

ISSN 1694-6405

**И.К.АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН**

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

**КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**

№ 4(II) 2013

Бишкек

Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии

им. И.К. Ахунбаева

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.
Джумабеков А.С.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.
Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Аскеров А.А.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Карашева Н.Т.
Кутманова А.З.
Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.
Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморов Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА.
Телефон: (312) 54 94 60
e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.
Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.
Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2013



*Научно - практическая конференция
посвященная 90- летнему юбилею
профессору, доктору медицинских наук
Покровской Татьяны Ивановны*

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
ЮБИЛЕЙ	5
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ	
К.А. Узакбаев, А.Б. Фуртикова Стратегические направления педиатрической службы в Кыргызской Республике	6
ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ	
Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова, М.К. Мамбетова Особенности течения внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста	10
М.М. Бугубаева Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции у детей в г. Ош и Ошской области	13
Надирбекова Р.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А. Шигеллез у детей первых 3-х лет жизни	17
Я.А. Смеликов Парвовирусная (В19) инфекция у детей на современном этапе	20
Я.А. Смеликов Сравнительная клинко-эпидемиологическая характеристика кори у детей до 1 года и старше 1 года	25
А. Т. Шайымбетов Этиологическая структура гнойных ангин у детей	31
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ	
К.А. Узакбаев, Б.Х. Бебезов, Н.А. Асакеев. Опыт хирургического лечения альвеококкоза печени у детей	35
Минбаев Ж.М. Ущемленная паховая грыжа у детей	36
Э.С.Суеркулов Гельминтозы, как сопутствующая патология при вирусных заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей	41
Б.И. Эсембаев Методы отведения мочи уретральным способом у детей с гипоспадией	46

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

- А.А. Анарбаева**
Структура болезней белково-энергической недостаточности у детей раннего возраста в Кыргызской Республики 49
- А.З.Исмаилова**
Железодефицитная анемия среди детей до 2-х лет в сельской местности Кыргызстана 54
- Г.Ш. Маймерова , Х.Р. Ахмедова, В.Г.Шишкина**
Анализ эффективности антирефлюксной терапии бронхиальной астмы в сочетании с рефлюкс-эзофагитом у детей 58
- Т.О. Омурбеков, С.Ж. Боконбаева, Ж.Ж. Анакеева**
О редком случае инфекционного эндокардита с первичным поражением трехстворчатого клапана 62
- Бейшебаева Н.А., Кирсанова М.В., Татыгулова Э.О.**
Нефротический синдром у детей 65
- Жихарева В.В., Турдалиев Н.М.**
Реабилитация детей с синдромом Дауна 68
- Б.Э.Исаева**
Тромбоцитопении у детей 72
- Э.Ш. Алымбаев, Г.К.Кожоназарова, Н.Ш.Андреева, Х.Р.Ахмедова, В.Г.Шишкина, А.Б. Джетыбаева, Г.Ш.Маймерова**
Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. 76
- Д.К. Кудаяров, К.А. Кудайбергенова, Л.М. Наричына**
Динамика показателей физического развития двухлетних детей г. Бишкек, родившихся доношенными с недостаточностью 82
- М.Е.Ашералиев, Г.Ш. Маймерова, Н.Э. Джанузакова, С.Э. Омушева**
Особенности течения аллергических болезней у детей и их иммунологическая профилактика 86
- Е.Б. Марценюк**
Влияние лимфотропной терапии на электромиографические показатели у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича 87
- Е.Б. Марценюк , В.В. Жихарева, Г.П.Иванова. Г.В. Афанасенко**
Особенность подбора противозепилептических препаратов у детей синдромом Веста с учетом клинико-электроэнцефалографических коррелятов 95

СОДЕРЖАНИЕ

Э.Ш. Алымбаев, Б.А. Онгоева, Н.А. Андреева, Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова, Н.К. Джунушалиева Распространенность метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением	100
С.Дж. Боконбаева, Е.Г. Ким, Г.П. Афанасенко Патологические неонатальные желтухи	104
С.Дж. Боконбаева, Н.М. Алдашева, Х.М. Сушанло, В.В. Василенко, Г.П. Афанасенко, Е.Г. Ким Оптимизация учебно-педагогической и научной деятельности кафедры педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии медицинского факультета КРСУ в подготовке педиатрических кадров	108
ПЕРИНАТОЛОГИЯ	
А.С. Исраилова, М.А. Арыстамбекова, Н. Ормонбекова Анализ случаев гипертензивных нарушений по Клиническому Родильному Дому Национального Центра Охраны Материнства и Детства	114
Н.Р. Акматбекова Современные взгляды на факторы риска и причины возникновения травм шейки матки в родах	118

22 декабря 2013 года исполняется 90 лет выдающемуся ученому, Заслуженному врачу Кыргызской Республики, профессору, доктору медицинских наук, кавалеру двух орденов «Знак Почета», ордена «Трудового Красного Знамени», ордена «Манас III степени», медали «Данк», премии «Кутман Эне» Покровской Татьяне Ивановне.

Сотрудники кафедры факультетской педиатрии глубоко уважают, высоко ценят и любят этого замечательного, незаурядного человека, добрая слава и известность которого далеко перешагнула пределы Кыргызской Республики. Весь жизненный путь Покровской Т.И., её плодотворная 67 - летняя деятельность были направлены на воспитание не одного поколения врачей-педиатров, ученых-медиков, педагогов и организаторов здравоохранения, на создание собственной педиатрической школы на благо сохранения и приумножения здоровья детей.

Под руководством Татьяны Ивановны выполнено 3 докторских и 28 кандидатских диссертаций, опубликовано 6 монографий и более 300 научных статей, методических пособий и рекомендаций.

Несмотря на выдающиеся награды и достижения, известнейший профессор до сих пор отличается чрезвычайной скромностью и простотой в общении. Она далека от газетных шумих, её не осаждают дотошные журналисты и о ней не часто пишут хвалебные оды.

Огромная трудоспособность, принципиальность и справедливость, активная жизненная позиция, понимание нужд окружающих и постоянная забота о людях, глубокое чувство ответственности – отличительные качества профессора Покровской Т.И.

По праву ученики считают Покровскую Татьяну Ивановну своим главным Учителем и гордятся тем, что представляют её школу.

Мы верим, что Татьяна Ивановна в полном расцвете творческих замыслов и в этот день желаем здоровья, счастья, оптимизма и активного долголетия. Пусть всегда живительным источником Вашей, Татьяна Ивановна, энергии остается радость окружающих Вас людей!

Журнал с интересом и пользой прочтут не только врачи, ученые, студенты, но и все те, кто не равнодушен к жизни и творчеству профессора Т.И. Покровской, чья жизнь может служить образцом беззаветного служения людям.

Мы выражаем глубокую благодарность всем принявшим участие в создании этого журнала: авторам статей, всех привлеченных к процессу подготовки журнала к изданию и оказавшим финансовую поддержку.

Правительство, Минздрав, врачи,
Родные пациентов оценили:
Т.И. Покровская – знаток педиатрии!!!
Всегда в трудах, не знает лени,
Она – болезней детских ГЕНИЙ!!!

Коллектив КГМА

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

К.А. Узакбаев, А.Б. Фуртикова

Национальный центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены основные направления оптимизации педиатрической службы, что позволит улучшить качественные показатели деятельности детских лечебно-профилактических учреждений и повысить индекс здоровья среди детей.

Ключевые слова: дети, подростки, охрана здоровья, стратегические направления.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ПЕДИАТРИЯЛЫК КЫЗМАТТЫН СТРАТЕГИЯЛЫК БАГЫТТАРЫ

К.А. Узакбаев, А.Б. Фуртикова

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Статьяда балдар дарылоо-профилактикалык мекемелеринин ишинде сапаттык көрсөткүчтөрдү жакшыртууга жана балдар арасында ден-соолук индексин жогорулатууга мумкундук бере турган педиатриялык кызматты оптимизациялоонун негизги багыттары корсотулгон.

Негизги сөздөр: балдар, өспүрүмдөр, ден-соолукту сактоо, стратегиялык багыттар.

STRATEGIC DIRECTION OF THE PEDIATRIC SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

K.A. Uzakbaev, A.B. Furtikova

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

Summary: The article presents the main directions of optimization of the pediatric service, which will improve the quality indicators of children's health care institutions and improve health index among children.

Key words: children, adolescents, health, strategic directions.

Забота о детях – это забота о завтрашнем дне страны. Многие проблемы воспитания здорового поколения являются прерогативой государства, но значительная их часть решается, и будет решаться в дальнейшем в системе здравоохранения.

Всемирная Организация Здравоохранения выделяет ряд ведущих проблем мировой «Стратегии охраны здоровья детей и подростков». Эти проблемы, несомненно, являются приоритетными и для педиатрии в Кыргызстане, и именно их следует иметь в виду при разработке конкретных планов на всех уровнях медицинского обслуживания.

целесообразно выделить ряд стратегических проблем в области охраны здоровья детей и подростков.

Цель выделения стратегических направлений в сфере педиатрии: четко обозначить приоритетные для Кыргызской Республики проблемы в деятельности системы охраны здоровья детей и подростков для формирования тактических программ их решения,

обеспечивающих возможность предоставления квалифицированной медицинской помощи всем нуждающимся детям и способствующих значимому улучшению основных показателей здравоохранения.

Анализ качественных и количественных показателей педиатрической службы в КР позволяет выделить приоритетные направления для её улучшения.

Стратегические проблемы охраны здоровья детей и подростков:

1. Выхаживание новорожденных, в том числе недоношенных, здоровых и больных.
2. Снижение младенческой и детской смертности.
3. Воспитание здоровых детей и подростков, включая физическое, психическое здоровье и психосоциальное развитие.
4. Обеспечение достаточным и качественным питанием, дифференцированным в соответствии с возрастом и состоянием здоровья.
5. Повышение качества и

доступности медицинской помощи детям с основными соматическими заболеваниями, независимо от места проживания.

6. Расширение и повышение качества медицинской помощи детям с врожденными аномалиями развития и врожденными пороками сердца.

7. Развитие в Республике кардиохирургической помощи детям и трансплантологии.

Обобщая представленные стратегии, можно заострить внимание на сложности проблем детства и многогранности стоящих задач.

1. Проблемы неонатологии вполне обоснованно занимают первое место среди основных стратегических направлений педиатрии, их роль особенно возросла с 2003 года, в связи с переходом на регистрацию живорожденных по установкам ВОЗ и с улучшением регистрации рождения детей. Согласно матрицы *Bebies* в настоящее время именно плодово-младенческие потери на 63,5% обуславливают высокий показатель младенческой смертности, особенно за счет новорожденных весомой категории до 1499 гр. (24%). Достаточно высок показатель смертности новорожденных в родах и в послеродовом периоде, составляющий в 2012 году 6,2‰ и 7,8‰ соответственно.

Совершенствование перинатальной службы Республики – это сложная задача технического переоборудования родовспомогательных учреждений и отделений для новорожденных, четкого соблюдения принципов регионализации, т.е. выделения трех уровней функционирования, предусматривающих соответствующие объемы помощи, восполнения квалифицированного кадрового потенциала.

2. Общеизвестно, что уровень младенческой смертности является индикатором благополучия страны.

За последние годы в Кыргызской Республике отмечено снижение младенческой смертности с 30‰ в 1990 г. до 20,0‰ – в 2012 г.

В структуре причин младенческой смертности в 2012 году на первом месте были заболевания и состояния, возникающие в перинатальном периоде (63,5%), на втором – болезни органов дыхания (13,7%) и на третьем – врожденные аномалии, включая ВПС.

Практическое решение данного стратегического направления представляет собой сложную задачу, включающую вопросы повышения качества и своевременность диагностики болезней у детей, дальнейшее совершенствование детской реанимационной службы, оптимизация реабилитации больных детей.

3. Следующим важным стратегическим направлением педиатрии является проблема значимого увеличения прослойки здоровых детей и подростков.

Общеизвестно, что при высоких уровнях заболеваемости будут неизбежно сохраняться высокими показатели смертности и инвалидности. Высокая заболеваемость обуславливает высокие финансовые затраты общества и отдельных семей и негативно влияет на качество жизни пациентов.

В значительной мере заболеваемость среди детей обусловлена дефектами профилактической медицины, нарастающими проблемами экологического неблагополучия, к факторам которого особенно чувствителен детский организм.

Маркерами риска для здоровья детей являются прогнозирование увеличения числа хронических болезней, значительные перегрузки объемом информации и сложности учебных программ, особенно в школах нового типа.

Среди проблем предстоящих лет нельзя не обратить внимание на вероятность роста социально-обусловленной патологии, связанной с вовлечением детей и подростков в сферу вынужденной трудовой деятельности, возрастанием значимости социального сиротства и беспризорности.

Непоправимый урон здоровью детей наносят распространение вредных привычек, рискованных форм сексуального поведения среди подростков.

Тактическое решение медицинских аспектов данной стратегии кроется в кардинальном совершенствовании профилактической педиатрии, повышении качества работы первичных звеньев органов здравоохранения, касающейся обучения населения навыкам ЗОЖ.

4. Немаловажную роль в решении предыдущих стратегических направлений играют вопросы питания детей в различные возрастные периоды жизни.

Известно, что детский организм моментально реагирует на недостатки питания. Одно из очевидных последствий этого – дефицит массы тела.

Многие дети начинают недоедать уже с рождения, что обусловлено нарушениями принципов грудного вскармливания, организации питания детей, недостатками в снабжении детей раннего возраста продуктами питания через торговую сеть. Такое положение отрицательно сказывается не только на гармоничном, но и на нервно-психическом и интеллектуальном развитии детей.

Следует отметить, что это стратегическое направление уже на протяжении длительного времени является предметом глубокого изучения и совершенствования в НЦОМид.

В Центре создано 9 видов продуктов детского и диетического питания, в том числе 5 видов биолакта, адаптированная молочная смесь «Адалак», биологически активная паста «Наристе», разработаны биологически активные добавки с коли-, бифидо- и лакто-бактериями для коррекции нарушенного биоценоза кишечника. К сожалению, по объективным причинам их выпуск в настоящее время резко сокращен.

Под руководством д.м.н. Мамырбаевой Т.Т. разработана Национальная стратегия по улучшению питания населения КР на 2012-2016 годы.

В этом документе подробно представлены все конкретные задачи по решению проблемы питания детей.

5. Оказание квалифицированной лечебной и консультативной помощи детям с различной патологией – это следующее важное стратегическое направление педиатрии. Сюда следует относить и хирургическую помощь детям, имеющую свою специфику.

Актуальность данной стратегии обусловлена достаточно широким распространением соматических и хирургических заболеваний у детей, зачастую существенно влияющих на показатели заболеваемости, смертности и инвалидности. Для Кыргызстана характерен широкий арсенал соматических болезней, среди которых можно отметить заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, заболевания крови, в частности анемии. В последние годы значительно выросла заболеваемость гастро-дуоденальной и

эндокринной систем.

Практическое решение этой проблемы связано, прежде всего, с технической оснащенностью специализированных учреждений и с подготовкой квалифицированных кадров в определенных разделах медицины.

Специализированная помощь оказывается в стационарах вторичного и третичного уровней, задачей первичного звена является своевременное выявление больных и направление их в специализированные учреждения. И в этом плане очень важным является усиление прикладной и методической роли медицинских учреждений третичного уровня в обеспечении материально-технической базы стационаров, в разработке и внедрении клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний детского возраста на всех уровнях здравоохранения, во внедрении современных методов диагностики, лечения и профилактики, основанных на опыте мировых достижений и принципах доказательной медицины.

6. В последние годы все более актуальной становится проблема оказания медицинской помощи детям с врожденными аномалиями развития и врожденными пороками сердца.

В последнее десятилетие отмечается рост удельного веса аномалий развития различных систем и органов у детей. В частности, увеличивается число нарушений формирования желудочно-кишечной, нервной систем, костно-мышечного аппарата. Многие из врожденных аномалий, к сожалению, бывают несовместимы с жизнью, часть из них приводит к инвалидности, негативно отражается на качестве жизни детей и их семей.

Тактическим решением данного стратегического направления, более всего касающегося детской хирургии, является развитие и укрепление в Республике реконструктивной хирургии, подготовке квалифицированных детских хирургов и анестезиологов. В этом направлении следует подчеркнуть необходимость организации в Республике нескольких крупных детских хирургических отделений на базе областных больниц, оснащенных современным медицинским оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными кадрами.

Создание таких отделений – это высокочрезвычайно затратный в финансовом отношении процесс, поэтому следует усилить работу по

поиску грантовых и инвестиционных вложений.

7. Ещё одно стратегическое направление в последние годы становится все более актуальным для Республики – это хирургическое лечение врожденных пороков сердца и необходимость развития трансплантологии, в частности пересадки почек и сердца.

В силу объективных причин данное направление в Республике является наименее развитым, т.к. относится к разряду высокочрезвычайных в финансовом отношении и к сфере высоких технологий в медицине.

Следует расширять возможности получения кардиохирургической помощи детям с ВПС и несомненно необходимо начинать внедрение клинической трансплантации, прежде всего это касается сердца и почек.

Конечно, решение этой задачи возможно не сегодня и даже не в ближайшем будущем, но включаться в эту работу следует незамедлительно, т.к. слишком очевидно отставание нашей медицины от мировых тенденций.

В НЦОМид сделаны первые шаги для решения этого стратегического направления:

– с окончанием строительства корпуса клиники в Центре предполагается открыть кардиологический блок для детей, включающий систему оперативного лечения врожденных и приобретенных пороков сердца;

– в будущем планируется внедрить в Центре детскую трансплантологию. Первые шаги в этом направлении уже сделаны – в 2012 г. выполнено 2 пересадки почек детям от доноров родственников.

Завершая данное сообщение, призываем к активному участию в решении вышеозначенных стратегических направлений отечественной педиатрии все звенья педиатрической службы, включающие подготовку кадров, разработку теоретической базы и оптимизацию прикладных программ по различным аспектам охраны здоровья детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова, М.К. Мамбетова.

Кафедра детских инфекционных болезней,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ историй болезни 35 детей, больных внутрибольничными острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Выявлены клинико-эпидемиологические особенности течения болезни у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, внутрибольничная инфекция, диарея, сальмонеллез, исход.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА КЕЗДЕШКЕН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРДЫН ОЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова, М.К. Мамбетова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бейтапканадагы жугуштуу иче карын оорулары менен ооруган 35 оорулу балдардын баяндамасы изилденген. Оорулардын клинико-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү ымыркай балдарда аныкталган.

Негизги сөздөр: балдар, бейтапканадагы жугуштуу оору, ич өткөк, сальмонеллез, оорунун бүтүшү.

PECULIARITIES OF HOSPITAL INFECTION AT CHILDREN OF EARLY AGE.

R.M. Kadyrova, Z.K. Djolbunova, M.K. Mambetova.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Biskek, Kyrgyz Republic.

Summary: It has been done 35 medical test on clinical history among children with hospital infection. Epidemiological peculiarities of hospital infection have been revealed among children at an early age.

Keywords: Children, nosocomial intestine infectious, diarrhea, salmonellosis.

Введение. Внутрибольничные инфекции продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения во всем мире [1, 6,7]. Так, в США, по оценкам Центра контроля и профилактики заболеваний, около 1,7 миллиона случаев внутрибольничных инфекций, вызванных всеми типами микроорганизмов, приводят или сопутствуют 99 000 смертям ежегодно. В Европе, по результатам проведенных госпитальных исследований, смертность от внутрибольничных инфекций составляет 25 000 случаев в год, из них две трети вызваны грамм отрицательными микроорганизмами. В России регистрируется только около 30 тысячи случаев внутрибольничной инфекции ежегодно, что свидетельствует о недостаточно статистическом анализе этих инфекций [2,5].

Актуальность внутрибольничных инфекций также обусловлена не только высокой частотой инфицирования, но и несвоевре-

менностью обследования в период ухудшения состояния больных, что затрудняет диагностику и лечение. [3].

Внутрибольничные инфекции развиваются не ранее, чем через 48 часов после госпитализации, увеличивают длительность пребывания детей в стационарах, повышают риск развития осложнений и летальных исходов болезни [3,4,7]. Поэтому изучение вопросов своевременного диагностирования, клинико-эпидемиологических особенностей внутрибольничных инфекций у детей раннего возраста, тщательного выявления возбудителя заболевания, изучение его свойств, факторов патогенности и чувствительности к антибиотикам могут способствовать снижению развития осложнений и уменьшению летальных исходов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических

особенностей внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, получавших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в летне-осенний период 2013 года.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией была представлена следующим образом: от 0 – 3 мес. 1 (2,9%) ребенок, 4 – 6 мес. 4 (11,4%) ребенка, 7 – 9 мес. 4 (11,4%), 10 – 12 мес. 7 (20,0%) больных и старше 1 года 19 (54,3%) детей.

Как показано на рисунке 1, внутрибольничная инфекция встречается с одинаковой частотой, как у детей первого года жизни, так и старше 1 года.

Среди заболевших детей преобладали жители села 22 (62,8%), тогда как жители города Бишкека составили 13 (37,2%). Соотношение мальчиков и девочек (51,4% - 48,6%) было практически одинаковым.

По тяжести состояния 28 (80,0%) больных поступили в РКИБ без направления врачей, из них 8 (22,0%) детей поступили повторно через 3-4 дня после выписки из стационара. Скорой медицинской помощью были доставлены 3 (8,6%) ребенка с признаками умеренного обезвоживания, поликлиниками города (ЦСМ)

направлены 4 (11,4%) больных с диагнозом острый гастроэнтероколит.

Основными жалобами при поступлении были: повышение температуры тела, рвота, частый жидкий стул со слизью.

Отягощенный преморбидный фон выявлен у 20,0% детей и был представлен анемией, гидроцефалией, внутричерепной гипертензией.

Анализ данных историй болезней позволил выявить ухудшение состояния больных детей на 3-4 день пребывания в стационаре или повторно поступающие из дома, что свидетельствовало о наложении внутрибольничной инфекции.

У всех этих детей отмечалось повторное повышение температуры тела: до 38,5°C у 20 (57,1%) детей, выше 38,5°C у 15 (41,9%) детей. Длительность лихорадочного периода составила $2,0 \pm 0,8$ дней. Повторная рвота на 3-4 день пребывания в стационаре наблюдалась у 29 (82,8%) больных.

У всех больных было отмечено одновременно с ухудшением общего состояния также учащение стула, характер которого в основном был энтероколитный с большим количеством слизи и зелени. Частота стула составляла: до 5 раз в сутки у 12 (34,4%) больных, до 10 раз у 19 (54,2%) и больше 10 раз у 4 (11,4%) детей с внутрибольничной инфекцией.

Симптомы интоксикации имели место у всех больных. Выраженность интоксикации зависела от степени тяжести заболевания, чем тяжелее (88,6%) протекало заболевание, тем дольше сохранялась интоксикация (2-6 дней).

Анализ периферической крови больных позволил выявить воспалительный характер изменений: лейкоцитоз, нейтрофилез,

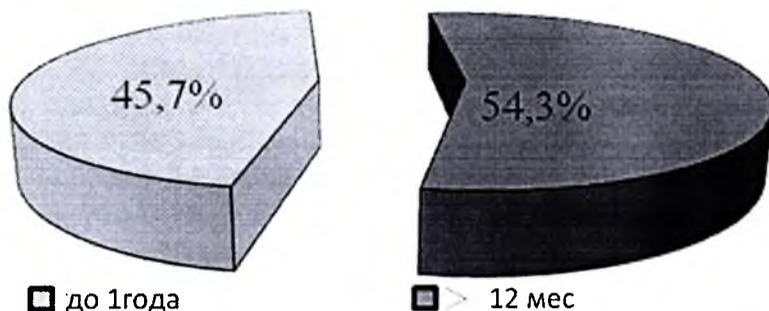


Рис. 1. Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией.

повышение СОЭ лишь у 11,4% детей с внутрибольничной инфекцией. Отсутствие подобных изменений в периферической крови у детей с внутрибольничной инфекцией (88,6%) вероятно связано с применением антибиотиков, а также наслоением вирусной инфекции.

Анализ результатов копрологического исследования показал преобладание энтероколитного синдрома (наличие слизи, лейкоцитов, эритроцитов).

Положительные результаты бактериологического исследования отмечены лишь в 17,2% случаев и были представлены: 11,4% - *Shigella Flexneri* и 5,8% - *Salmonella typhimurium*, хотя у остальных детей была типичная картина энтероколитной формы сальмонеллеза. Низкий уровень этиологического подтверждения внутрибольничного сальмонеллеза объясняется повторным курсом антибиотиков и отсутствием контроля за повторным бактериологическим обследованием фекалий в период ухудшения состояния ребенка.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. В основном лечение начинали антибиотиками цефалоспоринового ряда. Так, монотерапия в 43,0% случаев проводилась цефалоспоридами III поколения (цефтриаксон, цефатаксим), а в 28,2% случаев антибиотиками фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин). Последовательную антибактериальную терапию получили 23,0% больных (цефтриаксон→ладеф, цефтриаксон→ципрокс) и комбинированную (ладеф+меркацин) лишь 5,8% детей с внутрибольничной инфекцией. Длительность антибактериальной терапии в среднем составила $8,0 \pm 2,0$ дней.

Из-за тяжести состояния, наличия симптомов интоксикации инфузионную терапию получили все дети с внутрибольничной инфекцией в течение $6,0 \pm 1,0$ дней. Все дети с внутрибольничной инфекцией были выписаны из стационара с улучшением.

ВЫВОДЫ:

1. Внутрибольничная острая кишечная инфекция развивается на 3-4 день пребывания в стационаре с одинаковой частотой у детей первого года жизни и старше 1 года

2. При наслоении внутрибольничной инфекции отмечается повторное повышение температуры тела, нарастание симптомов интоксикации и развитие энтероколитного синдрома.

3. Внутрибольничная инфекция в основном протекает в тяжелой форме (88,6%), что требует повторной госпитализации и своевременной коррекции лечения.

Литература:

1. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. № 6. С. 10–142.

2. http://www.medicinform.net/immun/immun_spec11.htm Определение ВОЗ

3. Антоненко А.Н. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста, больных острыми кишечными инфекциями, основные методы её коррекции: Автореф. Дис. канд. мед. наук. / А.Н. Антоненко. — Москва.- 2006.-21с.

4. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей. М. 2005г. -106с.

5. Шеянов Ф.Ф. Пути совершенствования метода пероральной регидратации при ОКИ у детей / Г.Г. Шеянов // // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: Материалы третьего конгресса педиатров инфекционистов России: М.-2004. С.265.

6. Arista S. High incidence of G9P181 rotavirus infections in Italian children during the winter season 1999-2000. / S.Arista, E.Vizzi, M.C.Migliore // Eur J Epidemiol. 2003. - Iss. 18. - P.711-714.

7. Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed. / ed. by B. Jenson., R. S. Baltimor.- Philadelphia, 2009.- P. 771-778.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В Г.ОШ И ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

М.М. Бугубаева

Кафедра детских инфекционных болезней

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице
Бишкек, Ош, Кыргызская Республика

Резюме: Анализ распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных и рожденных ими детей по Ошской области, эффективность ППМР.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, ПМР, ППМР, дети.

ОШ ШААРЫНДАГЫ ЖАНА ОШ АЙМАГЫНДАГЫ ВИЧ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН ЭНЕДЕН БАЛАГА ӨТҮШҮНҮН АЛДЫН АЛУУ

М.М. Бугубаева

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы
СПИД оорусунун алдын алуу жана курошучуу Ош аймактык борбору
Бишкек, Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кош бойлуу аялдардын жана алардан төрөлгөн балдардын арасындагы ВИЧ жугуштуу оорусунун жайылышынын анализи жана алдын алуу ыкмалары.

Негизги сөздөр: ВИЧ/СПИД, ПМР, ППМР, балдар.

VERTICAL TRANSMISSION PROPHYLAXIS OF A HIV-INFECTION AT CHILDREN IN OSH AND OSH AREA

М.М. Bugubaeva

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases

Osh regional centre of preventive maintenance and struggle against AIDS
Bishkek, Osh, Kyrgyz Republic

Summary: the analysis of prevalence of a HIV-infection among pregnant and newborn children in Osh area, efficiency PTMC.

Keywords: HIV/SPID, PTMC, children.

Число детей, вовлеченных в эпидемию ВИЧ-инфекции на планете, неуклонно увеличивается. Дети составляют 10% новых случаев ВИЧ-инфекции и без лечения и ухода больше половины этих детей не доживают до своего второго дня рождения [6]. В мире выявлено более 5 млн. детей, зараженных ВИЧ вследствие перинатальной передачи. Передача ВИЧ от матери ребенку (ППМР) является наиболее значимым источником ВИЧ-инфекции у детей во всем мире [1, 2, 3]. Ежегодно порядка 150 000 детей инфицируются ВИЧ-1 через грудное вскармливание, особенно в странах с ограниченными ресурсами [11].

Частота перинатальной ВИЧ-инфекции при естественном течении и отсутствии профилактических мероприятий составляет 5-30% в экономически развитых странах, 40-

50% в странах Африки и 25-27% в Украине, т.е. вертикальная трансмиссии ВИЧ выше, там, где эпидемия распространяется быстро, низкий уровень медицинской помощи и практикуется продолжительное грудное вскармливание. ПМР происходит в 20-40% во время беременности, 60-75% во время родов, 7-22% при грудном вскармливании, если в момент кормления грудью у матери острая ВИЧ-инфекция – риск передачи увеличивается до 29% [4,5,8,9,10]. Передача ВИЧ от матери ребенку – это основной источник ВИЧ-инфекции для детей в возрасте до 15 лет [7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе Ошского Областного центра профилактики и борьбы со СПИДом (ООЦПБС). Был произведен анализ эпидситуации по ВИЧ инфекции и амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных

беременных женщин, исходов беременностей у ВИЧ позитивных женщин и мероприятий по предупреждению вертикальной передачи ВИЧ с 2004г. по 01.11.13г. по г.Ош и Ошской области. Проведена оценка по ППМР.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кыргызстан входит в первую семерку стран мира с наиболее высокими темпами распространения ВИЧ [12], а по данным эпиднадзора, страна находится на второй (концентрированной) стадии ВИЧ-инфекции, которая зарегистрирована во всех областях. Увеличивается число ВИЧ-позитивных женщин и детей, что свидетельствует о переходе эпидемии из среды ПИН (потребители инъекционных наркотиков) в общую популяцию - генерализованную стадию [7].

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Ошской области и в г.Ош продолжает повышаться, 979 случаев (20,2%) и 866 случаев (17,8%) по г.Ош. Ежегодно увеличивается количество ВИЧ-инфицированных женщин, на 01.11.13г. 33,6% случаев, так как они подвергаются высокому риску из-за поведения своих партнеров мужчин - потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и пользователей услугами работников коммерческого секса. По приказу № 202 от 12.05.08 года с целью ранней диагностики ВИЧ – инфекции и своевременного лечения обследуются все беременные женщины при взятии на учет по месту жительства, идущие на искусственное прерывание беременности, поступающие на роды без обследования на ВИЧ. Если беременная женщина, по каким либо причинам не обследована на ВИЧ во время беременности, то при поступлении в родильное отделение проводится экспресс-тестирование на ВИЧ до родов. С 2009 года проводилось рутинное обследование беременных женщин, в связи с чем улучшилось выявление ВИЧ-инфекции среди беременных и профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) [7].

В Кыргызской Республике в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными приказом Министерства Здравоохранения КР (КР МЗ) от 25.04.2008г. № 178 начата реализация комплекса мероприятий, направленных на профилактику перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

Основные методы ППМР:

1. Назначение антиретровирусных (АРВ) препаратов во время беременности, в родах и

ребенку после рождения;

2. Избирательное использование кесарево сечения, которое проводится до родов и до разрыва плодных оболочек на 38 неделе беременности;

3. Безопасная альтернатива грудному вскармливанию, то есть заменители грудного молока.

Оценка частоты вертикальной трансмиссии детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей имела определенные трудности:

1. До 2009г. не было рутинного обследования беременных женщин на ВИЧ-инфекцию;

2. Не имели возможность проведения ранней диагностики методом ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ на 2 и 6 месяце после рождения, до начала 2013г.

3. Не определяли вирусную нагрузку беременных с ВИЧ-инфекцией;

4. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, до 2013г. проводился в возрасте 12 и 18 месяцев после рождения методом ИФА;

С 2004г. по 01.11.13г. случаев беременностей среди женщин с ВИЧ-инфекцией 281(48,9%) случаев, из них по г. Ош-79 (28,1%), а по Ошской области 202 (71,9%), тогда как по КР выявлено 575 случаев беременностей (рис.1).

Детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей - 232, в том числе по г.Ош -70 (30,1%), а по Ошской области 162 (69,9%). Протестированы на ВИЧ инфекцию при достижении 18 месяцев 130 детей. Дети с положительными результатами на ВИЧ – 12 (5,6%), а дети с отрицательными результатами на ВИЧ - 118 (45%). Число умерших детей до достижения 18 месяцев по г.Ош составило 8 (11,4%), по Ошской области – 23 (14,2%). С неопределенным ВИЧ-статусом было в 56 (21,4%) случаях (рис.2).

В целях профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности антиретровирусная профилактика (АРВ профилактика) проведена 88 (74,6%) беременным матерям. Для снижения риска передачи ВИЧ во время родов 63(53,4%) роженицам проведена плановое кесарево сечение на 38-39 неделе беременности, тогда как у 55 (46,6%) родильниц произошли срочные роды через естественные родовые пути. Из этого количества детей с момента рождения 83(70,3%) находились на

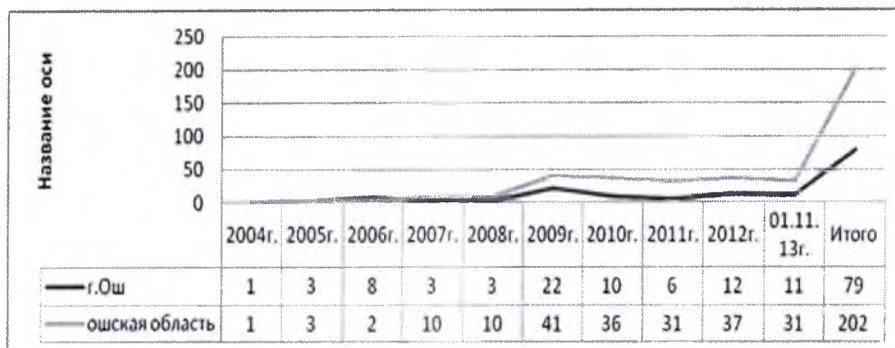


Рис.1. Сравнительный анализ темпов роста ВИЧ-инфицированных беременных от 2004г. по 01.11.13г.

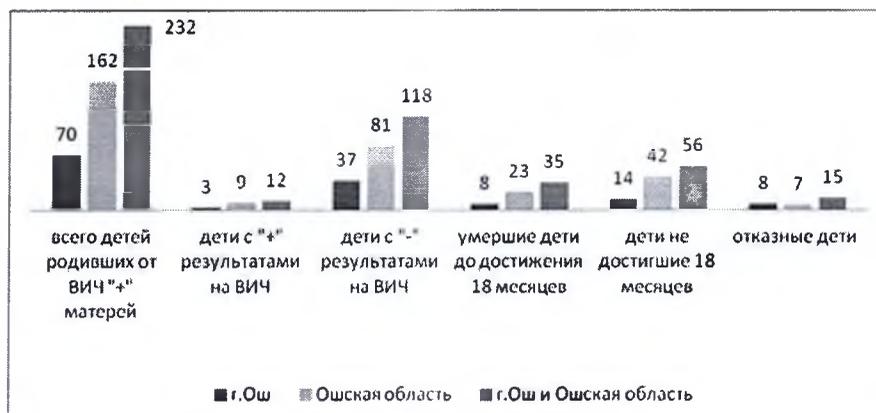


Рис.2. Наблюдение детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

искусственном вскармливании, 31 (26,3%) детей на грудном вскармливании и 4 (3,4%) детей на смешанном вскармливании.

Из 12 детей с подтвержденными ВИЧ-статусами АРВ профилактика во время беременности проведена в 3(25%) случаях (в том числе, в 2х случаях во время родов). Ни в одном случае не проведено плановое кесарево сечение. На грудном вскармливании находились -10 (83,3%) детей, на искусственном вскармливании находились - 2 (16,7%).

Следует отметить, что 35 детей умерли не достигнув 18 месячного возраста. При этом только 25% матерей получили АРВ профилактику во время беременности, плановое кесарево сечение проведено у 4 (12,5%) беременных, с момента рождения 15(46,9%) детей находились на грудном вскармливании.

Таким образом:

1. Оценка частоты перинатального ВИЧ-инфицирования детей раннего возраста до 2013г. сопряжена с отсутствием проведения диагностики методом ПЦР.

2. Частота вертикальной передачи от ВИЧ-

инфицированных матерей детям по г.Ош и Ошской области составило 5,2%.

3. Проведение специфической АРВ профилактики во время беременности, плановое кесарево сечения и искусственное вскармливание с момента рождения существенно снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

4. Количество умерших детей до достижения 18 месячного возраста составило 11% (32 детей из числа новорожденных).

5. Ранняя диагностика дает возможность определить наличие ВИЧ-инфекции у ребенка через 48 часов (на 3 сутки) после рождения. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию, целесообразно оставить ребенка на грудном вскармливании, подключив к АРВ терапии новорожденного и мать ребенка.

Литература:

1. В. Н. Садникова, Особенности заболеваемости ВИЧ-инфекции у детей и меры по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции. Научно-практический медицинский журнал. Педиатрия. Им. Г. Н.

Спиранского, Москва, 2010г/ Том 89 /№ 1. С. 14-19.

2. На пути к всеобщему доступу для женщин и детей и искоренению ВИЧ/СПИДа у детей // Руководство по расширению масштаба профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. ВОЗ. – 2007.-С.5-7.

3. Афолина Л.Ю., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. Клинические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Москва, 2009г.

4. Организационные аспекты медико-социальной помощи детям-сиротам с ВИЧ-инфекцией / В. Н. Садовникова, О. В. Чумакова, О. В. Шарапова и др. // Детские инфекции. - 2007. - Приложение. - С. 140-141.

5. A descriptive survey of pediatric HIV-infected longterm survivors / K.Nielsen, A.Amann, Y.Bryson et al (abstract). - 1996. - № 1. - P. 150.

6. Руководство по глобальному расширению

масштаба профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. ВОЗ, 2007г. С.5-7.

7. Башмакова Л., Мамыров М, Соромбаева Д., Иманкулова Ч. «Преодоление глобальных проблем здравоохранения: Национальный ответ на ВИЧ-инфекцию, туберкулез и малярию в КР. 2009, С. 13-26.

8. Руководство « Интеграция профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в эффективную перинатальную помощь и уход» 2008. - 59 с.

9. Обучающий курс для преподавателей «Интеграция услуг для детей, инфицированных ВИЧ, в общие медицинские услуги», Бишкек.С. 3-10.

10. Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции, по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе. № 178, Бишкек 2008г. С.159-166.

11. AIDS epidemic update: December 2007. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization; 2007.

ШИГЕЛЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3-Х ЛЕТ ЖИЗНИ

Надирбекова Р.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.

Кафедра детских инфекционных болезней

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

Детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице

Бишкек, Ош, Кыргызская Республика

Резюме: описаны клинические особенности течения шигеллеза у детей первых трех лет жизни.

Ключевые слова: шигеллез, клиника диагностика лечение, дети.

ҮЧ ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН ШИГЕЛЛЕЗ ООРУСУ

Надирбекова Р.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы

Ош шаардык клиникалык ооруканасындагы балдардын жугуштуу оорулар бейтапканасы

Бишкек, Ош, Кыргыз Республикасы

Коротунду: Үч жашка чейинки балдардын шигеллез оорусунун клиникалык өзгөчүлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: шигеллез, клиникалык өзгөчүлүктөр, аныктоо, дарылоо, балдар.

SHIGELLOSIS IN CHILDREN OF FIRST THREE YEARS

Nadirbekova R.A., Kadyrova R.M., Hulupko E.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Chair of Child Infectious Diseases

Osh child clinical infection hospital,

Bishkek, Osh, Kyrgyz Republic

Summary: Described clinical peculiarity of shigellosis in children of first three years.

Key words: shigellosis, clinical peculiarity, diagnostic, treatment, children.

Среди инфекционных заболеваний детского возраста наиболее распространенными после острых респираторных заболеваний являются острые кишечные инфекции (ОКИ). В последнее время отмечается подъем заболеваемости ОКИ, в том числе шигеллеза среди детей [1,3]. Это связано с тем, что, несмотря на определенные успехи в борьбе с этой инфекцией, заболеваемость шигеллезами как спорадическая, так и в виде вспышки регистрируется ежегодно, а ухудшение социально-экономических условий в стране значительно повышает риск заболеваний шигеллезами среди детей. Имеющиеся в литературе многочисленные данные показывают, что дети заболевают дизентерией значительно чаще, чем взрослые [3].

Проблема дизентерии продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии, несмотря на большое число исследований, посвященных изучению заболеваемости на разных территориях, причин повышения заболеваемости в определенные периоды года, возможных факторов, влияющих на цикличность и сезонность эпидемиологического

процесса, действие климатических факторов, состояние иммунологической структуры населения. Повышенный интерес к проблеме дизентерии связан в настоящее время, кроме того, с изменением клинического течения ее в сторону повышения удельного веса не только легких, стертых, но и тяжелых форм [2,4].

Так, по данным первого отделения городской детской инфекционной больницы г. Ош, показатель заболеваемости ОКИ за 2012 год (уточненной и неуточненной этиологии), включающий также дизентерию составил 2396 детей, что на 8,9% выше, чем в 2011 г. Увеличение числа госпитализированных детей объясняется ранним возрастом и ростом заболеваемости дизентерией в 2 раза, в том числе регистрацией диагноза клинической дизентерии с типичной клиникой, но без лабораторного подтверждения почти в 20 раз. Проблема заболеваемости шигеллезом постоянно находится в сфере внимания инфекционистов, эпидемиологов и специалистов другого профиля [3].

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 20

детей первых трех лет жизни, находившихся на стационарном лечении в г. Ош осенью 2013 года с шигеллезом. Анализировали течение дизентерии у детей первых трех лет жизни, с учетом фоновых заболеваний.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования, ПЦР диагностика.

Результаты и их обсуждения

Возрастная структура детей, больных дизентерией колебалась от 5,5 месяцев до 3-х лет жизни, соотношение мальчиков и девочек было одинаковым.

У большинства (65,0%) больных дизентерией детей выявлен отягощенный преморбидный фон и был представлен гипоксически-ишемической энцефалопатией, резидуальной энцефалопатией, гипертензионным синдромом, анемией, нарушением питания. Из фоновых заболеваний преобладают анемии и нарушение питания.

Детальный анализ течения дизентерии у детей в разном возрастном аспекте показал, что у детей первого года жизни заболевание начиналось, не только остро, но и постепенно. У этих детей преобладал энтероколитный синдром, редко наблюдался колитный синдром и примесь крови в кале.

У детей старшего возраста преобладала дизентерия, вызванная шигеллой Флекснера, реже Зонне. Синдром интоксикации у детей старшего возраста, в частности повышение температуры тела было кратковременным – 1-2 дня, дисфункция кишечника проявлялась колитным синдромом и сохранялась 3-7 дней. Необходимо отметить, что первые три дня отмечали гемоколит. Дизентерия Флекснера протекала дольше, с выраженным синдромом гемоколита и тяжелой интоксикацией.

Симптомы интоксикации проявлялись: повышением температуры тела до 38,5°C у большинства (95,0%) детей, в течение 5,0 ± 1,2 дней, рвотой (39,1%). Характерный энтероколитный и колитный синдромы проявлялись тенезмами (86,4%), спазмированной и болезненной при пальпации сигмовидной кишкой (70,2%), учащенным жидким стулом, частота которого у каждого второго ребенка колебалась от 10 до 15 раз в сутки, и сопровождался гемоколитом, примесь крови была в основном в виде прожилок. Стул терял

каловый характер только у больных с тяжелой формой дизентерии (25,0%). У остальных детей (75,0%) дизентерия протекала в среднетяжелой форме. Следует отметить, что тяжелые формы дизентерии были вызваны исключительно шигеллой Флекснера.

При анализе результатов исследования периферической крови в остром периоде заболевания выявлена умеренно выраженная анемия (у 5 больных), сдвиг лейкоцитарной формулы влево – у 7 больных, ускорение СОЭ – у 8 детей.

Лабораторное подтверждение дизентерии у большинства (85,0%) наблюдаемых больных позволило получить посредством бактериологического исследования, реже диагноз установлен с применением метода ПЦР-диагностики.

Лечение больных детей было комплексным, включающее полноценное питание, режим, антибиотики. Большинство больных шигеллезом (80,0%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 20,0% детей получили комбинированную антибактериальную терапию. Чаще всего применяли цiproфлоксацин и цефтриаксон в виде монотерапии. Широкий спектр антибиотиков (цефтриаксон + цiproфлоксацин, эмигил + цiproфлоксацин, ампициллин + гентамицин, цефтриаксон + ципринол) применяли при комбинированной антибактериальной терапии. Длительность антибактериальной терапии составила 5-7 дней.

Анализ этиотропной терапии позволил выявить нерациональное применение и выбор антибиотиков, таких как, цефазолин, эмигил, гентамицин.

При выписке из стационара рекомендовали пробиотики, ферменты, наблюдение врача по месту жительства, так как дети были выписаны из стационара по мере улучшения состояния.

Выводы.

1. У детей раннего возраста этиологическим фактором шигеллеза чаще была *S. Flexneri* (85,0%), реже *S. Sonnei*.
2. Участились случаи домашней дизентерии среди детей первого года жизни.
3. Тяжесть заболевания зависит от вида возбудителя дизентерии, а также отягощенного преморбидного фона.
4. Несмотря на ранний возраст детей преобладали среднетяжелые формы болезни (75,0%).

Литература.

1. Методические рекомендации по ОКИ у детей раннего возраста // Бишкек, 1995, 76 с.
2. Новокшенов А.А., Учайкин В.Ф., Соколова Н.В. Этиопатогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей на современном этапе // Лечащий врач. – 2010 - №1. – С. 7-13.
3. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей // М., 1985, С. 221-233.
4. Усенко Д.В., Горелов А.В. Современные принципы антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей // Фарматека. - №5. – С. 75-80.

ПАРВОВИРУСНАЯ (В19) ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР)

Я.А. Смеликов

Кафедра детских инфекционных болезней,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлен обзор литературных источников, посвященных исследованию этио-эпидемиологических и клинических особенностей парвовирусной инфекции на современном этапе.

Ключевые слова: парвовирусная инфекция (В19), возбудитель, дети, клинические проявления, диагностика, лечение.

АЗЫРКЫ МЕЗГИЛДЕГИ БАЛДАРДЫН ПАРВОВИРУС (В19) ООРУСУ

Я.А. Смеликов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Акыркы жылдар дагы парвовирус (В19) оорусунун этио-эпидемиологиялык жана клиникалык өзгөчөлүктөрүнүн окуу куралдарынын жыйынтыгы берилген

Негизги сөздөр: парвовирус(В19), козгогуч, клиникалык өзгөчөлүктөрү, аныктоо, дарылоо.

PARVOVIRAL (B19) INFECTION AT CHILDREN AT PRESENT STAGE (REVIEW)

I.A. Smelikov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Bisheek, Kyrgyz Republic

Summary. The review is devoted to the study of the clinical particularities of the parvoviral (B19) infection at children.

Key words: Parvoviral (B19) infection, children, pathogen, epidemiological and clinical manifestation, diagnostics, treatment

Парвовирусная В19 инфекция (ПВИ) – это инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным, перинатальным и парентеральным путями передачи, характеризуется полиморфизмом клинической картины, пятнисто-папулезной сыпью, возможны артропатии, гепатиты, миокардиты, хронические анемии, а также протекать бессимптомно [1,2,7]. Впервые эпидемическая вспышка парвовирусной инфекции была зарегистрирована на Ямайке и в Англии в 1979-1980 гг. [19]. В последние годы отмечается рост регистрации парвовирусной В19 инфекции в Европе, США, странах Юго-Восточной Азии, Бразилии в связи с появлением возможности лабораторной диагностики этой инфекции [23,24]. В литературе парвовирус (В19) известен под названиями «инфекционная эритема» «пятая болезнь» или «синдром пощечины» [6, 19] и относится к группе экзантем и напоминает кореподобную сыпь. ПВИ (В19) имеет сходные

клинико-эпидемиологические признаки с корью, краснухой и другими экзантемами, поэтому не распознается практикующими врачами [7,9], что требует лабораторного подтверждения. Так, по литературным данным [1,12] у больных с клиническим диагнозом «краснуха», парвовирусная инфекция была подтверждена в 20,5% случаях методом ИФА [10].

Этиология

Человеческий парвовирус В19 был открыт Cossart и соавт.[10] в Англии в 1974 г. при исследовании сывороток крови доноров на наличие вируса гепатита В и был назван В19 [15]. Парвовирус В19V (parvus, от латинского слова - маленький) является ДНК-содержащим вирусом в форме двадцатигранника диаметром 18 - 24 нм, с двумя капсульными белками VP1 и VP2 и неструктурным белком NS1 [5,14,22,24]. Парвовирус В19 термостабилен, может выдерживать нагревание при 60°C до 12 часов [19,17], доказана устойчивость

вируса к стандартным методам стерилизации препаратов крови и ДНК возбудителя в донорской крови может определяться 0,003%-0,6% [5,15,16].

Возбудитель заболевания - парвовирус В19, патогенен только для человека, хотя имеются данные о патогенности других сероваров парвовируса у животных (парвовирус собаки и кошачий вирус панлейкопении), которые не опасны для человека [9,14]. Все парвовирусы образуют семейство Parvoviridae. Одной из важных характеристик парвовирусов является их способность селективно размножаться в делящихся клетках, таких как клетки костного мозга, кишечника и эмбриональные клетки [9,18,25].

В настоящее время выделено три генетических групп вируса, парвовирус В19 относится к 1 генотипу [21,22], который в 11 странах Европы, Азии и Западной Африки доминирует (91,5%). В тоже имеются сведения, что генотипы 1 и 2 циркулировали в Северной Европе с одинаковой частотой, со временем генотип 2 почти исчез [21,23,24], а генотип 3b встречается 8,5% случаях, который является доминирующим в некоторых странах, но не встречается на африканском континенте. Существует мнение что, генотипы не влияют на клинические признаки болезни, которые схожи [16-19].

Эпидемиология

Источник инфекции являются больные парвовирусной инфекцией. ПВИ19, передается воздушно-капельным, перинатальным и парентеральным (при переливании компонентов крови, в том числе трансплантация органов) путями передачи [3, 4, 7]. Наиболее восприимчивой группой населения являются дети от 5 до 15 лет [10, 19].

По данным ряда авторов отмечается подъем заболеваемости в зимне-весенние месяцы, хотя существует мнение, что парвовирусная инфекция может встречаться круглый год. Эпидемические вспышки встречаются каждые 3-6 лет, во время которых восприимчивость детей возрастает до 50 %, а среди взрослых до 25% случаев [19, 24, 26,]. Имеются данные о вспышках в закрытых детских учреждениях (детские сады, интернаты, больницы) [12, 17].

После перенесенной инфекции

сохраняется длительный иммунитет [4,13]. Однако в литературе описаны случаи повторного заражения и персистенции инфекции у больных с иммунодефицитным состоянием [19, 26]. Доказано, обнаружение парвовируса у пациентов с острыми лейкозами, тромбоцитопенией, нейтропенией, лейкомоидных реакциях в 60-85% случаях [3, 4, 7, 8, 13, 15, 20].

Патогенез

После попадания вируса в организм через 7 дней развивается вирусемия (в 1мл крови 10^{11} вирионов), которая сохраняется в течение недели. Доказано, что парвовирус В19 обладает тропностью к клеткам-предшественникам эритроцитов на их поверхности находится Р-антиген, благодаря ему парвовирус способен проникать внутрь клетки и запускается механизм цитотоксического повреждения, приводящего к гибели клетки. Р-антиген был обнаружен также на поверхности эритробластов, клеток эндотелия, трофобласта, печени плода и миокарда. Люди, у которых этот антиген отсутствует, не болеют парвовирусной инфекцией [1, 3, 6, 7, 13, 15, 20, 26].

Существует мнение, что вирус В19 может войти в клетку, но не произвести полный вирион. Для его репликации необходим ко-рецептор $\alpha 5\beta 1$ -интегрин, который находится на эритроцитах-предшественниках и способствует клеточной адгезии к ним [16, 17, 21]. Другой ко-рецептор $Ku80$ способствует проникновению вируса в клетку [5, 19].

Цитолиз предшественников эритроцитов приводит к развитию анемии. А поражение плода через 6-7 недель после инфицирования матери развивается водянка, гипоальбуминемия, миокардит с развитием сердечной недостаточности с последующей гибелью плода [3, 5, 7, 8, 13, 20]. На 10-12 день после заражения в сыворотке крови обнаруживаются IgM, достигая максимального уровня к 21-24 дню и персистирует в течение 2-3 месяцев, в редких случаях до 6 месяцев [2, 4, 11].

Иммуноглобулины класса IgG появляются в крови на 24-28 день инфицирования сохраняются в сыворотке крови в течение нескольких лет. Повышение титра IgG говорит, о повторном внедрении вируса в организм. Описаны случаи

персистенции вирусной ДНК в материнской крови в течение всей беременности, а у иммунодефицитных больных в периферической крови и ткани костного мозга в течение нескольких лет после первичного инфицирования [23, 25].

Клиника

Инкубационный период в среднем составляет от 7 до 10 дней. Симптомы ПВИ начинаются с умеренной лихорадки катаральных явлений, головной боли, тошноты, миалгии, в некоторых случаях артралгии. Затем появляется этапная пятнисто-папулезная сыпь, более характерная для детей 4-10-летнего возраста. С начала высыпания появляются на щеках и сохраняется до 4 дней, после чего распространяются на туловище и конечности, которые могут сохраняться в течение 1-6 недель [1, 6, 7, 10, 12, 20]. Иногда сыпь может проявляться в течение нескольких месяцев при воздействии солнечных лучей, высокой температуры, эмоциональном и физическом напряжении. В литературе имеются сведения о бессимптомном течении ПВИ в 25-50% случаях у зараженных детей [19, 20, 24].

Следует отметить, что поражение крупных и средних суставов (коленного, запястья, лодыжки) с одновременным высыпанием более характерны для детей старшего возраста и взрослых. Клиническая картина артрита схожа с ревматическим артритом. Доказано наличие ДНК ПВ19 в синовиальной жидкости при пункции суставов [17, 22, 26].

В литературе имеются данные о развитии различной (железодефицитной, гемолитической, сфероцитарной, серповидноклеточной) анемии, которые могут привести к развитию апластического кризиса с сердечной недостаточностью и цереброваскулярными нарушениями. Из-за этого производится спленэктомия [4, 7, 8, 13, 20]. Кроме эритроцитов могут поражаться и другие клетки крови: тромбоциты, нейтрофилы с развитием панцитопении [3]. В литературе описываются случаи фатального миокардита и остановки сердца, гепатита, болезнь Кавасаки, менингита и энцефалита, фибромиалгии и синдрома хронической усталости как у детей, так и у взрослых [1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12]. Эти данные позволяют предполагать политропность поражения парвовирусами В19 и полиморфизм

клинических проявлений, где одним из основных симптомов болезни является кореподобная сыпь.

Диагностика

Для диагностики парвовирусной инфекции использовать серологические методы определения специфических иммуноглобулинов в сыворотке крови и ПЦР для определения уровня вирусемии. Согласно зарубежным стандартам диагностики, обследованию на ПВИ подлежат беременные с клинической симптоматикой, дети с экзантемой [1, 2, 11, 16, 25].

Результаты серодиагностики предлагают трактовать следующим образом:

- Выявление специфических IgG при отсутствии IgM свидетельствует о наличии иммунитета у женщины, при этом риск врожденной инфекции отсутствует.

- При отсутствии иммуноглобулинов IgM и IgG беременная считается неиммунной и относится к группе риска возможного заражения парвовирусом.

- В случае обнаружения IgM, при отсутствии IgG речь идет о недавнем инфицировании.

- Одновременное присутствие IgM и IgG подтверждает острую инфекцию парвовирусом В19 или недавнее инфицирование.

- Нарастание количества IgG в динамике расценивается как сравнительно недавнее инфицирование, а снижение титра считается признаком заражения более 6 месяцев назад.

- В большей части случаев внутриутробного инфицирования, подтвержденных с помощью метода ПЦР, в крови плода не обнаружены серологические маркеры.

Лечение и профилактика

Ранний диагноз парвовирусной инфекции имеет чрезвычайную важность, так как для лечения ПВИ апробируют использование специфического иммуноглобулина, а также факторов крови при тяжелой анемии, тромбоцитопении [3, 4, 6, 7].

В связи с тем, что существует ограниченная эффективность введения высокотитражных специфических IgG [11] лечение парвовирусной инфекции зависит от топика поражения организма ребенка, клинических проявлений и осложнений, а также наличия генерализации инфекции [2, 10, 16, 20, 23, 25]. В отсутствие доступных средств

специфической профилактики основное внимание должно быть сосредоточено на мероприятиях, направленных на выявления неиммунных беременных, предупреждение их заражения, а также раннюю клинико-лабораторную диагностику экзантем у детей [25].

Таким образом, парвовирусная инфекция может быть актуальна, как внутриутробная инфекция, а также инфекция широко распространенная среди иммунодефицитных детей и у больных с кореподобной экзантемой.

Литература:

1. Антипова А.Ю., Лаврентьева И.Н., Бичурин М.А. и соавт. // Распространение парвовирусной инфекции в северо-западном федеральном округе России. Ж. Инфектологии.-2011.-Том.3.-№4.- С. 44-48

2. Васильев В.В., Мурина Е.А., Сидоренко С.В. и соавт. // Парвовирусная инфекция (В19) у беременных и детей раннего возраста. Ж. Инфектологии.-2011.-Том.3.-№4.- С. 26-33

3. Джумабаева Б.Т., Бирюкова Л.С., Капланская И.Б. и соавт. // Парциальная красноклеточная аплазия костного мозга у реципиента почечного трансплантата.- Ж. Вестник трансплантологии и искусственных органов.-2011.-Том.13.-№2.- С. 83-86

4. Долгих Т.И., Черешнев В.И., Назарова О.И. // Распространенность и диагностика оппортунистических инфекций, вызванных цитомегаловирусом и парвовирусом В19 у больных с вторичными иммунодефицитами. Ж. Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004.- №1.- С. 24-27

5. Ермолович М.А., Семейко Г.В., Самойлович Е.О. и соавт. // Молекулярная эпидемиология парвовирусной инфекции в Республике Беларусь. Ж. Вопросы вирусологии.-2010.-Том.55.-№2.- С. 26-31

6. Ермолович М.А. // Парвовирусная инфекция в структуре острых экзантемных заболеваний в Республике Беларусь. Ж. Проблемы эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний. -2011.-№11.- С. 15-17

7. Ермолович М.А., Климович Н.В., Матвеев В.А. // Сравнительные эпидемиологические аспекты парвовирусной В19 инфекции у больных с острыми экзантемными заболеваниями и гематологической патологией Ж. Вопросы вирусологии.-2011.-Том.58.-№2.- С. 31-36

8. Климович Н.В., Матвеев В.А., Романова О.Н. и соавт. // Эпидемиологическая характеристика парвовирусной В19 инфекции у детей с гематологическими заболеваниями. Ж.Охрана материнства и детства. -2008.-№ 1. - С.28-31.

9. Лукашов В.В. Goudsmit J. // Роль стабилизирующего отбора в эволюции вирусов семейств Parvoviridae и Astroviridae. Ж. Вопросы вирусологии.-2004.-Том.49.-№1.- С. 7-17

10. Лушнова И.В. // Парвовирусная В19 инфекция. Ж. Педиатр. -2010.-Том.1.-№2.-С. 115-118

11. Матвеев В.А., Прощаема Н.В., Самойлович Е.О. и соавт. // Клинико-лабораторная характеристика парвовирусной В19 инфекции. Ж. Инфекционные болезни. - 2008. -№3. т.6. - С. 33 - 37.

12. Медведева В.В., Скородумова Н.П., Кучеренко Н.П. и соавт. // Клинико-эпидемиологические регистрации парвовирусной инфекции в Донецком регионе. Ж. Медико-социальные проблемы семьи.-2013.-Том.18.-№2.- С. 98-101

13. Прощаева Н.В., Ермолович М.А., Матвеев В.А. и соавт. // Влияние эпидемической ситуации по парвовирусной В19 инфекции в стране на частоту её встречаемости у детей с гематологической патологией. Ж. Инфектологии.-2010.-Том.2.-№3.- С. 148-149

14. Ткачев С.Е., Сигитова Е.В., Митрофанова Е.Э. и соавт. // Новый изолят парвовируса норки Ж. Вопросы вирусологии.-2002.-Том.47.-№2.- С. 35-39

15. Филатова Е.В., Зубкова Н.В., Анастасиев В.В. // Выявление генетических и серологических маркеров парвовируса В19 в производственных пулах плазмы для фракционирования. Ж. Биопрепараты. 2013.-№ 2.- С.28-31.

16. Цвиркун О.В., Москалева Т.Н., Герасимова А.Г. и соавт // Клинико-эпидемиологические особенности вспышки инфекционной эритемы г.Москвы.- Ж. Эпидемиология и вакцинопрофилактика.-2005. -№2, т.21.- С. 21-25

17. Allander T., et al // Cloning of a human parvovirus by molecular screening of respiratory tract samples.- Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.-2005.- V.102.- P. 12891-12896.

18. Carraca T. // Early signs of cardiac failure: a clue for parvovirus infection screening in the first trimester.- Fetal. Diagn.

Ther.-2011.-V. 30.- № 2.- P.150-152.

19. Gallinella G, Venturoli S, Manaresi E, Musiani M, Zerbini M. // B19 virus genome diversity: epidemiological and clinical correlations. *J Clin Virol* 2003.-№28. - P. 1-13.

20. Gustafsson I. // Evaluation of parvovirus B19 infection in children with malignant or hematological disorders.- *Clin. Infect. Dis.*- 2010.-V.50. -№10. -P.1426-1427.

21. Hübschen J.M.//Phylogenetic analysis of human parvovirus B19 sequences from eleven different countries confirms the predominance of genotype 1 and suggests the spread of genotype 3b.- *J. Clin.Microbiol.*-2009.- V. 47.- P.3735-3738.

22. Jones M.S.// New DNA viruses identified in patients with acute viral infection syndrome.- *J. Virol.*-2005.-V. 79.-P. 8230-8236.

23. Mossong J. //Parvovirus B19 infection in five European countries: seroepidemiology, force of infection and maternal risk of infection.- *Epidemiol. Infect.*-2008.- V. 136. -P. 1059-1068.

24. Nicolay N., Cotter S. // Clinical and epidemiological aspects of parvovirus B19 infections in Ireland, January 1996-June 2008.- *Euro Surveill.* 2009. -V. 14. -P. 1-5.

25. Sarfraz A.A. Maternal human parvovirus B19 infection and the risk of fetal death and low birth weight: a case-control study within 35 940 pregnant women.- *BJOG.*-2009. -V. 116, № 11.- P. 1492-1498.

26. Savarese I. //Atypical manifestations of congenital parvovirus B19 infection . *Eur. J. Pediatr.* -2008. -V. 167, № 12. -P. 1463-1466.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ
У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА И СТАРШЕ 1 ГОДА**

Я.А. Смеликов

Кафедра детских инфекционных болезней
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ)
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлен клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости корью у детей до 1 года и старше 1 года, подтвержденных лабораторно методом ИФА и ПЦР – диагностикой.

Ключевые слова: корь, дети, клиника, эпидемиология, сыпь, ИФА, ПЦР - диагностика.

**ЫМЫРКАЙ ЖАНА 1 ЖАШТАН ӨЙДӨ БАЛДАРДЫН
КЫЗАМЫК ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК САЛЫШТЫРМАЛУУ
МУНОЗДОМӨСҮ**

Я.А. Смеликов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: аталган илимий иликтөө ишинде ИФА жана ПЦР - полимераздык чубама (тизмектүү) методдору менен кызамык оорусу менен оруган ымыркай жана бир жаштан ойдо балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык анализи аныкталган.

Негизги сөздөр: кызамык, балдар, клиника, эпидемиология, тактар, ПЦР-полимераздык чубама (тизмектүү) реакциясы.

**COMPARATIVE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL
MEASLES CHARACTERISTICS AT CHILDREN UNDER
AND MORE 1 YEAR**

Y.A. Smelikov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: this article presents clinical and epidemiological characteristics of measles at children under and more than 1 year which were defined by lab methods: IFA and PCR.

Keywords: measles, children, clinical, epidemiology, rash, PCR-diagnostic.

Введение. В настоящее время контроль и помощь ВОЗ в элиминации вируса кори способствовали снижению заболеваемости во всем мире, в том числе и в Кыргызстане. Несмотря на это во всем мире периодически регистрируется эпидемия кори, последняя была в 2011 в странах СНГ, в том числе и в Кыргызстане. По последним данным, эпидемический процесс кори зависел в основном от импортированных случаев, которые составляли в среднем 40-60% всех заболевших корь [1,2]. В нашей стране была зарегистрирована эпидемическая вспышка кори, завезенная из Узбекистана. Большинство детей заболевших корью были до 1 года, хотя

регистрировалась корь и среди детей старшего возраста, в том числе и среди привитых против кори детей [3]. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы кори, которая у детей как раннего, так и старшего возраста может протекать в тяжелой форме и характеризуется высоким индексом контагиозности (96,0%), а также высокой летальностью из-за осложнений (пневмония, вторичный круп и др.), связанных с посткоревой анергией.

Материалы и методы исследования:

Нами обследовано 63 больных детей в возрасте до года и старше года с диагнозом корь, поступивших в Республиканскую клини-

ческую инфекционную больницу (РКИБ) боксированное отделение с мая по июль 2011 года, обследованных и подтвержденных в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА и ПЦР-диагностики. Больные были обследованы не ранее 5 дня от момента появления сыпи.

Наблюдаемые нами дети, больные корью были разделены на 2 группы по возрасту: 1 группа — 33 (52,4%) до 1 года, 2 группа — 30 (47,6%) старше 1 года.

Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические, общеклинические, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

Результаты и обсуждение:

Анализ возрастной структуры обследованных больных показал, что в I группе преобладали дети в возрасте старше 6 месяцев (82%), во II группе - старше шести лет (60,0%) (рис.1,2). Большинство заболевших корью детей до года 21 (63,6%) были жителями города Бишкек, а старше года - 19 (63,3%) иногородние.

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными корью был выявлен у (84,8%; 73,3%) больных, где большинство детей старше года лечились в других стационарах и были в контакте с больными, у которых отмечалась пятнисто-папулезная сыпь,

расцененная как аллергическая.

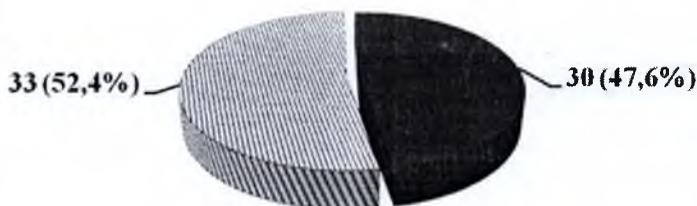
Следует отметить, сведений о ревакцинации детей старше 6 лет против кори выявить не удалось, так как группа была малочисленная и при сборе анамнеза не выясняли о проведении ревакцинации против кори в 6 лет.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ и пневмония у (54,5%; 33,3%) детей, острая кишечная инфекция у (6,1%; 3,3%) больных и 6,6% больных корью детей старше года перенесли другие капельные инфекции.

Следует отметить, что только у 12,2% больных корью детей первого года жизни был выявлен неблагоприятный преморбидный фон, который оказывал влияние на тяжесть болезни и представлен различной патологией нервной системы (киста головного мозга, синдром внутрочерепной гипертензии, внутрочерепная гематома, синдром Дауна). Все дети с отягощенным преморбидным фоном со стороны центральной нервной системы состояли на учете у невропатолога.

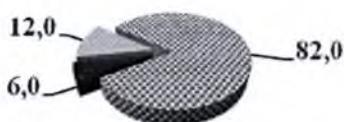
Скорой медицинской помощью были доставлены (6,0%; 16,7%) больных, поликлиниками города (ЦСМ) направлены - (12,1%; 20,0%), из других детских стационаров поступило - (45,5%; 20,0%) и без направления врачей поступили в РКИБ (36,4%; 43,3%) детей.

При направлении в РКИБ чаще выставлялся диагноз ОРВИ (33,3%; 36,7%),



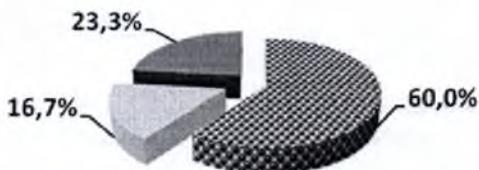
■ 1 группа до 1 года ■ 2 группа старше 1 года

Рис.1. Возрастная структура больных корью детей, госпитализированных в РКИБ



■ 0-3мес. ■ 4-6 мес. ■ 7-12 мес.

Рис.2 Распределение больных корью детей до года по возрасту.



■ 1-3года ■ 4-6 лет ■ старше 6лет

Рис.3 Возрастная структура больных корью детей старше года.

с диагнозом корь были направлены (27,3%; 20,0%) детей и 3,0% больных корью детей до года с диагнозом острая кишечная инфекция. В приемном отделении РКИБ диагноз корь был выставлен у большинства (81,8%; 66,7%) детей и ОРВИ - (18,2%; 23,3%) у больных (рис.3). Следует отметить, что 10,0% детям II группы был выставлен диагноз ОРВИ+ аллергическая сыпь, где можно было бы ставить клинический диагноз кори и ждать лабораторное подтверждение. Трудность диагностики кори в связи с вероятностью пятнисто-папулезной сыпи и при других заболеваниях диктует необходимость нескольких диагностических боксов в отделении для динамического наблюдения, позволяющего либо исключить, либо подтвердить диагноз кори.

До поступления в инфекционный стационар (60,6%; 30,0%) больных получили антибактериальную терапию представленную ампициллином, цефалоспоринами и макролидами, где достоверно продолжительнее ($P<0,05$) в течение ($4,1\pm 0,3$; $1,6\pm 0,5$) дней получали дети до 1 года.

Уже при поступлении в инфекционный стационар у 21 (63,6%); 2 (6,6%) детей была диагностирована пневмония, из них у каждого второго ребенка до 1 года отмечалась дыхательная недостаточность. Следует отметить, что 66,7%; 20,0% больных детей начали антибактериальную терапию в других детских стационарах, где дети 1 года достоверно дольше ($P<0,05$) лечились в этих стационарах ($7,0\pm 1,3$; $2,7\pm 0,5$) дней. У

Таблица 1. Сравнение частоты симптомов кори у детей до года и старше года

Клинические симптомы	I группа (до 1 года)	II группа (старше 1 года)	P
	M ± m	M ± m	
Энантема неба	18,2%±6,0	10,3%±3,4	P>0,05
Зернистость задней стенки глотки	63,6%±3,5	44,8%±2,7	P<0,05
До 37,5–38,5°C	21,2%±1,5	30,0%±1,5	P<0,05
Выше 38,5°C	78,8%±4,0	70,0%±2,0	P<0,05
Среднетяжелая форма	15,2%±1,6	23,4%±1,5	P<0,05
Тяжелая форма	84,8%±6,7	66,6%±6,8	P<0,05
Осложнения	66,7%±6,8	46,7%±3,3	P<0,05

Таблица 2. Длительность периодов кори у детей до года и старше года (в днях)

Длительность симптомов	I группа (до 1 года)	II группа (старше 1 года)	P
	M ± m	M ± m	
Лечение антибиотиками до поступления в РКИБ	4,1±0,3	1,6±0,5	P < 0,05
В РКИБ в период высыпаний	3,0±0,2	3,8±0,5	P>0,05
Катаральный период	4,0±1,3	3,3±0,9	P>0,05
Период высыпаний	3,0±1,0	3,7±0,9	P>0,05
Период пигментации	4±0,3	4,6±1,0	P>0,05
Лихорадка	2,5±0,5	3,4±0,8	P>0,05



Рис.3 Структура диагнозов при направлении и поступлении в стационар

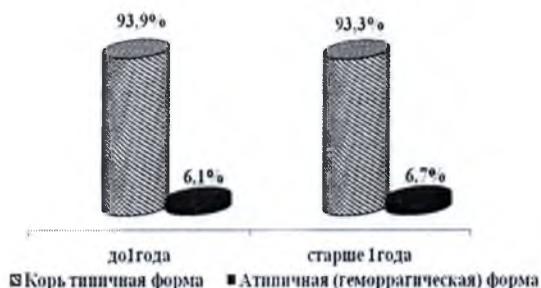


Рис.4. Структура клинических диагнозов у наблюдаемых больных



Рис. 5 Структура осложнений у больных корью детей

этих детей был выявлен контакт с больными, у которых при выписке отмечалась аллергическая сыпь, вероятно, коревая.

В боксированном отделении в РКИБ диагноз «Корь типичная форма» был установлен (93,9%; 93,3%) больным, атипичная (геморрагическая) форма кори в (6,1%; 6,7%) случаях, отличалась выраженностью тяжести проявления болезни.

Большинство (81,8%; 86,7%) детей поступили в РКИБ в период высыпания, который сохранялся $3,0 \pm 0,2$; $3,8 \pm 0,5$ дней, ($P > 0,05$) и лишь (18,2%; 13,3%) больных в катаральном периоде

($4,0 \pm 1,3$; $3,3 \pm 0,9$) дней, ($P > 0,05$).

Начало заболевания у всех больных было острым. Повышение температуры тела до $37,5 - 38,5^\circ\text{C}$. отмечено у (36,3%; 40,0%) больных и выше $38,5^\circ\text{C}$. у (63,7%; 60,0%) детей. Длительность лихорадки в среднем составила $2,5 \pm 0,5$; $3,4 \pm 0,8$ дней ($P > 0,05$). В катаральном периоде кори у наблюдаемых нами детей были такие симптомы, как заложенность носа, кашель, конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм (табл.1,2). При осмотре зева зернистость задней стенки глотки выявлена достоверно чаще ($P < 0,05$) у детей до

года у (63,6%±3,5; 44,8%±2,7) больных, энантема на слизистой неба у (18,2%±6,0; 10,3%±3,4) детей, ($P>0,05$).

На второй день болезни у 12,1% детей первого года жизни на слизистой щек напротив коренных зубов появились мелкие белесоватые пятна «Бельского - Филатова - Коплика» - патогномичный для кори симптом, который редко выявляется из-за позднего поступления больных. Напротив, в группе детей старше года этот симптом не был выявлен ни у одного больного. Возможно, это связано с тем, что дети поступали на 2-3 день высыпания.

С появлением сыпи симптомы интоксикация у детей в сравниваемых группах нарастала ($r=+0,3$). Однако, у детей старшего возраста была отмечена отрицательная корреляционная ($r=-0,3$) связь между тяжестью заболевания и длительностью катаральных симптомов в период высыпаний, а у детей 1 года жизни чем тяжелее было заболевание, тем дольше сохранялись катаральные симптомы ($r=+0,3$).

Сыпь была этапной, появлялась на лице и за ушами, затем постепенно распространялась на тело и конечности, имела пятнисто - папулезный характер, склонная к слиянию. Длительность периода высыпаний в среднем составила (3,0±1,0; 3,7±0,9) дней ($P>0,05$), достоверно ($P<0,05$) чаще сопровождалась с повышением температуры до 37,5–38,5°C. у детей старше года (21,2%±1,5; 30,0%±1,5) и выше 38,5°C. достоверно ($P<0,05$) чаще отмечалось у (78,8%±4,0; 70,0%±2,0) больных 1-го года жизни. После (4±0,3; 4,6±1,0) дней высыпания у всех больных в сравниваемых группах начиналась пигментация кожи, в той же последовательности, как и сыпь, т.е. сверху вниз и сохранялась до выписки из стационара в течение (2,0±0,1; 1,8±0,3) дней. В этом периоде, у (90,9%; 90,0%) больных состояние улучшилось, симптомы интоксикации и катаральные явления уменьшились и лишь у 9,1%; 10,0% детей состояние оставалось прежним, что было связано с развитием поздних осложнений и наслоением вторичной бактериальной инфекции.

Заболевание протекало преимущественно в тяжелой форме у детей до 1 года (84,8%±6,7; 66,6%±6,8), ($P<0,05$), в среднетяжелой форме у детей старше года 15,2%±1,6; 23,4%±1,5 ($P<0,05$). Осложнения также были достоверно ($P<0,05$) чаще у детей 1-го года жизни (66,7%±6,8; 46,7%±3,3) больных, так пневмония

с ДН II была диагностирована у 48,5% больных детей I группы, в то время как, у больных II группы пневмония протекала с ДН I в 78,6% случаях, а синдром бронхиальной обструкции был выявлен лишь (15,1%) у детей I группы. Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) выявлен у 3,0%±1,0; 7,1%±1,3 детей, ($P<0,05$). (Рис.5).

В картине крови у (80,0%; 66,7%) больных были типичны для вирусной инфекции изменения – лейкопения (6,8±2,1х 10⁹; 5,8±1,7х 10⁹) с лимфоцитозом (61,2±17,0%; 47,2±15,7). Диагноз кори всем больным детям был подтвержден методом ИФА в (87,9%; 90,0%) случаях и ПЦР – диагностикой – 12,1%; 10,0% случаях. Пневмония рентгенологически была подтверждена только у (30,3%; 10,0%) больных детей из-за высокой контагиозности кори и дальнего расположения рентгенологического отделения. Большинство больных детей (81,8%; 73,3%) получили моноантибактериальную терапию (АБТ), а последовательную АБТ - 18,2%; 26,7%. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, эфипим. Длительность АБТ в среднем составила 6,1±1,9; 5,9±1,6 дней. Длительность антибактериальной терапии коррелировал ($r=+0,3$) с тяжестью осложнений.

Из стационара с улучшением были выписаны (60,6%; 50,0%) детей, с выздоровлением (39,4%; 46,7%) больных и один ребенок из II группы переведен в другой стационар с диагнозом «острый гломерулонефрит», представляющего угрозу для жизни ребенка.

Выводы:

1. В период эпидемии кори 2011г. преимущественно болели дети первого года жизни, которые не успели получить вакцину «КПК», и дети старше 6 лет из-за отсутствия ревакцинации.

2. Дети из обеих возрастных групп имели контакт с больными корью в детских стационарах г.Бишкек.

3. Корь у детей 1 года жизни в основном протекает в тяжелой форме (84,8%) с развитием осложнений (66,7%), на фоне отягощенного преморбидного состояния и патологией нервной системы. Тогда как, больных старше 1 года корь протекала в среднетяжелой 23,4% так и в тяжелой форме 66,6% и осложнения развивались в 46,7% случаях.

Литература:

1. Алёшкин В.А. Научное и методическое обеспечение эпидемиологического обеспечения эпидемиологического надзора за управляемыми детскими капельными инфекциями (корью, краснухой, дифтерией)/. Медицинский Альманах 2009г.-№2.-С. 102-104

2. Чумаченко Т.А. Корь: Оценки группы

риска./Сибирский медицинский журнал. 2008г.- №7.- С.107-109

3. Каспина А.И., Дрожжина В.А., Бойчинко Д.Г. Скарлатина, корь, краснуха; их сходство и различия в клинических проявлениях на слизистой оболочке ротоносоглотки и кожи./ Клиническая стоматология. 2005г.-№1.-С. 88-89

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ АНГИН У ДЕТЕЙ

А. Т. Шайымбетов

Кафедра детских инфекционных болезней,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведен анализ историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с диагнозом лакунарная и фолликулярная ангина.

Ключевые слова: дети, фолликулярная, лакунарная ангина, острый тонзиллит, клиника, диагностика, лечение.

БАЛДАРДЫН ИРИНДЕГЕН ТАМАК БЕЗ ОРУУСУНУН КОЗГОГУЧТАРЫ

А.Т. Шайымбетов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасынан фолликулярдык жана лакунардык ангина диагнозу менен дарыланган балдардын бейтап баяндамасынан алынган анализи.

Негизги сөздөр: балдар, фолликулярдык ангина, лакунардык ангина, курч тонзиллит, клиника, диагностика, дарылоо.

ETIOLOGICAL STRUCTURE OF PURULENT ANGINA AT CHILDREN

A.T. Shaiymbetov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,
Biskek, Kyrgyz Republic

Summary: The analysis of children's cases with acute tonsillitis diagnosis.

Key words: children, acute tonsillitis, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

Введение. При целом ряде инфекционных заболеваний у детей синдром ангины занимает одно из ведущих мест. Традиционно все случаи острого воспаления небных миндалин делят на ангину, как самостоятельную нозологическую единицу, так и ангину, которая является проявлением инфекционных заболеваний с воздушно-капельным путем передачи инфекции.

За последние 15 лет изменились подходы к диагностике и лечению инфекционных заболеваний у детей, разработаны стандарты оказания лечебно-диагностической помощи. Это не могло не отразиться на особенностях клинического течения заболеваний, сопровождающихся синдромом ангины [1].

В практике наибольшее распространение получила классификация ангины Б.С. Преображенского, основанная на фарингоскопических признаках. Согласно этой классификации, выделяют следующие формы ангины: катаральная, фолликулярная, лакунарная,

фибринозная, герпетическая, флегмонозная, язвенно-некротическая (гангренозная) и смешанные формы [2].

К основному диагнозу ангина после получения соответствующих данных могут быть добавлены название возбудителя (стрептококковая, стафилококковая и др.).

Установлено, что болезнь в большинстве случаев обусловлена бактериальными агентами – стрептококками, стафилококками или их сочетаниями. Реже этиологическим фактором ангины являются вирусы (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы герпеса) и грибы кандиды [3].

Понимание этиологической структуры острых тонзиллитов несет в себе решение одной из важнейших проблем – избыточного назначения антибактериальных препаратов. Тем более важно, что проблема роста резистентности микроорганизмов к антибиотикам приняла планетарный масштаб. Поэтому, важной

задачей остается определение чувствительности возбудителя ангины к различным группам антибактериальных препаратов [4].

Целью данной работы было изучение роли этиологической структуры в развитии гнойной ангины у детей.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г.Бишкек в 2012 году. Был проведен анализ 36 историй болезни детей, больных лакунарной и фолликулярной ангиной, у которых этиологический диагноз был подтвержден бактериологическим методом исследования.

В процессе наблюдения за больными ангиной детьми, использованы общеклинические методы исследования: сбор анамнеза жизни и болезни больного ребенка, эпидемиологического анамнеза, результаты объективного исследования.

Также проводилось бактериологическое исследование мазка из зева и определение антибиотикочувствительности возбудителя. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и их обсуждение.

Нами проведен анализ 36 историй болезни детей, больных лакунарной и фолликулярной ангиной, у которых мазок из зева на микрофлору исследовался бактериологическим методом. Все дети находились на стационарном лечении в РКИБ в течение 2012 года.

Большинство наблюдаемых нами больных были дети дошкольного возраста (77,8%). Среди них одинаково часто гнойная ангина была отмечена как у мальчиков (58,3%), так и у девочек (41,7%). Согласно проведенного статистического анализа, большую часть больных (83,3 %) составили дети, проживающие в городе.

Дети с диагнозом «фолликулярная ангина» выявлены в 58,3% случаев, диагноз «лакунарная ангина» отмечен у 41,7% детей. Заболевание, преимущественно наблюдалось в весенние месяцы года (69,4%). В первые 3 дня от начала болезни в стационар поступило 64,0% детей с диагнозом фолликулярная или лакунарная ангина. Основными критериями тяжести проявления ангин были выраженность симптомов интоксикации и изменения со стороны ротоглотки (наличие гнойного налета,

распространенность, длительность сохранения). Согласно этим критериям тяжести выявлено, что в тяжелой форме гнойная ангина протекала у 66,7% больных детей, и в среднетяжелой форме - 33,3%.

До поступления в стационар, амбулаторно, получали антибактериальную терапию 36,1% детей. Спектр антибактериальной терапии на догоспитальном этапе, в основном, был представлен такими препаратами, как амоксициллин, ампициллин, цефазолин. При этом, на фоне проводимой антибактериальной терапии было отмечено ухудшение состояния больных, что и послужило основанием для направления их на госпитализацию в стационар.

Все наблюдаемые нами больные (36 человек) были обследованы бактериологическим методом с целью - уточнить этиологический фактор развития гнойной ангины. Исследовали мазок из зева на микрофлору, параллельно с определением чувствительности возбудителя к наиболее часто используемым для лечения антибактериальным препаратам.

Было установлено (рис.1), что в аспекте этиологического фактора гнойных ангин большую долю составили *Streptococcus Pneumonia* (52,8%), а также сочетание *Streptococcus Pneumonia* и грибов рода *Candida* (13,8%). Не маловажную роль, также играл *St. Aureus* (11,1%).

У всех детей с гнойной ангиной в лечении использовалась антибактериальная терапия, при этом, моно-терапия (лечение одним антибиотиком) была проведена у большинства (91,7%) больных.

Полученная антибиотикограмма указывает на высокую чувствительность возбудителей гнойных ангин у детей к таким препаратам, как ципрофлоксацин, меропенем, офлоксацин, цефтриаксон и гентамицин. В тоже время, отмечена устойчивость возбудителей к пенициллину, цефиксиму и цефазолину (рис.2).

Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии в стационаре составила $5 \pm 1,8$ дней, в дальнейшем, после выписки из стационара, этим больным было предложено продолжить курс лечения антибиотиками до 10 дней, т.е. до полного выздоровления под наблюдением врача ГСВ.

Параллельно с антибактериальной терапией противогрибковые препараты (флуконазол) назначались только лишь у 2,8%

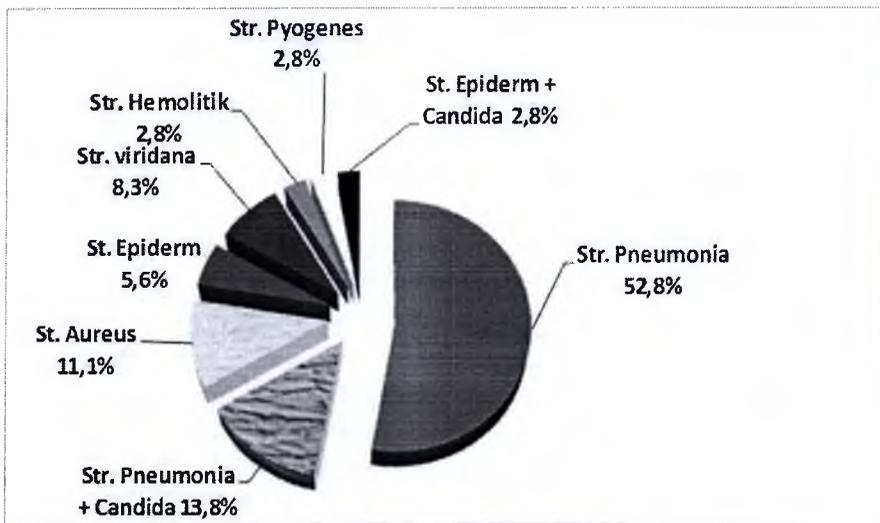
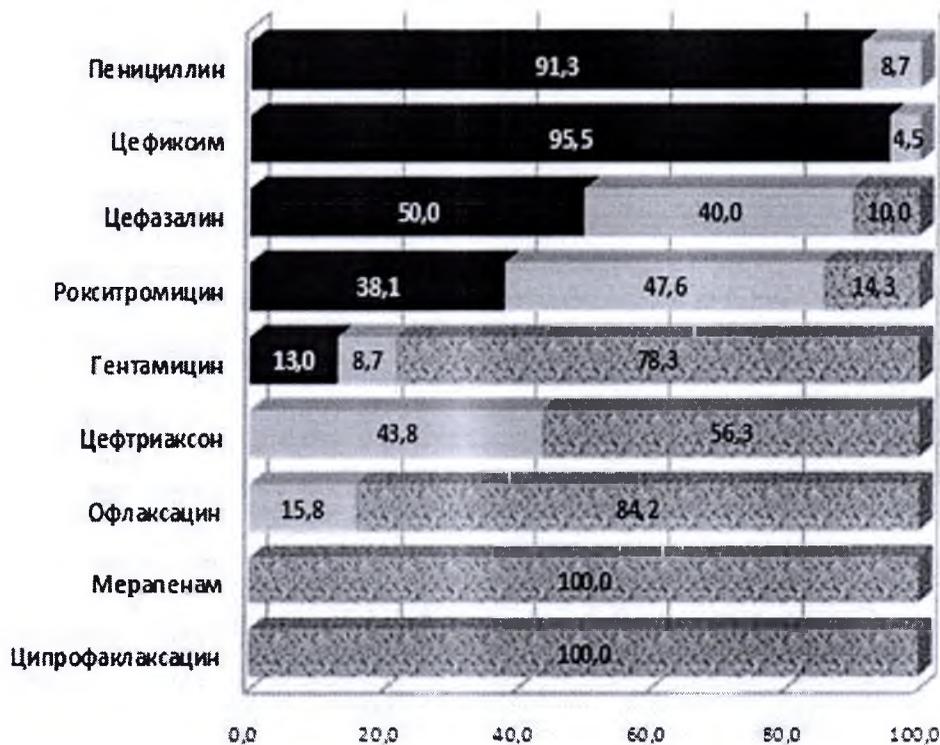


Рис.1. Этиологическая структура гнойных ангин у детей.



	Ципроф аклацин	Мерале нам	Офлак сацин	Цефтри аксон	Гентами цин	Рокситр омицин	Цефза лин	Цефикс им	Пеници ллин
■ ДБ устойчивость					13,0	38,1	50,0	95,5	91,3
▒ ДБ промежуточность			15,8	43,8	8,7	47,6	40,0	4,5	8,7
⊛ ДБ чувствительность	100,0	100,0	84,2	56,3	78,3	14,3	10,0		

Рис.2. Антибиотикочувствительность возбудителя гнойных ангин у детей.

больных.

Выводы:

1. Ведущее место в этиологической структуре гнойных ангин у детей занимает *Streptococcus Pneumonia* (52,8%), а также сочетание *Streptococcus Pneumonia* и грибов рода *Candida* (13,8%).

2. Необходимо рассмотреть возможность использования в лечении гнойных ангин комбинированную схему назначения антибактериального препарата и противогрибковых средств.

3. Выявлена устойчивость возбудителей гнойной ангины к использованию антибактериальных препаратов пенициллиновой группы, и в тоже время высокая чувствительность к таким препаратам, как ципрофлоксацин, меропенем, офлоксацин, цефтриаксон и гентамицин.

4. Полученные данные диктуют необходимость пересмотра спектра используемых антибиотиков для проведения

антибактериальной терапии у детей с гнойными ангинами.

Литература:

1. Борисова О.В., Гасилина Е.С., Санталова Г.В. и др. Особенности течения инфекций, сопровождающихся синдромом ангины, у детей (по данным детского инфекционного стационара). Журнал Инфекционные болезни, 2011. – Т.7. - №1. С 153- 156

2. Caputo G. M., Appelbaum P. C., Liu H. H. Infections due to penicillin-resistant pneumococci. Clinical, epidemiologic and microbiologic features. Arch. Intern. Med. 1993, P.150-154

3. Doern G. V. S.pneumoniae and penicillin: a relationship under stress. Mediguide to Infectious Diseases.

4. Чумакова.Н.А, Ахвердиева.С.Ш, Кадырова.Р.М. Бактериальные ангины у детей. Научно практический журнал Здоровоохранение Кыргызстана,2010-№4.С.91-93

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

К.А. Узакбаев, Б.Х. Бебезов, Н.А. Асакеев.

Кыргызско-Российский Славянский университет,
Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данном исследовании приведен анализ результатов хирургического лечения 23 детей альвеококкозом печени. Больные распределены по стадиям болезни и PNM классификации. Проведен анализ радикальных и паллиативных операций при альвеококкозе печени у детей.

Ключевые слова: альвеококкоз печени, резекция печени, радикальная операция, паллиативная операция.

АЛЬВЕОКОККОЗ МЕНЕН ЖАРАЛАНГАН БАЛДАРДЫН БООРУНУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ТАЖРЫЙБАСЫ

К.А. Узакбаев, Б.Х. Бебезов, Н.А. Асакеев.

Кыргыз-Россия Славян Университети
Эне жана Балдар Коргоо Улуттук Борбору.
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада боору альвеококкоз менен жараланган 23 баланын хирургиялык операцияларынын жыйынтыгы анализделген. Оорулар PNM классификациясы боюнча топтолгон. Балдарга жасалган радикалдуу жана паллиативдуу операциялардын натыйжасы такталган.

Ачкыч сөздөр: Боордун альвеококкозу, боордун резекциясы, радикалдык операция, паллиативдик операция.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ALVEO-COCCOSIS IN CHILDREN

К.А. Uzakbaev, B.H. Bebezov, N.A. Asakeev

Kyrgyz-Russian Slavic University
National Center for Maternal and Child Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: It was presented the analysis of results of surgical treatment of 23 children' alveococcosis liver. Patients were divided by stage of disease and PNM classification.

Keywords: alveococcosis liver, liver resection, radical surgery, palliative surgery.

Введение.

Альвеококкоз – типичная природно-очаговая инвазия, регистрирующаяся в различных странах мира, в лесостепных зонах обитания плотоядных животных семейства псовых и кошачьих (песцы, лисицы, волки, собаки, кошки), которые являются источником инвазии и окончательным хозяином половозрелых цепней *Echinococcus multilocularis* [4, 2]. Срок жизни в организме разных хозяев у этого гельминта неодинаков. У человека многокамерный эхинококкоз сохраняет жизнеспособность в течение многих лет [5]. Медленный, скрытый, инфильтрирующий рост альвеококка вдоль клетчатки сосудисто-секреторных ножек к воротам печени приводит к развитию многочисленных осложнений, таких как образование полости распада и её нагноение, механическая желтуха, инвазия ворот Глиссона и печеночно-дуоденальной связ-

ки, прорастание кавадных ворот и нижней полой вены, прорастание в диафрагму, перикард, желудок и двенадцатиперстную кишку, распространение на забрюшинную клетчатку, в правую почку, надпочечник, поясничную мышцу и другие органы [8].

Альвеококкоз в первые месяцы и даже годы после инвазии, протекает почти бессимптомно, вследствие медленного развития и огромной компенсаторной возможности печеночной ткани [7]. У детей, даже в очагах инвазии, альвеококкоз выявляется крайне редко, что обусловлено частой встречей лиц детского и подросткового возраста с возбудителем и формированием среди них иммунологической прослойки, не имеющей ни клинических, ни иммунологических проявлений заболевания [3,6].

Учитывая этот факт, некоторые авторы предлагают в населенных пунктах с высоким

эпидемиологическими показателями по альвеококкозу, проводить не иммунологическую или серологическую, а ультразвуковую диагностику в качестве ранней диагностики детского и взрослого населения. т.к. ультразвуковое исследование печени при альвеококкозе весьма информативно, является методом выбора для скрининговых исследований[1].

Цель исследования: Анализ результатов хирургического лечения альвеококкоза у детей.

Материал и методы: С апреля 2009 по ноябрь 2013гг в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, в отделении хирургии врожденных пороков развития Национального центра охраны материнства и детства получило лечение 23 детей с альвеококкозом печени в возрасте от 7 до 18 лет. Из них 13 мальчиков и 10 девочек, все они учащиеся средних школ на момент поступления. Из инструментальных и лабораторных методов диагностики применяли: УЗИ, РКТ, рентгенографию, ЧЧХГ и ЧЧХС, общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, кровь на маркеры ВГ.

На основании рекомендаций ВОЗ по аль-

веококкозу, пациенты разделены по классификации PNM (P – паразит в печени, N- поражение соседних органов, M – метастазы) и распределены по стадиям заболевания в таблице 1.

Из данной таблицы следует, что у 52% процентов детей альвеококкоз печени диагностирован в запущенной стадии, когда идет поражение соседних органов и магистральных сосудов (нижняя полая вена, воротная вена) и трубчатых структур ворот печени.

Из 23 больных у 12 детей (52%) больных были следующие осложненные формы альвеококкоза печени.

Всем 23 больным детям с альвеококкозом печени и его осложнениями проведены оперативные вмешательства. Объем резекции определялся размером и локализацией паразитарного узла и функциональным состоянием печени, окончательно вопрос о резектабельности решался интраоперационно. Проведены следующие операции чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), атипичные и обширные резекции печени.

Патогномичных и характерных для альвеококкоза печени жалоб мы не наблюдали. В основном жалобы на желтушность кожи и склер,

Таблица 1.
Распределение больных по классификации PNM

Стадия	Возраст		
	7-11 лет	12-15 лет	16-18 лет
I P ₁ N ₀ M ₀	5 больных	5 больных	1 больной
II P ₂ N ₀ M ₀			
IIIA P ₃ N ₀ M ₀			2 больных
IIIB P ₁₋₃ N ₁ M ₀ , P ₄ N ₀ M ₀	3 больных	2 больных	1 больной
IV P ₄ N ₁ M ₀		3 больных	1 больной
Всего	23 больных		

Таблица 2.
Осложненные формы альвеококкоза

Осложнения	Число больных
механическая желтуха	2
кавернозные формы альвеококкоза	5
прорастание в соседние органы и магистральные сосуды (нижняя полая и воротная вены, диафрагма)	9
билобарное поражение	2
Итого	18

кожный зуд, увеличение в объеме живота, наличие плотного образования в правом подреберье и эпигастрии.

Результаты и их обсуждение: Выполнено 21 (91,3%) резекция печени, детям с альвеококкозом печени. Обширные резекции печени – 10, из них резекция трех сегментов одной доли печени с холецистэтомией (ХЭ) – 1, правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) в сочетании с ХЭ – 5, ПГГЭ + ХЭ с атипичной резекцией S_{III} левой доли печени – 1, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) в сочетании с резекцией S_4 и S_1 левой доли печени – 1, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ) в сочетании с резекцией S_1 левой доли печени – 1 и РЛГГЭ в сочетании с ХЭ – 1. Ати-

пичные резекции печени (сегментэктомия и бисегментэктомия) – 11 из них сегментэктомия – 10 и бисегментэктомия – 1.

Радикально прооперированы 15 (65,2%) пациентов. Паллиативно 8 (34,8%) больных из них 2 ЧЧХС. У 6 больных из паллиативно оперированных на нижней полой вене оставлена «пластинка» альвеококкового узла. Интраоперационной летальности не было.

Послеоперационные осложнения возникли у 2 (8,7%) больных, у одного больного на 2-е сутки выпала трубка ЧЧХС с желчеистечением в свободную брюшную полость, произведена лапаротомия с наружным дренированием желчных протоков и дренированием брюшной полости и малого таза. 1 больная с желчеистечением в те-



Рис. 1. Интраоперационное фото больной А. 14 лет. Альвеококкоз правой доли печени (паразитарный узел с поражением 6-7-8 сегментов печени)



Рис. 2. Интраоперационное фото больной А. 14 лет. Состояние после правосторонней гемигепатэктомии (резекция 5-6-7-8 сегментов правой доли печени с желчным пузырем).

чение 5 месяцев из подпеченочного дренажа, в последующем свищ закрылся самостоятельно и дренаж был удален.

Пациенты с осложненной формой альвеококкоза и оперированные нерадикально в послеоперационном периоде получали противопаразитарную терапию препаратом альбендазол по 10-12мг на кг/массы тела в сутки, в два приема после еды, по традиционной схеме.

Заключение. Актуальность альвеококкоза печени ежегодно растет в связи с высокой зараженностью населения в эндемичных районах Кыргызстана. Высок процент осложненных форм заболевания среди детей 52%. Единственным и радикальным методом лечения остается резекция печени в пределах здоровых тканей. При осложненных формах альвеококкоза печени паллиативные резекции печени и паллиативные операции (ЧЧХС) продлевают и улучшают качество жизни.

Литература:

1. Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М., Асакеев Н.А. Хирургическое лечение альвеококкоза печени у детей // Здоровье матери и ребенка Том 5, №1, 2013. – С. 115-118.
2. Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М. Оперативное лечение альвеококкоза пе-

чени //Сб. научных трудов XIX Междунар. Конгресса хирургов гепатологов стран СНГ и России. СО РАМН НЦРВХ – 2012. – С. 241.

3. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Черкасова С.Н., Чернова Е.В. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра //Здоровье ребенка. — 2007. — № 2(5).

4. Коваленко Ф.П. Экспериментальные модели эхинококкозов: оптимизация и применение в разработке новых методов диагностики, профилактики и лечения эхинококкозов человека и животных: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 1998. - 59 с.

5. Кривцова Л.А. Клинический случай первичного альвеококкоза позвоночника в детском возрасте /Кривцова Л.А., Демченко В.И., Дорофеева Л.К., Ларькин В.И. и др. //Педиатрия. 2010. – Т.89, №3. – С. 147-150

6. Меньшиков В.В. Клиническая лабораторная аналитика. – Т. 1,2,3. – М.: ЛабинформРАМЛД, 1999. - 352 с.

7. Поляков В.Е. Эхинококкоз многокамерный (альвеококкоз) /Поляков В.Е. Иванова А.И. Полякова Н.Р.// Педиатрия. 2006. №6. Прил. 11. – С. 88-94.

8. Черемисинов О.В. Возможности рентгеновской и магнитно-резонансной томографии в диагностике альвеококкоза печени //Медицинская визуализация. 2003. №4. – С. 46-52.

УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ

Минбаев Ж.М.

Городская клиническая детская больница скорой медицинской помощи,
кафедра детской хирургии
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: С целью модификации способа пластики пахового канала у детей, изучены данные 410 детей с ущемленными паховыми (ПГ) и пахово-мошоночными грыжами (ПМГ), прооперированные в ГДКБ СМП за 2010-2012 г.г. В возрасте до 1 года-28%, 1-3 года 41,4%, 3-7 лет -24,7%, старше 7 лет -5,6%. Мальчики-91,2%, девочки-8,8%. Учитывая что, при ущемленной грыже часто рассекается передняя стенка пахового канала, разработана методика пластики пахового канала, что способствует снижения осложнений после операции.

Ключевые слова: паховая грыжа, пахово-мошоночная грыжа, дети, ущемление, пластика пахового канала.

БАЛДАРДЫН ЧУРАЙЫНДАГЫ ЧУРКУ ООРУСУНУН КЫПЧЫЛЫП КАЛЫШЫ

Ж.М. Минбаев

Шаардык Медициналык Тез Жардам Балдар Клиникалык Оорукана
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдар хирургия кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Балдардын чурайындагы чурку оорусунда тешикчени ондоонун жолун өзгөртүү үчүн ШМТЖБКОда 2010-2012 ж. чурку оорусунда кыпчылып калган 410 балага операция болгондугу изилденген. Бир жашка чейин-28%, 1-3 жаштагысы-41,4%, 3-7жаш - 24,7%, 7ден жогору -5,6%. Балдар-91,2%, кыздар-8,8%. Чурку оорусу кыпчылып калганда тешикчени алдыңкы бети кесилерин эсепке алып, аны бекитип тигүүнүн өзгөртүлгөн жолу иштелип чыкты, ал операциядан кийин кабылдоону азайтат.

Негизги сөздөр: чурай-чурку оорусу, балдар, кыпчылып калган, чурку тешикчесин ондоо.

STRANGULATED INGUINAL HERNIA AT CHILDREN

J.M. Minbaev

The Children's Emergency Clinical Hospital of Bishkek,
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
department of children surgery, chief of department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: With aim to modification modes of plastic for strangulated inguinal hernia at children. There were 410 children with strangulated inguinal hernia which received surgical treatment. Hospital of emergency help in the years 2010-2012. In the age under 1 years - 28,3 %, 1-3 years – 41,4%, 3-7 years -24,7 %, after 7 years -5,6 %. There were 91,2% boys and 8,8 % girls. Because of dissection of anterior inguinal wall we discovered new plastic in inguinal canal which decrease the number of complications. There were no any complications after of plastic.

Key words: inguinal hernia, children strangulation, plastic of inguinal canal.

Актуальность: В детском возрасте паховая грыжа встречается у 5-10% детей [1,7,8], и среди грыж различной локализации составляют 80-90%. Опасным осложнением паховой грыжи является ее ущемление. По данным [5, 6] ущемление паховой грыжи наблюдается в 24% случаев. Лечение ущемленной паховой грыжи сводится к срочной операции. Рецидивы, могут составлять 3,8% и обычно являются следствием погрешности техники проведения операции.

Цель: модификация метода хирургического лечения при ущемленных паховых грыжах у детей.

Материалы и методы исследования:

из 1328 больных детей с паховыми и пахово-мошоночными грыжами оперированных за 2010 – 2012г.г. в хирургическом отделении дневного пребывания (ХОДП), и экстренной хирургии ГДКБ СМП г. больных с ущемленными паховыми и пахово-мошоночными грыжами было 410(30%). Больным проводились общеклинические методы исследования, по показаниям УЗИ паховой области, рентгенография органов грудной клетки.

Результаты: из 410 больных в возрасте до 1 года отмечено у 116 -28,3%, 1-3 года 170 (41,4%), 3-7 лет у 101 (24,7%), старше 7 лет 23- (5,6%). Мальчики – 374 (91,2%), девочки

– 36 (8,8%). Правосторонняя локализация наблюдалась у 260 (63,4%), левосторонняя у 150 (36,6%). Сельских жителей -169 (41,2%), городских –241 (58,8%) больных. С момента ущемления до госпитализации: до 6 часов – 214 (52,2%), до 12 часов 112 (27,3%), до 24 часа – 72 (17,6%), до 2-х суток и более - 12 (2,9%) больных. Наличие сопутствующих заболеваний наблюдался у 78 (19,0%) и отмечено виде анемии, гипотрофии, врожденного фимоза, дискнезии толстого кишечника, пневмонии и бронхита. Этим больным требовалась соответствующая предоперационная подготовка, попытка к консервативного лечения, учитывая давность ущемления. При хирургическом лечении из 410 больных детей у 289 больных произведено рассечение передней стенки пахового канала – из-за трудности вправления содержимого и для ревизии кишечника. В 3-х случаях обнаружено крипторхизм паховая ретенция и произведено низведение яичка. При производстве пластики пахового канала у 82 (20%) больных применено методика разработанная в нашей клинике. У 80% пластика проводилась по Мартынову, Ру-Краснобаеву. Сущность модификации способа пластики передней стенки пахового канала разработанная в нашей клинике заключается в том, что после рассечения передней стенки пахового канала, обработки, создаем дубликатуру латерального и медиального листков апоневроза наружной косой мышцы живота, сопоставляя рассеченные края ран с охватом пупартовой связки снаружи. В отличие от способа Мартынова не накладывается двухрядные узловыи швы на стенку пахового канала. Получено авторское свидетельство на изобретение № 1275 от 30.07.2010 года утвержденное Государственной патентной службой Кыргызской Республики. Измененный метод пластики пахового канала положителен тем, что сопоставляется однородные ткани, одновременно однорядными узловыми швами сближается стенка пахового канала. В раннем послеоперационном периоде осложнения (отек мошонки, инфильтраты, гематомы и нагноение раны) не наблюдался. А также при изучении после операции в сроки от 1 года до 3-х лет осложнений и рецидивов не отмечено.

Вывод:

• Метод пластики при устранении ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыжах у детей после рассечение передней

стенки пахового канала положителен тем, что сопоставляется однородные ткани.

• Как в раннем послеоперационном периоде, так в сроки от 1 года до 3-х лет и после операции осложнений и рецидивов не отмечено.

Литература:

1. Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. Детская хирургия. Пер с англ. — Т.2. СПб.: Хардфорд. - 1996.

2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей. — Л 1973. — С. 146-151.

3. Бакшеев Ю.А. Оперативное лечение паховых грыж у детей по способу Краснобаева. // Дис. . .канд.мед.наук. Хабаровск, - 1967.

4. Басов Б.И. Отдалённые результаты грыжесечений при косой паховой грыжи у детей по способу Т.П. Краснобаева. / Дис...канд. мед. наук. Егорьевск. - 1985.

5. Долецкий С.Я. Ущемлённые паховые грыжи в детском возрасте. // Дис... канд. мед. наук. М., - 1950.

6. Дронов А.Ф., с соавт. «Опыт лапароскопического лечения ущемлённых паховых грыж у детей», тезисы докладов III конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 2009 г, с. 113 – 114.

7. Талыпов С.Р. Сравнительная оценка традиционного и лапароскопического способов лечения паховых грыж у детей. // Автореф., дис... канд. мед. наук. – 2010. – 25 С.

8. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М 1990; -с.143-145

9. Harouna Y., Vanneuville G. Inguinal hernia in pediatric practice. // Arch Pediatr. 2000. - Т.7. -№11.- С. 1235-7.

10. Omar A.M., et. al. Treatment strategy of inguinal hernia in infants and children in Eastern Libya. // Saudi Med J. 2004. - Т.6. - С.753-5.

11. Steinau G., et. al. Incidence of contralateral inguinal hernias in infancy and childhood. // Langenbecks Arch Chir. 1997. - Т.382. - № 5. - С.252-6.

12. Tackett L.D., et. al., Jr. Incidence of contralateral inguinal hernia: a prospective analysis. // J Pediatr Surg.- 1999. Т.34. - № 5. - С.684-7; 687-8.

13. Timmers L., et. al. Non-incarcerated inguinal hernia in children: operation within 7 days not necessary. Ned Tijdschr Geneesk. 2005. - Т.149. - №5. - С.247-50.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ, КАК СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Э.С.Суеркулов

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
(НЦОМиД), отделение челюстно-лицевой хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты изучения заболеваемости стоматитами у детей и наличие глистных инвазий, как сопутствующей патологии. Из 1356 детей с вирусными стоматитами, в 1050 случаях обнаруживались различные виды глистных инвазий, что составляет 77,4%.

Ключевые слова: вирусные стоматиты у детей, сочетанные с гельминтозами.

БАЛДАР ООЗ БЫЛЖЫР ЧЕЛ КАБЫГЫНЫН ВИРУС ООРУЛАРЫНДАГЫ КОШТОЛУУ НЕГИЗИНДЕГИДЕЙ, АНЫКТАЛГАН ГЕЛЬМИНТОЗДОР

Э.С.Суеркулов

Эне жана Балдар Коргоо Улуттук Борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада балдар ооз былжыр чел кабыгынын ооруларынын санын изилдөө жана гельминтоздор алардын коштолуу оору катары жүрүшү аныкталды. 1356 вирус стоматит оорусу бар балдар арасынан, 1050-дө ар түрлүү гельминтоздор коштолуу оору катары аныкталган жана 77.4% түздү.

Негизги сөздөр: Балдар вирус стоматиттери, коштолуу оору катары гельминтоздор.

HELMINTHES INVASION, AS AN ACCOMPANYING DISEASE AT CHILD ORAL MUCOSA VIRAL STOMATITIS

E.S.Suerkulov

National Center for Maternal and Child Welfare
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Article presents results of morbidity investigation on child with Herpetic Viral Stomatitis, and Helminthes invasion as accompanying disease. From 1356 child with viral Stomatitis on 1050 Helminthes invasion as accompanying disease were obtained, which composes 77.4%.

Key words: Child Viral Stomatitis, accompanied with Helminthes invasion.

Актуальность: По литературным данным наиболее чаще встречаются вирусные стоматиты. Изучение частоты и структуры заболеваемости, особенно факторов влияющих на возникновение этих болезней, являются важным для планирования лечебно-профилактических мероприятий[5,9].

В настоящее время заболеваемость глистными инвазиями у детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта недостаточно изучена, так как отсутствует обязательная регистрация таких больных. Как известно из литературных источников, в последние годы отмечается рост заболеваемости гельминтозами. Это связано с социально-экономическими проблемами в стране и уменьшением объема санитарно-просветительской работы, неудовлетворительным санитарным благоустройством населенных пунктов и промышленных

предприятий, использованием воды из открытых водоемов, чаще всего, загрязненных, а так же употреблением в пищу рыбы и мяса в сыром виде или без достаточной термической обработки[3,7].

Патологическое воздействие гельминтов на организм человека наиболее выражено в детском возрасте. Основными звеньями в патогенезе и побочными эффектами воздействия гельминтов являются:

- аллергияция;
- иммунодепрессия;
- механическое повреждение органов и тканей;
- развитие вторичных инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- Нарушение обменных процессов организма(ив т.ч. как следствие, гиповитаминозы; дефицитные анемии);

- нарушение физического и умственного развития;
- затяжное и более тяжелое течение имеющих место прочих заболеваний и другие.

Гельминты могут вызывать нарушения функции органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), быть причиной аллергических (или

псевдо-аллергических) реакций или усугублять их, вызывать интоксикацию, а также быть фактором ослабляющим иммунитет. Дети с такой патологией хорошо знакомы педиатрам, семейным врачам, гастроэнтерологам и другим специалистам.

Цель исследования: изучение частоты

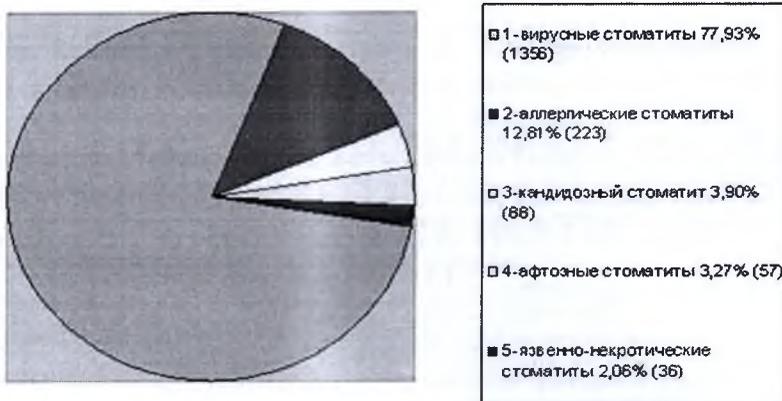


Рисунок 1. Распространенность стоматитов у детей.

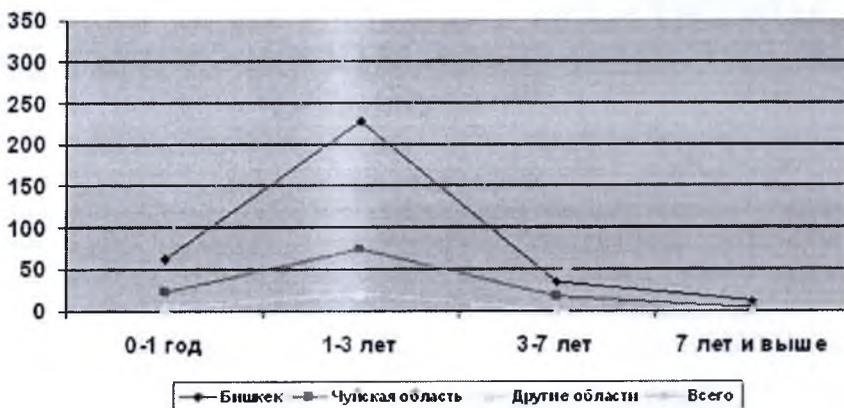


Рисунок 2. Распределение детей с герпетическими стоматитами по возрасту и месту проживания (девочки).

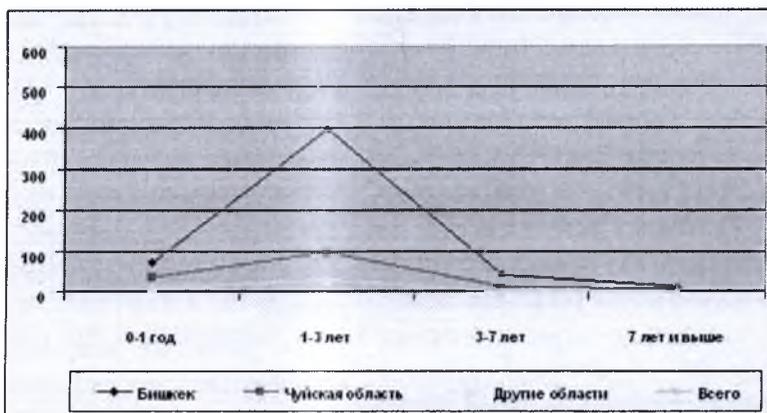


Рисунок 3. Распределение детей с герпетическими стоматитами по возрасту и месту проживания (мальчики).

заболеваемости вирусными стоматитами у детей и наличие глистных инвазий, как сопутствующей патологии (по материалам отделения ЧЛХ НЦОМид).

Материал и методы исследования: Материалом исследования служили выписки из амбулаторных карт стоматологического больного (форма №043/0) и истории болезни детей, обратившихся в 2012 году в НЦОМид г. Бишкек.

Для диагностики стоматитов применялись общеклинические, иммунологические, бактериоскопические и копрологические методы исследования. Для выявления гельминтов мы пользовались макро-гельминтологическими и микро-гельминтологическими методами: отмачивания, методом Калантарян, нативные препараты. Использовали некоторые специальные методы исследования: соскоб с перианальных складок (Р.С. Шульц, К.И. Скрябин.), способ Кеворковой, целлофановый способ [4,9].

Всего с вирусными стоматитами в амбулаторных условиях пролечено 1638 больных детей, в стационарных условиях пролечено 102. Лечение было комплексным и проводилось совместно с педиатром, инфекционистом, гастроэнтерологом и другими специалистами.

Результаты и их обсуждение: Изучение медицинских карт стационара стоматологических больных, историй болезней детей выявило, что в структуре заболеваемости 1-е место занимают вирусные стоматиты, составившие 77,93% (1356 больных) от общего количества. Далее 2-е место по уровню обращаемости, занимают дети с аллергическими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, которые выявлены у 12,81% (223 больных). 3-е место от общего числа детей, принадлежит течению кандидозного стоматита у 3,90% (68 больных). Афтозные стоматиты выявлены у 3,27% (57 больных). На последнем месте в списке определялся язвенно-некротический стоматит, который выявлен у 2,06% (36 больных). Данные приведены в рисунке №1.

Так как наибольшее число составили дети с вирусными стоматитами, было решено исследовать их на наличие глистных инвазий, как сопутствующей патологии. Среди вирусных стоматитов 87,9% (1193 больных) приходится на долю герпетического стоматита (ГС). Распределение количества детей производилось

по этиологическому фактору заболевания, по возрастному и половому аспекту и их месту проживания.

Анализ рисунков 2 и 3 позволил выявить следующие закономерности: Количество мальчиков значительно превалировало над количеством девочек (2 раза) в возрасте 1-3 года, в остальные возрастные периоды половые различия выявить не удалось. Максимальное количество больных детей с ГС обнаружено в возрасте 1-3 года. У детей с герпетическим стоматитом 20,7% (248 больных) случаях процесс протекал в хронической форме.

Герпетическая ангина (ГА) или коксакивирусный стоматит выявлена у 9,3% (163 больных), данные которых показаны в рисунках 4 и 5.

Дети с ГА так же имели возрастные и половые различия. ГА чаще всего была диагностирована у детей в возрасте 1-3 года. Мальчики существенно превалировали над девочками, как в возрасте 1-3 года, так и в последующие годы (3-7 лет, 7 лет и выше). По литературным данным это объясняется тем, что в этот период у детей уменьшается количество антител, полученных от матери интерплацентарно (которые были защищены врожденным иммунитетом), а так же отсутствием зрелых систем специфического иммунитета [2,9,10]. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях, что соответствует данным других авторов.

Как видно из выше приведенных рисунков 4 и 5, в основном дети с вирусными стоматитами обращались из города Бишкек, что составило 70,8% (961 больных), затем из Чуйской области 22,9% (311 больных) и из других областей 6,1% (84 больных). Из общего числа детей с герпетическим стоматитом в 17,1% (205 больных) случаях заболевание протекало в сочетании с ОРЗ и аденовирусной инфекцией, в то время как при герпетической ангине присоединение ОРЗ протекало у 73% (119 больных). Такой сопутствующий фон способствовал более тяжелому течению острых вирусных стоматитов и вызывал необходимость госпитализации.

При лабораторном исследовании кала на яйца глист у детей с вирусными стоматитами, в

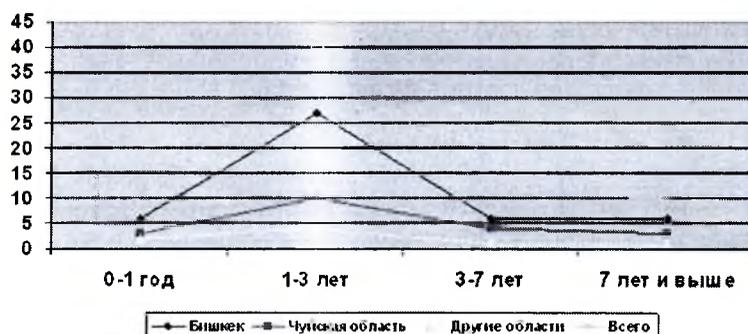


Рисунок 4. Распределение детей с герпетическими ангинами по возрасту и месту проживания (девочки).

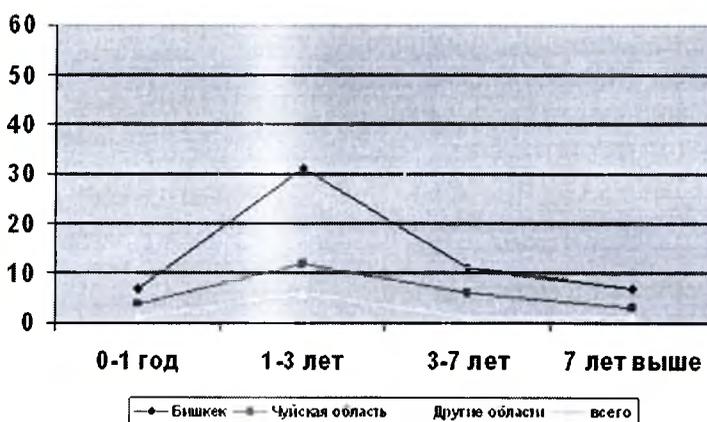


Рисунок 5. Распределение детей с герпетическими ангинами по возрасту и месту проживания (мальчики).

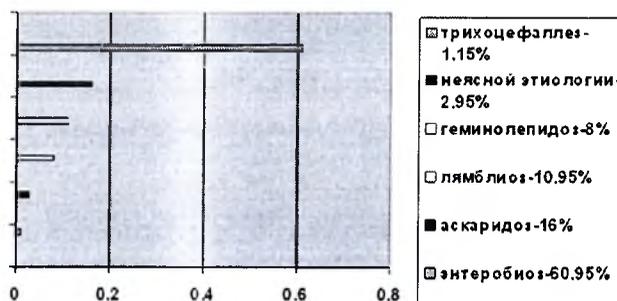


Рисунок 6. Распространение глистных инвазий у детей с различными формами стоматитов за 2012 г.

1050 случаях обнаруживались различные виды глистных инвазий, которые составляют 77,4%.

Данные по результатам исследований представлены на рис. 6.

Как видно из Рис. 6, наиболее часто из глистных инвазий, встречались энтеробиоз в 60,95% (640 детей). Далее: аскаридоз 16% (168 детей), лямблиоз 11% (115 детей), геминолепидоз 8% (84 детей), неясной этиологии 2,95% (31

детей), трихоцефалез 1,15% (12 детей).

Результаты наших исследований позволяют сделать вывод о том, что взаимосвязь болезней полости рта с нарушениями различных отделов желудочно-кишечного тракта обусловлена морфофункциональным единством пищеварительного аппарата. Хронические заболевания ЖКТ (желудка, печени, поджелудочной железы и др.) сопровождаются

дефицитом витаминов, минеральных веществ, белков, углеводов в организме, что приводит к функциональным и органическим нарушениям в слизистой оболочке полости рта, развитию воспалительных и дистрофических изменений в тканях полости рта, нарушению функции жевательного аппарата и снижению иммунитета. Развитие сочетанных поражений с глистными инвазиями ЖКТ усугубляет тяжесть патологии органов полости рта.

Таким образом, наличие у ребенка сопутствующей патологии ЖКТ (гельминтозов) усугубляет течение основного заболевания – в данном случае вирусных стоматитов. Так по нашим данным у детей со среднетяжелой и тяжелой формами вирусных стоматитов выявлено преобладание сопутствующих гельминтозов. При копрологическом исследовании 1050 детей с вирусными стоматитами, в качестве сопутствующего заболевания чаще встречаются энтеробиоз – 60,95%, аскаридоз – 16%, лямблиоз – 11%, геминолепидоз – 8%.

Все выше изложенное указывает на большую распространенность данной патологии в детском возрасте. Вследствие чего необходимо изучение особенностей клинического течения стоматитов у детей, особенно вирусной этиологии, в поисках эффективных методов диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний.

Литература:

1. Бабий И.Л. Аллергические поражения и изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях органов и систем у детей. Ч. III / И.Л. Бабий, Е.А. Калашникова // Здоровье ребенка. – 2010. - №2. – С. 97 – 99.
2. Борисенко А.В. Афтозные и вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта: учеб. Пособие / А.В. Борисенко, А.Ф. Несин. – К., 1996. – 64 с.
3. Зрячкин Н.И. Гельминтозы (Патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация и профилактика): Уч. Пос. Изд. 2-е, перераб. и доп. Изд-во «СГМУ», Саратов, 2006. - 21 стр.
4. Кост Е. А., Смирнова Л. Г. /Руководство по клиническим, лабораторным исследованиям / 1964. – С. 673-678.
5. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста, - М.: Медицинская книга, Н.Новгород : Издательство НГМА, 2004.- 744с.
6. Мельниченко Э.М., Михайловская В.П. Особенности клиники патогенеза острого герпетического стоматит у детей, относящейся к группе риска перехода заболевания в хроническую форму // Стоматология. 1991. - №3. – С. 57 – 59.
7. Паразитарные заболевания у детей: Уч. Пос. / Под ред. проф. С.С. Бакасова., Л.Н. Минич. Н.Ш. Андреева и др. КГМА. – Бишкек, 2006.- С. 8-9.
8. Терещенко А.В., Соловьев А.М., Задионченко Е.В. Герпетический стоматит: этиология, клиника, лечение // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007. - №2. – С. 10 – 13.
9. Цветкова А.А., Арутюков С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки рта и губ, - М. : МЕД пресс – информ, 2005. – 208 с.
10. Bulgacova V.A., Balabolkin LI., Sentsova T.B. Herpes viral infection in childhood allergic diseases // Abstracts the 23rd International Congress of Pediatrics. Beijing, China, 2001. - P. 325.

МЕТОДЫ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ УРЕТРАЛЬНЫМ СПОСОБОМ У ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ

Б.И. Эсембаев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра детской хирургии, зав. каф. д.м.н.проф. Т.О. Омурбеков.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В отделении урологии ГДКБ СМП С 2009 по 2013 г. находилось 63 больных с гипоспадией, которым проведена уретропластика по Дюплею-Савченко. Больные были распределены на 2 группы с дренированием мочевого пузыря по традиционному методу-34 и с заменой уретрального катетера на 7-е сутки после операции-29 пациентов. Отмечено, что в результате лечения у больных 2-ой группы процент осложнения снизился до 5%.

Ключевые слова: гипоспадия, уретропластика, осложнения, дети.

БАЛДАРДЫН ГИПОСПАДИЯСЫН ДАРЫЛООДО ТАБАРСЫКТАН ЗААРАНЫ ЧЫГАРУУНУН ЖОЛДОРУ

Б.И. Эсембаев

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия
Балдар хирургия кафедрасы, кафедра башчысы д.м.н.проф. Т.О. Омурбеков.

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортуңду. 2009-2013 жылдын аралыгында ШМТЖ БКБнын урология бөлүмүндө балдардын гипоспадиасы боюнча 63 оорулуу каралган. Баардык ооруларга Дуплей-Савченко ыкмасы боюнча операциялар жазалган. Оорулар 2 топко бөлүнгөн табарсыкка түтүкчө кою жолу боюнча 34. Операциядан кийин түтүкчөнү жетинчи күнүндө алмаштыруу жолу боюнча 29. Жүргүзүлгөн иштин жыйынтыгында экинчи топтун, операциядан кийинки кабылдоосу 5% кыскарган

Негизги сөздөр: гипоспадия, балдар, кабылдоо.

THE METHODS OF URINE'S EVACUATION BY URETERAL WAY IN CHILDREN WITH HYPOSPADIAS

B.I. Esembaev

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of children's surgery. Chief prof. T. O. Omurbekov.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: There were 63 patients with hypospadias in the Children's emergency Hospital, Urology Department since 2009 until 2013. All of them were treated by the urethroplastic of Duplei-Savchenko. All patients were divided by 2 groups: 34-drainage of urinary vesicle after operation with traditional method; 29-after 7 days from the operation the urinary catheter was changed. In the second group of patients we received improvement of the results of treatment and the complications were decreased to 5%.

Key words: hypospadias, children, urethroplastic, complications.

Актуальность: За последние десятилетия по данным многих исследователей, отмечается значительный рост врожденных пороков развития наружных половых органов. В настоящее время рождаемость с гипоспадией составляет 1:125, 1:150 новорожденных детей [1,8,9]. В увеличении врожденных пороков, большую роль играют экологические факторы и наследственность [6,7,8,10]. Несмотря на многолетний опыт лечения гипоспадии, осложнения встречаются при всех видах уретропластики и составляют от 30% до 50% [1,2,3,7,10,11,12,13]. К наиболее часто встречающимся осложнениям относятся кожно-уретральные свищи. Одной из главных причин является неадекватное отведение мочи. Остаются спорными показания к выбору

способа дренирования мочевого пузыря после операции, длительности нахождения катетера в уретре, которые способствуют возникновению собственной флоры на дренажной трубке [4,14,15]. Вопросы отведения мочи при пластике уретры до сегодняшнего дня имеют разные мнения и недостаточно освещены в литературе [8,9]

Целью исследования: явилось улучшение результатов лечения гипоспадии у детей, путем дренирования мочевого пузыря уретральным способом с заменой катетера.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением за период с 2009 по 2013 год на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи, отделения урологии, находилось 63 больных

Диаграмма 1.

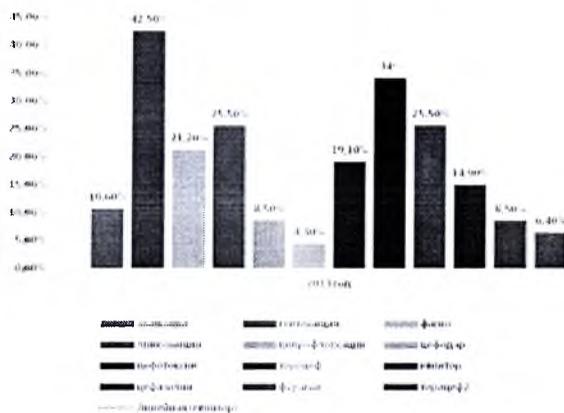


Таблица №1

Результаты посева с уретрального катетера на 7 день после пластики уретры

Кол-во микроб. в 1 мл	10 ³ -10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁶	10 ⁶ – 10 ⁷	Кол-во больных	%
микроорганизмы E.coli.	11	7	6	22	67%
Pseudomonas.aer	4	3	1	8	22%
Strep.pyogenes	3	1	0	4	11%

Таблица №2

Сравнительная оценка методов отведения мочи после пластики уретры

Способ дренирования	Кол-во больных	Результаты лечения	
		Удов	Осложнения
Традиционный уретральный	35	27-(77%)	8(22%)
Уретральное Дренирование с заменой катетера на 7-е сутки	28	23(82%)	5-(17%)

в возрасте от 3 года до 12 лет. Венечная форма гипоспадии отмечалась у 11-больных (17%), стволовая форма у 37- больных (58%), члено-мошоночная у 12 больных (19%), промежностная у 3- больных (4%) пациентов. Всем детям выполнялись общепринятые методы обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи. УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря. Проводились уродинамические методы исследования после оперативной коррекции врожденного порока. При необходимости экскреторная урография,

микционная цистография. Посев мочи с определением микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, а также посев с катетера после удаления из уретры и мочевого пузыря.

Результаты и их обсуждение. Всем больным выполнялась оперативная коррекция разных форм гипоспадии. Методом Дюплея-Савченко с нашей модификацией, при наличии натяжения тканей или недостаточности кожи вентральной поверхности, перемещали дорзальный кожный лоскут по Nesbit. Для уменьшения отека и улучшения

микроциркуляции, местно накладывали повязку с глицерином и мазь левамиколь, с целью профилактики нагноения раны назначались антибактериальные препараты, с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам и уросептики. Больные были распределены на две группы: I группа пациентов, в которую вошли дети с традиционным послеоперационным ведением и нахождением катетера в уретре и мочевом пузыре от 12 до 14 суток. II группа, основная, в послеоперационном периоде на 7 сутки, выполнялась замена уретрального катетера на катетер меньшего диаметра еще на 7 суток. С удаленного катетера брались посева на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы у 22 (67%) больных в посевах выявлялась кишечная палочка, у 8 (22%) *pseudomonas. aer.*, в 4 (11%) случаях высевался *strep. Pyogenes*. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам отражено на диаграмме (1).

Как видно на диаграмме, высокий процент чувствительности определялся к антибиотикам группы аминогликозидам. На втором месте антибиотики группы цефалоспоринов.

В результате проводимого лечения хороший функциональный и косметический результат был отмечен в основной группе пациентов (таблица 2.)

Выводы

1. Анализируя результаты лечения больных с гипоспадией традиционно уретральным способом и с заменой катетера на 7-е сутки после операции, выяснилось, что на 7 день нахождения катетера формируется собственная флора. Длительное нахождение уретрального катетера приводит к росту титра микрофлоры и в 67% случаях высевался *E. Coli*.

2. Замена уретрального катетера на 7 сутки после уретропластики улучшила конечные результаты лечения и снизила количество осложнений до 5%.

Литература.

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия, Санкт - Петербург. 1999. Том-3 «Раритет-М» -С-47
2. Исаенко В.И. опыт лечения стриктур уретры // Урология и нефрология -1987-№4- с62-63.
3. Куш Н.Л, Слепцов В.П, Момотов А .Г Оперативное лечение гипоспадий у детей // Урология и нефрология -1978=№1 с 23-27
4. Козлов Р.С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. —2000. — 2(2). — 16-30.
5. Лапаткин Н.А. А.Г.Пугачев детская урология руководство стр.240-241
6. Русаков В.И. Лечение гипоспадии. Ростов на Дону: Издательство Ун-та, 1988-108
7. Русаков В.И. хирургия мочеиспускательного канала 1991 год монография стр71-74.
8. Рудин Ю. Э 2003 год, 2011 год автореферат д.м.н. реконструктивно пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте
9. Роговая О.С.. А.В Васильев андрология и генитальная хирургия № 4 -2009г с 37-39.
10. Савченко Н. Е лечение гипоспадии- монография 1974 год город Минск. 11
11. Суходольский .А.А 2011 год автореферат к.м.н.
12. А.К Файзулин педиатрическая урология 2008 год с 53-55.
13. Файзулина А К Коварский С Л , Корзникова И Н Опыт одноэтапных операций при гипоспадии у детей//Тезисы Доклады. Международной научно-практической конференции детских хирургов. г Уфа 1994 с28-28
14. Bryan C.S., Reynolds K.L. Hospital-acquired bacteremic urinary tract infection: epidemiology and outcome // J. Urol. — 1984. — 132.— 494-8.
15. Stark R.P., Maki D.G. Bacteriuria in the catheterized patient // N. Engl. J. Med. — 1984. — 311. — 560-4.

СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.А. Анарбаева

Национальный центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Различные типы нарушений питания диагностируются у 33,7% детей, в т.ч. болезни белково-энергетической недостаточности у 28,5%, избыточная масса тела – у 5,2%. При этом самой распространенной формой белково-энергетической недостаточности является низкорослость (у 22,8%), реже обнаруживаются недостаточная масса тела (у 4,2%) и истощение (у 1,5%). Низкорослость тяжелой степени почти в 2 раза чаще обнаруживается среди детей (5,7%), проживающих в сельской местности, чем среди детей-горожан (2,9%). Распространенность недостаточной массы тела к трем годам увеличивается в 3, низкорослости в 5,8 раз по сравнению с данными в возрасте 6-ти месяцев.

Ключевые слова: болезни белково-энергетической недостаточности, избыточная масса тела, недостаточная масса тела, низкорослость

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭРТЕ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН ТАМАК- АЗЫККА КӨЗ КАРАНДЫ ОРУУЛАРЫНЫН ТҮРЛӨРҮ

А.А. Анарбаева

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 33,7 пайыз жаш балдарда тура эмес азыктануунун кесепетинен пайда болгон оорулар кездешет, анын ичинде белоктук-энергетикалык жетишпестик 28,5 пайызды, ашыкча салмактуулук - 5,2 пайызды түзөт. Белоктук-энергетикалык жетишпестиктин эң көп кездешкен түрү кыска бойлуулук болуп эсептелет (22,8%), сейрек кездешүүчү түрлөрү бул салмактын жетишпестиги (4,2 пайыз), өтө эле арыктап кетүү (1,5 пайыз). Шаардык балдарга (2,9 пайыз) караганда айыл жергесинде жашаган балдарда (5,7 пайыз) оор даражадагы кыска бойлуулук дээрлик эки эсе көбүрөөк кездешет. 6-ай курактагы маалыматка салыштырмалуу 3 жашта салмактын жетишпестигинин таралышы 3 эсе, кыска болуулуктун таралышы 5,8 эсе көбөйөт.

Негизги сөздөр: белоктук- энергетикалык жетишпестик дарттары, ашыкча салмактуулук, салмактын жетишпестиги, кыска бойлуулук.

THE STRUCTURE OF PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN THE KYRGYZ REPUBLIC

A.A. Anarbaeva

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

Summary: Different types of nutritional disorders are diagnosed by 33.7% of children, including diseases of protein-energy malnutrition at 28.5%, overweight-5.2%. The most common form of protein-energy malnutrition is short stature (22.8%), less likely to have discovered the lack of body mass (4.2%) and depletion (1.5%), short stature, severe almost in 2 times more often found among children (5.7%), those living in rural areas than among urban children (2.9%). prevalence of low body weight to three years is 3, short stature in 5.8 times compared with the figures at the age of 6 months.

Key words: protein-energy malnutrition diseases, overweight, low birth weight, short stature.

Физическое развитие человека в раннем детстве определяет основные черты его здоровья в старших возрастах, включая потенциальное долголетие и передачу соответствующих качеств будущим поколениям. В настоящее время накоплено достаточно убедительных данных о том, что питание, не соответствующее потребностям организма человека, является главным фактором риска задержки физического развития и появления болезней [3, 5].

Нарушения питания широко распрост-

ранены в развивающихся странах, приводя к существенному увеличению бремени болезней и смертности [1, 2, 4]. Задержка физического развития сопровождается с неблагоприятными изменениями психического здоровья детей, торможением в умственном развитии, влечет за собой нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, ущербность сердечно-сосудистой системы. В Кыргызской Республике исследования структуры болезней белково-энергетической недостаточности у детей раннего

возраста до настоящего времени не проводились.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности и структуры болезней белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей раннего возраста для разработки оптимизированных программы по профилактике и лечению.

Методология и методы исследования. Для оценки пищевого статуса у детей использовали многофакторный методологический подход, который условно можно разделить на несколько этапов. На первом этапе проводилось эпидемиологическое исследование, на втором – клиническое наблюдение.

На первом этапе исследования определен объем выборки с использованием общепринятой формулы:

$$n = (t^2 [P \times q]) : \Delta^2$$

где: n – объем выборки; $\Delta = 2\%$ - предельная ошибка при вероятности безошибочного прогноза $P=95\%$ и критерия достоверности $t = 2$; P – частота нарушений питания среди детей раннего возраста взята из отчетных данных; $q=100-P$.

Таким образом, расчетный объем исследования составил 1202 ребенка, а фактический объем выборки – 1298 детей, что на 7,4% больше, чем планируемый объем. На данном этапе проводились антропометрические измерения детей и заполнялись специально разработанные вопросники. Оценка физического развития проводилась с учетом пола ребенка по индексам «вес/возраст», «вес/рост», и «рост/возраст», а также проводились дополнительные методы исследования

На следующем этапе наблюдали за детьми с заболеваниями БЭН в условиях клинической больницы. При диагностике болезней БЭН использовали Международную статистическую классификацию X пересмотра. Под наблюдением находилось 112 детей, в т.ч. 70 больных с острым истощением и 42 ребенка с хронической формой нарушения питания.

Итого общий объем выборки составил 1410 детей раннего возраста.

Результаты исследования и их обсуждение.

Возрастной состав обследованных детей в

Таблица 1 - Возрастной состав обследованных детей

Возраст детей	Городские жители		Сельские жители		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0-11 месяцев 29 дней	189	29,3	192	29,4	381	29,3
12-23 месяцев 29 дней	227	35,2	236	36,1	463	35,7
24-35 месяцев 29 дней	229	35,5	225	34,5	454	35,0
Итого	645	100	653	100	1298	100

Таблица 2 – Распространенность нарушений питания

Виды нарушений питания	Городские жители, n = 645		Сельские жители, n = 653		Всего, n = 1298	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рост/возраст, менее -2СО (низкорослость)	124	19,2±1,5	172	26,3±1,7**	298	22,8
Вес/возраст, менее -2СО (недостаточная масса)	21	3,3	34	5,2	55	4,2
Вес/рост, менее -2 СО (истощение)	8	1,2	11	1,7	19	1,5
Вес/рост, более 2СО (избыточная масса)	30	4,7	37	5,7	67	5,2
Итого	183	28,4±1,8	254	38,9±1,9**	437	33,7

Таблица 3 – Распространенность низкорослости в зависимости от ее тяжести.

Виды нарушений питания	Городские жители, n = 645		Сельские жители, n = 653		Всего, n = 1298	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Рост/возраст, менее -2СО (низкорослость)	16,2	13,3-19,7	20,8	16,5-23,4	18,6	16,2-22,6
Рост/возраст, менее -3СО	3,0	1,9-4,7	5,7	4,0-8,2	4,3	3,1-6,1

Таблица 4 - Распространенность анемии среди детей первых 3-х лет жизни

Возраст детей	Городские дети		Сельские дети		Всего	
	Всего	С анемией ¹ , %	Всего	С анемией, %	Общ.	С анемией, %
6-12 мес.	189	37,6	192	42,2	381	39,9
12-23мес.	230	27,4±1,8	233	45,5±1,9**	463	38,5
24-36мес.	226	23,0±1,5	228	33,7±1,8**	454	28,4
Итого	645	28,8±1,8	653	40,8±1,9**	1298	34,7

Примечание:

¹ - сравнивалась достоверность разницы показателей между городом и селом;

** - достоверность разницы показателей равна $P < 0,01$.

зависимости от места жительства и возраста был идентичным, что свидетельствует о возможности проведения статистическую обработку материала с последующим сравнительным анализом и обобщением результатов.

33,7% детей раннего возраста имели различные типы нарушений питания (табл. 2), в т.ч. болезни белково-энергетической недостаточности у 28,5%, избыточная масса тела – у 5,2%. При этом самой распространенной формой белково-энергетической недостаточности является низкорослость, реже обнаруживаются недостаточная масса тела и истощение.

Следует отметить, что все виды нарушений несколько чаще встречались среди детей, проживающих в сельской местности. Низкорослость ниже медианного более чем на -2СО установлена у 26,3% детей, проживающих в сельской местности, против 19,2% детей горожан, разница статистически достоверная.

Анализ распространенности низкорослости в зависимости от ее тяжести показал, что у 18,5% детей индекс «длина тела/рост к возрасту» соответствовал умеренной, у 4,3% обследованных – тяжелой степени хронического недоедания. При этом распространенность низкорослости тяжелой степени почти в 2 раза чаще обнаруживалась среди детей, проживающих в сельской местности (табл. 3).

Диапазон вероятности истинной распространенности низкорослости умеренной степени

среди детей первых трех лет жизни в рамках данного исследования при 95% достоверности находился в пределах 16,2-22,6%, тяжелой степени – 3,1-6,1%. В городской местности этот показатель значительно ниже, чем в селах.

В структуре низкорослости среди детей первых 3-х лет жизни преобладали умеренные формы (рис. 1).

Структура низкорослости по тяжести у детей, проживающих в городской и сельской местностях, была аналогичной, хотя выраженная степень хронического недоедания несколько чаще выявлялась среди детей сельчан низкорослость тяжелой степени почти в 2 раза чаще обнаруживается среди детей (5,7%), проживающих в сельской местности, чем среди детей-горожан (2,9%).

Распространенность недостаточной массы тела к трем годам увеличивается в 3, низкорослости в 5,8 раз по сравнению с данными в возрасте 6-ти месяцев (рис. 2).

Распространенность истощения с возрастом имела тенденцию к снижению, но в целом его показатели во всех возрастных группах укладывались в биологически допустимые пределы.

Известно, что недоедание патогенетически связано с развитием других дефицитных состояний. В рамках настоящего исследования изучали распространенность анемии и латентного дефицита железа среди детей в зависимости от места проживания, возраста и состояния

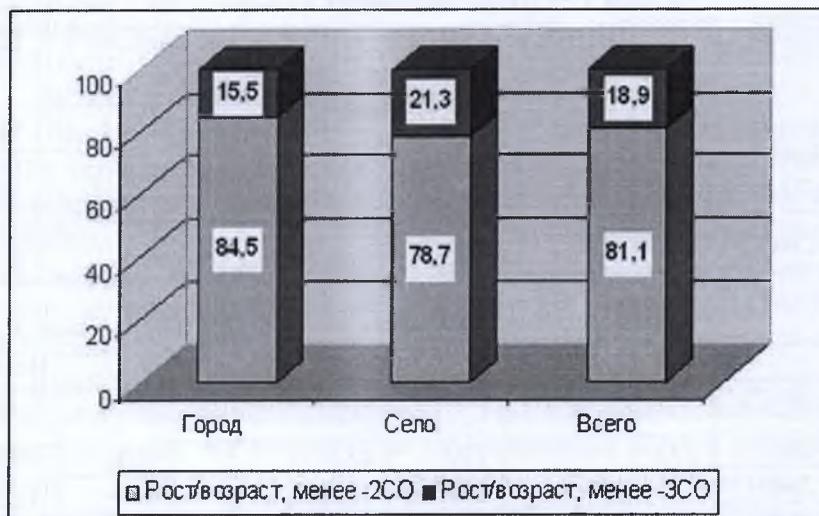


Рис. 1. Структура низкорослости среди детей первых 3-х лет жизни



Рис. 2. Динамика распространенности болезней белково-энергетической недостаточности у детей

пищевого статуса (табл. 4). Анемия выявлена у 34,7% детей, и она чаще встречалась среди детей, проживающих в сельской местности.

При стратификации по возрасту среди детей сельчан наиболее высокие показатели распространенности анемии установлены в возрасте 12-23 месяцев. Среди городских детей анемия чаще обнаруживалась среди детей первого года жизни и с возрастом показатели ее распространенности снижались.

Распространенность латентного дефицита железа была значительно выше, чем распространенность анемии (у 61,2%). В структуре всех анемий удельный вес железодефицитной анемии составил 91,5%. При этом тяжелая железодефицитная анемия была диагностирована у 1% детей, у которых средний уровень гемоглобина был равен $68,1 \pm 1,5$ г/л.

В целях анализа причин недоедания оценивали базовые знания у матерей относительно кормления детей от 0 до 3-х лет жизни. Все (100%) матери считали, что ребенка следует кормить грудью, и понимали важность грудного вскармливания для здоровья ребенка. При этом абсолютное большинство (91,8%) матерей было уверено в том, что грудное вскармливание важно для здоровья ребенка или матери, оно богато витаминами и минералами (80,9%) и защищает ребенка от инфекционных заболеваний (63,3%). В момент опроса 53,6% матерей продолжали кормить детей грудью.

По мнению матерей, средняя продолжительность грудного вскармливания должна составлять $19,0 \pm 5,5$ месяцев, а в возрасте $4,4 \pm 2,7$ месяцев следует давать ребенку кипяченую воду, чай, молоко животных, а в

возрасте $6,4 \pm 2,2$ месяца необходимо вводить густую еду.

Обобщая вышеизложенное можно заключить, что большинство опрошенных матерей имело адекватные знания о важности грудного вскармливания.

Изучение фактической практики кормления детей показало, что не все матери следуют своим знаниям. В течение первых трех дней послеродов $12,3\%$ новорожденных получают молочные смеси, молоко животных, курдючный жир, воду и чай. Следует подчеркнуть, что распространенность исключительно грудного вскармливания в городах было достоверно выше, чем среди детей, проживающих в сельской местности.

К 6 месяцам $45,7\%$ детей получали мягкую пищу. В городах $40,9 \pm 1,9\%$ детей начинали получать прикорм с рекомендуемого возраста, что значительно чаще ($p < 0,01$), чем в сельской местности – $29,3 \pm 1,8\%$. Каждый пятый ребенок начал получать прикорм позже рекомендуемого возраста, т.е. с 6-ти месяцев. В селах этот показатель на $4,2$ процентных пункта или на $19,7\%$ выше, чем в городах.

У $46,6 \pm 1,9\%$ детей, проживающих в селах, и у $68,8 \pm 1,8\%$ ($p < 0,01$) детей горожан питание состояло из приемлемого минимального разнообразия продуктов, у $68,8 \pm 1,8\%$ детей сельчан и у $81,4 \pm 1,5\%$ ($p < 0,05$) городских детей число кормлений в течение суток соответствовало минимально допустимой кратности прикорма для детей данного возраста.

На этапе клинического наблюдения развитие тяжелого острого нарушения питания у $82,9\%$ детей предшествовали острые кишечные инфекции, у $17,1\%$ больных – затяжная диарея. В клинической картине у всех детей ведущим признаком был полидефицитный синдром. Данный синдром, наряду с дефицитом массы тела (индекс вес/рост (или вес/длина тела) $< 70\%$ или $< -3\text{СО}$), характеризовался полимикронутриентной недостаточностью.

Сопутствующая бактериальная инфекция обнаружена у $91,4\%$ детей, из них лихорадка – у

$55,7\%$, гипотермия – у $7,8\%$ детей. Адекватная ответная реакция на воспалительный процесс в виде лейкоцитоза с сегментоядерным нейтрофилезом отмечалась только у $11,9 \pm 5,1\%$ детей с хроническим нарушением питания, что значительно ниже, чем среди детей с острым тяжелым истощением ($48,4 \pm 8,4\%$, $p < 0,01$), которые дали адекватную ответную реакцию на сопутствующую бактериальную инфекцию в виде нейтрофилеза, хотя у $68,6\%$ из них выявлялась лейкопения, относительная и абсолютная нейтропения.

Таким образом, различные типы нарушений питания диагностируются у каждого третьего ребенка. При этом самой распространенной формой белково-энергетической недостаточности является низкорослость, реже обнаруживаются недостаточная масса тела и истощение. Основной причиной болезни белково-энергетической недостаточности является нерациональное и неадекватное потребностям детей питание, хотя большинство опрошенных матерей имело адекватные знания о важности грудного вскармливания.

Литература:

1. Black R.E., Allen L.H., Bhutta Z.A., et al. //Lancet. Maternal and child undernutrition: global and regional exposure and health consequences, 2008. – Vol. 371, Issue 9608. – P. 243-260
2. Darnton-Hill I, Coyne ET. //Public Health Nutr. - 1998. - Mar;1(1). - P.23-31.
3. Edward A. Frongillo Jr., Mercedes de Onis, Kathleen M.P. //The Journal of Nutrition. - 1997. - Vol. 127. - No.12. - P. 2302-2309,
4. Fikree FF, Rahbar MH, Berendes HW. //J Pak Med Assoc. – 2000. - Oct;50 (10). - P.341-8.,
5. Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T., Murray C.J.L. //Lancet. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data, 2006; 367:1747-57.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 2-х ЛЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КЫРГЫЗСТАНА

А.З.Исмаилова

Национальный центр охраны материнства и детства,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В сельской местности Кыргызстана каждый второй ребенок в возрасте 6-24 мес. страдает анемией, у 62,0% детей диагностируется дефицит железа. Наиболее высокая распространенность анемии наблюдается среди детей в возрасте 12-18 месяцев жизни. Основными причинами высокой распространенности анемии и дефицит железа были крайне низкий уровень исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни ребенка (14%) и неадекватный прикорм после 6-ти месяцев жизни.

Ключевые слова: дети, анемия, железодефицитные состояния, ферритин, воспаление.

КЫРГЫЗСТАНДА АЙЫЛ ЖЕРГЕСИНДЕ ЖАШАГАН 2 ЖАШКА ЧЕЙИН БАЛДАРДЫН АРАСЫНДА АЗ КАНДУУЛУК МЕНЕН ООРУСУ

А.З.Исмаилова

Энени жана баланы коргоо улуттук борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кыргызстанда айыл жергесинде жашаган 6 айдан 2 жашка чейинки балдардын 50,6 пайызы аз кандуулук менен ооруйт, ал эми 62,0 пайыз балдарда темирдин жетишсиздиги кезигет. 12-18 ай курактагы балдарда аз кандуулук эң көп кездешет. Аз кандуулукун негизги себептери болуп 6 айга чейинки балдарды жалаң гана эмчек сүтү менен багуу, 2 жашка чейин эмчек эмизүү тажрыйбаларын эң эле аз колдонуу жана 6 айга кийинки балдардын кошумча тамагынын сапатынын талапка жооп бербегендиги болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: аз кандуулук, темирдин жетишсиздиги, ферритин, сезгенүү

IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONG CHILDREN UNDER 2 YEARS IN RURAL AREAS OF KYRGYZSTAN

A.Z. Ismailova

National Center for Maternal and Child Welfare,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In rural Kyrgyzstan, nearly half of children (50.6%) at the age of 6-24 months were anemic, while 60.2% of children had an iron deficiency according to measurements of ferritin in plasma. Highest level of anemia was observed among children aged 12-18 months. Main reasons of high prevalence of anemia and iron deficiency are an extremely low level of exclusive breastfeeding of a child in first 6 months of life (14%) and non-adequate feeding practices after 6 months.

Key words: children, anemia, iron deficiency, ferritin, inflammation.

Микронутриентная недостаточность, в т.ч. дефицит железа, в период интенсивного роста детей сопровождается неблагоприятными изменениями психического здоровья, торможением в умственном развитии, влечет за собой нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, ущербность сердечно-сосудистой системы [5]. С алиментарно-обусловленной ранней микронутриентной недостаточностью связаны повышенный риск заболеваемости и смертности, задержка развития моторики, ухудшение познавательной способности и успеваемости в школе и снижение работоспособности во взрослом периоде жизни, которое сопровождается соответствующими негативными экономическими последствиями, то есть долговременными отрицательными

эффектами [6].

Исследованием проблем железодефицитной анемии (ЖДА) в разные годы занимались отечественные ученые [3, 4]. В этих работах оценивалась распространенность дефицита железа среди детей в зависимости от этнической принадлежности, уровня высокогорья, изучались возрастные особенности красной крови. Определялась активность ферментов в эритроцитах, изучался фосфолипидный состав мембран эритроцитов, оценивался уровень интенсивности перекисного окисления липидов мембран.

Однако исследования с использованием современных биохимических маркеров дефицита железа с учетом сопутствующего инфекционного агента ранее не проводились.

В то же время доказано, что уровень ферритина и трансферрина – белков острой фазы воспаления, может повышаться при наличии у ребенка острого или обострения хронического инфекционного процесса [1]. Это обстоятельство требует проведения сопоставительного анализа биохимических показателей дефицита железа с учетом биологических маркеров воспаления для установления истинной распространенности сидеропении.

Таким образом, исследование распространенности дефицита железа с учетом фонового состояния среди детей в нашей стране актуально, поскольку это дает возможность прогнозировать последующие проблемы здоровья, в том числе заболеваемости, смертности, умственного развития, работоспособности, репродуктивной функции и риска хронического заболевания и разработать рекомендации по ликвидации дефицита витаминов и микроэлементов.

Целью настоящего исследования было изучение истинной распространенности ЖДА в сельской местности Кыргызстана с использованием биохимических показателей, отражающих статус железа и сопутствующего воспаления.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в сельской местности пилотной области. Объектом исследования явились дети в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет и их матери. Отбор объектов исследования проводился по методу двухступенчатой кластерной выборки с вероятностями отбора, пропорциональными размеру кластера. На первом этапе получен список всех сел в пилотной области исследования с количеством населения из Национального статистического комитета. Из 90 сел отобрано 30 сел (кластеров). На следующем этапе из списка детей в этих кластерах были выбраны по 20 детей. Всего обследовано всего 571 ребенок в возрасте 6-24 месяцев и их матери.

На каждого ребенка заполнялся специально разработанный вопросник, который предусматривал сбор информации о социально-бытовом положении семьи, образовании родителей, характере питания ребенка, физическом развитии ребенка и осведомленности матери о практике кормления младенцев и детей раннего возраста.

Уровень гемоглобина у детей и их матерей в полевых условиях определялся с

помощью фотометрического прибора «НемоСие НВ-301». Анемия определялась по уровню гемоглобина в капиллярной крови, в случае если его уровень был менее 110 г/л (с учетом поправки по высоте проживания). Поправки по высоте проживания делались по следующей формуле:

$$\text{Hb поправка} = -0.032 \times [\text{высота (m)} \times 0.0032808] + 0.022 \times [\text{высота (m)} \times 0.0032808]^2$$

Формула не применялась при высотах менее 1000 метров над уровнем моря.

Исследование биохимических показателей статуса железа (сывороточный ферритин) и воспаления (С-реактивный белок и α 1-гликопротеин) в капиллярной крови проводилось в исследовательской лаборатории DBS-Tech, Willstaett, (Германия). Дефицит железа определялся как 1) концентрация ферритина в плазме ниже 12,0 мкг/л. Для этого образцы крови собирались в кювету «Microtainer» с антикоагулянтом ЭДТА и с наклеенной этикеткой, на которой указывался только идентификационный номер ребенка и хранились при температуре 4-10°C в холодových сумках. В последующем в передвижной лаборатории отделялась плазма крови, которая замораживалась при -20°C. При транспортировке замороженных образцов плазмы в Германию минусовая температура в специальной упаковке поддерживалась сухим льдом.

Воспаление определялось при уровне СРБ выше 5,0 мг/л или α 1-гликопротеина – выше 1,0 г/л. Данные вопросников вводились с помощью компьютерной программы CPro, а статистическая обработка велась в SPSS. Ввод данных обследований осуществлялся дважды во избежание ошибок ввода.

Результаты и обсуждения. В целях оценки фактического питания у детей первых 3-х лет жизни проанализировали знание матерей и пищевой рацион у 571 ребенка. Возраст матерей детей, включенных в исследование, находился в пределах 17-45 лет, а средний их возраст составил 27,6 лет. Среди матерей 65,4% имели законченное среднее, 17,4% – среднее специальное и 16,4% – высшее образование. Все опрошенные матери были кыргызской национальности.

Большинство матерей считало, что грудное вскармливание является очень важным для здоровья и развития ребенка (85,2%), оно богато витаминами и минералами (80,9%) и защищает ребенка от инфекционных заболеваний (63,3%)

Таблица 1 – Фактическое питание детей в возрасте 6-24 месяца

Индикатор	%	95% ДИ
Раннее начало грудного вскармливания	47,0	(39,32-54,63)
Исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев	14,0	(9,60-18,33)
Дети, когда-либо вскармливавшиеся грудью	98,2	(96,81-99,51)
Продолжение грудного вскармливания до 1 года	48,7	(38,21-59,18)
Продолжение грудного вскармливания до 2 лет	6,7	(1,61-11,72)
Надлежащее введение твердой, полутвердой или мягкой пищи	90,6	(84,19-97,06)
Употребление минимально разнообразного пищевого рациона	46,5	(40,48-52,55)
Употребление пищи, богатой или обогащенной железом	59,2	(53,50-64,94)
Надлежащая частота кормления молоком среди детей, не вскармливаемых грудью	68,8	(62,54-75,01)

Таблица 2 - Распространенность анемии и дефицита железа среди детей

Показатели	%	95% доверительный интервал
Анемия	50,6	(45,5 – 55,7)
Железодефицитная анемия	45,5	(40,9 – 50,1)
Железодефицитная анемия (без признаков воспаления)	43,4	(38,6 – 48,2)
Низкий ферритин	68,4	(57,3 – 66,8)
Низкий ферритин (без признаков воспаления)	62,0	(63,3 – 73,5)

Таблица 3 - Распространенность анемии среди детей по возрасту

Возраст детей	Распространенность анемии	
	%	95% доверительный интервал
6-12 месяцев	41,6	(33,6 – 49,6)
12-18 месяцев	59,2	(52,0 – 66,3)
18-24 месяца	51,7	(44,2 – 59,2)

и только 2,5% отметили, что молочные смеси или другие виды молока могут быть полезными для роста своих детей.

При опросе фактической практики кормления детей установлено, что меньше половины матерей (47,0%) начали кормление грудью своих детей в течение часа после рождения, 41,1% - в течение 1-24 часов, а 6,9% - в течение 24-48 часов после рождения ребенка (табл. 1). Только 14% детей находились на исключительно грудном вскармливании (ИГВ) в течение первых 6-ти месяцев своей жизни, хотя, по мнению 84,4% матерей продолжительность ИГВ должна быть не менее 6-ти месяцев.

Охват грудным вскармливанием детей был довольно высоким (98,2%), но менее

половины этих женщин (48,7%) продолжала грудное вскармливание в течение 1-го года, и только 6,7% – в течение 2-х лет. При этом около 60% детей получали пищу, богатую железом, только у 46,5% детей пищевой рацион содержал минимальное разнообразное продуктов питания.

После корректировки с учетом высоты проживания железодефицитная анемия была обнаружена у каждой четвертой матери (23,5%), дефицит железа – у 58,5% обследованных женщин. У матерей без признаков воспаления распространенность анемии и дефицита железа была несколько выше (соответственно 24,6% и 62,5%).

При анализе показателей гемоглобина с учетом высоты местности каждый второй

ребенок оказался анемичным (табл. 2).

Распространенность ЖДА несколько ниже, чем анемии. В структуре анемий удельный вес ЖДА составил 90,1%.

Из данных, приведенных в табл. 2 также видно, что распространенность дефицита железа по уровню ферритина среди детей была значительно выше (62,0%), чем диагностировалась анемия и ЖДА. При этом распространенность дефицита железа среди детей с признаками воспаления была несколько выше (68,4%), чем среди детей, у которых не определялись высокие уровни СРБ и α 1-гликопротеина (62,0%).

По расчетным данным доля детей с латентным дефицитом железа, как разница между распространенностью дефицита железа (62,0%) и диагностированной ЖДА (43,4%), составляет примерно 18,6%.

Данные о распространенности анемии среди детей различных возрастных групп приведены в таблице 3.

Распространенность анемии с возрастом повышалась и наиболее высокие показатели наблюдались среди детей в возрасте 12-18 месяцев. Анемия встречалась чаще у мальчиков (53,9%), чем у девочек (47,1%).

Тяжелая анемия (уровень гемоглобина менее 70 г/л) была обнаружена у 1% детей.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в сельской местности Кыргызстана распространенность анемии среди детей в возрасте 6-24 мес. довольно высокая, в структуре которой преобладает ЖДА. Истинная распространенность железодефицитных состояний по уровню ферритина среди детей указанного возраста с учетом сопутствующих маркеров воспаления в 1,5 раза превышает распространенности ЖДА.

Основными причинами высокой распространенности дефицита железа и ЖДА, очевидно, являются крайне низкий уровень ИГВ в течение первых 6-ти месяцев жизни ребенка, кормления грудью у детей второго года жизни, использования в качестве прикорма продуктов, богатых железом, и разнообразия пищевого рациона. Немаловажное значение, по-видимому, имеет высокая распространенность дефицита железа у матерей обследованных нами детей. Эти данные согласуются с данными литературы [2] о том, что у доношенных детей раннего возраста, рожденных от матерей с сидеропенией, запасы железа истощаются к 5-6-му месяцу жизни.

Литература:

1. Алексеев Н.А., Гематология и иммунология детского возраста. - М.: Медицина, 2009. - 260.
2. Идельсон Л.И., Гипохромные анемии. М.: Медицина, 1981. 190 с.
3. Кудаяров Д.К., Изучение эпидемиологии и течения дефицитных анемий, а также установление особенностей красной крови у здоровых детей в возрастном аспекте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ф.: 1979; 34.
4. Мустапаева Ж.Ш., Клинико-функциональные особенности и совершенствование терапии железодефицитной анемии у детей раннего возраста в условиях высокогорья: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Б.: 2001; 22.
5. Спатаева М. Х., Принципы физического воспитания дошкольников второй и третьей групп здоровья. Омск.: СибГАФК, 2004.
6. Pelletier D.L. et al., The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Am J Public Health, 2005.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ У ДЕТЕЙ**Г.Ш. Маймерова, Х.Р. Ахмедова, В.Г. Шишкина,**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской педиатрии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Обследовано 26 детей с бронхиальной астмой (БА) в сочетании с симптомами гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (15 детей с язвенной болезнью желудка, 12 перстной кишки, гастритами) и с изолированной БА (15 детей). Пациентам с доказанной ГЭР в комплексное лечение назначалась антирефлюксная терапия. Установлено что у больных получавших антирефлюксные препараты достоверно уменьшается потребность приема ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и бронхолитических препаратов, что свидетельствует о патогенетической роли ГЭР в развитии клинических симптомов БА.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, гастроэзофагеальный рефлюкс, лечение.

БАЛДАРДА РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ МЕНЕН АЙКАЛЫШКАН БРОНХИАЛДЫК АСТМАНЫ АНТИРЕФЛЮКСТУК ТЕРАПИЯ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА АНАЛИЗ**Г.Ш. Маймерова, Х.Р. Ахмедова, В.Г. Шишкина**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик педиатрия кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Гастроэзофагеалдык рефлюкс (ГЭР) симптомдору менен айкалышкан бронхиалдык астмасы (БА) бар 26 бала, ашказан-ичеги трактындагы оорулары (ашказанында, он эки эли ичегисинде жарасы бар жана гастриттен жабыр тарткан 15 бала) жана изоляцияланган бронхиалдык астмасы бар (15 бала) балдар текшерилген. Далилденген ГЭР бар бейтаптардын комплекстүү дарылоосуна антирефлюксдук терапия белгиленген. Антирефлюксдук препараттарды алган оорулууларда ингаляциялык глюкокортикостероиддерди жана бронхолитикалык препараттарды колдонууга талабы азайганы далилдүү аныкталган. Бул БА клиникалык симптомдорунун өнүгүүсүндө ГЭРдин патогенетикалык ролун күбөлөндүрөт.

Негизги сөздөр: балдар, бронхиалдык астма, гастроэзофагеалдык рефлюкс, дарылоо.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIREFLUX THERAPY FOR BRONCHIAL ASTHMA IN COMBINATION REFLUX ESOPHAGITIS IN CHILDREN**G.Sh.Maimerova, H.R.Ahmedova, V.G.Shishkina**I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
department of Pediatrics,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. It was examined 26 children suffering from bronchial asthma (BA) with gastroesophageal reflux (GER), gastrointestinal disturbance (15 patients have stomach ulcer, duodenum's problems, gastritis) and isolated BA. Patients diagnosed with GER were treated by anti-refluxed therapy. As a result it was found out among the patients treated with anti-refluxed therapy the dose of inhalation glucocorticoid and broncholytic medications decreased. This suggests that ER has pathogenetic role in the development of BA's clinical symptoms.

Key words: children, bronchial asthma, gastroesophageal reflux, therapy.

Введение. Согласно многочисленным данным литературы около 70-80% больных бронхиальной астмой имеют проявления гастроэзофагеального рефлюкса, несмотря на это, патогенетические взаимосвязи между этими двумя состояниями остаются не до конца ясными [1]. Согласно современным

представлениям, патогенез бронхиальной астмы и легочных заболеваний, возникающих на фоне гастроэзофагеального рефлюкса, связан с двумя механизмами [6].

Первый – развитие бронхоспазма обусловлена забросом желудочного содержимого в просвет бронхиального дерева. Также астма или

лечение астмы могут способствовать появлению гастроэзофагеального рефлюкса, вследствие снижения давления в нижнем пищеводном сфинктере [2] или за счет индуцированного кашлем снижения внутригрудного давления [3]. В то же время наличие гастроэзофагеального рефлюкса может на фоне приема ряда лекарственных препаратов (теофиллины, глюкокортикостероиды, антагонисты кальция и т.д.) способствовать развитию астмы у ряда пациентов [5,6].

Второй механизм - индицирование приступов удушья в результате стимуляции вагусных рецепторов дистальной части пищевода [4]. В результате активации рефлекторной дуги происходит раздражение вагусных афферентных волокон дистальной части пищевода кислым желудочным содержимым – ядро вагуса в ЦНС – эфферентные волокна, идущие в бронхиальное дерево и как результат – рефлекторный кашель или бронхоспазм [5,6,7]. Кроме того, рефлюкс - индуцированное ларингеальное раздражение, способствует развитию гиперреактивности дыхательных путей [5], ведет к снижению порога для бронхоконстрикции, возможно благодаря опосредованному вагусному рефлексу [6,7].

С.Kjellen и соавторы (1981 г.) отмечали уменьшение тяжести симптомов бронхиальной астмы, снижение потребности бронхолитиках и ингаляционных глюкокортикостероидах (ИГКС).

Поэтому актуальной задачей является изучение эффективности антирефлюксной терапии у детей с бронхиальной астмой в сочетании с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 56 детей в возрасте от 7 до 15 лет, с клиническим диагнозом бронхиальная астма. Диагноз ГЭР и другие болезни желудочно-кишечного тракта был

верифицирован на основании комплекса клинико-инструментальных методов (эзофагогастроуденоскопии с прицельной биопсией, ФВД с пищевой нагрузкой) обследования и консультации гастроэнтеролога.

Результаты исследования. Все больные были подразделены на три группы. В первую группу составили дети (26 – 46,4%) с уточненной бронхиальной астмой в сочетании гастроэзофагеальным рефлюксом. Во вторую группу вошли 15 детей (26,8%) с бронхиальной астмой в сочетании с другими болезнями желудочно-кишечного тракта (с язвенной болезнью желудка, 12- перстной кишки, гастритами). В третью группу – 15 детей (26,8%) с изолированной бронхиальной астмой (рис.1).

Больные всех групп получали стандартную противовоспалительную терапию БА, дети первой группы, кроме того, получали антирефлюксную терапию. Все группы больных были сопоставимы и практически не отличались по возрасту, половому составу, средней длительности заболевания, среднему возрасту в момент установления диагноза. Для оценки эффективности антирефлюксной терапии у больных с БА в сочетании с ГЭР нами проведено сравнительная сопоставление потребности детей в ИГКС и β_2 - агонистов короткого действия с группами детей получавших стандартное лечение БА (таб.2,3).

Установлено что у больных первой группы на фоне лечения антирефлюксными препаратами удалось снизить потребность в приеме ИГКС и бронхолитических препаратах короткого действия в 2,7 раза. При анализе аналогичных показателей у больных второй и третьей групп достоверных различий не выявлено.

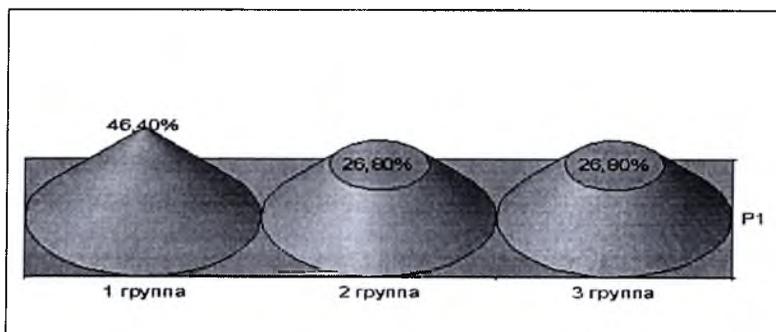


Рис. 1. Распределение больных по группам.

Таблица 2.

Потребность в ингаляционных кортикостероидах у детей с бронхиальной астмой и сопутствующей гастроудоденальной патологией на фоне различных схем терапии.

Группы	До лечения			После лечения.		
	Сред. кол-во дней испол-я преп-та	ранги	Пациенты, нужд-ся в лечении (в %).	Сред. кол-во дней испол-я преп-та	ранги	Пациенты, нуждающ-ся в лечении (в %).
1 группа (n=26)	30	14-90	22 (85%)	0	0-20	8 (31%)
2 группа (n=15)	37,5	30-60	10 (66,7%)	15	0-30	10 (66,7%)
3 группа (n=15)	7	0-30	6 (40%)	0	0-3	10 (66,7%)

Таблица 3.

Потребность в β_2 -агонистах короткого действия у больных с бронхиальной астмой с сопутствующей гастроудоденальной патологией на фоне различных схем терапии.

Группы	До лечения			После лечения.		
	Сред. кол-во дней испол-я преп-та	ранги	Пациенты, нужд-ся в лечении (в %).	Сред. кол-во дней испол-я преп-та	ранги	Пациенты, нужд-ся в лечении (в %).
1 группа (n=26)	30	7-90	25 (96%)	0	0-14	9 (35%)
2 группа (n=15)	17	10-30	6 (40%)	3.5	0-10	6 (40%)
3 группа (n=15)	14	14-20	8 (53%)	2.5	0-5	8 (53%)

Выводы

1. Полученные нами данные свидетельствуют, что лечение антирефлюксными препаратами детей с бронхиальной астмой, ассоциированной, с гастроэзофагеальным рефлюксом по сравнению со стандартной терапией бронхиальной астмы более быстро и эффективно подавляет симптомы заболевания.

2. Способствует достоверному уменьшению потребности больных в приеме ИГКС и β_2 -агонистов короткого действия.

Литература:

1. Gustafsson PM, Kjellerman NI, Tabbing L. A trial of ranitidine in asthmatic children and adolescents with or without pathological gastroesophageal reflux // European Respiratory Journal -1992.- 201-206 p.

2. Ekstrom T, Lindgren BR, Tabbing L Effects of ranitidine treatment on patients with asthma and a history of gastro esophageal reflux: a duple blind crosser study. //Thorax – 1989. - 44:12-23 p.

3. Nagel RA, Brown P, Perks WH, Wilson RSE, Kerr GD. Ambulatory pH monitoring of gastro esophageal reflux in 'morning dipper' asthmatics. // British Medical Journal -1988. - 297: 1371-1373 p.

4. Good all RJ, Earls JE, Cooper DN, Bernstein A, Temple JG. Relationship between asthma and gastro-esophageal reflux// Thorax -1981 - 36(2) - 116-121 p.

5. Ford GA, Oliver PS, But land RJ, Wilkinson SP. Omeprazole in the treatment of asthmatics wit nocturnal symptoms and gastro esophageal reflux: a placebo-controlled cross-over study. //Postgraduate Medical Journal - 1994- 70: 350-354 p.

6. Meier JH, McNally PR, Punjab M, Freeman

SR, Sudduth RH, Stoker N, et al. Does omeprazole (Prilosec) improve respiratory function in asthmatics with gastro esophageal reflux?. Digestive Diseases and Sciences -1994- 39(10): 2127-2133 p.

7. Teichtal H, Kronbort JJ, Yeoman's ND, Robinson P. Adult asthma and gastro esophageal reflux: the effect of omeprazole therapy on asthma. Australian 1996 – 32-39 p.

О РЕДКОМ СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА

Т.О. Омурбеков, С.Ж. Боконбаева, Ж.Ж. Анакеева

Кыргызско-Российский Славянский Университет
Кафедра педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье отражен результат наблюдения и лечения ребенка с инфекционным эндокардитом. Выявлены причины и предрасполагающие факторы, приведшие к данному заболеванию. Приведен опыт лечения данного относительно редкого заболевания для городского стационара.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, предрасполагающие факторы, лихорадка, эхоКГ.

ҮЧ ЖАРГАКТУУ КЛАПАНДЫН СЕЙРЕК КЕЗДЕШҮҮЧҮ ИНФЕКЦИЯЛЫК ЭНДОКАРДЫН АЛГАЧКЫ БУЗУЛУШУ ЖӨНҮНДӨ

Т.О. Омурбеков, С.Ж. Боконбаева, Ж.Ж. Анакеева

Кыргыз-Россия Славян Университети
Педиатрия, медициналык генетика жана балдардын хирургиянын кафедрасы
Бишкек, Кыргызская Республикасы

Корутунду: Бул статьяда инфекциялык эндокардит менен ооруган баланы байкоо жана сакайтуунун жыйынтыгы чагылдырылган. Ушул ооруга алып келүүчү себептер жана ага байланышкан факторлор айгинеленди. Шаардык стационардын шартында салыштырмалуу өтө сейрек кездеше турган ооруну дарылоо тажырыйбасы көргөзүлдү.

Негизги сөздөр: инфекциялык эндокардит, ооруга алып келүүчү факторлор, дене табы жогорулашы, ЭхоКГ.

RARE CASES OF INFECTIVE ENDOCARDITIS WITH A PRIMARY LESION OF THE TRICUSPID VALVE

T.S. Omurbekov, S.J. Bokonbaeva, J.J. Anakeeva

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Pediatrics, Medical Genetics and Pediatric Surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In this article results of observation and treatment of infectious endocarditis are shown. The causes and risk-factors of this disease were found. Experience of such rare disease treatment for city hospital is shown.

Key words: infectious endocarditis, risk-factors, seizure, echocardiography.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – тяжелое инфекционное (чаще бактериальное) системное заболевание с первоначальным поражением клапанов сердца и пристеночного эндокарда, которое сопровождается бактериемией, деструкцией клапанов, эмболическим, тромбгеморрагическим, иммунокомплексным поражением внутренних органов и без лечения приводит к смерти. Первое упоминание ИЭ относится к 1646 г., когда Lozage Riviere описал повреждение эндокарда при злокачественной лихорадке.

Со времени открытия заболевания прошло более 350 лет, но, несмотря на достижения современной медицины, проблема ИЭ приобретает особую актуальность в связи с увеличением заболеваемости в 3-4 раза (Соболева М.К., Белов Б.С.). ИЭ у детей и

подростков (в отличие от взрослых) встречается довольно редко, частота его составляет 3,0-4,3 случая на 1 млн. детей до 18 л.

Эпидемиология

В последнее время удельный вес ИЭ среди детей и подростков в специализированных стационарах постепенно нарастает, что связывают с увеличением числа операций на сердце при врожденных пороках, постоянным расширением спектра инвазивных диагностических и лечебных медицинских манипуляций.

В этиологии ИЭ у детей и подростков по данным разных авторов играют роль *S. viridians* (40-50%), *S. faecalis* (4-8%), *S. aureus* (12-24%), *S. epidermidis* (5-8%) и др.

Предрасполагающими факторами в развитии ИЭ являются, ВПС, врожденные аномалии развития коронарных артерий,

имплантаты, пейсмекеры, опухоли сердца, инородные тела, кардиомиопатии, ревматические пороки сердца. Наряду с этим к значимым факторам риска ИЭ у детей и подростков относится пролапс митрального клапана (ПМК), особенно с миксоматозным утолщением клапанных створок и митральной регургитацией. длительно стоящие катетеры центральных вен и оперированное сердце. Основным клиническим синдромом заболевания является эндокардит с быстрым развитием клапанной регургитации (преимущественно – аортальной) при локализации процесса на нативных (естественных) клапанах. При современном ИЭ у детей и подростков наблюдается тенденция к учащению поражения митрального и трикуспидального клапанов, а также клапанов легочной артерии как в отдельности, так и в виде поливальвулярной патологии.

Приводим случай нашего клинического наблюдения.

Фатима М., 14 лет, поступила в отделение реанимации ГКБ СМП Бишкек, 9 января 2013 года с диагнозом острая пневмония справа. Острый пиелонефрит?

Основные жалобы: лихорадка до 40° в течении 3-х недель, озноб, одышка, кашель, плохой аппетит.

Девочка была больна в течение месяца. Перенесла с ее слов ОРВИ, осложнившийся гнойным отитом. Получала амбулаторное лечение с периодическим улучшением.

Из анамнеза: росла здоровым ребенком. Последние 2 года страдала частыми бронхитами, фарингитами и гайморитом, анемией коррекция, которой не проводилась.

Состояние при поступлении было тяжелым за счет сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, симптомов интоксикации и выраженной анемии. Положение вынужденное. Девочка астенического телосложения. За период болезни значительно потеряла в массе. Вес 39 кг при норме 48 кг. Кожные покровы бледные с восковидным оттенком, сухие на ощупь, эластичность снижена, губы потрескавшиеся, сухие. Отмечались отеки на ногах. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме. Одышка смешанного характера, с участием вспомогательных мышц. Дыхание через нос затруднено. Над легкими укорочение легочного звука в нижних отделах с обеих сторон, там же дыхание ослаблено, хрипов нет.

Отмечалась пульсация шейных сосудов. Пульс слабого наполнения и напряжения - до 116 ударов/минуту. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен. Границы относительной тупости сердца расширены больше влево. Тоны сердца приглушены. Выраженный систолический шум на верхушке и в точке Боткина-Эрба, тахикардия, усиливающаяся при малейшей физической нагрузке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области правого подреберья и эпигастрия. Печень увеличена на 2см ниже реберной дуги, плотная. Мочилась редко, малыми порциями, стул со склонностью к запору.

Были проведены следующие обследования:

Общий анализ крови – гипохромная анемия III степени (гемоглобин 57г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, лейкоцитоз ($9,6 \times 10^9$ /л), нейтрофилез со сдвигом влево (п/я-14%, с/я-70%), ускоренная СОЭ (28мм), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Кровь на гемокультуру – отр.

Общий анализ мочи – протеинурия-0,8г/л. Биохимический анализ крови – общий белок-39,4, альбумины-20,1г/л, остальные печеночные и почечные тесты б/о. СРБ-++, АСЛ-0++++, ревмат. фактор-отр, Са-1,96ммоль/л, Mg-0,71ммоль/л, К-4,29ммоль/л, Na-127,84ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки – данные за двустороннюю очаговую пневмонию, сердце расширено в поперечнике, сердечные дуги слева сглажены. ЭКГ -выраженная синусовая тахикардия до 150 ударов/мин. Умеренное отклонение ЭОС вправо.

Девочка находилась в отделении ОРИТ в течении 3-х дней, выставлен предварительный диагноз острая двусторонняя пневмония, постинфекционный миокардит. Проводилась дифференциация с субсепсисом Висслера-Фанкони, туберкулезом легких и бруцеллезом.

Учитывая сохраняющийся систолический шум на основании сердца, а также длительную септическую лихорадку, на 5-й день проведено ЭхоКГ - у основания трикуспидального клапана, ближе к септальной створке, визуализируется подвижное дополнительное образование больших размеров 35ммx16мм. Края бахромчатые (свежая вегетация с очагами абсцедирования). Регургитация I ст. Правая кардиомегалия. Гидроперикард. Нарушение ритма сердца - тахикардия. Рентгенография придаточных пазух носа – данные за острый

гайморит справа с наличием уровня жидкости. УЗИ органов брюшной полости: признаки реактивных изменений печени. Почки и желчный пузырь без патологии.

Лор-врач: «Острый гайморит справа».

На основании наличия двух больших (появление и изменение шума над областью сердца, вегетации над трикуспидальном клапане) и малых - частые инфекции бронхолегочной системы, гнойный отит в анамнезе и острый гайморит в настоящее время, интермиттирующую длительную лихорадку, установлен основной клинический диагноз: Острый инфекционный эндокардит, первичный, высокой степени активности.

Девочке проведена мощная антибактериальная терапия в течение 5-ти недель (роцефин, меркацин, цебанекс, зоперцин, метрид, меристат, флуконазол), нестероидные препараты, мочегонные и симптоматические препараты. Так как у девочки длительно сохранялся анемический синдром, после консультации гематолога проведено переливание трижды отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору, после чего гемоглобин повысился с 41 г/л до 80г/л.

На фоне данного лечения состояние девочки постепенно улучшилось: исчезли отеки на ногах, сократились размеры печени, нормализовалась температура, уменьшилась одышка и тахикардия. Размеры вегетации значительно уменьшились, что подтверждено на Эхо-КГ, дисфункции створок клапанов нет. На контрольных рентгенограммах очаги инфильтрации исчезли. В анализах крови нейтрофилия нет, СОЭ ускорена. Улучшились показатели ЭКГ в динамике и выписана в относительно удовлетворительном состоянии.

В нашем случае на первый план выступила клиническая картина двусторонней пневмонии, гайморита, отита, которые на фоне лечения давали кратковременное улучшение с периодическими вспышками септического процесса, что объясняется повторными микротромбозами с поражением трехстворчатого клапана и только своевременное проведение эхоКГ и выявление вегетаций позволило выйти на заключительный диагноз.

Вместе с тем прогноз заболевания и жизни в данном случае представляется достаточно сложным, учитывая значимую вероятность развития повторного ИЭ. Подозрение на

ИЭ вызвано наличием следующих клинико-лабораторных признаков:

1. Данные анамнеза: наличие гнойных очагов инфекции (частые фарингиты, гаймориты, отиты), которые лечились эпизодически.

2. Кардиомегалия, систолический шум и тахикардия.

3. Гепатомегалия.

4. Длительная гектическая лихорадка с ознобами

5. Повышение острофазовых показателей крови.

6. Развитие двусторонней пневмонии, которая является одним из типичных симптомов начала поражения трикуспидального клапана при ИЭ. При анализе данного клинического случая обращают на себя внимание следующие особенности:

- дебют заболевания с гнойного отита и гайморита;

- длительность течения заболевания около 2 месяцев;

- отсутствие врожденных и приобретенных пороков сердца в анамнезе;

- необоснованная и эпизодическая антибактериальная терапия на предыдущих этапах;

- поздняя ЭхоКГ-диагностика поражения клапанного аппарата сердца;

Выводы

Таким образом, знание предрасполагающих факторов, клинических симптомов и своевременное ЭхоКГ сердца, позволяет практическим врачам заподозрить инфекционный эндокардит на ранней стадии.

Литература

1. Демин А.А., Скопин И.И., Соболева М.К. и др. Инфекционный эндокардит: новые стандарты диагностики и лечения // Клиническая Медицина.— 2003.— №6.— С. 68–71.

2. Соболева М.К. Инфекционный эндокардит у детей и подростков. Кардиология и ревматология детского возраста. Практическое руководство по детским болезням. М. С. 264–278

3. Соболева М.К., Соболева Е.Г., Веселова Е.А., Скоблякова М.Е. Инфекционный эндокардит у детей и подростков—инъекционных наркоманов // Педиатрия.— 2003.— №6. С.43–51.

4. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты. М.: 2002

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Бейшебаева Н.А., Кирсанова М.В., Татыгулова Э.О.

Национальный центр охраны материнства и детства,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской педиатрии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цитотоксическая терапия селлсептом проведена у 15 детей с часторецидивирующим, стероидозависимым НС. Полная ремиссия НС достигнута в 60% случаев длительностью до 1 года на фоне продолжающей цитотоксической терапии у 90%, до 2-х лет после отмены у 10%. Рецидивы на фоне цитотоксической терапии отмечены у 26% больных.

Ключевые слова: нефротический синдром, дети.

БАЛДАРДЫН АРАСЫНДАГЫ НЕФРОТИКАЛЫК СИНДРОМ

Бейшебаева Н.А., Кирсанова М.В., Татыгулова Э.О.

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик педитрия кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Тез-тез кайталануучу жана стероидге муктаж нефротикалык синдром менен ооруган 15 балдарга селлсепт цитотоксикалык дарылоо жүргүзүлдү. 1 жылга чейинки узак мөөнөттүү дарылоонун негизинде 90%, ал эми дарылоо токтотулгандан кийин 2 жылга чейин 10% оорулулардын нефротикалык синдромунун толук басандашы 60%га жетти. Цитотоксикалык дарылоонун негизинде оорунун кайра жаңыланышы оорулулардын 26%ында белгиленди.

Негизги сөздөр: нефротикалык синдром, балдар.

THE NEPHROTIC SYNDROME AT CHILDREN

National Center for Maternal and Child Welfare
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
department of Faculty pediatrics,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Cytotoxic therapy by Cellcept was shown at 15 children with relapse, steroid depend nephrotic syndrome (NoS). Full remission of NoS is 60% of patients and duration till 1 year with cytotoxic therapy at 90 % and till 2 years without cytotoxic therapy at 10 %. Relapses are noted at 26 % of patients during cytotoxic therapy.

Keywords: Mycophenolate Mofetil, Cellcept, nephrotic syndrome, children

Актуальность. Гломерулонефрит (ГН) является одной из актуальных проблем клинической нефрологии, занимая второе место в структуре хронической почечной недостаточности у детей после группы врожденных и наследственных заболеваний органов мочевой системы. 80-90% детей с НС чувствительны к стероидной терапии, однако у 76—93% из них в последующем отмечается рецидивирование НС или развивается стероидная зависимость [4-5].

Лечение данной категории больных представляет значительные сложности. Так, терапевтическая тактика требует соблюдения определенного баланса между необходимостью снижения активности нефротического синдрома (НС) и замедления темпов прогрессирования заболевания и возможным развитием

токсических эффектов от применяемой цитостатической терапии. Кроме того, возможный риск развития токсических побочных эффектов от используемых в нефрологической практике цитостатических препаратов (гонадотоксичность, супрессия кроветворения, циклоспориновой нефротоксичности и/или зависимости) ограничивает спектр иммуносупрессивных средств для лечения НС [1-5].

Вышеизложенные трудности лечения НС явились основой для поиска новых перспективных иммуносупрессантов, обладающих высокой эффективностью и безопасностью. В последние годы появились первые экспериментальные и клинические данные эффективного использования нового селективного иммуносупрессанта мофетила

микофенолата (ММФ) (Селлсепт®, Roche) у больных с НС.

Мофетиламикофенолат-ферментативный продукт гриба *Penicillium*, активным метаболитом которого является микофеноловая кислота (МФК) [2]. МФК была открыта в 60-х годах и изучалась изначально как препарат с антибактериальными, антинеопластическими и антипсориазическими свойствами [5]. Иммуносупрессивный препарат, действие которого направлено на селективное подавление пролиферации Т- и В-лимфоцитов [4]. Биологические эффекты ММФ также включают противовоспалительное, антипролиферативное действие. Эти эффекты являются основанием для использования ММФ не только при иммуносупрессии при трансплантологии органов, но и при лечении многих хронических нефропатий.

Цель исследования изучение влияния ММФ на длительность ремиссии НС у детей

Материалы и методы исследования.

С 2008-2010 года находились под наблюдение 15 детей с часторецидивирующим, стероидозависимым НС. Из них 14 мальчиков

(93%) и 1 девочка (1%), средний возраст составил $9,2 \pm 1$ лет.

Давность НС составила $3 \pm 0,9$ лет (от 2 месяцев до 13 лет), частота рецидивов за 6 месяцев в среднем была $3,5 \pm 0,6$. В анамнезе вторичная стероидорезистентность установлена была 46,7% (n=7), в связи, с чем проводилась пульс-терапия солумедролом, в 13,3% (n=2) ранее проводилась цитотоксическая терапия лейкоцерамом, циклофосфаном (Таб.1).

Селлсепт применялся в дозе 732 ± 50 мг/сутки (от 250 до 1000 мг/сутки) в сочетании с преднизолоном в дозе 10-15 мг/сутки в альтернирующем режиме. Длительность цитотоксической терапии $48 \pm 2,6$ недель.

Основными критериями результативности являлись: активность НС, СКФ, продолжительность ремиссии.

Результаты и их обсуждение

На фоне терапии селлсептом общее состояние больных было удовлетворительным. У всех больных удалось снизить поддерживающую дозу стероидов до 10-15 мг/кг, снизить активность НС, при этом СКФ на фоне терапии

Таблица 1
Характеристика больных по давности заболевания

Возраст			Давность болезни		
Возраст	(n=15)			(n=15)	
	абс.	%		абс.	%
0-3 лет	1	6,6	до 1 года	6	40
4-7 лет	5	33,3	1-3 лет	5	33,3
8-17 лет	9	60,0	>3 лет	4	26,6
M±m	$9,2 \pm 1,0$ год			$3 \pm 0,9$ год	



■ Ремиссия ■ Выпали ■ Рецидив

Рис.1. Исход НС

восстановилась до возрастных норм, только у одного повысилась до 172 мл/мин.

В динамике 86% больных оценивались в течении 2008-2010 гг, 14% больных выпали из под наблюдения (Рис.1).

Полная ремиссия НС достигнута в 60% случаев (n=9), при этом длительность до 1 года на фоне продолжающей цитотоксической терапии у 90% (n=8), до 2-х лет после отмены у 10% (n=1).

Рецидивы на фоне цитотоксической терапии отмечены у 26% больных (n=4), в сроке через 1,5-4 месяца, причины рецидивов в основном были обострения хронического гайморита, ОРВИ, бронхопневмония. В этой группе в 50% случаев (n=2) возможной причиной рецидива стала низкая доза селлсепты (до 750 мг/сут).

Рецидивы НС после отмены селлсепта у 6,7% (n=1).

Гастроинтестинальные поражения оказались единственными осложнениями 6,7% (n=1) в ходе терапии селлсептом, что было связано с его токсическим действием на желудочно-кишечный тракт. При этом наблюдалась только диарея и она носила дозозависимый эффект.

Так называемый профиль безопасности у больных, получавших селлсепт по 1,5-2,0 г/сут в целом был лучше, чем у тех из них, кто принимал препарат до 1 г/сут. Доза 1,5-2,0 г/сут оказалась более безопасной и управляемой.

Выводы:

Основные преимущества препарата:

- позволяет снизить дозу преднизолона или отменить;
- обладает малой нефротоксичностью, хорошей переносимостью;
- обладает меньшим количеством

побочных эффектов;

- снижает активность НС;
- способствует достижению и продлению ремиссии;
- стабилизирует почечные функции;

Таким образом, накопленные к настоящему времени данные и наш практический опыт применения селлсепта позволяет нам рекомендовать его в качестве препарата выбора при стероидозависимом, часторецидивирующем НС.

Литература

1. Bagga A., Hari P., Moudgil A., Jordan S.C. Mucophenolate mofetil and prednisolone therapy in children with steroid dependent nephrotic syndrome // Am J Kidney Dis 2003; 42 (6): 1114-1120.

2. Вознесенская Т. С., Сергеева Т. В. Мофетила микофенолат в терапии нефротического синдрома у детей // Нефрология и диализ. Т.5 - 2003 г.- №1. С. 112-132.

3. Канатбаева А. Б., Диканбаева С. А. и др. Микофенолата мофетил в терапии гломерулопатий у детей // Нефрология и диализ, Т.8 - 2006г - №4. С.45-50.

4. Приходина Л. С., Длин В. В. Мофетила микофенолат в лечении гломерулярных болезней: экспериментальные и клинические данные РДО // Нефрология и диализ, Т.7. - 2005 г.- №1. С.72-83.

5. Приходина Л.С., Длин В.В. и др. Первый опыт использования мофетила микофенолата в лечении гломерулонефрита у детей // Нефрология и диализ. Т.8. - 2006 г.- №1. С.63-67.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

В.В. Жихарева, Н.М. Турдалиев

Национальный Центр Охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Статья содержит краткое описание хромосомных аномалий, клиническая картина синдрома Дауна. Рассмотрены вопросы реабилитации детей с синдромом Дауна. Применение кортексина при данном заболевании.

Ключевые слова: Синдром Дауна, хромосомные аномалия, реабилитация, кортексин.

ДАУНА СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДЫ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

В.В. Жихарева Н.М. Турдалиев

Улуттук Эне жана баланы коргоо борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Статья өзүнө хромосомдук аномалиялар жөнүндө кыскача маалымат, жана Дауна оорусунунун клиникасын камтыйт. Дауна оорусу менен ооруган балдардын калыбына келтирүүсү боюнча суроолор жана ушул ооруда кортексинди колдонуу тажырыйбасы каралды.

Негизги сөздөр: Дауна оорусу, хромосомдук аномалиялар, калыбына келтирүү, кортексин.

DOWN DISEASE CHILDREN REHABILITATION

V.V. Zhikhareva N.M. Turdaliev

National Center for Maternal and Child Welfare

Kyrgyz Republic Health department (NCMCP, KRHD)

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article provides brief description of chromosome anomalies. The clinical finding of Down's disease. The issues of rehabilitation of children with Down's disease are considered.

Key words: Down's disease, rehabilitation, chromosome anomalies, cerebrolysin.

Актуальность: В последние годы, благодаря внедрению в практическое здравоохранение медико-генетического консультирования, изучение хромосомных заболеваний в патологии человека получило очень широкое развитие. Установлено, что частота хромосомных aberrаций среди новорожденных составляет 1:200. Кроме того, многие хромосомные аномалии несовместимы с жизнью, что в значительной части случаев обуславливает внутриутробную гибель эмбриона, являются причиной спонтанных выкидышей.

Все хромосомные аномалии можно разделить на две большие группы. К первой относятся синдромы, характеризующиеся изменением количества или структуры аутосом. Вторая группа хромосомных заболеваний обусловлена различными аномалиями половых хромосом.

Первая группа клинически проявляется задержкой нервно-психического развития различной степени и комплексом более или менее выраженных врожденных пороков и аномалий развития. К наиболее распространенным и изученным хромосомным заболеваниям

относится синдром Дауна.

По сводным данным различных исследований частота синдрома Дауна среди новорожденных колеблется от 1: 500 до 1: 800. Оба пола поражаются приблизительно одинаково. Примерно в 95 % случаев синдром обусловлен простой трисомией по 21 хромосоме. У 3% больных наблюдается мозаицизм. В остальных случаях синдром вызван спорадической или наследуемой транслокацией 21 – ой хромосомы. Причины возникновения хромосомной аномалии при синдроме Дауна до настоящего времени остаются неясными. Распространенность синдрома не имеет какой-либо временной, этнической или географической разницы при сравнении одинакового возраста родителей. Пожилой возраст матери – единственный фактор риска, для которого четко установлена связь с синдромом Дауна.

Клиническая картина больных с синдромом Дауна образует четко очерченную группу. Наиболее частыми признаками являются: уплощение профиля лица, монголоидный разрез глазных щелей, мышечная гипотония, эпикант, открытый рот, плоская переносица, короткая шея,

диспластичные ушные раковины, увеличенный язык, плоский затылок, клинодактилия мизинца, короткие и широкие кисти и стопы, гиперподвижность суставов, поперечная ладонная складка, врожденные пороки сердца, задержка психомоторного развития.

В этой связи большое значение имеет организация качественной стационарной и диспансерной помощи детям с синдромом Дауна. Одним из таких подразделений является отделение патологии перинатального периода на базе Национального Центра охраны материнства и детства МЗ КР.

Материалы и методы исследования: по нашим данным в последние годы наблюдается значительный рост количества детей с данной патологией.

Так за период с января 2008 по декабрь 2012 года в отделении получили лечение детей с данным хромосомным заболеванием. (Рис.1)

Соотношение мальчиков и девочек составило 1 : 1 (42 мальчика и 39 девочек).

Возраст детей, прошедших курс лечения в отделении, варьировал от 3-х месяцев до 9 лет. Основную группу составили дети в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет.

Результаты и их обсуждение: 50 детей до поступления в стационар были осмотрены и обследованы врачом - генетиком в медико-генетическом центре. У большинства из них, у 41 ребенка (82%) при определении кариотипа была выявлена трисомия по 21-й паре хромосом. У 7-х детей (14%) был установлен мозаицизм,

у 2-х детей (4%) – транслокационная форма. Полученные результаты согласуются с данными других исследований.

У 31 ребенка обследование на кариотип не проводилось. У всех детей отмечалась задержка психомоторного развития той или иной степени. (Таб 1).

При изучении местности проживания детей, выявлено, что большинство 31(38%) проживает в г. Бишкек. А также жители Чуйской области 24(30%). Детей из других областей республики 26 (32%). Это свидетельствует о том, что дети из отдаленных регионов за практической помощью в стационары не обращаются. Курсы восстановительной терапии не получают. (Таб 2).

При анализе возраста матери, на момент рождения ребенка с синдромом Дауна, установлено: что 4 детей родились от матерей в возрасте до 19 лет. 10 детей родились от матерей в возрасте от 20 до 24 лет, 32 ребенка от матерей в возрасте от 25 до 35 лет и 35 детей от матерей старше 35 лет. (Рис 2).

Хотя по данной диаграмме отмечается наибольший процент рождения детей с указанным синдромом у матерей старше 35 лет, однако, при суммировании, преобладают мамы от 20 до 35 лет (42 : 35).

При проведении эхокардиографического исследования у 29(36%) детей были выявлены различные пороки сердца. У 17(59%) был выявлен ДМПП, у 10(34%) – ДМЖП, у 2-х (7%) – артерио-венозная коммуникация.

Таблица 1

ТРИСОМИЯ ПО 21 ПАРЕ	МОЗАИЦИЗМ	ТРАНСЛОКАЦИОННАЯ ФОРМА
41	7	2

Таблица 2

БИШКЕК	31
Чуйская область	24
Нарынская	6
Иссык-Кульская	6
Таласская	9
Ошская	1
Баткенская	0
Жалалабатская	4

Таблица 3

ВПС (всего)	29
ДМПП	17
ДМЖП	10
Артерио-венозная коммуникация	2

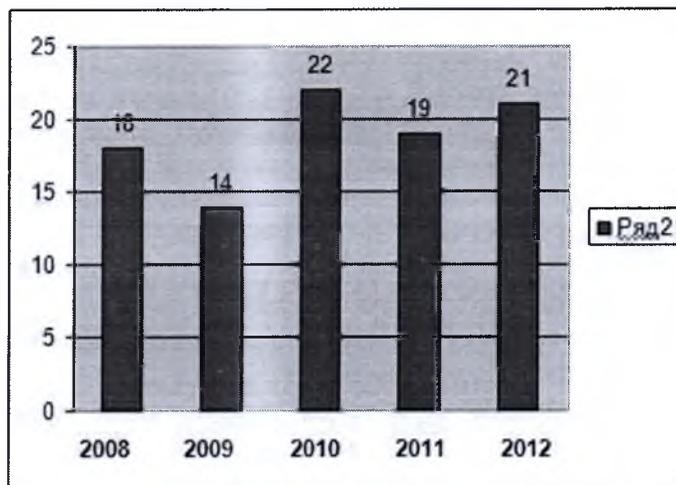


Рис 1.

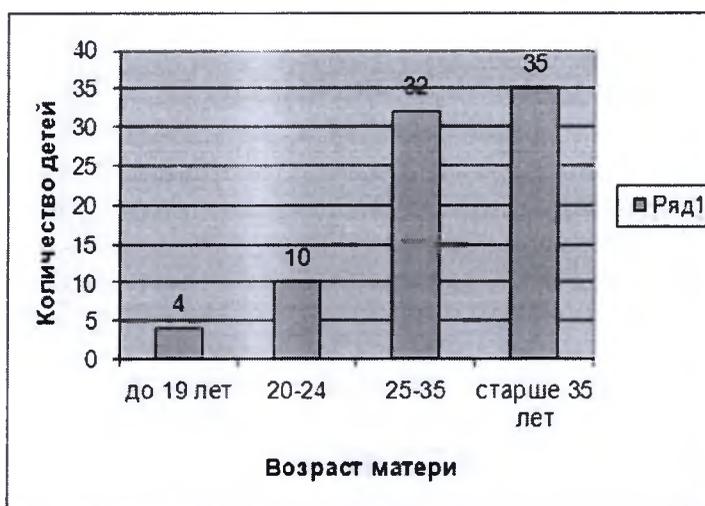


Рис 2.

Полученные результаты согласуются с данными других исследований. Все дети наблюдаются у кардиохирурга. (Таб 3).

В отделении проводился комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Учитывая, что у большинства детей в неврологическом статусе отмечалась задержка темпов статико-моторного развития, мышечная гипотония в комплекс восстановительного лечения входили общий стимулирующий массаж, лечебная гимнастика, различные методы физиотерапевтического воздействия. Из медикаментозных средств – ноотропные препараты, нейротропные, сосудистые, витамины. Одним из психостимулирующих препаратов является кортексин, который обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывая ноотропное и церебропротекторное действие. Кортексин

регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМК-ергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга.

Кортексин назначался внутримышечно детям массой до 20 кг - 5 мг, свыше 20 кг – 10 мг, однократно. Курс лечения составлял от 10 до 20 дней. Применение кортексина в комплексном лечении детей с данным заболеванием приводит к более быстрому улучшению психоневрологической симптоматики. После проведенного лечения у всех детей отмечалась положительная динамика в виде ускорения темпов двигательного и психоречевого развития.

ВЫВОДЫ:

1. Учитывая наиболее частое рождение детей с синдромом Дауна у женщин позднего

детородного возраста, до недавнего времени считалось, что в основе появления лишней 47-й хромосомы лежит возрастной фактор. Однако по нашим наблюдениям дети с данной патологией рождаются и у молодых матерей в возрасте до 25 лет, что позволяет думать о более существенном влиянии факторов внешней среды на появление данного заболевания.

2. Включение кортексина в комплексную терапию в более раннем возрасте способствует значительному улучшению темпов психомоторного развития и уменьшению неврологического дефицита у детей синдромом Дауна.

3. Полученные результаты указывают на острую необходимость ранней коррекции психомоторных нарушений, с акцентом на психостимулирующие препараты у детей раннего возраста с синдромом Дауна для получения максимального клинического эффекта.

Литература:

1. С.К.Евтушенко, О.С.Евтушенко,

Е.В. Лисовский, Л.Я. Алешникова, Е.В. Порошина, И.С.Евтушенко, Т.Г. Евдущенко. Нейропротекторная и нейротрофическая терапия болезни Дауна. Международный неврологический журнал. 2008, № 3(19). с.125-128.

2. С.И. Козлова, Е. Семанова, Н.С, Демикова, О.Е. Блинникова. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. 1987 г. с.247-248.

3. Л.О. Бадалян. Детская неврология. Москва, 1984 г. с.358.

4. М.Б. Цукер Клиническая невропатология детского возраста. Москва, 1986 г., с.401.

5. Б.Г. Гинзбург. О частоте синдрома Дауна. Российский вестник перинатологии педиатрии, N6-1998, с.13-14.

6. Н.В. Ковалева. Цитология и генетика. 2002г. Т.36, № 6. с. 54-69.

7. Ю.И, Барашнев, В.А, Бахарев, П.В, Новиков. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. 2004 г. 560 с.

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

Б.Э. Исаева

Национальный центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Показано, что тромбоцитопении по частоте занимают 2-ое место в структуре геморрагических диатезов. Существует определенная зависимость формы тромбоцитопении от возраста ребенка, хроническое течение болезни чаще диагностируется у детей в возрасте 11-15 лет. Сопутствующие заболевания обнаруживаются у 90,8% детей, персистирующие инфекции типа ЦМВ, вируса простого герпеса I-II, микоплазмы, токсоплазмы, уреоплазмы – у 78,1% больных, которые, несомненно, оказывают неблагоприятное влияние на течение острой и хронической тромбоцитопении.
Ключевые слова: дети, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, геморрагические диатезы.

БАЛДАРДЫН ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ООРУСУ

Б.Э. Исаева

Улуттук эне жана балдарды коргоо борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Котурунду: Геморрагиялык диатездеринин ичинде тромбоцитопениялар 2-орунда тургандыгы көрсөтүлгөн. Тромбоцитопениянын түрлөрү балдардын жашына көз каранды болуп, өнөкөт түрү көбүнчө 11-15 жаштагы өспүрүмдөрдө аныкталаары белгиленген. Тромбоцитопения менен ооруган 90,8 пайыз балдарда кошумча дарттар кездеше тургандыгы далилденген. Ал эми өнөкөт ЦМВ, I-II-типтеги жөнөкөй герпестин вирусу, микоплазма, уреоплазма сыяктуу инфекциялар 78,1 пайыз балдарда аныкталган жана алардын тромбоцитопениянын агымына терс таасирин тийгизиши божомолдонгон.

Негизги сөздөр: балдар, тромбоцитопения пурпура, геморрагиялык диатездер.

CHILDREN THROMBOCYTOPENIA

B.E. Isaeva

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

Summary: It is shown that thrombocytopenia frequency takes the 2nd place in the structure of hemorrhagic diathesis. There is a certain dependence of the form of thrombocytopenia on the child's age, the chronic course of disease is more often diagnosed at children aged 11-15 years of old. The concomitant diseases are found at 90,8% of children, the persistent infections such as CMV, herpes simplex virus I-II, mycoplasma, toxoplasma, ureaplasma - 78,1% of patients, that undoubtedly have adverse effect on the course of acute and chronic thrombocytopenia.

Key words: children, idiopathic thrombocytopenic purpura, hemorrhagic diathesis.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) представляет собой одну из актуальных проблем современной детской гематологии. Актуальность проблемы ИТП обусловлена, прежде всего, ростом заболеваемости детей за последние годы. Так, по данным [4, 7] заболеваемость ИТП среди детей возросла в два раза.

Рост заболеваемости ИТП может быть обусловлен воздействием ряда факторов, которые реализуются на фоне конституциональной предрасположенности организма [6]. В роли провоцирующих факторов могут быть вирусы, реже бактерии, лекарственные препараты, вакцинация, повышенная инсоляция [5, 6]. В то же время имеются сведения о том, что ИТП может развиваться на фоне полного здоровья [3, 6] и не всегда вирусно-бактериальные инфекции, прием лекарственных препаратов, вакцинация и повышенная инсоляция приводит к развитию

ИТП [4, 7].

Изучению патофизиологии и клинико-лабораторной картины этого заболевания посвящены работы многих авторов [4, 5], но возрастные особенности течения острой и хронической ИТП у детей, освещены недостаточно [4,7].

Целью исследования явилось изучение провоцирующих факторов развития ИТП и особенностей течения заболевания в зависимости от возраста детей.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось в гематологическом отделении Национального центра охраны материнства и детства. В исследование включены все дети с геморрагическими диатезами, госпитализированные за 2010-2012гг, с целью определения удельного веса детей с острой и хронической тромбоцитопенией.

Для диагностики и объективной оценки

состояния детей проводились общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, общие анализы мочи и испражнений, специализированные методы исследования: биохимические анализы крови, гемостазиограмма, миелограмма, иммунограмма, посев из зева, степень бактериурии, ИФА на оппортунистические инфекции, ЭКГ, УЗИ внутренних органов.

При установлении диагноза руководствовались общепринятой классификацией геморрагических диатезов и тромбоцитопении [5].

Результаты исследования и их обсуждение. За 2010-2012гг на стационарное лечение поступило 872 ребенка с геморрагическими диатезами в возрасте от 0 до 15 лет. Из них у 206 (23,6%) детей диагностирована тромбоцитопения (рис. 1).

В структуре геморрагических диатезов второе место после геморрагического васкулита занимали острые (79,1%) и хронические (20,9%) тромбоцитопении. У единичных детей диагностирована тромбоцитопатия (болезнь

Виллебранда). У части детей клинические проявления и данные дополнительных методов диагностики не укладывались в классическую симптоматику определенной нозологической формы геморрагических диатезов или болезней, которые могут протекать с повышенной кровоточивостью.

Прослеживалась отчетливая связь между формой тромбоцитопении и возрастом детей (Рис. 2).

Практически у всех детей первых двух лет жизни тромбоцитопения протекала в острой форме, и с возрастом ее удельный вес уменьшался. Хроническое же течение ИТП диагностировалось у единичных детей первых двух лет жизни, а в возрасте 11-15 лет у каждого второго подростка заболевание протекало в хронической форме.

Отмечено небольшое преобладание девочек (51,5%) над мальчиками (48,5%) и некоторые сезонные различия в развитии острой и хронической формы тромбоцитопении (Рис. 3).

Острое течение тромбоцитопении чаще

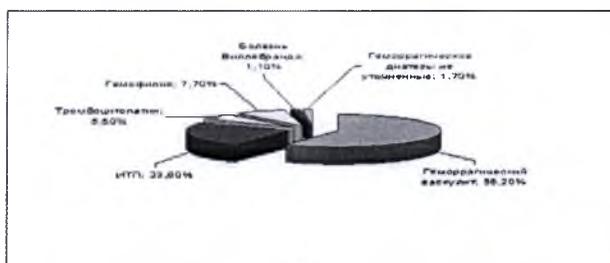


Рис. 1. Структура геморрагических диатезов за 2010-2012гг.

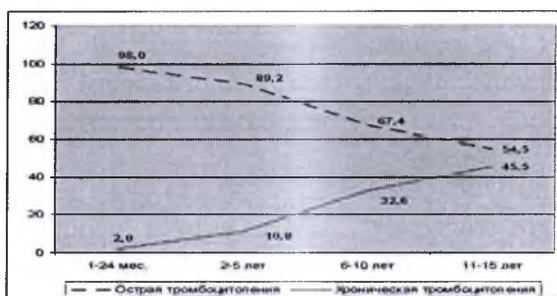


Рис. 2. Возрастной состав детей с острой и хронической тромбоцитопенией

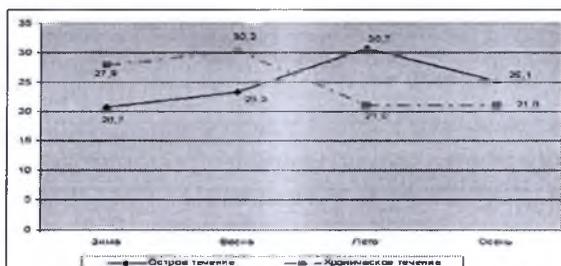


Рис. 3. Сезонные колебания риска развития острой и хронической тромбоцитопении у детей.

Таблица 1 - Персистирующие инфекции у детей с острой и хронической тромбоцитопенией

IgG антитела к	Острое течение, n= 163		Хроническое течение, n=43		Всего, n=206	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
ЦМВ	64	39,3	17	54,9	81	39,3
Вирусу простого герпеса	45	27,6	8	18,6	53	25,7
Микоплазме	13	8,0	5	11,6	18	8,7
Токсоплазме	4	2,5	0	0	4	1,9
Уреоплазме	4	2,5	1	2,3	5	2,4
Всего	130	79,8	31	72,1	161	78,1

Таблица 2 - Частота сочетанных персистирующих инфекций у детей с тромбоцитопенией

Персистирующие инфекции	Острое течение, n= 163		Хроническое течение, n=43		Всего, n=206	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЦМВ + вирус простого герпеса 1-11	75	46,0	17	39,5	92	44,7
ЦМВ + вирус простого герпеса 1-11 + микоплазма	13	7,9	5	11,6	18	8,7

диагностировалось летом и осенью, а обострения хронического течения – в зимнее и весеннее время года.

При углубленном изучении клинико-анамнестических данных установлено, что за 3-6 недель до развития тромбоцитопении дети переболели ОРВИ (у 56,3%), ветряной оспой или корью (у 18%), ангиной или синуситами (у 35%), бронхолегочными заболеваниями (у 20%), вирусными гепатитами (у 5%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (у 17%) и получили вакцинацию (у 8%). 143 (71%) ребенка наблюдались в диспансерной группе «часто болеющих детей».

Клиническая картина проявлялась геморрагическими высыпаниями в виде экхимозов и петехий у 98,2%. Дети поступали с носовыми (у 60,1%), десневыми (у 8,4%), желудочными (у 2,1%) и кишечными (у 1,4%) кровотечениями. Маточные кровотечения отмечены у 2,6% девочек подросткового возраста.

При объективном осмотре у 79 (38,3%) детей обнаружено увеличение печени. На УЗИ умеренное увеличение печени диагностировано у 92% детей с тромбоцитопенией.

Данные дополнительных методов исследования позволили установить наличие сопутствующих заболеваний у 187 (90,8%)

детей с тромбоцитопенией. Среди них наиболее чаще встречались кариозные разрушения зубов (у 43,7%), воспалительные заболевания ЛОР-органов (у 32,3%), органов желудочно-кишечного тракта (у 29,4%) и дыхания (у 11,5%)

У 78,1% детей обнаружены IgG-маркеры сопутствующей инфекции (табл. 1).

Самыми частыми сопутствующими инфекциями были цитомегаловирусная инфекция и простой герпес, которые определялись у каждого третьего-четвертого ребенка с тромбоцитопенией. При этом следует отметить, что у части детей обнаруживалось сочетание нескольких персистирующих инфекций (табл. 2).

У 44,7% детей выявлено сочетание ЦМВ, вируса простого герпеса I-II, у 8,7% больных – ЦМВ, вируса простого герпеса 1-11 и микоплазмы.

Таким образом, обобщая результаты исследования, можно заключить, что тромбоцитопении по частоте занимают 2-ое место в структуре геморрагических диатезов. Существует определенная зависимость формы тромбоцитопении от возраста ребенка. Практически у всех детей первых двух лет жизни тромбоцитопения протекала в острой форме, и с возрастом ее удельный вес уменьшался. Хроническое течение тромбоцитопении чаще

диагностируется у детей в возрасте 11-15 лет, которое обостряется преимущественно в холодное время года. Провоцирующими факторами обострения хронической тромбоцитопении являются ОРВИ и другие воспалительные заболевания дыхательных путей. Сопутствующие заболевания обнаруживаются у 90,8% детей с тромбоцитопенией, персистирующие инфекции типа ЦМВ, вируса простого герпеса I-II, микоплазмы, токсоплазмы, уреаплазмы – у 78,1% больных, которые, несомненно, оказывают неблагоприятное влияние на течение острой и хронической тромбоцитопении.

Литература:

1. Баранов А.А. Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика. - М., 2002. - 70 с.
2. Вельтишев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей. Иммунная недостаточность. Иммунодиатезы (лекции для врачей). – М., 2002. - 79-80 с.
3. Колесникова О.И. Тромбоцитопеническая

пурпура у детей // Метод. рекомендации для врачей-педиатров, гематологов, интернов, клин. ординаторов и студентов, Барнаул, 2003. - 34 с.

4. Меркурьев Д.В. Заболеваемость, возрастная эволюция клинико-лабораторных показателей и лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Пермь, 2007. - 24 с.

5. Павлишин Г.А., Геморрагические диатезы у детей. Лекции для врачей. М., 2007. С 2 - 7

6. Третьякова О.С. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиопатогенез, клиника, диагностика. // Здоровья ребенка. - 2007. - № 4. - С. 22-27.

7. Ходулаева С.А. Распространенность и структура заболеваемости идиопатической тромбоцитопенической пурпурой у детей Гомельской области республики Беларусь. // Гематология и трансфузиология. - 2005. - Т. 50, № 2. - С. 14

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У
ДЕТЕЙ В СВЕТЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОГО
КОНСЕНСУСА МААСТРИХТ IV.**

**Э.Ш. Алымбаев, Г.К. Кожоназарова, Н.Ш. Андреева, Х.Р. Ахмедова,
В.Г. Шишкина, А.Б. Джетыбаева, Г.Ш. Маймерова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской педиатрии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Рост заболеваемости язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в мире вызывает обеспокоенность не только у терапевтов, но и у педиатров. Анализ рекомендаций Маастрихт-4 и внедрение их в клиническую практику являются стратегической задачей современной медицины. Рекомендации разработаны для конкретной помощи практическим врачам в диагностике и лечении заболеваний ассоциированных *H. Pylori*. В данной статье приводятся основные вопросы соглашения Маастрихт-4 и выделены моменты, касающиеся диагностики и лечения язвенной болезни у детей, которые могут быть применены в условиях Кыргызстана.

Ключевые слова: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дети, Маастрихт – 4.

**БАЛДАРДА АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ
ИЧЕГИНИН ЖАРА ООРУСУН МААСТРИХТ IV ЭЛ
АРАЛЫК КОНСЕНСУСУНУН КЕҢЕШТЕРИН ЭСКЕ
АЛУУ МЕНЕН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО**

**Э.Ш. Алымбаев, Г.К. Кожоназарова, Н.Ш. Андреева, Х.Р. Ахмедова,
В.Г. Шишкина, А.Б. Джетыбаева, Г.Ш. Маймерова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицинанык академиясы
Факультеттик педиатриякафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Дүйнө жүзүндө ашказандын жана он эки ичегинин жара оорусунун өсүшү терапевттерди гана эмес, педиатрларды да тынчсыздандырууда. Анткен менен маалыматты иштеп жүргөн дарыгерлерге жеткирүү бир топ кыйынчылыктарды жаратат. Маастрихт-4 кеп-кеңештерин анализдөө жана аларды клиникалык тажрыйбада жайылтуу заманбап медицинанын стратегиялык милдети болуп эсептелет. Кеп-кеңештер *H. Pylori* менен ассоциацияланган ооруларды диагностикалоодо жана дарылоодо иштеп жүргөн дарыгерлерге конкреттүү жардам берүү үчүн иштелип чыгарылган. Бул макалада Маастрихт-4 макулдашуусунун негизги маселелери келтирилип, алардын Кыргызстандын шарттарында балдардагы жара ооруларын диагностикалоого жана дарылоого тийиштүү учурлары өзүнчө бөлүнүп каралган.

Негизги сөздөр: Ашказандын жана он эки ичегинин жара оорусу, балдар, Маастрихт – 4.

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC ULCER
AND DUODENAL ULCERS IN CHILDREN DUE TO
INTERNATIONAL CONSENSUS MAASTRICHT
IV RECOMMENDATIONS.**

**E.Sh. Alymbaev , G.K. Kozhonazarova , N.Sh. Andreeva , H.R. Ahmedova ,
V.G. Shishkina, A. B. Djetybaeva, G.Sh. Maiverova.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of Faculty Pediatrics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Increased incidence of gastric ulcer (GU) and duodenal ulcer (DU) in the world is a concern not only for physicians, but also for pediatricians. Analysis of recommendations Maastricht 4 and their introduction to clinical practice is a strategic task of modern medicine. Recommendations have been developed for specific assistance to practitioners in the diagnosis and treatment of diseases associated to *H. Pylori*. This article summarizes the main issues Maastricht-4 agreement and allocated points regarding diagnosis and treatment of peptic ulcer disease in children, which can be applied in Kyrgyzstan.

Keywords : stomach ulcer and duodenal ulcer , children, Maastricht - 4.

Рост заболеваемости язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в мире вызывает беспокойство не только у терапевтов, но и у педиатров. Понимание этиологии и патогенеза ЯБЖ и ЯБДПК за последнее время стало более глубоким и обширным, тем не менее, распространенность данной патологии достаточно высока во многих регионах мира, в том числе и в Кыргызстане.

Еще 20 лет назад язвенная болезнь у детей была редкостью, имелись единичные случаи выявления заболевания у детей подросткового возраста 15-16 лет. В настоящее время язвенная болезнь встречается достаточно часто, более того произошло омоложение данной патологии, встречаются случаи заболеваемости у детей младшего, дошкольного возраста.

Как видно, из этого графика рост заболеваемости в Кыргызстане за 10 лет произошел более чем в 2,5 раза. В 2013 году по данным за 10 месяцев уже выявлено 79 случаев язвенной болезни. Так как пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период, то в этом году численность пациентов с язвенной болезнью превысит 100 случаев. К сожалению, масштабных эпидемиологических исследований в нашей республике не проводилось. Однако, учитывая, что отделение гастроэнтерологии НЦОМид является единственным педиатрическим профильным отделением в Кыргызстане можно полагать, что данные цифры отражают эпидемиологическую картину заболеваемости язвенной болезнью в целом. Необходимо отметить, что рост заболеваемости помимо социальных причин связан и с улучшением диагностики, в частности эндоскопическое исследование доступно сейчас во всех регионах республики.

Согласно современным представлениям о

язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в этиологии заболевания рассматривается множество причин, в числе которых нарушение режима и структуры питания, действие кислоты желудочного сока, влияние стрессов, прием ряда лекарственных препаратов, заболевания гепатобилиарной системы и многие другие. Однако одним из наиболее распространенных факторов является инфицирование *Helicobacter pylori*. По нашим данным при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей *Helicobacter pylori* выявляется в 100% случаев и является основной причиной возникновения заболевания.

Именно вследствие всего вышеизложенного большое внимание в диагностике и лечении язвенной болезни уделяется хеликобактерной инфекции, особенностям выявления и эрадикации патогенного микроорганизма.

Европейская группа по изучению *H.pylori* (The European *Helicobacter pylori* Study Group, EHSg) была создана в 1987 году. Под эгидой данной организации проводится большое количество исследований учеными различных дисциплин, выпускаются научные статьи, проведено немало конференций. С 1996 принимается международное соглашение по стандартизации и повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных *H. Pylori* под названием Маастрихт.

Разработаны рекомендации Маастрихт-1 (1996), Маастрихт-2 (2000), Маастрихт-3 (2005). До недавнего времени врачи использовали в своей практике соглашение 3-го пересмотра. В ноябре 2010 года были разработаны рекомендации Маастрихт-4 (доводились до сведения медицинского сообщества на международных

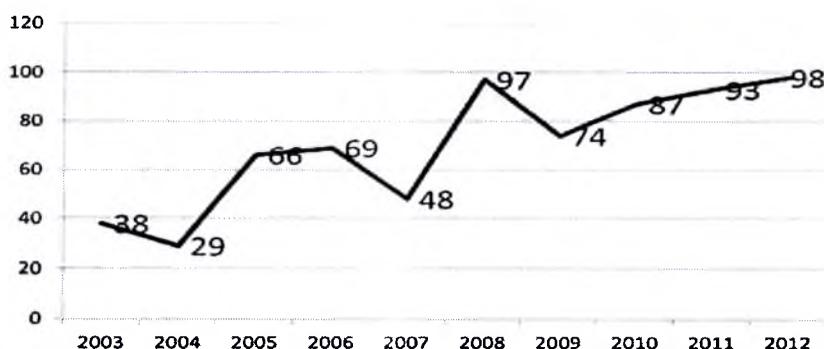


Рис. 1. Распространенность язвенной болезни за период с 2003 по 2012 гг. (по данным отделения гастроэнтерологии НЦОМид)

конференциях, были опубликованы в журнале Gut в 2012 г.). К сожалению, в Кыргызстане рекомендации Маастрихт-4 внедряются крайне медленно, и к практикующим врачам информация поступает достаточно поздно.

Актуальность проведения информативной диагностики и назначения рациональной схемы терапии очевидна. Международные рекомендации и стандарты, обобщающие результаты работы исследовательских центров, основываются на огромном опыте диагностики и лечения хеликобактерной инфекции. Однако доведение информации до практикующих врачей представляет определенные сложности. Анализ рекомендаций Маастрихт-4 и внедрение их в

клиническую практику являются стратегической задачей современной медицины.

Вопросы Маастрихт – 4, впрочем, как и предыдущих соглашений, оценивались с точки зрения уровня доказательности и методологически определялась степень достоверности принятых утверждений согласно модифицированной схемы. Рекомендации разработаны для конкретной помощи практическим врачам в диагностике и лечении заболеваний ассоциированных H.Pylori.

В данной статье мы приводим основные вопросы соглашения Маастрихт-4 и постарались выделить моменты, касающиеся диагностики и лечения язвенной болезни у детей, которые

Таблица 1. Классы и уровни доказательности рекомендаций, сформулированных на согласительной конференции Маастрихт IV (2010г.)

Класс рекомендаций*	Уровень доказательности		Тип исследований
A	1	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) хорошего методологического качества и однородности
		1b	Отдельные РКИ с узким доверительным интервалом
		1c	Отдельные РКИ с вероятностью систематической ошибки
B	2	2a	Систематический обзор однородных когортных исследований
		2b	Отдельные когортные исследования (включая РКИ низкого качества, например с периодом наблюдения < 80%)
		2c	Неконтролируемые когортные исследования/экологические исследования
	3	3a	Систематический обзор однородных исследований «случай-контроль»
		3b	Отдельные исследования «случай-контроль»
C	4	Серии клинических случаев/когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества	
D	5	Мнение экспертов без четкой клинической оценки или основанное на данных физиологии и фундаментальных исследований	

могут быть применены в условиях Кыргызстана.

Рабочие группы рассматривали три блока задач, связанных с инфекцией *H. pylori*:

1. Показания и противопоказания для диагностики и лечения.

2. Диагностические тесты и лечение инфекции.

3. Профилактика рака желудка и других осложнений.

Часть I. Показания и противопоказания для диагностики и лечения инфекции, вызванной *H. Pylori*.

1) Рекомендации Маастрихт-4 предполагают общую стратегию, получившую название *test and treat* («обследуй и лечи») которая предполагает применение неинвазивных тестов для выявления *H. pylori*, которые проводятся пациентам с диспепсией, и проведение лечения в том случае, если инфекция была обнаружена. Стратегия «*test and treat*» показана в случаях, когда риск рака желудка низкий. Это очень удобный метод для педиатрической практики, поскольку мы можем избежать негативного влияния эндоскопического исследования на детей младшего возраста и дополнительных материальных затрат.

Уровень доказательности: 1а. Класс рекомендаций: А.

2) Основные неинвазивные методы диагностики *H. Pylori* предлагаемые Маастрихт-4 – уреазный дыхательный тест (УДТ) и исследование кала на наличие антител *H. Pylori* с применением моноклональных антител. Также могут использоваться серологические тесты. Поскольку, в нашей республике не нашли широкого применения первые два метода из-за их дороговизны, то целесообразно использование серологических методов диагностики.

Уровень доказательности: 2 а. Класс рекомендаций: В.

Часть 2. Диагностика и лечение инфекции *H. Pylori*.

1) Для диагностики *H. Pylori* рекомендован серологический метод с определением IgG, учитывая хронический характер инфекции. Предпочтительным методом является иммуноферментный анализ (ИФА).

Уровень доказательности: 1б. Класс рекомендаций: В.

Как было отмечено в предыдущих

Маастрихтских соглашениях, серологические тесты — единственные методы диагностики *H. pylori*, на которые не оказывают влияния локальные изменения слизистой оболочки желудка, приводящие к низкому содержанию микроорганизмов и ложноотрицательным результатам при применении других тестов. Это связано с тем, что уровень антител к *H. Pylori* остается повышенным, несмотря на временное уменьшение бактериальной нагрузки, а также в течение длительного времени после исчезновения *H. pylori* из желудка.

Оценка метода ПЦР на данной согласительной конференции не проводилась.

2) Лечение.

Большой проблемой в терапии язвенной болезни является неэффективность консервативной терапии и рецидивирование процесса. Причины недостаточной эффективности лечения могут быть разными. Основными из них являются невыполнение предписанных врачом схем лечения, которые заключаются в недостаточной дозировке и сокращение курса терапии. Также, одной из причин может быть применение препаратов-генериков ИПП, так как при 24-часовой рН-метрии они способны обеспечить оптимальное повышение рН в желудке лишь на 2–3 ч. Поэтому, одной из задач врача-педиатра является скрупулезное объяснение родителям ребенка необходимости проведения лекарственной терапии. Помимо этого, так как в основном источник заражения *H. Pylori* находится внутри семьи, необходимо проводить исследование и лечение ближайшего окружения пациента. Внутрисемейная реинфекция возникает при отсутствии семейной терапии *H. pylori*.

В соглашениях приведены рекомендации для регионов с низким и высоким уровнем резистентности к кларитромицину. Культуральных исследований биоптата на чувствительность к антибиотикам у детей мы не проводим из-за технических трудностей, а также из экономических соображений. Но, поскольку, в Кыргызстане кларитромицин в детской практике не используется часто, мы можем считать, что в нашем регионе низкая резистентность к данному антибиотику.

Терапия первой линии

В регионах, где уровень резистентности к кларитромицину низкий, схема с

кларитромицином является рекомендованной эмпирической терапией первой линии. Возможной альтернативой является четырехкомпонентная терапия с препаратом висмута.

1. ИПП + кларитромицин + амоксициллин/метронидазол

2. ИПП + препарат висмута + кларитромицин + амоксициллин/метронидазол

Уровень доказательности: 1a. Класс рекомендаций: А.

Имеются прямые и косвенные доказательства того, что ИПП в высоких дозах увеличивают частоту успешного лечения инфекции *H. pylori*. Прямые доказательства получены из метаанализа, демонстрирующего, что высокие дозы ИПП увеличивают частоту излечения на 6-10% по сравнению со стандартными дозами. Дополнительный анализ этих данных показал, что максимальный эффект наблюдался в исследованиях по сравнению высоких доз наиболее эффективных ИПП второго поколения (эзомепразол 40 мг два раза в день) со стандартными дозами ИПП первой линии (также два раза в день). Этот факт применим и в детской практике, начиная с 12-летнего возраста.

Уровень доказательности: 1a. Класс рекомендаций: А.

Возможно увеличение продолжительности трехкомпонентной терапии, включающей ИПП и кларитромицин, с 7 до 10-14 дней. Это повышает частоту успешной эрадикации приблизительно на 5%.

Были проведены четыре метаанализа, показавшие очень сходные результаты: 10-дневная схема лечения увеличивает частоту эрадикации на 4%, 14-дневная — на 5-6%, по сравнению с недельной схемой терапии. Различий по частоте побочных эффектов выявлено не было. Хотя различия по эффективности оказались статистически значимыми, их практическую значимость еще предстоит оценить (экономическая эффективность и т.д.).

Уровень доказательности: 1a. Класс рекомендаций: А

Схемы ИПП — кларитромицин — метронидазол (ИКМ) и ИПП — кларитромицин — амоксициллин (ИКА)

эквивалентны. Проведен дополнительный анализ исследований с использованием тех же высоких доз кларитромицина (500 мг) в обеих группах. Было показано, что частота эрадикации для схемы ИКМ составляет 71%, для схемы ИКА — 65%, однако различия оказались статистически незначимыми

Уровень доказательности: 1a. Класс рекомендаций: А

Некоторые пробиотики и пребиотики, используемые в качестве дополнительных препаратов, демонстрируют многообещающие результаты (снижение частоты побочных эффектов). Наиболее вероятно, что эти методы лечения снижают частоту побочных эффектов (в особенности диареи) и косвенно способствуют увеличению частоты эрадикации. Необходимы дальнейшие исследования.

Уровень доказательности: 5.Класс рекомендаций: D.

Терапия второй линии

В случае неэффективности трехкомпонентной терапии, включающей ИПП и кларитромицин, показана четырехкомпонентная терапия с препаратом висмута или трехкомпонентная терапия с левофлоксацином.

1. ИПП + препарат висмута + кларитромицин + амоксициллин/метронидазол

2. ИПП + амоксициллин/метронидазол + левофлоксацин

Уровень доказательности: 1a. Класс рекомендаций: А.

Терапия третьей линии

При неэффективности терапии второй линии лечение по возможности должно основываться на определении чувствительности к антибиотикам.

Уровень доказательности: 4.Класс рекомендаций: А.

Наблюдение после лечения *H. pylori*

Результат эрадикации *H. pylori* определяется как минимум через 4 недели после окончания лечения.

Уровень доказательности: 2b. Класс рекомендаций: В.

При неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) длительное подавление кислотной секреции при помощи ИПП после лечения *H. pylori* не

рекомендуется. *H. pylori* — ключевой фактор, необходимый для развития язвенной болезни, и эрадикационная терапия рекомендуется как при ЯБЖ, так и при ЯБДПК. Показано, что эрадикация *H. pylori* позволяет добиться рубцевания язвенного дефекта в более чем 90% случаев. Длительное подавление кислотной секреции с помощью ИПП не показано после успешной эрадикации *H. pylori* при неосложненной ЯБДПК.

Уровень доказательности: 1а. Класс рекомендаций: А.

При язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и осложненной ЯБДПК рекомендуется длительный прием ИПП. Исследования по изучению осложненной ЯБДПК и ЯБЖ подтвердили необходимость длительного приема ИПП после эрадикации. Прием ИПП после эрадикационной терапии следует продолжать до полного рубцевания язвенного дефекта при ЯБЖ и до подтверждения успешной эрадикации *H. pylori* при осложненной ЯБДПК.

Уровень доказательности: 1б. Класс рекомендаций: А.

Часть 3. Профилактика рака желудка и других осложнений.

Инфекция *H. pylori* является основным фактором риска рака желудка. Поэтому эрадикация *H. pylori* — наиболее перспективная стратегия по снижению частоты рака желудка. Полученные данные еще раз подтвердили, что инфекция *H. pylori* является основным доказанным фактором риска развития некардиального рака желудка.

Уровень доказательности: 1а. Класс рекомендаций: А.

Эрадикация *H. pylori* устраняет воспаление слизистой оболочки желудка, замедляет или даже останавливает прогрессирование атрофии. В некоторых случаях атрофия может

подвергнуться обратному развитию.

Уровень доказательности: 1а. Класс рекомендаций: А.

Имеются веские доказательства того, что эрадикация *H. pylori* уменьшает риск развития рака желудка.

Уровень доказательности: 1с. Класс рекомендаций: А.

Таким образом, подводя итог можно констатировать, что данные рекомендации должны быть применены в повседневной практике врачей-педиатров для снижения уровня заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а в последующем уменьшения риска возникновения рака желудка.

Литература:

1. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV/Florence Consensus Report // *Gut*. 2012 - № 61 -р.646-664.

2. Megraud F., Coenen S., Versporten A., Kist M., et al. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. // *Gut*. 2012 -№ 10 -р. 1136.

3. Корниенко Е.А., Паролова Н.И. Проблема диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. // Справочник практического врача, спецвыпуск 1 - 2012 - с. 38-42.

4. Маев И.В., Самсонов А.А., и др. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт IV, Флоренция 2010). // Справочник практического врача, спецвыпуск 1 - 2012 - с. 23-31.

5. Передерий В.Г., Ткач С.М. Маастрихтский консенсус IV – 2010: основные положения и их актуальность для Украины. // *Сучасна Гастроентерологія*, 2011 - №6 - с.133-136

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДВУХЛЕТНИХ ДЕТЕЙ Г.БИШКЕК, РОДИВШИХСЯ ДОНОШЕННЫМИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ

Д.К. Кудаяров, К.А. Кудайбергенова, Л.М. Наричына

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено исследование 395 2-хлетних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития при рождении – 257 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 138 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, которое достигает при гипотрофическом варианте 35,1% при I степени и 61,3% при II степени, а при гипопластическом варианте – 62,0% и 37,0% соответственно. Отмечено, что среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием. Наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

Ключевые слова: физическое развитие, доношенные дети, задержка внутриутробного развития, недостаточность питания.

ӨЗ УБАГЫНДА ТОРОЛГОН ЖАНА ТАМАКТАНУУСУ ЖЕТИШСИЗ БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ 2 ЖАШАР БАЛДАРДЫН ӨСҮҮ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ДИНАМИКАСЫ

Д.К. Кудаяров, К.А. Кудайбергенова, Л.М. Наричына

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы.

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бишкек шаарында жашаган 2 жашка чейинки 395 бала изилденген, алардын ичинен 257 баланын салмагы аз болгон, ал эми 138 баланын салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон. Салмагы аз балдардын ичинен 35,1% I даражада, 61,3% II даражада жана салмагы менен бою да жетишсиз балдардын ичинен 37% I даражада, 62% II даражада тамактануулары бузулган деп аныкталган. Түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлаш белгилери менен төрөлгөн 2 жашка чейинки балдардын ичинен клиникалык түрүнө жана оордугуна карабастан дисгармониялык жана өтө оор дисгармониялык өсүү менен балдар көп кездешет.

Негизги сөздөр: балдардын өсүүсү, балдар, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы, тамактануу жетишсиздиги.

DYNAMICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT INDICATORS OF TWO-YEAR-OLD CHILDREN OF BISHKEK WHICH WAS BORN AS FULL-TERM WITH NUTRIENT DEFICIENCY

D.K. Kudajarov, K.A. Kudajberganova, L.M. Naritsyna

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Research of 395 2-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation at a birth is carried out – 257 children with hypotrophic variant and 138 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of nutrient status disorder which reaches at hypotrophic variant of 35,1% at I degree and 61,3% at II degree, and at hypoplastic variant – 62,0% and 37,0% accordingly. It is noticed, that among 2-year-old children with signs of IUGR at a birth, irrespective of a clinical variant and severity level, children with disharmonious and sharply disharmonious physical development prevail. Microsomatic somatotype of physical development is most often registered.

Keywords: physical development, full-term children, intrauterine growth retardation, nutrient deficiency.

В современных условиях большой удельный вес в структуре причин высокой детской заболеваемости и инвалидности имеет наличие в анамнезе доношенных детей недостаточности питания (НП) или с задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) [2, 5, 6, 7].

Дети с НП в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [6, 7]. Даже при гладком течении периода адаптации у новорожденного с признаками задержки развития, ребенок должен быть включен в группу диспансерного наблюдения, поскольку различные отклонения физического и психического развития проявляются у значительного количества таких пациентов [6, 7]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

Цель работы. Изучить факторы риска и особенности состояния здоровья детей дошкольного возраста с различными вариантами недостаточности питания для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

Материалы и методы исследования

Оценка медико-биологических данных, результатов клиничко-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравнимых группах. Формирование групп исследования проводили исходя из возраста, клинического варианта и степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

В зависимости от возраста ЗВУР были выделены две группы 2-х летних детей. В первую группу было включено 257 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР при рождении. Из них 132 ребенка имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа) 75 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа). Контрольную группу составили 50 здоровых детей, родившихся доношенными без синдрома ЗВУР.

Вторая группа была представлена детьми с гипопластическим вариантом ЗВУР при рождении в количестве 138 человек. Из них 92 ребенка имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 46 детей – гипопластический вариант ЗВУР II степени (2б подгруппа). Контрольная группа была

сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожденных, масса тела которых по таблицам стандартных отклонений оказалась менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Определение клинического варианта ЗВУР проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Дементьевой [3, 4], к которым относятся: снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5 - 2 и более стандартных отклонения оценочных таблиц в сравнении с должными для данного возраста; массо-ростовой индекс (МРИ) менее 60; диспропорциональное (диспластическое) телосложение; наличие признаков трофических нарушений кожи и слизистых оболочек; малые аномалии (дизгенетические признаки) развития; наличие врожденных пороков развития.

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела: I степень (легкая) – дефицит массы 1,5-2 сигмы, МРИ 59-56; II степень (средней тяжести) – дефицит массы 2-3 сигмы, МРИ 55-50.

Степень тяжести гипопластического варианта определялась по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации: I степень (легкая) - дефицит 1,5-2 сигмы; II степень (средней тяжести) - более 2, но менее 3 сигм.

Все обследованные дети родились доношенными в срок 38-41 недель беременности.

Антропометрический статус оценивался путем измерения массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки. Для оценки физического развития детей использовали таблицы стандартных отклонений. Оценку антропометрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков.

Наблюдение за детьми осуществлялось в детской поликлинике № 2,3,8 и консультативно-диагностического отделения НЦОМид г. Бишкека. Анализ заболеваемости выполнялся с использованием истории развития ребенка (формы № 112), справок, выписок из историй болезни в случае госпитализации наблюдаемых детей в стационары города.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно методическим рекомендациям Власовой И.Н. [1, 8] по шести

основным критериям, определяющим здоровье: 1) особенности онтогенеза, определяемые по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза; 2) уровень физического развития и степень его гармоничности; 3) уровень нервно-психического развития; 4) уровень резистентности организма; 5) уровень функционального состояния организма; 6) наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ статистической обработки при помощи углового преобразования F – Фишера. Критерий Фишера был использован нами с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

Результаты и обсуждения

При оценке антропометрических данных детей первой группы наблюдений нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 2 детей (1,5%), родившихся с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР, при наличии при рождении II степени гипотрофического варианта ЗВУР – у 6 детей (8,0%), что в данном случае свидетельствует о низких компенсаторных возможностях развивающегося организма. Умеренное нарушение пищевого статуса зарегистрировано у 32,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 53,3% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении (рис.1)

Таким образом, каждый третий ребенок, родившийся с признаками I степени гипотрофического варианта ЗВУР и половина детей, родившихся со II-ой степенью гипотрофического варианта ЗВУР до 2-хлетнего возраста остаются в диспансерной группе риска по нарушению питания.

У детей с признаками гипопластического варианта ЗВУР при рождении нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 26 детей (28,3%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени и у 9 детей (19,6%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, что служит свидетельством отсутствия у этих пациентов возможностей для восстановления показателей физического

развития, соответствующих данному возрасту. Умеренное нарушение пищевого статуса зафиксировано у 33,7% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени, и у 17,4% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени (рис.2).

На основании полученных результатов проводилось дальнейшее исследование антропометрических показателей развития детей, в частности, определение соматотипов.

При проведении данного исследования в исследуемых группах детей отмечено, что дети с ЗВУР достоверно чаще относятся к микросоматическому и достоверно реже к мезосоматическому типам физического развития по сравнению с контрольной группой, где преобладают дети с мезосоматическим типом развития ($p < 0,01$).

Таким образом, изучение физического развития в группах исследуемых детей выявило, во-первых нарушение гармоничности развития: увеличение среди детей с ЗВУР независимо от клинического варианта и степени тяжести числа детей с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием; во-вторых – преобладание детей с микросоматическим соматотипом физического развития.

Выводы

1. 2-хлетние дети, родившиеся доношенными с признаками гипотрофического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 35,1%, II степени – 61,3%.

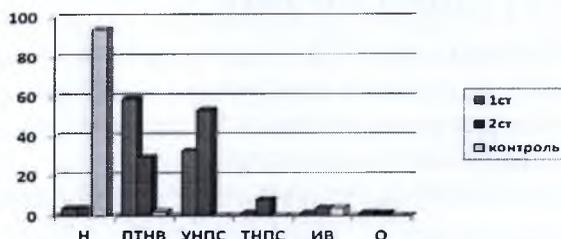
2. 2-хлетние дети, родившиеся доношенными с признаками гипопластического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 62,0%, II степени – 37,0%.

3. Среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием.

4. Среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

Рисунок 1

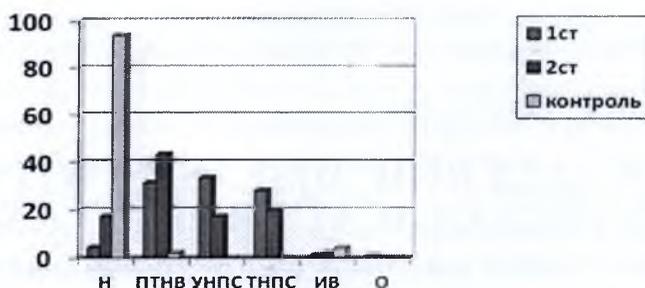
Динамика набора веса у 2-хлетних детей, родившихся с признаками гипотрофического варианта ЗВУР



Н – нормальный темп набора веса; ПТНВ – пониженный темп набора веса; УНПС – умеренное нарушение пищевого статуса; ТНПС – тяжелое нарушение пищевого статуса; ИВ – избыточный вес; О – ожирение.

Рисунок 2

Динамика набора веса у 2-хлетних детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР



Н – нормальный темп набора веса; ПТНВ – пониженный темп набора веса; УНПС – умеренное нарушение пищевого статуса; ТНПС – тяжелое нарушение пищевого статуса; ИВ – избыточный вес; О – ожирение.

Литература:

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.Р. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Прощагина, М.Н. Седельникова//Н.Новгород, 1997.-36 с.

2. Гольденберг О.П. Особенности состояния здоровья детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 114.00.09. / - Астрахань, 2001. - 21 с.

3. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: Метод, рекомендации / . - М., 1984. - 44 с.

4. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении

/ Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 2. - С. 15-20.

5. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардиореспираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.

6. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.

7. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.

8. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста // Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ И ИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

М.Е.Ашералиев, Г.Ш. Маймерова, Н.Э. Джанузакова, С.Э. Омушева

Национальный центр охраны материнства и детства,
отделение аллергологии и клинической иммунологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования явилось изучение состояния иммунного статуса у детей, проживающих в мегаполисе в условиях постоянного стресса.

Ключевые слова: дети, иммунный статус, аллергические заболевания.

БАЛДАРДА АЛЛЕРГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫН ӨТҮШҮНҮН ОЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖАНА АЛАРДЫН ИММУНОПАТОЛОГИЯЛЫК ПРОФИЛАКТИКАСЫ

М.Е.Ашералиев, Г.Ш. Маймерова, Н.Э. Джанузакова, С.Э. Омушева

Энени жана баланы коргоо улуттук борбору,
аллергология жана иммунология болүмү,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты туруктуу стресс шартында мегаполисте жашаган балдардын иммундук статусунун абалын текшерүү болуп саналат.

Негизги сөздөр: балдар, иммундук статус, аллергиялык оорулар.

CHILDREN ALLERGIC DISEASES WITH IMMUNOPATHOLOGICAL PROPHYLAXIS

M.E.Asheraliev, G.Sh. Maimerova, N.E. Djanuzakova, S.E. Omusheva

National Center for Maternal and Child Welfare,
Allergy and Clinical Immunology (Head of department, MD, Senior Asheraliev ME),
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Aim of this study was to examine the state of the immune status of children living in the metropolis under stress.

Keywords: children, immune status, and allergic diseases.

Введение. Иммунная система в организме осуществляет в организме важнейшие иммунологические феномены. Этим обусловлено исключительно важное значение этой системы не только в общебиологическом, но и медицинском аспекте. В условиях постоянного стресса у проживающих в мегаполисе детей, состояние иммунного статуса является важнейшей, в значительной степени интегральной характеристикой среди различных критериев здоровья населения. Изучение функционального состояния иммунной системы при массовых обследованиях населения лежит в основе дифференцированного подхода к предупреждению и лечению многих заболеваний. Иммунологический скрининг населения позволяет определить среднерегиональные параметры иммунной системы у клинически здоровой части популяции и распределение иммунопатологических нарушений для дальнейшего выявления характера иммунологического дефекта и проведения

специфической иммунокоррекции детям страдающих аллергическими заболеваниями[8].

Рассматривая физиологические параметры иммунной системы в конкретной популяции или категории населения, следует учитывать возможные изменения иммунитета под влиянием различных экологических факторов. Такой подход к оценке иммунного статуса населения продиктован резким ухудшением экологической обстановки во всем мире, приводящим к существенным сдвигам в реакции иммунной системы.

Проведение иммунологического скрининга позволяет составить более четкое представление об иммунном статусе человека в различных экологических условиях, а также выявить в структуре популяции лиц с иммунологическими нарушениями, связанными с влиянием неблагоприятных факторов внешней среды.

Иммунный статус здорового ребенка связан не только с воздействием факторов внешней среды и спонтанными колебательными процессами

в иммунной системе, но и с генетической детерминированностью иммунокомпетентных клеток. От состояния иммунной системы во многом зависит исход ответа организма на внедрение болезнетворных агентов, включая бактерии, вирусы, грибы, то есть иммуно-биологическая активность организма. Оценка иммунного статуса здорового человека приобретает важное значение для диагностики иммунопатологических состояний при различных заболеваниях, а именно, установление уровня иммунологического дефекта, прогнозирование течения и исхода иммунопатологических состояний, разработка способов коррекции различных форм иммунопатологии. Значительную роль в изменении состояния иммунной системы играют социально-экономические условия проживания человека, вредные факторы среды и другие, экологически неблагоприятные воздействия. Иммунная система непрерывно изменяется от периода новорожденности до старости и играет важную роль в обеспечении выживания организма на любом этапе его жизни. Иммунологические исследования в педиатрии имеют значение для диагностики, адекватной оценки течения заболеваний и контроля над лечением. В настоящее время переход практического здравоохранения на качественно новый этап диспансеризации населения требует дальнейшего совершенствования его обеспечения. Эффективность различных критериев здоровья детей существенно зависит от качества нормативных материалов, которыми пользуются практические врачи. В связи с этим требуется систематическое совершенствование форм и методов оценки использования региональных и возрастных величин иммунного статуса у детей.

В настоящее время оценка иммунного статуса человека при популяционных исследованиях приобрела чётко очерченную методологическую базу, обязательным компонентом которой являются возрастные характеристики. Интерпретация иммунологических показателей в детском возрасте должна учитывать два основных момента: становление иммунной системы с возрастом и вариабельность показателей, связанную как с индивидуальными различиями, так и с гетерохронностью созревания иммунной системы. Практически все работы, посвящённые нормативным показателям иммунного статуса у детей разного возраста,

свидетельствуют о высоких нормальных значениях тимус-зависимых параметров иммунитета в пределах 58-75% для Е-РОК и стабильных цифрах В клеток (Е АС-РОК) -19-25% у детей раннего и школьного возраста, независимо от исследования в венозной или капиллярной крови [1,2,3,4,5,6,7] антител.

Цель работы. Изучить особенности иммунной системы среди детей, проживающих в городской местности.

Материалы и методы. Оценивалось состояние клеточного звена иммунитета у детей школьников в городе Бишкек в возрасте от 7 до 14 лет путём определения иммунокомпонентных клеток с разными эффекторными функциями, в частности тимусзависимые Т-лимфоциты. В комплексной иммунограмме, используемой для оценки иммунного статуса детей, наряду с субпопуляциями Т-клеток, изучались также В-клетки, ответственные за гуморальный иммунитет. Данные исследования обрабатывались по программе EXCEL-2007 (MicrosoftCo, 2007, США) Statistica 6.

Результаты и их обсуждение. Иммунограмма детей 7 лет характеризовалась следующими параметрами: количество лейкоцитов составило в среднем $6,66 \times 10^9/\text{л}$, т.е. было несколько меньше, чем в аналогичном возрасте у детей средней полосы России [3]. Процентное содержание лимфоцитов в лейкоформуле составило 35,9%, их абсолютное количество в 1 л крови - $2,2 \times 10^9/\text{л}$. Как показали исследования, относительное количество зрелых Т-лимфоцитов, у детей 7 лет составило, в среднем, 56,9%, а их абсолютное содержание - $1,24 \times 10^9/\text{л}$. Следует отметить, что у детей этой группы относительные и абсолютные значения Т-клеток колебались незначительно - от 52 до 64% и среди них не было лиц с низким содержанием Т-лимфоцитов (ниже 50%). Изучали уровень тотальных Т-лимфоцитов, характеризующих общую популяцию Т-клеток с высокой и низкой подвижностью и разными лигандными свойствами Е-рецептора, независимо от аффинности. У детей 7 лет он достигал в среднем, 64,3%, а их абсолютное содержание - $1,4 \times 10^9/\text{л}$. Количество комплексных Е-розеткообразующих клеток, в которые входят Т-клетки, не экспрессирующие Е-рецептор, т.е. малодифференцированные формы, составило в среднем, 64,06%. Абсолютное содержание этих клеток было равно $1,43 \times 10^9/\text{л}$. Как видно,

количество предшественников Т-клеток, не экспрессирующих E-рецептор, у младших школьников было снижено.

Было установлено, что содержание малодифференцированных Т-лимфоцитов (тимоцитов и части периферических Т-клеток), входящих в популяцию стабильных E-РОК, у здоровых детей 7 лет составило, в среднем, 31,76%; абсолютное количество - $0,69 \times 10^9/\text{л}$. Эти значения стабильных Т-клеток у детей городских жителей Кыргызстана оказались более высокие, чем в средней полосе. Содержание ранних розеткообразующих клеток (PE-РОК), выявляющих Т-лимфоциты с высоко-исреднеаффинными E-рецепторами, у детей 7 лет составило, в среднем, 45,12%, а абсолютное количество - $0,98 \times 10^9/\text{л}$. Преимущественный фенотип регуляторных субпопуляций Т-клеток, выявляли с помощью нагрузочного теста с теофиллином. Эти исследования показали, что у здоровых детей младшего школьного возраста - жителей города Бишкек, содержание теофиллинрезистентных Т-лимфоцитов, ассоциируемых с Т-хелперами составило, в среднем, 36,29% и $0,80 \times 10^9/\text{л}$ клеток. Количество теофиллинчувствительных Т-лимфоцитов, ассоциируемых с Т-супрессорами, у детей 7 лет

было равно 20,59%, а их абсолютное количество - $0,45 \times 10^9/\text{л}$. Эти значения несколько отличаются от данных некоторых авторов (60,90,104), определявших регуляторные Т-клетки у детей аналогичного возраста в средней полосе России. Индекс Тфр/Тфч, отражающий соотношение регуляторных субпопуляций, у детей 7 лет в г. Бишкек был равен 1,9. В г. Бишкек количество В-клеток у детей в возрасте 7 лет составило 14,59%, а абсолютное количество - $0,31 \times 10^9/\text{л}$.

Количество нулевых лимфоцитов в иммунограмме детей младшего школьного возраста, проживающих в г. Бишкек, составило, в среднем, 28,53%, а их абсолютное число - $0,65 \times 10^9/\text{л}$ клеток. Рассматривая показатели гуморального иммунитета, следует отметить, что концентрация основных классов иммуноглобулинов у детей 7 лет г. Бишкек существенно не различалась с общепринятыми нормативными данными, хотя уровень иммуноглобулинов М и G был более высоким. Концентрация иммуноглобулина А у детей младшего школьного возраста в среднем, составила 1,19г/л, иммуноглобулина М-1,74 г/л, иммуноглобулина G-12,16 г/л. Изучение иммунного статуса у подростков (группы школьников 7 класса в возрасте 14 лет) показало,

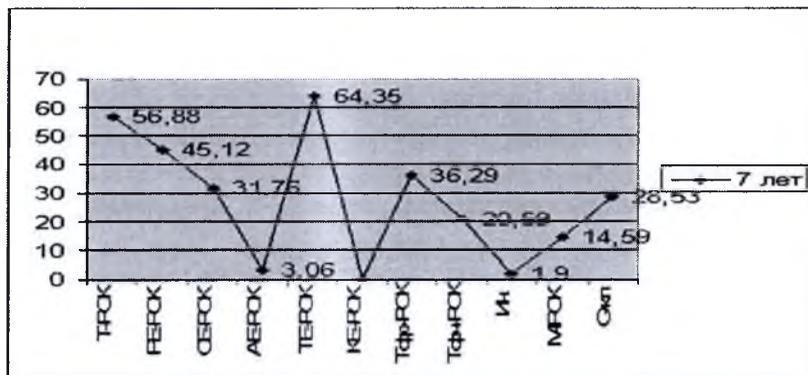


Рис. 1. Показатели клеточного иммунитета детей 7 лет, жителей города Бишкек.

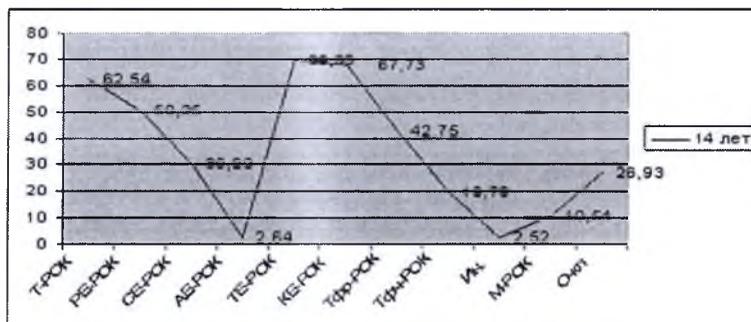


Рис.2. Показатели клеточного иммунитета детей 14 лет, жителей города Бишкек.

что отдельные параметры иммунитета у них статистически достоверно отличались от группы детей младшего школьного возраста (рис.1,2). Прежде всего, это касалось общего содержания лимфоцитов, которое было ниже, чем у семилеток - 31,36% ($p < 0,01$).

Выводы.

1. На основании изучения комплексной иммунограммы здоровых детей школьного возраста г. Бишкек, можно сказать, что функциональные показатели иммунной системы находятся в пределах физиологических норм, установленных для аналогичных возрастных групп детей, проживающих в различных регионах СНГ.

2. На основании сопоставления иммунограммы в возрастном аспекте у детей 7 и 14 летнего возраста, можно отметить, что у них с возрастом происходит увеличение общей популяции зрелых тимусзависимых лимфоцитов, но при этом, не изменяя количество малодифференцированных форм Т-клеток и их предшественников.

Литература:

1. Ботвиньева В.В., Иммунология острых заболеваний органов дыхания у детей - В кн.: Советская педиатрия.- М. Медицина, 1985. - Вып.3. - С.106-130.

2. Кеталидзе Е.С., Вартанян Р.В., Урсаки Л.П. «и др.» Клинико-иммунологическая

характеристика осложнённых форм острых респираторных вирусных заболеваний у детей раннего возраста и применение ингибиторов протеаз // Педиатрия. -1987-№1.- С.55-61.

3. Кирзон С.С., Пушко Л.В., Алейникова Н.В. «и др.» Показатели иммунного статуса здоровых детей // Иммунология. -1989.-№3.- С.78-80.

4. Лазюк Г.И., Лурье И.В., Генетические аспекты тератологии // Вестник АМН СССР.- 1982.-№6. - С.27.

5. Матвеева Л.А., Осин А.Я. Оценка показателей иммунного статуса детей в условиях диспансеризации всего населения // Лаб. дело.- 1989.-№3. -С.26-28.

6. Менделеенко М.М., Лившин М.Л., Горбунова Г.Н., Хахалин Л.Н. Динамика и взаимосвязь иммунологических показателей у здоровых детей 1-6 лет // Иммунология. -1989.- №5.-С.41-45.

7. Шер. С.А., Орадовская И.В., Алейник Д.А. «и др.» Распространённость иммунологической недостаточности среди детского населения промышленного города // Педиатрия. - 1991.-№5. -С.50-52.

8. Тулебеков Б.Т. Иммунологические и иммуногенетические основы здоровья населения Кыргызстана // Монография. - Бишкек: Медицина, 2003. - С. 13-19.

ВЛИЯНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Е.Б. Марценюк

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Два курса лимфотропной терапии увеличили силу четырехглавой мышцы парализованных и не парализованных конечностей за счет увеличения объема мышечных волокон в них, способных к максимальному сокращению. Мышечная сила икроножной, бицепса плеча и общего сгибателя пальцев кисти улучшилась за счет увеличения количества мышечных волокон с восстановленной нейромышечной передачей, дающей возможность работать с максимальной нагрузкой.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич, лимфотропная терапия, мышечная сила, мышечное волокно, электромиография, нагрузка, утомление.

БАЛДАРДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК ШАЛ ООРУСУНУН ГЕМИПЛЕГИЯЛЫК ФОРМАСЫ МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДЫН ЛИМФОТРОПТУК ДААРЫЛООНУН ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНӨ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Е.Б. Марценюк

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Лимфотроптуу терапиянын биринчи эки курсу максималдуу кыскартууга жондомдүү келген булчун ткандарынын көлөмүнүн көбөйүшүнөн улам, шал болгон жагына шал болбогон булчундун торт болгүгүнүн күчүн чоңойтту. Буттун таман булчундарынын, жамбаштын торт болгүктүү булчундары ийин булчундарынын жана манжанын жалпы бүктөгүчтөрүнүн булчун кучу булчун ткандарынын колумунун кобойушунан улам, калыптанган нейро булчун берүү аркылуу максималдык жук менен иштоого мүмкүндүк берет.

Негизги создор: Балдардын церебралдык шал оорусу, лимфотроптуу терапия, булчун кучу, булчун тарамыштары, электромиография, жук, чарчоо.

INFLUENCE OF LIMFOTROPIC THERAPY ON ELECTROMIOGRAPHIC INDICATORS IN PATIENTS WITH HEMIPLEGIC FORM OF CEREBRAL SPASTIC INFANTILE PARALYSIS

E. B. Martseniuk

National Center for Maternal and Child Welfare
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The two courses of limfotropny therapy increased the power of the quadriceps of paralyzed and non-paralyzed parts increasing the amount of their muscle of fibers able to contract maximally. The muscle power of the biceps gastrocnemius of legs biceps of shoulder general flexor muscle of fingers improved by increasing the volume of muscle fibers and restoring the neuromuscular transmission enabling to work with maximal load.

Keywords: cerebral spastic infantile paralysis, limphotropic therapy, muscle power, muscle fibers, electromyography, load.

Актуальность.

Детский церебральный паралич (ДЦП) характеризуется не прогрессирующими парезами и аномальными постуральными нарушениями. Причинами ДЦП являются аномалии развития головного мозга, хроническая внутриутробная инфекция, внутриутробная гипоксия, внутри-

черепные родовые травмы [1,2, 3]

Способов лечения детского церебрального паралича множество, но ни один из них не оказывает заметного терапевтического эффекта [4.8].

Доказано, что непрямая стимуляция лимфодренажного механизма центральной

нервной системы восстанавливает циркуляцию и отток ликвора, оказывает положительное влияние на гемомикроциркуляцию, очищает эндозеологическое пространство мозга и способствует восстановлению функции нейронов [7].

Цели исследования

Изучить влияние по данным ЭМГ непрямой лимфотропной терапии на электромиографические показатели четырехглавой, икроножной, двухглавой мышцы плеча и общего сгибателя пальцев кисти у детей с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Материал и методы исследования.

Электромиографические характеристики на фоне лимфотропной терапии изучены у 24 детей в возрасте детей от 5 до 16 лет; из них было девочек - 13, мальчиков - 11. У 10 пациентов был правосторонний гемипарез, у 14 – левосторонний..

Лечение проводилось детям с сохраненными высшими корковыми функциями, что позволяло им выполнять простые инструкции. Применение лимфотропной терапии не исключало применение холинолитиков, нейропротекторов, препаратов улучшающих системный и мозговой кровоток.

Электрмиографическое (ЭМГ) обследование больным детям проводилось до лечения и после проведенных двух курсов лимфотропной терапии. Использовался 4-х канальный миограф компании «Медикор».

Биоэлектрические потенциалы мышц регистрировались поверхностными электродами при максимальном тоническом напряжении мышц не парализованной и парализованной сторон.

ЭМГ показатели снимались с *musculus Gastrocnemius*, *musculus Qadriiceps*, *musculus Biceps brachi*, *musculus communis flexor carpi* при нагрузке и при утомлении. Нагрузка проводилась в течение 30 секунд максимального напряжения и удержания конечности в согнутом или разогнутом положении, после чего больные самостоятельно или с помощью исследователя максимально расслабляли конечность.

Для исследования утомления мышц использовался повторный тест максимального напряжения мышц после пяти сгибаний и разгибаний конечностей.

Состояние нейромышечной проводи-

мости изучалось по показателям средней частоты и средней амплитуды мышц при нагрузке и при утомлении. По данным средней частоты оценивается суммарное количество мышечных волокон вовлекаемых в работу в 1 секунду. По показателю средней амплитуды оценивалась суммарная сила мышечных волокон вовлеченных в сокращение, в микровольтах.

Оба показателя имеют вариативный признак, величина которого зависит от степени напряжения мышцы и от объема движений в исследуемой мышце [5, 8].

Результаты исследований и их обсуждение.

При контрольном исследовании *musculus Qadriiceps* не парализованной стороны по данным миографии установлено статистически достоверное увеличение количества мышечных волокон с сохраненной нейромышечной передачей на 13,7% и на 31,1% увеличилось количество мышечных волокон отвечающих на раздражение максимальным сокращением. При изучении миографических показателей *musculus Qadriiceps* утомленной нагрузкой наблюдалось увеличение количества мышечных волокон вовлеченных в работу на 9,3%. При этом на 22,5% увеличилось количество мышечных волокон, отвечающих на раздражение максимальным сокращением (таблица 1)

На парализованной стороне с *musculus Qadriiceps* при нагрузке средняя амплитуда и частота на фоне лечения практически не изменились. При тестировании утомленной данной мышцы отмечалось достоверное увеличение средней амплитуды на 63,3 %, показатель количества мышечных волокон у которых на фоне лимфотропной терапии восстановилась нейромышечная передача. Данный факт мы объяснили феноменом вработывания, который наблюдается у всех больных с парезами центрального генеза. Симптом вработывания широко используется инструкторами лечебной физкультуры при работе с данной категорией больных (таблица 2) Электромиографические показатели при нагрузке *musculus Qadriiceps* парализованной стороны у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

При изучении миографических показателей *musculus Gastrocnemius* у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича на фоне лимфотропной

Таблица 1

Электромиографические показатели при нагрузке *musculus Quadriceps* не парализованной стороны у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	после лечения
Средняя частота, сек.	145,6±2,50	165,5±3,07*	128,5±1,30	140,8±1,30*
Средняя амплитуда, мкВ	154,1±2,17	202,67±11,47*	155,17±1,40	190,4±3,53*

Примечание: здесь и в таблицах 2-8 * показатели статистически достоверны, при $P < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения.

Таблица 2

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	После лечения
Колебания м/сек.	143,5±3,87	139,17±3,6	140,8±1,3	143,33±3,97
Средняя амплитуда	151,1±9,97	147,17±3,2	90±3,53	147,5±2,27*

Таблица 3

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	После лечения
Средняя частота, в сек	181,00±6,70	241±8,90*	159,08±4,53	206,44±4,03*
Средняя амплитуда, мкВ	102,69±11,23	126,11±9,67	83,31±4,30	64±4,6*

Таблица № 4 Электромиографические показатели при нагрузке *musculus Gastrocnemius* непарализованной стороны у детей с детским церебральным параличом.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	После лечения
Средняя частота	68,18±6,03	210,6±7,57*	58,77±5,73	226,1±10,50*
Средняя амплитуда, мкВ	52,56±6,53	126,2±10,30*	45,54±12,67	83,2±9,40*
K=A/Ч	0,77	0,59	0,77	0,36

Таблица №5. Электромиографические показатели здоровой *musculus Biceps brachii* у больных с гемиплегической формой детского церебрального

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Колебания в секунду	137,1 ± 4,27	143,83 ± 4,40	127,4 ± 6,10	115,33 ± 3,37
Средняя амплитуда	96,7 ± 7,77	93,5 ± 1,67	103,5 ± 6,60	99,67 ± 4,9

терапии установлено следующее.

На не парализованной стороне при нагрузке и утомлении отмечалось достоверное увеличение средней частоты на 208 % и средней амплитуды на 142 %. Полученные данные показывают, что на фоне лимфотропной терапии у больных увеличивается мышечная сила за счет увеличения количества мышечных волокон и повышения их работоспособности (таблица 3).

Электромиографические показатели парализованной *musculus Gastrocnemius* у больных детским церебральным параличом, на фоне лимфотропной лечения.

При анализе показателей электро-

миографии средней частоты и амплитуды на парализованной стороне с *musculus Gastrocnemius* при нагрузке установлено, что количество мышечных волокон с сохранной нейромышечной передачей увеличилось на 33%. У 23% из этих 33% мышечных волокон увеличилась величина максимальной амплитуды сокращения. Работоспособность исследуемой мышцы при нагрузке возросла, за счет увеличения количества мышечных волокон с восстановленной нейромышечной передачей и за счет увеличения волокон отвечающих на раздражение максимальным сокращением.

При изучении реакции утомленной *musculus Gastrocnemius* на раздражение электрическим током проявилась снижением

Таблица №6

Электромиографические показатели парализованной *musculus Biceps brachii* у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	После лечения
Средняя частота в секунду	152,67± 6,13	169,4±3,97*	146,0±3,57	137,6±3,80
Средняя амплитуда (мкв)	100± 3,47	90,2±1,97	79,67±4,90	95,8±4,10*

при - p < 0,05, достоверен по сравнению с показателями до лечения.

Таблица №7

Электромиографические показатели здоровой *musculus communis flexor carpi* у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	После лечения	до лечения	После лечения
Средняя частота, в сек.	193,25±6,0	189,38±5,13	172,25±5,4	179,75±6,73
Средняя амплитуда мкв	65,13±4,5	68,13±2,50	49,38±3,3	77,88±3,27*

Таблица №8

Электромиографические показатели *musculus communis flexor carpi* парализованной стороны у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке	При утомлении	до лечения	После лечения
	до лечения	после лечения		
Средняя частота, в сек.	154,25±1,93	222,29±6,97*	152,38±1,60	208,14±5,17*
Средняя амплитуда, мкВ.	95,63±10,47	107,71±8,70	55,75±3,80	91,33±1,13*

количества мышечных волокон с сохранной нейромышечной передачей на 4%, по сравнению с показателем при нагрузке. Количество мышечных волокон отвечающих на раздражение максимальным сокращением увеличилось с 23% при нагрузке до 29% при утомлении (таблица 4).

Результаты изучения средней частоты и средней амплитуды при напряжении и утомлении *musculus Biceps brachii* непарализованной стороны, показали, что непрямая стимуляция лимфодренажного механизма не изменяет электромиографические характеристики здоровой мышцы (таблица 5).

На парализованной стороне на фоне лимфотропной терапии количество мышечных волокон вовлеченных в выполнение конкретного вида работы, возросло на 11,1%, но амплитуда максимального сокращения мышечных волокон не изменилась. При изучении ЭМГ показателей на утомленной *musculus Biceps brachii* количество мышечных волокон вовлеченных в этот вид работы оставалось таким же, как при нагрузке. Но количество мышечных волокон, с сохранной способностью к максимальному сокращению в уставшей мышце превышало показатель при нагрузке на 20,2% (таблица 6).

Лимфотропная терапия в период нагрузки здоровой *musculus communis flexor carpi* не привела к статистически достоверному ($P>0,05$), увеличению в ней количества мышечных волокон и их способности к максимальному сокращению. При проверке миографических показателей утомленной *musculus communis flexor carpi*, на фоне проводимой лимфотропной терапии, количество мышечных волокон способных к максимальному сокращению возросло в два раза. Показатель средней амплитуды в утомленной мышце превышал одноименную величину до лечения на 57,1%. (таблица 3).

При изучении миографических показателей влияния лимфотропной терапии на восстановление нейромышечной передачи в парализованной *musculus communis flexor carpi* получены следующие результаты (таблица 8).

В период нагрузки количество мышечных волокон, способных к максимальному сокращению, возросло на 44,1%. При пробе с

утомлением отмечено, что сила *musculus communis flexor carpi* улучшилась как за счет увеличения количества мышечных волокон, так и за счет их способности к максимальному сокращению. Показатель средней частоты возрос на 36,8%, а показатель средней амплитуды увеличился на 63,9%.

Таким образом, электромиографический анализ показал, что мышечная сила икроножной, четырехглавой мышцы бедра, двуглавой мышцы плеча, общего сгибателя пальцев кисти у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича как на парализованной, так и не парализованной стороне после лимфотропной терапии улучшилась за счет увеличения количества мышечных волокон с восстановленной нейромышечной передачей, способных выполнять работу с максимальной нагрузкой.

Литература

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. — Киев: Здоровье, 2008. — 327 с.
2. Брызгунов И. Детский церебральный паралич // Здоровье детей. — 2007. - № 1. — С. 8-9.
3. Иваницкая И.Н. Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Альманах «Исцеление». - М.; 2003, -С.41-65.
4. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. С. Петербург: ЭЛБИ-СПб, С. 2005. — 112 с.
5. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И., Санадзе А.Г. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний.- Таганрог, 1997. -369 с.
6. Песин Я. М., Габитов В. Х., Чубаков Т. Ч., Алишеров А. Ш. Способ лечения туберкулеза центральной нервной системы / Патент Кыргызской республики № 396.-1999.-6 с.
7. Песин Я. М., Бородин Ю. И., Оморов Н.К., Доронин Б. М. Клиническая лимфология в неврологической практике / Актуальные вопросы неврологии: мат.межд. конф.- Новосибирск-Томск, 2011. — С. 14 — 23
8. Jones H. R., Bolton C. F., Harper C. M. Pediatric Clinical Electromyography.- Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996- p43-67.

МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ

Кларитромицин

125\5 мл гранулы для суспензий+ растворитель 37 мл (готовая суспензия 70 мл)
 250\5 мл гранулы для суспензий+ растворитель 26 мл (готовая суспензия 50 мл)
 250 мг таблетки, покрытые оболочкой №14
 500 мг таблетки, покрытые оболочкой №14

Фарингит/тонзиллит

Средний отит

Синусит

Бронхит

Пневмония

Инфекции кожи и мягких тканей

Эрадикация *H. Pylori*



Использованная литература:

McCarty J et al. Clarithromycin Suspension vs Penicillin Suspension in children with streptococcal pharyngitis. Adv. In Therapy Vol 17 № 1 Jan-Feb 2000. P: 14-26

Способ применения и дозы

Вид инфекционного заболевания	Доза, принимаемая внутрь каждые 12 часов	Продолжительность лечения (количество дней)
Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей	250 – 500 мг	10 – 14
Фарингит/тонзиллит	250 мг	10
Острый синусит	500 мг	14
Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей	250 – 500 мг	
Острое бактериальное воспаление острого бронхита		
Возбудители:		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	250 мг	7 – 14
<i>Mycoplasma catarrhalis</i>	250 мг	7 – 14
<i>Influenzae</i>	500 мг	7 – 14
Пневмония		
Возбудители:		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	250 мг	7 – 14
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	250 мг	7 – 14
Сложные инфекции кожи и мягких тканей	250 мг	7 – 14

Микобактериальные инфекции

Рекомендуемая начальная доза для взрослых составляет 500 мг 2 раза/сут. При отсутствии клинического или лабораторного улучшения в течение 3 – 4 недель доза увеличивается до 1000 мг 2 раза/сут. При лечении диссеминированных инфекций, возбудителем которых является MAC, лечение продолжается до получения клинических или лабораторных результатов. Меристат-сановель может быть использован в комплексе с другими антибактериальными лекарственными средствами. Лечение нетуберкулезных микобактериальных инфекций проводится под контролем врача.

Эрадикация H. Pylori у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Рекомендуемая доза составляет 500 мг 2 раза/сут в течение 14 дней в комплексе с препаратом, подавляющим секрецию соляной кислоты. Лекарственное средство, обладающее подобным действием, например, Омепразол, назначается в течение 28 дней в дозе 40 мг/сут.

Детям от 12 лет используют взрослые дозировки а до 12 лет рекомендуется назначать суспензию Меристат-сановель.

Меристат-сановель суспензия
 Рекомендуемая доза для детей: 7.5 мг/кг 2 раза/сут.
 Максимальная доза: 500 мг 2 раза/сут.

Пероральная суспензия 250 мг/5 мл рекомендуется для детей весом до 20 кг.

Пероральная суспензия 125 мг/5 мл рекомендуется для детей весом от 10 до 40 кг.

Соответствующая доза, рассчитанная на вес (кг) принимается с помощью специальной пипетки; прием повторяется через каждые 12 часов (по инструкции по приготовлению суспензии и использованию пипетки). Курс лечения в зависимости от возбудителя и тяжести заболевания длится 5 – 10 дней. При стрептококковых инфекциях минимальный срок лечения составляет не менее 10 дней. Раствор лекарственного препарата может приниматься вне зависимости от приема пищи.

Дозировка для больных с почечной дисфункцией
 Для детей с клиренсом креатинина < 30 мл/мин дозу кларитромицина следует уменьшить вдвое и курс лечения продлить до 14 дней.

МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ

ритромицин

125\5 мл гранулы для суспензий+ растворитель 37 мл (готовая суспензия 70 мл)

250\5 мл гранулы для суспензий+ растворитель 26 мл (готовая суспензия 50 мл)

250 мг таблетки, покрытые оболочкой №14

500 мг таблетки, покрытые оболочкой №14

**АНТИСТРЕПТОКОККОВАЯ АКТИВНОСТЬ
И ОПТИМАЛЬНЫЙ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЙ
ПРОФИЛЬ КЛАРИТРОМИЦИНА
ДЕЛАЕТ ЕГО ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА**

КЛАРИТРОМИЦИН обеспечивает в



случаев клиническую **ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

ОСОБЕННОСТЬ ПОДБОРА ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ СИНДРОМОМ ВЕСТА С УЧЕТОМ КЛИНИКО- ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ КОРРЕЛЯТОВ

Е.Б. Марценюк, В.В. Жихарева, Г.П. Иванова, Г.В. Афанасенко

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ 83 больных детей с синдромом Веста. В зависимости от типа гипсаритмии на электроэнцефалограмме проводился подбор противосудорожной терапии. Было доказано, что в большинстве случаев у детей с синдромом Веста гипсаритмия на электроэнцефалограмме носила атипичный характер, что требовало для лечения назначения двух и более антиэпилептических препаратов.

Ключевые слова: синдром Веста, эпилепсия, припадки, электроэнцефалография, задержка развития.

КЛИНИКАЛЫК-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯЛЫК КОРРЕЛЯТТЫ ЭСЕПТОО МЕНЕН ВЕСТА СИНДРОМУ БАР БАЛДАРДЫН ТАЛМАГА КАРШЫ ПРЕПАРАТТАРЫН ТАНДООНУН ОЗГОЧОЛУГУ

Е.Б. Марценюк, В.В. Жихарева, Г.П. Иванова

Улуттук Эне жана баланы коргоо борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Веста синдрому бар 83 балага талдоо жүргүзүлдү. Электроэнцефалограммадагы гипсаритмиянын тибине жараша талмага каршы терапияны тандоо жүргүзүлдү. Веста синдрому бар балдарга көпчүлүк учурда электроэнцефалограммадагы гипсаритмия атиптүү мунөзгө ээ болгону далилденди, бул дарылоого эки же андан көп талмага каршы препараттарды дайындоону талап кылат.

Негизги сөздөр: Веста синдрому, талма, тырышма, электроэнцефалография, өнүгүүнүн кечендеши.

THE PECULIARITY OF ANTIPILEPTIC DRUGS SELECTION FOR CHILDREN WITH VESTA SYNDROME ACCORDING TO CLINICAL AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CORRELATES

E.B. Marcenuk V.V. Zhikhareva G.P. Ivanova

National Center for Maternal and Child Welfare
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The children with Vesta syndrome in amount of 83 people had been examined. The selection of anticonvulsant therapy was made according to hypsarhythmia type shown on the electroencephalogram. It was proved that mostly the children with Vesta syndrome had an atypical character of hypsarhythmia on the encephalogram which required prescription of two or more antiepileptical medicines for treatment.

Keywords: Vesta syndrome, epilepsy, fits, electroencephalogram, development delay.

Актуальность

Одной из частых и труднокурабельных форм эпилепсии младенческого возраста является синдром Веста. Это возрастзависимый эпилептический синдром, относящийся к группе эпилептических энцефалопатий.

Синдром Веста самостоятельная форма ранней детской эпилепсии и характеризуется тремя признаками: инфантильные спазмы, нарушением психомоторного развития и гипсаритмией на ЭЭГ.

Инфантильные спазмы особый тип припадков, протекающий чаще серийно

с вовлечением аксиллярной мускулатуры, носят характер молниеностных флексорных, экстензорных или смешанных приступов. Кроме инфантильных приступов у больных с данным синдромом описываются также генерализованные тонические, парциальные, миоклонические припадки.

Гипсаритмия на ЭЭГ - паттерн состоящий из высокоамплитудных аритмичных медленных волн перемежающихся с разрядами спайков без существенной синхронии между двумя сторонами головы или разными областями одной стороны.

В большинстве случаев у больных с синдромом Веста отмечается грубая задержка психомоторного развития.

Цель исследования.

На основании данных интериктальных электроэнцефалографических характеристик гипсаритмии и данных МРТ головного мозга у больных детей с синдромом Веста, провести оптимальной подбор противосудорожной терапии.

Материал и методы исследования.

В качестве материала использовали данные анализа историй болезней 83 больных (100 %) детей раннего возраста (до 3 лет) с установленным синдромом Веста, получивших лечение на базе отделения патологии перинатального периода (ОППП) НЦОМ ИД с 2008 по 2011 года.

Возраст детей от 4 мес до 3-х лет, мальчиков 17, девочек 66.

Регистрация электроэнцефалографии (ЭЭГ) проводилась на 19-канальном компьютерном аппарате «Мицар-ЭЭГ» по международной системе отведений «10-20» в состоянии естественного сна продолжительностью до 40 минут.

ЭЭГ проводилась дважды в момент поступления больного в стационар и к концу года на фоне приема противосудорожной терапии.

МРТ головного мозга была проведена всем 83 больным детям с синдромом Веста, однократно в момент первичной госпитализации в стационар.

Кроме того, оценивался неврологический статус детей с синдромом Веста, проводились биохимические и общеклинические исследования.

Всем больным детям с синдромом Веста в качестве «базового» противосудорожного препарата при поступлении в отделение ОППП назначали препараты вольпроевой кислоты - Депакин или Конвулекс в сиропе. Начальная суточная доза Депакина или Конвулекса составляла 20 мг/кг/с, с постепенным доведением дозы к моменту выписки ребенка из стационара - до 50 мг/кг/с в 3 приема. Оценку эффективности противосудорожной терапии проводили с учетом:

хороший эффект - снижение частоты припадков в сутки более 50 %; слабый эффект

- снижение частоты припадков менее 50%; стойкая ремиссия - отсутствие припадков в течении 1 года и отсутствие эффета - полное отсутствие эффективности от проводимой противосудорожной терапии.

Больных детей в зависимости тяжести изменений МРТ головного мозга и типа гипсаритмии на электроэнцефалографии сна делили на 4 группы: дети с генерализованным типом гипсаритмии, дети с асимметричной гипсаритмией и с фокальным компонентом (постоянным, непостоянным), дети с гипсаритмией по типу «вспышка-угнетение» и дети с гипсаритмией с мультифокальными разрядами.

Результаты исследование и их обсуждение.

Возраст манифестации припадков с 1 мес до 1.5 лет (пик 6-11 месяцев - у 58 детей 69.8 %). Среди больных детей с синдромом Веста преобладал женский пол (66 жен - 79.5 %, 17 - 20,5 % муж).

Все больные в момент поступления в стационар отставали в психомоторном развитии: умеренно - 20 детей (24 %), значительно - 63 ребенка (76 %).

На интериктальной электроэнцефалограмме (ЭЭГ) сна регистрировалась практически у всех детей (83 ребенка), отмечались разные типы гипсаритмии: генерализованный тип - у 7 детей (8.4 %); асимметричная гипсаритмия с фокальным компонентом (постоянным, непостоянным) - у 67 детей (80.7 %); гипсаритмия по типу «вспышка-угнетение» - у 7 детей (8.4 %) и гипсаритмия с мультифокальными разрядами - у 2 детей (2.4 %).

С учетом данных МРТ головного мозга симптоматическая форма синдрома Веста отмечена у 76 детей (83.1 %), криптогенная форма у 6 детей (7.2 %), идиопатическая у 1 ребенка - 1.2 %.

По данным МРТ головного мозга с синдромом Веста у 76 детей (96.1 %) обнаружены различные мофологические изменения (см. Таблицу №1).

У 1 больного ребенка с синдромом Веста отсутствовали изменения на МРТ, однако у его родной старшей сестры отмечалась идиопатическая абсансная эпилепсия детского возраста. Данный вариант синдрома Веста

Таблица № 1

Частота и характер морфологических изменений
головного мозга по данным МРТ у больных с синдромом Веста.

1	Диффузная атрофия головного мозга	32 ребенка(38.5%)
2	Атрофия локального характера с преимущественной локализацией в лобно-височной области с одной, двух сторон	34 детей(40,9 %)
3	Кисты различных локализаций ,чаще порэнцефалические ,внутричерепные (множественные, единичные)	5 детей (6 %)
4	Унилатеральная гемимегалэнцефалия	1 ребенок (1.2%)
5	Агенезия, гипоплазия мозолистого тела	3 детей (3.6 %)
6	Субэпидемальные кальцификаты, корковые туберсы	6 детей (7.2%)
7	Вентрикуломегалия	8 детей(9.6%)
8	Микрогирия, синдром «двойной коры»(билатеральная гетеротония сорого вещества в медиобазальных отделах височной доли)	4 детей (4.8%)
9	Шизэнцефалия	1 ребенок (1.2%)

Таблица №2

Причины возникновения синдрома Веста.

1	Гипоксически – ишемическая, травматическая энцефалопатия	60 детей(72.2%)
2	Хроническая внутриутробная инфекция	8 детей (9.6%)
3	Туберозный склероз-	4 ребенка(4.8%)
4	Факоматоз Штутге-Вебера	2 детей (2.4%)
5	Синдром Дауна	1 ребенок(1.2%)
6	Врожденная аномалия развития головного мозга	8 детей(9.6%)

был расценен как идиопатический.

Наиболее частыми причинами возникновения синдрома Веста были гипоксически-ишемическая, гипоксически -травматическая энцефалопатия, хроническая внутриутробная инфекция, врожденные аномалии развития (см.таблицу № 2). Большинство больных детей с инфантильными спазмами и атипичной (модифицированной) гипсаритмией на ЭЭГ с фокальным, мультифокальным компонентом, гипсаритмией “ вспышки – угнетение” имели тяжелые изменения в неврологическом статусе локального характера. (см .таблицу № 3).

На фоне проведения противосудорожной терапии базовым “ стандартным” препаратом Депакин или Конвулекс в сиропе в максимальной дозе -50 мг/кг/с в 3 приема к моменту выписки

из стационара полное исчезновение приступов было отмечено только у одного ребенка с идиопатической формой синдрома Веста. У 24 детей был отмечен положительный эффект, у 54 детей -слабый, у 4 детей частота приступов оставалась прежней.

В связи с этим 82 больным детям (кроме 1) был добавлен к Депакину (конвулексу) второй противосудорожный препарат – ламиктал в дозе 3 мг/кг/с в 2 приема 36 детям, кеппра в дозе 150 мг/кг/с 14 детям, топамакс в дозе до 7 мг/кг/с 5 детям, ривотрил в дозе 0.1 мг/кг/с 27 детям .

На фоне проводимой комбинированой противосудорожной терапии к году стойкая ремиссия, т.е редукция припадков была отмечена у 1 ребенка (1.2 %); хороший эффект - урежение припадков более 50% отмечен у

Таблица №3

Распределение больных детей синдромом Веста в зависимости неврологического статуса

1	Наличие очаговости	55 детей (66.2 %)
2	Отсутствие очаговости	28 детей (33.8 %)

Таблица № 4

Распределение больных детей с синдромом Веста в момент первичного поступления в стационар в зависимости от типа гипсаритмии на электроэнцефалограмме сна и данных МРТ головного мозга.

1 группа	умеренные изменения или отсутствие изменений на МРТ +генерализованный тип гипсограмм	12 детей (14,4%)
2 группа	больные с выраженными изменениями на МРТ головного мозга + гипсаритмия с устойчивой фокальной эпилептиформной активностью	64 детей (77.1 %)
3 группа	грубые изменения на МРТ головного мозга + атипичная , модифицированная гипсаритмия по типу «вспышка-угнетение»	7 детей (8.4%)
4 группа	грубые изменения на МРТ головного мозга+гипсапритмия с мультифокальными разрядами	2 детей (2.4%).

Таблица № 5

Побочные эффекты комбинированной противосудорожной терапии.

№	Препараты	Кол-во детей(%)	Проявление побочных эффектов
1	Депакин (Конвулекс) + ламиктал	3 детей (3.6%)	аллергическая сыпь, вялость, сонливость
2	Депакин (Конвулекс) + кеппра (сироп)	3 детей (3.6%)	возбуждение ,потеря аппетита, сонливость
3	Депакин (Конвулекс) + ривотрил	4 детей (4,.8%)	сонливость, потеря аппетита, общая слабость
4	Депакин (Конвулекс) + топамакс	2 больных (2.4%)	тошнота, рвота

46 детей (55.4 %), слабый эффект- урежение припадков до 50% - у 31 ребенка (37.3%) и отсутствие эффекта у 5 детей (6 %)

Побочные эффекты на фоне проводимой комбинированной противосудорожной терапии всего 12 детей(14.4%)(см.таблицу №5)

Выводы:

1) Результат лечения синдрома Веста зависит от выраженности органического поражения головного мозга , от формы гипсаритмии , при модифицированной

гипсаритмии с фокальным, мультифокальным компонентом, гипсаритмии по типу «вспышка-угнетение») и очаговой неврологической симптоматики.

2)При обнаружении грубого органического поражения головного мозга на МРТ с регистрацией атипичной, модифицированной гипсаритмии не удается получить хороший эффект на монотерапию максимальными дозами Депакином (Конвулексом); необходимо добавлять к ним второй препарат ламиктал

,топамакс или ривотрил ; В крайне тяжелых случаях необходимо применять гормональную терапию.

Литература

1) Гузева В.И «Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей».-М.:ООО «Медицинское информационное агенство» .,2007 .,- 255-301 с.

2) Темина П.А, Никанорова М.Ю

«Диагностика и лечение эпилепсии у детей»._ М.: Можайск-Терра ,1997.- 525-645 с.

3) Gastaut H , Roger J, Soulayrol R , Pinsard N «Encephalopathie myoclonique infantile avec hypsarythmie (Syndrome West) .Paris masson ,1964.

4) Fusco L, Vigeveno F . “Ictal clinical electroencephalopathie finding of spasm in West syndrome” . Epilepsia 1993; 34; 671-8.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Э.Ш. Алымбаев, Б.А. Онгоева, Н.А. Андреева,
Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова, Н.К. Джунушалиева.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской педиатрии,
Национальный Центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализ госпитализированных детей и подростков, за 10 месяцев 2013 года, 9% от числа всех детей и подростков, имеют ожирение, поставленное на основании Индекса Массы Тела >90 перцентиле (ИМТ). 81,25% от общего числа пациентов с ожирением имели абдоминальное ожирение с Окружностью Талии >90 перцентиле (ОТ). Метаболический синдром (МС), или сочетание абдоминального ожирения и двух критериев Международной диабетической Федерации (МДФ) были обнаружены у 28,2% (11) пациентов, что совпадает с исследованиями, проведенными в других странах Азии.

Ключевые слова: дети и подростки, ожирение, метаболический синдром

СЕМИЗ БАЛДАР ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН АРАСЫНДА МЕТАБОЛИКАЛЫК СИНДРОМУНУН ЖЫШТЫГЫ

Э.Ш. Алымбаев, Б.А. Онгоева, Н.А. Андреева,
Ф.Б. Исакова, Н.Н. Кушубекова, Н.К. Джунушалиева.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия
Факультеттик педиатрия кафедрасы
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2013 ж 10 айдын ичинде Эне Жана Баланы Коргоо Улуттук Борборунун эндокринология бөлүмүнө госпитализацияланган бейтаптардын арасынан дене салмагынын индексинин (ДСИ) >90 перцентиле негизинде коюлган өспүрүмдөрдүн 9%да семирүү аныкталган. Жалпы семиз өспүрүмдөрдүн санынан 81,25%ы абдоминалдык семирүүгө ээ (бел айланасынын БА >90 перцентиле ээ болгон бейтаптар).

28,2% (11) бейтапта Эл аралык Диабеттик Федерациясынын (ЭДФ) эки белгиси менен жана абдоминалдык семирүүнүн айкалышы байкалган, б.а. метаболикалык синдром (МС) аныкталган. Бул корутунду башка Азия мамлекеттеринде өткөрүлгөн изилдөөлөрү менен туура келишет.

Негизги сөздөр: балдар жана өспүрүмдөр, семирүү, метаболикалык синдром.

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME AMONG OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS

E.Sh. Alymbaev, B.A. Ongoeva, N.A. Andreeva,
F.B. Isakova, N.N. Kushubekova, N.K. Djunushalieva.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of Faculty of Pediatrics
National Center for Maternal and Child Welfare
Bishkek, Kyrgyz republic

Summary. 9% of all children and adolescents hospitalized in the endocrinology department of NCMChW for 10 months in 2013, are obese, established on the basis of Body Mass Index (BMI) > 90th percentile. 81.25% of the total number of obese patients had abdominal obesity (waist circumference WC > 90th percentile). Results: The combination of abdominal obesity, and the two criteria International Diabetes Federation (IDF) was found in 28,2% (11) patients, which coincides with the studies conducted in other countries in Asia.

Keywords: children and adolescents, obesity, metabolic syndrome.

Актуальность. В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ к началу XXI века избыточную массу имело около 30% населения планеты [1]. Почти у 60% взрослых ожирение начинается в детском возрасте, прогрессирует и ведет к развитию серьезных

осложнений. Детское и подростковое ожирение, пролонгированное во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождаясь выраженной прибавкой массы и частотой сопутствующих заболеваний, чем ожирение, дебютировавшее в зрелом возрасте.

Учитывая тот факт, что к концу 2010 г. ожирение наблюдалось практически у 30% детей мира с незначительными колебаниями в зависимости от региона проживания, актуальность проблемы ассоциированных нарушений в детской популяции не вызывает сомнения [2]. Ожирение является основным клиническим признаком, позволяющим отнести пациента к группе риска по формированию метаболического синдрома (МС) [3]. В среднем формирование полного кластера МС составляет около 10 лет. Международная диабетическая федерация (МДФ) в 2005 году определила МС как сочетание абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, гипергликемии, артериальной гипертензии (АГ), нарушения системы гомеостаза и хронического субклинического воспаления. У детей в отличие от взрослых МС, чаще является неполным, поэтому его компоненты могут диагностироваться в разных сочетаниях. Данный факт затрудняет диагностику синдрома как такового, в связи, с чем имеются весьма переменные данные относительно его распространенности. Распространенность МС в детском возрасте колеблется по данным разных авторов [4-6] от 4% до 28,7% в общей популяции и значительно выше среди детей и подростков с ожирением. Столь значительный разброс, по всей вероятности, связан с отсутствием унифицированных подходов к диагностике МС, причем разногласия касаются определения, как самих диагностических признаков, так и возрастных периодов (особенно касающихся диагностики ожирения и АГ) [7]. В 2007 году МДФ приняты новые критерии абдоминального ожирения и МС у детей и подростков, которые различаются в зависимости от возраста [2, 4]. Абдоминальное ожирение диагностируется у детей и подростков в возрасте 6-15 лет в том случае, если ОТ \geq 90 перцентилей значений процентильного распределения окружности талии (ОТ). У подростков 16 лет и старше абдоминальное ожирение устанавливается согласно критериям для взрослых [8]. В возрастной группе 6-9 лет диагноз МС не устанавливается;

но если у пациента имеется абдоминальное ожирение в сочетании с отягощенным семейным анамнезом по МС, сахарному диабету 2 типа (СД 2), сердечнососудистым заболеваниям (ССЗ), включая АГ и/или ожирение, то необходимо проводить и другие исследования для последующего наблюдения за пациентами. В возрасте 10-15 лет диагноз МС устанавливается, если помимо абдоминального ожирения у пациента имеется 2 критерия из представленных в таблице 1. В возрасте 16 лет и старше диагноз МС устанавливается с использованием критериев для взрослых. [8]

Цель исследования: Определить по международным критериям диагностики МС частоту метаболического синдрома у детей и подростков с ожирением, госпитализированных в отделение эндокринологии Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМид) в 2013 году.

Материалы и методы исследования:

Под нашим наблюдением находилось 48 (9% от числа всех госпитализированных больных) детей школьного возраста (с 10 до 15 лет 11 месяцев 29 дней) с экзогенно-конституциональным ожирением, гипоталамическим синдромом с метаболическим вариантом, находившихся в отделении эндокринологии НЦОМид в 2013 году.

Оценку физического развития для диагностики ожирения определяли по Стандартам физического развития от 5 до 19 лет, разработанными ВОЗ в 2007 году [9]. Оценку окружности талии (ОТ) определяли по таблице «Процентильное распределение окружности талии (см) у мальчиков и девочек в возрасте от 2 до 18 лет» [8]. Показатели липидного обмена оценивали по уровню холестерина ЛПВП, триглицеридов (ТГ); показатели углеводного обмена – по содержанию глюкозы крови (ГК) натощак и через 2 часа по тесту толерантности к глюкозе (ГТТ). Артериальное давление (АД) оценивалось в зависимости от возраста, пола и перцентилей [10]. МС диагностировался при сочетании абдоминального ожирения и наличия 2-х критериев по таблице 1.

Результаты и их обсуждение:

По антропометрическим показателям все пациенты имели индекс массы тела (ИМТ) выше 90 перцентилей. Диагностическим критерием для ожирения у детей и подростков является ИМТ выше 85 перцентилей. Все

Международные критерии диагностики МС у детей и подростков

Возрастная группа	ОТ	ТГ	Холестерин ЛПВП	АД	Гликемия плазмы
6–10 лет	>90-го перцентиля	Метаболический синдром нельзя диагностировать, но в дальнейшем измерения следует проводить, если есть семейная история метаболического синдрома, СД 2 типа, дислипидемия, сердечнососудистые заболевания, гипертония и / или ожирение.			
10–16 лет	>90-го перцентиля или пограничная величина для взрослых, если ниже	>1,7 ммоль/л (>150 мг/дл)	<1,03 ммоль/л (<40 мг/дл)	САД > 130 мм.рт. ст. ДАД >85 мм рт. ст.	Натощак >5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или СД 2
>16 лет	Критерии для взрослых				

исследуемые дети и подростки имели ожирение. 39 человек имели ОТ выше 90 перцентиля, что составило 81,25% от общего числа пациентов с ожирением. Учитывая, что метаболический синдром ставится при обязательном наличии абдоминального ожирения, были исследованы изменения биохимических параметров и артериального давления у 39 человек. Нарушения липидного обмена были выявлены в виде гипертриглицеридемии. У 35,9% (14) детей было определено повышение уровня триглицеридов. Снижение уровня ЛПВП по новым критериям МС было обнаружено у 5,1% (2) исследуемых детей.

Нарушения углеводного обмена были выявлены у 43,6% (17) исследуемых в виде нарушения гликемии натощак НГН в 38,5% (15) случаев, нарушенной толерантности к глюкозе - 5,1% (2). Повышение АД выше 130/85 мм.рт. ст. было обнаружено у 2,5% (1) подростка. Сочетание абдоминального ожирения и двух критериев МДФ было обнаружено у 28,2% (11 подростков), что совпадает с исследованиями, проведенными в Ташкенте [11] и Пекине [12]. В исследовании, проведенном в Пекине по новым критериям, частота МС среди детей и подростков с ожирением составила 28,6%, в Ташкенте - 26,2%.

Данное исследование на основании диагностических критериев МС у детей и подростков МДФ (2007) выявляет высокую частоту МС у детей и подростков с ожирением,

проживающих в Кыргызстане. Активное выявление и лечение проявлений МС у детей и подростков с ожирением значительно снизит сердечнососудистые заболевания и заболеваемость СД 2-го типа во взрослом периоде жизни.

Выводы

1. Диагностическим критерием ожирения у детей и подростков является ИМТ выше 90 перцентиля.

2. Среди подростков от 10 до 16 лет с ожирением наблюдалось 3 и более компонентов МС: частота ОТ выше 90-го перцентиля составила 81,25%, гипертриглицеридемии - 35,9%, уровня ЛПВП ниже нормы - 5,1%, артериальная гипертензия диагностирована у 2,5%, увеличение уровня гликемии выше рекомендуемого показателя - у 5,1%.

3. На основании новых критериев МДФ МС при ожирении у подростков в возрасте 10–16 лет диагностирован в 28,2% случаев, что диктует необходимость тщательного обследования всех подростков с абдоминальным ожирением для дифференциальной диагностики с метаболическим синдромом и соответствующей коррекцией ведения больного.

Литература:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медикосоциальной помощи детям. // Российский педиатрический журнал - 2013 - № 3 - с. 4 - 7.

2. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин, В.А. Булгакова, Е.В. Антонова, И.Е. Смирнова. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы. // Российский педиатрический журнал – 2013 - № 5 – с. 4 – 14

3. Постникова Е.В., Смирнов И.Е., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Клинико-патогенетическое значение эндотелиальной дисфункции в формировании ожирения у детей // Российский педиатрический журнал – 2013 - № 5 – с. 36 – 40.

4. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F et al. IDF consensus group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. // *Pediatr. Diabetes* - 2007 - № 5 – с. 299–306.

5. Cook S, Weitzman M, Auinger P et al. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 –1994. // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2003 - № 157 – с. 821–827.

6. Cruz ML, Weigensberg MJ, Huang TT et al. The metabolic syndrome in overweight Hispanic youth and role of insulin sensitivity.// *J. Clin. Endocr. Metab.* – 2004 – 89 – с. 108–113

7. Л.А. Балыкова, О.М. Солдатов, Е.С. Самошкина, О.В. Пашуткина, А.В. Балыкова. Метаболический синдром у детей и подростков. // *Педиатрия* – 2010 - Том 89, № 3.

8. Рекомендации экспертов всероссийского научного общества кардиологов. Москва - 2009.

9. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. [Http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/)

[index.html](#)

10. National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. // *Pediatrics* - 1996 - № 98 (4) – р. 649–658

11. Г.Н. Рахимова, Ш.Ш. Азимова. Оценка частоты метаболического синдрома среди детей и подростков с ожирением согласно новым критериям международной диабетической ассоциации. // *Педиатрия* – 2009 - Том 88, № 6

12. Pirkola J, Tammelin T, Bloigu A. et al. Prevalence of metabolic syndrome at age 16 using the International Diabetes Federation paediatric definition. // *Arch. Dis. Child.* – 2008 - № 93 (11) – р. 945–951.

13. Авторы.

1. Алымбаев Эркин Шакирович – заведующий кафедрой факультетской педиатрии КГМА, д.м.н., профессор, р.т.: 49-15-36, alymbaeverkin@gmail.com

2. Онгоева Бермет Адылбековна – ассистент кафедры факультетской педиатрии КГМА, раб. тел: 49-25-75, bermetoa@mail.ru

3. Андреева Наталья Александровна – к.м.н., доцент кафедры факультетской педиатрии КГМА, р.т. 49-25-75, natand7@mail.ru

4. Исакова Феруза Бакасовна – научный сотрудник отделения эндокринологии НЦОМид, isakova.feruza.b@mail.ru

5. Кушубекова Нуржамал Нурбековна – заведующая отделением эндокринологии НЦОМид, раб.тел.- 0312 49 -27- 23

6. Джунушалиева Нурзат Кумарбековна – врач-эндокринолог отделения эндокринологии НЦОМид – 0312 49- 27- 23

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НЕОНАТАЛЬНЫЕ ЖЕЛТУХИ

С.Дж. Боконбаева, Е.Г. Ким, Г.П. Афанасенко

Кафедра педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии

Кыргызско-Российский Славянский Университет

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено обследование 660 новорожденных с синдромом гипербилирубинемии. В статье изучена этиоструктура и особенности течения патологических неонатальных желтух на современном этапе, а также выявлены основные факторы риска их возникновения.

Ключевые слова: новорожденные, желтуха, гипербилирубинемия, внутриутробная инфекция;

ЫМЫРКАЙ УЧУРУНДА УЗАРЫП КЕТКЕН САРЫ ООРУЛАР

С.Дж. Боконбаева, Е.Г. Ким, Г.П. Афанасенко

Педиатрия, медициналык генетика жана балдардын хирургиянын кафедрасы

Кыргыз-Россия Славян Университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ымыркай учурунда узарып кеткен сары оорунун неонатологиянын эн оорчундуу кыйынчылыктары. 660 ымыркайлар гипербилирубинемия синдрому менен текшерүүдөн өттү. Макалада ымыркай учурунда узарып кеткен сары оорунун себептери жана өтүүсүнүн өзгөчөлүктөрү изилденген, жана дагы риск факторлорунун пайда болушунун себептери табылды.

Негизги сөздөр: ымыркайлар, сары оору, гипербилирубинемия, эненин курсагындагы инфекциялар;

PATHOLOGICAL NEONATAL JAUNDICE

S.Dj. Bokonbaeva, E.G. Kim, G.P. Afanasenko

Department of Pediatrics, medical genetics and child surgery

Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Pathological neonatal jaundice is one of the most actually problem in neonatology. The study involved the observation of 660 infants with hyperbilirubinemia syndrome. In article we studied etiological structure, clinical characteristics of the pathological neonatal jaundice at the present stage. Also the main risk factors for their occurrence are identified.

Key words: neonates, jaundice, hyperbilirubinemia, intrauterine infections.

Актуальность исследования. Одной из приоритетных проблем неонатологии являются патологические гипербилирубинемии. Имеются неоднозначные данные об их частоте, этиоструктуре, генезе и особенностях клинического течения. Отмечают рост билирубиновых энцефалопатий с тяжелыми последствиями вплоть до развития ядерной желтухи и смертельного исхода (Sgro M, 2012, Zhonghua Er Ke Za Zhi, 2012). Большую актуальность представляет изучение прогностических факторов риска их развития. Оценка риска является международнопризнанным научным инструментом по управлению качеством среды и состоянием здоровья человека. (Онищенко 2005; Ахвердова О.А. с соавт., 2003; Губарева Л.И. с соавт., 2004; Шабалов Н.П., 2004; Михалкина М. И. 2005); Однако фрагментарные исследования факторов риска не могут полностью оценить всю экологическую ситуацию развития

патологических неонатальных желтух. Актуально комплексное изучение влияния средовых факторов риска на развитие заболевания с оценкой ранговой значимости каждого фактора для проведения своевременных профилактических мероприятий.

Цель исследования: Изучение этиоструктуры и особенностей клинического течения патологических неонатальных желтух с оценкой ранговой значимости экологических факторов риска их возникновения для оптимизации диагностики и профилактики.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на клинической базе кафедры педиатрии КРСУ – Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи, г. Бишкек, в отделении неотложной неонатологии и реанимации новорожденных. Нами было обследовано 810 пар «мать–ребенок», госпитализированных с синдромом неонатальной желтухи. Обследованные дети

были подразделены на две группы. Контрольную группу составили 150 условно здоровых по патологической желтухе новорожденных. Основная группа состояла из 660 новорожденных детей с клиникой патологической желтухи.

При обследовании детей использовался комплекс анамнестических, клинических, инструментальных, лабораторных и статистических методов исследования. Методами доказательной медицины вычислялась ранговая значимость факторов риска реализации заболевания.

Результаты исследования: Проведен анализ риск-факторов развития патологических неонатальных желтух. В ранговой значимости медико-биологических факторов риска 1-ое место занимают резус-отрицательные матери с высокими показателями специфичности (Sp), высокой прогностичностью положительного результата (PV⁺), и высоким показателем отношения шансов риска (OR). Далее высокие доказательные характеристики имеют: принадлежность матерей к 0(I) группе крови и возраст матерей старше 35 лет. Повторнобеременные и мужской пол ребенка - показатели, обладающие меньшей специфичностью, но имеющие другие (Se, PV⁺, OR) доказательные характеристики (табл.1)

Наши результаты совпадают с данными многих исследователей, но нет объяснения, почему достоверно чаще болеют мальчики [1,2,3,4]. Тем более что речь идет о младенцах, не имеющих гормональных различий по полу. По всей видимости, требуются дальнейшие более глубокие генетические исследования.

Состояние здоровья матерей так же является значимым медико-биологическим фактором риска реализации заболевания у их детей (p<0,01). Максимальный показатель отношения шансов риска (OR) имеет общая заболеваемость матерей (3,3), далее - сочетание двух патологических факторов и более (OR=3,2), хронический пиелонефрит (OR=2,4), хронический холецистит (OR=2,2), перенесенный ВГА в анамнезе (OR=2,1), анемия (OR=1,7), хронические генитальные воспалительные заболевания (OR=1,4), носительство ВГВ (OR=1,1).

Отягощенный акушерский анамнез матерей в основной группе встречались в 2 раза чаще (p<0,01), чем в контрольной, и имел высокие доказательные характеристики (Sp, PV⁺,

J, OR): Высокий OR имели: неразвивающаяся беременность (5,8), медицинские аборт (4,0), сочетание двух и более факторов (3,9), внематочная беременность (3,8), выкидыши на ранних сроках гестации (3,3).

Фактором риска реализации патологических желтух у детей являлось осложненное течение беременности (p<0,001). Наиболее высокими доказательными характеристиками обладали: сочетание двух патологических факторов и более (OR=11,0), обострение воспалительных процессов в хронических очагах инфекции с приемом антибактериальных препаратов (OR=3,8), преэклампсия (OR=2,8), многоводие (OR=2,8).

Среди факторов риска отмечается осложненное течение родов. Наиболее доказательные показатели риска реализации заболевания обладают: отхождение околоплодных вод патологического характера (OR=10,0), переносимость (OR=6,4), длительный безводный промежуток (OR=6,0), слабость родовой деятельности со стимуляцией окситоцином (OR=6,0).

Из социальных факторов риска развития заболевания на первом месте стоит незапланированная беременность (OR=6,4), далее производственные вредности (OR=4,6), низкий образовательный уровень (OR=4,4), поздняя госпитализация (OR=2,8), курение во время беременности (OR=2,5), неудовлетворительные материально-бытовые условия (OR=1,8), незарегистрированный брак (OR=1,7).

В клинической картине в большинстве случаев (68,63%) желтушное окрашивание кожи и склер дебютировало на 3-4 день жизни. Выявлено, что 88,18% всех случаев гипербилирубинемий носили затяжное течение (более 3-4 недель). У большинства детей (66,5%) отмечалась билирубиновая энцефалопатия. Превалировал синдром угнетения (58,33%). Дети становились вялыми, плохо брали грудь, слабо сосали, или отказывались от груди. У 41,81% детей отмечался синдром возбуждения в виде беспокойства, нарушения сна и судорожной готовности.

С целью дифференциальной диагностики нами были проведены биохимические исследования всех групп неонатальных желтух (табл.2)

При желтухах смешанного генеза

Таблица 1.
Ранговая значимость медико-биологических факторов риска

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

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Таблица 2.
Биохимические показатели крови больных детей.

	Нб (г/л)	ОБ (мкмоль/л)	НБ (мкмоль/л)	ПБ (мкмоль/л)	АСТ (мккат/л)	АЛТ (мккат/л)
Желтухи смешанного генеза, как проявление ВУИ:	128,4± 4,7	316,7± 28,3	261,2± 24,4*	85,5± 4,2*	0,09± 0,018	0,1± 0,021
Конъюгационные желтухи	138,5± 7,22	275,7± 38,4	261,2± 24,4**	54± 8,7*	0,08± 0,015	0,1± 0,012
Гемолитические желтухи	79,2± 9,7**	387,4± 30,1	336,2± 24,6***	72,3± 4,8*	0,09± 0,03	0,11± 0,006
Обструктивные желтухи	142,3± 5,6	289,1± 20,3	137,3± 16,2	151,2± 13,4***	0,22± 0,2**	0,31± 0,22**

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Таблица 3.
Генитальная инфекционная патология матерей

	I группа	II группа
ВПГ I, II типа	31 (20,66%)	394 (59,69%)*
ЦМВ	14 (9,33%)	223 (33,78%)*
Микоплазма	9 (6,00%)	102 (15,45%)*
Хламидии	7 (4,66%)	86 (13,03%)*
Гарднереллы	8 (5,33%)	45 (6,82%)
Уреаплазма	3 (2,00%)	39 (5,91%)*
Кандида	30 (20,00%)	278 (42,12%)*
Микст-инфицирование	17 (11,33%)	385 (58,33%)*

отмечалось повышение непрямого (НБ) и прямого (ПБ) билирубина ($p < 0,05$), при конъюгационных больше повышался НБ ($p < 0,01$), чем ПБ ($p < 0,05$), при гемолитических – больше НБ с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$), чем ПБ ($p < 0,05$) со снижением уровня гемоглобина ($p < 0,05$). При обструктивных желтухах достоверно повышен уровень ПБ ($p < 0,001$), АЛТ и АСТ ($p < 0,01$).

Диагноз ВУИ был подтвержден с помощью

непрямого (ИФА) и прямого (ПЦР) методов диагностики. В 71,7% случаев этиологией ВУИ была смешанная инфекция: вирусно-вирусная (52,4%), вирусно-бактериальная (33,7%), что подтверждает данные многих авторов [6, 8, 10]. Структура ВУИ была представлена следующими видами инфекций: цитомегаловирусная инфекция – 64,4%, вирус простого герпеса (I, II тип) – 62,6%, микоплазма – 42,2%, хламидии – у 3,6%, уреаплазма – у 1,8% детей.

Анализ структуры генитальной инфекционной патологии показал, что весь спектр этиологических микроорганизмов отмечается у беременных матерей обеих исследованных групп, с достоверным преобладанием в основной группе (табл.3)

В качестве основного метода лечения в комплексной терапии обследованных новорожденных была использована прерывистая фототерапия. В тяжелых же случаях гипербилирубинемий гемолитического генеза фототерапия проводилась непрерывным методом. В динамике уровень билирубина достоверно снижался ($p < 0,01$), что свидетельствовало об эффективности проведенной терапии.

В удовлетворительном состоянии были выписаны 83,33% детей случаев пациенты. Прогноз был отягощен только при обструктивных желтухах, требующих длительной комплексной терапии с привлечением хирургических методов лечения.

Выводы:

1. На организм матери и плода воздействует большой комплекс экологических факторов риска: биологических, медицинских и социальных, способствующих развитию патологических неонатальных желтух;

2. В этиоструктуре неонатальных желтух преобладают желтухи смешанного генеза, как проявление ВУИ (64,85%). На втором месте

по частоте стоят конъюгационные желтухи (26,82%), далее – гемолитические (6,51%) и обструктивные (1,82%);

3. В 88,18% всех случаев гипербилирубинемии носили затяжное течение более 3-4 недель, в 66,5% отмечалась билирубиновая энцефалопатия с преобладанием синдрома угнетения (58,33%)

Литература:

1. Амзаракова Т.Ф. Выявление факторов риска затяжного течения неонатальных желтух / Т.Ф. Амзаракова, А.К. Душина // В мире научных открытий, 2010, №4 (10), Ч.9. - С. 95-98.

2. Predictive ability of a predischage hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns / V.K. Bhutani, L. Johnson, E.M. Sivieri // Pediatrics. – 1999. – Vol.103. – P. 6-14.

3. Prolonged neonatal jaundice: When to worry and what to do / Susan M Gilmour // Paediatr Child Health. – 2004. – December; 9(10). – P. 700-704.

4. Severe neonatal jaundice: Is it a rare event in Australia? / A.E. McGillivray, // Journal of Paediatrics & Child Health. – 2012. – Vol. 48. – Issue 9. – p. 801-807.

5. Zhonghua Er Ke Za Zhi The side effects of phototherapy for neonatal jaundice: what do we know? What should we do? // European Journal of Pediatrics. – 2012. – Vol.170. – Issue 10. – P. 1247-1255.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КРСУ В ПОДГОТОВКЕ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ КАДРОВ

**С.Дж. Боконбаева, Н.М. Алдашева, Х.М. Сушанло, В.В. Василенко,
Г.П. Афанасенко, Е.Г. Ким**

Кафедра педиатрии, медицинской генетики и детской хирургии
Кыргызско-Российский Славянский Университет
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье отражены особенности многоступенчатой подготовки студентов по специальности педиатрия, основные научные достижения кафедры в рамках научной школы «Экопатология детей Кыргызстана». Выделены достоверно значимые риск-факторы на здоровье детей.

Ключевые слова: педиатрия, обучение, риск-факторы, экопатология, врожденные пороки развития, экоассоциированная заболеваемость.

КРСУНУН МЕДИЦИНАЛЫК ФАКУЛЬТЕТИНИН ПЕДИАТРИЯ, МЕДИЦИНАЛЫК ГЕНЕТИКА, БАЛДАРДЫН ХИРУРГИЯСЫ КАФЕДРАСЫНЫН ПЕДИАТР АДИСТЕРИНИН ДАЯРДОО ЖАНА ОКУУ-ПЕДАГОГДУК, ИЛИМИЙ ИШМЕРДИГИН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ

**С.Дж. Боконбаева, Н.М. Алдашева, Х.М. Сушанло, В.В. Василенко,
Г.П. Афанасенко, Е.Г. Ким**

Педиатрия, медициналык генетика жана балдардын хирургиянын кафедрасы
Кыргыз-Россия Славян Университети
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Коротунду: Бул статьяда студенттерди педиатрия адистиги боюнча көп тепкичтүү даярдоо, «Кыргызстанда балдардын экопатологиясы» илимий мектебинин алкачында кафедранын негизги илимий жетишкендиктеринин өзгөчөлүктөрү чачылдырыды. Балдардын ден-соолугуна таасир берчү кооптуу-факторлор жетишүү белгиленди.

Негизги сөздөр: педиатрия, окутуу, кооптуу-факторлор, экопатология, өнүгүүнүн тубаса кемтичи, экоассоциацияланган оорулар.

OPTIMIZATION OF EDUCATIONAL TEACHING AND RESEARCH ACTIVITIES OF THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS, MEDICAL GENETICS AND PEDIATRIC SURGERY AT THE MEDICAL FACULTY OF KYRGYZ-RUSSIAN SLAVIC UNIVERSITY IN PEDIATRICIANS TRAINING PROGRAM

**S.Dj. Bokonbaeva, N.M. Aldasheva, H.M. Sushanlo, V.V. Vasilenko,
G.P. Afanasenko, E.G. Kim,**

Department of Pediatrics, medical genetics and child surgery
Kyrgyz-Russian Slavic University
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article describes the features of a multi-stage training of students specializing in pediatrics, the major scientific achievements of the department within the confines of school of "The ecopathology of children in Kyrgyzstan". The fairly significant risk factors on children's health are identified.

Keywords: pediatrics, training, risk factors, ecopathology, congenital malformations, ecologically associated morbidity.

Педиатрия – важнейший раздел человека. Истоки формирования состояния медицины, изучающий самую ответственную, здоровья и заболеваний человека начинаются с прогрессивную стадию жизненного цикла детства, с первых мгновений зачатия, а во многих

случаях ещё до зачатия, на стадии прогенеза, в период формирования и созревания родительских половых клеток. Эта специальность относится к одной из самых гуманных, поэтому и актуальна подготовка качественных специалистов, обладающих высокопрофессиональными, научными и общекультурными компетенциями, владеющими основами врачебной этики и деонтологии, способных создать доверительные отношения с детьми и их родителями. В то же время педиатр должен быть хорошим педагогом и психологом. Только это поможет детскому врачу своевременно и качественно проводить широкие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия по охране здоровья детей, снижению детской заболеваемости и смертности.

Это особенно актуально в Кыргызской Республике, где еще высока детская заболеваемость и смертность, а педиатрическая служба, после проведенных в последние два десятилетия реформ здравоохранения, практически сведена на нет. Так, смертность среди детей до 5 лет на 1000 живорожденных составляет 24,5, в то время как в развитых странах этот показатель в 4-5 раз ниже. На одном из последних мест в СНГ страна стоит и по показателю младенческой смертности (рис.1).

В России этот показатель равен 10,4, в Казахстане – 19,7. Всего по странам СНГ показатель младенческой смертности равен 10,4.

Все вышеизложенное обуславливает особую актуальность качественной подготовки педиатров в ВУЗе на до- и постдипломном этапе. Самой сложной проблемой является обучение собственно врачебному искусству - становлению и совершенствованию навыков клинического и научного мышления, обследования, профилактики и лечения детей. Процесс

обучения педиатра сложный, многоступенчатый. Педиатра следует обучать “с пеленок” - с I-го курса, что и положено в основу государственного образовательного стандарта (ГОС) третьего поколения, по которому кафедра начала работать с 2011-2012 учебного года. Одним из новшеств является введение 2-х новых учебных дисциплин на I курсе – «Сестринское дело» и «Учебная практика по уходу за больными детьми».

На начальном этапе студенты изучают сестринское дело, его философию и теорию, роль медицинской сестры в обеспечении лечебного процесса, знакомятся с основными сестринскими профессиональными навыками и видами медицинской документации. Немаловажным является освоение сестринской физикальной оценки больного, включая признаки опасности для жизни ребенка, и оказание первой доврачебной помощи при неотложных состояниях.

Во время прохождения учебной практики студенты знакомятся с правилами и особенностями ухода за соматическими и хирургическими больными детьми. На этом этапе студенты впервые начинают общаться с детьми, формируются этико-деонтологические взаимоотношения с персоналом отделений и родителями больного и здорового ребенка. Обязательным компонентом практики является освоение и контроль соблюдения лечебно-охранительного и противоэпидемического режима детских учреждений.

На третьем году обучения введен курс «Основы формирования здоровья детей», где усваиваются основы роста и развития здоровых детей.

Пропедевтика детских болезней начинается не с шестого как прежде, а с

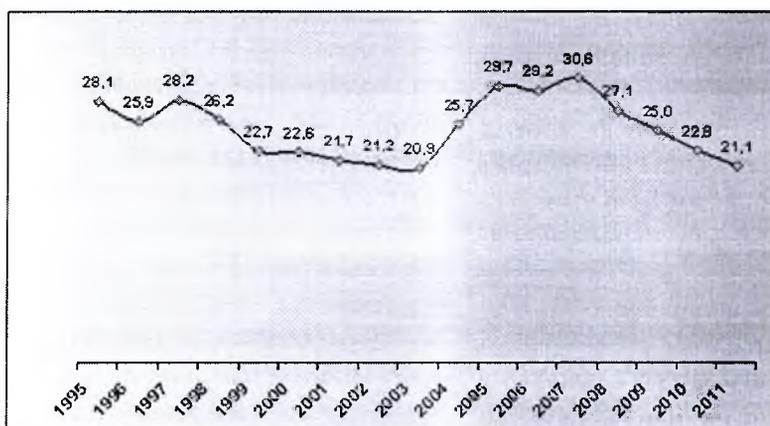


Рис. 1. Динамика младенческой смертности.

пятого семестра, что, несомненно, важно, так как и пропедевтическая терапия преподается параллельным курсом. На основе изучения морфофункциональных особенностей органов и систем детей различных возрастных периодов студенты усваивают и совершенствуют врачебные практические навыки, навыки клинического мышления: методику сбора и оценки жалоб, анамнеза и объективного осмотра, симптомо- и синдромодиагностику. Большое внимание отводится самостоятельной работе студентов на муляжах и у постели больного, работе над литературой, написанию рефератов и историй болезней. Для этого необходим кабинет симуляционного курса с тренажерами для отработки методик обследования и освоения практических навыков.

На курсах факультетской и госпитальной педиатрии студенты изучают все нозологические формы детских заболеваний, варианты их течения, возможности реабилитации больных, привлекаются к санпросвет работе. В курсе поликлинической педиатрии большой раздел отведен Интегрированному Ведению Болезней Детского Возраста (ИВБДВ), рекомендованных ВОЗ.

В подготовке высококачественных специалистов большое значение придается привлечению студентов к научной работе. Студенческий научный кружок работает по научным направлениям кафедры. Ежегодно в научном студенческом кружке занимаются от 12 до 15 студентов. Студенты участвуют в научных конференциях, круглых столах, издают в научных сборниках статьи. Мы стремимся к поэтапной подготовке специалистов: студенческий кружок – ординатура – аспирантура.

На кафедре создана научная школа «Экопатология детей Кыргызстана». Защищено 2 докторские и 11 кандидатских диссертаций. Изучается влияние комплекса экологических факторов риска: климатогеографических, медико-биологических, генетических, техногенных, антропогенных, геохимических и социальных, с оценкой ранговой значимости каждого, на физическое развитие и состояние здоровья детей. Разрабатываются и внедряются методы и способы нивелирования выявленных и достоверно значимых риск-факторов с целью улучшения состояния здоровья, снижения детской заболеваемости и смертности.

Установлено, что в стране с 2000-го года,

после «акселерационного скачка» середины XX-го века, начались децелерационные процессы и, даже, ретардация с ростом когорты детей микромезосоматического соматотипа и явно дисгармоничного развития. Эти негативные процессы достоверно более выражены в зонах экстремального экологического неблагополучия [1, 2].

Климатогеографическими зонами риска здоровью детей являются высокогорные регионы страны. Нами изучалось состояние здоровья детей, проживающих на различных высотах страны. Установлено, что дополнительное стресс-воздействие в виде нарастания степени высотной гипоксии, или сочетанной гипоксической и анемической гипоксии приводит к «синдрому адаптационного напряжения», а затем и к срыву, что отрицательно влияет на состояние здоровья, физическое развитие, показатели заболеваемости и смертности детей. Причем негативное воздействие высокогорной гипоксии начинается с первых мгновений зачатия. Так, у матерей Мургаба крайне отягощен акушерский анамнез по бесплодию, самопроизвольными выкидышами и рождению детей с задержкой внутриутробного развития. Чем выше уровень высоты местности, тем более выражено отставание детей в физическом развитии, особенно в ростовых и качественных показателях, выше заболеваемость и смертность.

Медико-биологическими факторами риска являются: экстра- и генитальные заболевания матерей, многодетность с коротким межродовым интервалом, отягощенный акушерский анамнез по недонашиваемости, самопроизвольным выкидышам, внутриутробной гибели плодов, рождением больных детей, патологическое течение беременности и родов у матерей, смертность в семье предыдущих детей, возраст матери (до 20 лет и старше 35 лет).

Социальными факторами риска являются: низкий социальный статус семей, низкий образовательный уровень матерей, плохие материально-бытовые условия, низкое качество питания, профессиональные вредности (табаководство, работа на горнорудном и горноперерабатывающем производстве), вредные привычки, в первую очередь, матерей (алкоголь, курение).

Экологически техногенно-экстремальными являются провинции горнодобывающего и горноперерабатывающего

производства. Проведенные исследования в техногеннозагрязненной тяжелыми металлами Кеминской зоне (Ак-Тюз и Орловка) показали, что уровень свинца в крови детей всех возрастных групп, начиная с периода новорожденности, повышен более чем в 3 – 3,5 раза. Отмечается достоверно высокий процент ($p < 0,001$) анемий (ЖДА), врожденных пороков развития (ВПР), аллергических заболеваний, патологии мочевыделительной и дыхательной систем. В 5,6 раз чаще, отмечаются очаги хронической инфекции, обусловленные иммуносупрессивным действием свинца [1].

В регионах экстремального экологического неблагополучия отмечают: достоверно высокая ($p < 0,01$) заболеваемость матерей, неблагополучный акушерский анамнез, высокая заболеваемость и смертность детей, особенно в многодетных семьях ($p < 0,001$). Дефицит массы, свидетельствующий по ВОЗ о хроническом нарушении питания, отмечается 28,8% детей, а острое нарушение питания, свидетельствующее об истощении, голодании ребенка – у 4,2%. Смертность детей в этих зонах более чем в 2 раза выше (10,42% против 4,73%), чем в целом по всем регионам. Причем в этих регионах в семье умирает по 2 – 3 ребенка, тогда как в других – по 1 ребенку [2, 3].

В геохимически гетерогенных зонах выявлены различия биоэлементного состава крови детей: в Нарыне достоверно выражен гипоцинкоз, гиполитемия, гипосидероз и гипокупремия, в Узгене – гипомагниемия, гиперлитемия, гипосидероз и гипокупремия. Полигипобиоэлементоз и дисбиоэлементоз в обеих зонах коррелирует с частотой и степенью тяжести рахита, анемии, гипотрофии, пневмонии, диареи [1].

Экоассоциированная заболеваемость детей.

Научной школой проводятся исследования по изучению экоассоциированных заболеваний у детей страны. Изучены особенности этиологии, клиники, течения и лечения неонатального сепсиса. Установлено, что в этиологии сепсиса новорожденных вновь лидирующее положение принадлежит стафилококку «spp.», суперпатогенному с мульти- и перекрестной резистентностью. Разработка и внедрение стартомонотерапии сепсиса тиенамом привели к уменьшению пребывания ребенка в стационаре, снижению летальности с 21,57% до

16,7% [4].

Проведены исследования по особенностям клинического течения и лечения современного раннего врожденного сифилиса (РВС). Нами предложена новая методика лечения РВС, которая позволила сократить традиционную травматическую инъекционную 28-дневную 4-кратную в день пенициллинотерапию до 10-дневной однократной в день цефалоспориновой терапии [5].

Изучены особенности этиологии, клинического течения и лечения внутриутробных инфекций (ВУИ). Впервые установлено, что в стране в этиологии ВУИ стали преобладать вирусные инфекции группы герпеса, микоплазмы, хламидии. Нами разработаны общеклинические высокочувствительные и высокоинформативные симптомы ВУИ, которые позволяют врачам практического звена здравоохранения ставить диагноз и назначать лечение еще до получения лабораторного подтверждения заболевания [6,7].

Одним из наиболее значимых экоассоциированных заболеваний являются врожденные пороки развития (ВПР). Нами установлено, что частота и структура ВПР зависит от экологической напряженности и характера загрязнения в данном регионе и носит циклический характер. В стране из ВПР наиболее часто встречаются врожденные пороки сердца (ВПС) и пороки развития центральной нервной системы, в частности спинномозговые грыжи (СМГ) [8,9,10]. Изучается роль генетических факторов в формировании СМГ, так как эти пороки могут наблюдаться в одной семье и, даже, у близнецов.

Проведены исследования по определению генетических факторов риска формирования ВПС [10]. Установлена достоверная ассоциативная связь между фолатзависимым A1298C генотипом среди кыргызской популяции и риском развития ВПС. Выявлена клинико-генетическая значимость носительства матерями генотипа СС и АС полиморфизма A1298C и гаплотипов СТсс, а плодом - генотипов АС полиморфизма A1298C и гаплотипов Стас и ССас для развития ВПС в кыргызской популяции. Установлено, что ВПС имеет возрастную структуру и хронологию клинических проявлений. Среди умерших новорожденных с ВПС в 47,5% порок сердца сочетался с другими экстракардиальными пороками развития.

Среди детей, умерших в первую неделю жизни, у 62,5% порок сердца выявлялся в составе множественных многосистемных пороков развития. На основании этих исследований нами разработано методическое пособие с грифом Минздрава республики по формированию системы мониторингования и внедрению республиканского реестра ВПР. С целью профилактики формирования ВПС женщинам фертильного возраста рекомендован курс приема фолиевой кислоты за 3 месяца перед зачатием и в первые 3 месяца беременности.

Нами изучены этиопатогенетические особенности развития судорожных состояний у детей. Впервые установлено, что развитие пароксизмальных состояний у детей раннего возраста сопровождается явлениями оксидативного стресса с интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, угнетением системы антиоксидантной защиты, особенно при трансформации незпилептических пароксизмов в эпилепсию [11].

На современном этапе в этиоструктуре острого аппендицита преобладает кишечная палочка (60%), синегнойная палочка (34,9%) и стафилококк (5,8%) с низкой чувствительностью ко многим рутинным антибиотикам (от 40% до 70%). Заболевание протекает на фоне дисбиоза кишечника и снижение клеточного звена иммунитета. Рекомендовано и внедрено включение в комплексное лечение жидких пробиотиков [12].

При изучении ранговой значимости факторов риска рождения недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) высоким шансом риска являются: преэклампсия беременности (OR=11,5), кольпит (OR=7,8), неправильное положение плода (OR=4,2), маловодие (OR=2,9), фетоплацентарная недостаточность (OR=2,1) и преждевременная отслойка плаценты (OR=2,5). Установлено, что недоношенность с пренатальной гипотрофией отрицательно влияет на механизмы гормональной адаптации в раннем неонатальном периоде. Разработана и внедрена в работу родильных домов и неонатальных отделений таблица ранговой значимости социальных и медико-биологических средовых факторов риска рождения недоношенных детей с ЗВУР [13].

Ведутся исследования по изучению причин стремительного роста неонатальных желтух, геморрагической болезни новорожденных и

внутричерепных кровоизлияний с развитием вторичных менингоэнцефалитов [14,15]. Разрабатывается гипотеза, что в учащении и утяжелении этих неонатальных заболеваний, помимо всех выявленных факторов риска, играют роль и организационные мероприятия. В частности исключение из республиканского протокола обязательного по рекомендациям ВОЗ введения всем новорожденным витамина К. В настоящее время начаты исследования по изучению этиоструктуры и особенностей клинического течения и лечения врожденных и приобретенных пневмоний [16].

Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что обучение педиатрии – это многоэтапный сложный процесс, требующий комплексного учебно-методического, клинического и научного подхода.

Литература:

1. Боконбаева С.Дж. Экопатология детей Кыргызстана.- Бишкек, КРСУ, 2008.- 130с.
2. Абдылдаева А.А. Влияние средовых факторов риска на физическое развитие детей Кыргызстана // Автореф. дисс. канд. мед. наук.-Бишкек, 2009.-22с.
3. Каракеева Г.Ж. Влияние средовых факторов на физическое развитие и состояние здоровья детей из многодетных семей // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2011.
4. Какеева А.А. Особенности гнойно-септических заболеваний у новорожденных детей в современных условиях // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2001.
5. Афанасенко Г.П. Особенности раннего врожденного сифилиса у новорожденных детей на современном этапе // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Бишкек, 2003.
6. Джакшылыкова А.А. Внутриутробные инфекции новорожденных (этиология, клиника, лечение) // Автореф. дисс. канд. мед. наук.-Бишкек, 2005.
7. Попова О.В. Особенности клинического течения и лечения церебральных нарушений у детей с персистирующими вирусными инфекциями // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2006.
8. Лобзова А.В. Роль средовых факторов в формировании врожденных пороков развития // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2008.
9. Кузнецова Т.В. Этиопатогенетические и клинические особенности течения спинномозговых грыж у детей,

совершенствование методов хирургической коррекции // Автореф. дисс. канд. мед. наук. -Бишкек, 2008.

10. Алдашева Н.М. Факторы риска формирования врожденных пороков развития в Кыргызской Республике и вопросы их профилактики.- Бишкек, 2011.-144с.

11. Кадырова А.Ш. Клинико-патогенетические варианты течения пароксизмальных состояний у детей раннего возраста и эффективность антиоксидантной терапии // Автореф. дисс. канд. мед. наук. -Бишкек, 2012.

12. Маметов Р.Р. Применение жидких биопрепаратов при комплексном лечении острого аппендицита у детей // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2008.

13. Вычигжанина Н.В. Особенности клинико-лабораторной адаптации недоношенных детей с пренатальной гипотрофией // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2012.

14. Боконбаева С.Дж., Шингарева М.И., Джанабилова Г.А. Поздние геморрагические расстройства периода новорожденности // Бюллетень ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова.-С.-Петербург, 2012.- С.9.

15. Боконбаева С.Дж., Ким Е.Г. Факторы риска развития патологических неонатальных желтух //Здоровье матери и ребенка. -2013.-Т. 5.- №2.- С.11-14.

16. Боконбаева С.Дж., Нуржанова С.Т., Какеева А.А. Особенности течения пневмоний у новорожденных детей //Здоровье матери и ребенка. -2013.- Т. 5.- №1.- С.34-37.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ РОДИЛЬНОМУ ДОМУ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

А.С. Исраилова, М.А. Арыстамбекова, Н. Ормонбекова

Национальный центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель проведенного исследования - изучение причин и структуры преэклампсии тяжелой степени (ПЭТС). Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 104 женщин, поступивших в отделение реанимации в 2011г. С диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени. Для оценки эффективности протоколов использованы индикаторы. Приводятся соответствующие данные.

Ключевые слова: преэклампсия тяжелой степени, причина, структура, роды.

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНУН КЛИНИКАЛЫК ТОРӨТ ҮЙҮНДОГУ КАН БАСЫМЫ ЖОГОРУЛАП КЕТКЕН УЧУРЛАРЫНЫН АНАЛИЗИ

А.С. Исраилова, М.А. Арыстамбекова, Н. Ормонбекова

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жүргүзүлгөн изилдөөнүн максаты – преэклампсиянын оор даражасынын түзүлүшү жана себеби. Ретроспективный анализге 2011 жылы жандандыруу бөлүмүнө кабыл алынган преэклампсиянын оор даражасы диагнозундагы 104 аялдын оору тарыхы тартылган. Протоколдун натыйжалуулугун баалоо үчүн индикаторлор колдонулду. Дал келүүчү жактайлар келтирилди.

Негизги сөздөр: преэклампсиянын оор даражасы, себеп, түзүлүш, төрөт.

THE CASES ANALYSIS OF THE GIPERTENZIV DISEASE DURING PREGNANCY ON the base of CLINICAL MATERNITY HOSPITAL OF NATIONAL CENTER OF PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD

A.S. Israilova, M.A. Arystambekova, N. Ormonbekova

National Center for Maternal and Child Welfare,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The purpose of the research study of the causes and structures of severe preeclampsia. Retrospective analysis of medical records of 104 women who presented to the emergency department in 2011 was performed. From diagnosis: severe preeclampsia. To assess the effectiveness of the protocols used indicators.

Keywords: severe preeclampsia, reason, structure, delivery.

Актуальность: Проблема гестозов в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра – гипертензивных нарушений у беременных – ГНБ остается весьма актуальной из-за нарастающей их частоты и тяжести клинических проявлений, значительной доли в структуре причин материнской и перинатальной смертности. В высокоразвитых странах мира материнская смертность от гипертензивных нарушений составляет в среднем 20 % [2].

В Российской Федерации ГНБ в структуре причин материнской смертности составляет 11.8 – 14.8 %.(4.5).

В Кыргызской Республике по данным

официальной статистики ГНБ (КР) в структуре причин материнской смертности ежегодно занимает второе или третье место, чередуясь с септическими послеродовыми осложнениями. Особой тяжестью клинических проявлений отличаются гипертензивные нарушения, развившиеся на фоне анемии.(6).

Частота осложнений беременности гипертензивными нарушениями в КР по данным научных исследований [7] составляет 18.2%. Соотношение сочетанных с экстрагенитальной патологией с «чистыми» гестозами составляет 2 : 1.

По данным независимых оценок экспертов ВОЗ КР по уровню МС находится на втором

месте после Таджикистана, составляет 150 на 100000 живых рожденных.

В разработанной правительством «Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» приоритетность материнства и детства определена, как одно из важнейших направлений внутренней политики страны.[4.5]

Подходы к решению проблемы материнской смертности (прогноз, скрининг риска в родах, предупреждение и раннее обнаружение осложнений, безопасные роды, инициативы по просвещению и мобилизации населения) не дали ожидаемых результатов и снижения ее показателя, так как нет достоверной информации, о том какие женщины умирают и почему это происходит, а также, что можно сделать для предотвращения подобных смертей в будущем [3.1.]

Из числа гипертензивных нарушений самым распространенным видом является преэклампсия (гипертензия + протеинурия).

Преэклампсия развивается в среднем у 10% беременных, однако при наличии предрасполагающих факторов ее частота повышается до 25-30%. Идентифицированы в настоящее время факторы риска преэклампсии. Среди большого числа причинных факторов преэклампсии невозможно выделить единственный (или основной), что указывает на участие множественных механизмов в развитии патологического процесса[2].

Цель настоящего исследования - изучение особенностей репродуктивного здоровья, течения беременности и родов у беременных женщин с гипертензивными нарушениями. Оценить эффективность внедрения протоколов путем использования индикаторов оценки.

Материал и методы исследования: С целью изучения репродуктивного здоровья, заболеваемости и осложнений беременности и родов анализу подвергнуты 104 истории родов женщин, поступивших в отделение реанимации роддома Национального центра охраны материнства и детства с диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени, и истории их новорожденных детей. Проведена выкопировка из историй болезни данных акушерско - гинекологического анамнеза, соматической и гинекологической заболеваемости, данных лабораторных показателей, УЗИ и маточно-плацентарного кровотока. Для оценки эффективности протоколов при ПЭТС использованы стандартные индикаторы.

Из 104 женщин находились в возрасте до 18 лет – 2(1.9%), до 40 лет – 98 (94%), свыше 40 лет – 4 (4.1%). Домохозяйки 78 (76%), работающих- 26(24%). Распределение женщин по месту жительства представлены в таблице №1.

При поступлении в акушерский стационар 53 (54%) женщин явились самостоятельно, 17 (16.3%) доставлены каретой скорой помощи, 22 (17.3%) направлены с ГСВ и 12 (11.5%) переведены со второго уровня ЛПУ.

Сроки беременности при поступлении: до 27 нед -3 (2.8%), до 33- 26 (25%), до 36 нед -35 (34%), свыше 37 нед – 40 (38.2%).

Паритет родов: до 4 родов 32 (30.7%), многорожавшие –72(69.3%). На учете состояла – 45(43%), не состояли 59(57%). Осложнение беременности: заболевания почек в 6 (7%), кольпит – 8(9%).

Сопутствующая патология: заболевания ССС выявлены у 4 (3.9%), заболевание почек – у 7(6.7%), анемией в 76(75%), в том числе легкой

Таблица №1
Распределение ПЭТС по территориальному признаку.

Нарын	Исык-куль	Ош	Джалал-Абад	Талас	Баткен	Чуй-г.Бишкек	Россия	Казахстан
33	19	12	13	3	4	15	3	2
31.7%	18,2%	11.5%	12.5%	2.8%	3.8%	14.4%	2.8%	2.2%

Таб 2. Эффективность оказания помощи в зависимости от времени оказания.

2 часа	6 часа	24 часа
19%	24%	61%

степени 43 (54%), тяжелой – 33(46 %).

Преэклампсия тяжелой степени 103- (99%), эклампсия – 1 случай при поступлении. Все 103 беременные поступили в состоянии тяжелой преэклампсии. В 4 случаев диагноз преэклампсии сочетался с преждевременной отслойкой плаценты и продолжающимся кровотечением.

Эффективность оказания помощи оценивается от времени родоразрешения (2,6,24 часа). 20 (19%) беременных женщин родоразрешены в первые 2 часа, 25 (24%) до 6 часов пребывания в роддоме. Более 24 часа – 58 (61%).(Таб 2)

Метод родоразрешения: у 68 (65 %) беременных женщин роды произошли через естественные родовые пути, у 36(35%) оперативным путем. Показанием к оперативному родоразрешению явилось в (11%) отслойка плаценты, в 1 случае в сочетании с геморрагическим шоком, 1 случай с миомой матки. В 5случаях – (14%) случаев показанием явилось внутриутробная гипоксия плода.

Сопутствующая патология: заболевания ССС в (3.9%), заболевания почек в (3%), (75%) в сочетании с анемией, легкой степени – (44%), тяжелой степени – (46%).

При оценке состояния плода, синдром задержки развития плода диагностирован у 22-х женщин (21%), в том числе у 8 (7.7%)- 1 степени и у 13 (12.5%) - 2степени; у 19 женщин (18%) верифицирован диагноз ФПН IAB. Для оценки оказания эффективности лечения использованы следующие индикаторы: введение основной и поддерживающей дозы магнезии сульфат. При этом установлено, что 84 женщинам (80.7%) проведено введение магнезии как основной так и поддерживающей доз. Что касается остальных 20 женщин (19.3%) не проводилось. При детальном рассмотрении историй выявлено: в 10 случаях не проведено введение ни основной дозы ни поддерживающей дозы магнезии сульфат в приемном блоке. В 10 случаях не проведено введение магнезии сульфат при переводе из отделения патологии в РИТ. Переход из легкой в тяжелую преэклампсии происходит на 2-3 сутки нахождения в отделении патологии. В одном случае родильнице, поступившей в роддом в раннем послеродовом периоде в состоянии тяжелой преэклампсии, не проводилось введение нагрузочной дозы магнезии сульфат в приемном блоке.

Таким образом:

1. Следует отметить, что 65 % женщин с ПЭТС родоразрешены через естественные родовые пути, что является показателем эффективности лечения. И тенденция к его увеличению является позитивным показателем качества оказания медицинской службы. Внедрение новых методов индукции родов позволит увеличить количество родов через естественные родовые пути.

2. О некачественном антенатальном уходе на ГСВ беременных женщин свидетельствуют факты: из 104 женщин, лишь 22 (21.1%) госпитализированы по направлению. Следует отметить, что 20 % беременных родоразрешены в первые 2 часа, что свидетельствует о степени тяжести преэклампсии при поступлении и зависит от уровня наблюдения на уровне ГСВ.

3. Только лишь 21.1 % беременных госпитализированы по направлению ГСВ, что свидетельствует о некачественном антенатальном уходе на местах и позднем выявлении беременных с тяжелой патологией.

4. Соблюдение протокола по ПЭТС, начиная с приемного блока ведение основной и поддерживающей дозы магнезии является резервом для снижения осложнений для данной патологии (ангиоцеребральных нарушений).

5. Процент родоразрешенных до 6 часов нахождения в РИТ составил 24%, это связано с присоединением преждевременной отслойки плаценты и в/у гипоксии плода. Это следует рассматривать как осложнение основного диагноза, либо неадекватной коррекцией АД. Как известно. по данным литературы, что резкое снижение АД приводит к отслойки плаценты, в/у гипоксии и кровоизлияниям головного мозга.

Предложения по улучшения службы охраны материнства и детства:

1. Необходимо продолжить работу с беременными и их родственниками по выявлению симптомов тревоги и своевременного обращения в стационар. 51 % женщин пришли сами с выраженной степенью тяжести.

2. Перевод с других ЛПУ составил 11%. Следует ожидать увеличения беременных с такой степенью тяжести и обеспечить готовность стационара к приему тяжелых женщин с учетом внедрения программы регионализации.

3. При рассмотрении сроков беременности, следует отметить следующее: 25% составили роды в сроке ранних родов и 34% преждевременных

родов, необходимо обеспечить кадровый и медикаментозный резерв, для лечения этой группы недоношенных новорожденных (наличие сурфактанта и проведение СЕПАП терапии).

Ведение беременности на фоне заболевания почек и ССС является отягощающим моментом при преэклампсии. Проведение пренатальной подготовки женщин к беременности является резервом улучшения показателей родовспоможения.

Список литературы:

1. Кулаков В.И. (ред.). Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. М 2005.

2. Кулаков В.И. и соавт., Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. М 2005.

3. Баччи А. и соавтор. Et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. J Am Soc Nephrol 2004;15:2440—2448.

4. Гридчик А.Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области (состояние, тенденции, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.2002;36.

5. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998—2002 гг. М: Минздрав РФ 2002;316.

6. Омарова П.М. «Особенности течения беременности и родов и послеродового периода у женщин м ЖДА и ожирением //Мат. V Рос. Форума «Мать и дитя», 2003, с. 152 – 153.

7. Рыбалкина Л.Д., Назаралиева С.Б., Исраилова А.С., и др., «Заключительный отчет: Патогенетические основы профилактики осложнений гестационного процесса гипертензивными нарушениями у женщин в условиях экологического неблагополучия», Бишкек, 2006,-с.65.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ

Н.Р. Акматбекова

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства,
Бишкек, Кыргыз Республика

ТӨРӨТ УЧУРУНДА ЖАТЫНДЫН МОЮНЧАСЫ ЖАРАКАТ АЛЫШЫНЫН СЕБЕПТЕРИНЕ ЖАНА ТОБОКЕЛДИК ФАКТОРЛОРУНА ЗАМАНБАП КОЗ КАРАШ

Н.Р. Акматбекова

Энеликти жана Балачакты коргоонун Улуттук борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

MODERN RISK FACTORS AND TRAUMA CAUSES OF GENESIS CERVIX UTERI'S DURING CHILDBIRTH

N.R. Akmatbekova

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

Как известно, шейка матки выполняет важные и разнообразные функции в организме женщины. Она участвует в поддержании нормальных анатомо-функциональных взаимоотношений между всеми органами малого таза. Барьерная функция шейки проявляется в защите матки и брюшной полости от инфекции. Слизь, вырабатываемая в период овуляции в шейном канале, позволяет сперматозоидам быстро и беспрепятственно попадать в матку для оплодотворения. Шейка позволяет женщине вынашивать беременность до срока и, кроме того, играет важную роль в формировании остроты сексуальных переживаний. Следовательно, заболевания шейки матки имеют весьма значительные негативные последствия для репродуктивного здоровья женщины.

В последние десятилетия в связи с изменением условий жизни, увеличением числа иммунодефицитных состояний, отмечается рост воспалительных заболеваний гениталий различной этиологии начиная с подросткового возраста, вызывающих повреждение в частности шейки матки [1,30,31]. Увеличение числа эндокринной патологии женщин, в результате которой часто возникает неполноценность шейки матки во время беременности (истмико-цервикальная недостаточность) ведет к росту частоты невынашивания [32,33,34].

И все же самая высокая вероятность

повреждения шейки возникает в процессе родов. Высокий уровень родового травматизма, в странах постсоветского пространства, в частности разрывов шейки матки, несмотря на знание факторов риска, проводимые профилактические мероприятия, известную методику ушивания и качественный шовный материал, отмечается многими исследователями [1, 3, 6].

Известно, что разрывы шейки матки в родах классифицируются на спонтанные (аномалии родовых сил или крупный плод) и насильственные (в результате действий врача).

По степени глубины они делятся на три степени:

I степень – разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

II степень – разрывы длиной более 2 см., но не доходящие до сводов влагалища.

III степень – разрывы с повреждением внутреннего зева, тканей и сводов влагалища [В.Ф. Нагорная, 2011].

Чаще всего встречаются разрывы I и II степени. Они могут быть как насильственными, так и спонтанными. Если разрыв не повреждает кровеносного сосуда значительного диаметра, то может остаться не диагностированным. Деформация шейки матки, наличие старых не ушитых разрывов приводит к длительно текущему воспалительному процессу, в

результате которого возникают фоновые и предраковые заболевания шейки [1]. Частота таких повреждений шейки колеблется в широких пределах от 3,0% до 85,0% [3, 6, 8, 20, 22, 24]. Все вышеперечисленное подтверждает актуальность дальнейших исследований по выявлению и классификации причин и факторов риска данного осложнения.

Факторы риска, способствующие возникновению разрывов крайне многообразны. По мнению одних авторов они формируются до беременности [1, 14, 21, 6, 23, 10, 17, 19, 25], по мнению других - во время беременности [2, 11, 13, 25, 26, 27, 28], по мнению третьих – в родах [2, 6, 11, 14, 15, 23, 26, 10, 12, 13, 16, 7].

По данным ретроспективного исследования, проведенного в 19 госпиталях и насчитывающего 228 000 родов, азиатская раса определена как фактор риска возникновения разрыва шейки матки [2].

В результате исследования особенностей течения беременности и родов у первородящих женщин с репродуктивными потерями в анамнезе выявлена связь между их психоэмоциональным состоянием и возникновением осложнений родового акта и в частности в 29,2% случаев разрывов шейки матки [9].

Почти все исследователи склоняются, к тому, что разрывы шейки матки с достоверно большей степенью вероятности возникают у молодых (до 25 лет) первородящих женщин [2, 9, 6, 13, 14, 16, 21, 26]. В то же время обнаружены исследования, в которых отрицается влияние возраста матери на возникновение разрывов шейки в родах [13].

Причины более частого осложнения родов травмами мягких тканей до конца не изучены. Возможно, это связано с наличием у них недифференцированной дисплазии соединительной ткани - патологии, изучение которой началось сравнительно недавно и еще не существует единых диагностических критериев [34]. По мнению авторов, разрывы шейки матки возникают при данной патологии в 40% случаев при истмико – цервикальной недостаточности. Шейка матки, содержащая в своем составе множество коллагеновых волокон, более подвержена разрывам в родах при низком уровне оксипролина, который имеет место при данном синдроме [19, 25]. По данным Жамлиханова С.С., Макарова М.А. и соавт. [4] разрывы влагалища и шейки матки наблюдаются

в 3 раза чаще в сравнении с беременными, не имеющими патологии. В то же время, существуют исследования, по результатам которых недифференцированная дисплазия соединительной ткани не является фактором риска разрывов шейки, но является таковым при разрывах промежности [18].

К факторам риска, формирующимся до беременности, отнесены хронические воспалительные заболевания гениталий бактериальной и вирусной этиологии [1, 14, 21]. Особое значение некоторые исследователи придают папилломавирусной инфекции [10], наличие которой само по себе ведет к осложнениям в течении родового акта (преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности), а в последующем может приводить к неопластическим процессам шейки матки.

Предшествующие аборт ведут к травматизации шейки матки в родах в последующем [1]. Кроме того, ученые признают факт разрывов шейки матки при прерывании беременности во II ее триместре [32,34,35]. В настоящее время проводятся многочисленные исследования по сравнению эффектов медикаментозного прерывания беременности и традиционного хирургического метода [4].

Имеющаяся псевдоэрозия шейки матки также является фактором риска разрыва шейки матки в родах [6, 14, 23]. Диатермокоагуляция по поводу псевдоэрозии шейки матки вне беременности, в родах может привести к ее разрыву [14].

Во время беременности, по мнению большинства авторов, наложение швов (серкляж) на шейку матки при истмико – цервикальной недостаточности играет важную роль в последующем возникновении ее разрывов [2, 11, 13, 25, 26, 27, 28]. Напротив, по результатам ретроспективного когортного исследования, проведенного Seravalli V, Potti S и Berghella V. [2013] серкляж не является фактором риска разрывов шейки матки в родах [28].

Что касается осложнений самого родового акта, то факторами риска считаются:

- дорсальное положение женщины в родах. Имеются результаты исследования сравнения частоты травм мягких тканей родовых путей у женщин, роды которых проходили в вертикальном положении и в дорсальном. Результаты свидетельствуют о более высокой

частоте разрывов шейки матки в группе женщин, родивших в полусидячем или лежащем положении [5].

- преждевременное излитие о/п вод [6, 10, 14].

- роды индуцированные окситоцином [2, 6, 11, 14, 15, 23, 26]. По данным исследования сравнения эффективности окситоцина и простагландинов частота разрывов шейки матки выше в группе женщин, роды которых индуцированы окситоцином [23].

- аномалии родовой деятельности (быстрые роды, стремительные), а также слабость родовой деятельности, требующая коррекции окситоцином [6, 10, 14, 16, 27].

- поворот плода при заднем виде затылочного предлежания [7].

- несоответствие костного таза матери размерам головки плода [12].

- эпизиотомия [13].

- вакуум – экстракция плода [2, 10, 12, 13, 26, 27].

- наложение акушерских щипцов [29].

Необходимо отметить, что исследователи подвергают детальному изучению эффекты вакуум - экстракции плода в сравнении с наложением акушерских щипцов. В то же время некоторые ученые пришли к выводу о том, что при вакуум - экстракции плода в сравнении с наложением акушерских щипцов травмы шейки происходят несколько реже [29].

Несмотря на вышеперечисленное, имеются результаты ретроспективного исследования Parikh R, Brotzman S и Anasti JN. [11], которые не выявили связи между разрывами шейки матки и оперативными влагалищными родами (роды наложением вакуум-экстрактора или акушерских щипцов).

В литературе также имеются единичные исследования, утверждающие, что разрывы шейки матки не влияют на последующие беременности женщин и их роды [13].

Все выявленные факторы риска складываются в единую цепь – патологические состояния до беременности ведут к осложнениям в родах и возникновению травматизации родовых путей. Можно сказать, что из них возникает порочный круг – заболевания шейки матки, возникшие до и во время беременности, ведут к ее травматизации в родах. В свою очередь разрывы шейки матки в родах являются фактором риска возникновения ее серьезной

патологии в последующем.

Таким образом, высокий уровень травм шейки матки, выраженное многообразие известных факторов риска и имеющиеся противоречия в оценке их значимости, позволяют считать очевидной актуальность дальнейших исследований по выявлению наиболее важных факторов риска, их систематизации, а также изучению ближайших и отдаленных последствий разрывов шейки матки для репродуктивного здоровья женщин Кыргызской Республики.

Литература:

1. Хакимова Ф.М., Кулавский В.А. Оптимизация методов хирургического лечения посттравматической деформации шейки матки// Форум «Мать и Дитя». Москва,- 2009г. - с.527.

2. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical laceration During Vaginal Delivery// doi: 10.1097/AOG.ObO13e31820afaf2.

3. Tears and Hematomas// Fernandez Hospital PVT.LTD.- 2003

4. Жамлиханова С.С., Макарова М.А., Николаева А.В., и др. Осложнения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани// Форум XIII «Мать и Дитя». Москва,-2012г.-с.145.

5. Н.А. Жаркин, Т.В. Чернова, О.С. Анчакова. Новые методы в эксперименте и клинике// Волгоградский научно-медицинский журнал - 2011г, №1; - с.43-45.

6. Бова О.С., Новикова О.Н. Факторы риска разрыва шейки матки в родах// Всероссийский форум IX «Мать и Дитя». Москва,- 2007г.- с.27-28.

7. Le Ray C., Goffinet F. Manual rotation of occiput posterior presentation// Gynecol Obstet Fertil. 2011 Oct; 39(10):575-8.

8. Полтрацкая Л.П., Новикова О.Н. Гнойно-септическая заболеваемость родильниц по данным родильного дома №1 г. Кемерово// Форум VII «Мать и Дитя». Москва,- 2005г.- с.207.

9. Гурьев Д.А., Волевач Л.В. Особенности течения беременности, родов и психоэмоциональные нарушения у первородящих женщин с репродуктивными потерями в анамнезе// Форум «Мать и Дитя». Москва,- 2003г. - с.55.

10. Фомичев В.В. Особенности течения беременности и родов у пациенток с папилломавирусными поражениями гениталий// Дис. канд. мед. наук. Смоленск, - 2006г.

11. Reshma Parikh, Susan Brotzman, James

N. Cervical Lacerations: some surprising facts// American Journal of Obstetrics & Gynecology.- 2007 may 17.

12. Perineal Trauma & Epsiotomy// Mrs Raheegh AWNI. 07.10.2010.

13. Nir Melamed, Avi Ben-Haroush, Roni Chen. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies// American journal of Obstetrics & Gynecology. April 2009. - 388.

14. Ячменев Н.П. Состояние шейки матки после ее разрыва в родах// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва,- 2008г.

15. Третьякова М.В. Механические методы подготовки шейки матки при доношенной беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод// Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва,- 2001г.

16. Николаева Л.Б., Тришкин А.Г. Частота и структура акушерских осложнений у первородящих женщин// Форум «Мать и Дитя». Москва, - 2008г. - с.181.

17. Кан Н.И., Ванина Л.Н., Кузьмичева С.Г. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с сочетанием ожирения и инфекции// Форум «Мать и Дитя». Саратов,- 2007.-с.234.

18. Грачева О.Н. Осложнения родов у женщин с дисплазией соединительной ткани// Сборник тезисов. Москва, - 2010г. - с.83.

19. Комиссарова Л.М., Карачаева А.Н. Течение родов у женщин с дисплазией соединительной ткани// Форум «Мать и Дитя». Москва,- 2010г.- с.147-148.

20. Слабинская Т.В., Ларькин Д.М. Кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде у пациенток перинатального центра// Слабинская Т.В., Ларькин Д.М. Форум «Мать и Дитя», Москва, 2009г. ст.-188.

21. Глуховец Б.И., Измайлов Р.М., Сералиева Н.Ш. Значения урогенитальной инфекции в механизме разрывов шейки матки у рожениц// Форум «Мать и Дитя», Москва, 2005г. ст.-48,49.

22. Басиладзе Е.Н. Анализ инфекционно-воспалительных осложнений у родильниц// Форум «Мать и Дитя». Москва,-2005г. с. - 323.

23. Казибекова Ф.Ш., Рыбалка Е.В., Новикова В.А. Профилактика осложнений при родовозбуждении и дискоординации родовой деятельности// Форум «Мать и Дитя». Москва,- 2011г.- с.82-83.

24. Кох Л.И., Назаренко Л.П. Клинические проявления дисплазии соединительной

ткани у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью// Форум «Мать и Дитя». Москва,- 2009г.- с.99.

25. Гурбанова С.Р. Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в патогенезе истмико-цервикальной недостаточности// Материалы IV съезда. Москва,- 2008г.- с.63-64.

26. Landy H.J., Laughon S.K., Bailit J.L.Kominiarek M.A. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery// Obstet. Gynecol. 2011 Mart; 117(3): 627-35.

27. Melamed N., Ben-Haroush A., Chen R. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies// AJOG. 2009 April; 200(4): 388.e 1-4.

28. Seravali V., Potti S., Berghella V. Risk of intrapartum cervical lacerations in women with cerclage// Journal Matern. Fetal Neonatal Med. 2012 October 29.

29. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extraction using defined criteria// Doi: 10.1080/01443610220141227/

30. В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. Эктопии и эрозии шейки матки. 2002г., Глава 3,- с.22.

31. Додонова А.Н., Трубина Т.Б., Трубин В.Б. Оценка состояния шейки матки у женщин с генитальным пролапсом// Материалы III регионального научного форума «Мать и Дитя». Саратов,- 2009г.- с.91.

32. Яковлева О.В., Музурова Л.В. Уточнение показаний для коррекции несостоятельности шейки матки// Форум «Мать и Дитя». Екатеринбург,- 2010г.- с.347.

33. Kara Beth Thompson, Jennifer Keehbauch. Cervical Incompetence Update// The Female Patient. Vol 34 November 2009.

34. Яковлева О.В., Музурова Л.В. Возможность проспективного прогнозирования преждевременного прерывания беременности при несостоятельности шейки матки во втором триместре беременности// Форум «Мать и Дитя». Екатеринбург,- 2010г.- с.348.

35. Эгембердиева Л.Д. Возможность диагностики и исходы беременности при анатомической и функциональной недостаточности шейки матки// Форум «Мать и Дитя». Екатеринбург,- 2010г.- с.283.