе нашего исследования выяснено, что полиморфный маркер гена цитокина (IL6 -174C/T) имеет значимость в отношении риска развития и характерных проявлений хронического бронхита у детей. Эти данные позволяют

более точно определить группы детей с повышенным риском развития хронического бронхита и разработать индивидуальные программы первичной и вторичной профилактики на основе генетической информации.

Выводы.

1. Наиболее информативными диагностическими маркерами хронического бронхита, у детей являются гиперпродукция про- и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-6, IL-8 и TNF α), указывающих на воспалительный процесс.
2. Выявлена прогностическая роль полиморфизма гена цитокина IL-6 полюсусу -174G/C у больных хроническим бронхитом. Это наиболее распространенные генотипы G/G – 44,4% носителей мутации.

Список литературы:

1. Пукседду Э., Ора Ж., Калзетта Л., Каззола М. Достижения и перспективы применения $\beta 2$ -агонистов длительного действия в лечении хронической обструктивной болезни легких//Вестник современной клинической медицины. 2018; 11(1): 70-78.
2. Козлов В.К., Лебедько О.А., Пичугина С.В. Актуальные вопросы хронических неспецифических заболеваний легких у детей//Бюллетень. 2018; (70):15-25.
3. Kim V., CrinerG.I. Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease//Am j respircrit care med 2013; 187: p. 228–237.
4. Косарев В.В., Бабанов С.А. Социальные аспекты хронического бронхита по данным эпидемиологического исследования//Экология человека. 2015;(12):46–49.
5. Пикуза О.И., Ризванова Ф.Ф., Генералова С.В., Кравцова О.А. Полиморфизм генов про- и противовоспалительных цитокинов и острый бронхит у детей//Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2017; 62:(5): 136–138.
6. Трушина Е.Ю., Костина Е.М., Молотилов Б.А., Типикин В.А., Баранова Н.И. «Роль цитокинов IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 в иммунопатогенезе хронической обструктивной болезни легких» //Медицинская иммунология. 2019; 21(1):89-98
7. Magerramova S.G. Genetic polymorphism of cytokines at the development of respiratory organs in children//Вісникміської медицини. 2018;1(78):14-20.
8. Куртуков Е.А., Рагино Ю.И. Потенциальные биохимические маркеры хронического бронхита//Бюллетень сибирской медицины. 2021; 20 (2): 148–159.
9. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей//Трудный пациент. 2009; 7(1-2): 35-40.

УДК 579.61+579.676+612.394.2

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.

Саржанова К.С.⁸

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. первого Президента Р.Ф. Б.Н.Ельцина. г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁸

Резюме. Нормальная микрофлора кишечника играет огромную роль в поддержании гомеостаза, иммунологической реактивности и основной жизнедеятельности макроорганизма. В последние годы значительно возрос интерес исследователей к проблеме коррекции дисбиоза с использованием пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков, продуктов функционального питания. В материале представлены существующие в настоящее время классификации пробиотиков, характеристика пробиотических штаммов, показания к их применению, положительные их эффекты при лечении различных инфекционных и неинфекционных заболеваний, в основном гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых.

Ключевые слова: дисбиоз, микробиома, пробиотики, пребиотики, синбиотики, продукты функционального питания, профилактика, лечение.

БАЛДАРДЫН ЖАНА ЧОНДОРДУН ДИСБИОТИК ООРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛООДО ПРОБИОТИКТЕРДИ КОЛДОНУУСУ.

Саржанова К.С.⁸

Россия Федерациинын бириччи президентинин Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети. Бишкек. Кыргыз Республикасы.⁸

Корутунду. Нормалдуу ичеги микрофлорасы гомеостазды, иммунологиялык реактивдүүлүктүү жана макроорганизмдин негизги жашоо активдүүлүгүн сактоодо чоң роль ойнойт. Акыркы жылдары пробиотиктерди, пребиотиктерди, синбиотиктерди жана функционалдык тамактануу продуктларын колдонуу менен дисбиозду оңдоо проблемасына изилдөөчүлөрдүн кызыгуусу кыйла өстү. Материалда пробиотиктердин азыркы кездеги классификациялары, пробиотикалык штаммдардын мүнөздөмөлөрү, аларды колдонуунун көрсөткүчтөрү, алардын ар кандай жуугуштуу жана жуугуштуу эмес ооруларды, негизинен балдар менен чоңдордогу гастроэнтерологиялык ооруларды дарылоодо оң таасирлери берилген.

Негизги сөздөр: дисбиоз, микробиоталар, пробиотиктер, пребиотиктер, синбиотиктер, функционалдык тамак-аши азыктары, алдын алуу, дарылоо.

THE USE OF PROBIOTICS IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF DYSBIOTIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADULTS.

Sarzhanova K.S.⁸

Kyrgyz-Russian Slavic University named after. the first President of the Russian Federation B.N. Yeltsin. Bishkek. Kyrgyzstan.⁸

Resume. Normal intestinal microflora plays a huge role in maintaining homeostasis, immunological reactivity and the basic vital activity of the macroorganism. In recent years, the interest of researchers in the problem of correcting dysbiosis using probiotics, prebiotics, synbiotics, and functional nutrition products has increased significantly. The material presents the currently existing classifications of probiotics, characteristics of probiotic strains, indications for their use, their positive effects in the treatment of various infectious and non-infectious diseases, mainly gastroenterological in children and adults.

Key words: dysbiosis, microbiota, probiotics, prebiotics, synbiotics, functional foods, prevention, treatment.

Введение. В связи с изменением структуры питания и образа жизни населения, нарушением экологии, применением антибиотиков и других лекарственных средств при различных заболеваниях проблема дисбиозов стала особенно актуальной. Поэтому в последние годы в медицинской литературе освещаются четкие обоснования широкого использования пробиотиков для коррекции дисбиотических нарушений, которые подтверждены клиническими, лабораторными и научными исследованиями [1, 3, 9, 14, 21, 23]. Дисбиоз, дисбиотические нарушения или дисбактериоз кишечника рассматривается как симптомокомплекс, а не как заболевание, что принято в Международной классификации заболеваний (МКБ-10). Однако, при дисбактериозе кишечника происходят качественные и количественные изменения характерной для данного биотипа нормофлоры человека, влекущие за собой выраженные клинические реакции макроорганизма, которые являются следствием каких-либо патологических процессов в организме. Как известно, нормальная микрофлора кишечника выполняет в организме защитную, ферментативную, синтетическую, иммунную, дезинтоксикационную, регуляторную и регенераторную функции (2, 5, 21). По этой причине дисбиотические нарушения отягощают течение и прогноз любого заболевания, ослабляют специфическую и неспецифическую реактивность организма. По определению ВОЗ [2002] и Международной научной ассоциации по вопросам пробиотиков и пребиотиков [ISAPP, 2013] пробиотики – это непатогенные живые микроорганизмы, которые способны восстанавливать нормальную микрофлору органов, а также губительно воздействовать на патогенные и условно-патогенные бактерии.

Характеристика и виды пробиотических штаммов:

В настоящее время к пробиотикам относятся следующие микроорганизмы:

- Лактобактерии (L. acidophilu, L. plantarum, L. casei, L. bulgaricus, L. lactis, L. reuteri, L. rhamnosus, L. fermentum, L. jonsonii, L. gasseri);

- Бифидобактерии (B. bifidum, B. infantis, B. longum, B. breve, B. adolescents);
- Непатогенные разновидности Escherichia Coli;
- Непатогенные разновидности Bacillus (B. subtilis));
- Непатогенные разновидности Enterococcus (Enterococci faecium, E. salivarius);
- Молочнокислый стрептококк (Str.thermophilus);
- Дрожжевые грибки Saccharomyces boulardii.

Пробиотики выпускаются в виде биологически активных добавок, лекарственных средств и продуктов функционального питания. В зависимости от агрегатного состояния пробиотики подразделяются на сухие и жидкие. Сухие пробиотики – это специально высушенные (лиофилизированные) культуры микроорганизмов, которые выпускаются в виде таблеток, капсул, порошков и суппозиторий. Жидкие пробиотики – это растворы или суспензии не подвергнутые лиофилизации, содержащие живые бактерии в биологически активном состоянии, которые полностью сохраняют антагонистические свойства по отношению к патогенной и условно-патогенной флоре. Кроме того, жидкие пробиотики содержат продукты жизнедеятельности бактерий – метаболиты (незаменимые аминокислоты, органические кислоты, интерферон-стимуляторы, витамины, ферменты, пептиды, бактериоцины), которые полезны и для микробов, и для макроорганизма. Преимуществом жидких пробиотиков является еще то обстоятельство, что их можно принимать не только внутрь через рот, но и вводить во влагалище, прямую кишку, нос, уши или наносить на кожу и волосы. Количество бактерий в разных пробиотиках значительно варьирует в зависимости от рода, вида и штамма микроорганизмов. Дозировки пробиотиков рассчитываются в колониеобразующих единицах (КОЕ) – количество жизнеспособных микроорганизмов, способных образовывать колонии на агаровой среде. Для реализации лечебных эффектов количество микробных тел должно быть не ниже 10^7 - 10^8 в одном грамме или миллилитре пробиотика.

Классификация пробиотиков:

В зависимости от состава препарата, все пробиотики подразделяются на:

- Монокомпонентные- содержат только один штамм бактерий (Н: Бифидумбактерин, Лактобактерин, Колибактерин и др.);
- Поликомпонентные (симбиотики) – содержат несколько разновидностей бактерий (Н: Бифинорм-3 вида, Бифиформ—3 вида, Бифидин—2 вида, Ацилакт-3 вида, Линекс- 3 вида, др.);
- Комбинированные (синбиотики) – содержат бактерии нормальной микрофлоры и какие-либо вещества, создающие оптимальные условия для роста данных микроорганизмов, т.е. пребиотики (Н: Кипацид- лактобациллы +иммуноглобулины; Бифилиз - бифидобактерии+ лизоцим; Биофлор – кишечная палочка + экстракт сои и прополиса и др.);
- Сорбционные – содержат бактерии нормальной микрофлоры в сочетании с энтеросорбентами (Н: Бифидобактерин- форте, Бификол-форте, Пробиофор, Экофлор и др.);
- Рекомбинантные – содержат генно-модифицированные бактерии, которым вживлен ген с определенными характеристиками (Н: Субалин и др.);
- Самоэлиминирующиеся антагонисты (спорообразующие)- препараты конкурентного действия, не относящиеся к облигатным представителям нормальной микрофлоры кишечника рода Bacillus (Энтерол, Бактисубтил, Биоспорин и др.);
- Метаболические препараты – продукты жизнедеятельности пробиотических штаммов (Н: Хилак-форте).

Кроме того, существует классификация пробиотиков, где выделяется 5 поколений, основанная на времени их создания:

1-ое поколение включает в себя препараты, содержащие только один вид бактерий (Н: Бифидобактерин, Лактобактерин, Колибактерин);
2-ое поколение включает в себя самовыводящиеся антагонисты, которые представляют собой бактерии, в норме не обитающие в кишечнике человека, но способные подавлять рост и размножение патогенных микробов (Энтерол, Бактисубтил, Биоспорин и др.);
3-е поколение включает в себя препараты, содержащие несколько видов бактерий (Н: Бифилонг, Линекс, Бификол, Аципол, Ацилакт);
4-ое поколение включает в себя комбинированные препараты, содержащие бактерии и вещества, способствующие их росту (Н: Бифилиз, Кипацид и др.);
5-ое поколение включает в себя поликомпонентные препараты, содержащие несколько бактерий и вещества, способствующие их росту (Н: Бифиформ и др.).
Все пробиотики классифицируются также по родовой принадлежности, входящих в состав тех или иных бактерий:

- Бифидосодержащие пробиотики (Бифидумбактерин, Бифидумбактерин-форте, Бификол, Бифилиз, Пробифор);
- Лактосодержащие пробиотики (Лактобактерин, Ацилакт, Аципол, Биобактон и др.);
- Колисодержащие пробиотики (Колибактерин, Бификол, Биофлор);
- Пробиотики, содержащие бациллы, сахаромицеты или энтерококки (Бактисубтил, Бактиспорин, Споробактерин, Биоспорин, Энтерол, Линекс).

Терминология. В литературе часто встречается термин «эубиотик», который является синонимом пробиотиков. Если пробиотиками мы называем полезные живые микроорганизмы, то пребиотиками являются вещества немикробного происхождения, которые не всасываются в тонкой кишке, но создают благоприятные условия для роста и размножения нормальной микрофлоры толстого кишечника. К пребиотикам относятся: олигосахариды, пищевые волокна, ксилит, сорбит, пектины, декстрин, хитозан, глутаминовая кислота, валин, аргинин, каротиноиды, витамины и др. Препараты пробиотиков, содержащие в своем составе несколько полезных бактерий, принято называть **симбиотиками**. Если препараты одновременно содержат в своем составе и пробиотики, и пребиотики, то они называются **синбиотиками**. Для гармоничного роста и развития детей, сохранения здоровья, работоспособности и долголетия рекомендуются здоровые функциональные продукты питания. **Функциональные продукты питания** – это пищевые продукты, обогащенные пробиотиками, пребиотиками или другими недостающими ингредиентами, которые улучшают физиологические функции организма, снижают риск развития различных заболеваний. Функциональные продукты, созданные на молочной основе, составляют более 65%, которые делятся на кисломолочные продукты, обогащенные про- и пребиотиками, биологически активные добавки к пище и продукты детского и лечебно-профилактического питания. При производстве детских и лечебных смесей обязательно осуществляется обогащение их соответствующими пробиотиками и пребиотиками в зависимости от показаний к применению.

Показания и эффективность их применения.

По данным исследований последних лет [2, 5, 15, 17, 22, 25, 27, 28] подтверждается эффективность использования пробиотиков в комплексной терапии различных заболеваний во всех сферах медицинской деятельности. В педиатрической практике среди детей из группы риска в период новорожденности пробиотики назначают при:

- осложненном течении беременности и родов;
- бактериальном вагинозе и мастите у матери;
- позднем прикладывании к груди;
- физиологической незрелости моторной функции кишечника;
- наличии гнойно-септических инфекций;
- низкой оценке по шкале Апгар и др.

Показаниями к применению пробиотиков для детей раннего возраста являются:

- неблагоприятный преморбидный фон;
- диспепсические нарушения;
- раннее смешанное и искусственное вскармливание;
- частые ОРВИ;
- явления атопии, рахита, анемии, нарушений питания;
- изменения психоневрологическом статусе;
- инфекционная или соматическая патология, а среди детей дошкольного и школьного возраста:
- нерациональное питание;
- наличие хронических заболеваний;
- частые ОРВИ, аллергические реакции;
- вегетососудистая дистония и др.

Кроме того, вне зависимости от предрасполагающих факторов и возрастной группы пробиотики назначаются детям и взрослым при кишечных инфекциях, длительной антибиотикотерапии, оперативных вмешательствах, длительной гормонотерапии или лечении нестероидными противовоспалительными препаратами, проведении химио - или лучевой терапии онкологических больных.

Как известно, в структуре общей заболеваемости населения болезни пищеварительной системы занимают лидирующие позиции. Данные исследования разных авторов [12, 18, 19, 22, 26] показывают, что в среднем у 94% больных гастроэнтерологического профиля выявляются нарушения микрофлоры толстого кишечника: у 76% больных с гастродуоденитом, у 78% - с патологией гепатобилиарной системы и у 86-100% с заболеваниями кишечника. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит также сопровождается дисбиотическими нарушениями желудочно-кишечного тракта. По результатам проведенных исследований с позиции доказательной медицины [4, 7] эффективность применения пробиотиков установлена при лечении хеликобактерной инфекции [11, 17], антибиотик-ассоциированной диареи [10, 13], лактазной недостаточности [20, 24], атопическом дерматите [6, 14], респираторных вирусных инфекциях и коронавирусной инфекции COVID-19 (16 и др.).

Применение пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых рекомендованы Российской гастроэнтерологической ассоциацией (РГА) и Научным сообществом по содействию клиническому изучению микробиомы человека [НСОИМ, 2021]. Механизм положительного действия пробиотиков связывают с подавлением роста патогенных бактерий, нормализацией микрофлоры кишечника, иммуностимулирующей и антибактериальной активностью. Функции микробиоты кишечника многогранны, сложны и еще не до конца изучены. Эффективность лечения пробиотиками, пребиотиками, синбиотиками зависит от дозы, характеристики выбранного штамма, длительности применения, возраста и характера патологии. В Национальном Центре охраны материнства и детства научно-производственным отделом питания (ныне отделение диетологии) производятся жидкие монокомпонентные пробиотики (Бифидумбактерин, Лактобактерин, Колибактерин) и «Антианемическая добавка», сухие моно- и поликомпонентные пробиотики (Бифидумбактерин, Лактобактерин, Колибактерин, Бифилак, Бификол, Бифилиз). Кроме того, выпускаются продукты функционального питания, к которым относятся «Биолакт», «Лактобаланс», обогащенные витаминами, микроэлементами и бифидобактериями, а также закваски для приготовления различных кисломолочных продуктов. Однако, из-за нехватки современного оборудования, производственной площади, кадрового потенциала они выпускаются в ограниченном объеме, что не удовлетворяет потребности населения. Таким образом, научно доказано, что на

современном этапе оздоровление детского и взрослого населения путем организации здорового образа жизни и здорового питания с использованием натуральных функциональных продуктов, обогащенных пробиотиками, пребиотиками является перспективным и приоритетным направлением.

Список литературы:

1. Барановский А.Ю., Кондрашина Э.А. *Дисбактериоз кишечника* –СПб. Питер- 2007, 240 с.;
2. Блохин Б.М., Прохорова А.Д., Суюндукова А.С. *Современные аспекты применения пробиотиков в педиатрии. Медицинский оппонент.* 2018; 3:42-7;
3. Голошибина В.В., Трухан Д.И., Багишева Н.В. *Нарушения кишечного микробиоценоза: актуальные аспекты терминологии, клиники, профилактики.* РМЖ. 2020; 12:17-22;
4. Денисов М.Ю., Шрайнер Е.В., Якушин А.С. *Пре- и пробиотическая поддержка микробиомы желудочно-кишечного тракта у детей с позиции доказательной медицины.* Учебное пособие. Новосибирск; 2017;
5. Дроздов В.Н., Астаповский А.А., Сереброва С.Ю., Лазарева Н.Б., Ших Е.В. *Клиническая эффективность пробиотических штаммов родов *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*// Вопросы питания.* 2020. т.89, №2, с.107-115;
6. Заславский Д.В., Новикова В.П., Чупров И.Н. и др. *Пробиотики в профилактике и терапии атопического дерматита у детей. Вопросы практической педиатрии.* 2016; 11 (2): 51-7;
7. Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. *Кишечная микробиома и применение пробиотиков с позиции доказательной медицины. Concilium Medicum. Педиатрия (Прилож.),* 2016; 4: 24-28;
8. Ивашин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И., Алексеенко С.А. и др. *Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиомы человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых. Росс. журн. гастроэнтер. гепатологии, колопроктологии.* 2021; 31 (2) :65-91;
9. Кайбышева В.О., Никонов Е.Л. *Пробиотики с позиции доказательной медицины. Доказательная гастроэнтерология.* 2019, т.8, №3, с.45-54;
10. Каннер Е.В., Горелов А.В., Максимов М.Л., Каннер И.Д., Лапкин Н.М. *Современные подходы к профилактике и регидратационной терапии антибиотик-ассоциированной диареи у детей на фоне ОРИ. Медицинский совет.* 2021; (1) : 149-156;
11. Каннер Е.В., Заплатников А.Л., Каннер И.Д., Фарбер И.М. *Пробиотики и противоинфекционная резистентность: современные представления и новые терапевтические возможности.* РМЖ. Мать и дитя. 2023; 6 (2): 184-191;
12. Кляритская И.Л., Мошко Ю.А., Максимова Е.О., Работягова Ю.С. *Современные концепции применения пробиотиков в гастроэнтерологии. Крымский терапевтический журнал (КТЖ),* 2021, №1; 9-14;
13. Мазанкова Л.Н., Перовская С.Г., Ардатская М.Д. и др. *Профилактика дисбиотических нарушений и антибиотик-ассоциированной диареи у детей с острыми респираторными заболеваниями на фоне антибиотикотерапии.* РМЖ. Медицинское обозрение. 2021; 5 (11): 712-720;
14. Незабудкин С.Н., Незабудкина А.С., Антонова Т.И. *Роль пробиотиков в лечении атопического дерматита у детей раннего возраста с синдромом дисбиоза кишечника – СПб. Питер.-2014;*
15. Никитина Е.А., Орлова С.В., Орлова А.А. *Пробиотики: настоящее и будущее. Медицинский альфавит.* 2021; 21:101-114;
16. Новикова В.П., Полунина А.В., Баннова С.Л., Балашов А.Л. и др. *Состояние желудочно-кишечного тракта у детей при новой коронавирусной инфекции и в постковидный период. Роль синбиотика в коррекции клинических симптомов, кишечной микробиомы и проницаемости кишечной стенки.* РМЖ. Мать и дитя. 2023; 6 (3) : 283-289;
17. Осипенко М.Ф., Дробышева В.П., Литвинова Н.В., Ливзан М.А., Гаус О.В. *Место пробиотиков в эридикационной терапии хеликобактерной инфекции.* РМЖ. Медицинское обозрение, 2023; 7 (5): 274-282;
18. Перцевал Ц., Плетинцук М., Ванденплас И. *Пробиотики для профилактики гастроинтестинальных расстройств у детей: Обзор научных данных. Педиатрия. Concilium Medicum.* 2020; 3:12-19;
19. Руководство по клинической практике Американской гастроэнтерологической ассоциации (АГА) о роли пробиотиков в лечении желудочно-кишечных расстройств. 2020. Институт AGA 0016-5085/S 36.00 [https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.059\\$](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.059$)
20. Ручкина И.Н., Фадеева Н.А. *Роль комбинированного пробиотика в терапии лактазной недостаточности.* Терапевтический архив. 2021; 93 (4) : 431-434;
21. Ткач С.М., Пучков К.С. *Роль пробиотиков в коррекции нарушений кишечной микробиомы.* СУЧАСНА Гастроентерологія// 2014; №3 (77) : 59-65;

22. Трухан Д.И., Викторова И.А., Багишиева Н.В., Голошибина В.В. Синдром раздраженного кишечника: Актуальные вопросы диагностики и лечения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №11 (1), с. 89-93;
23. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Поляшкин С.В. Пробиотики и их место в современном мире. Росс. журн. гастроэнтерол., гепатологии, колопроктологии. 2020; 30 (3): 24-35;
24. Leis R, de Castro MJ, et al. Effects of Prebiotic and Probiotic Supplementation on Laxative Deficiency and Lactose Intolerance A Systematic Review of Controlled Trials. Nutrients. 2020 May 20; 12 (5): 14-87;
25. Li Y, Tan Y, Xia G., Shuai J. Effects of probiotics, prebiotics and synbiotics on polycystic ovary syndrome a systematic review and meta-analysis. Crit Rev Food Sci Nutr. 2021 jul 21: 1-17;
26. Preidis GA, Weizman AV, Kashyap PC et al. AGA Technical Review on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2020; 159 : 724-754;
27. Salminen S/. Collado M.C. Endo A. et al. The International Scientific Association of Probiotics and Prebiotics (ISAPP) consensus statement on the definition and scope of postbiotic. Nat. Rev Gastroenterol Hepatol. 2021; 18 (9): 649-667.
28. Williams M.D., Ha C.Y., Ciorba M.A. Probiotics as therapy in gastroenterology a study of physician opinions and recommendations// J Clin Gastroenterol. -2010.-v. 44 (9) -p.631-636;

УДК 616.31-089-053.2(575.2)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Юлдашев И. М.¹¹, Суеркулов Э. С.¹, Мамыралиев А. Б.¹, Рахманов А. Т.¹², Омурбеков Е. О.¹³

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика.¹¹
Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика.¹

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика.¹²

Ошский государственный университет, Ош, Кыргызская Республика.¹³

Резюме. В статье приводится исторический очерк становления и развития службы детской челюстно-лицевой хирургии в Кыргызской Республике. Приводятся сведения об организационной структуре, трудностях финансирования, а также сотрудничестве с зарубежными коллегами, международными фондами при решении проблем материально-технического, профессионального обеспечения работы службы детской челюстно-лицевой хирургии с момента становления в 1960-е годы и по настоящее время.

Ключевые слова: детская челюстно-лицевая хирургия, история развития в Кыргызстане.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ЖААК-БЕТ ХИРУРГИЯСЫНЫН АКТУАЛДУУ КӨЙГӨЙЛӨРҮ

**И.М. Юлдашев¹¹, Э.С. Суеркулов¹, А.Б. Мамыралиев¹,
А.Т. Рахманов¹², Э.О. Омурбеков¹³**

И.К. Ахунбаев атындағы Кыргыз мамлекеттік медициналық академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹¹
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

С.Б. Данияров атындағы Кыргыз мамлекеттік қайра даярдоо жана квалификацияны жогорулаттуу медициналық институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹²

ОшМУ, Ош, Кыргыз Республикасы.¹³

Корутунду. Макалада Кыргыз Республикасындағы балдардын жаак-бет хирургиясы қызметиңиң калыптанышынын жана өнүгүшүнүн тарыхы берилген. Уюштуруу түзүмү, каржылоо кыйынчылыктары, ошондой эле 1960-жылдардан баштап балдардын жаак-бет хирургиясы қызметиңиң логистика маселелерин чечүүдө чет өлкөлүк кесиптештер жана эл аралык фонддор менен қызметташыусу, 1960-жылдардан азыркы учурга чейинки ишмердүүлүгүн профессионалдык жактан колдоо боюнча маалымат берилген.

Негизги сөздөр: балдардын жаак-бет хирургиясы, Кыргызстандағы өнүгүү тарыхы.

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRIC MAXILLOFACIAL SURGERY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

I.M. Yuldashev¹¹, E.S. Suerkulov¹, A.B. Mamyraliev¹, A.T. Rakhmanov¹², E.O. Omurbekov¹³

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek. Kyrgyzstan.¹¹

National center for maternal and child welfare, Bishkek. Kyrgyzstan.¹

Kyrgyz state medical institute of retraining and advanced training named after S. B. Daniyarov, Bishkek. Kyrgyzstan.¹²
Osh state university, Osh, Kyrgyzstan.¹³

Resume. The article provides a historical outline of the formation and development of the pediatric maxillofacial surgery service in the Kyrgyz Republic. Information is provided on the organizational structure, financing difficulties, as well as cooperation with foreign colleagues and international funds in solving problems of logistics, professional support for the work of the pediatric maxillofacial surgery service from its inception in the 1960s to the present.

Key words: pediatric maxillofacial surgery, development history in Kyrgyzstan.

Введение. Развитие и становление челюстно-лицевой хирургии в Кыргызстане тесно связано с развитием хирургии и стоматологии. В нашей стране в дореволюционный период насчитывалось лишь 6 больниц на 100 коек и 30 амбулаторий, которые в своём большинстве возглавлялись фельдшерами; врачей было всего 15. В 1915 г. в Кыргызстане появилось несколько частных зубоврачебных кабинетов в г. Пишпек, а также по одному в гг. Ош, Пржевальск и Нарын. В 1933 году в г. Фрунзе была организована самостоятельная зубоврачебная амбулатория с тремя структурными подразделениями (терапия, хирургия, ортопедия). В 1938 г. она была реорганизована в зубоврачебную поликлинику [1, 3]. К 1940 году в лечебно - профилактических учреждениях республики, кроме одной стоматологической поликлиники функционировало 49 зубоврачебных кабинетов, в которых уже работало 12 врачей стоматологов, 66 зубных врачей и 18 зубных техников [3].

В послевоенный период были сформулированы новые подходы в тактике и теории лечения стоматологических пациентов, челюстно-лицевых раненых. В Кыргызстане этот огромный научно-практический послевоенный опыт передавался, прежде всего, в лице первого врача стоматолога нашей страны - Якова Макаровича Снежко. Свою деятельность преподавателя в медицинском училище по хирургии зубов и анатомии Снежко Я. М. сочетал с работой клинического ординатора на базе госпитальной хирургии [3,6].

Знаменательной вехой в развитии стоматологии Кыргызстана, способствовавшей ее интенсивному развитию, явилась организация стоматологического факультета при КГМИ в 1960 г. В 1962 году на базе отделения общей хирургии РКБ было организовано самостоятельное челюстно-лицевое отделение на 35 коек. В этом же году было выделено 15 коек для обслуживания детей, т.е. была основана самостоятельная стационарная детская помощь. Отделение челюстно-лицевой хирургии, наряду с республиканской стоматологической поликлиникой, кафедрами хирургической, терапевтической и ортопедической стоматологии Киргосмединститута являлись ведущим и основным звеном в организации консультативной и организационно-методической помощи стоматологическим учреждениям республики.

С 1960г. на базе доцентского курса стоматологии кафедры госпитальной хирургии Киргосмединститута началась подготовка врачей-стоматологов, а с 1962г. на базе этого же курса организуется стоматологическая кафедра, объединяющая три профиля стоматологии: терапевтической, ортопедической и хирургической. Базой кафедры явились организованные при Республиканской клинической больнице стоматологическая поликлиника и отделение челюстно-лицевой хирургии (1962) [1]. В настоящее время стоматологические кафедры располагаются в здании Стоматологического центра Кыргызской государственной

медицинской академии имени И. К Ахунбаева, отделении челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики, отделении детской челюстно-лицевой хирургии Национального центра охраны материнства и детства, имеются отдельные учебные кабинеты в некоторых стоматологических поликлиниках города.

1 сентября 1972 года, приказом Минздрава Кыргызской Республики №125 в отделении челюстно-лицевой хирургии организовано круглосуточное оказание ургентной помощи. Первой на дежурство заступила врач Бектембаева Б. И. В 1976 г. в г. Ош была открыта детская стоматологическая поликлиника. В 1976 г. на базе республиканской клинической больницы образовано самостоятельное отделение детской хирургической стоматологии на 35 коек. Первой заведующей отделением была назначена врач высшей категории, заслуженный врач Кыргызстана Бибира Ибраимовна Бектембаева. С 1996 г. отделение детской челюстно-лицевой хирургии переведено в Республиканскую детскую клиническую больницу (Республиканский центр педиатрии и детской хирургии) ныне Национальный центр охраны материнства и детства. Руководит отделением врач высшей категории Мамыралиев А. Б. В 1977 году при областной больнице в г. Ош было открыто самостоятельное челюстно-лицевое отделение [1]. В 1981 г. во Фрунзе была открыта первая многопрофильная детская стоматологическая поликлиника с анестезиологической службой. В 1980 г. при КГМИ организован самостоятельный доцентский курс по детской стоматологии, а в 1983 г. доцентский курс преобразован в кафедру стоматологии детского возраста. Первым заведующим кафедрой был профессор Абдрахманов С.А. С 2003 г она преобразована в кафедру стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии. Заведовал кафедрой доктор медицинских наук Орозобеков С. Б.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в оказании стоматологической помощи населению, имелись большие проблемы по организации профилактической ортодонтической стоматологической помощи, особенно в сельских регионах. Это было обусловлено неравномерным распределением сети стоматологических учреждений, кадров между городом и сельской местностью, проблемы с развитием ортодонтической, ортопедической стоматологической помощи сельскому населению, неполный охват населения профилактическими осмотрами, медленное внедрение современных методов и материалов в практику работы стоматологических учреждений [5,7].

Эпидемиологические обследования последних лет свидетельствуют о росте поражаемости зубов кариесом у детей. По данным ВОЗ, распространенность кариеса зубов в различных климатогеографических зонах мира достигает от 60 до 98% [7]. Широкая распространенность стоматологических заболеваний требует планирования общегосударственных мероприятий по их профилактике и лечению. Это особенно актуально в контексте реформирования здравоохранения с формированием системы общественного здравоохранения [2]. В Кыргызстане вторая половина 90-х годов прошлого столетия ознаменована проведением глубоких реформ в системе оказания медицинской помощи [2,7]. А после обретения независимости в Кыргызстане отмечалось падение уровня расходов на здравоохранение с 3,8% от внутреннего валового продукта (ВВП) в 1990 году до 3,3% в 1994 году. В период 1997 – 2004 годов оно снизилось до 2,6 и 2,0% соответственно. В 2005 году данный показатель по Кыргызской Республике составил всего 1,8% от валового внутреннего продукта. В то же время в развитых странах мира этот показатель в среднем превышает 8% [2].

В ситуации с ухудшением финансирования здравоохранения в особенно тяжелом состоянии оказались разделы сложных высокотехнологических разделов медицины – детская

челюстно-лицевая хирургия, оперативное лечение и ортодонтическая, логопедическая реабилитация детей – инвалидов с врожденными пороками развития лица и челюстей. Хорошим подспорьем в лечении и реабилитации таких детей сирот явилась помошь зарубежных коллег. В начале столетия помошь в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба оказывал датский фонд «Спасение детей», затем, в течение почти семнадцати лет с 2003 по 2027 год отделение детской челюстно-лицевой хирургии Национального центра охраны материнства и детства сотрудничало с международным фондом «AWD kinderhilfe», позднее с другими благотворительными организациями. Помошь фонда «Спасение детей» была своевременной и эффективной. Фонд оказывал поддержку детям инвалидам по приобретению необходимых материалов, инструментов. Более тесное и плодотворное сотрудничество у нашего отделения сложилось с Международным фондом «AWD kinderhilfe», объединяющим усилия Федеративной Республики Германия, Австрийской республики и Швейцарской конфедерации. Началось все с ознакомительного визита в Кыргызстан руководителя фонда «AWD kinderhilfe» миссис Бетины Машмайер. Посетив дома ребенка со специализацией по уходу за детьми-инвалидами с патологией лица и челюстей, она была удивлена, обнаружив там детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, которые не были прооперированы в 10-12 летнем возрасте. В Европе патологию верхней губы детям оперируют в месячный срок от рождения. Патологию несращения твердого неба оперируют в годовалом возрасте, т. е. расщелину неба восстанавливают до момента, когда ребенок начинает говорить. Она предложила найти врача, хорошо говорящего на немецком или английском языке, для сопровождения двух трех детей в поездке в Европу, а фонд обязался дважды в год – весной и осенью провести оперативное лечение и реабилитацию таким детям в условиях госпиталей в Германии. Наши специалисты выдвинули встречное предложение – было предложено помочь нашему отделению детской челюстно-лицевой хирургии материалами и оборудованием, подключить к сотрудничеству на нашей базе опытных немецких коллег, организовать Центр по лечению врожденной патологии лица и челюстей в Кыргызстане и возможно для детей соседних стран. Холодным февральским днем к нам приехали: профессор Ярг-Эрих Хаузамен – заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Высшей медицинской школы Ганновера (земля Нижняя Саксония), его коллега доктор Кристофер Оэльцер, доктор Вибке Щюпп из Медицинского университета Фрайбурга (земля Баден-Вюртемберг), член международной группы «Врачи без границ». Позднее к ним присоединились врач-ортодонт из Высшей медицинской школы Ганновера ортодонт Йоханнес Бертен, доктор Бригитта Винклер-Клаузер, врачи логопеды и фониатристы из Швейцарии. Наше сотрудничество получилось очень плодотворным. С помошью зарубежных коллег из Германии, Швейцарии было прооперировано около полутора тысяч детей. Коллеги помогали оперировать и детей из Казахстана, Узбекистана. Каждый свой приезд (дважды в год) они привозили с собой хирургические стоматологические, операционные материалы, инструменты, оборудование. За счет данного фонда был проведен капитальный ремонт, оснащение операционного блока, включая операционную и стерилизационную в отделении детской челюстно-лицевой хирургии. По взаимной договоренности было решено организовать отделение ортодонтической реабилитации, с этой целью был проведен капитальный ремонт ортодонтического блока по евростандартам, оснащение, также по евростандартам трех ортодонтических кабинетов, зуботехнической лаборатории и приемного отделения для пациентов. Наши врачи - детские челюстно - лицевые хирурги, анестезиологи, ортодонты неоднократно прошли стажировку в лучших клиниках челюстно-лицевой хирургии в Германии. Посольством Федеративной Республики Германия в Кыргызстане было проведено

торжественное открытие данного Международного центра, был проведен Торжественный прием в Посольстве ФРГ в Бишкеке. В период успешного сотрудничества часть коллег из Швейцарии была направлена в отделение челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной клинической больницы, где сотрудничество продолжается по настоящее время. Рассказывая о зарубежных коллегах, помогавших нам в трудные времена переходного периода, стоит также упомянуть пластического хирурга из Нидерландов доктора Ханса де Брюина, докторов, приехавших в клинику по линии сотрудничества с Ротари клубом из Мексики и Аргентины, профессора М. Мендозо, доктора Химат бу Раззака из Катара (прооперировавшего более пятидесяти пациентов). В настоящее время наше сотрудничество с зарубежными коллегами продолжается – приезжают коллеги из Российской Федерации, арабских стран и другие.

В деле организации оперативного лечения и реабилитации детей с врожденными пороками лица и челюстей, по опыту европейских стран, продолжает оставаться актуальным внедрение новых технологий оперативного лечения по ортогнатической хирургии, ортодонтической, логопедической, фониатрической реабилитации вплоть до достижения ребенком 20-25 лет. Для этого нужно включение этой категории пациентов в перечень по использованию высоких технологий в медицине, продолжение начатого внедрения новейших ортодонтических методик лечения, обеспечение отдельного, дополнительного государственного страхового обеспечения детей инвалидов стоматологической, хирургической, ортодонтической страховой финансовой поддержкой.

Служба детской челюстно-лицевой хирургии, детской хирургической стоматологии, тесно связанная со стоматологией и хирургией прошла длительный период успешного становления и развития. В переходный период, во время реформирования системы общественного здравоохранения, служба испытывает трудности по организации, финансированию помощи, обеспечению оборудованием, инструментарием, материалами. Повышение роли государственной поддержки, сотрудничество с международными фондами, организациями, зарубежными коллегами, развитие навыков и способностей профессионального подхода будут способствовать дальнейшему укреплению и развитию данного направления.

Список литературы:

1. Абдрахманов С. А., Мамытов А. М., Джумаев А. Т. *История развития стоматологии в Киргизии //Здравоохранение Киргизии.* – 1987. - №3. – С. 61-63.
2. Мамытов М. М., Каратеев М. М. *Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана // Экономика здравоохранения.* – 2004. - №2. – С. 5-15.
3. Нишанов К. Н. *Исторический очерк развития стоматологической помощи населению Киргизии.* – Фрунзе: Кыргызстан, 1973. – 52с.
4. Оспанова Г. Б. *Технологии ортодонтического лечения в создании пространства здоровья как фактора качества жизни человека: Автoref. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2000. – 64с.*
5. Токтоматов Н. *Управление стационарной медицинской помощью населению Кыргызстана в условиях реформирования отрасли: Автoref. дис... д-ра мед. наук: М, 2004. – 54с.*
6. Шейнман В. Ю. *Научно-практическое наследие стоматологов Кыргызстана.* – Бишкек, 2001. – 120с.
7. Юлдашев И. М. *Оптимизация стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения в Киргизской республике //Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2006. - №3-4. – С. 17-22.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ (ЧБД) С ПОЗИЦИИ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Мыкыев К.М.⁸, Омурбеков Т.О.⁸, Садыков А.Н.⁹

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра детской хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁸

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁹

Резюме. В статье приведены данные клинико-рентгенологического и бронхологического исследования часто болеющих детей (ЧБД), длительно получавших амбулаторное и стационарное лечение в различных лечебно-профилактических учреждениях Республики. За 2017-2023 годы 107 ЧБД в отделении торакальной хирургии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) проведено 127 бронхоскопий и выявлены: гнойно-фибринозный эндобронхит – у 69 (64,5%), инородные тела дыхательных путей – у 28 (26,7%), ателектаз легкого и аномалия бронха – у 4 (3,7), бронхоэктатическая болезнь – у 6 (5,6%) больных. Установлена эффективность диагностической и лечебно-санационной бронхоскопии в группе ЧБД, особенно у больных с хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, инородными телами нижних дыхательных путей.

Ключевые слова: часто болеющие дети, хронический бронхит, пневмония, гнойный эндобронхит, инородные тела, ателектаз легкого, бронхоскопия.

ТЕЗ-ТЕЗ ООРУГАН БАЛДАР (ТТОБ) БАЛДАР ХИРУРГТАРЫНЫН КӨЗ КАРАШЫ МЕНЕН

К.М. Мыкыев⁸, Т.О. Омурбеков⁸, А.Н. Садыков⁹

Россия Федерациинын биринчи президентинин Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек. Кыргыз Республикасы⁸

Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасы, Бишкек. Кыргыз Республикасы⁹

Корутунду. Макалада Республиканын ар кайсы медициналык мекемелеринде узак убакыт бою амбулатордук жана стационардык шартта дарыланып келген тез-тез ооруган балдарды (ТТОБ) клиникалык, рентгениологиялык жана бронхологиялык изилдөөнүн жыйынтыктары көлтирилген. 2017-2023-жылдары шаардык балдар клиникалык ооруканасынын (БШБКОК) көкүрөк хирургия бөлүмүндө 107 ооруган балага 127 бронхоскопия жүргүзүлүп, алардын 69-на (64,5%) ириңдүү-фибриноздук эндобронхит, дем алуу жолдорунун бөтөн денелери - 28 (26,7%), епкө ателектазы жана бронхтун аномалиясы - 4 (3,7), бронхоэктаз - 6 (5,6%) диагнозу көюлган. ТТОБ арасында өзгөчө өнөкөт бронхит, бронхиалдык астма, томонкү дем алуу жолдорунда бөтөн денелер менен ооругандарда диагностикалык-дарылоо бронхоскопиянын эффективдүүлүгү аныкталган.

Негизги сөздөр. көп ооруган балдар, өнөкөт бронхит, пневмония, ириңдүү эндобронхит, бөтөнчө денелер, епкөнүн ателектазы, бронхоскопия.

FREQUENTLY ILL CHILDREN (FIC) FROM THE POSITION OF A PEDIATRIC SURGEON

К.М. Mykyev⁸, Т.О. Omurbekov⁸, А.Н. Sadykov⁹

Kyrgyz-Russian Slavic University named after. the first President of the Russian Federation B.N. Yeltsin, Bishkek. Kyrgyzstan.⁸

City Children's Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Bishkek. Kyrgyzstan.⁹

Resume. The article presents data from a clinical, radiological and bronchological study of frequently ill children (FIC) who have been receiving outpatient and inpatient treatment for a long time in various medical institutions of the Republic. For 2017-2023, 127 bronchoscopy were performed in the department of thoracic surgery at the city children's clinical hospital for emergency medical care (CCCH EMC) and were diagnosed with purulent fibrinous endobronchitis - 69 (64.5%), foreign bodies of the respiratory tract - 28 (26.7 %), pulmonary atelectasis and bronchial anomaly - 4 (3.7%), bronchiectasis - 6 (5.6%) patients. In the FIC group, the effectiveness of diagnostic and therapeutic bronchoscopy was established, especially in patients with chronic bronchitis, bronchial asthma, and foreign bodies in the lower respiratory tract.

Key words: children who are often ill, chronic bronchitis, pneumonia, purulent endobronchitis, foreign bodies, lung atelectasis, bronchoscopy.

Актуальность. По данным различных авторов, в структуре заболеваемости ЧБД патология респираторного тракта и составляет от 14 до 83 % [1-4]. После выхода монографии В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова «Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления» в 1986 году пристальное внимание обращено на проблему ЧБД, и дискуссии на данную тему не утихают. Впервые авторы предложили считать часто болеющих детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) на первом году жизни 4 и более раз в год, в возрасте от 1 до 3 лет — 6 и более, от 3 до 5 лет — 5, старше 5 лет — 3 и более раз в год [5,6]. В ясельных и младших группах детских дошкольных учреждений доля ЧБД может превышать 50%, среди школьников эта доля составляет примерно 10%, постепенно снижаясь до 3–5% в старших классах [7–8]. В структуре заболеваемости вирусные инфекции составляют 65–90% (вирусы гриппа, парагриппа, аденоны, респираторно-синцитиальный вирус). Вирусная мононинфекция выявляется в 52%, ассоциация из 2 вирусов и более — в 36% случаев [7]. По данным большинства отечественных педиатрических школ рекомендуют относить к группе ЧБД тех детей, которые болеют ОРЗ 4–8 раз в течении года и не имеют при этом хроническую или врожденную патологию [9–11].

Как известно, причины частой заболеваемости детей носят многофакторный характер. Общеизвестны эндогенные факторы риска: частые ОРИ, неблагоприятное течение беременности, недоношенность, антенатальное и интранатальное поражение ЦНС, дефицитные состояния, раннее искусственное вскармливание, инфицированность микобактериями туберкулеза. К экзогенным факторам риска можно отнести высокую контагиозность возбудителей ОРИ, персистирующие внутриклеточные инфекции, наличие взрослых или других детей в семье с хроническими очагами инфекции, пассивное курение, дефицитное по микронутриентам питание, посещение детских учреждений с раннего возраста, экологические факторы (загрязнение воздуха), наличие в воде и продуктах питания ксенобиотиков [11-13].

Таким образом, вопросы о необходимости и недостаточной эффективности современных методов профилактики и лечения ЧБД остаются спорными. Несмотря на многочисленные исследования по ЧБД, мы не нашли работ рассматривающих эту проблему с позиции детского хирурга, что требует изучения этой проблемы в детском возрасте.

Цель исследования: оптимизировать методы ранней диагностики и лечения часто болеющих детей (ЧБД) для снижения отдаленных осложнений и адекватного проведения методов реабилитации.

Материалы и методы исследования. Анализированы клинические случаи из числа ЧБД с бронхолегочными патологиями, неоднократно лечившихся в разных детских лечебно-профилактических учреждениях и стационарах республики за 2017-2023 годы. После безуспешности лечения дети консультировались в ГДКБ СМП и направлялись для бронхологического обследования. За 2017-2023 годы госпитализированы 107 детей в возрасте от 2-х до 15 лет. Всем пациентам тщательно изучали анамнез, клинико-лабораторные данные, выполнялась рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, осмотр анестезиолога, при необходимости ЛОР, педиатр и проводили диагностическую и лечебно-санационную бронхоскопию. По показаниям проводились анализ крови на ВУИ, КТ, МРТ органов грудной клетки и ФВД.

Результаты и обсуждение. Возрастная структура обследованных: 2-4г – 37 (34,6%), 5-10 лет - 41 (38,3%), 11-15 лет 29 (27,1%) больных. Средний возраст пациентов - 5,4 года. Жители сельской местности – 65 (60,7%), городских – 47 (39,3%). Мальчики - 59 (55,1%), девочки - 48 (44,9%). При направлении были выставлены диагнозы: хроническая пневмония у – 22 (20,6%), хронический бронхит у – 36 (33,6%), врожденная аномалия легкого у – 12 (11,2%), бронхиальная астма у – 17 (15,9%), ателектаз легкого у – 11 (10,3%), инородное тело у - 9 (3,4%). У 39 (36,4%) были сопутствующие диагнозы: хронический гайморит, анемия, дискинезия ЖВП. Длительность заболевания с момента его начала составляла от 1 года до 6 лет. При поступлении проводили общеклинические обследования, и особое значение придавалось тщательному сбору анамнеза, а именно: начало беспричинного кашля или после

простудных и вирусных инфекций. Учитывали начало кашля особенно на фоне полного благополучие ребенка, или было-ли поперхивание пищевыми массами во время еды, привычки держать во рту предметы. Установить вышеперечисленные причины удалось только у 15 больных, т.к. дети до 2-4 лет не всегда рассказывали о попадании инородного тела в дыхательные пути, 4 ребенка в старшем возрасте скрывали о проглоченные инородные тела из-за боязни родителей. В 3-х случаях даже при рассказе в лечебных учреждениях не обратили внимание на поперхивание, и лечили как бронхит без обзорной рентгенографии грудной клетки. Всем 107 больным проводилась бронхоскопия в плановом порядке 127 раз. Повторные бронхоскопии проводили больным с двухсторонним гнойно-фибринозным эндобронхитом и у больных с ателектазами легкого при длительном нахождении инородных тел в бронхах. При бронхоскопическом исследовании выявлено - у 69 (64,5%) картина гнойно-фибринозного эндобронхита, у 28 (26,7%) больных инородное тело бронхов, аномалия бронха - у 4 (3,7%), бронхоэктатическая болезнь - у 6 (5,6%). Ниже приводятся примеры из числа проведенных бронхоскопий больным, ранее получавшим лечение в других лечебно-профилактических учреждениях.

Больной Дж. М., 4г11м поступил 25.02.19г., жалобы при поступлении на кашель с отхождением гнойной мокроты. Из анамнеза: болеет более 1,5 лет, начало заболевания с кашля, повышения температуры тела. Неоднократно амбулаторно и стационарно лечился по месту жительства с диагнозом: «острый бронхит, пневмония», и из-за отсутствия эффекта в лечении направлен в ГДКБ СМП на консультацию. Анамнез жизни: родился от 2-й беременности и родов с весом 3200,0. При осмотре в физическом развитии отстает. В легких перкуторно легочной звук, аускультативно жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы в задненижних отделах. Анализ крови: эр. 3,8-10¹², гем.115г/л, лейк.9,8-9, п-4, с-50, л- 53, м-2, эоз-1. СОЭ-7мм/ч. ЭКГ- ЧСС 102 уд. в 1м., неполная блокада правой ножки пучка Гисса. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (рис.1): отмечается деформация бронхолегочного рисунка, снижение пневматизации в нижне-внутреннем отделе левого легкого. 26.02.2019г. проведена лечебно-санационная бронхоскопия и обнаружено в правом бронхе слизь, левый бронх обтурирован гноем и фибринным содержимым, проведена эвакуация. Слизистые рыхлые, в просвете нижнедолевых сегментарных бронхов гной, проведен лаваж трахеобронхиального дерева. Макроскопически обнаружено инородное тело - частица семечки подсолнуха, промывные воды мутного цвета с гнойно-фибринным содержимым (рис.2).

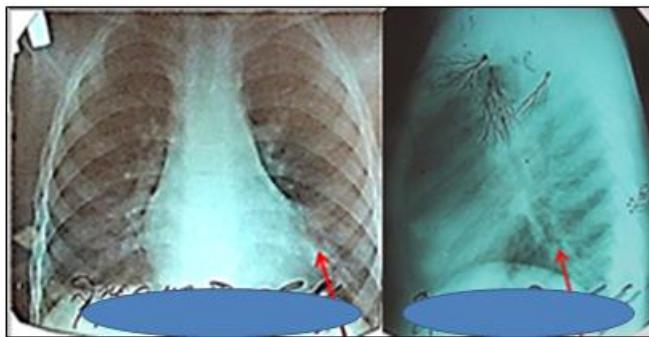


Рис.1. Рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекции



Рис. 2. Промывные воды и стрелкой указаны частицы инородного тела

Через 7 дней после бронхоскопии на рентгенограмме грудной клетки положительная динамика и выписан домой для диспансерного наблюдения.

Больной С.С., 4г.2м поступил 27.09.2017г. с жалобами на кашель, повышение температуры тела, слабость. В анамнезе кашель беспокоит более 2-х лет, получал лечение в разных ЛПУ от обострения бронхита. Поступил с диагнозом: Острая левосторонняя пневмония. ДН-1ст., 2-х сторонний гайморит. Аскаридоз. ДЖВП. При подробном расспросе выяснено, что 2 года назад

поперхнулся травой (колос). В легких перкуторно легочной звук с укорочением в нижних отделах слева. Аускультативно - на фоне жесткого дыхания сухие хрипы с обеих сторон, влажные разнокалиберные хрипы слева. Анализ крови: Эр-4,0x10¹²/л, гем. - 123г/л, ЦП-0,8, лейк. - 6,3x10⁹/л, п-6%, с/я-53%, лим.-36%, мон.-4%, СОЭ-7мм/ч. Рентгенография органов грудной клетки при поступлении (рис.3) отмечается тень ателектаза в нижней доле левого легкого, высокое стояние левого купола диафрагмы. Проведена бронхоскопия под общим наркозом 28.07.19г., удаление инородного тела из левого нижнедолевого бронха, колос размером около 2 см (рис.4). Повторно 2 раза проведена лечебно-санационная бронхоскопия. На рентгенограмме перед выпиской положительная динамика.



Рис. 3. Рентгенограмма грудной клетки, указана тень ателектаза высокое стояние купола диафрагмы.



Рис.4. Колос, удаленный из левого нижнедолевого бронха.

Больной Б.А., 4г., пост. 17.01.23г. № истории 1768. Жалобы на кашель с отхождением гнойной мокроты. В анамнезе болен около 2-х лет, неоднократно лечился амбулаторно и стационарно в разных ЛПУ с д-м: Пневмония. Аплазия левого легкого. Амбулаторно проведены рентгенография (рис.5) и КТ грудной клетки. 30.01.23г. под общим наркозом проведена лечебно-санационная бронхоскопия, нижнедолевой бронх заполнен и обтурирован густым гноем и фибрином. Поведена тщательная эвакуации и обнаружено темного цвета инородное тело и удалено инородное тело - часть от игрушки (рис.6).



Рис. 5. Обзорная рентгенограмма грудной клетки при поступлении.



Рис.6. Инородное тело (часть игрушки).

На контрольных Р-граммах органов грудной клетки в динамике после удаления инородного тела сохранились явления гиповентиляции и ателектаза левого легкого. Три раза проведена лечебно-санационная бронхоскопия, ребенок находится под наблюдением, получает периодически санационную бронхоскопию, рассасывающее лечение с целью профилактики бронхоэктаза легкого.

Выводы:

1. У 107 больных в группе ЧБД, лечившиеся в разных лечебно-профилактических учреждениях, при бронхоскопии выявлено: у 69 (64,5%) гнойно-фибринозный эндобронхит, у 28 (26,7%) - инородные тела дыхательных путей, у 4 (3,7) - ателектаз легкого и аномалия бронха, и бронхоэктатическая болезнь – у 6 (5,6%).

2. Больным в группе часто болеющих необходимо при неэффективности лечения необходим тщательный сбор анамнеза для исключения гнойно-воспалительных заболеваний и инородных тел нижних дыхательных путей.

3. Больные в группе ЧБ с заболеваниями дыхательных путей нуждаются в комплексном обследовании у пульмонолога, аллерголога, иммунолога, ЛОР-врачей и детских хирургов.
4. При гнойно-фибринозном эндобронхите больные нуждаются в неоднократном лечебно-санационном лечении и диспансерно-реабилитационном наблюдении.

Список литературы:

1. Морозов С.Л. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;3(8):7-9.
2. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Сарвилина И.В. Синдром «часто болеющий ребёнок». Антибиотики и Химиотерапия. 2012;57(9-10):8-16.
- Romantsov M.G., Melnikova I.Yu., Sarvilina I.V. Frequently Ill Child Syndrome. Antibiotics and Chemotherapy. 2012;57(9-10):8-16. (In Russ.)
3. Марушко Ю.В. Часто хворючи діти — актуальна проблема педіатрії. ПАГ. 1999; 4:69-70.
4. Макарова З.С. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольном учреждении. М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС»; 2004: 270 с.
5. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: Изд-во Саратовского медуниверситета; 1986. 186 с.
6. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Сарвилина И.В. Синдром «часто болеющий ребенок». Антибиотики и химиотерапия. 2012;57(9-10):8-16. [Romantsov M.G., Melnikova I.Yu., Sarvilina I.V. Syndrome «often sick child». Antibiotics and chemotherapy. 2012;57(9-10):8-16 (in Russ.)].
7. Аvezova Г.С., Косимова С.М. Часто болеющие дети: распространность и факторы риска. European Research. 2017;5(28):79–80. [Avezova G.S., Kosimova S.M. Frequently ill children: prevalence and risk factors. European Research. 2017;5(28):79–80 (in Russ.)].
8. Бабаян М.Л. Часто болеющие дети: проблемы терапии острых респираторных инфекций у детей. Медицинский совет. 2014;14:11–13. [Babayan M.L. Frequently ill children: problems in the treatment of acute respiratory infections in children. Medical advice. 2014;14:11–13 (in Russ.)].
9. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М., 2002. 73 с.
10. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе. Педиатрия. 2010; 89(2):137-147.
11. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАРМЕД; 2006. 192 с.
12. Делягин В.М. Повторные респираторные инфекции у детей (часто болеющие дети). РМЖ. 2013;21(25):1237–1240. [Delyagin V.M. Repeated respiratory infections in children (often sick children). RMJ. 2013;21(25):1237–1240 (in Russ.)].
13. Юлии Е.И. Иммунные сдвиги у часто и длительно болеющих детей с персистирующими внутриклеточной инфекцией. Педіатрія, акушерство та гінекологія; 2003; 4(109).

УДК 616.613-007.63-053.2

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Эсембаев Б.И.¹, Порощай В.Н.⁹, Усеналиев И.Ш.¹, Токторбаев К.Ш.¹⁰, Хасанакунов Т.А.¹

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика.¹
Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁹

Жалал - Абадская областная клиническая больница, Жалал - Абад, Кыргызская Республика.¹⁰

Резюме. В статье представлен анализ лечения гидронефроза у детей разных возрастных групп. Проведена оценка результатов пиелопластики. Проанализированы способы дренирования лоханки после операции с использованием JJ-стента. Предложено стентирование как отдельный вариант лечения гидронефроза. Открытые способы операции по отношению к общему числу прооперированных составили 76,8%. Длительность операций при открытых способах составила 40-60 минут. При лапароскопических - 120-140 минут, что является существенным показателем при выборе метода операции. Определены показания и противопоказания к проведению корригирующих операций при гидронефрозе, согласно классификации SFU.

Ключевые слова. Дети, гидронефроз, пиелопластика, стентирование, операция, дренаж.

БАЛДАРДАГЫ ГИДРОНЕФРОЗДУН ХИРУРГИЯЛЫК ДААРЫЛООНУН ВАРИАНТТАРЫ.

Б.И. Эсембаев¹, В.Н. Порощай⁹, И. Ш. Усеналиев¹⁰, К.Ш. Токторбаев¹, Т.А.Хасанакунов¹

Энэ жсана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасы, Бишкек. Кыргыз Республикасы⁹

Жалал – Абад обласстык клиникалык ооруканасы, Жалал – Абад, Кыргыз Республикасы¹⁰

Корутунду. Макалада ар кандай курактагы балдардын гидронефрозду дарылоонун анализи берилген. Пиелопластиканын жыйынтыгына баа берилди. JJ стентин колдонуу менен операциядан кийин жамбаши сөөктөрүн дренаждоо ыкмалары талданат. Гидронефрозду дарылоонун өзүнчө варианты катары стентинг сунушталган. Операция жасалгандардын жалты санына карата операциянын ачык ыкмалары 76,8%ды түздү. Ачык операциялардын узактыгы 40-60 мунөттүү түзгөн. хиругиялык ыкманы тандоодо олуттук көрсөткүч болуп саналат, тиешелүүлүгүнө жараша, лапароскопиялык 120-140 мунөт менен. SFU классификациясына ылайык гидронефрозду коррекциялоо операцияларына көрсөткүчтөрдүн жсана каршы көрсөтмөлөрдүн варианттары аныкталган.

Негизги сөздөр. Балдар, гидронефроз, пиелопластика, стенттөө, хиругия, дренаж.

SURGICAL TREATMENT OPTIONS OF HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

**В.И. Esembaev¹, V.N. Poroshchai⁹, I. S. Usenaliev¹, K.Sh. Toctorbaev¹⁰,
T.A. Khasanakhunov¹.**

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

City Children's Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Bishkek. Kyrgyzstan.⁹

Jalal – Abad regional clinical hospital, Jalal – Abad, Kyrgyzstan.¹⁰

Resume. The article presents an analysis of the treatment of hydronephrosis in children of different age groups. The results of pyeloplasty were evaluated. The methods of drainage of the pelvis after surgery using a JJ-stent are analyzed. Stenting has been proposed as a separate treatment option for hydronephrosis. Open methods of surgery in relation to the total number of operated patients amounted to 76.8%. The duration of open operations was 40-60 minutes. With laparoscopic 120-140 minutes, respectively, which is an essential indicator when choosing the method of surgery. Variants of indications and contraindications for corrective surgery in hydronephrosis have been identified, according to the SFU classification.

Key words. Children, hydronephrosis, pyeloplasty, stenting, surgery, drainage.

Введение. Врожденные обструктивные аномалии развития органов мочевыделительной системы, следствием которых является нарушение оттока мочи, чаще всего требуют реконструктивных пластических операций.

Несвоевременная диагностика и хирургическая коррекция порока приводят к стойкому расширению ЧЛС с последующим нарушением функции почки [3,4,6,7]. Из числа всех обструктивных аномалий органов мочевыделительной системы гидронефроз составляет 1: 500, 1: 800 новорожденных. Мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки. Левостороннее расположение достигает 65%, правостороннее - 35%, двустороннее встречается в 15-20% случаев [1,10].

В 1949 году Andersen и Hynes впервые описали и продемонстрировали пластику ЛМС при гидронефрозе с положительным результатом. На сегодняшний день существует более 50 модификаций оперативной коррекции порока [2], но несмотря на это, резекционная пиелопластика по методу Anderson - Hynes остается «золотым стандартом» и имеет широкое распространение во всём мире, так как позволяет получить успешный результат в 95–98% случаев [1,2,10,11,12].

За последние годы изменились подходы к срокам, методам лечения и способам отведения мочи в послеоперационном периоде при гидронефрозе у детей. Если изначально считалась допустимой нормой хирургическая коррекция гидронефроза в более раннем возрасте (2–4 недели), то в последнее время большинство детских урологов склоняются к мнению о необходимости более длительного наблюдения за ребёнком под контролем УЗИ почек, так как частота самопроизвольного разрешения гидронефроза составляет до 70% случаев [3,5,7].

Цель данного исследования: проанализировать результаты лечения гидронефроза у детей.

Материалы и методы. За период 2019-2022гг в Национальном Центре охраны материнства и детства (Кыргызская Республика г Бишкек), были пролечены 155 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с диагнозом гидронефроз. Из них мальчиков было 108 (69,7%), девочек - 47 (30,3%). До 1 месяца был 1 ребенок, что составило 0,6%, до 1 года - 61 (39,3%), до 5 лет – 46 (29,6%), старше 5 лет – 47 (30,3%). Преобладали дети до 1 года. Гидронефроз слева выявлен у 116 (74,8%), справа - у 33 (21,3%) с двух сторон - у 6 (3,9%).

Распределение детей по полу и виду гидронефроза, представлено на рисунке 1.

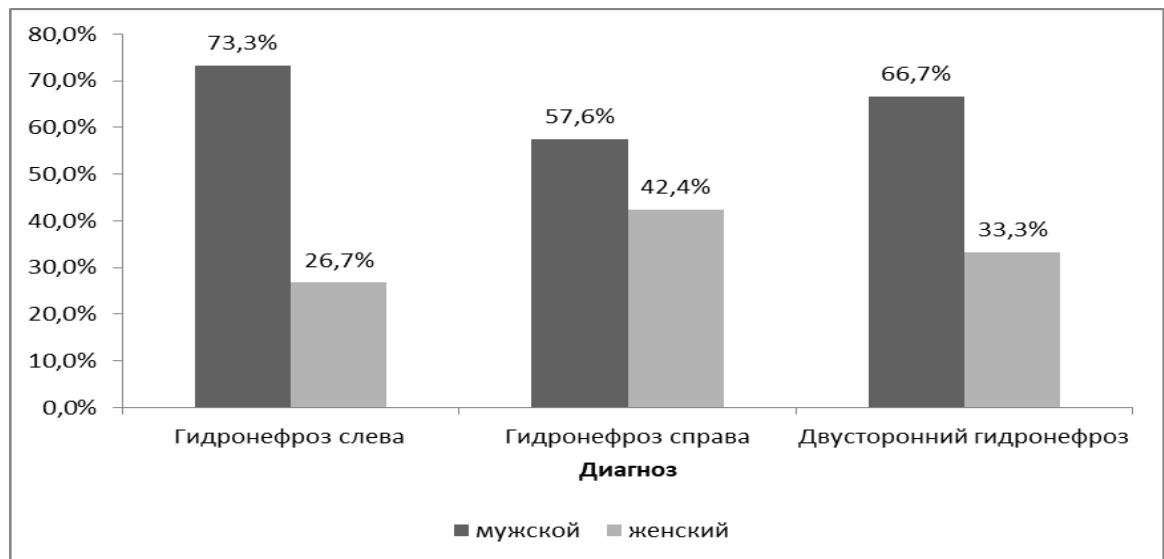


Рисунок 1. - Распределение детей по полу и виду гидронефроза.

Для проведения сравнительного анализа, мы ориентировались на классификацию A.Onen, предложенную в 2007 году, основанную на ультразвуковой оценке состояния паренхимы и ЧЛС. Пиелоэктазией считалось расширение лоханки до 5 - 10мм, I степень гидронефроза - увеличение размеров лоханки более 10мм, II степень -расширение не только лоханки, но и чашечек до 10мм, III степень - расширение лоханки более 26-30мм, чашечек более 10мм и истончением паренхимы более чем на половину. IV степень - эктазия лоханки не менее 30мм, чашечек - более 15мм и истончение паренхимы более, чем в 2 раза [16]. Распределение детей по степени гидронефроза представлено в таблице 1.

Таблица 1. – Распределение детей в зависимости от степени гидронефроза

Диагноз		Степень гидронефроза				Всего
		1	2	3	4	
Гидронефроз слева	абс.	4	28	37	47	116
	%	3,4%	24,1%	31,9%	40,5%	100,0%
Гидронефроз справа	абс.	2	5	9	17	33
	%	6,1%	15,2%	27,3%	51,5%	100,0%
Двусторонний гидронефроз	абс.	0	1	4	1	6
	%	0,0%	16,7%	66,7%	16,7%	100,0%
Всего	абс.	6	34	50	65	155
	%	3,9%	21,9%	32,3%	41,9%	100,0%

Как видно из таблицы 1, наибольшее количество детей 115 (74,2%), составила группа с гидронефрозом 3-4 степени, когда расширение ЧЛС сопровождалось истончением паренхимы

почки и лишь у 40 (25,8%) пациентов выявлена I-2 степень. Это наводит на мысль о недостаточном уровне проводимых профилактических осмотров и своевременного выявления врождённого порока развития почек.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам с врождённым гидронефрозом проведено лечение. Из 155 больных были прооперированы 148 детей, что составило 95%, из них у 92 (59,4%) внебрюшинным доступом, задняя лямботомия, выполнена у 27 (17,4%), лапароскопическим интраперитонеальным способом - у 23 (14,8%) пациентов. Стентирование, как отдельный метод лечения, исполнен у 7 (4,7%) детей. Количество и виды лечения гидронефроза у детей представлены в таблице 2.

Таблица 2-Количество и виды лечения гидронефроза у детей

Виды лечения	Абс.	%
Пиелопластика передним внебрюшинным доступом	92	59,4
Пиелопластика задним лямботомным доступом	27	17,4
Лапароскопическая пиел-ка	23	14,8
Нефроуретерэктомия	6	3,9
Стентирование	7	4,5
Всего	155	100,0

Как видно из таблицы 2, открытые способы оперативного лечения гидронефроза у детей выполнены у 119 детей, что составило 76,8% от общего числа наблюдаемых пациентов. При анализе результатов проведенного лечения были получены следующие показатели: пиелопластика передним внебрюшинным доступом выполнена у 92 (77,3%) больных, из них хорошие результаты были у 64 (67,4%), удовлетворительные – у 22 (23,9%), неудовлетворительные – у 8 (8,7%), что составило в целом 91,3% положительных результатов.

Задним лямботомным доступом, пиелопластика выполнена у 27 (81,8%) больных, из них хорошие результаты отмечены у 21 (77,8%), удовлетворительные – у 5 (18,5%), неудовлетворительные – у 1 (3,7%), таким образом положительные показатели отмечены в 96,3% случаев. У 6 (22,2%) из общего числа оперированных больных данным способом произведена нефроуретероэктомия, в связи с отсутствием функции почек на экскреторной уrogramме и на УЗИ-допплерографии (кровоснабжение паренхимы обеднено, атрофия паренхимы почки до 2-3 мм).

Стентирование мочеточника, как самостоятельный метод лечения, использовали у 7 (4,5%) детей с расширением лоханки до 15-20 мм и чашечек - до 10мм без вовлечения паренхимы почки в патологический процесс. Стент удаляли через 2-3 месяца. При контрольном осмотре через 3-6 месяцев и проведении функциональных проб, лоханка нормализовалась у 6 детей, у одного были прежние размеры лоханки и чашечек, что потребовало в последующем проведения оперативного лечения.

Несмотря на то, что лапароскопическая пиелопластика признается эффективным и малоинвазивным методом коррекции гидронефроза, она считается довольно длительной в техническом плане. Лапароскопическая пластика выполнена у 23 (15,5%) детей. Доступ классический, трансперитонеальный. Первые операции проводились длительностью до 4 часов. Трижды прибегали к конверсии через день после лапароскопической пиелопластики по причине не состоятельности непрерывного шва и мочевого перитонита. У одного больного в течении двух недель подтекала моча через струйный дренаж. Через 1 год повторно у двух больных проведена открытая пиелопластика передним, внебрюшинным доступом. Все дети после лечения находились на диспансерном наблюдении, показатели гемодинамики значительно улучшились через 1 и 6 месяцев, по результатам допплерографического сканирования сосудов почки на УЗИ сократились размеры лоханки и чашечек в среднем от 2,5мм до 7мм. На контрольной экскреторной уrogramме через 6-12 месяцев у 93,5% прооперированных пациентов выделительная функция и уродинамика значительно

улучшились, объем лоханки и чашечек сократился. Виды и результаты лечения гидронефроза у детей представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, показатели допплеровского исследования сосудов почки в группе детей с гидронефрозом 2-3 степени в дооперационном периоде были повышенены по индексу резистентности (Ri), и отмечалось повышение периферического сопротивления по показателям пульсационного индекса ($Pi > 0,05$), что соответствовало изменениям чашечно-лоханочной системы почек. Результаты контрольного исследования оперированных больных, показали хорошие уродинамические показатели, уменьшение ЧЛС почки и улучшение почечной гемодинамики, но у 8 (25%) детей, несмотря на уменьшение лоханки и чашечек, показатели допплерографии сосудов почки по индексу резистентности, оставались высокими. По-видимому, это связано с неблагоприятным исходным состоянием почечной паренхимы, распространённостью нефросклероза.

Таблица 3. – Виды и результаты лечения гидронефроза у детей

Вид операции	Правая лоханка ($M \pm m$)		P*	Левая лоханка ($M \pm m$)		P*
	до операции (мм)	после операции (мм)		до операции (мм)	после операции (мм)	
Пиелопластика передним внебрюшинным доступом	15,2±2,0	13,3±1,7	>0,05	31,4±2,2	23,4±1,7	<0,05
Лапароскопическая пиелопластика	19,5±4,3	13,6±2,6	<0,05	26,3±3,6	19,1±2,4	<0,05
Пиелопластика задним люмботомным доступом	14,2±3,9	12,8±3,6	>0,05	33,5±5,3	24,9±4,5	<0,05
Нефроуретероэктомия	16,8±5,5	7,5±1,9	<0,05	22,5±8,5	10,0±2,1	<0,05
Стентирование как отдельный метод лечения	5,0±1,7	2,4±0,7	>0,05	29,4±6,5	28,1±6,6	>0,05

Пиелопластику передним внебрюшинным доступом выполняли следующим образом. Положение больного на спине. Разрез поперечный по средне - ключичной линии, ниже XII-ребра, длиной до 3 см, послойно мышцы и апоневроз раздвигали острым и тупым путем по направлению мышечных волокон без пересечения нервно-сосудистых пучков. Не повреждая брюшину, толстый кишечник вместе с брюшиной перемещался медиально, вскрывали фасцию Герота и обнажали переднюю поверхность лоханки. После резекции лоханки и спатуляции мочеточника продольно вниз вне брыжеечной поверхности производили анастомоз ЛМС непрерывным швом (ПДС №6) по методике Anderson – Hynes. Стент JJ устанавливали интраоперационно.

Таблица 4 - Средняя длительность операции при гидронефрозе у детей

Вид операции	Средняя длительность операции в минутах
Пиелопластика передним внебрюшинным доступом	69
Лапароскопическая пиелопластика	150
Пиелопластика задним люмботомным доступом	113
Нефроуретероэктомия	63
Эндоскопическое стентирование	23

Пиелопластика люмботомным доступом. Положение больного на боку, разрез поперечный по средне аксилярной линии, ниже XII ребра, только мышцы и апоневроз раздвигали тупым путем без рассечения. Пиелопластика по стандартной методике. Во время закрытия послеоперационной раны швы накладывали только на апоневроз и внутрикожные швы. Время длительности оперативных вмешательств в зависимости от вида представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, пиелопластика лапароскопическим методом была наиболее длительной, это связано с недостаточностью практических навыков, что требует совершенствования и развития данной методики.

Выводы.

1. Открытые методы пиелопластики с использованием JJ - стента являются эффективными с положительными результатами до 93,8% случаев.
2. Эндоскопические методы лечения гидронефроза являются малоинвазивными, имеют ряд преимуществ в плане доступа и видеоконтроля за органами брюшной полости, но требуют хорошей подготовки хирурга и повышенного внимания в связи с длительностью оперативного вмешательства.
3. Стентирование, как отдельный метод лечения гидронефроза, является методом выбора и эффективен у детей младшего возраста с гидронефrotической трансформацией 1-2 степени.

Список литературы:

1. Ахмедов Ю.М., Шарков С.М., Мавлянов Ф.Ш. Врожденный гидронефроз у детей // Медицинский научный и учебно-методический журнал. НЦЗД РАМН. 2005. №29. С. 57—91
2. Бурчёнкова Н. В. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденного гидронефроза. Диссертация канд. мед. наук -2020 г. г Москва.
3. Бондаренко С.Г. Дифференцированный подход к выбору способа малоинвазивной хирургической коррекции гидронефроза, автореф. дис. ... канд. мед. наук: Бондаренко С.Г. - Волгоград, 2007. - 27 с.
4. Бондаренко С.Г. Стентирование мочеточника как самостоятельный метод лечения врожденной внутренней обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей/ С.Г. Бондаренко, Г.Г. Абрамов, И.Н. Хворостов // Детская хирургия, - 2010.- №3. - С.20-22.(11)
5. Врублевский С.Г., Гуревич А.И., Севергина Э.С. и др. Прогноз и лечение гидронефроза у детей. Детская хирургия. 2009; 1: 28–31.10
6. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Алиев Р.В. Лапароскопическая пиелопластика. Журнал урологии №1 -2014г. 79-81.
7. Русаков А.А. Маркеры воспаления, склерозирования и регенерации почечной ткани при односторонних обструктивных уропатиях у детей до и после оперативного восстановления уродинамики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.19/ Русаков А.А. — Москва, 2016. — 23 с. 78.
8. Сизонов В.В. Обоснование бездренажной пластики гидронефроза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Сизонов В.В.— Ростов — на — Дону, 2001.
9. Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления как метод лечения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей/ С.Н. Зоркин, В.И. Губарев, В.Ю. Сальников и др. // Вестник урологии. — 2017. — Т.5. — №2. — С. 5-11.
10. Benson, A.D *Microlaparoscopy versus conventional laparoscopy in transperitoneal pyeloplasty.* / Benson A.D., Juliano T.M., Viprakasit D.P., et al. / J. Endourol. – 2014– Vol. 28(12) – P. 1404 – 1408
11. Dennis B. Liu, Chandy Ellimoottil. *Contemporary national comparison of open, laparoscopic, and robotic-assisted laparoscopic pediatric pyeloplasty* // Journal of Pediatric Urology. - August 2014. - Volume 10. - Issue 4. -P. 610-61
12. Erol İ, Karamık K, İslamoğlu ME, Ateş M, Savaş M *Outcomes of infants undergoing laparoscopic pyeloplasty: A single-center experience.* Urologia. 2019 Feb;86(1):27-31 78)

ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.

Жаманкулова Ф.С.¹, Сорокин А.А.⁸, Назаралиева С.Б.¹

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра детской хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁸

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика.¹

Резюме: Проведенное исследование позволило выделить следующие предикторы, формирующие развития ВПР у плода: ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке беременности, отсутствие профилактики фолиевой кислотой, многоводие, маловодие, преэклампсия и сопутствующее заболевание матери анемией. Разработанная прогностическая модель для определения вероятности возникновения ВПР плода в раннем антенатальном периоде характеризуется высокой чувствительностью и может быть предложена к использованию на этапе наблюдения беременной в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: врожденный порок развития, плод, беременность, профилактика, медико-социальные факторы, прогнозирование.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ТҮЙҮЛДҮКТОРУНЫН ТУБАСА КЕМТИКТЕРИН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА БОЖОМОЛДОО.

Ф.С. Жаманкулова¹, А.А. Сорокин⁸, С.Б. Назаралиева¹

Россия Федерациинын биринчи президентинин Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек. Кыргыз Республикасы⁸

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Корутунду: Издлөө түйүлдүктүн тубаса кемтиктеринин өнүгүүсүн калыптаандыруучу төмөнкү предикторлорду аныктоого мүмкүндүк берди: кош бойлуулуктун эрте мезгилиндеги ысытма менен коштолгон ОРВИ, фолий кислотасынын профилактикасынын жоктугу, полигидрамниоз, олигогидрамниоз, преэклампсия жана кош бойлуу эненин анемиясы. Эрте антенаталдык мезгилде түйүлдүктүн тубаса кемтигинин ыктымалдыгын аныктоо үчүн иштеп чыккан прогностикалык модель жогорку сезигчилги менен мунәзәделөт жана амбулаториялык шартта кош бойлуу аялга мониторинг стадиясында колдонууга сунушталышы мүмкүн.

Негизги сөздөр: тубаса кемтик, түйүлдүк, кош бойлуулук, алдын алуу, медициналык-социалдык факторлор, прогноз.

PREVENTION AND PREDICTION OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF FETUSES IN PREGNANT WOMEN OF THE KYRGYZ REPUBLIC.

F. S. Djamankulova¹, A.A. Sorokin⁸, S.B. Nazaralieva¹

Kyrgyz-Russian Slavic University named after. the first President of the Russian Federation B.N. Yeltsin, Bishkek. Kyrgyzstan.⁸

National center of maternity and childhood welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

Resume: The study made it possible to identify the following predictors that shape the development of congenital malformations in the fetus: ARVI with fever in early pregnancy, lack of folic acid prophylaxis, polyhydramnios, oligohydramnios, preeclampsia and concomitant maternal anemia. The developed prognostic model for determining the likelihood of congenital malformation of the fetus in the early antenatal period is characterized by high sensitivity and can be proposed for use at the stage of monitoring a pregnant woman in an outpatient setting.

Key words: congenital malformation, fetus, pregnancy, prevention, medical and social factors, prognosis.

Актуальность. Врожденные пороки развития плода стабильно занимают одно из ведущих мест в структуре причин перинатальной и младенческой смертности [1, 2]. В Кыргызской Республике проблема рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями особенно актуальна, так как наш регион характеризуется относительно высоким уровнем рождаемости и младенческой смертности. В структуре последней более половину оставляют перинатальные потери, а наследственные заболевания и врожденные

пороки развития занимают второе место. По официальным статистическим данным Кыргызской Республики за последние 10 лет (2007-2016 гг.) наблюдался рост рождения детей с ВПР с 15,0 до 19,2 на 1000 живорожденных [3]. Актуальность профилактики врожденных пороков развития обусловлена высоким их медицинским и социальным значением. Дефицит фолиевой кислоты при беременности существенно повышает риск развития у плода врожденных пороков, в частности дефектов нервной трубы, расщелины неба и губы, редукционных пороков и пороков сердечно - сосудистой системы. Среди мероприятий, направленных на предотвращение возникновения ВПР плода, подробно изучена эффективность приема препаратов фолиевой кислоты в периконцепционном периоде [4,5,6]. Значительный клинический эффект фолиевой кислоты отмечен в отношении снижения частоты дефектов нервной трубы при фортификации муки [7,8,9]. Вопросы профилактики врожденных пороков развития актуальны и в Кыргызской Республике [10,11]. Возможность предотвращения анатомических дефектов развития плода фолиевой кислотой предложена в практическое здравоохранение для внедрения в системы превентивных мероприятий массового порядка. Однако, несмотря, на проводимые мероприятия и значительные капиталовложения, в Республике за последние годы наблюдается тенденция роста показателя ВПР. По данным литературных источников во многих странах наблюдается неблагоприятная динамика заболеваемости врожденными пороками развития, что объясняется распространением факторов риска [12,13,14,15,16]. Данные литературы, посвящённые факторам риска ВПР, представленные в работах отечественных исследователей, нередко являются противоречивыми и не до конца изученными. В некоторых исследованиях приоритет в формировании врожденных пороков развития отводится внутриутробным инфекциям и экологическому неблагополучию [17,8,19,20,21]. Другими авторами главными факторами выделяются воздействие химических веществ и производственных вредностей родителей в период зачатия и вынашивания беременности [22]. Среди факторов, вызывающих врожденные пороки развития плода, доказана роль целого ряда генетических, инфекционных, средовых и поведенческих факторов [23,24,25]. В настоящее время принята мультифакториальная модель наследования врожденных пороков развития [26, 27]. Прогнозирование врожденных пороков плода и совершенствование программ профилактической направленности на сегодняшний день актуальны, так как это с учетом значимости повреждающих факторов позволит снизить рождение детей с данной патологией.

Наблюдая высокие показатели рождения детей врожденными аномалиями, нами проведено исследование по выявлению дефектов первичной профилактики.

Целью исследования явилась оценка проводимой первичной профилактики фолиевой кислотой, а также изучение факторов риска для прогнозирования развития врожденных пороков у плодов женщин.

Материал и методы исследования. Исследованы результаты профилактики фолиевой кислотой беременных женщин в течение 2007-2016 гг. Основную группу составили 629 беременных женщин с врожденными пороками развития плодов и контрольную группу - 206 беременных женщин без патологического отклонения в развитии плодов. Проводился опрос исследуемых женщин по приему и своевременности приема препаратов, содержащих фолиевую кислоту, а также оценка динамики профилактики пороков развития фолиевой кислотой. Изучались факторы риска путем сбора анамнестических данных, объективной оценки соматического и акушерского статуса, УЗИ исследования фето-плацентарного комплекса. Проведено обследование инфекционного фона беременных женщин методами ИФА (TORCH инфекции) и ПЦР (УГИ). Методом иммунофлюоресцентного анализа в

периферической крови женщин определяли уровень IgM и IgG – антител к ВПГ 1 –го и 2-го типа, ЦМВ, краснухе и токсоплазме. В мазках-соскобах из цервикального канала методом ПЦР определены наличие ДНК бактерий *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealiticum*.

Статистический анализ данных проводился с использованием программы SPSS 16. Для установления предположений о причинно-следственных связях между социально-биологическими, социально-гигиеническими и медико-социальными факторами и вероятностью возникновения врожденной патологии использован метод нормирования интенсивных показателей с расчетом показателей относительного риска. На основе полученных данных подбиралась оптимальная модель логистической регрессии для комплексной оценки риска формирования врожденных пороков развития у плода. В качестве критериев оптимальности использовались процент правильной классификации, а также величина коэффициента связи D-Зоммера (Somers' D). Критический уровень статистической значимости принимался $p=0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. В связи поставленной целью были изучены полнота охвата и своевременность приема препаратов, содержащих фолиевую кислоту, исследуемыми женщинами. Как видно из табл.1, в группе женщин с врожденным пороком развития плода достоверно высока частота женщин, не принимавших препараты фолиевой кислоты (84,9 %). Обращает на себя внимание также достоверно низкий уровень женщин, принимавших фолиевую кислоту в основной группе (15,1 %). В группе контроля, отмечался высокий процент женщин, принимавших препараты фолиевой кислоты (70,9 %). Различия показателей статистически значимы ($p<0,001$), что свидетельствует о связи приема фолиевой кислоты и риска возникновения ВПР плода: у женщин, не принимавших фолиевую кислоту, вероятность ВПР плода увеличивается.

Таблица 1. Частота женщин по признаку приема фолиевой кислотой

Прием фолиевой кислоты	Основная группа		Контрольная группа		p
	n	%	n	%	
принимали	95	15,1	146	70,9	0,000
не принимали	534	84,9	60	29,1	0,000

Примечание: различия статистически высоко значимы, $p<0,001$

Одним из наиболее важных позитивных факторов, способствующих снижению риска возникновения ВПР у плода, является своевременность профилактических мероприятий, в частности, витаминопрофилактики. При анализе срока начала приема фолиевой кислоты выявлено более низкая частота женщин, принимавших фолиевую кислоту в оптимальный срок, т.е. до 12 недель беременности в основной группе (29,0 %) в сравнении с контрольной группой (71,8 %). Разница показателей была статистически значимой ($p<0,001$). Также выявлено достоверно большее число женщин, поздно принимавших фолиевую кислоту (выше 12 недель) в основной группе по сравнению с контрольной, соответственно, 33,0 % и 28,2 % ($p<0,001$).

Исходя из полученных нами результатов статистического анализа, установлено значимое повышение риска формирования ВПР плода при отсутствии профилактики фолиевой кислотой ($OR=15,167$, 95 % CI:7,5-31,31) и установлен статистически значимый

низкий риск формирования ВПР плода у женщин, принимавших препараты фолиевой кислоты ($OR=0,49$, 95 % CI: 0,27-0,88). Выявлено статистически значимое снижение риска возникновения ВПР плода при профилактике до 12-ой недели беременности ($OR=0,161$, 95 % CI: 0,113-0,228). Профилактика позже 12-ой недели беременности приводит к увеличению риска рождения ребенка с ВПР ($OR=3,35$, 95 % CI: 2,29-4,88). Проведенное исследование показало статистически низкий риск возникновения ВПР плода при приеме фолиевой кислоты в ранние сроки беременности, что согласуется с данными исследователей [4,5]. Сравнительный анализ приема фолиевой кислоты в подгруппах различных ВПР показал низкую частоту приема их женщинами при всех нозологических формах пороков развития плодов и новорожденных. Выявлена низкая частота женщин, принимавших фолиевую кислоту при фолат-зависимых пороках развития плода. Установлена низкая частота приема фолиевой кислоты женщинами с пороками развития нервной трубы (11,8%), костно-мышечной системы (10,9%) и МВПР (12,6%) плодов. Сравнительная оценка динамики профилактики ВПР плодов фолиевой кислотой показала различную направленность. Так, установлена низкая частота профилактики ВПР фолиевой кислотой: от 5,9 % в 2007г. до 14,8 % в 2014г. В то же время обращает на себя внимание высокий уровень профилактики фолиевой кислотой в контрольной группе за изучаемый период времени, с колебанием от 63,6 % в 2007г. до 80,0 % в 2014г. Наши данные подтверждают исследования Жученко А.Л. [14]. По данным автора, назначение фолиевой кислоты женщинам во время беременности, положительно отразилось на динамике уровня ВПР. Временной тренд с момента внедрения этой профилактической меры приобрел отрицательную направленность. Важным аспектом, влияющим на своевременность и полноценность применения методов первичной профилактики ВПР плода, является планирование беременности. В случае запланированной беременности такие мероприятия, как постановка на учет в амбулаторию происходя на более ранних сроках, чем при не запланированной. По результатам нашего исследования женщины контрольной группы все состояли на учете в амбулатории (100,0 %), в отличие от женщин основной группы (62,0 %). Проведена сравнительная оценка срока взятия беременных женщин на учет в амбулатории. Согласно результатам анализа, женщины основной группы характеризовались высокой частотой учета в раннем сроке беременности (71,8 %) сравнительно с основной группой (29,0%). Также, отмечено, что более трети женщин основной группы не состояли на учете (38,0 %).

Результаты исследования показали статистически значимое повышение риска формирования ВПР плода при отсутствии и/или начале витаминопрофилактики в позднем сроке беременности. Установлено отсутствие положительной динамики частоты витаминопрофилактики. Указанные проблемы профилактики врожденных пороков развития плода обусловливают необходимость акцентирования внимания практического здравоохранения для их решений.

Для оценки вероятности развития врожденных пороков плода применен метод бинарной логистической регрессии. При проведении регрессионного анализа из всей совокупности изучаемых факторов риска врожденных пороков развития с ВПР выявлены независимые связи следующих факторов: возраст старше 35 лет ($OR=1,69$, 95% CI: 0,98 – 2,90), образование средне - техническое ($OR=0,40$, 95% CI: 0,36 – 0,44), профессия – рабочая ($OR=1,81$, 95% CI: 1,22 – 2,68), в анамнезе рождение детей с ВПР ($OR=0,126$, 95% CI: 0,10 – 0,15), сезон зачатия в осенний ($OR=0,553$, 95% CI: 0,39 - 0,78) и зимний периоды ($OR=1,814$, 95% CI: 1,226 – 2,684), отсутствие профилактики фолиевой кислотой ($OR=15,16$, 95% CI: 7,35-31,31), поздний прием фолиевой кислоты ($OR=3,35$, 95% CI: 2,29-4,88), сопутствующее

заболевание женщины анемией ($OR=4,75, 95\% CI: 2,51 – 8,99$), заболевания женщины во время беременности ($OR=1,45, 95\% CI: 1,01-2,07$): ОРВИ без лихорадки ($OR=1,44, 95\% CI: 1,01 – 2,07$), ОРВИ с лихорадкой ($OR=20,0, 95\% CI: 2,756 – 145,7$), инфицирование уреаплазмой ($OR=4,33, 95\% CI: 1,54-12,21$) и краснухой ($OR=4,33, 95\% CI: 1,54-12,21$), а также осложненное течение беременности ($OR=1,586, 95\% CI: 1,520-2,184$): многоводием ($OR=14,2, 95\% CI: 4,453-45,18$), маловодием ($OR=3,258, 95\% CI: 1,382-7,679$) и преэклампсией ($OR=3,51, 95\% CI: 1,11 – 8,96$). В остальных случаях статистически значимых различий не установлено.

В результате пошагового отбора переменных итоговую значимую модель ($p < 0,001$) составили 12 предикторов. При этом показатель конкордации составил 91,1%. Коэффициент D-Зоммера имел среднее значение, равный 0,629, что предполагает наличие существенной (средней) связи изучаемых показателей. Наибольшие значения модулей стандартизованных коэффициентов выявлены у следующих предикторов: средне – техническое образование, рабочая профессия, сезон зачатия в зимний период, отсутствие и запоздалая профилактика фолиевой кислотой, сопутствующее заболевание женщины анемией, заболевания женщины во время беременности: ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке гестации, инфицирование уреаплазмой и краснухой, а также осложнения течения беременности маловодием, многоводием и преэклампсией. В ходе регрессионного анализа установлено, что преэклампсия и маловодие, которые при изучении их независимого влияния на течение беременности имели низкую оценку, в множественной модели показали значимую связь с развитием врожденных пороков плода. Такие предикторы, как средне – техническое образование, рабочая профессия, зачатие зимой и поздняя профилактика фолиевой кислотой не подтвердили свое значимое влияние на врожденную патологию ($p > 0,05$). Краснуха и уреаплазма из-за малого количества исследований удалены из следующего шага. Несмотря, на возможное большое количество объясняющих переменных, на втором шаге мультирегрессионной модели отсутствие профилактики фолиевой кислотой уступило свое лидирующее значение по значимости предиктору ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке гестации. Согласно данной модели прогностическими предикторами ВПР установлены следующие: ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке гестации, отсутствие профилактики фолиевой кислотой, инфицированность уреаплазмой и краснухой, маловодие, многоводие, преэклампсия и сопутствующее заболевание женщины анемией.

Из всей совокупности изученных факторов риска врожденной патологии использованием математического прогнозирования построена модель. На основании пошагового отбора переменных методом условного включения выделены предикторы, изменение значения которых существенно влияет на шанс развития ВПР. Таковыми предикторами оказались следующие: 1. Сопутствующее заболевание матери анемией 2. ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке беременности 3. Многоводие 4. Маловодие 5. Отсутствие профилактики фолиевой кислотой 6. Преэклампсия.

Изучение множества различных вариантов моделей позволило остановиться на следующем варианте, как наилучшем с точки зрения правильности классификации и коэффициента связи D-Зоммера. Модель включает выше указанные предикторы.

Многофакторный анализ позволил выделить предикторы, увеличивающие риск развития врожденных пороков плода: рабочая профессия, наступление беременности в зимний и осенний сезоны, отсутствие и/или поздняя профилактика фолиевой кислотой, экстрагенитальное заболевание матери (анемия), заболевания во время беременности (ОРВИ, в особенности с лихорадкой на раннем сроке беременности), инфицирование уреаплазмой и краснухой, а также осложнения беременности: маловодием, многоводием и преэклампсией.

Метод мульти регрессионного моделирования из указанных предикторов позволил выделить существенные предикторы, которые можно использовать для прогнозирования риска возникновения ВПР. Таковыми оказались ОРВИ с лихорадкой в раннем сроке беременности, отсутствие профилактики фолиевой кислотой, многоводие, маловодие, преэклампсия и анемия у матери. Разработанная прогностическая модель для определения вероятности возникновения ВПР плода в раннем антенатальном периоде характеризуется высокой чувствительностью, и позволяют предсказать риск возникновения ВПР плода на основании анамнестических данных, сведений о течение настоящей беременности и пренатального скрининга, и может быть использована на этапе наблюдения беременной в амбулаторных условиях.

Заключение:

Метод построения бинарной логистической регрессии позволил выявить существенные факторы, влияющие на развитие врожденных пороков. Разработана прогностическая модель для определения вероятности возникновения ВПР плода в раннем антенатальном периоде которая может быть использована в практическом здравоохранении для решения проблемы по снижению частоты развития врожденных пороков у плодов женщин.

Список литературы.

1. Боконбаева С.Дж., Алдашева Н.М., Лобзова А.В. Врожденные пороки развития как индикатор качества состояния окружающей среды. Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. 2008; 8 (4): 165-170. [Bokonbaeva S.Dj., Aldasheva N.M., Lobzova A.V. Congenital malformations as an indicator of environmental quality. Herald of the Kyrgyz-Russian Slavic University. 2008; 8 (4): 165-70. (in Russ.)]
2. Сбитнева В.Н., Глебова Л.А., Шабалдина А.В., Браиловский В.В. Региональный мониторинг врожденных пороков развития в Оренбургской области. Практическая медицина. Казань. 2010; 5: 161. [Sbitneva V.N., Glebova L.A., Shabaldina A.V., Brailovsky V.V. Regional monitoring of congenital malformations in the Orenburg region. Kazan. 2010; 5: 161. (in Russ.)]
3. Статистический отчет Республиканского Медицинского Информационного Центра Кыргызской Республики 2007-2016 гг. [Statistical Report of the Republican Medical Information Center of the Kyrgyz Republic 2007-2016. (in Russ.)]
4. Bailey L. B. Folic acid supplementation of congenital heart defects, orofacial clefts, multiple births, and miscarriage / Bailey L. B., Berry R. J. // Am. J. Clin. Nutr. 2005. Vol. 81(5). P.1213S-1217S.
5. Meijer W. M., H.E. de Walle. Differences in folic-acid policy and the prevalence of neural-tube defects in Europe; recommendations for food fortification in a EUROCAT report // Fetal Diagn. Ther. 2005. - Vol. 149, N 46.-P. 2561-2564
6. Olney R. S., Mulinare J. Trends in neural tube defect prevalence, folic acid fortification, and vitamin supplement use // Semin. Perinatol. 2002. Vol. 26, N4.-P. 277-85
7. Cortés F, Mellado C, Pardo RA, Villarroel LA, Hertrampf E. Wheat flour fortification with folic acid: changes in neural tube defects rates in Chile. Am J Med Genet A. 2012 Aug;158A(8):1885-90. doi: 10.1002/ajmg.a.35430. Epub 2012 Jun 18.
8. Kirk A., Mills J. L., Whitehead A. S. et al. Survival of Infants with Neural Tube Defects in the Presence of Folic Acid Fortification // Pediatrics. 2006. -Vol. 117.-P. 803-813.
9. Zhu L., Ling H. National neural tube defects prevention program in China Food Nutr. Bull. 2008. - Vol. 29. - P. S196-204
10. Алдашева Н. М. Влияние средовых факторов на частоту врожденных пороков развития у плодов [Текст] / Н. М. Алдашева, А. В. Лобзова, Т. В. Кузнецова // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. Бишкек, 2008. - №8. – С. 381-386.
11. Шаршенов А. К. Прогнозирование перинатальной смертности и обоснование технологии ее снижения: дис... д-ра мед. наук / А.К. Шаршенов. –Бишкек, 2001. -178-181c.
12. Абрамова, О. А. Медико-социальные аспекты формирования врожденных пороков развития плод автореф. дис... канд. мед. наук. (Педиатрия) / О. А. Абрамова. Самара, 2009. - с. 24
13. Антонов, О. В. Роль фактора сезонности в формировании врожденных пороков развития [Текст] / О. В. Антонов, Е. В. Богачёва, А. А. Комарова и др. // Бюллетень сибирской медицины. 2012. – №3. – С.135-138.

14. Жученко, Л. А. *Первичная массовая профилактика фолат-зависимых врожденных пороков развития: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук Генетика. / Л. А. Жученко* Москва, 2009. С. 48
15. Марапов, Д. И. *Совершенствование первичной профилактики врожденных пороков развития в Республике Татарстан: дисс...канд. мед. наук / Д.И. Марапов.* – Казань, 2007.- с.109
16. Цейцель Э. *Первичная профилактика врожденных дефектов: поливитамины или фолиевая кислота? / Цейцель Э. // Гинекология. 2012. – № 5. – С. 38–46*
17. Антонова В.И., Богачева Е.В., Китаева Ю.Ю. *Роль экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития. Экология человека, 2010; 6: 30-35. [Antonov V.I., Bogachev E.V., Kitaeva Yu. Yu. The role of exogenous factors in the formation of congenital malformations. Human ecology, 2010; 6: 30-36. (in Russ.)]*
18. Башмакова М.А., Савичева А.М. *Врожденные и перинатальные инфекции: проблемы и решения. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; Vol. LIX., Iss. 5. 17-22. [Bashmakova M.A., Savicheva A.M. Congenital and perinatal infections: problems and solutions. Journal of midwifery and women's diseases. 2010; Vol. LIX., Iss. 5. 17-22. (in Russ.)]*
19. Кузнецов М.И. *Краснуха во время беременности: первый опыт пренатальной диагностики сохранения беременности. Пренатальная диагностика. 2002; 1 (4): 291-293. [Kuznetsov M.I. Rubella during pregnancy: maintenance of pregnancy. Prenatal diagnosis. 2002; 1 (4): 291-93. (in Russ.)]*
20. Селютина М.Ю., Евдокимов В.И., Сидоров Г.А. *Врожденные пороки развития как показатель экологического состояния окружающей среды. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014; 26 (11) 173-177. [Selyutina M.Yu., Evdokimov V.I., Sidorov G.A. Congenital malformations as an indicator of the ecological state of environment Wednesday. Scientific statements of the Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy. 2014; 26 (11): 173-77. (in Russ.)] <http://dspace.bsu.edu.ru/handle/123456789/18587>*
21. Lazzarotto T, Gabrielli L, Guerra B, Cervi F, Piccirilli G, Simonazzi G, Chiereghin A, Bellini F, Landini MP. *Diagnosis and prognosis of congenital CMV infection: a case report and review of the literature. Scand J Clin Lab Invest Suppl. 2014; 244: 34-40;*
22. Устинова О.Ю., Пермяков И.А. *Влияние факторов среды обитания на формирование врожденных аномалий развития у детей, проживающих в зоне воздействия предприятий нефтеперерабатывающего комплекса. Вестник Пермского университета. 2012; 1: 64-67. [Ustinova O.Yu., Permyakov I.A. Influence factors on formation of Habitat Wednesday congenital abnormalities in children living in the area affected by the enterprises of the oil processing complex. Bulletin of the University of Perm. 2012; 1: 64-67. (in Russ.)]*
23. Мазур Л.И., Абрамова О.А. *Медико-социальные аспекты формирования врожденных пороков развития плода. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2009; 11 (1): 891-894. [Mazur L.I., Abramova O.A. Medico-social aspects of formation of congenital malformations in the fetus. News of the Samara scientific centre of Russian Academy of Sciences. 2009; 11 (1): 891-94. (in Russ.)]*
24. Соловьева Г.В., Серебренникова Т.Е. *Генетический груз в структуре младенческой смертности: оценка, динамика, перспективы. Практическая медицина. 2013; 6 (75): 100-102. [Soloveva G.V., Serebrenikova T.E. Genetic load in the structure of infant mortality: score , dynamics, perspective. Practical medicine. 2013; 6 (75): 100-102. (in Russ.)]*
25. Фалюш Л.Н., Флорентьев В.В. *Факторы риска врожденных пороков сердца. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2010; 6 (2): 67-69. [Faljush L.N., Florentsev V.V. Risk factors of congenital heart defects. Newsletter of the East-Siberian Scientific Center of RAMS. 2010; 6 (2): 67-69. (in Russ.)] <http://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-vrozhdennyh-porokov-serdtsa>*
26. Бочков Н.П., Пузырев В.П., Смирнохина С.А. *Клиническая генетика. 4-е издание. Геотар-медиа. 2010; 554с. [Bochkov N.P., Puzyrev V.P., Smirnokhina S.A. Clinical Genetics. 4th Edition. GEOTAR-Media. 2010; 554p. (in Russ.)]*
27. Лазюк Г.И., Кириллова И.А., Кравцова Г.И. *Тератология человека. 1991. [Lazuk G., Kirillova I.A., Kravtsova G.I. Human Teratology. 1991. (in Russ.)]*

ЖИЗНЬ ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ

Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б.¹

Национальный центр охраны материнства и детства, г.Бишкек, Кыргызская Республика¹



А.А. Ильин родился 16 июля 1923 года в селе Бутырки Куйбышевской области, с 1930 года вместе с семьей проживал в Киргизской ССР, в многодетной семье, в которой А.А. Ильин был старшим в числе семи детей.

В 1933 году семья Ильиных переехала в г. Пржевальск (ныне Каракол), где прошло детство и школьные годы Анатолия Александровича. Он учился в средней школе им. Ленина В.И., окончил её в 1941 году. После окончания школы поступил в Киевский кораблестроительный институт, который был эвакуирован в г. Каракол. Но в феврале 1941 года в возрасте 19 лет был призван в армию. В течение 6 месяцев 1942 года (с февраля по июль) был курсантом Подольского артиллерийского училища в г. Бухара Узбекской ССР.

После окончания Подольского артиллерийского училища он служил в рядах действующей армии на Волховском, Ленинградском фронтах, трудными фронтовыми дорогами прошел Чехословакию, Венгрию, Польшу, был дважды ранен и завершил Великую Отечественную войну (ВОВ) в составе Центральной группы войск в Австрии в звании гвардии капитана, награжден тремя боевыми орденами и несколькими медалями.

После окончания войны Анатолий Александрович поступил в Киргизский государственный медицинский институт, который с отличием окончил в 1951 году. С этого времени вся жизнь А.А. Ильина была посвящена главной цели – службе охраны здоровья людей.

Анатолий Александрович прошел беспокойный путь от рядового врача до видного организатора здравоохранения, руководителя и основателя первого в республике научно-практического подразделения, призванного решать комплекс сложных медицинских проблем детского и женского населения, составляющего преобладающую часть жителей страны.

Уже через три года после окончания медицинского ВУЗ-а, Анатолий Александрович был назначен на должность заместителя министра здравоохранения по кадрам, где проявил свои способности и талант организатора здравоохранения, курировал вопросы подготовки кадров для различных разделов медицины, и их обоснованной расстановки в учреждениях медицинской службы.

В 1961 году А.А. Ильин был назначен директором открытого по специальному Постановлению Правительства Киргизской ССР Научно-исследовательского института охраны материнства и детства, очень быстро ставшего известным и популярным среди детских учреждений под названием «Охматдет», широко используемым до настоящего времени.

За 31 год работы на посту директора НИИ охраны материнства и детства и в последующем НИИ акушерства и педиатрии Анатолию Александровичу удалось создать научно-клиническое учреждение, известное своими достижениями в республиках Средней Азии СССР и далеко за их пределами. Свидетельством тому являются многократные поощрения и награды коллектива, призовые места за участие в проводимых в то время

соревнованиях по итогам выполнения планов научных работ учреждений системы Минздрава бывшего СССР.

При создании НИИОМиД на него была возложена функция головного учреждения в Республике по проблемам охраны здоровья женщин и детей, решение которых включало вопросы совершенствования организационных технологий по акушерству и педиатрии, внедрение новых методов обслуживания и лечения пациентов, кардинальное улучшение качественных показателей охраны здоровья женщин и детей, снижение главных показателей состояния медицинского обслуживания населения – материнской, младенческой и детской смертности.

С первых дней открытия института перед администрацией и лично перед А.А. Ильиным остро обозначился вопрос обеспечения различных подразделений института наиболее опытными и перспективными кадрами. А.А. Ильин приложил много усилий для быстрого и профессионального включения сотрудников вновь созданного института в практическую и научную работу.

Очень внимательно относился Анатолий Александрович к вовлечению в клиническую и научную работу в институте и в различных учреждениях Республики молодых специалистов, перспективность которых он безошибочно определял благодаря собственному большому опыту работы с кадрами. В системе подготовки кадров широко использовались различные формы их обучения. В период, о котором идет речь, особенно востребованными стали обучение в ординатуре, широкое проведение научно-практических конференций с участием ученых Республики и представителей Республик бывшего СССР, которые охотно отзывались на все приглашения администрации института. Сотрудники института, также, как и врачи всех учреждений, регулярно проходили обучение по различным вопросам на Центральных и Республиканских базах повышения квалификации. В НИИОМиД все отделения активно участвовали в подготовке кадров для учреждений Республики в форме обучения на рабочем месте, а также при выездах бригад по определенным вопросам в районы и области.

Дефицит кадров высшей квалификации в области акушерства и педиатрии, который особенно начал проявляться в 70-х годах прошлого столетия, стал убедительным стимулом для организации совета по защите диссертаций на базе НИИОМиД. Стремлениями А.А. Ильина, при поддержке Министерства здравоохранения и Министерства образования Республики и профессоров КГМИ (Т.И. Покровская, В.С. Кононов), решением ВАК СССР в октябре 1981 года в НИИОМиД был открыт Специализированный Совет по защите кандидатских диссертаций по специальностям «педиатрия», «акушерство и гинекология». Председателем диссертационного совета с 1981 по 1993 год был А.А. Ильин. За этот период было защищено более 100 кандидатских диссертаций по профильным специальностям, и все они были утверждены ВАК СССР.

Обобщая приведенные сведения об участии НИИОМиД, НИИАиП и лично А.А. Ильина в подготовке кадров по педиатрии, акушерству и гинекологии, важно подчеркнуть большую позитивную роль Анатолия Александровича в этом разделе здравоохранения Республики в том числе и потому, что многие начинания той поры были продолжены, расширены, углублены его последователями.

В 60-е-70-е годы прошлого столетия в Киргизской ССР отмечался ощутимый дефицит коечного фонда, наиболее заметный в педиатрии, акушерстве и гинекологии, в областях и районах практически отсутствовала специализированная служба для детского населения и поэтому медицинская помощь по ряду заболеваний оказывалась терапевтами, либо в Республиканских учреждениях.

При открытии НИИОМиД клиническая часть его включала: отделения старшей и младшей соматики, отделение для новорожденных детей, неврологическое отделение и отделение хирургии. Отделения были рассчитаны на 30-40 коек, при этом впервые были выделены подразделения для специализированной помощи детям с неврологической и хирургической патологией, а также новорожденным.

Отдел акушерской и гинекологической помощи в тот период своей клинической базы не имел, научные сотрудники базировались в родильном доме № 3.

В связи с этим, с первых дней существования института Анатолий Александрович уделял особое внимание укреплению базы, расширению клиник (педиатрической и акушерской). Многочисленные ходатайства, обоснования и поддержка Правительства и Министерства здравоохранения стали основой для строительства нового педиатрического корпуса и родильного дома для НИИАиП.

Первое специализированное хирургическое отделение института на 40 коек в 1964 году было переведено в новую детскую больницу г. Фрунзе на 300 коек. Отделение было расширено до 110 коек, получило статус республиканского центра детской хирургии, длительное время его возглавлял д.м.н, проф. В.С. Кононов.

Открытие нового корпуса НИИОМиД в 1974 году, строительство которого с первого дня курировал А.А. Ильин, стало началом создания в институте центров и отделений согласно нозологическим формам болезней у детей, с тех пор в институте функционируют пульмонологическое, аллергологическое, гематологическое, кардиологическое, нефрологическое, неврологическое отделения. На базе части из них были образованы научные подразделения и созданы Центры (пульмонологии, аллергологии с иммунологией, гематологии), объединившие клинические и научные проблемы этих патологий, что облегчило внедрение самых новых технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациентов.

Особую роль в повышении значимости института в практической и научной деятельности имело строительство и открытие родильного дома, который стал базой проведения научных исследований, апробации, разработки и внедрения самых передовых методов выявления и лечения патологий у женщин, профилактики нарушений беременности, медицинского контроля за новорожденными.

Наряду с особым вниманием к материально-технической базе института, ее расширению и укреплению, А.А. Ильин огромное внимание уделял и вопросам расширения сети детских и родовспомогательных учреждений в целом по Республике, в том числе и в отдаленных и высокогорных районах. В этом отношении главная работа института заключалась в обосновании приоритетных направлений в строительстве медицинских учреждений различного уровня на основе анализа их состояния и потребностей населения.

Проводимые разносторонние меры по укреплению материальной базы и коечного фонда в системе обслуживания беременных женщин существенно улучшили ряд показателей родовспоможения Киргизии. Число родильных коек к началу 1979 года по сравнению с 1950 годом увеличилось почти в 4 раза, врачей акушеров-гинекологов стало больше в 4,3 раза, акушерок в 10 раз, материнская смертность снизилась в 3,3 раза. Положительная динамика коечного фонда отмечалась и в отношении детского населения.

В последующие годы тенденция к наращиванию коечного фонда, укреплению материально-технической базы медицинских учреждений сохранялась и усиливалась и НИИ охраны материнства и детства всячески содействовал эффективному использованию

финансовых средств, направляемых государством в эту сферу, путем комплексных обоснований для их приоритетного использования.

С начала 70-х годов прошлого столетия осуществлялся анализ деятельности местных органов здравоохранения на разном уровне с разработкой мер, направленных на устранение выявленных недостатков.

Эта работа осуществлялась при выездах сотрудников в командировки по заданиям Оргметодотдела института или Министерства здравоохранения. Анатолий Александрович часто лично инструктировал тех, кто направлялся в командировку, давая советы по методике анализа состояния дел на местах, при этом всегда заботился и о благополучии самого командировочного.

Основным индикатором качества системы организации оказания медицинской помощи детям является уровень младенческой смертности (рис.1).

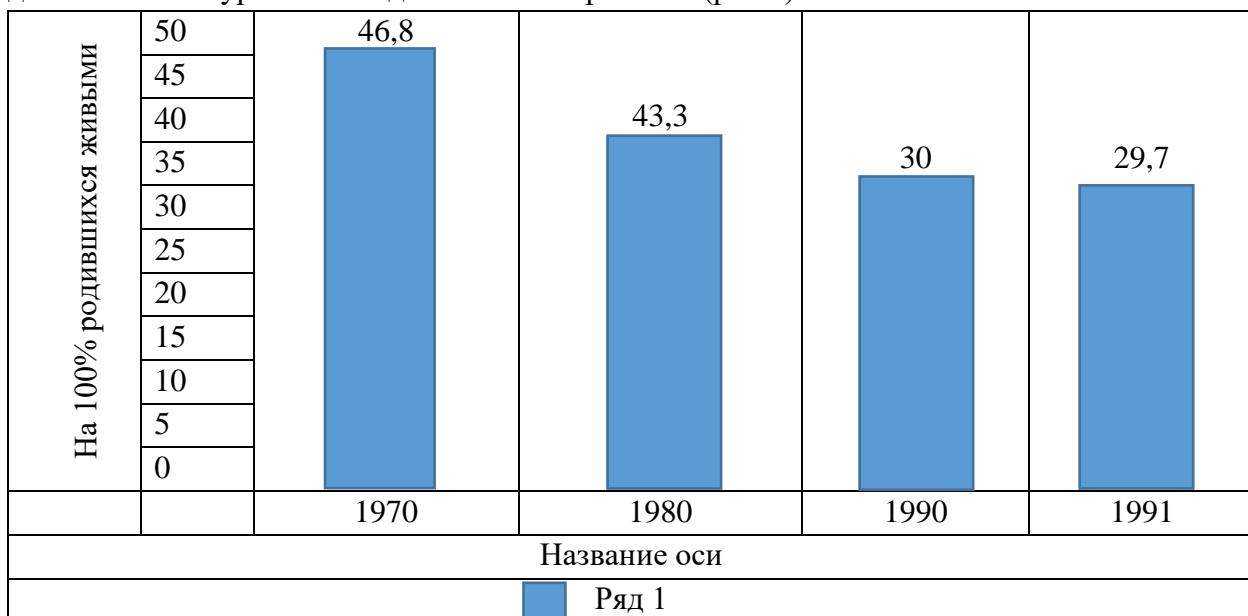


Рис. 1. Показатель младенческой смертности в республике в 1970-1991 гг.

С конца 70-х и начала 80-х годов прошлого столетия широкое внедрение получила практика кураторства сотрудниками института деятельности местных органов здравоохранения, начиная с районных подразделений и включая областные.

Так, уже к концу 70-х годов были кураторы во всех областях Республики и в большинстве районов, при этом особое внимание уделялось регионам с наиболее тревожными качественными показателями по материнству и детству.

Таблица 1. – Качественные показатели акушерско-гинекологической помощи в Республике за 1989-1991 годы

Показатели	Годы		
	1989	1990	1991
Стационарные роды в %	98,9	98,1	98,6
Раннее взятие беременных на учет в %	78,2	79,6	74,1
Число родов	130553	102741	105706
Материнская смертность		81,4	76,4
Перинатальная смертность	16,2	16,1	16,4

Представленные данные демонстрируют существенное снижение показателя младенческой смертности к 1991 году в сравнении с 1970 годом.

И все же он оставался еще на достаточно высоком уровне - 29,7 на 100 родившихся живыми. Данные сведения на всем протяжении работы института определяли научные направления прикладной значимости для Республики.

Некоторые статистические данные по ряду показателей института в разделе акушерства и гинекологии тоже позволяли обосновать основные направления в клинической и практической деятельности института в разделе охраны здоровья женщин.

Приведенные данные как по детству, так и по материнству позволяют отметить некоторые позитивные сдвиги в системе охраны здоровья женщин и детей, но при этом четко указывают на сохранение ряда неблагоприятных или устойчивых тенденций в этой сфере. Естественно, большое влияние на основные качественные показатели оказывают социально-экономические условия, но сохраняется и широкий диапазон недостатков или сбоев в работе системы здравоохранения, что к 1992 году предопределило необходимость коренного реформирования всей системы здравоохранения.

Анатолий Александрович Ильин и руководимый им институт на протяжении всех 30 с небольшим лет всегда стремились к повышению качества медицинского обслуживания женщин и детей и улучшению количественных и качественных показателей этих служб.

Высокие уровни заболеваемости и неблагоприятных исходов среди женщин и детей, широкий диапазон нозологических форм патологий среди населения, регистрируемые в описываемый период времени, предопределили постоянное внимание к вопросам качества и оптимальности работы педиатрической клиники НИИОМиД, родильного дома и клинических баз областей, и районов Республики.

В отделениях педиатрической клиники в процессе лечения профильных пациентов, разрабатывались, апробировались и внедрялись передовые на тот период методы диагностики и лечения.

В качестве одного из примеров активного участия НИИОМиД в данном процессе можно отметить развитие лечебной помощи при неотложных состояниях – службы интенсивной терапии и реанимации. Начало этой службы в Республике было положено в 1967 году с открытия палаты интенсивной терапии на базе приемного отделения в самом первом корпусе института. Первыми врачами, работавшими в этой палате, стали З.А. Дручевская и З.И. Врублевская. Анатолий Александрович лично курировал условия, потребности, результаты работы палаты, особое внимание при этом уделялось обеспечению палаты необходимыми средствами диагностики, лечения и выхаживания больных детей с самыми тяжелыми состояниями. Непосредственным участником открытия и работы палаты для таких больных была главный врач института А.И. Бородаенко.

Следует также отметить, что на протяжении всего периода организации и последующей работы отделений и палат интенсивного лечения и реанимации этот раздел лечебного дела активно и плодотворно поддерживался заместителями министра здравоохранения Н.Г. Брагиной, Н.И. Деревянкиной и К.А. Субанбаевым, последовательно занимавших этот пост в описываемой период.

Начавшись в 1967 году с палаты интенсивной терапии в НИИОМиД, к 1982 году эта служба была внедрена во всех крупных лечебных учреждениях Республики.

Организаторами и исполнителями клинической работы были опытные врачи, усилия которых были направлены на обеспечение высококвалифицированной амбулаторной и стационарной помощи всем нуждающимся детям

Открытие НИИ охраны материнства и детства в 1961 году стало началом значительной активизации научно-исследовательской работы в области акушерства, гинекологии и педиатрии. Впервые в Республике был создан Центр комплексных научных разработок по важным для Республики проблемам, прямо и косвенно влияющим на демографическую ситуацию и на формирование будущего трудового потенциала Республики.

С этими проблемами А.А. Ильин был глубоко знаком и полностью отдавал отчет в том, насколько важной и целенаправленной должна быть работа института в научном плане с акцентом на прикладную значимость результатов исследований в сохранении жизни и здоровья женского и детского населения.

Для осуществления научных исследований в институте прежде всего требовалось создание научного потенциала и научной среды, что было успешно выполнено Анатолием Александровичем и поддержавшим его устремления коллективом профессоров и докторов наук, работавших в институте и в КГМИ, сумевшим за короткий период привлечь к научной работе молодых врачей, выпускников медицинского института и врачей, прибывших на работу из других регионов бывшего СССР (в основном из Харькова). Уже к началу 80-х годов в институте работали 65 научных сотрудников и 90 врачей, в числе которых было 6 докторов наук.

В соответствии с направлением исследований по медицинскому обслуживанию женщин в 1967-1969 гг в сельских районах Кыргызстана внедрялась новая организационная форма «Выездные женские консультации». С участием А.А. Ильина, Н.Е. Черновой и Т.И. Львовой для улучшения доступа женщин и детей к квалифицированной акушерской и педиатрической помощи в условиях сельских, отдаленных и высокогорных районов были разработаны и внедрялись методические рекомендации «Принципы организации медицинской помощи в зоне отгонного животноводства», «Организация работы выездных женских и детских консультаций», которые были утверждены Министерством здравоохранения СССР и приняты к внедрению по Союзу. В дальнейшем было разработано методическое пособие «Основы организации акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов (АТПК)», получивших в свое время высокую оценку в практическом здравоохранении (Н.Е. Чернова).

В 60-70-е годы наибольшее число исследований было посвящено разработке эффективных мер профилактики и лечения патологии беременности и родов, изучению причин материнской смертности и поиску путей их профилактики и лечения. Результаты исследований в этом направлении включали обобщения по особенностям течения в местных условиях физиологической и патологической беременности, родов и послеродового периода, вопросы антенатальной охраны плода, физиологические и патологические процессы периода новорожденности, влияние состояния матери и гипоксии на выживаемость новорожденных. Перечень проблем научного интереса в акушерстве и гинекологии отражает их объем, клиническую значимость и многогранность.

Эффективность практического использования научных исследований акушерского отдела НИИАиП по профилактике патологических кровотечений в родах подтверждена снижением этой патологии в Республике за период с 1972 по 1984 годы более чем в 2 раза.

Рядом сотрудников под руководством А.А. Ильина и Е.А. Стегайло было изучено фактическое питание кормящих матерей в различных климато-географических условиях

Киргизии, на основе которого были изданы методические рекомендации по оптимальным режимам питания кормящих женщин, которые были утверждены Институтом питания АМН СССР и успешно использовались в лечебных учреждениях Республики.

Еще в 1981-1982 годы сотрудниками института была доказана целесообразность раннего прикладывания новорожденного к груди матери.

Проводимые в 90-е годы сотрудниками акушерского отдела НИИАиП исследования в области диагностики, прогнозирования и лечения гестозов были завершены разработкой методических рекомендаций для практического здравоохранения и подтверждены 5-ю патентами на изобретение.

На основе комплексных исследований по изучению влияния высокогорья на материнско-плодовые взаимоотношения, адаптивные возможности плода и новорожденного были определены оптимальные методы обезболивания родов у женщин-горянок, разработаны рекомендации по ведению беременности и родов у женщин в условиях высокогорной гипоксии и у многорожающих женщин. Внедрение этих рекомендаций и начатая работа по планированию семьи привели к снижению числа многорожающих женщин в Кыргызстане за период 1965-1985 гг с 40,2 до 27,8% и с 1985 по 2000 гг – до 18,3%.

Установилась устойчивая тенденция к снижению показателя материнской смертности от 76,4 на 100 тысяч живорожденных в 1991 году до 67,4 – в 1995 г и до 46,5 – в 2000 году.

В последующие годы изучение перечисленных проблем в акушерстве было продолжено с более глубоким их анализом с позиций регионального подхода и с учетом меняющихся социально-экономических условий жизни.

Вопросам акушерства и гинекологии, как видно из представленного краткого сообщения, в институте, руководимым А.А. Ильиным, уделялось большое внимание, в связи с огромной медико-социальной значимостью данного раздела медицины для каждого жителя и для государства в целом.

Не менее важной и многогранной была работа педиатрического отдела в НИИОМиД и в НИИАиП, начиная с периода его открытия. Раздел педиатрии стал самым большим по объему изучаемых проблем.

Адекватное динамическое наблюдение за физическим развитием и заболеваемостью детей является универсальным диагностическим «ключом» к определению риска развития заболеваний и своевременному решению вопросов выявления патологий, выделению региональных особенностей их течения, разработке профилактических мероприятий.

На основе изучения патологических, физиологических процессов детского населения представляется возможность научно-обоснованного планирования объемов необходимого кадрового потенциала для различных разделов медицинской помощи детям, а также для формирования программ по воспитанию здорового поколения, снижению заболеваемости и повышению качества жизни детского населения.

Научные сотрудники оргметодотдела особое внимание уделяли вопросам медико-санитарного обслуживания детей в сельских дошкольных учреждениях. К примеру группой сотрудников под руководством А.А. Ильина были разработаны методические материалы по данной проблеме, которые экспонировались на ВДНХ СССР, а их авторы были удостоены дипломов.

Как известно, здоровье детей и беременных женщин во многом определяется характером их питания. Учитывая, что женщины и дети составляют преобладающую часть населения Республики, вопросы питания стали предметом особого внимания в практическом и научном плане. Впервые в Киргизской ССР был создан отдел питания, который, начавшись

с маленькой лаборатории на базе 2-го родильного дома, уже в 70-е годы стал подразделением, фактически выполняющим функции института питания, достигшего больших успехов в вопросах совершенствования основ питания здоровых и больных детей, кормящих и беременных женщин. Возможность создания и дальнейшего функционирования этого отдела в институте была обусловлена стараниями А.А. Ильина и большого энтузиаста изучения проблем питания Н.В. Федотова.

За период с 1963 г в ближайшие 40 лет деятельности отдела питания было создано 9 видов продуктов детского диетического питания, в том числе 5 видов Биолакта, пресная адаптированная молочная смесь «Адалакт», биологически активная паста «Наристе», обладающие высокой усвоемостью, сбалансированные и адаптированные к составу женского молока и потребностям ребенка, начиная с периода новорожденности. Важно отметить, что эти продукты были отработаны технологическими условиями их приготовления, что позволило в свое время утвердить союзные стандарты на их промышленное производство. Так, биолакт выпускался на 12 молочных кухнях союзных республик и на 9 промышленных предприятиях.

Сотрудниками отдела питания были также созданы лактобиолакт «Перим» и лактовит «Назик» для профилактики и лечения гипогалактии у женщин, разработаны биологически активные биодобавки с коли-, бифидо- и лактобактериями для коррекции нарушенного биоценоза кишечника, «Антианемическая добавка» для лечения анемии, лизоцимная добавка. Использованию перечисленных продуктов способствовали отработанные в отделе технологии приготовления заквасок для приготовления биолакта (сухие и жидкие).

Данный раздел деятельности отдела питания был высоко оценен в Киргизской ССР присуждение Государственной премии в 1992 году и присуждение наград на республиканских, союзных и международных (Корея «Тэджан Экспо-93») выставках.

Исследования в области педиатрии, выполненные в НИИОМиД, были направлены на разработку местных стандартов функционирования систем детского организма в различных климатогеографических условиях, в частности, основных кислородообеспечивающих систем и иммунного статуса, а также изучались процессы адаптации здоровых и больных детей к условиям среднегорья (оз.Иссык Куль).

Получены важные сведения, применение которых в профилактической и клинической медицине позволило значительно повысить их эффективность.

Достаточно глубоко изучались проблемы выживаемости дальнейшего развития и заболеваемости новорожденных детей, позволившие добиться позитивных сдвигов в отношении младенческой смертности и нарушений в развитии детей, рожденных в разных географических и социальных условиях.

Наиболее полно и в различных направлениях изучены вопросы распространения, особенностей течения, оптимизации процессов раннего выявления и лечения железодефицитной анемии. Результатом исследования стали не только улучшение качества выявления и лечения данного заболевания у детей, но и формирование школы ученых - специалистов в данном разделе педиатрии.

При ревматическом процессе у детей в горных условиях обосновано заключение о том, что механизмы формирования и клинического течения ревматизма в детском возрасте обусловлены комплексом факторов, включающих гипоксию, состояние реактивности и устойчивость к инфекции.

Большое количество работ было выполнено по бронхолегочным заболеваниям, в тот период времени занимающих лидирующие позиции в структуре причин младенческой и

детской смертности. Итогом исследований стали многочисленные методические разработки, позволившие снизить негативные последствия данной патологии у детей.

Повсеместное, прогрессирующее увеличение различных форм аллергической патологии среди детского населения предопределило большой интерес научного отдела НИИОМиД к предастме, астме, атопическому дерматиту. Получен ряд новых трактовок в отношении формирования аллергии в горных условиях, даны прогностические модели данной патологии в будущем, оптимизированы пути предупреждения, лечения и реабилитации детей с данной патологией. Сформировавшаяся в тот период школа пульмонологов и аллергологов, возглавляемая тогда д.м.н., профессором Г.А. Комаровым и в настоящее время успешно развивает научные и клинические аспекты данного раздела медицины. Одним из важных достижений в когорте научных исследований последних десятилетий XX века стала разработка нового для Киргизской ССР метода лечения бронхиальной астмы, включающего использование соляных шахт и получившего название «высокогорная спелеотерапия». Инициаторами и разработчиками данных исследований были А.А.Ильин, Г.А. Комаров, Д.А.Алымкулов.

Данный метод лечения бронхиальной астмы был дополнен сочетанием с лечением в условиях горно- морского климата (О.Ж.Узаков), что позволило повысить эффективность лечения бронхиальной астмы у детей.

Уже за первые 40 лет существования института было выполнено 396 научно-исследовательских работ, издано 43 сборника научных трудов, 23 монографии, 227 методических рекомендаций, пособий и нормативных материалов. По результатам исследований получено 20 авторских свидетельств и патентов.

Неоценим вклад А.А.Ильина в дело развития здравоохранения Кыргызской Республики и особенно велика его заслуга в достижениях по проблемам материнства и детства.

Весьма плодотворно Анатолий Александрович и сам выполнял научную работу - он защитил докторскую диссертацию, ему было присвоено научное звание профессора, А.А. Ильин автор более 100 научных работ, 2-х монографий, 16 методических рекомендаций, руководитель плеяды кандидатов и докторов наук. Его многолетние труды по особенностям клинических характеристик геморрагического васкулита обобщены в одноименной монографии, до настоящего времени являющейся фундаментальным изданием в педиатрии.

Особо стоит отметить монографию А.А. Ильина (совместно с. Г.М. Поповой, О.Г.Тургунбаевым, З.Ф. Шалавиной) «Охрана здоровья детей в Киргизской ССР», изданной в 1984 году. Эта монография стала первым трудом, в котором обобщены все периоды становления и развития медицины детства в Киргизской ССР.

Всю свою жизнь Анатолий Александрович выполнял большую и ответственную работу, был членом Ученого Совета Министерства здравоохранения, членом правительства Всесоюзного общества детских врачей, президентом организованного по его личной инициативе фонда охраны матери и ребенка в Кыргызской Республике.

Огромная научная и практическая деятельность А.А. Ильина высоко оценены Правительством, он награжден орденами «Знак почета», «Трудового Красного Знамени», Почетными грамотами Верховного Совета Республики, Союзным значком «Отличник здравоохранения», медалью «Ветеран труда» и другими.

У Анатолия Александровича была дружная семья, которая отличалась радушием, открытостью, трудолюбием и ответственным отношением к своему делу. Его жена Валентина Александровна тоже была врачом, работала терапевтом и рентгенологом. Ее жизнь, помимо

профессиональной деятельности, была посвящена воспитанию детей и поддержке мужа во всех его делах.

В семье Ильиных росли два сына - Владимир Анатольевич 1952 года рождения, и Александр Анатольевич 1957 года рождения. Оба продолжили семейную традицию, окончили Кыргызский государственный медицинский институт, стали врачами, защитили диссертации кандидатов медицинских наук. По их стопам пошли и внуки Анатолия Александровича, Константин (сын Владимира) и Антон (сын Александра) тоже стали врачами. Внучка Катя - предприниматель.

По отзывам младшей сестры Анатолия Александровича Ольги Александровны брат всегда поддерживал их всех добрым словом, советом и всем, что было в его силах в каждой конкретной ситуации.

Высокая эрудиция, острота мышления, ответственное отношение к судьбам людей, беззаветная преданность делу и глубокое личное обаяние снискали ему любовь и уважение учеников, сослуживцев, друзей и последователей.

Имя и дело А.А. Ильина всегда живы в памяти всех, кому посчастливилось знать его и работать с ним и под его руководством.

В год 100 - летия со дня рождения А.А.Ильина мы выражаем надежду, что и будущие поколения студентов и врачей, выбравших трудный, ответственный и почетный путь служения делу охраны материнства и детства будут помнить о тех истоках, которые проложены предшественниками, следовать их морально-этическим установкам, осознанным устремлением к достижению значимых успехов в области здравоохранения.

ЮБИЛЕЙ В.С. КОНОНОВА

Омурбеков Т.О.⁹, Мыкыев К.М.⁸

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁹

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра детской хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика.⁸

Официальная детская хирургическая служба в Кыргызской Республике зародилась в 1962 году – когда открылось первое детское хирургическое отделение в Кыргызстане на базе Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии (КНИИАиП), заведующим которого на конкурсной основе стал канд. мед. наук В.С. Кононов, окончивший КГМИ в 1950 году.

Кононов Виктор Сергеевич родился 17 января 1922 года в поселке Марьино Орловской области.



Отца Виктор Сергеевича направили в Киргизию в 1926 году строить железную дорогу как инженера по железным дорогам. Виктор Сергеевич, окончив в 1939 году среднюю школу в г. Фрунзе (ныне Бишкек), поступил в Ленинградский химико-технологический институт. В.С. Кононов – участник Великой Отечественной войны и он воевал на Северо-Западном, Западном и 3-м Белорусском фронтах. В 1941 году сражался на подступах в Москве, воевал в Белоруссии и Восточной Пруссии. Виктор Сергеевич входит в число 44 детских хирургов СССР – участников Великой Отечественной войны. В 1945 году был демобилизован, за подвиги в ВОВ награжден орденами Красной Звезды и Великой Отечественной войны.

В 1945 году поступил в Киргизский государственный медицинский институт. В студенческие годы Виктор Сергеевич проявил интерес к научным исследованиям. Одаренный студент обратил на себя внимание видных педагогов-клиницистов И.К. Ахунбаева и С.Я. Долецкого. Под их руководством он проводил свои первые научные исследования, результаты которых были опубликованы в студенческом научном сборнике. После окончания Киргизского государственного медицинского института в 1950 году был направлен в г. Джалал-Абад хирургом, затем работал заведующими хирургическим отделением Джалалабадской городской больницы и одновременно преподавателем в медицинской училище. В 1951-1959 годах под руководством будущего академика АМН СССР, профессора И.К. Ахунбаева он последовательно и всесторонне изучал различные аспекты эндемического зоба в Кыргызстане. В серии своих работ В.С. Кононов излагал особенности клинического течения и хирургического лечения эндемического зоба на юге республики. Результатом работы стала защита кандидатской диссертации на тему «Эндемический зоб в Джалал-Абадской области Киргизской ССР».

В 1960 году избран депутатом городского совета Джалал-Абада и членом ревизионной комиссии Ошского обкома КП Киргизии. За добросовестный труд он награжден медалью «За трудовую доблесть».

В.С. Кононов проходил усовершенствование в г. Москве по торакальной хирургии у профессоров Б.К. Осипова и Б.Р. Брайцева, по сосудистой хирургии - у профессора А.В. Покровского, а по детской хирургии - у С.Я. Долецкого.

В январе 1962 года В.С. Кононова по конкурсу избирают на заведование впервые организованного в Кыргызской Республике отделения детской хирургии Киргизского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии. Одновременно его назначают внештатным главным детским хирургом Министерство Киргизской ССР. Он продолжает заниматься научно-исследовательской работой и наибольший интерес проявляет к вопросам гнойной хирургии детского возраста. В 1970 году защитил докторскую диссертацию на тему «Гематогенный остеомиелит у детей» под руководством профессора С.Я. Долецкого (Москва).

В 1965 году на базе городской детской клинической больницы № 3 г. Фрунзе были открыты детские хирургические отделения (неотложная, плановая и гнойная хирургия) на 120 коек, а также травматологический пункт. В 1972 году в связи с открытием кафедры детской хирургии педиатрического факультета Киргизского государственного медицинского института городская детская клиническая больница № 3 г. Фрунзе стала официальной базой (*alma mater*) для подготовки будущих детских хирургов в Кыргызской Республике. В 1972 г. Виктор Сергеевич стал первым заведующим кафедрой детской хирургии Киргизского государственного медицинского института и заведовал кафедрой с 1972 по 1997г. Под его руководством защищено две докторских, 32 кандидатских диссертации, опубликовано более 360 научных работ, три монографии, пять учебников и учебно-методических пособий, является автором девяти изобретений. Научные исследования проф. В.С. Кононова посвящены большому кругу вопросов детской хирургии, но основная часть опубликованных им работ касается гноино-септических заболеваний детского возраста. Перу профессора принадлежит монографии «Гематогенный остеомиелит у детей» (Москва, 1974), «Иммунотерапия гематогенного остеомиелита у детей» а также статьи и методические пособие по хирургическому лечению острого и хронического гематогенного остеомиелита, гноино-септической патологии детского возраста.

В.С. Кононов плодотворно работал над проблемой хирургии пищевода у детей. Им опубликованы методические указания и статьи по диагностике и лечению химических ожогов и структур пищевода у детей и эзофагопластике.

Большое внимание Виктор Сергеевич уделял изучению и лечению врожденных пороков развития у детей и новорожденных. Им проведены сложные реконструктивные и пластические операции при пороках развития пищевода у новорожденных. Он вел научные исследования по изучению особенностей врожденных пороков развития грудной клетки и спинномозговых грыж у детей.

Впервые в Кыргызской Республике под его руководством проводили научные исследования по изучению эхинококковой болезни у детей, были разработаны изобретения по методике обработки эхинококковой кисты печени у детей утвержденный Госкомизобретений СССР в 1992г.

В.С. Кононов принимал активное участие в работе многих республиканских и всесоюзных съездов, конференций хирургов и педиатров. Был участником IV Международного конгресса детских хирургов в Испании (Барселона). В 2000-2009 гг. был членом редколлегии журнала «Детская хирургия» (Россия).

За долголетнюю и плодотворную деятельность по созданию и развитию детской хирургической службы в Кыргызстане, как талантливый ученый, хирург и педагог, ему присвоены почетные звания, заслуженный врач Киргизской ССР (1984), заслуженный деятель

науки Кыргызской Республики (1995). Награжден медалями «Трудовое отличие», «За доблестный труд» и «Данк», юбилейной медалью «К 100 летию В.И. Ленина», почетными грамотами Президиума Верховного Совета Киргизской ССР.

Ученый, высококвалифицированный хирург, педагог-клиницист, организатор детской хирургической службы Кыргызской Республики профессор В.С. Кононов отличался своей скромностью, интеллигентностью, коммуникабельностью, трудолюбием и пользовался огромным авторитетом среди медицинской общественности республики и детских хирургов бывшего союза.

СОДЕРЖАНИЕ

Педиатрическая служба Кыргызской Республики: состояние, успехи и перспективы развития <i>Сулайманов Ш.А., Кудаяров Д.К., Шамбетова А.Э., Джетыбаева А.Б., Фуртикова А.Б.</i>	3
Перспективы и пути совершенствования научных исследований в Национальном центре охраны материнства и детства <i>Саатова Г.М.</i>	8
Анализ материнской смертности в Кыргызской Республике за 2020-2023 гг. <i>Сулайманов Ш.А., Эшалиева А.С., Озубекова М.К., Казыбекова Г.М., Ишеналиева Ч.А.</i>	14
Сравнительный анализ младенческой смертности в Кыргызской Республике за 2023 год <i>Сулайманов Ш.А., Эшалиева А.С., Озубекова М.К., Казыбекова Г.М., Ишеналиева Ч.А.</i>	21
Место и роль НЦОМИД в деле охраны здоровья матери и ребёнка в Кыргызской Республике. <i>Узакбаев К. А.</i>	26
Прогнозирование развития ранних бактериальных инфекций у недоношенных детей <i>Ширина Т.В., Белецкая Л.М.</i>	38
Биологическая терапия (омализумаб) хронической спонтанной крапивницы <i>Испаева Ж.Б., Турлугулова Г.Т., Мустафина М.О., Бекмагамбетова Р.Б., Бостанов А.С., Батырбаева А.Ж., Джсанабаева Н.Б., Жакиева А.Б., Заирова М.Б., Шоканова Э.Т.</i>	41
Роль полиморфизма гена IL-4 (-590C/T) у больных с бронхиальной астмой <i>Каримова М.Х., Шамсиеев Ф.М., Мирсалихова Н.Х., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.</i>	46
Полиморфизм гена IL-6 в локусе -174G/C и особенности цитокинов при хроническом бронхите у детей <i>Арипова Ш.Х., Шамсиеев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б.</i>	50
Применение пробиотиков в профилактике и лечении дисбиотических нарушений у детей и взрослых. <i>Саржанова К.С.</i>	55
Актуальные проблемы детской челюстно-лицевой хирургии в Кыргызской Республике <i>Юлдашев И. М., Суеркулов Э. С., Мамыралиев А. Б., Рахманов А. Т., Омурбеков Е. О.</i>	61
Часто болеющие дети (ЧБД) с позиции детского хирурга <i>Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Садыков А.Н.</i>	66
Варианты хирургического лечения гидронефроза у детей <i>Эсембаев Б.И., Пороцай В.Н., Усеналиев И. Ш., Токторбаев К.Ш., Хасанакунов Т.А.</i>	70
Профилактика и прогнозирование врожденных пороков развития плодов у беременных женщин Кыргызской Республики. <i>Жаманкулова Ф.С., Сорокин А.А., Назаралиева С.Б.</i>	76
Жизнь во имя здоровья женщин и детей <i>Кудаяров Д.К., Фуртикова А.Б.</i>	83
Юбилей В.С. Кононова <i>Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М.</i>	93

МАЗМУНУ

Кыргыз Республикасынын педиатриялык кызматы: абалы, жетиштиker жана өнүгүү преспективалары <i>Ш.А. Сурайманов, Д.К. Кудаяров, А.Э. Шамбетова, А.Б. Джетыбаева, А.Б. Фуртикова</i>	3
Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда илимий изилдөөлөрдү өркүндөтүүнүн жолдору жана келечеги <i>Г. М. Саатова</i>	8
Кыргыз Республикасындагы 2020-2023-жылдардагы энелердин өлүмүнүн анализи. <i>Ш.А. Сурайманов, А.С. Эшалиева, М.К. Озубекова, Г.М. Казыбекова, Ч.А. Ишеналиева.</i>	14
2023-жылдагы Кыргыз Республикасындагы ымыркайлардын өлүмүнүн салыштырма анализи. <i>Ш.А. Сурайманов, А.С. Эшалиева, М.К. Озубекова, Г.М. Казыбекова, Ч.А. Ишеналиева</i>	21
Кыргызстан калкынын саламаттыгын коргоо ишинде эне жана баланы коргоо улуттук борборунун орду жана ролу <i>К.А. Узакбаев</i>	26
Эрте төрөлгөн ымыркайларда эрте бактериялык инфекциялардын өнүгүшүн болжолдоо. <i>Т.В. Ширина, Л.М. Белецкая</i>	38
Өнөкөт өзүнөн – өзү пайда болгон бөрү жатыштын биологиялык даарылоосу (омализумаб). <i>Ж.Б. Испаева, Г.Т. Турлугулова, М.О. Мустафина, Р.Б. Бекмагамбетова, А.С. Бостанов, А.Ж. Батырбаева, Н.Б. Джанабаева, А.Б. Жакиева, М.Б. Заиррова, Э.Т. Шоканова.</i>	41
Бронхиалдык астма менен жабыркаган бейтаптардын <i>М.Х. Каримова, Ф.М. Шамсиеv, Н.Х. Мирсалихова, Р.А. Мусажанова, Н.Д. Азизова</i>	46
ИЛ-6 генинин -174G/C локусындагы полиморфизми жана балдардагы өнөкөт бронхиттеги цитокиндердин өзгөчүлүктөрү <i>Ш.Х. Арипова, Ф.М. Шамсиеv, Р.А. Мусажанова, Ш.Б. Узакова</i>	50
Балдардын жана чондордун дисбиотик ооруларын алдын алуу жана дарылоодо пробиотиктерди колдонуусу. <i>Саржанова К.С.</i>	55
Кыргыз Республикасындагы балдардын жаак-бет хирургиясынын актуалдуу көйгөйлөрү <i>И.М. Юлдашев, Э.С. Суеркулов, А.Б. Мамыралиев, А.Т. Рахманов, Э.О. Омурбеков</i>	61
Тез-тез ооруган балдар (ТТОБ) балдар хирургтарынын көз карашы менен <i>К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, А.Н. Садыков</i>	66
Балдардагы гидронефроздун хирургиялык даарылоонун варианттары. <i>Б.И. Эсембаев, В.Н. Пороцай, И. Ш. Усеналиев, К.Ш. Токторбаев, Т.А.Хасанакунов</i>	70
Кыргыз Республикасынын кош бойлуу аялдардын түйүлдүктөрүнүн тубаса кемтиктеги алдын алуу жана божомолдоо. <i>Ф.С. Жаманкулова, А.А. Сорокин, С.Б. Назаралиева</i>	76
Аялдардын жана балдардын ден соолугу учун жашоо <i>Д.К. Кудаяров, А.Б. Фуртикова</i>	83
В.С. Кононовдун юбилейи <i>Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М.</i>	93

CONTENT

Pediatric service of the Kyrgyz Republic:status, achievements and development prospects <i>Sh.A. Sulaimanov, D.K. Kudayarov, A.E. Shambetova, A.B. Djetybaeva, A.B. Furtikova</i>	3
Prospects and ways for improving scientific research in the national center for maternity and childhood welfare <i>G.M. Saatova</i>	8
Analysis of maternal mortality in the Kyrgyz Republic for 2020-2023. <i>Sh.A. Sulaimanov, A.S. Eshalieva, M.K. Ozubekova, G.M. Kazybekova, Ch.A. Ishenalieva.</i>	14
Comparative analysis of infant mortality in the Kyrgyz Republic for the year 2023. <i>Sh.A. Sulaimanov, A.S. Eshalieva1, M.K. Ozubekova, G.M. Kazybekova, Ch.A. Ishenalieva</i>	21
Place and role of the national center of motherhood and childhood in the health of the population of Kyrgyzstan <i>K.A. Uzakbaev</i>	26
Predicting the development of early bacterial infections in premature infants <i>T.V. Shirina, L.M. Beletskaya</i>	38
Biological therapy (omalizumab) for chronic spontaneous urticaria <i>J.B. Ispaea, G.T. Turlugulova, M.O. Mustafina, R.B. Bekmagambetova, A.S. Bostanov, A.J. Batyrbaeva, N.B. Janabaeva, A.B. Jakieva, M.B. Zairova, E.T. Shokanova.</i>	41
The role of IL-4 gene polymorphism (-590C/T) in patients with bronchial asthma <i>M.Kh. Karimova, F.M. Shamsiev, N.Kh. Mirsalikhova, R.A. Musajanova, N.D. Azizova</i>	46
Polymorphism of the IL-6 gene in the -174G/C locus and features of cytokines in chronic bronchitis in children <i>Sh.Kh. Aripova, F.M. Shamsiev, R.A. Musajanova</i>	50
The use of probiotics in the prevention and treatment of dysbiotic disorders in children and adults. <i>Sarzhanova K.S.</i>	55
Current problems of pediatric maxillofacial surgery in the Kyrgyz Republic <i>I.M. Yuldashev, E.S. Suerkulov, A.B. Mamyraliev, A.T. Rakhmanov, E.O. Omurbekov</i>	61
Frequently ill children (FIC) from the position of a pediatric surgeon <i>K.M. Mykyev, T.O. Omurbekov, A.N. Sadykov</i>	66
Surgical treatment options of hydronephrosis in children <i>B.I. Esembaev, V.N. Poroshchai, I. S. Usenaliev, K.Sh. Toktorbaev, T.A. Khasanakhunov</i>	70
Prevention and prediction of congenital malformations of fetuses in pregnant women of the Kyrgyz republic. <i>F. S. Djamankulova, A.A. Sorokin, S.B. Nazaralieva</i>	76
Living for the health of women and children <i>D.K. Kudayarov, A.B. Furtikova</i>	83
Anniversary of V.S. Kononov <i>T.O. Omurbekov, K.M. Mykyev</i>	93

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 TimesNewRomanСyr, 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 редколлегия может вести переписку, используя точный адрес, телефон и электронный адрес. Статьи визируются руководителем учреждения, и заверяется печатью учреждения, должны быть подписаны всеми авторами. Статьи, оформленные не по требованиям, отправленные по факсу не принимаются, а также не прошедшие рецензирование рассматриваться не будут. После рецензирования статьи не возвращаются.

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

Tel. +996 312 46-41-12, 49-23-71.

Ответственные секретари:

Аманкулова А.А. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996501 677325,
aytbu.amankulova@mail.ru

Бурабаев Б.Д. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996 700 443097,
bolot.burabaev@gmail.com

ЖУРНАЛДАГЫ БАСЫЛМАЛАРГА ТАЛАПТАР АВТОРЛОРДУН ЭСИНЕ!

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

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

Тексттин электрондук түрү MS Word 2003-2010 (кеңейүү 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 үстүңкү – 2 см; тексттеги кызыл сап – 1,25 см; сандарда ондуктар «,» белгиси менен бөлүнөт.

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

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

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

Эмгектин аталышын, авторлордун аты-жөндөрүн, мекеменин толук аталышын, эмгек аткарылган шаарды, өлкөнү жана резюмени **орус, кыргыз жана 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 көлтирилиш керек. Тексттеги кыскартуулар бириңчи айтылганында чечилмелениши керек.

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

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

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

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору.

Tel. +996 312 46-41-12, 49-23-71.

Жоопту катчы:

Аманкулова А.А. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996501 677 325,
aytbu.amankulova@mail.ru

Бурабаев Б.Д. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996 700 443 097,
bolot.burabaev@gmail.com

PUBLICATION REQUIREMENTS ATTENTION AUTHORS!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tel. +996 312 46-41-12, 49-23-71.

executive secretary:

Аманкулова А.А. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996501 677 325,
aytbu.amankulova@mail.ru

Бурабаев Б.Д. (Бишкек, Кыргызстан) сот. тел.: +996 700 443 097,
bolot.burabaev@gmail.com

Железодефицитная анемия у женщин: скрининг, профилактика и лечение

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

Национальный центр охраны материнства и детства, Бишкек, Кыргызская Республика.¹

Национальный центр онкологии и гематологии, Бишкек, Кыргызская Республика.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 жетишсиздигинен пайда болуучу аз
кандуулугун аныктоо, анын алдын ал уу жана дарылоо**

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

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.¹

Онкология жана гематология улуттук борбору, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.²

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

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

Iron deficiency anemia in women: screening, prevention and treatment.

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

National Center of Maternity and Childhood Welfare, Bishkek, Kyrgyz Republic.¹

National center of oncology and hematology, Bishkek, Kyrgyz Republic.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:

Здоровье матери и ребенка.
2024 год. Том 16. № 1.
Формат 210x297. Печать офсетная.
Тираж 300 экз.
Отпечатано в типографии Sunrise advertising

