Uzakbaev K.A., Saatova G.M., Furticova A.B.

National Center of Maternity and Chilhood Care
Bichkek, Kyrgyz Republic.

Abstract: *the article presents the risk factors and the probability of the formation of congenital malformation of the fetus.*

Key words: *congenital malformation, fetus.*

*:dlmevghklv . GZbgu_lggbb Kihklgghklb KJ \Dujaklg_*
ihkeqbhuk bevklmkhkmsklgghcdlbbaKbyZdlhhnhfbjnsbo
wlm iZnehbxey bamgbyebygbynZlhhgZylghklv nhj fbhgbyhggh
ihhdZblbyiehZebihgZbabhgugugusbg dhlhjuebihegu
uZkbfhklbhlgZbyibagZhKJiehgZiiuh kghgmkrebgsbgu
m dhlhjuoKJ iehZebgZhklbhgZhfyfgghklb be bmghhhgghh
gf ihklgZvghf ibh^dhglhevgmxhniim khklZeZgsbg m dhlhjuo
ibagZh\KJ g_ueh uyegh gb h fy fgghklb gb \j gf ihkehh^hf
*ibh^*

Khbgnhf Zbihhbeky b_hfZbahgghhbglyxhkl hysbba
hihkh\ \ hkghghf adulhh oZlZbfxbo hl h Z bgZlh\ hlZ
IhgZbabhgZb mklghegZhghklbqdZagZfhklv u^ egguo nZlhh\bkdZ
nhfbhgZbyKJ

Jamevl u bkkehgZby

Khl Zgh ihemgguf mevl Zkfub EgbbE kgbbE khd uyegby ibagZh
KJiehgZvklZbhlfqkykemqofgh` klgguoihhdhbihhdh
PGKGkdhevdhihabZhklbhZbkvhgguihhdbhgZh fhihehhb Ekbklfu
+gZ^ihhdbhgZhibsZlevghb Ekbklfugg^ebihhdb
kb djniguo khkmh\+gZg^klZb AZZ kihkehZevghklv
bahebhgZgu KJ dhklghfurghb E b q x k l g h e b h b Ekbklfibagzb dhlhjuoueb
aZhhajugZ^yofgghklbkhhl klggh

MkehbfiugbyfgghklbgZgbokhdZihihhhKJ iehZeylky
gyyigZvgyZhklbdZghhiZnehbqdhhkhklhyg byeybamgbyfbdh
khbZvguokfcguobgdhlhjuogkfcguonZlhhbkdZhj fbhgbyKJ m iehZ
gZbadegukgbyhfbdhbhehbqdbokhbZvghb bgbqdbobgdhlhjuo
ihbahhkgguo nZlhh hacklby \kfv IhgZbabhgu gu_h khklhygbb
ahhvy hblec b ebZrbo hkggbdh\khbZvguc klZmk jh ^b l_e_c b k_f v b
mkehby ihbgby kfvb ib^msbc dmrkdbc gZga gZekggu_nZlhju
lgbfgghklb

bhehbqdb_ ndlhu Ih_mevllfgrbobkke_hgbck_gbchakl_gsbg
Jmiikhklbe l Jmii_kg_gby e_lK_gbchakl hlph
khklbekhhl kl_gghbe_l
<f_kl_kl_ffu gfexeb aebqgh_ku e_gb_gsbg hkg hghb E hdhglhevghbE
Jmiioihhakl mbkmghd

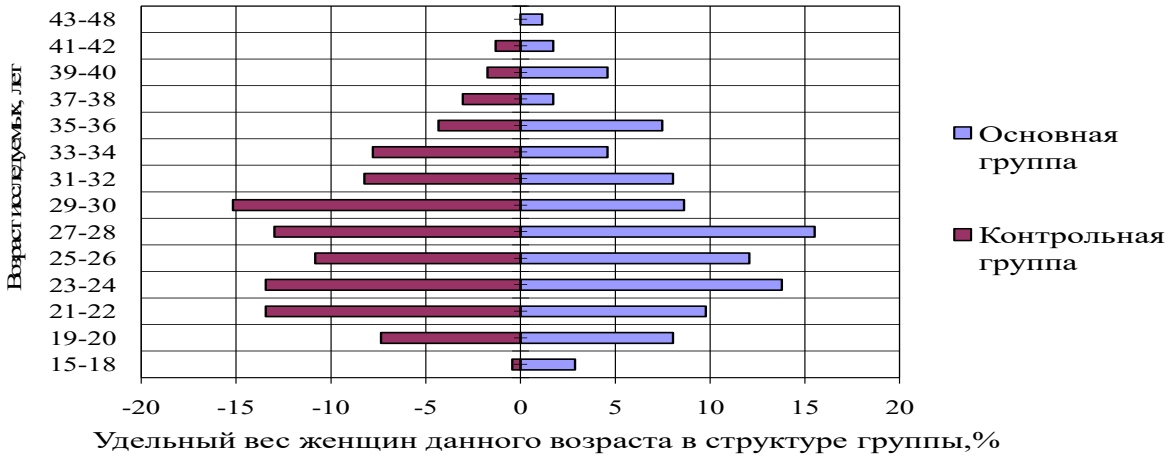

Рисунок 1. Распределение женщин в основной и контрольной группах по возрасту

Согласно полученным нами результатам, в основной группе отмечается больший процент женщин в возрасте младше 19 лет и старше 35. Риск формирования ВПР плода выше у женщин до 20 лет (OR =1,04) и старше 30 лет (OR=1,0), а от отца в возрасте от 21 до 30 лет (OR=1,15) и старше 40 (OR=0,91) лет выше, чем в других возрастных группах (P<0,05).
Частота осложнений наследственного анамнеза в основной группе составила 7,5±2,0%, данный показатель выше частоты случаев осложненной наследственности в группе контроля – 3,5±1,2%, однако статистически значимые различия данных показателей отсутствуют (OR=2,25, 95% CI: 0,91-5,56). Из числа анкетированных семей, ВПР плода в 3,57% случаев был выявлен при близкородственном браке. Шанс формирования ВПР у плода в 1,07 раз выше в семье с родственным браком (OR=1,2), что связано с возможными генными мутациями и хромосомными аномалиями.

Представляет интерес сравнение исследуемых групп по уровню образования. Нами было получено следующее распределение женщин (таблица 1).
Согласно проведенному статистическому анализу, нами не было обнаружено значимых различий при сравнении образовательного уровня беременных основной и контрольной группы.

Таблица 1. - Распределение исследуемых по уровню образования

Уровень образования	Основная группа		Контрольная гпуппа		OR	95%CI
	абс	%	абс	%		
Высшее	72	41,4 ±3,7	83	35,9 ±3,2	1,26	0,84-1,89
Незаконченное высшее	16	9,2± 2,2	20	8,7± 1,9	1,07	0,54-2,13
Среднее профессиональное	54	31,0 ±3,5	88	38,1 ±3,2	0,73	0,48-1,11
Среднее	28	16,1± 2,8	38	16,5 ±2,4	0,97	0,57-1,66
Незаконченное среднее	4	2,3 ±1,1	2	0,9 ±0,6	2,69	0,49-14,88
Всего	174	100,0	231	100,0	-	-

Прежде всего, считаем необходимым обратить внимание на статистически значимое превышение процента неработающих женщин в основной группе 79(26,4±3,3%) по сравнению с контрольной группой (11,3±2,1%), OR=2,83, 95% CI: 1,67-4,81.

Также нами были получены сведения о статистически значимом снижении риска наличия ВПР плода у женщин, занятых в сфере образования и культуры (OR=0,35, 95% CI: 0,17-0,74) и в сельском хозяйстве (OR=0,09, 95% CI: 0,01-0,69). Напротив, более высокий риск наличия ВПР плода отмечался для женщин, работающих в производственной сфере (OR=2,11,

95% CI: 1,10-4,05), что может быть обусловлено воздействием профессиональных факторов. *Осведомленность родителей о планировании беременности* влияет на риск зачатия плода с ВПР. 51,7% женщин, имеющих плод с ВПР были осведомлены о планировании беременности, но не использовали эти знания, 24,1% матерей не были осведомлены о планировании беременности. Шанс зачатия плода с ВПР в семье, не осведомленной о планировании беременности в 1,77 раз (OR=1,1), и в семье, осведомленной, но не выполняющей рекомендаций, в 1,55 раз выше, чем в семье, планирующей беременность (OR=1,1).

Женщины, родившие ребенка с ВПР в 44,8% случаев, планировали эту беременность, в контрольной группе женщин, родивших детей без ВПР, беременность планировали 81,8%. При незапланированной беременности шанс зачатия ребенка с ВПР увеличивается в 5,7 раз и составляет 8,0.

Очевидно, что в случае запланированной беременности такие мероприятия, как отказ от вредных привычек, начало приема ПВМ, постановка на учет в женскую консультацию будут происходить на более ранних сроках, чем при незапланированной. Согласно нашим результатам, частота незапланированных беременностей в основной группе составила 28,7±3,1%, в то время как в группе контроля – 15,6±1,7%. Влияние незапланированности беременности на риск возникновения ВПР плода статистически значимо (OR=2,18, 95% CI: 1,35-3,54).

Все беременные наблюдались медицинским персоналом. Наблюдение за беременной женщиной повышает шанс рождения живого ребенка с ВПР (ОШ=1,39).
По мере нарастания сроков беременности вероятность наблюдения за женщиной медицинским работником уменьшалась, причем во 2-м и 3-м триместрах беременности (рис. 2).

Количество наблюдавшихся женщин было меньше среди родивших детей с ВПР. В 1 триместре беременности встали на медицинский учет 72,4% женщин, родивших в последующем детей с ВПР, и 72,7% - в контрольной группе. Во втором триместре наблюдалось лишь 17,24% женщин, родивших детей с ВПР и 27,3% - из контрольной группы. В третьем триместре наблюдалось 6,8 и 9,09% беременных женщин соответственно.

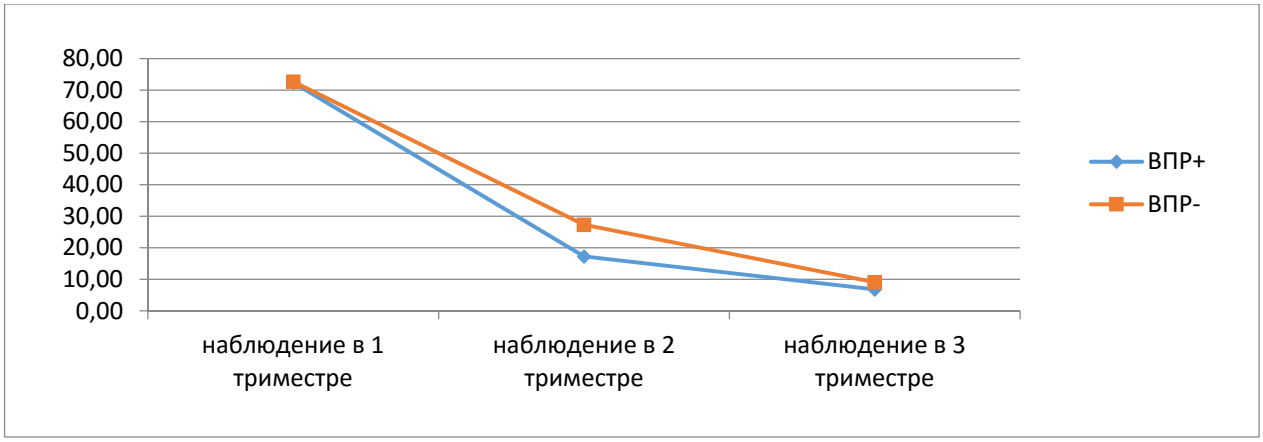

Рисунок 2. Количество беременных женщин, наблюдавшихся у медицинских работников.

Таким образом, оценивая социальный и биологический статус семьи следует отметить высокий риск формирования ВПР у плода в семьях с родственным браком, неосведомленных и не выполняющих рекомендаций по планированию семьи.

Одним из наиболее важных позитивных факторов, способствующих снижению риска возникновения ВПР у плода, является своевременность и полноценность профилактических мероприятий, в частности, витаминопрофилактики. В связи с этим, нами были изучены сроки начала приема препаратов витаминов и микроэлементов (ПВМ) у исследуемых женщин, распределившихся по данному показателю следующим образом (таблица 2).

Согласно полученным нами данным, в случае раннего, до наступления 7 недели беременности срока начала витаминопрофилактики наблюдается статистически значимое снижение риска возникновения ВПР плода (OR=0,29, 95% CI: 0,18-0,47). С другой стороны,

поздний, позже 12 недели беременности срок начала витаминопрофилактики, соответствует увеличению риска рождения ребенка с ВПР (OR=2,64, 95% CI: 1,76-3,98).

Таблица 2. - Распределение исследуемых по срокам начала приема препаратов витаминов и микроэлементов

Срок начала приема ПВМ	Основная группа		Контрольная группа		OR	95% CI
	абс	%	абс	%		
До 7 недели беременности	28	12,1 ±2,1	92	52,9 ±3,8	0,29*	0,18- 0,47
7-12 недели беременности	52	29,9 ±3,5	68	29,4 ±3,0	1,02	0,66-1,57
Позже 12 недели беременности или не принимали	94	54,0 ±3,8	71	30,7 ±3,0	2,64*	1,76-3,98
Всего	174	100,0	231	100,0	-	-

** различия статистически значимы (P<0,05)*

Дополнительно нами была изучена частота приема препаратов, содержащих фолиевую кислоту, которая обладает доказанным благоприятным эффектом на риск формирования ВПР плода. Распределение женщин в основной и контрольной группах по данному показателю отражено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение исследуемых по частоте приема препаратов, содержащих фолиевую кислоту

Показатель	Группа исследуемых	
	Основная	Контрольная
Число женщин, принимающих ПВМ	147	207
Число женщин, принимающих препараты фолиевой кислоты	116	183
Доля женщин, принимавших препараты фолиевой кисмлоты, среди женщин, принимавших ПВМ,%	78,9 ±3,4	88,4 ±2,2
OR	0,49*	
95% CI	0,27-0,88	

** - различия статистически значимы (P<0,05)*

Таким образом, в группе контроля нами наблюдалось статистически значимое увеличение процента женщин, принимавших препараты фолиевой кислоты (OR=0,49, 95% CI: 0,27-0,88) (табл.3).

Результаты проведенного нами анкетирования среди 120 женщин показали, что в 87,8% случаев источником информации о методах профилактики ВПР плода, в том числе витаминопрофилактики, являлись врачи женских консультаций. В связи с этим для основной и контрольной групп нами были рассчитаны средние значения срока постановки беременной на учет в женскую консультацию, как фактора, оказывающего непосредственное влияние на своевременность первичной профилактики ВПР плода. Согласно полученным нами данным средний срок постановки на учет в основной группе составил 10,5±0,3 недели беременности, в группе контроля – 9,7±1,7 недели беременности. Различия данных показателей статистически значимы (p<0,05), что свидетельствует о влиянии срока начала врачебного наблюдения беременной на риск формирования ВПР плода.

На следующем этапе объектом нашего внимания стало влияние на вероятность развития ВПР плода других факторов, в том числе: вредных привычек – табакокурения и приема алкогольных напитков, труда, связанного со значительными физическими нагрузками, физических факторов (шум, вибрация, радиация), химических факторов, инфекционного фактора, психологического стресса.

С целью максимальной объективизации исследования срок регистрации каждого фактора был ограничен первым триместром беременности, то есть тем периодом, в течение которого

воздействие вредных факторов ведет к формированию ВПР плода. Сила влияния каждого фактора и ее статистическая значимость оценивались нами количественно с использованием показателя отношения шансов. В результате статистического анализа были получены следующие результаты (таблица 4).

Таблица 4. Оценка влияния факторов, действующих на сроке до 12 недель беременности, на риск возникновения ВПР плода

±Фактор	Частота воздействия фактора,%		OR	95% CI
	Основная группа	Контрольная группа		
Табакокурение	24,1 ±3,2	6.5 ±1,6	4,58*	2,44-8,98
Алкоголь	20,1 ±3,0	4,3 ±1,3	5,56*	2,67-11,60
Физические перегрузки	10,3 ±1,4	20,3 ±2,6	0,45*	0,25-0,81
Экологические факторы	13,8± 2,6	8,7 ±1,9	2,24*	1,06-4,74
Инфекционный фактор	22,4 ±3,2	5,6 ±1,5	4,84*	2,50-9,40
Психологический стресс	59,2 ±3,7	22,5 ±2,7	4,99*	3,24-7,69

*-различия статистически значимы (P<0,05)

Таким образом, нами был обнаружен статистически значимый неблагоприятный эффект табакокурения, приема алкогольных напитков во время беременности, физических факторов (шум, вибрация, радиация), инфекционного фактора, психологического стресса. В наибольшей степени данное влияние выражено для приема алкогольных напитков (OR=5,56, 95% CI: 2,67-11,60), психологического стресса (OR=4,99, 95% CI: 3,24-7,69) и инфекционных факторов (OR=4,84, 95% CI: 2,50-9,40). Интересно, что в случае труда, сопровождаемого значительными физическими нагрузками, мы наблюдали снижение риска развития ВПР (OR=0,45, 95% CI: 0,25-0,81).

Учитывая многообразие инфекций, способных явиться причиной возникновения ВПР плода, нами была изучена структура инфекционного фактора по нозологическим формам. Случаи микст-инфекции учитывались как самостоятельная нозология. В результате была получена следующая диаграмма (рисунок 2).

76

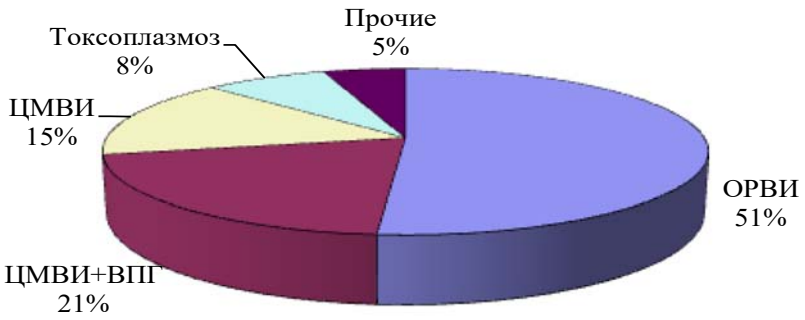

Рисунок 2. Структура инфекционного фактора по нозологическим формам (%).

Согласно полученным нами данным, наиболее часто, в 20 случаях из 39 (51,3%), у женщин основной группы отмечалась перенесенная в первом триместре ОРВИ. В 8 случаях (20,5%) было зарегистрировано сочетание ЦМВИ и герпетической инфекции. Реже, в 6 случаях (15,4%) наблюдалась изолированная ЦМВИ, у 3 женщин (7,7%) – токсоплазмоз. Также отмечались единичные случаи сочетания ОРВИ и токсоплазмоза и изолированной герпетической инфекции, удельный вес каждого из которых составил 2,6%.

Бытовые, средовые и экологические условия проживания семьи

Несмотря на многочисленные исследования в области экопатологии детского возраста, выявление экологически зависимых отклонений в состоянии здоровья детей остается трудной задачей, что обусловлено как большим разнообразием экологических факторов, так и сложностью определения основных причинно-следственных связей (З.Х. Мажитова, 2007).

Для Кыргызстана, имеющего несколько климатогеографических зон с различным уровнем загрязнения окружающей среды, актуально изучение влияния окружающей среды на здоровье детей и закономерностей формирования экопатологии у детей, проживающих в регионах экологического риска. Изучался риск формирования ВПР плода в семьях, проживающих в различных экологических и климато-географических регионах Кыргызстана. В семьях, проживающих в экологически неблагополучной зоне, частота формирования ВПР наблюдалась в 20,6% случаев, в относительно благополучных регионах – в 9%. Клиническими маркерами, имеющими связь с врожденными пороками развития, являются малые аномалии развития и стигмы дизэмбриогенеза, которые являются отражением влияния факторов окружающей среды на здоровье детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах. Среднее количество стигм дисплазии соединительной ткани на одного ребенка составляет в экологически неблагоприятных регионах: хвостохранилищ ядерных отходов - 11,4 ; в хлопкосеющем регионе - 9,7; в табакосеющем регионе – 10,3; в относительно благополучном регионе- 5,6. Малые аномалии развития (МАР) на фоне хронических сочетанных заболеваний были обнаружены одинаково часто среди детей в экологически гетерогенных регионах, исключение составляет регион хвостохранилищ ядерных отходов, где частота малых аномалий развития сердца была достоверно выше (58,0%).

Таким образом, у детей в неблагополучных регионах выявлено накопление МАР и ВПР, особенно выраженное в регионе хвостохранилищ. Сочетание МАР и ВПР свидетельствует о
высокой вероятности значимых нарушений морфогенеза и указывает на необходимость дополнительного обследования для выявления сочетанных форм хронической патологии. Изучалась взаимосвязь хронических сочетанных заболеваний, МАР, ВПР, степени стигмации для разработки методов прогнозирования развития экообусловленных заболеваний у детей, постоянно проживающих в регионах экологического риска. Было выявлено, что с увеличением частоты такого проявления стигмации как МАР, увеличивалось количество детей, имеющих три и более хронических заболеваний. В регионе хвостохранилищ ядерных отходов отмечена самая высокая коррелятивная связь (r = 0,94), в сравнении с табакосеющим и хлопкосеющим регионами (r = 0,69 и r = 0,58, соответственно) (табл. 4).

Таблица 4.- Показатели коррелятивной зависимости количества МАР с хроническими соматическими патологиями у детей в регионах экологического риска

Регион экологического риска	Хронические заболевания	Количество детей с МАР %	Коэффициент корреляции, r
Хвостохранилищ ядерных отходов	1	12,2	0,40
	2	29,8	0,69
	3 и более	58,0	0,94
Табакосеющий регион	1	39,5	0,25
	2	36,3	0,30
	3 и более	24,2	0,69
Хлопкосеющий регион	1	37,1	0,20
	2	35,5	0,30
	3 и более	27,4	0,58

Проведен прямой анализ взаимосвязи частоты ВПР у детей в регионах экологического риска с одним, двумя, тремя и более хроническими заболеваниями (табл. 5).

Достаточно четкая зависимость прослеживалась у детей с ВПР, проживающих в регионах экологического риска, с развитием трех и более хронических заболеваний: в регионе хвостохранилищ - r=0,65; в табакосеющем регионе - r= 0,45 и хлопкосеющем - r = 0,40.

Таблица 5. - Показатели коррелятивной зависимости развития сочетанных хронических заболеваний у детей с ВПР

Регион экологического риска	Хронические заболевания	Количество детей с ВПР %	Коэффициент корреляции, r
Хвостохранилищ ядерных отходов	1	7,1	- 0,4
	2	7,1	-0,69
	3 и более	85,7	0,65
Табакосеющий регион	1	4,5	-0,5
	2	31,8	-0,71
	3 и более	63,6	0,45
Хлопкосеющий регион	1	12,5	-0,6
	2	30,7	-0,6
	3 и более	56,8	0,40

В регионе хвостохранилищ ядерных отходов частота обнаружения ВПР и МАР была в два раза выше, чем других регионах экологического риска (хлопкосеющий и табакосеющий регионы).

Хронические заболевания достоверно чаще регистрировались среди детей, проживающих в регионах экологического риска, преимущественно хлопкосеющем и табакосеющем, в сравнении с экологически благополучным регионом. В регионе хвостохранилищ ядерных отходов достоверно чаще, чем других регионах обнаруживались ВПР и МАР ($P<0,05$), что отразилось на более высоком уровне инвалидизации (6,3%) детей.

Таким образом, в регионах экологического риска юга КР чаще, чем в зоне относительного экологического благополучия обнаруживались основные клинические формы экопатологии и хронические заболевания, обеспечивающие более высокий уровень инвалидизации детей. Социально-значимые врожденные аномалии развития (ВПР и МАР) достоверно чаще регистрировались в регионах хвостохранилищ ядерных отходов, что обеспечило более высокую долю этой патологии в структуре инвалидности детей.

Средовые факторы в происхождении хронической сочетанной и врожденной патологии в экологически неблагополучных регионах имели весомое значение, особенно в происхождении хронической сочетанной патологии у детей, проживающих в городе Майлуу Суу (ПК=12,5).

Анализ смертности новорожденных в данном регионе (отчетные данные родильного отделения города Майлуу Суу) позволил установить статистически значимую корреляционная зависимость между комплексной антропогенной нагрузкой и перинатальной смертностью в связи с ВПР ($r=0,42$ при $p \leq 0,05$), смертностью детей до 1 года ($r=0,36$ при $p \leq 0,05$). Отрицательное влияние техногенного воздействия (фактор урбанизации) на риск формирования ВПР у плода отмечают ряд исследователей (Боконбаева С.Дж., 2008).

В наших исследованиях техногенное воздействие как формирования ВПР плода предполагалось у 58,6% семей, в контрольной группе - у 38,5%. Шанс зачатия плода с ВПС в семьях, проживающих в условиях технической оснащенности повышается в 1,7 раз (OR=1,1). Шанс формирования ВПР плода увеличивается в 3,4 раза у женщин, занятых на вредных работах (OR=1,59). К профессиональным факторам отнесены химические вещества, способные накапливаться в организме женщины и проникать через плаценту (18,7%), физические факторы (вибрация, электромагнитное поле компьютера, радиационные воздействия) (24%). Нами учитывалось наличие таких контактов в прошлом, так как возможен отдаленный эффект воздействия названных факторов, способный проявиться в течение жизни нескольких поколений. Среди профессиональных вредностей отмечен статистически достоверно более высокий процент отцов водителей (21,7% против 13% в контрольной группе). При определении факторов, влияющих на риск формирования ВПС, выявлено наибольшее значение злоупотребления алкоголем и курением (55% в группе детей с ВПС

против 25% в контрольной группе). Шанс формирования у плода ВПС увеличивается при употреблении женщиной алкоголь во время беременности в 1,3 раза, мужчиной до зачатия - в 1,16 раз (OR=1,2). Нельзя исключить такой фактор риска, как курение. Активное и пассивное курение повышает шанс формирования ВПС в 1,1 раза (OR=1,04). Известно, что психическая устойчивость и адаптация беременной женщины очень важна для здоровья будущего ребенка. Стрессовая ситуация в семье в 4,4 раза повышает риск формирования ВПР плода (OR=1,4), причем наиболее высока вероятность формирования данного порока после воздействия психологических факторов в 1 триместре беременности (в 3,8 раз, OR=1,31).
Таким образом, неблагоприятные бытовые, экологические, социальные и гигиенические условия проживания семьи до зачатия и во время зачатия повышают риск формирования ВПР у плода. Высокий риск зачатия плода с ВПС отмечается в весенне -летние месяцы, в семьях, проживающих в условиях экологического неблагополучия и технической оснащенности, в условиях высоко- и среднегорья. Шанс формирования ВПС у плода увеличивается при психоэмоциональном напряжении во время беременности (преимущественно в 1 триместре) и сохранении профессиональной активности и влиянии профессиональных вредностей до и во время беременности, употреблении алкоголя и курении во время и до беременности, несоблюдение гигиенических норм питания.

Состояние здоровья родителей

Здоровье ребенка определяется состоянием здоровья родителей. Так, среди анкетированных лишь 15,9% семей, имеющих детей с ВПС были здоровы. В контрольной группе этот процент гораздо выше (40%). Некоторые болезни родителей повышают вероятность возникновения врожденных пороков развития у детей. Шанс формирования у плода ВПС у здоровой женщины в 3,8 раз ниже, чем у больной (OR=1,8). На формирование ВПС у плода влияет и состояние здоровья мужчины (OR=1,4). Есть предположение, что вирусы гриппа, а также некоторые другие (краснуха, цитомегаловирус, простой герпес, грипп, эпидемический паротит, ветряная оспа) могут иметь значение в возникновении ВПС, в особенности, если их действие приходится на первые 3 месяца беременности (Козько В.М. с соавт., Oster ME,et al.) . При влиянии дополнительных факторов вирусный агент может оказаться решающим в плане формирования врожденного порока сердца у новорожденного.
Перенесенные ОРВИ в 1 первом триместре беременности повышают шанс формирования ВПР в 1,43 раза (OR=1,08), частые ОРВИ весь период беременности – в 2,6 раз (OR=1,23).

Особую группу для формирования ВПР плода занимают урогенитальные инфекции. Обследование до беременности на УГИ прошло 27,5% женщин, однако лечение получили лишь 3,4% женщин, родивших детей с ВПР.
Шанс формирования ВПР у плода женщины с УГИ в 6,1 раз выше (OR=1,42). Лечение УГИ до беременности снижает шанс формирования ВПР у плода в 2,8 раз (OR=0,68).
Таким образом, риск формирования ВПР увеличивается при соматических болезнях матери и отца, после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции во время беременности, не леченной УГИ. Нами был изучен риск возникновения ВПР плода в связи с паритетом и наличием абортов и выкидышей в анамнезе. Результаты статистического анализа представлены в таблице 6. Согласно полученным нами данным, статистически значимое снижение риска возникновения ВПР плода отмечается для повторнородящих (OR=0,65, 95% CI: 0,44-0,97), несколько сильнее данная тенденция выражена для повторнородящих с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (OR=0,57, 95% CI: 0,35-0,94).
При этом нами не было получено статистически значимых сведений о влиянии на риск возникновения ВПР плода наличия в анамнезе абортов и выкидышей. Еще одним важным критерием, характеризующим социальное поведение, оказывающим, в ряде случаев, влияние на формирование здоровья половой сферы женщины, является срок начала половой жизни. По нашим данным, у женщин основной группы он составлял от 13 до 36 лет, в среднем 19,1±0,2 лет, в группе контроля – от 14 до 30 лет, в среднем 19,8±0,1. Различия показателей статистически значимы ($p<0,05$), что свидетельствует о взаимосвязи возраста начала половой

жизни женщины и риска возникновения ВПР плода: при более раннем начале половой жизни вероятность ВПР плода увеличивается.

Таблица 6 . Распределение исследуемых в основной и контрольной группах по паритету, наличию абортов и выкидышей в анамнезе

Анамнестические данные	Основная группа		Контрольная группа		OR	95% CI
	абс	%	абс	%		
Повторнородящие	88	50,6± 3,8	141	61,0 ±3,2	0,65*	0,44-0,97
Наличие абортов	63	36,2± 3,6	75	32,4± 3,1	1,18	0,78-1,79
Наличие выкидышей	30	17,2± 2,9	41	17,7 ±2,5	0,97	0,57-1,62

**- различия статистически значимы (P<0,05)*

Среди осложнений беременности в нашей работе была изучена взаимосвязь с риском ВПР плода таких патологических состояний, как угроза прерывания беременности, токсикозы, многоводие, маловодие, задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода. Данные о частоте других распространенных осложнений, более характерных для поздних сроков беременности, например, анемий, отеков беременных и гестозов, были оценены нами как заведомо недостоверные, так как в основной группе у значительной части исследуемых беременность была прервана во втором триместре или начале третьего триместра, то есть до возможного срока возникновения данных форм патологии. Полученное нами распределение представлено в таблице 16.

Таким образом, нами установлена прямая взаимосвязь между частотой изучаемых осложнений беременности и частотой ВПР плода, наиболее выраженная для токсикоза (OR=2,83, 95% CI: 1,77-4,53), а также патологического количества околоплодных вод, включающего как многоводие, так и маловодие (OR=2,36, 95% CI: 1,40-3,95). Связь ВПР плода с угрозой прерывания беременности и ЗВУР плода также статистически значима: OR=1,81, 95% CI: 1,14-2,87 и OR=2,08, 95% CI: 1,15-3,78, соответственно.

УДК. 616-084+618.33.(575.2)

Оценка возможностей профилактики последствий перинатального периода с учетом факторов риска в Кыргызской Республике

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

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: *В статья предоставлены важные направления первичной профилактики патологии перинатального периода, и были проанализированы сведения, полученные в результате анкетирования женщин.*

Ключевые слова: *перинатальный период, профилактика, женщины.*

Кыргыз Республикасында кооптуулук факторлорун эске алып, перинаталдык мезгилдин натыйжаларын алдын алуу мүмкүнчүлүктөрүн баалоо.

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

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек шаары, кыргыз Республикасы

Резюме*: макалада перинаталдык патологиясы мезгил убагында алгачкы алдын алуу багыттардын маанилүүлүгү чагылдырган, жана дыкат талданган натыйжасында*

аялдардан анкеталоо түрүндө алынган маалыматтар.

Негизги сөздөр: *перинаталдык мезгилге алдын алуу, аялдар.*

Assessment of the possibilities to prevent the consequences of the perinatal period, taking into account risk factors in the Kyrgyz Republic

Uzakbaeva K.A., Saatova G.M., Furticova A.B.

National Center of Maternity and Chilhood Care
Bichkek, Kyrgyz Republic.

Summary: *Important directions of primary prevention of pathology of the perinatal period are provided in the article, and the information obtained as a result of the questioning of women was analyzed.*

Keywords: *perinatal period, prevention, women.*

Метод и материал исследования. Объем выборки составил 190 человек. Первый вопрос основной части анкеты «Какие методы, на Ваш взгляд, способны предотвратить рождение ребенка с врожденными или наследственными болезнями?» был направлен на определение уровня знаний женщин о методах профилактики врожденной патологии. Идеальным в данном случае являлся ответ, содержащий такие варианты мероприятий, как отказ от курения и алкоголя до и во время беременности, прием фолиевой кислоты, консультация генетика, ультразвуковое исследование плода на сроке 20-24 недели, прививка от краснухи.

Неверным считался ответ, указывающий на такие мероприятия, как прием высоких доз витамина А во время беременности или прием препаратов железа в третьем триместре беременности.

Нами не было получено ни одного ответа, включающего все из перечисленных выше правильных вариантов. По частоте выбора отдельных мероприятий было получено следующее распределение респонденток (рис. 7).

Нами было установлена осведомленность женщин о влиянии курения и приема алкоголя на здоровье плода, причем как до наступления беременности, что было отмечено в 62,1% (118 из 190) ответов, так и во время беременности, на что указали 52,1% (99 из 190) беременных.

К сожалению, лишь 10,5% (20 из 190) респонденток указали на необходимость приема фолиевой кислоты во время беременности, что свидетельствует о недостаточной информированности женщин о важности данного мероприятия для профилактики заболеваний новорожденных.

Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос: «Какие методы способны предотвратить рождение больного ребенка ?» (%).

Следующий вопрос анкеты был посвящен источникам информации о необходимости приема витаминов во время беременности. Распределение респонденток по ответам на данный вопрос представлено на рисунке . Как и следовало ожидать, основным источником информации о необходимости приема витаминов во время беременности является женская консультация, которая была отмечена 166 респондентками, составившими 87% от всех исследуемых.

Значительно реже встречаются другие источники информации. Так, газеты и журналы для женщин отмечены всего в 15% (28 из 190) ответов, тот же процент наблюдается для советов родственников и знакомых. Третье место по частоте упоминания занимает специальная медицинская литература, к которой прибегают чуть более 12% (24 из 190) беременных (в основном, среди них были работники медицинских организаций) (рис.2).

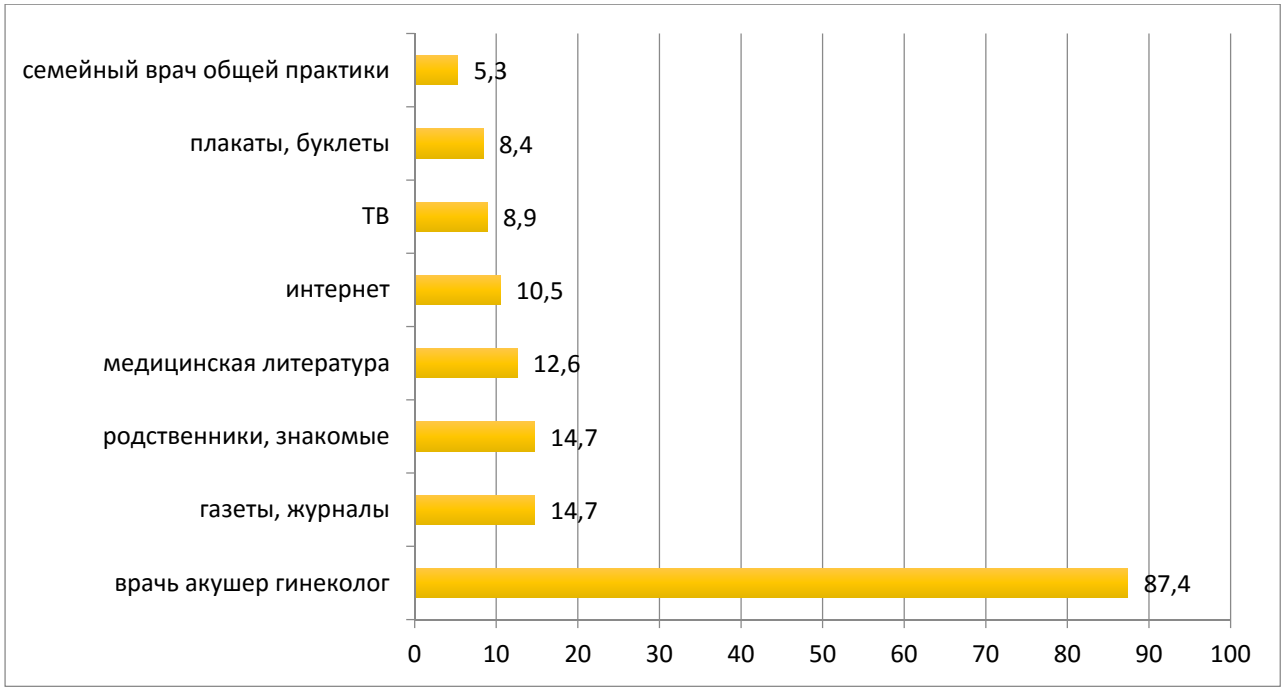

Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос: «Из каких источников Вы получали информацию о приеме витаминов во время беременности?» (%%).

В связи с тем, что возможности участкового врача-акушера-гинеколога по проведению первичных профилактических мероприятий могут зависеть от срока, на котором женщина обратилась за медицинской помощью, нами были отобраны те респондентки, которые встали на учет в женскую консультацию не позднее 12 недели беременности. Среди них был определен процент получения рекомендаций по приему витаминов от участкового врача-акушера-гинеколога. Полученное распределение показано на рисунке .

Обращает на себя внимание значительная частота случаев отсутствия рекомендаций со стороны врача женской консультации по приему витаминов во время беременности – 26,4%.

Важно, что это относится к женщинам, достаточно рано вставшим на учет, и имеющим, в связи с этим, большие возможности для проведения эффективной профилактики болезней новорожденных. Некоторые вопросы анкеты были посвящены удовлетворенности женщин деятельностью здравоохранения. Вначале респонденткам предлагалось оценить деятельность медицинской службы по пятибалльной шкале. Полученное распределение представлено на рисунке 3.

Наибольший процент женщин – 44% (70 из 160 ответивших на данный вопрос) – оценили работу медицинской службы на 4 балла. 29% (46 из 160) респонденток оценили работу службы на 3 балла. Максимальную оценку в 5 баллов выставили всего 20% (32 из 160) женщин. На 2 и 1 балл оценили усилия здравоохранения в данной области 6% (10 из 160) и 1% (2 из 160) респонденток, соответственно.

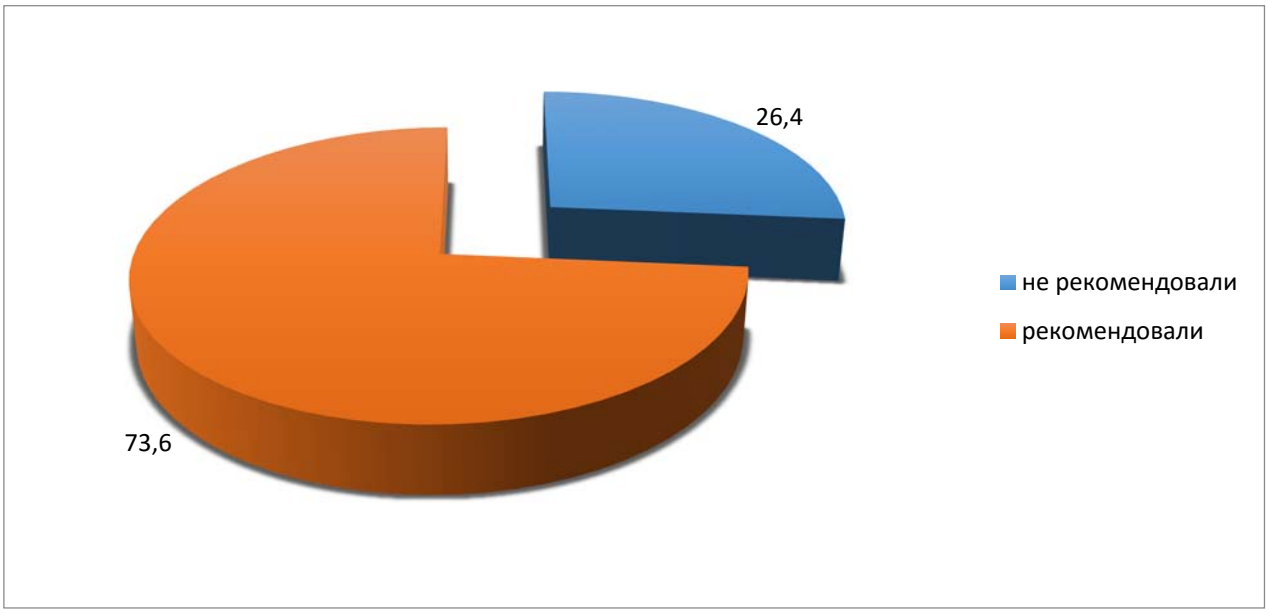

Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос «Рекомендовал ли врач женской консультации при первом обращении и постановке на учет прием витаминов?» (%%).

Также было интересно выяснить, нуждаются ли опрошенные женщины в дополнительной информации о профилактике болезней новорожденных, в том числе о правильном поведении во время беременности. Ответы распределились следующим образом (рис. 4).

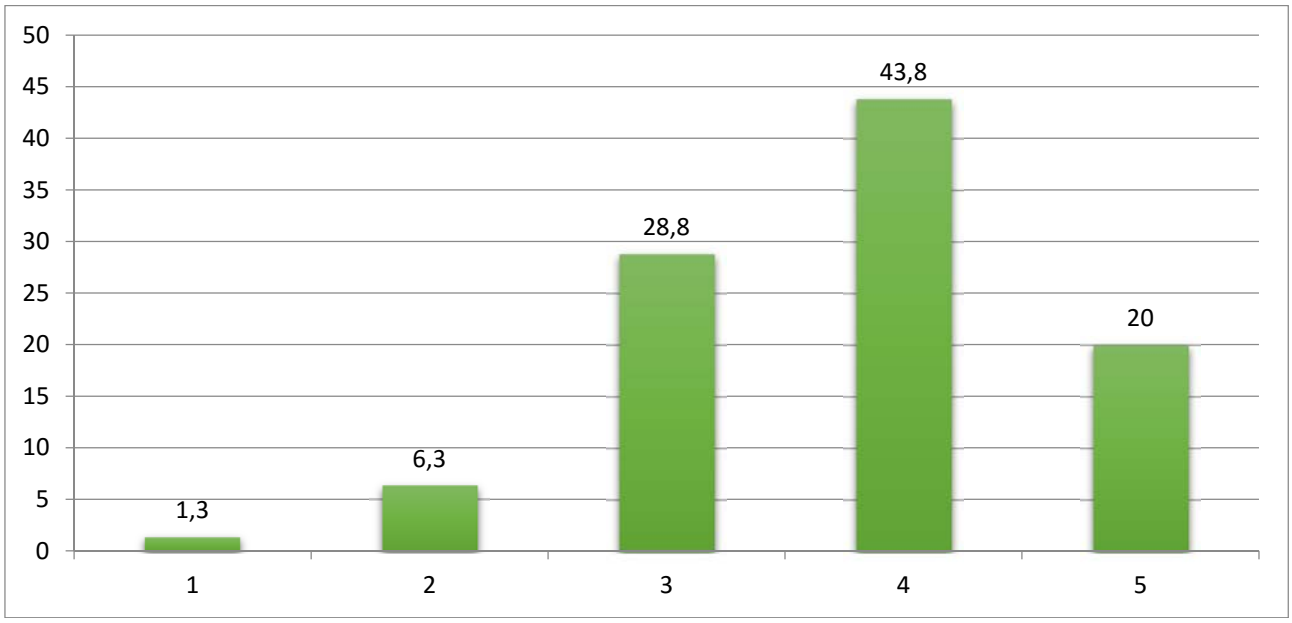

Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете работу медицинской службы в области профилактики болезни новорожденного?» (%%).

Можно сделать вывод, что большинство женщин (75%) испытывает дефицит информации, в связи с чем считает дополнительное просвещение и правильного поведения во время беременности необходимым.

Заключительный вопрос нашей анкеты предлагал женщинам выбрать наиболее, на их взгляд, эффективный и достойный доверия способ информирования о правильной подготовке и ведении беременности. Среди возможных вариантов ответа предлагались следующие: врач общей практики или участковый врач-терапевт, лекции врачей-специалистов, настенные

плакаты в медицинских организациях, информационные буклеты или брошюры, газеты или журналы, интернет. Результаты представлены на рисунке 5.

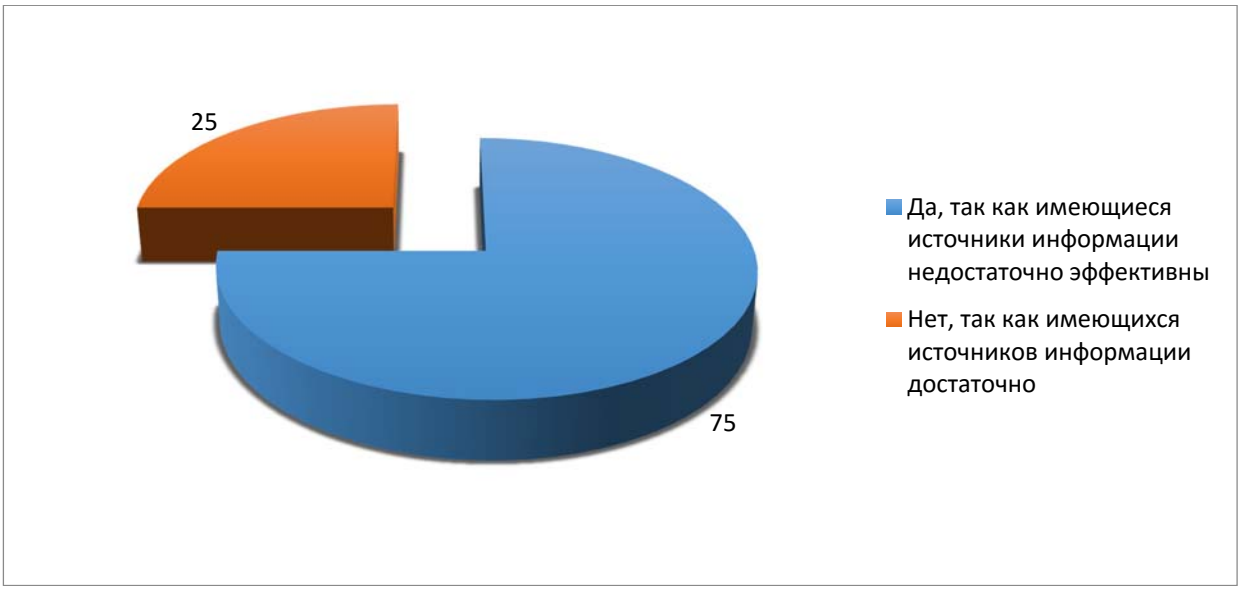

Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос «Считаете ли Вы необходимым дополнительное распространение информации о профилактике болезней новорожденных и правильном поведении во время беременности?» (%%).

Согласно полученным ответам на данный вопрос, наиболее эффективным и достойным доверия источником информации является врач общей практики или участковый врач-терапевт. По нашему мнению, высокий процент отметивших этот вариант ответа (71%, или 135 женщин из 190) напрямую свидетельствует о недостаточной, на сегодняшний день, роли службы врачей общей практики в санитарно-просветительской работе среди населения.

На втором месте среди наиболее перспективных источников информации о методах профилактики – лекции врачей-специалистов, на которые указали 49% респондентов.

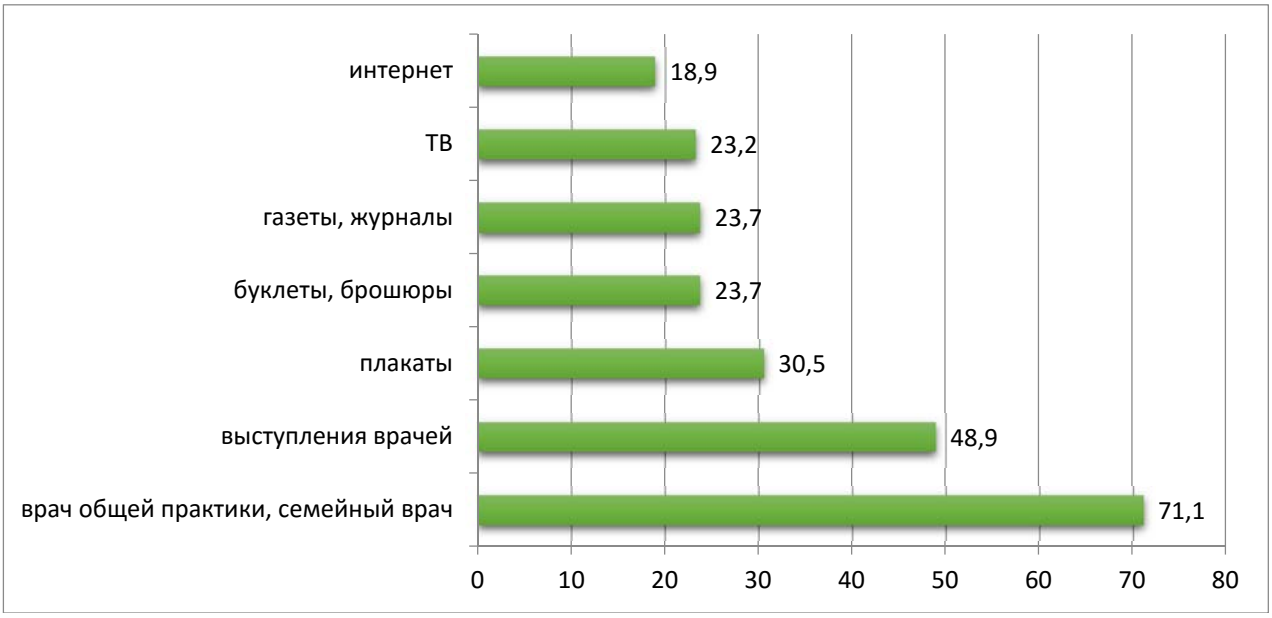

Рисунок 6. Распределение ответов на вопрос «Какие из дополнительных источников информации о правильной подготовке и ведении беременности Вам кажутся наиболее эффективными и достойными доверия?» (%).

Третье место занимают настенные санитарные бюллетени, отмеченные в 31% (58 из 190) случаев. Интересно, что все перечисленные источники относятся к деятельности медицинских организаций, что в очередной раз обращает внимание на имеющийся потенциал у системы государственного здравоохранения в области профилактики патологии плода.

Таким образом, прежде всего, своего решения требует низкий уровень информированности женщин о возможностях и методах профилакти патологии перинатального периода. В ряде случаев данный факт может быть связан с недостаточностью роли женских консультаций в качестве главного организатора профилактических мероприятий.

УДК ***614.253.8:615.85 (575.2)***

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Абдылдаев Т.Т., Ашералиев М.Е.

КГМПиПК, НЦОМиД
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. *Опыт внедрения дистанционного медицинского консультирования больных в Кыргызстане. История, современное состояние.*

Ключевые слова: *дистанционное медицинское консультирование больных в Кыргызстане.*

КЫРГЫЗСТАНДА ООРУУЛАРДЫ ДИСТАНЦИОННО ДАРЫЛОО МАШЫГУУ

Абдылдаев Т.Т., Ашералиев М.Е.

КГМПиПК, ЭЖБКУБ
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. *Макалада Кыргызстандагы ооруларды медициналык дистанциондук консултация берүү тажрыйбасын киргизүүсү чагылдырылган. Тарыхы жана азыркы абалы.*

Негизги сөздөр: *аралыктан медициналык консультация берүү менен ооруган Кыргызстане.*

EXPERIENCE REMOTE MEDICAL COUNSELING PATIENT IN KYRGYZSTAN

Abdildaev T.T., Asheraliev M.E.

Kyrgyz state medical institute retraining and development
National Center of Maternity and Chilhood Care
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. *Experience of implementation of remote medical counseling patients in Kyrdyzstan. History, current status.*

Key words: *remote consultation patients history.*

Введение. Телемедицина – прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных

телекоммуникационных технологий [1]. Всемирная организация здравоохранения в 1997 году ввела несколько более широкое понятие – медицинская телематика, означающий деятельность, услуги и системы, связанные с оказанием медицинской помощи на расстоянии посредством информационно-коммуникационных технологий, направленные на содействие развитию здравоохранения, осуществление эпидемиологического надзора и предоставление медицинской помощи, а также обучение, управление и проведение научных исследований в области медицины [2, 3, 4, 5].

Наибольшее развитие телемедицина получила в США, Канаде и Скандинавских странах, где имеются географически отдаленные местности и высокие требования к оказанию медицинской помощи. Телемедицина может эффективно обеспечивать консультации и медицинскую помощь в сельских районах пациентам, для которых современность вмешательства являются решающим фактором. Эта проблема явлется актуальной и для нашей страны с её расстояниями, слабой инфраструктурой отдаленных территорий и плохими дорогами [1]. Российский опыт в области телемедицины наиболее полно начал формировать на фоне трагических событий, сявзанных с землетрясением в Армении 1988 года и взрывом газопровода в Уфе в июне 1989 года, и вылился в крупномасштабный международный проект «Телемедицинский космический мост». Он включен одновременно аудио-, видео- и факсимальную связь между зоной бедствия и 4 ведущими медицинскими центрами США. После железодорожной катастрофы в Уфе, которая произошла в период работы системы в Армении, между больницей №21 г.Уфы, хирургической клиникой 1-го медицинского института и Ереванским диагностическим центром были установлены выделенные телефонные каналы, каналы, обеспечившие речевую связь и передачу покадрового («slow scan») черно-белого видеоизображения. Подключение вновь созданной системы связи к работаюшему телемосту позволило проводить консультации ожоговых, психиатрических и некоторых других пациентов между Уфой, Москвой и центрами в США. Консультация врачей и географически отдаленных мест достигается:

1. Получением общемедицинской информации (литературные цитаты, обзоры, отчет о клинических исследованиях).
2. Списки обсуждений (discussion lists). Письмо, направленное в список обсуждения, попадает каждому участнику, и на вопрос, заданный мировому сообществу профессоиналов, можно получить массу полезней современной информации.
3. Видеоконференции с возможностями передачи графической информации и изображения больного, например:

3.1.Телемедицинские консультации. Такие консультации проводятся в режиме онлайн с использованием каналов связи и видеоаппаратуры. Общение происходит непосредсвенно между специалистом и лечащим врачом, при необходимости также присутствует пациент. Такие консультации могут проходить как между двумя абонентами, так и между несколькими.

3.2. Проведение телемедицинских лекции, семинаров, конференций. При использовании видеоконференцсвязи у лекторов появляется возможность передать не только теоритические, но и практические знания, а также читать лекции одновременно для слушателей из различных регионов. Телемедицина также позволят транслировать ход операции в режиме он-лайн. Данная технология может использоваться также в целях «теленаставничества», когда более опытный врач может дистанционно контролировать действия своего менее опытного коллеги в режиме реального времени.

3.3. Телемедицинские системы динамического наблюдения. Данные системы используются для наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями. Эти же системы могут применяться на промышленных объектах для контроля состояния здоровья работников (например, операторов на атомных электростанциях). Многообещающим направлением развития дистанционного биомониторинга является интеграция датчиков в

одежду, различные аксессуары, мобильные телефоны [6]. К перспективным направлениям телемедицины относятся телехирургия и дистанционное обследование. Существенным является активное воздействие на организм пациента специалиста, находящегося на расстоянии. Развивается в настоящее время в двух направлениях: дистанционное управление медицинской диагностической аппаратурой и дистанционное проведение лечебных воздействий, хирургических операций на основе использования дистанционно управляемой роботехники [6].

Акутальность проблемы. Внедрение телемедицины наиболее актуально в тех государствах, где еще находится на низком уровне, а квалификация врачей недостаточно высока для оказания полного комплекса врачебной помощи. Использование телекоммуникаций в медицине позволит людям пользоваться последними достижениями в области здравоохранения, независимо от страны их проживания и уровня развития местной медицины. Помимо повышения качества медицинского обслуживания, телемедицина может стать способом существенно сократить расходы государственного бюджета на организацию и поддержание системы здравоохранения [7].

Пациенты и врачи получили знаничительный выигрыш от дистанционных консультаций, поскольку они позволяет:

1. Увеличить доступность медицинской помощи – часто бывает трудно найти грамотного специалиста и попасть к нему на прием. Дистанционные консультации дают такую возможность.
2. Повысить качество и продолжительность наблюдение пациентов. Это особенно актуально для людей с хроническими заболеваниями. Проконтролировать электрокардиограмму и лабораторные анализы, скорректировать уровень давления и холестерина, ответить на вопросы и вовремя направить на облсеводавние – такие задачи решают врачи дистанционных медицинских консультаций.
3. Сэкономить время пациента – не надо записываться и пиезжать на прием, ожидать в очередях. Использование мобильной связи позволяет получить консультацию в тот самый момент, когда это необходимо.
4. Сэкономить средства паицента – дистанционные консультации обходяться дешевле.
5. Сместить фокус на профилактику заболеваний – помимо диагностической и лечебной информации пациенты получают высококвалифицированную профилактическую помощь. Как известно, «профилактика – лучшее лечение».
6. Повысить уровень жизни пациента – за счет всего перечисленного, а также психологической поддержки, оказываемой специалистами телемедицины.

Помимо консультаций специалистов за рубежом предлагают услуги мониторинга электрокардиограммы, артериального давления, уровня кислорода в крови и жизненно важных показателей. Для этого пациентам выдаются специальные приборы. Они настолько компактные и легкие, что вы поможете носить с собой – на работе, на отдыхе, в пути. С помощью мобильного телефона ожно переслать электрокардиограмму и другие показатели доктору - и получить врачебное заключение и рекомендации. Возможность прямого взаимодействия с высококвалифицированным врачом – специалистом является уникальный [8].

В Кыргызстане дистанционно могли бы консультироваться узкими специалистами около 2 млн. сельских жителей. Можно было бы организовать медицинское обслуживание около 1млн. граждан Кыргызстана находявшихся за рубежом. Данная проблема для Кыргызстана особенно актуальна. В последние годы на южной границе анклавы Кыргызских граждан часто не могут перейти в Кыргызстан. На границах Кыргызстана частоты случаи вооруженных столкновений, при этом узких специалистов (сосудистых хирургов, нейрохирургов, психиатров и т.д.) на местах нет.

Состояние телемедицины в Кыргызстане . В Советском Союзе и в том числе в Кыргызской Республике особенно в период больших достижений в космонавтике были внедрены многие элементы телемедицины. В советский период космонавты готовились и проходили реабилитацию на озере Иссык-Куль и их состояние здоровья дистанционно мониторировали.

Таким образом, в Советском Союзе и в Кыргызстане были внедреы многие элементы телемедицины с 1960 -70 гг. Например так-же передавались данные ЭКГ на расстояние с помощью отечественной аппаратуры для срочной расшифровки и постановки диагноза и назначения лечения. Но с распадом СССР эти достижения увы

были утеряны. В настоящее время из опроса населения Иссык-Кульской области большим интересом и поддержкой относится к возможности дистанционных консультаций. На уровне компьютерной грамотности и финансовые возможности населения низкие. Возможности CD-ROM технологии могли бы сказать положительный результат. Например за прошедший год проведено несколько дистанционных консультаций сложных больных с аллергопатологией.

При дистанционных консультациях одной из причин явлется отстутствие механизмлв финансирования дистанционных консультаций и инернета, а также другого необходимого оборудования.Зарубежный опыт предлагают:

1. Создание отдельных структур, подобно Российским консультационным интернет кабинетам, в том числе частных.
2. Разработка и принятие нормативно-правовых документов (в том числе концепции) регламентирующих юридическую ответственность и источник финансирования.

Таким образом, внедрение телемедицины повысит качество и доступность населения к медицинским услугам. Помимо повышения качества медицинского обслуживания, телемедицина может стать способом существенно сократить расходы государственного бюджета на организацию и поддержание системы здравоохранения. Отстутствие нормативно –правовых документов регламентирующих юридическую ответственность и источники финансирования тормозит развитие внедрения телемедицины в Кыргызстане.

Список использованной литературы:

1. *http://medi.ru / doc /8180201.htm*
2. *http://traditio-ru.org.org/wiki/*
3. ***Erik Hahn*** *Arztliche Beratung und Aufklarung via E-Mail, [Text] / Erik Hahn KU Gesundheitsmanagement 2011. – P. 26-29*
4. ***Хрущев С.Б.*** *Компьютерные технологии мониторинга физического здоровья школьников [Текст]/ С.Б. Хрущев, С.Д. Поляков, А.М. Соболев // Всб.: Физическое здоровье обучающихся и пути его совершенствования. –М. Школьная книга, 2005. – с.61-69.*

УДК 616.233-002

ВЛИЯНИЕ АССОЦИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Усекова Э.А., Касымбекова С.К., Ашералиев М.Е., Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Джанузакова Н.Э., Боронбаева Э.К.

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

Резюме. *Проведен анализ наблюдения и обследования 180 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет с острым и рецидивирующим обструктивным бронхитом в отделении аллергологии НЦОМиД.*
Ключевые слова: *дети, имунностатус, инфекция.*

АССОЦИРОВАННЫЙ ИНФЕКЦИЯНЫН КУРЧ ЖАНА КАЙТАЛАНМА ОБСТРУКТИВДҮҮ БРОНХИТКЕ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Усекова Э.А., Касымбекова С.К., Ашералиев М.Е., Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Джанузакова Н.Э., Боронбаева Э.К.

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

Корутунду. *Курчтуу жана кайталанма обструктивдүү бронхит менен ооруган 6 айдан 6 жашка чейинки 180 балдарды Улуттук эне жана баланы коргоо борборунун аллергология болумундо козомолдоо жана текшеруу анализ жургузулду.*
Негизги сөздөр: *балдар, иммундук статус, инфекция.*

INFLUENCE OF ASSOCIATED INFECTIONS ON THE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

Usekova E. A., Kasimbekova S.K., Asheraliev M.E., Osmonkulova S.A., Omusheva S.E., Qanuzakova N.E., Boronbaeva E.K.

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

Summary. *The analysis of observation and examination of 180 children aged from 6 months to 6 years with acute and relapsing obstructive bronchitis in the department of allergology of NCOMD was carried out.*
Key words*: children, immunostatus, infection.*

Актальность. В этиологии вызывающих обструктивный бронхит, показана этиологическая роль стрептококко- хламидийной и стафилококк-микоплазменной инфекций (30-48%) (Овсянников Д.Ю., 2002; Раковская И.В., 2005), Haemophilus influenza (50%), Streptococcus pneumoniae (30,7%), Moxarella catarrhalis (17%), Staphylococcus aureus (2%) (Окороков А.Н, 2003), Candida albicans(С.Н.Недельская и соавторы).

В иммунном статусе детей с рецидивирующими обструктивными бронхитами наблюдаются нарушения в виде снижения показателей Т-клеточного иммунитета, уменьшения функциональной активности фагоцитирующих клеток, дефицита системы НК-клеток, дисиммуноглобулинемий (Миррахимова М.Х., 2000; Погорецкая С.А., 2002). Интерес исследователей к изучаемой проблеме в настоящее время недостаточен. Это связано с повсеместной гиподиагностикой рецидивирующих бронхитов и диспансеризацией пациентов в группе часто болеющих детей, что нередко лишает их дифференцированного подхода со стороны педиатров (Почивалов А.В., 1999).

Таким образом, тенденция роста острых респираторных заболеваний у детей и их роль в развитии бронхообструкции, высокий риск рецидивирования обструктивных бронхитов и возможность реализации бронхиальной астмы, разнообразие иммунных нарушений при данной патологии определяют актуальность изучения факторов и механизмов формирования обструктивного бронхита у детей с инфекциями респираторного тракта.

Цель исследования. Разработать дифференциально-диагностические критерии обструктивного бронхита, ассоциированного с различными инфекциями респираторного тракта у детей и определить их прогностическое значение.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы риска, возрастные и клинические особенности обструктивного бронхита в зависимости от этиологии респираторной инфекции.
2. Осуществить оценку иммунного статуса у детей с обструктивным бронхитом бактериальной этиологии.
3. Определить этиологическую роль различных инфекций респираторного тракта в развитии рецидивов обструктивного бронхита у детей и разработать алгоритм дифференциально-диагностического наблюдения.

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты клинического наблюдения и обследования 180 детей в возрасте от 6 мес. до 6 лет с острым и рецидивирующим обструктивным бронхитом, развившимся на фоне респираторной инфекции – стрептококко-хламидийной 35(19,4%) и стафилококко-микоплазменной 30(16,7%) ассоциаций. Изучение иммунного статуса бактериальной – 41(50%) инфекцией. Клиническое обследование детей проводилось с использованием общепринятых физикальных методов. Оценка тяжести общего состояния детей включала выраженность симптомов интоксикации и определение степени бронхиальной проходимости. Осуществлялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. При наличии показаний использовались биохимический анализ крови, рентгенография придаточных пазух носа, бронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭЭГ, электромиография, УЗИ сердца с доплеровским анализом.

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методиками альтернативно-вариационной статистики с помощью программных систем SPSS 6. Критический уровень значимости (р) задавался величиной 0,05.

Результаты исследования. Обструктивный бронхит, ассоциированный с респираторными инфекциями (180 детей), чаще развивался у лиц мужского пола (60,5%, $p<0,05$), в возрастной группе 1-3 лет (42,7%, $p<0,05$.).

У большинства детей прослеживалась неблагоприятная наследственность по аллергии (46,1%) и негативное влияние факторов антенатального анамнеза (63,3%). В 41,7% случаев отмечалась отягощенность пассивным курением. Развивались чаще легкие (46,7%) или среднетяжелые (41,1%) формы заболевания (рис. 1). Одышка возникала у всех пациентов, имела преимущественно экспираторный характер (75%), длилась 3,7±1,8 суток.

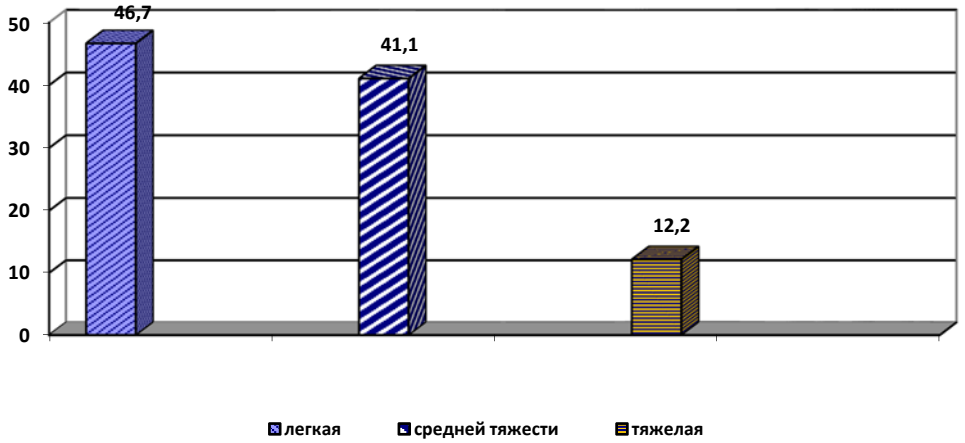

Рис. 1. Формы тяжести обструктивного бронхита у детей с острыми респираторными инфекциями (n=180).

У трети детей сформировалось рецидивирующее (35,6%) или непрерывно-рецидивирующее (3,3%) течение (рис. 2). В 8,3% случаев в исходе рецидивирующих форм регистрировалась бронхиальная астма.

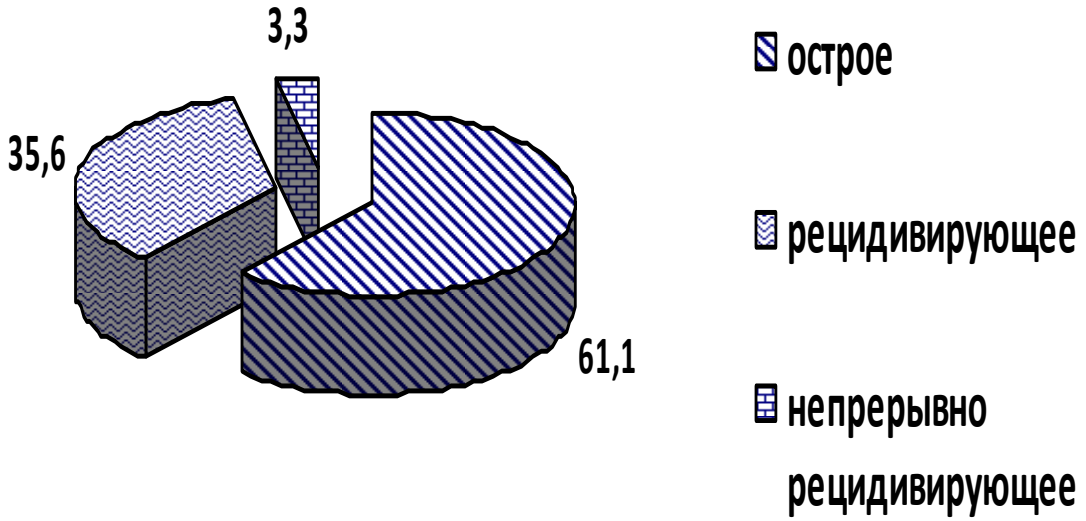

Рис. 2. Течение обструктивного бронхита у детей респираторными инфекциями (n=180)

Особенностью заболевания на первом году жизни явились достоверно частое ($p<0,05$) развитие бронхиолита (42,8%) с длительной (4,3±1,8 дней) одышкой смешанного характера (78,6%) и выраженной дыхательной недостаточностью (95,2%), длительный (22,6±4,2) сухой кашель, гипертермия (30,9%). В числе неблагоприятных факторов анамнеза регистрировалось частое перинатальное поражение ЦНС детей (83,4%) и акушерско-гинекологическая патология матерей, представленная токсикозами беременности (73,4%), предшествующими абортами (73,4%), приемом лекарственных препаратов во время беременности (100%), патологией в родах (60%). К провоцирующим факторам развития ОБ относилось искусственное вскармливание (64%). У детей первого года жизни заболевание протекало с более длительной интоксикацией (4,2±0,4 дня) и продолжительным кашлем (21,1±1,6 дня), $p<0,05$. Температуры (93,4%), сопровождался навязчивым сухим приступообразным кашлем (100%), сочетанными сухими и влажными хрипами при аускультации. заболеваемость в семье (54,3%) и во время

У детей грудного возраста ОБ стрептококко-хламидийной этиологии сопровождался длительной интоксикацией (5,5±1,4), тяжелым (57,1%) и длительным (11,1±1,3 дней) течением бронхообструкции, развитием одышки смешанного характера (100%), $p<0,05$. В раннем и дошкольном возрасте заболевание протекало с продолжительным кашлем в течение 3-4 недель, легкой одышкой экспираторного характера (82,6% и 100%), частым или непрерывным рецидивированием. Обструктивный бронхит, ассоциированный с стафилококко-микоплазменной инфекцией (30 пациентов), развивался в раннем и дошкольном возрасте (3,0±1,1 года), возникал в поздние сроки от начала заболевания (4,2±0,3 дня), сопровождался умеренными явлениями интоксикации (93,4%) и длительным приступообразным кашлем (30,2±6,1 дней), имел легкое (86,7%), но длительное течение бронхообструкции (8,5±1,6 суток). Во всех случаях развивалось рецидивирующее (86,7%) или непрерывно-рецидивирующее (13,3%) течение обструктивного бронхита. Часто рецидивирующие формы ОБ микоплазменной этиологии протекали на фоне врожденной аномалии развития трахеобронхиального дерева (20%).

При сравнительном анализе обструктивных бронхитов, ассоциированных с

различными инфекциями респираторного тракта, было выявлено, что этиология острой респираторной инфекции влияет на сроки возникновения и длительность бронхиальной обструкции, характер и длительность ведущих клинических синдромов, тяжесть и течение бронхита, исходы.

Таблица 1 - Продолжительность синдромов обструктивного бронхита у детей, ассоциированного с различными инфекциями респираторного тракта

Признак	**стрептококко-хламидийной% (n=35)**	**стафилококко-микоплазменной,% (n=30)**
Обструктивный бронхит	3,8±0,2	4,2±0,3*
Интоксикация	4,2±1,1	3,9±1,2
Катаральные явления	11,1±2,9	9,5±1,6
Кашель	20,4±4,1	30,2±6,1*
Одышка	3,9±1,2	5,2±0,9*
БОС	9,7±1,1*	8,5±1,6

Фебрильная лихорадка в дебюте заболевания была характерна для ОБ, стрептококо-хламидийной (94,3%) и стафилококко-микоплазменной (93,4%), $p<0,05$. Сухие хрипы чаще ($p<0,05$) выслушивались у пациентов с ОБ стафилококко-микоплазменной (76,7%) этиологией; влажные разнокалиберные – у детей стрептококко-хламидийной (94,3%), $p<0,05$.

Наиболее неблагоприятные исходы сформировались при обструктивных бронхитах стафилококко-микоплазменной этиологии в виде рецидивирующего (86,7%) или непрерывно-рецидивирующего (13,3%) течения и высокой частоты трансформации с бронхиальную астму (20%).

Результаты иммунологического обследования отражали различный характер нарушений иммунного статуса детей с обструктивным бронхитом вирусной и вирусно-бактериальной этиологии. Анализ системы фагоцитирующих клеток свидетельствовал о снижении фагоцитарной активности нейтрофилов у детей с в раннем возрасте, $p<0,05$. При оценке функциональной активности нейтрофилов наблюдалось повышение количества НСТ–позитивных клеток у детей в возрасте 4–6 лет, $p<0,05$. При исследовании уровня Т-цитотоксических/супрессоров у детей наблюдалось снижение абсолютного содержания $CD8^+$-клеток в возрасте 1-3 и 4-6 лет, $p<0,05$. Низкие значения IgA регистрировались у детей в возрасте 4-6 лет, $p<0,05$. У 13,3% из них регистрировался селективный дефицит IgA. При сравнении уровней IgG и IgM статистически значимых различий у детей изучаемых групп не определялось. Наиболее выраженные изменения иммунного статуса, его фагоцитарного, клеточного и гуморального звеньев были установлены у пациентов с обструктивным бронхитом вирусно-бактериальной этиологии. Только при ОБ, ассоциированных бактериальными инфекциями, встречался селективный дефицит IgA.

Таким образом, результаты исследования определяют необходимость дифференцированного подхода к диспансеризации детей с обструктивным бронхитом различной этиологии с учетом имеющихся индивидуальных факторов риска и клинико-иммунологических особенностей. Склонность к рецидивированию обструктивных бронхитов, ассоциированных с стрептококко-хламидийной инфекцией, имеющиеся комбинированные иммунные нарушения предполагают комплексный подход к диспансеризации, включающий наблюдение иммунолога, применение иммунотропных препаратов (иммунокорректоры, интерфероны, индукторы интерферонов) и контроль

бактериологической санации. Неблагоприятные исходы обструктивных бронхитов у детей с стафилококко-микоплазменной ассоциацией и кандидозной ассоциацией, риск трансформации в бронхиальную астму, сочетанные иммунные нарушения определяют необходимость длительной диспансеризации совместно с иммунологом и пульмонологом, проведение специфической химиопрофилактики макролидами, санаторно-курортное лечение.

Выводы

1. Обструктивные бронхиты у детей вызываются в раннем возрасте – стрептококко-хламидийной инфекцией, у дошкольников – инфекцией, гриппом и микоплазменной инфекцией.
2. Факторами риска обструктивных бронхитов при респираторных инфекциях являются пассивное курение и частая предшествующая заболеваемость, при стафилоккоковой-инфекции – неблагоприятный антенеонатальный анамнез, при гриппе – патология органов дыхания в семье, при хламидийных ассоциациях – повышенная респираторная заболеваемость детей и их матерей. Для обструктивных бронхитов микоплазменной этиологии характерна многофакторность причин.
3. Наибольшую этиологическую значимость в формировании тяжелых форм обструктивного бронхита имеет стрептококковая инфекция, в развитии затяжного течения – стрептококко-хламидийные ассоциации.
4. Рецидивирующее течение обструктивного бронхита характерно для хламидийной (60%) и стафилококко-микоплазменной (100%) ассоциаций.
5. Неблагоприятные исходы обструктивного бронхита в виде непрерывно-рецидивирующего течения (13,3%) и трансформации в бронхиальную астму (20%) развиваются при стафилококко-микоплазменной инфекции и кандидозной ассоциацией.
6. Более глубокие нарушения системы иммунитета отмечаются у детей с обструктивным бронхитом, ассоциированным со смешанными стептококко-хламидийной и стафилокко-микоплазменной инфекциями, в виде уменьшения функциональной активности фагоцитирующих клеток, снижения показателей Т-клеточного звена, дефицита IgA.

Список литературы:

1. ***Германова, О.Н***. *Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4(20). – С. 42 – 48.*
2. *Методические указания по бактериологическим методам исследования клинического материала приказом МЗ КР №4 от 11.01.2010 г.*
3. ***Волосовець О.П***., *Прохоров М.П., Срібний М.М. Діагностика, лікування та профілактика бронхообструктивного синдрому у дітей: Метод. реком. — К., 2005. — 23 с.*
4. ***Зайцева О.В***. *Бронхообструктивный синдром у детей: Пособие для врачей. — М.: Б.и., 2005. — 48 с.*
5. ***Зайцева О.В.*** *Бронхообструктивный синдром у детей / О.В. Зайцева // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94-104.*
6. ***Лапач С.Н***. *Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 319 с.*
7. ***Сорока Ю.А***. *Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике // Здоровье ребенка. — 2006. — № 2. — С. 77-81.*
8. ***Ткаченко Ю.П.*** *Повторяющийся обструктивный бронхит у детей раннего возраста / Ю.П. Ткаченко, Е.В. Усачева // Врачебная практика. — 2000. — № 1. — С. 49-52.*
9. ***Токарчук Н.І.*** *Лікування бронхообструктивного синдрому в дітей раннього віку з гіпофункцією вилочкової залози / Токарчук Н.І // Современная педиатрия. — 2006. — Т. 2, № 11. — С. 25-27.*

10. **Юнкеров В.И.** *Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб.: Б.и., 2002. — 268 с.*
11. **Cronca P.** *Wheezing in erly life and ashma in shool age predictors of symptom persistens. / Cronca P., Kaila M. // Abs. 10 Congress ERS. — 2000. — P. 486.*
12. **Kovacevic S.** *Risk factors associated with wheezing illness in young children / Kovacevic S., Nikolic S. // Abs. Congress ERS. — 2000. — P. 486.*

УДК 616.233-002:616.248]-085

ТЕРАПИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
(как дебюта бронхиальной астмы)

Ашералиев М.Е., Усекова Э.А, Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Боронбаева Э.К.

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

Резюме: *Поиск диагностических критериев рецидивирующего обструктивного бронхита и протоколы лечения.*
Ключевые слова: *дети, обструктивный бронхит, терапия.*

КАЙТАЛАНМА ОБСТРУКТИВДҮҮ БРОНХИТТИН ДАРЫЛООСУ
(бронхиалдык астманын дебюту)

Ашералиев М.Е., Усекова Э.А., Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Боронбаева Э.К.

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

Корутундусу. *Кайталанма обструктивдүү бронхитти дарылоонун протоколдорун диагностикалык критерийлери табылан.*
Негизги сөздөр: *балдар, обструктивдүү бронхит, терапия*

THERAPY OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS
(as the debut of bronchial asthma)

Asheraliev M.E., Usekova E.A., Osmonculova S.A., Omusheva S.E., Boronbaeva E.K.

National centre for maternal and child welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. *Search diagnostic criteria for recurrent obstructive bronchitis and treatment protocols.*
Key words: *children, obstructive bronchitis, therapy.*

Актуальность проблемы. Рецидивирующий обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов дыхания. Частота его в структуре бронхолёгочных заболеваний, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 40% (Е.Б.

Кролик, 1990; Р.Г. Артамонов, 1992; Л.Г. Кузьменко и соавт., 1999; В.К. Таточенко, 2000; Л.В. Феклисова и соавт., 2001 Рыжикова Г.И., Жекшенова А.А., Плоткин П.В). Рецидивирующий обструктивный бронхит, выделенный в качестве самостоятельного клинического варианта рецидивирующего бронхита в 1981 г. А .Я. Осиным и Л.А. Матвеевой, рассматривается как вариант с аллергическим поражением бронхов, документируемым гиперпродукцией IgE (П.Д. Новиков, 1998) и частыми рецидивами, протекающими с наличием латентного или клинически выраженного бронхоспазма. В 1992 г. Р.Г. Артамонов, а в 1997 г. J.M. Come внесли уточнение в определение данного варианта бронхита. Авторами было предложено под рецидивирующим обструктивным бронхитом понимать бронхит с повторяющимися эпизодами бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных инфекций. Этот вариант рецидивирующего бронхита наиболее часто возникает у детей , т.е. того периода жизни, в котором имеются определённые морфологические особенности бронхиального дерева и повышенная реактивность бронхов на разнообразные факторы внешней среды. Общность клинических проявлений рецидивирующего обструктивного бронхита с приступом бронхиальной астмы и гиперпродукция IgE, имеющая место при указанных заболеваниях, создают большие сложности в диагностике каждого из них. В последнее время с учётом критериев диагностики бронхиальной астмы, предложенными Международным консенсусом (1992) и Национальной программой по бронхиальной астме у детей (1997, 2004), существование диагноза рецидивирующего обструктивного бронхита становится сомнительным. В связи с этим поиски диагностических критериев рецидивирующего обструктивного бронхита и дифференциально-диагностических критериев рецидивирующего обструктивного бронхита с бронхиальной астмой у детей относится к числу актуальных задач.

Цель исследования: выявить у детей грудного и раннего возраста объективные критерии диагностики рецидивирующего обструктивного бронхита и разработать тактику лечения данного контингента больных.

Протокол лечения острого обструктивного бронхита

Диагностические критерии:

. Удлиненный свистящий выдох ”wheezing”, который слышен на расстоянии от больного (пероральные хрипы).

. При осмотре вздутая грудная клетка (горизонтальное размещение ребер), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков, признаки дыхательной недостаточности отсутствуют.

Кашель сухой, приступообразный, длительный. В конце первой недели переходит во влажный, «простуда спускается вниз».

. Перкуторно определяется коробочный оттенок легочного тона.

. Аускультативно выслушивается жесткое дыхание, выдох удлинен, много сухих свистящих хрипов. Могут быть средне- и крупнопузырчатые малозвучные хрипы.

. На рентгенограмме грудной клетки наблюдается разрежение легочной картины в латеральных (верхних) отделах легких и сгущение в медиальных (скрытая эмфизема).

Лечение:

- Госпитализация детей до 1 года и в соответсвии тяжести состояния.
- Диета гипоаллергенная, полноценная, соответственно возрасту ребенка.
- Соблюдать постельный режим. Дело в том, что в вертикальном положении сила кашлевого толчка намного больше, чем при лежачем положении. Поэтому если общее состояние ребенка при обструктивном бронхите позволяет ему не лежать - не укладывайте его намеренно.
- Необходимо увлажнять воздух в комнате, регулярно ее проветривать, обеспечить достаточное освещение прямыми солнечными лучами. Не следует повышать

- температуру воздуха выше 22˚С, потому что это вызывает пересушивание слизистых оболочек.
- Необходимо ограничить контакт ребенка с аллергенами - заменить пуховые подушки на синтетические, убрать одеяла, ковры и другие источники пыли, вынести из комнаты растения, аквариум, не пускать домашних животных, ежедневно делать влажную уборку.
- Ребенок должен больше пить. Полезна щелочная минеральная вода без газа, чай с молоком, отвар шиповника (при отсутствии аллергии на него).
- Пища должна быть легкая, но питательная, с исключением пищевых аллергенов (цитрусовые, шоколад, яйца, рыба, мед и другие). Предпочтительнее молочно-растительная диета.
- Бронхолитики: бронхоадреномиметики (сальбутамол, фенотерол), теофиллины (эуфиллин).
- Бронхолитическая терапия наиболее оптимальна в ингаляциях через небулайзер

(в качестве препарата первого выбора — беродуал, представляющий собой комбинацию бета2-агониста (Фенотерола гидробромида) и холиноблокатора (Ипратропия бромида). 1 мл раствора для ингаляций содержит 20 капель беродуала; в 1 капле 25 мкг фенотерола и 12,5 мкг ипратропия бромида. Необходимую дозу разводят в 2-4 мл физиологического раствора и ингалируют через небулайзер с неплотной маской. Разводить дистиллированной водой нельзя!

Дозы беродуала: Детям до 6 лет назначают на 1 ингаляцию: 0,5 мл (10 кап)или 2 кап/кг массы, но не более 10 кап. Детям 6-14 лет назначают на 1 ингаляцию 0,5-1,0 мл (10-20 кап). Интервал между ингаляциями 4-6 час. Беродуал оптимален для борьбы с обструкцией любой этиологии, высоко эффективен, риск развития осложнений/побочных эффектов терапии максимально низок.

В соответствии с тяжестью состояния - кортикостероидная терапия: желательно ингаляционная - суспензия будесонида (пульмикорт) через небулайзер. Рекомендуемые дозы будесонида суспензии (пульмикорта) в ингаляциях: Дети 6 месяцев и старше - начальная дозировка 0,25-0,5 мг/сут, дозировка при поддерживающем лечении - 0,25-2 мг/сут. Эффективность терапии обострений БА у детей (1,5 - 14 лет) при использовании Пульмикорта суспензии достигается в более короткие сроки, чем при назначении системных стероидов ($p<0,05$). При этом весьма высоко эффективным и оптимальным является сочетание в одной небулайзерной ингаляции беродуала и пульмикорта. При отсутствии возможности ингалировать кортикостероиды через небулайзер можно использовать ИГКС через спейсер, дексаметазон в инъекциях (в/м, в/в) или преднизолон внутрь.

Не применять муколитики (отхаркивающие препараты). Само действие муколитиков построено на разжижении слизи в дыхательных путях, за счет чего ее объем резко увеличивается. Это недопустимо в случае с ребенком при обструктивном бронхите, поскольку малышу и без этого слишком трудно дышать.

Вибрационный (дренирующий массаж) проводится для облегчения отхождения мокроты и может проводиться как медсестрой, так и родителями.

Антибиотики назначаются только при присоединении вторичной бактериальной инфекции. О чем могут говорить следующие симптомы: • Повышение температуры тела выше 39гр. • Ребенок, при полноценном лечении, вдруг становится вялым, малоподвижным, теряет аппетит • Выражена слабость, головные боли, тошнота, рвота • В общем анализе крови ускорено СОЭ, и увеличено содержание лейкоцитов.

Не применять иммунностимуляторы при обструкции. Использование этих препаратов также влияет на производство слизи в дыхательных путях в сторону ее увеличения. А поскольку малыш откашлять ее не может - это лишь усугубит и без того затрудненное дыхание ребенка.

На этапах реабилитации лечебная дыхательная гимнастика, спелеотерапия в Чоҥ-Тузе, закаливание, санаторно-курортное лечение в побережье озера Иссык-Куль.

Диспансерное наблюдение у аллерголога.

Неотложная помощь должна быть оказана при обструкции, которая сопровождается:

- Учащением дыхания до 70 в мин. и выше.
- Беспокойством ребенка, изменениями положения тела в поисках наиболее удобной позы, напряжение межреберных мышц.
- Появление затрудненного выдоха с втяжением мышц грудной клетки.
- Центральный цианоз.
- Снижение PO2.
- Повышение PCO2.

При этом необходимо снабжение кислородом через носовые катетеры, введение бета-агонистов в аэрозоле. Можно ввести глюкокортикоиды (дексаметазон 0,6 мг/ кг из расчета 1-1,2мг/кг/сутки или преднизолон 6 мг /кг из расчета 10-12 мг/кг/сут).

Об эффективности лечения свидетельствует уменьшение частоты дыхания на 15 и больше за минуту, уменьшение экспираторных шумов.

Показанием к переводу на ИВЛ является:

- Ослабление дыхательных шумов на вдохе;
- Сохранение цианоза при вдыхании 40% кислорода;
- Снижение болевой реакции на раздражитель;
- Снижение PaO2 ниже 60 мм рт. ст.;
- Повышение Paca2 выше 55 мм рт. ст.

Чем выше показатель, тем хуже качество жизни. Безопасность терапии оценивали на основании субъективных жалоб пациента или его родителей, данных физикального и лабораторного обследования, отсутствия побочных эффектов и осложнений.

Список литературы:

2.Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Москва, 2006.

*3.**Овсянников Д.Ю.** Бронхолегочная дисплазия в хронической стадии у детей грудного и раннего возраста. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения, в.6, Москва, 2006, с.8 — 15.*

4. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Под ред. Г. А. Самсыгиной. М., 2006. 280 с.

*5. **Ключников С. О**. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. М., 2009. 35 с.*

6. Государственный отчет Роспотребнадзора «Инфекционная заболеваемость в Российской федерации за 2012 год». Опубликовано 05.02.2013 на сайте http://75. rospotrebnadzor.ru/content/infektsionnaya-zabolevaemost-v-rossiiskoi-federatsii-za-2012-god.

7. Global Atlas oF Asthma. Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2013, с. 42–44.

8. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.

*9. **Зайцева О. В.** Бронхообструктивный синдром у детей // Педиатрия. 2005, № 4, с. 94–104.*

*10. **Педанова Е. А** Особенности рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста. В кн.: Пульмонология. Прил. 2003. Тринадцатый нац. конгр. по бол. орг. дых., СПб, 10–14 ноября 2003 г. С. 188.*

*11. **Котлуков В. К**. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа // Педиатрия. 2006, № 3, с. 14–21.*
12. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 4-е изд., перераб. и доп. М.: Оригинал-макет, 2012. 184 с.
Фисенко В. П., Чичкова Н. В. Современная лекарственная терапия бронхиальной астмы // Врач. 2006; 1: 56–60.
***13.** Iramain R., López-Herce J., Coronel J. Inhaled salbutamol plus ipratropium in moderate and severe asthma crises in children // J Asthma. 2011 Apr; 48 (3): 298–303.*
14.Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2009 // http://www.ginasthma.org.
*15. **Жестков А. В**. Короткодействующие b2-агонисты: механизмы действия и фармакотерапия бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких // Consilium Medicum. 2008, т. 10, № 3, с. 99–103.*
*16. **Авдеев С. Н**. Стеринебы — новые возможности небулайзерной терапии обструктивных заболеваний легких // Научное обозрение респираторной медицины. 2011; 3: 18–24.*
*17.**Авдеев С. Н**. Небулайзерная терапия обструктивных заболеваний легких // Consilium Medicum. 2011. Т. 13. № 3. С. 36–42.*

БАЛДАР ХИРУРГИЯСЫ **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

УДК 616-089+616-053.1-616-053.2

ПОКАЗАТЕЛИ ОТДЕЛЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИИ ЗА ПЕРИОД С 2014 по 2016 годы

Сулайманова Г.М.

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

***Резюме.** В статье рассматриваются специфические особенности оказания ургентной специализированной офтальмологической помощи при травмах органа зрения и его придатков у детей. Представлен анализ лечебно – диагностической помощи, определены особенности неотложной офтальмологической службы при офтальмотравматизме в условиях отделения офтальмологии Национального центра охраны материнства и детства МЗ Кыргызской Республики. Описан объем диагностических методов обследования при различных видах глазных болезней.*

***Ключевые слова:** глаз, дети, неотложная офтальмологическая помощь.*

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ОТДЕЛЕНИЯСЫНЫН 2014-2016 ЖЫЛДАРЫНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮҮ

Сулайманова Г.М.

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

***Корутунду:** Бул макалада балдардын көрүү органдарынын жаракат алуусуна ургенттик атайын офтальмологиялык жардам көрсөтүүнүн атайын өзгөчөлүктөрү каралат. Дарылоо-дартты аныктоочу жардамдын анализи сунушталды, Кыргыз*

Республикасынын ССМне карашту ЭжБК УБнун офтальмология бөлүмүнүн шартында офтальмалык жаракаттарга кечиктилгис офтальмологиялык жардам көрсөтүүнүн өзгөчөлүктөрү аныкталды. Көз сыркоолордун ар кандай түрлөрүндө текшерүү жүргүзүүнүн диагностикалык методдорунун көлөмү берилди. Жаш балдардын көрүү органдарынын жабыркоосунун мүнөзүнө, локализациясына жана даражасына жараша дарылоо тактикасынын алгоритми иштелип чыкты жана сунуш кылынды.

Негизги сөздөр: *көздүн сыркоо, балдар, кечиктирилгис офтальмологиялык жардам.*

Report of the Child Ophthalmology Department for 2014-2016 period

Sulaimanova G. M.

National centre for the protection of motherhood and childhood,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. *In this article, specific features of providing urgent special ophthalmic care at traumas of children's eye and eye appendixes are considered. The analysis of treatment and diagnostic support is also provided, the peculiarities of providing emergency ophthalmic service namely at the Child Ophthalmology Department of the National Centre of Maternity and Childcare of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic are defined. The scope of diagnostic methods of checkup of various eye diseases is described.*
Key words: *eye, children, urgent ophthalmic care*

Отделение офтальмологии является самостоятельным структурным подразделением Национального Центра охраны материнства и детства МЗ КР. В отделении производятся все виды хирургических вмешательств при заболеваниях органа зрения. Отделение Офтальмологии НЦОМиД - единственное отделение в Кыргызской Республике, оказывающее неотложную упгентную помощь детям Кыргызстана при острых заболеваниях органа зрения и его придаточного аппарата.

Таблица 1 – Структура пролеченных больных по регионам за 2014-2016 гг.

Области	**2014**		**2015**		**2016**	
	абс.	**%**	**абс.**	**%**	**абс.**	**%**
Бишкек						
Чуйская						
Таласская	61	7,75	45	6,8	43	5,66
Иссык-Кульская						
Нарынская	73	9,3	63	9,5	71	9,35
Ошская	62	7,8	46	6,9	52	6,85
Джалал-Абадская						
Баткенская	25	3,8	19	2,9	15	1,97
Россия и др. страны СНГ						
Всего	787	100	662	100	759	100

Как видно из таблицы наибольшее число госпитализированных пациентов в 2016г. направлены на стационарное лечение в отделение офтальмологии НЦОМиД ЛПУ города Бишкек 29,4% и Чуйской области 29,24%, в сравнении с предыдущими годами (2014 и 2015гг) особо не отличаясь. Затем в порядке убывания Иссык-Кульской,

Нарынской, Ошской, Джалал-Абадской, Таласской областей. Самый низкий процент пролеченных детей из Баткенской области (1,97%). Структура пролеченных больных по регионам за 2014-2016 гг. не изменилась, соотношение за данный период без особых колебаний. Из отдалённых районов дети, как и ранее поступали с направлением из АДО (КДО) НЦОМиД с различными заболеваниями. Часто больные дети направлялись ЛПУ в НЦОМиД, минуя районные и областные больницы.

Таблица 2 - Структура заболеваний у детей, пролеченных в отделении офтальмологии за 2014- 2016 гг.

№	Нозологическая единица	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Врожденный дакриоцистит	130	16,5	120	18,1	116	15,3
2	Врожденный птоз	31	3,9	25	3,8	29	3,8
3	Врожденная катаракта	33	4,2	31	4.7	38	5,0
4	Врожденная глаукома	9	1,1	5	0,8	10	1,3
5	Врожденная миопия	64	8,1	57	8.6	59	7,8
6	Врожденный заворот	22	2,8	15	2.3	20	2,6
7	Травма открытая	94	11,9	81	12,2	88	11,6
8	Травматическая катаракта	34	4,3	12	2,6	28	3,7
9	Контузия глазного яблока	34	4,3	21	3,2	29	3,8
10	Ожог глазного яблока	6	0,8	4	0,6	8	1,1
11	кератит	69	8,8	56	8,5	66	8,7
12	Язва роговицы	13	1,6	10	1,5	11	1,4
13	Эндофтальмит	9	1,1	7	1,1	8	1,1
14	Синдром Марфана	-	-	-	-	2	0,3
15	Субатрофия глазного	5	0,6	3	0,5	2	0,3
16	увеит	37	4,7	29	4,4	31	4,1
17	халязион	51	6,5	39	5,9	44	5,8
18	Афакия	29	3,7	21	3,2	25	3,3
19	Вторичная катаракта	11	1,4	5	0,8	7	0,9
20	Доброкачественные	15	1,9	13	1,96	18	2,4
21	Косоглазие	43	5,5	67	10,1	74	9,7
22	Врожденная патология	14	1,8	10	1,5	12	1,6
23	Отслойка сетчатки	5	0,6	2	0,3	2	0,3
24	Симблефарон	-	-	2	0,3	1	0,1
25	анофтальм	-	-	-	-	1	0,1
26	Флегмона орбиты	15	1,9	15	2,3	16	2,1
27	Абсцесс век	14	1,8	11	1,7	12	1,6
28	Симпатическая офтальмия	-	-	1	0,2	2	0,3
29	Итого:		100	662	100	759	100

Наибольший удельный вес в структуре патологии детей всех возрастных групп, как и в предыдущие годы, имели врожденный дакриоцистит (15,3%) и травмы глазного яблока и его придатков (11,6%). Полностью структура патологии у пролеченных детей приведена в таблице 2.

Таким образом, в отделении офтальмологии получают медицинскую помощь дети всех возрастов и оказывается не только плановая но и экстренная помощь.

УДК617.55 – 007.24 – 053.2: 616.315 – 007.254 – 053.1

ДЕФЕКТЫ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ОПОРНЫХ ТКАНЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОДНОСТРОННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Мамыралиев А.Б.

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

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

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

ТАҢДАЙ ЖАНА ҮСТҮҢКҮ ЭРИНДИН ТУБАСА БИР ТАРАПТУУ ЖАРАКАЛАРЫ МЕНЕН БАЛДАР БЕТИНИН ОРТОҢКУ ЗОНАСЫНЫН ТИРӨӨЧ ТКАНЫНЫН ДЕФОРМАЦИЯЛАРЫ ЖАНА КЕМЧИЛИКТЕРИ

Мамыралиев А.Б

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

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

Негизги сөздөр*: балдар, таңдай жана үстүнкү эридин жаракасы.*

DEFECTS AND DEFORMATIONS OF THE SUPPORTING TISSUES OF THE MIDFACE IN CHILDREN WITH CONGENITAL ODNOTONNYMI CLEFTS OF THE UPPER LIP AND PALATE

Mamiraliev A.B.

National centre for maternal and child health
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. *The article presents the priority of surgical treatment of defects and deformities of the supporting tissues of the middle zone of the face in children with congenital unilateral cleft upper lip and palate.*
Keywords: *children, cleft upper lip and palate*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

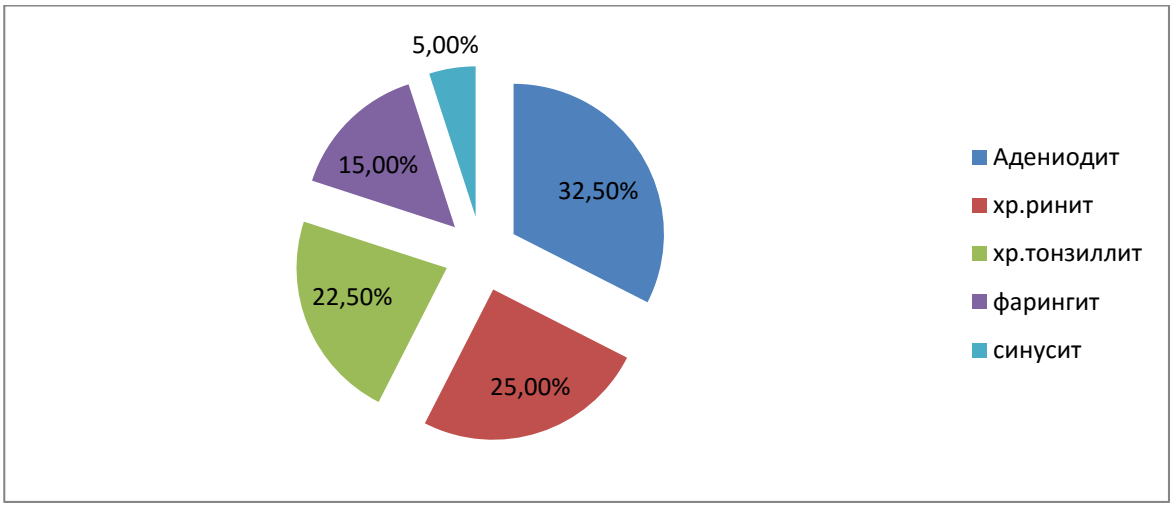

Рисунок 1. Показатели хронической лор патологии у детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и нёба.

Результаты опросника №1 показали, что важной проблемой для подростков с врожденной патологией лица (93%) является общение с незнакомыми людьми. Подростки пытаются избегать контакта с окружающими, испытывая стеснение из-за собственной внешности. Сложнее складываются взаимоотношения со сверстниками, в школе (89,0%) подростков сами избегают общения, комплексуя из-за своей внешности.Отношения в семьях у (70,0%) хорошие, подростки не испытывают неприятие и унижение со стороны членов семьи. Однако оказалось, до операции состояние детей характеризовалось эмоциональной напряжённостью, неуверенностью, тревожностью, пассивностью.

В отделении ЧЛХ НЦОМиД прооперированно 30 пациентов с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и нёба с применением методики вторичной ринопластики с использованием аутотрансплантата и силиконового имплантата.

Методика операции: под интубационным наркозом через рот производили типичный разрез по Maks-Trevascis-Pain в области кожно-хрящевого отдела носа. Полученный кожный лоскут отсепаровывали до кончика носа и препарировали медиальную ножку

крыльного хряща на стороне расщелины с переходом на медиальную ножку крыльного хряща противоположной стороны. Недоразвитая медиальная ножка крыльного хряща на стороне расщелины рассекалась в верхней ее трети и поднималась вверх на уровень медиальной ножки здоровой стороны. Затем формировался трансплантат фигурной формы из аллохряща по размеру, соответствующий длине и ширине будущей перегородки носа. Формировали ложе между медиальными ножками крыльных хрящей и укладывали подготовленный выше аллохрящевой трансплантат, который нижним концом упирался в anterior nasal spine,а верхним концом в кончик носа и фиксировался к медиальным ножкам крыльных хрящей кетгутом. Кожный лоскут укладывался на прежнее место и фиксировался швами. Затем проводили полулунный разрез кожи и мягких тканей под крылом носа. Из аллохряща моделировали трансплантат в соответствии с рельефом и степенью недоразвития нижненаружного края грушевидного отверстия и укладывали в сформированное ложе, из достаточного слоя мягких тканей, способного удержать и изолировать пересаживаемый пластический материал. Конгруентность аллохряща и восстанавливаемого участка верхней челюсти обеспечивало его неподвижное положение в области пересадки без дополнительной фиксации.

Результаты проведенных операции оцениваются положительно. Динамическое наблюдение больных в послеоперационном периоде выявило, что у 26-ти детей из 30-ти раны зажили первичным натяжением. Больные выписаны домой с выздоровлением или по улучшению состояния здоровья на 7-10-е сутки после операции. Контрольные осмотры проводились через 1 – 3 – 6 месяцев после операции.

Основным достоинством данной методики является эффективное замещение дефекта. Результаты данных антропометрических измерений, фотографий и моделей челюстей, позволили разрабатывать методику пластики носа и восстановления контура недоразвитого нижне-наружного края грушевидного отверстия с использованием аллохрящевого трансплантата.

Операция осуществлялась одномоментно, причем начиналась с исправления формы кожно-хрящевого отдела носа, а затем проводилась контурная пластика недоразвитого края грушевидного отверстия.

После проведения реконструктивной операции эмоциональное состояние наших пациентов значительно улучшилось, что подтверждают результаты исследований с помощью тестов Айзенка. Все подростки отметили, что стали более уравновешенными, у них улучшилось настроение, появились новые жизненные планы. Наблюдается положительная динамика во взаимоотношениях с окружающими. 78,0% подростков считают, что сверстники стали охотнее с ними общаться, а у 80% с изменением внешности появилось больше друзей и проявлять собственное желание общаться со сверстниками. 60,0% пациентов считают, что благодаря изменениям во внешности стали увереннее себя чувствовать в обществе друзей, а 89,0% детей стали охотнее идти на контакты и знакомства с новыми людьми.

Характерным для восприятия собственной внешности после операции становится удовлетворенность своим лицом, позитивная оценка его частей - рта и носа. Подросток начинает нравиться себе, собственное лицо вызывает у него положительные эмоции. Это подтверждает резко положительная динамика рисунка, проявляющаяся в рисовании собственного улыбающегося лица у 42,0%, характерной особенностью в рисунках подростков (63,0%) явилось изображение рта с «бантиком» на верхней губе. Это указывает на позитивные изменения в восприятии собственной внешности и свидетельствует о гармонизации процесса самовосприятия у ребенка.

Таким, образом, результаты оперативного лечения с использованием формализированного аллохряща позволяют утверждать, что реконструктивно-восстановительная операция кожно-хрящевого отдела носа и нижненаружного края

грушевидного отверстия по клиническим результатам являются более эффективными, чем хирургические вмешательства без применения трансплантатов.

Выводы:

1. Преимущества способа реконструктивной операции на носу с использованием аллотрансплантата в хирургической коррекции, позволяют получить устойчивые эстетические и функциональные результаты, исход чего благоприятно повлияет на психологический статус и реабилитацию больного с врожденной расщелиной верхней губы и неба.
2. В результате восстановления хрящевой опоры под основанием крыла носа у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, увеличить эффективность реконструктивно-восстановительных операций на носу, что приведет к устранению уплощения фронтального отдела лица у больного.

Список использованной литературы

*1.**Бессонов, С.Н**. Вторичная ринохейлопластика. Журнал пластической реконструкции и эстетической хирургии [Текст] / С.Н. Бессонов, К.П. Пшениснов - М.: 1998. - №4 - С.16—26.*

*2. **Бессонов С.Н.** Антропометрический анализ лица в хирургии врожденных расщелин верхней губы. Стоматологические заболевания у детей. [Текст] / С.Н. Бессонов. - Тверь 2000. - С. 160—162.*

*3. **Блохина С.И.** Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра. [Текст] : автореф. дис…. доктора мед. наук: 14.01.02. / С.И. Блохина. - Москва, 1992. - 45 с.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*14. **Hobar, P.C.** Cleft lip II: Secondary deformities. [Текст] / P.C. Hobar //Selected Read Plast Surg, 1994.- № 7.- 22 p.*
*15. **Rettinger, G**. O'Connell. The nasal base in cleft rhinoplasty. [Текст] / G.Rettinger // Fac Plast Surg ,2002. - № 18(3). - P. 165—178.*
*16. **Millard, D.R.** Cleft Craft: The evolution of its surgery. [Текст] / D.R. Millard //The unilateral deformity. Boston: Little Brown, 1976. - № 1.*
*17. **Nagahama, M**. Secondary unilateral cleft lip nasal deformities: Open approach for correction. . [Текст] / Nagahama M., Laguinge R., Sakamoto N. //Transactions of 9th International congress on cleft palate and related craniofacial anomalies. Goteborg, Sweden, 2001. - p. 91—105.*
*18. **Salyer, K.E.** Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity. . [Текст] / Salyer K.E. // Cleft Palate Craniofacial J, 1992.- № 29(6). -p. 56—565.*
*19. **Sykes, J.M.** Use open approach for repair of secondary of cleft-lip nasal deformity. [Текст] / Sykes J.M., Senders C.W., Wang T.D., Cook T.A. // Fac Plast Surg Clin North Am, 1993. - № 1. - p. 111—126.*
*20. **Thomson, H.G.** The residual unilateral cleft lip nasal deformity: A three-phase correction technique. [Текст] / Thomson H.G. // Plast Reconstr Surg, 1985.- p. 76: 36.*

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

ПЕДИАТРИЯ

Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения на уровень смертности детей первых 5-ти лет жизни с оценкой качества медицинского обслуживания
Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б., Маймерова Г.Ш., Кабаева Д.Дж, Казакбаева Ж.А. *5*

Оценка возможностей прогнозирования формирования врожденных пороков развития плода с учетом факторов риска в Кыргызской Республике
Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б. *10*

Оценка возможностей профилактики последствий перинатального периода с учетом факторов риска в Кыргызской Республике
Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Фуртикова А.Б. *19*

Опыт дистанционного медицинского консультирования больных в Кыргызстане
Абдылдаев Т.Т., Ашералиев М.Е. *24*

Влияние асслцированных инфекций на течение обструктивного бронхита
Усекова Э.А., Касымбекова С.К., Ашералиев М.Е., Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Джанузакова Н.Э., Боронбаева Э.К. *28*

Терапия обструктивного бронхита (как дебюта бронхиальной астмы)
Ашералиев М.Е., Усекова Э.А., Осмонкулова С.А., Омушева С.Э., Боронбаева Э.К. *33*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Показатели отделения офтальмологии за период с 2014 по 2016 гг.
Сулайманова Г.М. *37*

Дефекты и деформациями опорных тканей средней зоны лица у детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба
Мамыралиев А.Б. *40*

Здоровье матери и ребенка. 2017. Том 9. № 3-4. Формат 64х90. Печать офсетная.
Объем 8,1 п. л.Тираж 200 экз.Отпечатано в типографии ОсОО «Папирус Print»
ул. Киевская 137/а