Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183

Приложение №6, 2016

vestnikbgmu.ru

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

приложение №6, 2016 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

© ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2016

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МОЛОДЕЖНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ ГЛАЗАМИ МОЛОДЕЖИ»,
ПОСВЯЩЕННОЙ
55-ЛЕТИЮ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

ОГЛАВЛЕНИЕ

И.И. Гарипов, Р.Р. Гизатуллин **6**

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ШКАЛЫ WESTLEY ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ

Е.С. Анисимова, А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова, Д.Н. Одинцова, А.И. Фаизова **10**

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.Р. Гайнетдинова **13**

СУТОЧНЫЕ ЭНЕРГОТРАТЫ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ АДЕКВАТНОГО ПИТАНИЯ

Э.Г.Алимбаева, А.Н. Гараева, Ф.Р.Шарипова **16**

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЗА ПЕРВЫЙ КВАРТАЛ 2015 ГОДА

Р.Р. Гизатуллин, И.И. Гарипов **20**

СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

К.В Кузьменко, А.Н. Ситникова **24**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В Г.УФЕ ЗА 2011-2015 ГОДЫ

А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова, Е.С. Анисимова, Д.Н. Одинцова **29**

ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Д.Н. Одинцова, Е.С. Анисимова, А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова **34**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ю.А. Степанова, И.К. Андреева **37**
ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ

Ф.Р. Шарипова, А.Н. Гараева, Э.Г. Алимбаева **41**
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОГО САДА «БЕРЕЗКА») ЗА 2015 ГОД

Г.Х. Газизова **44**
ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИМАСКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Р.И. Нуртдинова, А.Р. Закиров **48**
ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

П.А. Берг, Э.А. Берг **52**
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ В ГЕНЕ ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА

Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, Н.А.Дьякова, И.С. Ефремов **57**
РЕШЕНИЯ СЪЕЗДОВ УФИМСКОГО ЗЕМСКОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ О ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Н.А. Дьякова, Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, И.С. Ефремов **60**
ВКЛАД НИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В БАШКИРСКОЙ АССР В 30-Е ГОДЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

И.С. Ефремов, Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, Н. А. Дьякова **62**
«ДЕТСКИЕ СТОЛЫ» В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Е.С. Карпова, Н. А. Дьякова, Э.А. Гимадова, И.С. Ефремов **66**
БАШКИРСКИЙ НИИ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГИГИЕНЫ - ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ СОЗДАНИЯ БГМИ

Л.С. Корнейчук **69**
ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В БАШКИРСКОЙ АССР И РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

В.А. Сбитякова **74**
ОЧЕРКИ ИЗ ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

А.В. Мусалимова **79**
ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА КУШНАРЕНКОВСКОЙ ЦРБ. ИСТОРИЯ. ОСНОВАТЕЛИ

УДК 61

И.И. Гарипов, Р.Р. Гизатуллин

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ШКАЛЫ WESTLEY ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гизатуллин Р.Х.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Своевременная диагностика, прогнозирование развития критического состояния, принятие решения о лечении острого стенозирующего ларинготрахеита в условиях реанимационного отделения, являются актуальной задачей. Поэтому необходимо использовать наиболее информативные клинические и лабораторные показатели, бальные шкалы оценки состояния. Для этого в международной практике для оценки тяжести острого стенозирующего ларинготорахеита используется шкала Уэстли, в которой тяжесть определяется как сумма баллов в зависимости от выраженности отдельных симптомов. В работе был проведен анализ оценки информативности и вычисление порогового значения бальной шкалы оценки крупа Westley C., для улучшени результатов лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей.*

Ключевые слова*: острый стенозирующий ларинготрахеит, круп, дети, шкала Уэстли, шкала Westley .*

Острые респираторные заболевания являются одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии, важность которой определяется, прежде всего, большой их распространенностью в детском возрасте. Высокая распространенность ОРЗ в детском возрасте обусловлена как контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма. Одним из частых и наиболее тяжелых проявлений респираторных инфекций у детей раннего и дошкольного возраста (от 6 мес. до 3 лет) является стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ) или синдром крупа. Стенозирующий ларинготрахеит – синдром (симптомокомплекс), характеризующийся локализацией воспалительного процесса преимущественно в подскладочном отделе гортани и клинически проявляющийся «триадой» симптомов: осиплостью голоса, грубым «лающим» кашлем и шумным (стенотическим) дыханием. Из ежегодно регистрируемого числа острых

респираторных заболеваний у детей острый стенозирующий ларинготрахеит встречается в 7,5 – 8,0% случаев. Острая обструкция связана с анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей у детей: малый диаметр гортани и трахеи, склонностью их слизистой оболочки и располагающейся под ней рыхлой волокнистой соединительной ткани к развитию отека, мягкость и податливость хрящевого скелета; короткое узкое преддверие и воронкообразная форма гортани; высоко расположенные и непропорционально короткие голосовые складки; гипервозбудимость мышц-аддукторов, замыкающих голосовую щель; слабость дыхательной мускулатуры, функциональная незрелость рефлексогенных зон и гиперпарасимпатикотония. Обилие лимфоидной ткани у детей раннего возраста с большим количеством тучных клеток, сосудов способствуют отеку подскладочного пространства и развитию острого СЛТ.

Острый стенозирующий ларинготрахеит сопровождается быстро развивающейся дыхательной недостаточностью, формирующейся из-за отека, спазма мышц и гиперсекреции желез слизистой оболочки гортани и трахеи. Своевременная диагностика и лечение, прогнозирование развития критического состояния, принятие решения о лечении в условиях реанимационного отделения, являются актуальной задачей. Для своевременной диагностики, прогнозирования развития критического состояния и лечения необходимо использовать наиболее информативные клинические и лабораторные показатели, бальные шкалы оценки состояния [1]. В международной практике для оценки тяжести крупа используется шкала Уэстли [5]. Тяжесть крупа по шкале Уэстли определяется как сумма баллов в зависимости от выраженности отдельных симптомов (табл 1.).

Таблица 1. Шкала Уэстли (The Westhley Croup Score, Westley CR et al., 1978)

Критерий	Выраженность	Баллы
Инспираторная одышка	Отсутствует	0
	В покое(с помощью стетоскопа)	1
	В покое(на расстоянии)	2
Участие вспомогательной мускулатуры	Отсутствует	0
	Умеренно в покое	1
	Выражено в покое	2

Цианоз	Отсутствует	0
	Во время плача	1
	В покое	3
Сознание	нормальное	0
	возбужденное	2
	сопор	5
Тип дыхания	регулярное	0
	тахипноэ	2
	апноэ	5

Суммарная балльная (от 0 до 17 баллов) оценка основных параметров позволяет определить тяжесть крупа: легкий – ≤2 балла, средняя тяжесть – от 3 до 7 баллов, тяжелый – ≥8 баллов. Подходы к назначению базисной терапии СЛТ также осуществляются в зависимости от балльной оценки тяжести [4].

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов лечения острого стенозирующего ларинготрахеита у детей. Оценка информативности и вычисление порогового значения бальной шкалы оценки крупа Westley C. [2]

Анализ проведен у 87 детей в возрасте от 12 месяцев до 3-х лет с острым стенозирующим ларинготрахеитом, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли дети, госпитализированные и пролечившиеся в детском отделении 63 человека (контрольная), 2-я группа (основная, 24 человека) – дети, госпитализированные при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии. Для вычисления информативности клинических и лабораторных показателей применяли меру Кульбака [3]. Величину информативности отражали коэффициенты, определяющие степень влияния заболевания на выраженность критериев шкалы Уэстли. Функцией отклика явилась госпитализация пациента в отделение реанимации (госпитализирован или нет). Признак является информативным при коэффициенте равным 0,5 и более.

При поступлении в стационар по шкале Westley статистически значимых различий между контрольной и основной групп выявлено не было. Через 30 минут после поступления были выявлены статистически значимые различия по шкале Westley. Коэффициент информативности шкалы Westley был равен 1,9. Было определено пороговое значение данной шкалы, равное 6 баллам.

Таблица 1. Оценка детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом по шкале Westley

Время от момента поступления	Контрольная группа	Основная группа
При поступлении	6,3±0,25	6,5±0,2
Через 30 минут	5,0±0,9	7,4±1,2*

*- статистически значимое различие $p<0,05$

Статистически значимых различий в общем и биохимическом анализах крови в исследуемых группах не было. Их коэффициент информативности был меньше 0,5.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что при поступлении в стационар детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом шкала Westley является высокоинформативной, позволяет дифференцировать детей в исследуемых состояниях. При значении шкалы 6 баллов и более показано лечение в условиях отделения реанимации. Данное пороговое значение позволяет своевременно принимать решение, в условиях какого отделения проводить лечение пациента с острым стенозирующим ларинготрахеитом. От этого будет и зависеть объем оказываемой помощи больному ребенку.

Список литературы

1. Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. — СПб.: ИнформМед, 2013. — С. 120-125.

2. Westley C.R., Cotton E.K., Brooks J.G. Nebulized racemic epinephrine by IPPB for treatment of croup: a double-blinded study // Am. J. Dis Child. – 1978. - № 132. – P.484-487.

3. Кульбак С. Теория информативности и статистика. М.: Наука, 1967. -408с.

4. Pitluk J.D., Uman H., Safranek S. What’s best for croup? // J Fam Pract. 2011. — Vol. 60. P. 680–681.

5. Баранов А. А., Багненко С. Ф. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей, 2015.-С. 10.

УДК 616-007-053.1

Е.С. Анисимова, А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова, Д.Н. Одинцова, А.И. Фаизова

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.А. Гумеров

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Башкирский Государственный Медицинский Университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Представлены результаты оперативного лечения 32 новорожденных детей с атрезией пищевода (АП) за период с 2010 по 2015 гг., находившихся в клинике детской хирургии РДКБ г. Уфы. Проведен анализ сопутствующих пороков развития, способов лечения при разных вариантах АП, осложнений.*

Ключевые слова. *Атрезия пищевода, видеоторакоскопическое лечение, новорожденные, дети, исходы оперативного лечения.*

Актуальность: Атрезия пищевода в детской хирургии по праву считается важным и достаточно сложным пороком развития. По результатам ее лечения можно судить об уровне хирургической помощи, которую оказывает лечебное учреждение. Развитие эндохирургии в последние годы позволяет детским хирургам выполнять коррекцию АП с использованием торакоскопического способа. АП занимает первое место среди пороков развития пищевода: частота порока – 1:2440 – 1:4500 живых новорожденных; соотношение встречаемости порока у мальчиков и девочек 1,26:1,0 [1, 2].

Цель исследования: изучить результаты видеоторакоскопического лечения АП у новорожденных.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни 32 новорожденных детей с атрезией пищевода за период с 2010 по 2015 гг., оперированных торакоскопическим способом в клинике детской хирургии РДКБ.

Результаты и обсуждения: АП является угрожающим жизни пороком развития, требующим неотложного оперативного вмешательства. Нами проведен анализ результатов оперативного лечения 32 новорожденных детей с различными формами АП.

Таблица 1

Формы атрезии пищевода у новорожденных

Форма АП	Количество больных
АП с дистальным трахеопищеводным свищем (ДТПС)	31
Бессвищевая форма	1
Итого:	32

Во всех случаях диагноз АП был установлен в роддоме сразу после рождения и в течение первых 24 часов дети были доставлены в клинику детской хирургии РДКБ. Из 32 детей доношенных было 21, недоношенных – 11; мальчики 20 детей, девочки – 12. Гестационный возраст поступивших детей колебался от 29 до 40 недель, в среднем составил 34,4±1 неделя. Масса тела колебалась от 1310 г. до 3920 г., в среднем составила 2826±221 г.

Сопутствующие пороки развития имели 14 детей. Среди наиболее частых врожденных аномалий пороки желудочно-кишечного тракта – 7 случаев, врожденные пороки сердца – 5 случаев.

Таблица 2

Сопутствующие пороки развития у новорожденных с АП

	Аномалии развития	Количество больных
Пороки желудочно-кишечного тракта	Атрезия ануса и прямой кишки	5
	Атрезия двенадцатиперстной кишки	1
	Высокая кишечная непроходимость	1
Пороки сердца	Тетрада Фалло	3
	Дефект межжелудочковой перегородки	2
Пороки скелета	Клиновидная деформация позвонков, дополнительные шейные ребра	1
Пороки мочевыводящей системы	Дисплазия почки	1

Первичный анастомоз был выполнен в 28 случаях, отсроченный - в 2; операции проведены эндоскопически. Техника вмешательства не отличается от традиционных методов. В 2 случаях выполнена эзофагогастростомия по Г.А. Баирову с последующей колоэзофагопластикой в возрасте 4 – 6 месяцев. Эндоскопический доступ и визуализация

позволяли мобилизацию сегментов на значительном протяжении, что делало возможным наложение первичного анастомоза при диастазе до 2,5 см.

После операции новорожденным проводились миорелаксация и ИВЛ, питание по зонду за зону анастомоза. Снятие с ИВЛ на 10,4 ± 2,4 сутки. Кормление через зонд начато через 2,4 ± 0,6 дней. Кормление через рот начато на 17,5 ± 2,5 сутки. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 34,4 ± 6,8 дней.

Осложнения в послеоперационном периоде:

Таблица 3

Осложнения у новорожденных с АП в послеоперационном периоде

Осложнения	Количество случаев
Стеноз анастомоза до 2 мм.	3
Несостоятельность анастомоза	2
Реканализация ТПС	1

Этим пациентам потребовалось бужирование в послеоперационном периоде, повторное оперативное вмешательство.

Из 32 новорожденных с АП умерли 5 (15,6 %). Основными причинами явились сочетанные пороки развития, генерализованная инфекция.

Заключение и выводы: Эндохирургическая коррекция АП у новорожденных позволяет снизить травматичность операции, сократить сроки пребывания детей в стационаре и добиться хороших функциональных и косметических результатов.

Список литературы

1. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. - 2009. – С. 258 - 262.

2. Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Атрезия пищевода. – 2015. – С. 352.

3. Красовская Т.В., Голоденко Н.В., Мокрушина О.Г. Детская хирургия. – 2003. - № 6 – С. 5 - 8.

4. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Эндоскопическая хирургия в педиатрии. – 2016. – С. 172 – 182.

УДК 613.2.03

А.Р. Гайнетдинова

СУТОЧНЫЕ ЭНЕРГОТРАТЫ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ АДЕКВАТНОГО ПИТАНИЯ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Ахмадуллин У.З.

Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В данном исследовании показана взаимосвязь между энерготратами и калорийностью пищи; приведены основные рекомендации по профилактике нерационального питания.*

Ключевые слова: *питание, энерготраты, калорийность питания, сбалансированность питания.*

Актуальность: питание относится к важнейшим факторам, определяющим здоровье. Правильное питание - это одно из решающих условий, определяющих гармоничный рост, адекватное морфологическое и функциональное созревание различных органов и тканей, оптимальные показатели психомоторного и интеллектуального развития, а также устойчивость к инфекциям и действию других неблагоприятных внешних факторов [4]. Исследование суточных энерготрат лежит в основе разработки адекватного питания.

Цель: показать взаимосвязь между энерготратами и калорийностью суточного рациона у исследуемых и представить рекомендации по профилактике нерационального питания.

Материалы и методы исследования: студенты-медики младших курсов. При вычислении суточных энерготрат мы использовали расчетный метод вычисления суточного расхода энергии. В данном методе путем хронометража вели подсчет энергозатрат при различных видах физической активности по отношению к величине основного обмена в зависимости от пола, возраста, роста и массы тела [1, 2].

Суточную калорийность питания определяли с помощью метода меню-раскладки и таблиц химического состава продуктов питания. С их помощью мы оценивали качественный состав и энергетическую ценность пищевого рациона у испытуемых в течение 6 дней. Анализ меню-раскладки позволил оценить содержание основных ингредиентов питания

(белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ) в рационе, его калорийность и сбалансированность, режим питания, чередуемость и повторяемость блюд, соотношение плотных и жидких, кислых и пресных блюд [3].

Результаты и их обсуждение: у представителей первой группы физической активности, у которых калорийность питания с учетом возраста должна быть не менее 2000 ккал, энергопотребление не достигает нормы. Так, в среднем, при энерготратах в 2859 ккал, энергопотребление составляет лишь 1917 ккал. Это говорит о том, что студенты в течение учебной недели расходуют больше энергии, чем получают с пищей. В этом немаловажную роль играет образ жизни студента-медика.

Что касается показателей качественного состава питания, макронутриентов, у испытуемых мы также обнаружили несоответствие с нормой (рис. 1).

Таким образом, 85% испытуемых получает недостаточное для их организма количество энергии с пищей, а 15% - избыточное количество калорий.

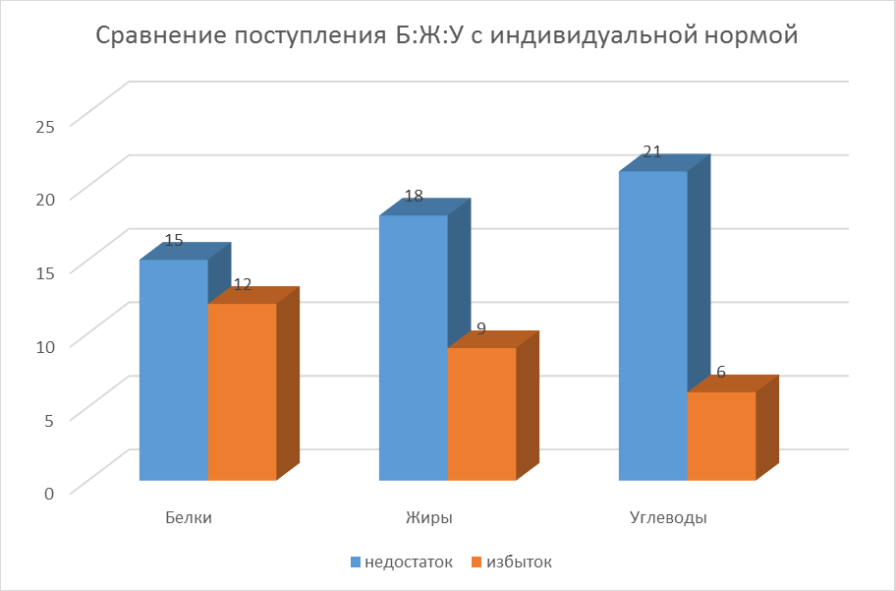

Рис. 1. Сравнение поступления Б:Ж:У с индивидуальной нормой

Выводы: несбалансированное питание приводит к нарушению обменных процессов, быстрой утомляемости, снижению работоспособности, снижению уровня усвоения учебного материала.

Основные рекомендации по профилактике нерационального питания:

1. Энергетическое равновесие. Энергетическая ценность суточного рациона питания должна соответствовать энергозатратам организма;

2. Сбалансированность питания. Каждый организм нуждается в строго определенном количестве пищевых веществ, которые должны поступать в определенных пропорциях. Согласно принципу сбалансированного питания, обеспеченность основными пищевыми веществами подразумевает поступление белков, жиров, углеводов в организме в строгом соотношении.

Белками должно обеспечиваться 10 - 15 % суточной калорийности, при этом доля животного и растительного белков должна быть одинаковой. Оптимальное количество белков должно равняться 1 г на 1 кг веса. Источниками белков растительного происхождения являются грибы, орехи, семечки, крупяные и макаронные изделия, рис и картофель; животного происхождения - мясо, рыба, творог, яйца, сыр.

Оптимальный объем потребления жира – 15 - 30 % калорийности. Благоприятным считается такое соотношение растительных и животных жиров, которое обеспечивает 7 - 10 % калорийности за счет насыщенных, 10 - 15 % - мононенасыщенных и 3 - 7 % полиненасыщенных жирных кислот. На практике это означает потребление в равном соотношении растительных масел и животных жиров.

Углеводами должно обеспечиваться 55 - 75 % суточной калорийности, основная их доля приходится на сложные углеводы (крахмалосодержащие и некрахмалосодержащие) и только 5 - 10 % - на простые углеводы (сахара);

3. Соблюдение режима питания. Питание должно быть дробным (3 - 4 раза в сутки), регулярным и равномерным [5].

Список литературы

1. Зулькарнаев, Т.Р. Гигиена питания. Руководство к практическим занятиям / Уфа, 2010. – 52 с.

2. Соколов, А.И. Сравнение энерготрат и энергопотребления у различных профессиональных групп населения Нижнего Новгорода

3. Shetty P. // Public Health Nutr. - 2005. - Vol. 8, N 7A. - P. 9 9 4 -10 0 9 .

4. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ожирения у детей и подростков. — М.: Практика, 2015. — 136 с.

5. ГАУЗ СО "Свердловский областной центр медицинской профилактики": [Электронный ресурс]. URL: http://www.medprofural.ru

УДК: [616.155.194.8.-06:616.24-008.4-022:616.233-002]-053.2

Э.Г. Алимбаева, А.Н. Гараева, Ф.Р. Шарипова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЗА ПЕРВЫЙ КВАРТАЛ 2015 ГОДА

Научный руководитель – к.м.н., доцент Галиева А.Т.

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Анемия и анемический синдром, вызываемый многими причинами, относятся к наиболее часто встречающимся патологическим состояниям, с которыми ежедневно приходится сталкиваться педиатрам.*

Железодефицитная анемия – клинико-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне разных патологических и/или физиологических процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении[2,3];

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЖДА выявляется более чем у 2 млрд. человек.[4];

Железо – микроэлемент, необходимый для нормального функционирования биологических систем организма, является незаменимым другими металлами в сложных биохимических процессах, таких как дыхание, кроветворение, иммунобиологические и окислительно-восстановительные реакции, входит в состав гемоглобина и миогемоглобина[1];

Для изучения данной проблемы нами было проанализировано состояние здоровья детей с диагнозом железодефицитной анемии, госпитализированных в педиатрическое отделение.

Ключевые слова: *дети, железодефицитная анемия (ЖДА), острый бронхит, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ).*

Цель. Проанализировать состояние здоровья детей с диагнозом железодефицитной анемии, госпитализированных в педиатрическое отделение.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детей возрасте от 1 месяца до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в ГКБ №22.

Для этого проведен ретроспективный анализ медицинской документации педиатрического отделения.

В ходе исследования проанализированы данные медицинских карт стационарных больных (форма 003/У) с ЖДА за первый квартал 2015 года.

Результаты исследования.

Исследования показали, что среди госпитализированных детей в педиатрическом отделение наибольший удельный вес составляют больные с органами дыхания (73,0%), прочие болезни (крапивница, отравления) встречались реже (27%). Причем в структуре заболеваний первое место занимают острые бронхиты (40%), второе место- ОРВИ (27%), третье место- крапивница (17%)(рис.1).

Среди всех исследованных детей девочки с ЖДА чаще болеют острыми бронхитами (41,2%), мальчики – ОРВИ (53,9%). У детей с ЖДА в грудном возрасте чаще диагностируется острый бронхит (19,5%), причем чаще у девочек, нежели у мальчиков (11,8% против 7,7%). У детей с анемией с 1 года до 3 лет чаще выявляется также острый бронхит (46,5%), примерно одинаково у мальчиков и у девочек (23,0% против 23,5%). Мальчики дошкольного возраста чаще болеют ОРВИ (30,8%), девочки- острым бронхитом (5,9%). Среди детей старшего возраста преобладает крапивница (23,5) причем у мальчиков реже (7,7%), чем у девочек (23,5%).

Рис. 1. Частота ЖДА среди детей, госпитализированных в педиатрическое отделение БСМП г. Уфа.

Таблица 1

Частота ЖДА среди девочек, госпитализированных в педиатрическое отделение БСМП г. Уфа

Заболевания	До 1 года		1- 3 года		4- 7 лет		8- 17 лет		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острый бронхит	2	11,8	4	23,5	1	5,9	-	-	7	41,2
ОРВИ	-	-	1	5,9	-	-	-	-	1	5,9
Пневмония	-	-	1	5,9	-	-	1	5,9	2	11,8
Крапивница	-	-	-	-	-	-	4	23,5	4	23,5
Отравления	-	-	-	-	-	-	3	17,6	3	17,6
Всего	2	11,8	6	35,3	1	5,9	8	47,0	17	100,0

Таблица 2

Частота ЖДА среди мальчиков, госпитализированных в педиатрическое отделение БСМП г. Уфа

Заболевания	До 1 года		1- 3 года		4- 7 лет		8- 17 лет		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острый бронхит	1	7,7	3	23,0	1	7,7	-	-	5	38,4
ОРВИ	1	7,7	2	15,4	4	30,8	-	-	7	53,9
Пневмония	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Крапивница	1	7,7	-	-	-	-	-	-	1	7,7
Отравления	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	3	23,1	5	38,4	5	38,5	-	-	13	100,0

Нарушение обмена железа и синтеза гемоглобина у больных с ЖДА подтверждалась снижением концентрации гемоглобина в сыворотке крови, причем в 96,7% случаев у них отмечалась анемия легкой степени и в 3,3%- средней степени.

Выводы. Исследованием установлено, что частота ЖДА среди всех госпитализированных больных чаще диагностируется у детей младшего возраста. Причем среди них преобладают больные с респираторной патологией: девочки чаще страдают острым бронхитом, мальчики- ОРВИ. Следовательно, своевременное выявление, лечение и профилактика железодефицитной анемии позволит сократить частоту и улучшить прогноз заболеваний среди детского населения.

Список литературы

1. Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Мачнева Е.Б., Дмитриева Ю.А., Мозжухина М.В. Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции // Вопросы современной педиатрии.2013; 12(2): С.2-58.

2. Колосова Н.Г. Кафедра детских болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. // Медицинский журнал Педиатрия-2013- 04.С.1-3.

3. Латыпова Л.Ф., Садыков Ф.Г., Фазлыева Л.Г., Ахлямова А.А. Железодефицитная анемия у детей подросткового возраста // Методические рекомендации- Уфа: Изд-во Башгосмедуниверситет,2004- С.3.

4. Самсыгина Г.А. Железодефицитная анемия у беременных женщин и детей. // Медицинский журнал Педиатрия.- 2014.-03-С.34-37.

Р.Р. Гизатуллин, И.И. Гарипов

СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гизатуллин Р.Х.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет

***Резюме**. Проведено исследование влияния на клинико-лабораторные показатели дисацидемии у детей с синдромом системного воспалительной реакции (ССВР) в критических состояниях. В крови детей с ССВР (n=40) и детей без ССВР (n=132) 4-6 месячного возраста определяли показатели красной и белой крови, содержание общего белка и концентрацию аминокислот с помощью метода тандемной масс- спектрометрии. При анализе линейных корреляций между содержанием общего белка и концентрацией аминокислот у детей с органной дисфункцией выяснилось, что уменьшение общего белка в плазме крови тесно связано с возрастанием концентрации таких аминокислот, как аланин, аргинин, цитрулин и тирозин.*

***Ключевые слова**: дети, критические состояния, обмен аминокислот, показатели крови.*

Актуальность. Течение критического состояния у детей с органной дисфункцией протекает на фоне гиперметаболизма, которому предшествуют гипоксические и водно-электролитные нарушения. Гипоксически-ишемические и травматические поражения центральной нервной системы (ЦНС) сопровождаются значительным изменением мозгового метаболизма с нарушением всех видов обмена – углеводного, жирового, белкового, водно–солевого [1].

Методы исследования. Группу детей с ССВР составили пациенты (группа 1) отделения реанимации, проходивших лечение в городской детской клинической больницы № 17 ГО г. Уфы с оценкой тяжести состояния по шкале PRISM -0,24±0,37 баллов (Pollack M.M. et al., 1988), эти же дети по шкале ИКС 7,88±1,45 баллов (Мишарев О.С. и др., 1990), что требовало проведения заместительной терапии. Показатели красной и белой крови у детей определялись на автоматическом гематологическом анализаторе Sysmex KX-21.Общую концентрацию белка определяли на биохимических анализаторах ФП 901М,

Хитачи 902, Клима МС. Содержание аминокислот анализировали с помощью метода тандемной масс- спектрометрии на аналитическом приборе Quattro micro MSMS (Perkin Elmer, Финляндия). Группу контроля 132 человека (группа 2) оценка по шкалам PRISM - 4,54±0,23; ИКС 3,45±1,78 составили дети без синдрома системного воспалительного ответа. Возраст детей в группах 4-6 месяцев.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены содержания аминокислот в исследуемых группах детей.

Таблица 1. **Содержания аминокислот в группах детей**

Аминокислоты,μM	Группа 2 (контроль)	Группа 1
ALA (Аланин)	258±2,7	340 ± 41,9*
ARG (Аргинин)	23±0,8	17,9 ± 4,7
CIT (Цитрулин)	21±0,7	14,4 ± 1,2*
CIT/ARG (Цитрулин/Аргинин)	0,8±0,05	1,7 ± 0,6
CIT/PHE (Цитрулин/фенилаланин)	0,3±0,008	0,2 ± 0,04*
CIT/TYR (Цитрулин/тирозин)	0,1±0,002	0,2 ± 0,04*
GLY (Глицин)	339±3,9	309 ± 23,08
LEU (Лейцин)	140±2,2	147 ± 7,4
LEU/ALA(Лейцин/аланин)	0,5±0,008	0,6 ± 0,07
LEU/PHE(Лейцин/фенилаланин)	2,7±0,09	2,8 ± 0,36
MET Метионин	20,9±0,8	21,9 ± 2,2
MET/LEU(Метионин/лейцин)	0,08±0,001	0,15 ± 0,01*
MET/PHE(Метионин/фенилаланин)	0,3±0,005	0,4 ± 0,07
ORN (Орнитин)	62±2,4	104 ± 19,5*
ORN/CIT (Орнитин/Цитрулин)	4,8±0,2	7,7 ± 1,7
PHE (Фенилаланин)	36,8±0,7	77,4 ± 25,9*
PKU,PHE/TYR (Фенилаланин/ тирозин)	0,4±0,008	1,02 ± 0,31*
PRO (Пролин)	158±3,7	178 ± 13,08
PRO/PHE(Пролин/фенилаланин)	3,2±0,2	2,8 ±0,3

SA (Сукценилацетон)	0,4±0,001	0,49 ± 0,06
TYR (Тирозин)	91,8±3,6	96,7 ± 18,3
TYR/PHE (Тирозин/фенилаланин)	2,4±0,09	1,6 ± 0,39
VAL (Валин)	94,5±1,9	133,2 ±7,6*
VAL/PHE(Валин/фенилаланин)	3,2±0,13	2,05 ±0,22*

Примечание: *- достоверные отличия показателей больных детей от здоровых при $p<0,05$

В группе детей с ССВР достоверно были выше показатели детей без ССВР аминокислота аланин, соотношение аминокислот цитрулина к тирозину, лейцина к аланину, метионина к лейцину, метионина к фенилаланину, фенилаланин к тирозину, валину, В группе детей с органной дисфункцией достоверно снижены были следующие аминокислоты: цитрулин, соотношение цитрулина к фенилаланину, соотношение валина к фенилаланину. Уровень фенилаланина в группе детей лечившихся в отделении реанимации был достоверно выше в два раза.

При анализе линейных корреляций между содержанием аминокислот и концентрацией общего белка у детей с органной дисфункцией выяснилось, что уменьшение общего белка в плазме крови сочетается с возрастанием концентрации таких аминокислот, как ALA, ARG, CIT и TYR. В то же время, в отношении незаменимой АК PHE обнаружена противоположная картина. Остальные аминокислоты не выявили корреляций с уровнем плазменного белка.

Изучение аналогичных связей с показателями красной и белой крови выявило рост концентрации ALA, ARG, CIT, TYR, PHE при увеличении в крови общей численности лейкоцитов и сегментоядерных, лимфоцитов. Эти же аминокислоты положительно коррелировали с содержанием в периферической крови эритроцитов, и гемоглобина. Вместе с тем концентрация LEU, MET, ORN возрастает при уменьшении уровня гемоглобина.

У детей с органной дисфункцией показатели красной крови достоверно отличались от группы клинически здоровых детей. При сниженном количестве эритроцитов у детей с органной дисфункцией был снижен их средний объем. Также достоверно отличалось содержание гемоглобина. Средняя концентрация гемоглобина была выше в группе больных детей. Показатели белой крови и гематокрита достоверно не отличались. Показатели общего белка достоверно были выше в группе здоровых детей. Изменения показателей крови

характеризуют гипоэргический вариант заболевания [2]. Анемия в данном случае носит гипорегенераторный характер и наблюдается в течение всего периода заболевания. Это сочетается с лимфопенией. Такой вариант течения заболевания Шабалов Н.П. характеризует как «дефицитный». Он обращает внимание, что необходимо иметь ввиду не только дефицит клеток крови, белков, энергодефицит, но и дефицит лимфокинов вследствие лимфопении, а также возможный дефицит цитокинов моноцитарного происхождения.

Таким образом, анализ содержания аминокислот в крови позволяет проводить: адекватную нутритивную поддержку, учитывать особенности метаболизма критического состояния, осуществлять персонифицированный подход при проведении нутритивной поддержки, обоснованно и своевременно использовать специализированные аминокислоты для детей.

Список литературы

1. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных – 2011, с.256.

2. Шабалов Н.П., Иванов Д.О., Шабалова Н.Н. Сепсис новорожденных. // Новости фармакотерапии, 2000, том 7, с.62 –69.

УДК 616.5

К.В Кузьменко, А.Н. Ситникова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В Г.УФЕ ЗА 2011-2015 ГОДЫ

Научный руководитель – ассистент Токарева Е.А.

Кафедра Факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, *ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа*

Резюме. *Анализируя данные, полученные в результате изучения медицинских карт стационарных больных детей и подростков, находившихся на стационарном лечении больницы скорой медицинской помощи города Уфы в период с 2011 по 2015 год, мы выявляли, какие факторы влияют на развитие, течение и исход атопического дерматита (АтД). В статье описано влияние генетических и средовых факторов на развитие АтД с учетом возраста пациентов. Изучено влияние сопутствующих заболеваний на исход АтД.*

Ключевые слова: *атопический дерматит, генетический фактор, сопутствующие заболевания, пол детей, грудное вскармливание.*

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) является одним из наиболее распространенных мультифакториальных заболеваний у детей, к развитию которого приводят как средовые, так и генетические факторы. Болезнь может протекать в хронической и рецидивирующей форме, довольно часто приводя к физической и социальной дезадаптации пациента и членов его семьи. Из-за своего раннего начала и быстрого формирования хронических форм представляет собой одну из актуальных проблем педиатрии.

Материал и методы. Архивный материал (карты стационарного больного) детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет 11 месяцев с основным или сопутствующим диагнозом «Атопический дерматит» за 2011-2015 годы. Всего было изучено 87 карт стационарных больных. Применяли статистический метод.

Результаты и обсуждение.

Статистика по встречаемости АтД у детей в России говорит о том, что болезнь встречается в 1,6 раза чаще у девочек, чем у мальчиков. По полученным нами данным АтД встречается у 41% (36) девочек и 59% (51) мальчиков.

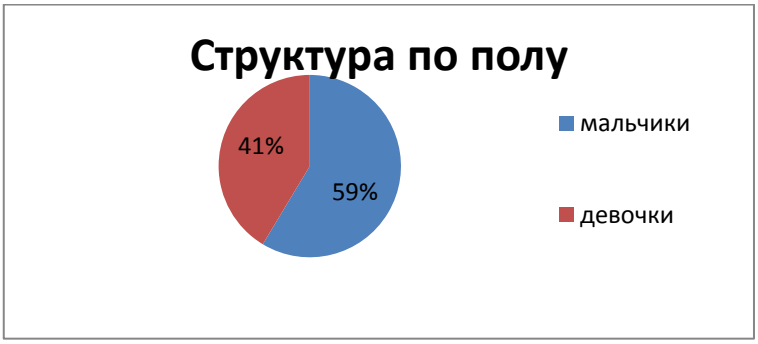

Рис. 1. Структура заболеваемости атопическим дерматитом по полу в г.Уфе за 2011-2015 гг.

Грудное молоко – оптимальное питание для ребенка, принято считать, что оно уменьшает риск возникновения аллергических реакций. Мы получили данные, что 87% детей с АтД находятся на грудном вскармливании на момент госпитализации или были на нем до одного года, у 13% детей искусственное вскармливание.

Возникновение АтД в значительной мере связано с наследственной предрасположенностью. Мы обнаружили, что наследственная предрасположенность к аллергической патологии из 87 случаев заболевания выявляется у 12 (14%) больных АтД детей. Среди аллергических болезней, выявляемых у родителей детей с АтД, преобладают аллергодерматозы, вызванные пищевой аллергией. По данным наших исследований аллергическая патология у родственников детей с АтД обнаруживается чаще по отцовской, чем по материнской линии (соответственно 8(9,2%) и 3 (3,45 %) случая), по линии обоих родителей она была обнаружена у 1 больного АтД ребенка , что составляет 1,15% .

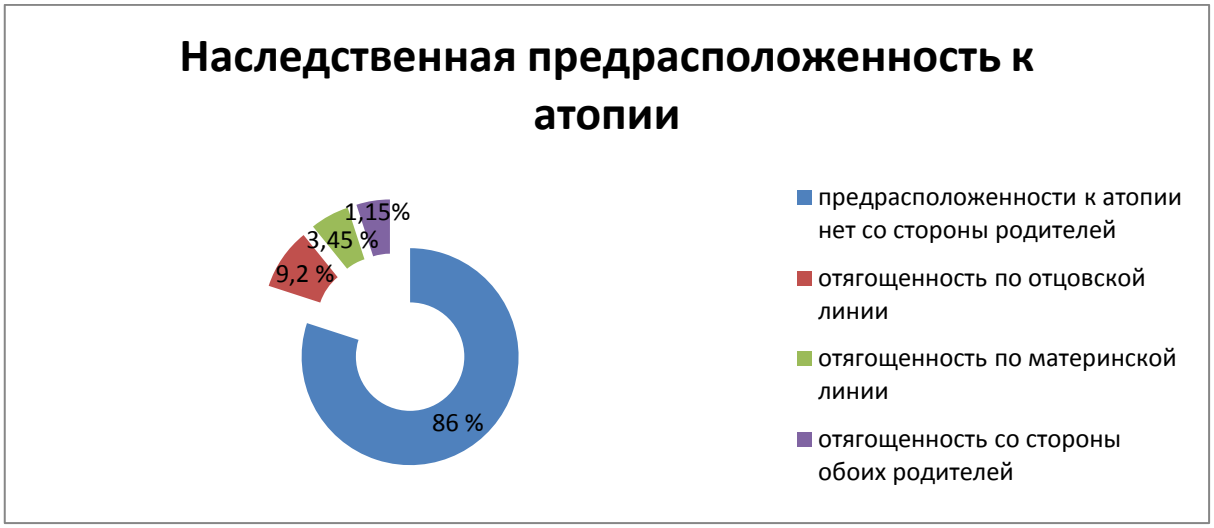

Рис. 2. Структура предрасположенности к атопии при атопическом дерматите у детей города Уфы за 2011-2015 годы.

Также нами было установлено, что при наличии аллергических заболеваний у матери и отца проявления аллергии и, в частности АтД, чаще возникают в первые месяцы жизни ребенка . Так, из 12 детей ,которые имели аллергическую отягощенность со стороны обоих родителей, со стороны матери, со стороны отца, у 11 (91%) возраст начала заболевания приходился на первый год жизни.

Сопутствующие заболевания могут осложнять течение заболевания и являться провоцирующим фактором. Среди 87 случаев атопического дерматита за 2011- 2015 годы у 58% детей не было сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих болезней были выделены следующие патологии: дефицитная анемия – 12 случаев (34%), ОРВИ – 7 случаев (20), ДЖВП – 3 (8%), обструктивный бронхит – 2 (6%), бескаменный холецистит – 2 (6%), аллергический ринит – 2 (6%), аллергический бронхит – 2(6%), гастродуоденит – 1 (3%), пеленочный дерматит - 1 (3%), кандидоз ротовой полости - 1 (3%), фурункулез - 1 (3%),

острая крапивница - 1 (3%).

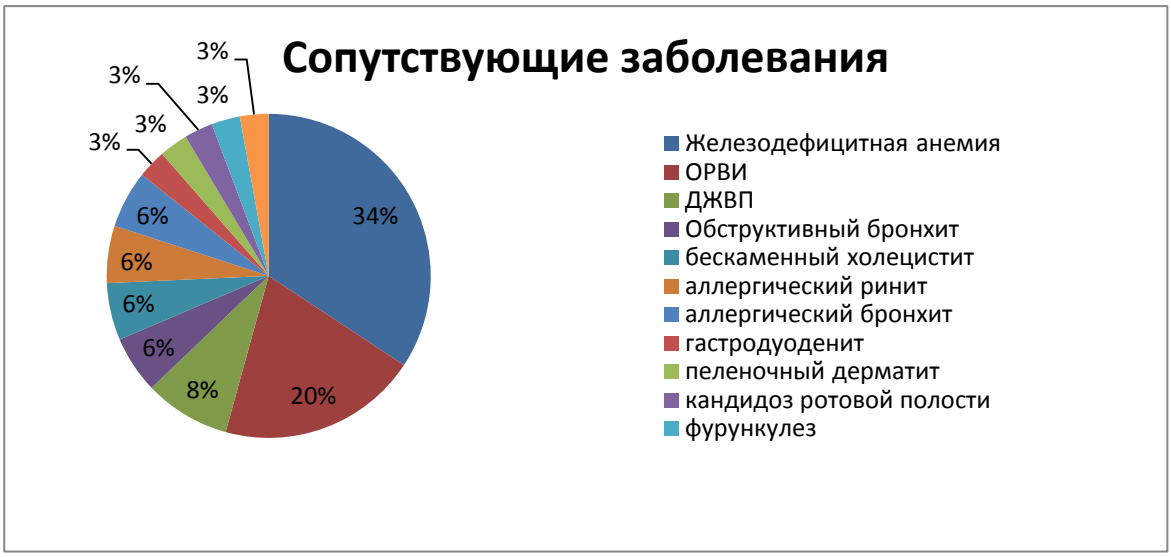

Рис.1. Структура сопутствующих заболеваний при атопическом дерматите у детей города Уфы за 2011-2015 годы.

По полученным данным наибольшую долю среди сопутствующих заболеваний занимает железодефицитная анемия (34%), наименьшие доли по 3% – гастродуоденит, пеленочный дерматит, кандидоз ротовой полости, фурункулёз, острая крапивница.

Повторные обращения среди всех случаев составили 8% (7 случаев), при этом среди них был зарегистрирован 1 случай ОРВИ, 1 случай ДЖВП, 1 случай бескаменного холецистита, 1 случай аллергического ринита.

Заключение. Проведенные нами исследования показали, что АтД встречается чаще у мальчиков, чем у девочек.

В группе исследованных детей грудное вскармливание превышает искусственное, на этом основании можно сделать вывод, что АтД развивается у детей и на грудном вскармливании, и на искусственном.

Мы обнаружили, что в исследуемой группе детей наследственная предрасположенность к аллергической патологии встречается только у 14% больных АтД детей. Это подтверждает тот факт, что в развитиии АтД принимает участие не только наследственная предрасположенность. Важно, что наличие аллергических заболеваний у матери и отца, приводит к ранним проявлениям Атд у детей.

Преобладание железодефицитной анемии среди сопутствующих заболеваний, возможно, обусловлено высокой распространенностью этого заболевания среди всего населения нашей страны, особенно среди детей. Аллергический ринит (6%) и бронхит (6%)

не занимают ведущего места среди сопутствующих заболеваний, поэтому нельзя говорить об их провоцирующем влиянии на развитие АтД.

По полученным нами данным 7(8%) случаев явились повторным обращением в текущем году, из них 4 случая сопровождались сопутствующими заболеваниями, что указывает на их провоцирующее влияние. А при первом поступлении в больницу выявлен только один случай сопутствующего заболевания.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом. Союз педиатров России Российское общество дерматовенерологов и косметологов Российская ассоциация аллергологов и клинических Иммунологов
2. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник для вузов. 6-е изд. В двух томах. Т.1. – Спб.: Питер, 2011.-928 с.: ил.-(серия «Учебник для вузов»)
3. Атопический дерматит у детей: эпидемиологические аспекты/ М.М. Катина, Е.А. Потрохова, О.В. Антонов [и др.] // Научно–практический медицинский журнал. – 2012. – Т. 91, №. 2. – С. 107.
4. Баранов, А.А. Аллергология и иммунология: клинические рекоменда- ции для педиатров / А.А. Баранов, Р.М. Хаитов. - М.: Союз педиатров России, 2011. - 248 с.
5. Баранов, А.А. Научная школа детской аллергологии НИИ педиатрии АМН СССР–НЦЗД РАМН /А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова// Педиатрия. – 2012. – Т. 91, №. 3. – С. 82-89
6. Зайцева, С.В. Некоторые аспекты патогенеза и терапии пищевой аллер- гии у детей / С.В. Зайцева //Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, №. 8-9. – С. 29-35.

УДК 616.61-78

А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова, Е.С. Анисимова, Д.Н. Одинцова

ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель - д.м.н., профессор Миронов П.И.

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Представлены результаты оценки предикторов неблагоприятного исхода у 31 ребенка раннего возраста с острым почечным повреждением(ОПП) при перитонеальном диализе(ПД) за период 2009-2015 гг. в РДКБ г.Уфы. Наиболее значимыми предикторами летального исхода при ОПП леченного ПД у детей раннего возраста являются позднее начало ПД (на стадии недостаточности по критериям pRIFLE) ОР- 1,8, наличие полиорганной недостаточности (ОР- 3,1) и сохранение темпа диуреза менее 0,5 мл/кг/ час (ОР-2,4).*

Ключевые слова: *Острое почечное повреждение; дети; перитонеальный диализ; летальность; предикторы.*

Актуальность: Лечение острого почечного повреждения (ОПП) у детей раннего возраста является одной из сложных и актуальных проблем современной интенсивной терапии. В основе комплексной терапии ОПП лежит замещение нарушенных почечных функций. Одним из методов почечно-заместительной терапии является перитонеальный диализ (ПД) [2].

Цель исследования: Оценка предикторов неблагоприятного исхода у детей раннего возраста с ОПП при ПД.

Материалы и методы: Дизайн – ретроспективное, обсервационное исследование**.** За 2009 - 2015 года в РДКБ г.Уфы проведен ПД у 31аиента (от 2 до 37 месяцев, средний возраст 24,6$\pm$8,3 мес.). Девочек 15, мальчиков 16. Причины ОПП острая кишечная инфекция с гемолитико-уремическим синдромом (23), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (1), сепсис (7) . ПД начинали на 2-5 сутки олигоанурии. Выжило 20, умерло 11 детей (35,4%). Применялась общепринятая методика с установкой тенкоффского катетера в Дуглассово пространство брюшной полости. Использовался расходный материала фирмы

"Фрезениус" (Германия). Оценка тяжести ОПП осуществлялась по критериям pRIFLE [4] и AKIN [7]. Конечные точки летальность, длительность лечения в ОИТ. ПД выполнялся на 5±0,7 сутки от начала заболевания и 2,1±07 сутки поступления в клинику, длительность проведения перитонеального диализа 13,6±5,1 суток. Длительность лечения в ОИТ 23,2±3,1 суток.

Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Значимость различий между количественными критериями оценивали с помощью U-теста Mann-Whitney. Относительную силу взаимосвязи между предикторами и исходами болезни определяли как отношение рисков (ОР).

Результаты и их обсуждение: Клиническая оценка состояния детей при поступлении в клинику представлена в таблице 1.

Таблица 1

Клинический статус исследуемых детей с ОПП

Показатели	**N**	**%**
Гастроэнтероколит	29	96,0
Анурия	30	97,0
Артериальная гипертензия (более 90 перцентиля)	15	48,4
Отеки	5	15,5
Дегиратация	10	32,3
Тахипное (ЧД более 90 перцентиля)	31	100
Тахикардия (ЧСС более 90 перцентиля)	31	100
Тромбоциты менее 150×10^{12}	25	80,6
Лейкоциты более 15×10^{15}	24	74,2
Гемоглобин менее 10мг/дл	1	3,2
Температура тела более 38^0C или менее $36,5^0$C	16	51,6

Представленные в таблице 1 данные указывают, что примерно у трех четверти детей имелись клинические признаки системного воспалительного ответа и практически у всех пациентов первичным очагом инфекции являлся кишечник и имелась анурия, причем у некоторых при наличии периферических отеков.

На момент диализа оценка по критериям pRIFLE - повреждение почек у 9 пациентов, недостаточность у 22. 2 стадия по AKIN у 14 и 3 стадия у 18 детей. Ни один

ребенок с повреждением почек либо 2 стадией по AKIN не погиб. Отношение шансов по риску развития летального исхода при начале ПД на стадии недостаточность по критериям pRIFLE составила 1,8.

Длительность анурии у исследуемых пациентов продолжалась от 9-19 дней. Артериальная гипертензия наблюдалась в двух случаях и потребовала назначения минимальной дозы антигипертензивных препаратов. Потребность в коррекции анемии и гипопротеинемии отмечалась в начале проводимого лечения. Электролитные и метаболические нарушения купировались к началу пятых суток. Уремия была умеренно выражена (уровень креатинина - 315±35 мкмоль/л, мочевины - 29,4±3,6 ммоль/л).

Для последовательной идентификации факторов риска развития летального исхода у исследуемых нами больных в таблице 2 представлен клинико-лабораторный статус ее выборки в начале исследования с выделением выживших и умерших пациентов.

Таблица 2

Изучаемые показатели у выживших и умерших детей

Показатели	Выжившие (n=20)	Умершие (n=11)
Мочевина плазмы крови, ммоль/л	71,6±7,1	75,4±6.8
Креатинин плазмы крови, моль/л	353,1±11,2	357,8±14,2
Общий белок плазмы крови, г/л	48,6±6,1	48,2±6,8
Натрий плазмы крови ммоль/л	137,1±4,7	140,2±5,8
Калий плазмы крови, ммоль/л	4,2±0,21	4,1±0,30
Гемоглобин , г/л	113,1±14,2	97,1±6,6
Темп диуреза (мл/кг/час)	0,697+0,11	0,319±0,056

Из данных таблицы 2 следует, что умершие дети имели более низкий темп диуреза по сравнению с выжившими. В этой связи мы выбрали в качестве критического порогового значения для выживаемости темп диуреза 0,5 мл/кг/ч, тем более, что этот уровень рассматривается системой pRIFLE как минимально эффективное. Нашими данными также подтверждается, что летальность среди детей с низким диурезом достоверно выше, чем у детей с диурезом ≥ 0,5 мл/кг/ч. Таким образом, можно было считать, что снижение темпа диуреза менее 0,5 мл/кг/ч. ассоциировано с вероятностью летального исхода. Рассчитанное нами, в этой связи отношение рисков гибели ребенка составило – 2,4.

Далее мы определили отношение рисков по развитию летального исхода - по возрасту -1,0, длительности болезни от 15 до 28 дней – 2,8, длительности болезни более 28

дней – 0,9, проведение ИВЛ – 1,9, ИВЛ+кома – 3,1. Таким образом, наиболее значимыми предикторами летального исхода при ОПП леченного ПД у детей раннего возраста являются позднее начало ПД (на стадии недостаточности по критериям pRIFLE) и наличие полиорганной недостаточности даже без развития шока и сохранение темпа диуреза менее 0,5 мл/кг/ час, что отчасти подтверждается и исследованием С.В. Данченко с соавт. [1]. Мнение о затруднительности достижения положительного исхода при лечении ОПП уже на стадии полиорганной недостаточности подтверждается данными Е.А., Hoste с соавторами [6].

Таким образом решение о начале заместительной почечной терапии у детей раннего возраста должно приниматься не только на основании показателей мочевины и креатинина плазмы крови, но и в значительной мере на оценке динамики лабораторных данных, а также всестороннем анализа клинической ситуации в целом используя критерии pRIFLE [3,5,7,8] .

Заключение и выводы:

1. У детей раннего возраста темп диуреза является достаточно ранним и точным предиктором почечной дисфункции и риска смерти.

2. Высок риск гибели ребенка раннего возраста с острым почечным повреждением при выполнении заместительной почечной терапии на фоне мультиорганной дисфункции.

3. Успешное лечение пациента до трех лет в течении 28 более суток существенно увеличивает его шансы на выживание.

Список литературы

1. Данченко С.В., Лоскутова С.А., Шмаков А.Н. Острое почечное повреждение в педиатрической практике. Причины, исходы // Мать и дитя в Кузбассе. 2012. № 2.- С.38. - 42.

2. Зверев Д.В., Музуров А.Л., Долецкий А.С. Перитонеальный диализ при острой почечной недостаточности у детей // Анестезиол. и реаним. 2002. № 1. С. 32-35

3. Савенкова Н.Д., Чемоданова М.А., Панков Е.А. Острое повреждение почек у детей .// Нефрология. 2013. Т. 17,№4.- С.26-35.

4. Akcan-Arikan, M. Zappitelli, L. L. Loftis, K. K. Washburn et al. Modified RIFLE criteria in critically ill children with acute kidney injury. // Kidney international. 2007. Vol. 71. P. 1028–1035

5. Bresolin N, Blanchini AP, Haas CA. Pediatric Acute Kidney Injury assessed by pRIFLE as a prognostic factor in the intensive care unit.// Pediatr Nephrol 2013; 28 (3): 485-492

6. Hoste E.A., Lameire N.H., Vanholder R.C. et al. Acute renal failure in patients with sepsis in a surgical ICU: predictive factors, incidence, comorbidity, and outcome. //J Am Soc Nephrol, 2003 Vol. 14. P. 1022–1030

7. Келлум Дж.А., Лемер Н. и др Клинические Практические Рекомендации KDIGO по Острому Почечному Повреждению //Нефрология и Диализ, 2012, Т. 14, № 2, С. 86-94

8.Mehta R.L., Kellum J.A., Shan S.V. et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury // Crit. Care. 2007. Vol. 11,№1. P. 31

УДК 616-007-053.1

Д.Н. Одинцова, Е.С. Анисимова, А.Н. Рощевкина, Л.З. Мухетдинова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель- профессор, д.м.н. Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Представлены результаты диагностики и лечения 59 детей с перфорацией язвы желудка и 12-типерстной кишки за период 2000-2015 г.г. Проведен анализ способов диагностики и лечения перфоративных язв желудка и 12-типерстной кишки.*

Ключевые слова: *перфорация язвы желудка и 12-типерстной кишки, торакоскопическая операция*

Актуальность: Перфорация гастородуоденальной язвы у детей встречается редко. По данным разных авторов, указанные осложнения наблюдаются у 1,2-7,8% случаев (Нейков Г.Н. и др., 1989; Смирнова Г.П. и др.,2002).

Цель работы: Провести анализ диагностики и лечения перфоративной язвы желудка и 12-типерстной кишки

Материалы и методы: Архивные материалы историй болезни 56 детей с перфорацией гастродуоденальной язвы желудка и 12-типерстной кишки за период с 2000 по 2015 гг., оперированных торакоскопическим способом в клинике детской хирургии РДКБ.

Результаты и обсуждения:

Таблица №1

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст, лет			Всего
	1-5	12-15	16-17	
Мальчики	7	26	21	54
Девочки	-	2	3	5
Итого	7	28	24	59

Как видно из таблицы, перфорация язвы желудка и 12-типерстной кишки наблюдается с большей частотой у мальчиков с 12-17 лет.

Таблица №2

Сроки поступления больных в стационар с момента заболевания

Время в часах	3-6	6-12	12-24	24-48
Количество больных	16	25	12	6

Дети с перфорацией язвы желудка и 12-типерстной кишки наиболее часто поступают в стационар с 6-12 часов с момента заболевания

Таблица №3

Диагноз направляющих учреждений

Диагнозы	Количество больных
Острый аппендицит	35
Перитонит	12
Панкреатит	8
Почечная колика	4
Итого	59

Больные были направлены в хирургические отделения с различными диагнозами. Наиболее часто перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки трактовалась как острый аппендицит.

Типичная картина заболевания, наблюдаемая в случае попадания желудочно-дуоденального содержимого и газов в свободную брюшную полость, выявлена у 34 детей.

Атипичная картина заболевания, так называемая «прикрытая» язва, наблюдалась у 25 детей.

Таблица 4

Сроки операции от момента поступления в стационар

Время в часах	До 3	3-6	6-12
Количество больных	23	21	8

Оперативное лечение перфоративной язвы желудка и 12-типерстной кишки чаще проводилось до 6 часов с момента поступления в стационар.

Перфорация дуоденальной язвы отмечена у 29 детей, пилорического желудка - у 24 больных, малой кривизны - у 3 пациентов. Диаметр перфорационного отверстия варьировал от 0,1 до 0,8 см. Во всех наблюдениях производили ушивание узловыми швами в поперечном направлении к продольной оси органа. За последние годы проведено эндохирургическое лечение перфоративной язвы желудка у 5 больных.

Выводы. Диагностика представленного осложнения представляет значительные сложности, особенно при прикрытой перфорации язвы, которая в большинстве случаев диагностируется интраоперационно.

Список литературы

1. Баиров Г.А. «Срочная хирургия детей. Руководство врача», 2002г. – стр. 323-325

2. Бебуришвили А.Г «Лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с применением малоинвазивных технологий» 2009.-С. 49-50.

3. Власов А.П. «Новые технологии в лечении осложненных дуоденальных язв» - 2008. Стр. 44-18.

4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. - 2009. – стр 359-361

5. Исаков Ю.Ф. «Хирургические болезни детского возраста», том1 2006г. – стр. 333-335

УДК 61

Ю.А. Степанова, И.К. Андреева

ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – ассистент Токарева Е.А.

Кафедра факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В настоящее время наблюдается рост частоты аллергических заболеваний, в том числе и острой крапивницей. Это и обуславливает интерес к данной проблеме. В ходе исследования были проанализированы 173 истории болезней детей, больных острой крапивницей и находившихся на стационарном лечении в БСМП г. Уфы в 2013-2015 годах. Произведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных данных.*

Ключевые слова. *Острая крапивница, дети, Уфа, отек Квинке.*

Актуальность: Распространенность крапивницы среди детского населения неуклонно растет, и составляет 2,1-6,7% [1], при этом острая крапивница у детей встречается чаще, в отличие от взрослых. По данным ряда исследований выявлено, что 15 - 20% детей хотя бы один раз переносят крапивницу [2,3,4]. Это связано с разнообразием этиологических факторов, среди которых выделяют: пищевые и физические аллергены, лекарственные препараты, аэроаллергены, вирусная инфекция, укусы насекомых и другие. А также к росту заболеваемости крапивницей приводят плохое качество продуктов, обусловленное широким применением красителей и консервантов, загрязненность окружающей среды. [2,3,4,5]

Цель исследования: проанализировать течение острой крапивницы у детей г. Уфы.

Материалы и методы исследования: отобраны и проанализированы 173 истории болезней детей, которые находились на стационарном лечение в педиатрическом отделении БСМП г. Уфы в 2013-2015 годах по поводу крапивницы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение: Проанализировав возрастной состав детей с крапивницей по периодам детства выяснилось, что пик заболеваемости приходится на ранний детский период, то есть на детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Второе место занимает дошкольный период, а на третьем месте – возрастная группа от 7 до 11 лет (таблица 1).

Мальчики и девочки болеют одинаково часто, сильных различий не наблюдается. В процентном соотношении: мальчики – 53% (92 человека), девочки – 47% (81 человек).

Таблица 1.

Распространенность крапивницы у детей с учетом возраста и пола

Периоды детства	**Мальчики**		**Девочки**		**Частота встречаемости в целом**	
	N	%	N	%	n	%
Грудной	8	8,7±0,5	14	17,3±0,4	22	12,7±0,3
Ранний детский	28	29,3±0,3	26	32,1±0,3	54	31,2±0,4
Дошкольный	33	35,9±0,4	16	19,8±0,6	49	28,3±0,1
Младший школьный	19	20,7±0,1	12	14,8±0,2	31	17,9±0,4
Старший школьный	4	4,3±0,2	13	16,1±0,5	17	9,8±0,5
Всего	92	100	81	100	173	100

Установлено, что наследственная отягощенность по атопии наблюдается у 59% детей, при этом по материнской линии – 18%. В 55% случаев у детей, страдающих острой крапивницей, имело место патологическое течение беременности у их матерей. Интранатальный период был осложнен в 30% случаев, что чаще всего было обусловлено слабой родовой деятельностью. Все эти факторы ведут к гипоксии и сенсибилизации плода, нарушению физиологической адаптации и уменьшению иммунной толерантности к воздействию различных факторов. На естественном вскармливании находились 65% детей, их них до года вскармливались только 30% детей. 45% детей находились на искусственном вскармливании.

В ходе исследования было выяснено, что наибольшее значение среди этиологических факторов в развитии крапивницы у детей играет пищевая аллергия – 95 человек (55%). В 29% случаев аллергия регистрировалась после приема лекарственных препаратов (50 человек), в 3% после укуса насекомых (5 человек). У 23 детей (13%) причина крапивницы и ангиоотека была не установлена.

Среди пищевых аллергенов на первом месте стоит сладкое. Не мало важную роль в развитии аллергии играют цитрусовые, ягоды (малина, клубника) и детские смеси (рис.1). Также наблюдались случаи развития острой крапивницы при употреблении в пищу «Coca-cola», «Фанта», йогуртов, роллов, коровьего молока, что составило 27 человек (28 %).

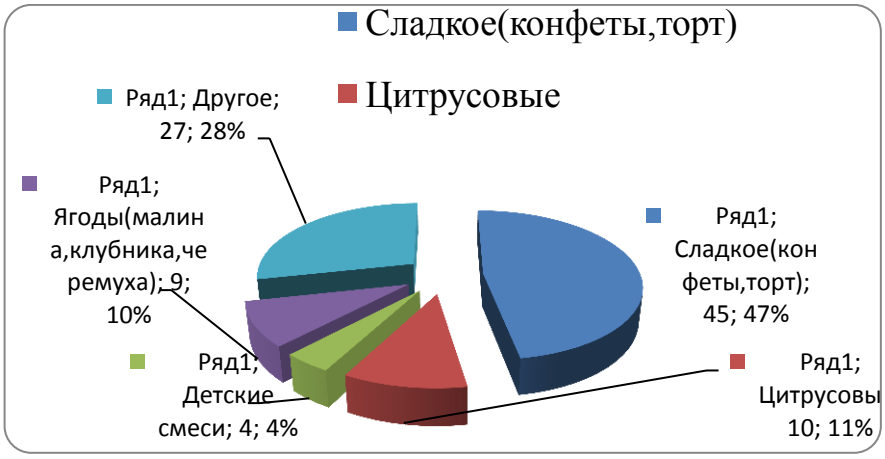

Рис. 1. Структура пищевых аллергенов

Прием препаратов «Тонзилгон» и «Нурофен» стал наиболее распространенной причиной лекарственной крапивницы. Также на развитие аллергии у детей повлияли следующие препараты: «Пантогам», «Флемоксин», «Цефазолин», «Амоксиклав» (рис. 2).

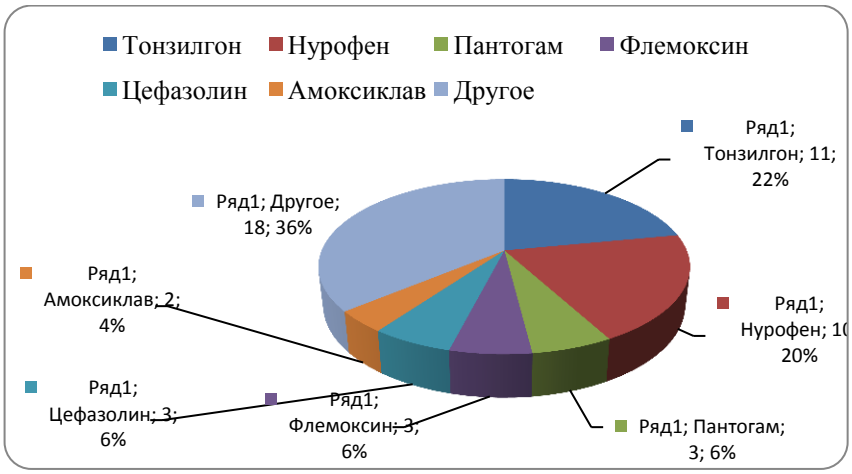

Рис. 2. Структура лекарственных аллергенов

26% исследуемых больных детей имели сопутствующие заболевания (45 человек). 67% из всех сопутствующих заболеваний составляет острая респираторно-вирусная инфекция. Возникновение крапивницы на фоне ОРВИ связяано с началом приема различных препаратов. Кроме того острая крапивница протекала на фоне сопутствующей аллергопатологии (15%): аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит. В 17% случаев выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта. Из них дискинезия желчевыводящих путей сопутствовала крапивнице в 13% случаях, хронический гастрит в 57% случаев, хронический гастродуоденит в 30% случаев. Случаи глистной инвазии обнаружены в 1% случаев.

При исследовании аллергии у детей выяснилось, что в 10% (18 человек) случаев острая крапивница сочеталась с отеком Квинке, в 85% (147 человек) случаев острая крапивница встречалась изолированно, в 5% (8 человек) случаев у детей развился ангионевротический отек без признаков острой крапивницы.

Интерпретация данных лабораторных методов исследования в острый период крапивницы позволила установить ряд особенностей: в общем анализе крови наиболее характерный признак атопических процессов эозинофилия, которая была отмечена лишь в 15% случаях (25 человек). Лейкоцитоз наблюдался у 50 детей (30%).

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6,5 дней.

Из пролеченных детей в 2013-2015 годах через отделение анестезиологии и реанимации прошли 8% (14 человек). Данная группа детей имела крапивницу в сочетании с отеком Квинке либо крапивницу тяжелой степени тяжести.

Заключение и выводы: Заболевание чаще встречается в раннем детском возрасте. Продукты питания и лекарственные препараты являются самыми распространенными причинами развития острой крапивницы у детей. Увеличение основного маркера аллергической реакции (эозинофилов) в крови наблюдалось лишь в 15% случаев, а сопутствующая патология сопровождала крапивницу в 26%.

Список литературы

1.Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 2013 Sep 4;93(5):500-8.

2. Аллергия у детей: от теории — к практике. Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. Союз педиатров России, 2010–2011. 668 с.

3. Аллергология и иммунология (Клинические рекомендации для педиатров). Под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. 3-е изд., испр. и доп. М.: Союз педиатров России, 2011. 256 с.

4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. –М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2015. – 34с.

5. T. Zuberbier EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification,diagnosis, and management of urticaria: the 2013 reversion and update/ T. Zuberbier, W.Aberer, R. Asero et al. // Allergy 2014: 69: 868–887.

УДК: 613.954:[373.24:725.573]:314.14

Ф.Р. Шарипова, А.Н. Гараева, Э.Г.Алимбаева

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОГО САДА «БЕРЕЗКА») ЗА 2015 ГОД

Научный руководитель – к.м.н., доцент Галиева А.Т.

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях остается актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал [1,2].*

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" предусматривается оказание медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями в виде первичной медико-санитарной помощи, которая в условиях детского дошкольного учреждения оказывается медицинских кабинетах данного дошкольного учреждения [3] .

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний (в том числе и инфекционных заболеваний), медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [4].

Ключевые слова: *дошкольный возраст, дети, заболеваемость*

Цель: Проанализировать состояние здоровья детей и разработать мероприятия по сохранению и улучшению состояния здоровья детей в условиях детского дошкольного учреждения (на примере детского сада «Березка» с. Чесноковка).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе детского дошкольного учреждения в селе Чесноковка. Был проведен анализ отчетной формы № 85-К «Сведения о деятельности дошкольного образовательного учреждения» и отчетной формы № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2015 год.

Результаты и обсуждение: Общее количество детей, посещающих детские дошкольные учреждения в с. Чесноковка в 2015 году составило 211 человек. Среди них, количество детей ясельных групп составляет 13,2%, а количество детей младших, средних и старших групп - 86,7%.

По результатам медицинских осмотров проведено распределение детей по группам здоровья. Из всех 211 детей к первой диспансерной группе (здоровых детей, у которых не отмечены факторы риска) относятся - 10,7%; тогда как ко второй диспансерной группе (с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями) - 86,9%, к третьей группе (с хроническими заболеваниями в стадии компенсации) - 2,4%.

В 2015 году общее количество не посещений детского сада составило 3507 случая. Из этого числа 46,0% были по причине болезни. Из них инфекционные заболевания регистрировались в 95,5% случаях, что является практически основной причиной отсутствия детей в дошкольном учреждении. Анализ отчетной документации показал, что в 2014 году среди анализируемой группы было зарегистрировано 684 случая инфекционных и паразитарных заболеваний. В структуре инфекционных заболеваний первое место занимают ОРВИ и грипп (на их долю приходится 98,5 %), второе место - ветряная оспа - в 1,02 % случаях; на третьем месте - микроспория (0,44%). Таким образом, вирусные респираторные заболевания сохраняют актуальность, несмотря на активную прививочную компанию.

За 2015 год привиты 47,4% детей от туберкулеза, 18,2% от гриппа; по 9,2% детей от кори и эпидемического паротита; 8,5% - от краснухи; 7,4 % - от дифтерии. Всего было сделано 121 проб Манту, из них положительной оказалась 87 проб (72,0 %), отрицательной 19 проб (15,7%) проб, сомнительной 15 проб (12,4 %). Как видно, вакцинация от гриппа до сих пор отвергается родителями, как возможность профилактики, что связано со страхом развития осложнений в ответ на вакцинацию.

В целях профилактики и раннего выявления заболеваний детей, следует проводить следующие мероприятия: своевременное выявление острых заболеваний у детей, которых необходимо изолировать и передать под наблюдение медицинской сестры; периодический контроль состояния здоровья персонала детского дошкольного учреждения; организовать для родителей «Школу здорового ребенка»; проводить гигиеническое воспитание детей; активно проводить беседы по эффективности вакцинации от гриппа, как единственной возможности снижения заболеваемости в эпидемический сезон.

Список литературы

1. Безруких М.М., Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А. Психофизиология ребенка. - М.: Издательство НПО «МОДЭК», 2005. – 496 с.

2. Потапов А.И., Ракитский В.Н., Новичкова Н.И., Романова Е.А. Проблемы охраны здоровья детского населения России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №3. – с. 3-5

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 521н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал Российская газета – URL: http://www.rg.ru/2012/11/05/infekcionka-site-dok.html

4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал Гарант.ру – URL: http://base.garant.ru/ http://base.garant.ru/12191967/ (11.09.15)

Здоровые родители – здоровый ребенок

УДК 61

Г.Х. Газизова

ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИМАСКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Масленников А.В.

Кафедра акушерства-гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Климактерический синдром (КС) является одной из актуальных проблем в гинекологии, однако влияние высшей нервной деятельности (ВНД) изучено не в полной мере. Установлена корреляционная связь между тяжестью климактерического синдрома и типа высшей нервной деятельности.*

Ключевые слова*: менопауза; высшая нервная деятельность; климактерический синдром.*

Введение: Ежегодно в менопаузу вступают 25 миллионов женщин, а к 2030г эта цифра увеличится до 1,2 миллиард [1]. Большинство женщин вступая в период у пери- и постменопаузы сталкиваются с большой проблемой - климактерическим синдромом (КС). Не исследовано и влияние КС на особенности деятельности высшей нервной системы, который может меняться в зависимости от условий [4]. Исходя из этого, была сформулирована цель исследования - изучить пери- и постменопаузу в зависимости от особенностей высшей нервной деятельности.

Материалы и методы исследования: Было отобрано 78 пациенток, находящихся в естественной менопаузе не более 15 лет и не имеющих тяжёлую генитальную и экстрагенитальную патологию, а так же расстройства психики. В дальнейшем указанные лица были проанкетированы с применением теста Айзенка и программы «Оценка качества жизни женщин с гинекологическими заболеваниями» (116 признаков) [3]. Дополнительно к программе проводилось изучение модифицированного менопаузального индекса Купермана (с оценкой выраженности метаболических и психо-эмоциональных изменений). Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистического анализа программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение: В исследовании преобладала группа женщин в возрасте 40-49- 64,1%, женщины 50 лет и старше составили 35,9% от общего числа респондентов. Средний возраст начала менопаузы у женщин в исследовании был 47,2±2,4 лет. Для достижения поставленной цели проанализированы результаты теста Айзенка. Установлено, что среди проанкетированных женщин пери- и постменопаузе преобладают меланхолики 41%. холериками и сангвиниками являются 12,9% женщин, флегматики 33,3%. При оценке уровня психологического благополучия учитывались депрессивные состояния, способность концентрации внимания, пассивность и др. С целью комплексного анализа психоэмоциональных состояний у женщин в период пери- и постменопаузы были использованы общепринятые психологические шкалы: шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина и шкала Гамильтона. В основе шкалы самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера- Ю. Л. Ханина представлена субъективная оценка женщинами своих ощущений, переживаний, действий и т.д. При этом оценивалось два вида тревожности, реактивная и личностная. Проведенные исследования показали, что реактивная тревожность у 79,5% женщин высокая, у 20,5% женщин выражена умеренно. При этом наибольший удельный вес (66,7%) женщин имеют умеренную личностную тревожность, а у 33,4% женщин отмечена низкая личностная тревожность. Для определения тяжести климактерического синдрома использовали модифицированный менопаузальный индекс Купермана. Оценивались три группы симптомов, такие как нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы. Результаты исследования показали, что у половины женщин (51.3%) климактерический синдром (КС) выражен в легкой степени, у 35,3% выражен в средней степени, тяжелый КС встречался только у 2,5% женщин. Установлена корреляционная связь между тяжестью климактерического синдрома и типа высшей нервной деятельности. У всех холериков имеется КС, однако, тяжелого течения не выявлено, 60% приходится на умеренно выраженный КС и у 40% женщин протекает в легкой степени. У всех сангвиников также наблюдается КС без тяжелого течения, однако большей части (80%) протекает в легкой степени и в умеренной (20%) женщин. У 15,4% флегматиков КС не наблюдается, в легкой степени КС протекает у 69,2% и у 15,4% женщин выражен умеренно. У 12,5 меланхоликов нет проявлений КС. Стоит обратить внимание, что у меланхоликов есть тяжелая степень проявления КС (6,25%), у половины КС выражен умеренно (50%), в легкой степени наблюдается у 31,25%.

При этом нейровегетативные симптомы более выражены у сангвиников (80%), у флегматиков 76% характеризуются нейровегетативными симптомами легкой степени, холерики 60% однако у 20% выраженно умеренно и еще у 20% выражены в тяжелой степени, меланхолики 37,5%. Однако у 15,4% флегматиков нет проявлений нейровегетативных симптомов, так же у 12,5% меланхоликов симптомы отсутствуют. Обменно-эндокринные симптомы преобладают у флегматиков 92,3% в легкой степени однако у остальных 7,7% женщин отсутствуют симптомы обменно-эндокринные , на втором месте сангвиники и холерики по 80%,у меланхоликов31,5% однако у 12,5% нет проявлений обменно-эндокринных симптомов. Психоэмоциональные симптомы преобладают у холериков 80%, у флегматиков 69,2%, сангвиники 60% при этом у остальных 40% психоэмоциональные симптомы отсутствуют, у 56,2% меланхоликов психоэмоциональные симптомы умеренны выражены, в легкой степени у18,75% и отсутствуют у 25%.

Выводы: При использовании специализированных шкал выявлены закономерности, свидетельствующие о проявлениях климактерического синдрома в аспекте типа высшей нервной деятельности и взаимосвязи между ними. Наиболее тяжелое течение менопаузы выявлено у меланхоликов, с преобладанием психоэмоциональных симптомов, однако КС проявляется не у всех меланхоликов. У сангвиников и холериков определяется клиника КС, проявляющейся в легкой и умеренной степени. У сангвиников преобладают симптомы нейровегетативные, у холериков обменно-эндокринные. КС избирательно проявлялся у флегматиков исключительно в легкой и умеренной степени, с преобладанием обменно-эндокринных нарушений.

Список литературы

1. Ящук А.Г., Тимершина И.Р., Масленников А.В., Нафтулович Р.А Состояние сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у больных с пролапсом гениталий.., БГМУ, г. Уфа, 2011г.

2. Аляев, Ю.Г. Распространенность императивных нарушений мочеиспускания среди женщин старше 40 лет Текст. / Ю.Г. Аляев, В.Е. Балан, З.К. Гаджиева // Материалы пленума правления Рос. об-ва урологов (Тюмень, 24-27 мая 2005г.). Тюмень, 2005. - С. 356-357.

3. Барденштейн Л.М., Торчинов А.М., Умаханова М.М., Хархарова М.А., Сухоручко С.Клиническая типология депрессивных расстройств у женщин в периме-

нопаузальном периоде В. //Журнал «Аллергология и им-мунология», №2. - 2005. - Т.6. - С. 269

4. Сабанчиева Д.Х. Клинико-статистический анализ отдаленных результатов и качество жини после функционально-щадящих гинекологическихопераций:автореф.дис.кан.мед.наук:14.01.01/Сабанчиева Джульетта Хафизовна-Санкт-Петербург,2014г-стр41

5. http://psyznaiyka.net/view-temperament.html?id=nervnaya-deyatelnost-cheloveka

УДК 618.3-06

Р.И. Нуртдинова, А.Р. Закиров

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра акушерства и гинекологии №3, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *В данной работе представлены результаты анонимного анкетирования среди пациенток родильного дома Клиники БГМУ с целью изучения особенностей течения беременности и родов у женщин, страдающих табачной зависимостью.*

Ключевые слова. *Курение, беременность, осложнения гестации.*

Актуальность. Табакокурение - наиболее распространенный вид токсической зависимости среди населения Земного шара. [2]. Курение табака беременными женщинами не имеет тенденции к снижению. Практически во всех странах мира имеет место выраженный рост числа курящих женщин Известно, что никотин пагубно влияет как на здоровье матери, так и на здоровье плода. Курение матери приводит к тому, что к плоду проникают токсичные вещества, которые содержатся в табачном дыму, ухудшается маточно-плацентарный кровоток, развивается плацентарная недостаточность, повышается образование карбоксигемоглобина, снижается парциальное давление кислорода в крови [5]. Изменение физиологии беременности может привести к гипоксии, преждевременным родам, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, порокам развития плода [1,3]. В результате курение во время беременности может привести к тяжелым последствиям для матери и ее будущего ребенка [4].

Цель. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин, страдающих табачной зависимостью.

Материалы и методы. Проведено выборочное проспективное обследование 78 пациенток родильного дома клиники БГМУ в возрасте 19-40 лет. Выявление курящих беременных проводилось путем сбора анамнеза. Опрос проводился в форме добровольного анонимного анкетирования, включающего вопросы о течении беременности и родов, стаже курения. Оценка степени табачной зависимости проводилась с помощью валидизированного теста Фагерстрема.

В первую группу вошли 34 курящих женщины, в группу сравнения вошли 44 женщины, отрицающих курение в анамнезе. Обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст в I группе (курящих) составил 29,6 лет, во II (сравнения) - 26,8 лет.

В группе курящих первобеременных было 29,4%, а повторнобеременных - 70,6%; в группе сравнения - 34% и 66% соответственно.

56% опрошенных курили до беременности, но прекратили курение во время беременности, 12% продолжили курение во время беременности, из них 3% - во время всех беременностей. 32% опрошенных прекратили курение задолго до беременности. Стаж непрерывного курения от 1 до 3-х лет отметили 23% респонденток, от 7 до 10 лет -15%. По результатам теста Фагерстрема 85,3% курящих женщин имели низкий уровень никотиновой зависимости, а 14,7% - средний.

Среди осложнений беременности в группе курящих преобладали гестозы (23%), анемия беременных (20%), внутриутробная гипоксия плода (15%). В структуре осложнений беременности в группе сравнения превалировали анемия (20%), внутриутробная гипоксия плода (9%), гестозы (7%).

В группе курящих у 29% опрошенных произошли поздние преждевременные роды, у 12% – ранние преждевременные роды (рис.1), тогда как в группе сравнения 9% и 2% соответственно. У 6% опрошенных группы курящих роды закончились рождением ребенка с очень низкой массой тела, у 29% - с низкой массой тела, у 56%– с массой тела ребенка 2500-4500г, а у 9% опрошенных – масса ребенка более 4500г. (рис. 2).

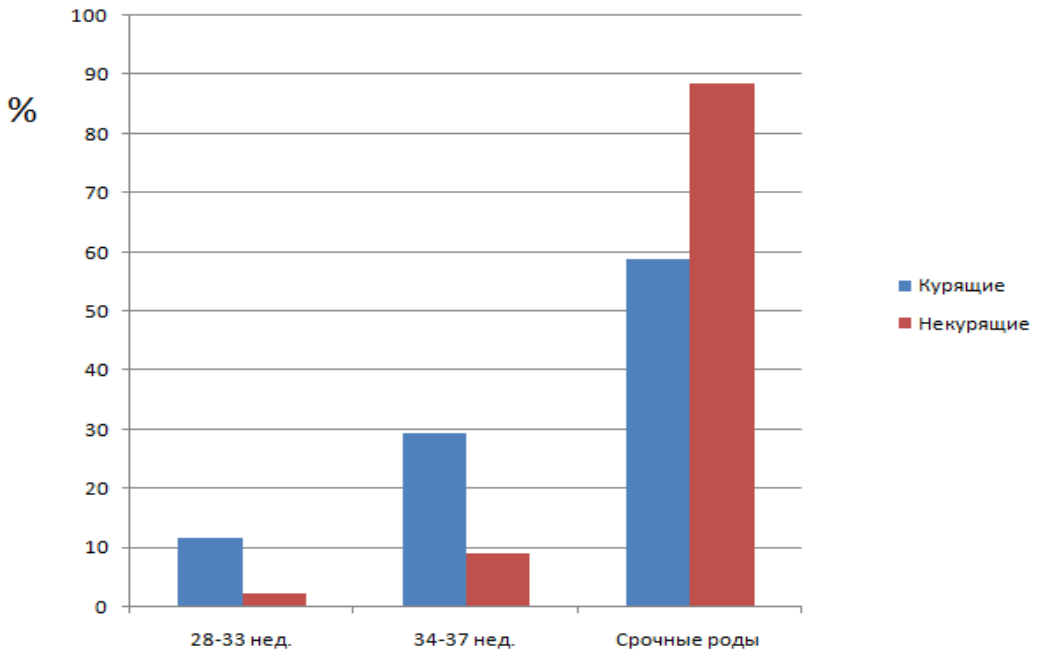

Рис.1. Частота преждевременных родов у некурящих и курящих женщин.

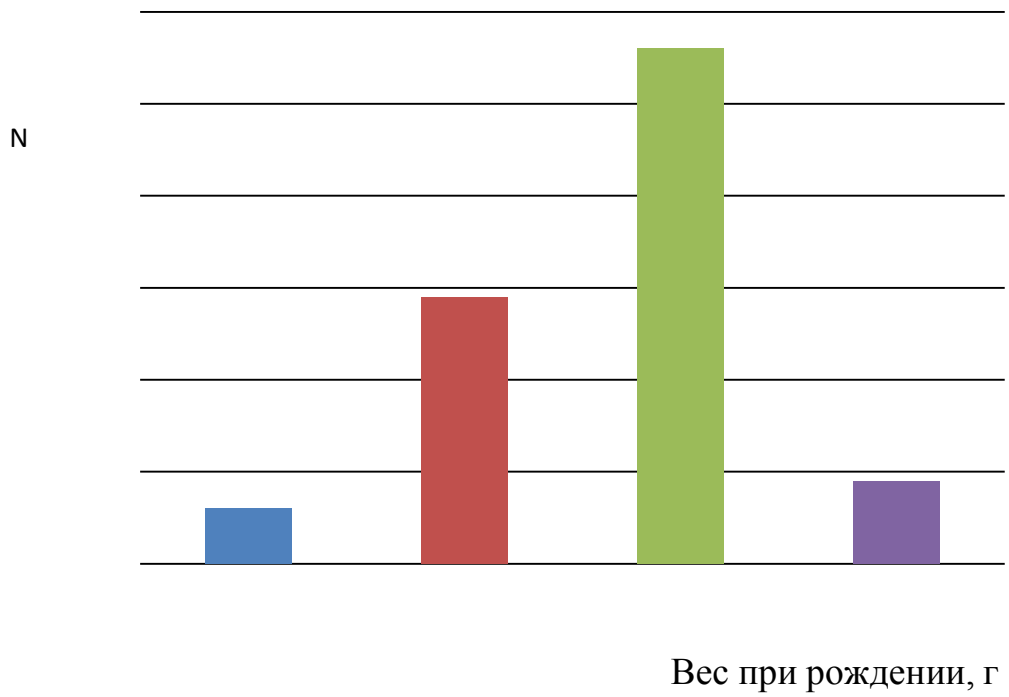

Рисунок 2. Масса новорожденных у группы курящих

Заключение и выводы. Несмотря на низкий уровень никотиновой зависимости курение во время беременности повышает риск как осложнений беременности, так и ухудшает исходы родов. Преждевременные роды и рождение недоношенных детей в группе курящих происходили в 4 раза чаще, чем в группе сравнения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости медико-социального и психологического мониторинга курящих женщин репродуктивного возраста для снижения токсического влияния на течение беременности и родов.

Список литературы

1. Бочков Н. П. Влияние психоактивных веществ на развитие эмбриона и плода: (обзор литературы) / Н. П. Бочков, В. Б. Васечкин // Наркология. – 2010. – № 2. – С. 23–30

2. Вартанян Ф. Е. Курение и здоровье населения / Ф. Е. Вартанян, Гэн Цин Жу, С. В. Рожецкая // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2012. – № 3. – С. 32–35.

3. Гунько Л.В., Ахмина К.Н. Вляние табакокурения на потомство родителей//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2008.- №4.-С.84-90.

4. Левченко Л.А., Устинова Я.Е. Курение и беременность (обзор литературы)// Неонатология -2009. -№3. - С.18.

5. Коновалова С. Г. Экологическая морфология фетоплацентарной системы: (обзор литературы) / С. Г. Коновалова, Н. А. Конкиева // Экология человека. – 2009. – № 2. – С. 17–24.

УДК 618.3-06

П.А. Берг, Э.А. Берг

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛИЯМИ В ГЕНЕ ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА

Научные руководители – д.м.н., профессор Ящук А.Г., к.м.н., доцент Масленников А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В ходе исследования выявлены статистически значимые различия в репродуктивном статусе у пациенток с гомозиготной формой (4G/4G) гена ингибитора-1 активатора плазминогена и гетерозиготной формой (5G/4G).*

Ключевые слова: *плазминоген, гемостаз, беременность.*

Актуальность: Физиологическое состояние системы гемостаза - определяющий фактор неосложнённого течения беременности и родов [1]. В настоящее время гомозиготная форма 4G/4G гена ингибитора-1 активатора плазминогена (PAI-1) обнаруживается у 82% - 85% женщин с привычным невынашиванием беременности [2]. PAI -1 играет важную роль в процессе фибринолитического контроля при беременности как фактор маточно–плацентарной циркуляции. Дисбаланс маточно–плацентарного фибринолитического контроля в результате повышенной продукции PAI–1 связан не только с повышением уровня фибрина в маточных сосудах и снижением маточно–плацентарного кровотока, но также играет важную роль в снижении степени инвазии трофобласта на ранних сроках беременности [3], что лежит в основе патогенеза многих осложнений процесса гестации. Между тем, вклад различных вариантов полиморфизма гена PAI -1 - гомозиготной (4G/4G) и гетерозиготной (4G/5G) его форм, в развитие бесплодия, привычного невынашивания беременности и осложнённого течения родов, до настоящего времени остаётся изученным не в полной мере, что приводит к неоднозначности мнений по вопросам ведения пациенток с указанными генетическими аномалиями как на предгравидарном этапе, так и во время беременности [4,5]. Таким образом, изучение акушерско – гинекологического статуса таких пациенток позволит яснее представлять риски, с которыми связана беременность у пациенток с указанным полиморфизмом.

Цель работы: выявление особенностей репродуктивного статуса у пациенток с аномалиями в гене ингибитора активатора плазминогена.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт и индивидуальных карт беременных и родильниц 75 пациенток, обратившихся за консультациями на кафедру акушерства и гинекологии №2, за период 2012-2016 г. Все клинические случаи были разделены на две группы в зависимости от имеющегося патологического генотипа. В первую группу вошли 35 женщин с гомозиготной формой (4G/4G) гена PAI - 1, а во вторую 40 пациенток с гетерозиготной формой (5G/4G) гена PAI-1. Все женщины были сопоставимы по возрасту и не имели экстрагенитальных заболеваний, существенно влияющих на показатели системы гемостаза. Далее был проведён анализ репродуктивного статуса по 158 показателям, включающим изучение паритета женщин, особенностей течения и исходов беременности и родов, наличие соматической отягощённости. Полученные данные были обработаны с использованием методов описательной статистики с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. Статистически значимыми считались различия, при которых вероятность ошибки (p) составляла 0,05 или ниже.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного исследования было выявлено, что возраст женщин в первой группе составил 29,4±0,7 лет, во второй 31,5±0,8 лет. По количеству беременностей в обеих группах те пациентки, которые не страдали бесплодием, не отличались – в среднем, на одну пациентку в первой группе приходилось 2,2±0,4 беременности, во второй - 2,0±0,3. Диагноз бесплодие в первой группе имели 6,8% женщин, попыток пересадки эмбриона после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) никто не имел; во второй группе бесплодие было диагностировано у 15,3% женщин, предпринявших от одной до трёх попыток ЭКО.

При изучении исходов предыдущих беременностей удалось выяснить, что в первой группе роды через естественные родовые пути встречались в 17,2% случаев, доля женщин, перенесших кесарево сечение, составила 13,3%, самопроизвольных абортов- 69,5% (в том числе замерших беременностей – 48,3%). Во второй группе структура исходов беременностей выглядела следующим образом: роды через естественные родовые пути – 25,1%, родоразрешение путём операции кесарева сечения – 10,3%, самопроизвольные аборты- 64,6% (в том числе замерших беременностей – 42,8%). В целом, в группе женщин с гомозиготной формой (4G/4G) гена PAI – 1 беременность завершалась родами или

родоразрешающей операцией достоверно реже, чем в группе женщин, гетерозиготных по указанному полиморфизму. В то же время необходимо подчеркнуть, что даже во второй группе с более благоприятной формой полиморфизма доносить беременность до срока более 22 недель удалось лишь каждой третьей женщине - 35,4% всех пациенток, принявших участие в исследовании. Артифициальных абортов не было в анамнезе ни у одной пациентки, принявшей участие в исследовании. Было подсчитано, что в первой группе: угроза прерывания беременности наблюдались у 26,6% пациенток, ретрохориальная гематома - у 13,3%, во второй группе угроза прерывания беременностей наблюдались в 22,6% случаев, достоверно чаше в этой группе встречалась ретрохориальная гематома - в 17,3%, случаев.

При этом в первой группе среди женщин, доносивших беременность до срока 22 недели и более, доля тех, кто применял антикоагулянты, составила 100%, а среди тех, у кого беременность прервалась на сроке менее 22 недель – всего 20%. Во второй группе аналогичные показатели составили 83,3% и 7,7% соответственно. Таким образом, приём антикоагулянтов был ассоциирован с вынашиванием беременности до сроков рождения жизнеспособного плода. Завершение беременности в срок 22 – 37 недель в анамнезе в первой группе встречалось у 13,3% пациенток, во второй группе – у 22,1%, что имеет статистически достоверные различия. Таким образом, среди женщин, перешагнувших порог беременности в 22 недели, роды в срок достоверно чаще констатировались у пациенток с гомозиготной формой изучаемого полиморфизма и именно эти пациентки в 100% случаев употребляли антикоагулянты. Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении хронической фетоплацентарной недостаточности, которая регистрировалась у 6,7% беременных первой группы и 15,2% пациенток второй группы ($p<0,05$). Было отмечено, что в анамнезе пациенток первой группы сравнения роды мёртвым плодом в сроке более 22 недель гестации имели место быть у 20,5% женщин, во второй – у 29,5%.

Из экстрагенитальных заболеваний можно отметить, что группы статистически различались по ряду нозологических единиц. Так, у 13,3% женщин первой группы и 5,5% женщин второй группы имелся тромбофлебит в анамнезе, острое нарушение мозгового кровообращения было зафиксировано у 22,5% женщин с гомозиготной формой (4G/4G) гена PAI – 1, в то время как у гетерозиготных женщин этот показатель составил 5,5%. Аутоиммунный тиреоидит фиксировался у 6,8% женщин группы 1 и у 15% женщин группы

2. Только во второй группе наблюдалось несколько случаев гиперпролактинемии – у 12,5% пациенток.

Было подсчитано, что в первой группе: угрозы прерывания беременностей наблюдались у 26,6±2,5% пациенток, ретрохориальная гематома у 13,3±1,5% [11,8-14,8%], а во второй группе: угрозы прерывания беременностей наблюдались у 22,6±2,8%[15,6-19,0%] пациенток, ретрохориальная гематома у 17,3±1,7% [15,6-19,0%] (что достоверно выше в этой группе).

Выводы: Таким образом, изучение особенностей репродуктивного статуса у пациенток с аномалиями в гене ингибитора активатора плазминогена позволило выявить, что у пациенток с гомозиготной формой (4G/4G) гена ингибитора-1 активатора плазминогена благоприятные исходы родов наблюдались реже, чем в группе пациенток с гетерозиготной формой (4G/5G), и были ассоциированы с приёмом антикоагулянтов. В то же время среди тех гомозиготных пациенток, которые начали принимать антикоагулянты с ранних сроков беременности, доля благоприятных исходов беременности была даже выше, чем в группе гетерозиготных пациенток. Таким образом, проблема особенностей течения и ведения беременности и родов у пациенток с полиморфизмами в гене ингибитора активатора плазминогена остаётся актуальной и требует дальнейшего изучения с учётом эпигенетических особенностей фенотипического проявления генетических аномалий.

Список литературы

1. Макацария А.Д. Системные синдромы в акушерско-гинекологической клинике.-М.:МИА, 2010.-888с.

2. Макацария А.Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике.-М.:МИА, 2011.-1056с.

3. Ящук А.Г., Масленников А.В., Ширяев А.А. Функционирование системы гемостаза у беременных на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани. - Практическая медицина. 2016. Т. 1. № 93. С. 37-40.

4. Chichester M. When your patient is from the obstetric department: postpartum hemorrhage and massive transfusion. J Perianesth Nurs. 2005 Jun; 20(3):167–76.

5. Silver R.M., Zhao Y., Spong C.Y., Sibai B., Wendel G.Jr., Wenstrom K. et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child health and Human Development Maternal-Fetal

Medicine Units (NICHD MFMU) Network. Prothrombin gene G20210A mutation and obstetric complications. Obstet. Gynecol. 2010; 115(1): 14–20.

История педиатрии Республики Башкортостан

УДК 61+93

Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, Н.А. Дьякова, И.С. Ефремов

РЕШЕНИЯ СЪЕЗДОВ УФИМСКОГО ЗЕМСКОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ О ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье представлены решения съездов уфимского земского общества врачей о здоровье детей, сделавшие огромный вклад в развитие здравоохранения Уфимской губернии.*

Ключевые слова: *Уфимское земское общество, история медицины Башкортостана, здоровье детей.*

Решение о созыве съезда земских врачей в Уфимской губернии было принято на VIII очередном Уфимском губернском земском собрании 19 декабря 1882 г. Первый съезд земских врачей Уфимской губернии проходил с 23 августа по 3 сентября 1883 года. При обсуждении вопроса борьбы с эпидемиями принималось во внимание, что существующая система врачебных участков препятствует созданию условий, способствующих своевременному обнаружению больных и их госпитализации. На первом съезде не рассматривались вопросы, связанные с педиатрией. Начиная со второго съезда врачей Уфимской губернии, который состоялся в 1889 году. Для обсуждения на съезде были выделены следующие вопросы: организация медицинской части в уездах, оспопрививание, медико-статистическое и санитарное исследование губернии. На съезде был представлен доклад о санитарном состоянии школ Уфимского уезда, доклад был передан в секцию на заключение, но не был рассмотрен ею в виду недостатка времени. Съезд в программу будущего съезда внёс особый отдых по вопросам школьной гигиены, выделив его в особую «секцию школьной гигиены».

Пятое совещание 1901 г. на основании данных делегатских докладов и устных совещаний делегатов секции пришла к заключению, что в виду отсутствии в Уфимской губернии неудовлетворительно, а потому полагает:

1) каждый земский врач два раза в год, в начале каждого полугодия, должен посещать школы своего участка (земская, министерская и церковно-приходская с целью выяснить их санитарное положение и произвести осмотр учеников, причём: а) для осмотра министерских и церковно-приходских школ земскими врачами губернская земская управа д. войти с ходатайством в подлежащем учреждении;

б) осмотры и описании санитарного состояния школ и здоровья учеников должны производиться по программе общей для всей губернии, составлении каковой можно бы поручить совету врачей при губернской земской управы;

2) результаты осмотров школ врачами, в виду заполнении бланков, отсылаются в уездные управы по принадлежности с указаниями, какие школы в каких улучшениях нуждаются;

3) бланки (карточки) осмотра учеников отсылаются в санитарное бюро для разработки и выводов;

4) при появлении инфекционных заболеваний в школах врачами принимаются соответствующие меры, причём врачи могут единолично распорядиться временным закрытием школы, на что следует спросить разрешение надлежащих властей;

5) уездные училищные советы и уездные отделения епархиальные должны в свои заседания приглашать хотя бы ближайших земских врачей с правом решающего голоса по вопросам школьной санитарии;

6) крайне желательно наёмные, плохо приспособленные, школьные помещения заменить специально для сего построенными по плану нормального типа школьных зданий, выработанному управой совместно с врачами;

7) необходимо поддержать ходатайство других земств о введении преподавания гигиены во всех учебных заведениях, приготовляющих учительский персонал.

Совещание при обсуждении этого заключения секции, приняв в редакции, предложенной секцией по первому пункту, находя, что земские врачи слишком перегружены работой и им не будет возможно посетить все школы своего участка два раза в год, оговорено в своём постановлении, чтобы каждый врач посещал «по возможности два раза в год» школы участка. По пятому к редакции секции прибавлены слова «в педагогике».

В 1882 г. земскими врачами было организовано Уфимское губернское общество врачей; в 1883—1908 гг. проведено 6 съездов врачей с широким представительством уездных земств, на каждом съезде рассматривался вопрос о санитарном состоянии школ и

здоровье детей, мерах профилактики инфекционных заболеваний. В работе 1-го съезда активное участие принимали Н.А. Гурвич и С.Я. Елпатьевский, в работе 2-го съезда впервые принимали участие женщины-врачи М.Е. Торшилова и С.И. Гайдкевич. В 1908 г. Уфимским губернским земством начато выделение средств на содержание Уфимской фельдшерско-акушерской, базой практической подготовки учащихся которой служила Уфимская губернская земская больница. В 1913 г. состоялся первый губернский съезд фельдшеров и акушерок**.** В 1913 г. в Уфимской губернии работали 143 врача и 342 средних медицинских работника, действовала 51 земская больница на 1718 коек, 69 врачебных амбулаторий, 52 фельдшерских пункта. Мед. учреждения размещались в основном в городах, где проживало 5% нас., и в русских сельских населённых пунктах. В 1910 г. в Уфимской губернии на один врачебный участок пл. 2124 км^2 приходилось 52 тыс. чел. (по России — 28 тыс. чел. на пл. 1050 км^2), на 1 тыс. жителей губернии — 0,28 больничных коек (по России — 0,43 койки). В смете Уфимского губернского земства в 1914 г. на медицину и общественное призрение было выделено 793,56 тыс. руб. (27,5% бюджета земств). С 80-х гг. врачи начали участвовать в деятельности попечительств о народной трезвости, о бедных, местного управления Российского общества Красного Креста и др. общественных организаций. В годы Первой мировой войны работа земских больниц была приспособлена к условиям воен. времени, к сентябрю 1915 г. на военную службу были призваны 19 земских врачей и 31 фельдшер из Белебеевского, Бирского, Стерлитамакского и Уфим. уездов. На Всероссийской гигиенической выставке в С.-Петербурге (1913) земские врачи Уфимской губернии были награждены золотой и серебряной медалями за достижения в медико-санитарном деле. Принципы Земской медицины стали основополагающими в организации государтсвенной системы здравоохранения в республике.

Список литературы

1. Киньябулатов А.У. Земская медицина / Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 3. З—К / гл. ред. М. А. Ильгамов. — Уфа : Башк. энцикл., 2007. — С.66-67.

2. Краткий очерк развития земской медицины в Уфимском уезде за 1875—1916 гг. Уфа, 1917;

3. Ш е р с т е н н и к о в Н.А. Здравоохранение БАССР. Уфа, 1940;

4. Веретенникова А.И. Записки земского врача. Уфа, 1984.

УДК 61+93

Н.А. Дьякова, Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, И.С. Ефремов

ВКЛАД НИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В БАШКИРСКОЙ АССР В 30-Е ГОДЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье приводятся данные о вкладе научно исследовательских институтов медицинского профиля в здоровье детей Башкирской АССР в 30-е годы XX века.*

Ключевые слова: *Уфимское земское общество, история медицины Башкортостана, здоровье детей.*

В начале 30-х годов в Башкирской АССР успешно функционировали 8 институтов медицинского профиля: 1) НИИ социалистического здравоохранения и гигиены БНКЗ (расформирован в результате репрессий руководства), 2) Башкирский государственный медицинский институт (ныне БГМУ), 3) Уфимский научно-исследовательский трахоматозный институт (ныне Уфимский НИИ глазных болезней), 4) Башкирский научно-практический туберкулёзный институт (перепрофилирован в Республиканский противотуберкулёзный диспансер), 5) Башкирский научно-исследовательский институт кожных заболеваний (перепрофилирован в Республиканский кожно-венерологический диспансер), 6) Башкирский областной санитарно-бактериологический институт (ныне филиал «Иммунопрепарат» ФГУП «НПО «Микроген» МЗСР РФ), 7) Физиатрический институт (который стал базой для кафедры нервных болезней), 8) медицинский отдел Башкирского НИИ.

Кроме институтов медицинского профиля, действовал Уфимский физический институт, в котором велась большая научная работа по медицинской физике (в 20-е гг. заместителем директора института был Леонид Леонидович Васильев, будущий член-корреспондент АМН СССР).

В конце 30-х годов начались политические репрессии по всей стране, в т.ч. и в Башкирской АССР. Многие руководители были репрессированы, например, первый директор БГМИ С.М. Трайнин, нарком здравоохранения и директор НИИ социалистического

здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава К.Х. Ишмухаметов и др. Большую роль в организации БГМИ сыграл НИИ социалистического здравоохранения и гигиены Башнаркомздрава, который после ареста его директора был расформирован в конце 30-х гг., большинство его сотрудников перешли работать в БГМИ и лечебные учреждения г. Уфы.

УДК 61+93

И.С. Ефремов, Э.А. Гимадова, Е.С. Карпова, Н. А. Дьякова

«ДЕТСКИЕ СТОЛЫ» В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье приводятся данные об организации «детских столов» в Уфимской губернии, а также других мероприятиях, проводившихся в первой половине XX века по организации помощи детскому населению.*

Ключевые слова: *Уфимская губерния, детские столы, история медицины Башкортостана, здоровье детей, Уфимское земское общество.*

В Уфимской губернии население росло медленно, к 1913 году оно достигало 100,7 тысяч человек [1, 2]. Большая часть населения была неграмотной, детских учреждений не было. Среди населения ежегодно наблюдались вспышки инфекционных болезней – тифов, оспы, детской инфекции, сопровождающихся высокой смертностью, особенно среди детей [3, 4]. Смертность детей до года в 1913 году составляла 40,4%. В 1911 г. заведующий санитарным бюро Уфимского губернского земства врач И.С. Вегер просит помощи у властей на обустройство детских столовых. После публикации со всей Российской Империи начали перечисляться денежные средства, продукты, сочувственные письма. Всего за год к сентябрю 1912 г. врачом Вегером было получено пожертвований на 56031 рубль 56 копеек. Действовало 303 детских столовых, в них подкармливалось 14518 детей: в Уфимском уезде 81 столовая на 3151 ребенка (н.п. Арасланово, Бекетово, Колтаево, Байталлы, Ибрагимово, Камышкина, Кляшево, Кашкалаш, Новаш,Удрякбаш и др.), в Белебеевском уезде 78 столовых на 3028 детей (н.п. Аблапово, Аделькино, Белевеевка, Дияшево, Каргалы, Килеево, Матинская, Чекмагуш и др.), в Бирском уезде 34 столовых га 2327 детей (н.п. Акинеево, Байкибаш, Калтево, Карманово, Ключи, Мишкино, Солодова, Якунино и др.), в Златоустовском уезде 36 столовых на 2120 детей (н.п. Айлино, Александровка, Ваняшкино, Дуван, Карагулово, Месягутово, Насибаш, Терменево и др.), в 6 столовых на 2932 ребенка (н.п. Адаево, Калтаково,Медведево, Семяково, Тайгузино, Татарск, Ташляр и др.), в Стерлитамакском уезде 18 столовых на 960 детей (н.п. Алексеевка, Балакия, Денисовка,

Мелеуз, Н.-Мусино, Семенкино, Стерлитамак и др.). После образования Башкирской АССР в начале 20-х гг. XX века были восстановлены и открыты лечебно-профилактические учреждения, в числе которых были специально организованы учреждения и мероприятия для детей [5].

В 1920 году в Губздраве был организован особый отдел по охране здоровья детей с подотделами: а) по охране раннего детства; б) по школьно-санитарному наблюдению; в) по физической культуре. В этом же году организуются следующие стационары: первая детская больница на 50 коек, расширенная в 1922 году до 100 коек, из них 30 коек было выделено для детей, страдающих костно-суставным туберкулёзом; инфекционная детская больница на 250 коек с отдельными павильонами. При одной из больниц было развернуто временное детское отделение на 90 коек для детей с ослабленным питанием. В Уфе было осуществлено обязательное оспопрививание и организовано регулярное медицинское освидетельствование в детских учреждениях. В организации санитарно-профилактических и лечебных мероприятиях по Башкирской АССР в 1919-1922 годах большую помощь оказывал Наркмоздрав БАССР. На основании ряда декретов об улучшении детского питания были выработаны нормы питания детей, по инициативе Наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко, в Уфе было организовано общественное питание, введены в школах горячие завтраки и проводилось распределение продуктов в целях поддержания здоровья ослабленных детей. В 1920 году в Уфе были открыты первые детские ясли на 30 мест. К 1933 году их стало 6 с числом мест на 300 детей. В 1927 году Городским отделом здравоохранения организуется в городе Уфе первый пункт охраны здоровья детей и подростков, который в 1928 году реорганизован в детскую профилактическую амбулаторию с организацией в специальных медицинских и физкультурных кабинетов. С этого времени стало возможным вести регулярные наблюдения за развитием детей в дошкольных учреждениях и школах, проводить среди детей оздоровительные профилактические мероприятия. Пропускная способность детской профилактической амбулатории увеличивалась с 6 тысяч (в 1928 году) до 42 тысяч (в 1933 году).

С большой настойчивостью в широких масштабах проводились активная иммунизация детей, а также санитарные мероприятия по борьбе с остро-инфекционными болезнями. В результате принятых мер детская смертность заметно снизилась. Если в 1913 году умерших детей в возрасте до года составляла 40,4%, то в 1929 году составило 20,6%. Особенно заметно развивались мероприятия по здравоохранению для детей, когда строились

первые крупные промышленные предприятия. В них росло число женщин среди работающих – к концу первой пятилетки женщин было 28,8% и второй пятилетки 36,4% от всех рабочих. В 1929 году был организован детский летний санаторий, который из года в год расширял свою работу. Число коек в нём с 1929 года по 1933 год увеличилось в 6 раз, а число обслуженных детей в 9 раз. В 1930 году организуется на окраине города Уфы, в Нижегородке, детская консультация №2 с молочной кухней, а также консультация №1 в центре города. В 1931 году был организован дом ребенка на 80 коек, расширенный в 1931 году до 100 коек. В том же, 1931 году, организуется школа-санаторий для детей эпилептиков, невротиков на 75 коек [6, 7]. Увеличиваются мероприятия по борьбе с социальными болезнями. В 1932 г. году открывается детское отделение для детей больных трахомой на 25 коек, детское отделение при кожно-венерологическом диспансере на 15 коек и детская туберкулезная больница на 50 коек. В связи с законом от 7 июня 1936 года «О запрещении абортов, улучшении медицинской помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов» организуется детская консультация №4 в Глумилино, туберкулёзный-костный санаторий на 100 коек, кожно-грибковый детский дом на 50 коек, трахоматозный детский дом на 50 коек и детско-акушерско-гинекологические кабинеты при амбулаториях №2 и 4. В 1939 году этот кабинет при амбулатории №2 был выделен в самостоятельное учреждение – детско-женскую консультацию №2. В том же году был организован санаторий для детей раннего возраста на 25 коек. С созданием и организацией помощи детям увеличилось число педиатров. Если в 1931 году их было 18, то в 1940 году стало 75.

Список литературы

1) Шерстенников Н.А. «Здравоохранение Башкирии» (диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук), 1942, с.45.

2) Тахаев Х.Я. Башкирия (экономо-географический характер). М., Госиздат, 1950, с.53.

3) Шерстенников Н.А. «Здравоохранение Башкирии» (диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук), 1942, с.48.

4) Шерстенников Н.А. «Аналитический обзор деятельности здравоохранения БАССР в порайонном разрезе». Рукопись, 1951, с.66.

5) Шерстенников Н.А. «Здравоохранение Башкирии» (диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук), 1942, с.75.

6) Шерстенников Н.А. «Здравоохранение Башкирии» (диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук), 1942, с.77.

7) Сборник XX лет Башкирской Автономной Советской Социалистической республики (1919-1939 гг.). Башгосиздат, Уфа, 1939, с.40.

УДК 61+93

Е.С. Карпова, Н. А. Дьякова, Э.А. Гимадова, И.С. Ефремов

БАШКИРСКИЙ НИИ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГИГИЕНЫ - ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ СОЗДАНИЯ БГМИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент Киньябулатов А.У.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье приводятся данные о значении Башкирского научно-исследовательского института социалистического здравоохранения и гигиены в открытие и становлении БГМИ в первой половине XX века.*

Ключевые слова: *БГМИ, история медицины Башкортостана, НИИ социалистического здравоохранения и гигиены*.

На протяжении многих бытует мнение, что БГМУ открылся практически на месте бывшей мужской гимназии, в здании по нынешней улице Заки Валиди, 47 (ранее улица имени известного военного начальника Михаила Фрунзе). В начале 30-х годов в Башкирской АССР успешно функционировали 8 институтов медицинского профиля. В этом списке два института имеют тесную связь между собой, это: 1) НИИ социалистического здравоохранения и гигиены БНКЗ (расформирован в результате репрессий руководства), 2) Башкирский государственный медицинский институт (ныне БГМУ).

Башкирский НИИ социалистического здравоохранения и гигиены (БНИИСЗиГ) был открыт на базе Народного комиссариата здравоохранения Башкирской АССР. Директором БНИИСГиЗ был назначен орденоносец К.Х.Ишмухаметов.

Киньябай Хайретдинович Ишмухаметов (1893 г., д. Серменево Верхнеуральского уезда Оренбургской губернии, ныне Белорецкий район Республики Башкортостан - точная дата и место смерти не уточнены). Окончил 2 класса русско-башкирского училища в дер. Серменево Белорецкого р-на (1911 г.). В 1902-05 гг. работал по найму у частных лиц в дер. Серменево, в 1905-11 гг. зимой учился, а летом работал по найму в дер. Серменево, в 1911-13 гг. работал батраком у частных лиц в селе Ламовка Белорецкого р-на, в 1913-14 гг. чернорабочий в дер. Серменево. Служил в царской армии: в 1914--15 гг, обучался новобранцем в запасном батальоне (г. Балашов), в 1915-17п. служил младшим унтер-

офицером в 16 финляндском полку на различных фронтах. С января 1918 г. в Красной гвардии: красногвардеец боевой дружины в дер. Серменево, с октября - письмоводитель эскадрона в г.Белорецк. С декабря 1918 г. по февраль 1919 г. находился дома в дер. Серменево. В 1919-22 гг. служил в РККА: командиром эскадрона Башкирской бригады на Восточном, Уральском и Польском фронтах. С 1922 г. работает в г. Белорецк: начальником милиции кантона, заместителем красного продкомиссара, с 1923 г. заведующий налогового стола в кантонном финансовом отделе, с 1924 г. заведующий кантонного отдела социального обеспечения, с 1926 г. начальник административного отдела, с 1927 е заведующий кантонного земельного управления, с 1928 г. председатель кантонного исполнительного комитета. С 1930 г. работает в Уфе: народным комиссаром народного земельного комитета. В 1931-37 гг; народный комиссар здравоохранения Башкирской АССР. Из выписки протокола №217 заседания бюро Башкирского областного комитета ВКП(б) от 12 сентября 1937 г. следует: «20. О работе Ишмухаметова, 1. За связь с врагами народа (Даутовым, Муртазиным) Ишмухаметова с работы наркома здравоохранения БАССР снять и вывести. из состава кандидатов в члены пленума ОК ВКП(б). Вопрос о выводе тов. Ишмухаметова из состава кандидатов в члены пленума ОК поставить на утверждение ближайшего пленума ОК. Предложить первичной парторганизации обсудить партийное положение тов. Ишмухаметова.».

В 1937 г. к.Х.Ишмухаметов был репрессирован, в 1956 г. - посмертно реабилитирован. Награждён орденом Красного Знамени (1922 г.).

Основные вехи в работе народного комиссара:

- открытие Башкирского государственного медицинского института (1932 г, первый директор С.М.Трайнин) и Башкирского НИИ социалистического здравоохранения и гигиены при БашНарКомЗдраве (период работы института в 1931-37 ГГ., директор К.х.Ишмухаметов). После ареста К.Х.Ишмухаметова научно-исследовательский институт до Великой Отечественной войны постепенно был расформирован. При участии и руководстве К.Х.Ишмухаметова проведены следующие организационные мероприятия и события в республике:

1930 г. - Организация кожно-венерологического института в г. Уфа

1930 г. - Организация туберкулезного института в г. У фа

1931 г. - Постановление Бюро Обкома ВКПб! об открытии Медицинского института в г.Уфе.

1932 г. - Открытие Башкирского государственного медицинского института в г. Уфа.

1933 г. - Организация контрольно-аналитической лаборатории по проверке лекарств, изготавливаемых аптеками.

1933 г. - проведено 3-е Всебашкирское совещание по здравоохранению.

1934 г. - Первые вылеты для оказания медицинской помощи, больным

районов на самолетах «Осавиахим».

1934 г. - Открытие Юматовского санатория

1936 г. - Организация в Уфе двухгодичных курсов по подготовке провизоров из практических аптечных работников без• отрыва от производства.

1936 г. - Начало вакцинации новорожденных против туберкулеза в г.Уфе; Организация звена санитарных самолетов при Обкоме Кр. Креста.

1937 г. - Всебашкирское совещание санитарных врачей и эпидемиологов.

В БНИИ СЗиГ было создано более 10 отделов, среди них такие как: педиатрии (Г.В,Голубцов), хирургии (И.-Г.Г.Кадыров), глазных болезней (Г.Х.Кудояров) и др., которые после открытия БГМУ трансформировались в соответствующие кафедры медицинского института.

Вывод: 1) БГМУ возник на базе БНИИСЗиГ, его отделы стали профильными кафедрами, а начальники отделов соответственно заведующими кафедрами.

Список литературы

1. ЦГАОО РБ. Фонд 122. опись 36, дело 1095, 12 с. Личное дело К.Х.Ишмухаметова

2. ИА РБ. Фонд 4348, Опись 1, Ед. хр. 4. с.7.

УДК 61(09) – 036.2 (470.57)

Л.С. Корнейчук

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В БАШКИРСКОЙ АССР И РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *Актуальность темы связана с повышенным научным и общественным интересом к проблемам демографии и здравоохранения в условиях существующего в стране демографического кризиса. В данной статье анализируются основные направления развития системы поддержки материнства и детства в СССР на примере Башкирской АССР и Республики Башкортостан. Рассматривается материальная, идеологическая, правовая поддержка материнства и детства. Выявлены и обобщены характерные особенности данной сферы.*

Ключевые слова: *материнство и детство, учреждения по охране материнства и детства, закон, Башкирская АССР, Республика Башкортостан.*

«Детство — важный этап жизни человека, который исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности»,— с такой преамбулы начинается Закон Республики Башкортостан (РБ) «Об основных гарантиях прав ребенка в Республике Башкортостан» [1]. Всего в республике насчитывается более 15 законов местного уровня в сфере детства, не считая Указов Президента РБ, Постановлений Правительства РБ, определений Конституционного Суда РБ и других нормативных актов в сфере детства. Основным законом, предусматривающим государственную защиту прав ребенка в Республике Башкортостан, является Конституция РБ (ст. 11, 42, 45, 47) [2].

Анализ государственной политики в сфере защиты материнства и детства в контексте историко-правового осмысления опыта советского периода позволяет увидеть как достижения, так и недостатки, присущие консервативным административно-запретительным

мероприятиям по повышению рождаемости, избежать ошибок в стратегическом планировании сферы охраны материнства и детства в современной России и Башкортостане.

С установлением советской власти охрана материнства и младенчества была провозглашена одной из важнейших задач государства, поэтому с первых дней она получает государственный статус. Относительная территориальная отдаленность от центра страны, многонациональный состав населения, живучесть патриархальных традиций, религиозно-бытовых воззрений способствовали тому, что процесс становления и развития системы охраны материнства и младенчества в республике протекал при сохранении общих тенденций с некоторыми особенностями.

Проблема охраны материнства и младенчества в региональной историографии нашла свое отражение в основном в исследованиях исключительно медиков и историков медицины. Изучению детской смертности посвящены работы врачей Л. М. Василевского и Г. В. Голубцова.

Охрана материнства и младенчества в Башкирии в эти годы интенсивно развивалась, этот процесс не останавливался даже в разгар эпидемий и в период Гражданской войны. Особенно нелегким было положение женщин нерусских народов республики, в силу их традиционного патриархального зависимого положения в семье и в обществе, неграмотности и отсталости.

Тяжелейшие голодные 1921–1922-е гг. были трагическим периодом в истории советской страны, в истории автономной республики. Особенно пострадало татаро-башкирское население, не знавшее традиций огородничества. В апреле 1922 г. вышло специальное постановление «О людоедстве в Башкирской республике», направленное на защиту населения, особенно детей, от посягательств людей, ставших на почве голода психически ненормальными, на пресечение торговли человеческим мясом. Смертность детей в эти годы была высокой, но точных статистических данных нет, эпидемии тифа, холеры, малярии были распространены по всей автономной республике.

Родовспомогательная помощь по Башкирии была развита незначительно, особенно среди женщин тюрских и финно-угорских народов. Это было связано как с традиционным укладом, так и недостатком медицинских кадров, особенно акушерок. Частые роды в антисанитарных условиях, без медицинской помощи, тяжелый физический труд превращал женщину 30–40 лет в старуху. Много было смертельных исходов из-за неблагополучных родов и женских болезней. В августе 1924 г. было открыт первый в Уфе родильный дом[3].

Для облегчения загруженности матери поуходу за ребенком в период ее рабочего времени организовывались ясли для детей около фабрик и заводов, куда она могла приходить, чтобы покормить ребенка. С целью агитации крестьянок в дело организации детских садов, яслей и школ проводились т. н. «ясельные кампании». Особенно в сельской местности: башкирские крестьянки не носили детей в ясли.

В области борьбы с беспризорностью по линии охраны материнства и младенчества одним из направлений работы была борьба с подкидыванием. Основной причиной, толкавшей мать к этому, была безработица. Для устранения этого явления был найден выход через организацию специальных домов для беспризорной матери, имевшей грудного ребенка.

Таким образом, в течение 1920-х гг. на территории Башкирии стала формироваться государственная система охраны материнства и младенчества: появились первые государственные учреждения, призванные оказывать консультационную и лечебную помощь женщинам и детям. Мусульманское население республики воспринимало неоднозначно и даже иногда враждебно политику советской власти в области охраны матери и ребенка [4].

В целом, социальную политику руководства страны в 1940-1960-е гг. по поддержке материнства и детства можно подразделить на два этапа. Первый этап – консервативный (1944 – середина 1950-х гг.). Первым законом, воплотившим в себе новую консервативно-охранительную социальную политику государства, стал Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания “Мать-героиня” и учреждении ордена “Материнская слава” и медали “Медаль материнства”». Этот период характеризовался высоким уровнем рождаемости вследствие компенсаторной роли браков и рождений, отложенных на время войны, повышением престижа институтов брака и многодетности, постепенным снижением показателей младенческой смертности, восстановлением и развитием медицинских, детских дошкольных и школьных учреждений, введением специальных пособий для многодетных и одиноких матерей, активной общественной поддержкой вдов [5].

На втором этапе (середина 1950-х – середина 1960-х гг.) наметилось снижение рождаемости и браков, стабилизировались показатели младенческой смертности в сторону их понижения, было введено социальное и пенсионное обеспечение для женщин,

проживающих в сельской местности, значительно улучшилось материально-бытовое положение женщин. Интенсивно развивавшаяся промышленность требовала новых рабочих рук, что привело к массовому вовлечению в производство женщин и, как следствие, к расширению не только сети медицинских учреждений, занятых охраной здоровья матери и ребенка, но и детских дошкольных учреждений. Несмотря на то, что в исследуемый период существования советского государства был осуществлен комплекс социальных мер по усилению государственной помощи семьям с детьми, женщины испытывали двойную социальную нагрузку – на производстве и в семье, что потребовало, в дальнейшем, с учетом предшествующего опыта, совершенствования многих правовых норм, касающихся семейного законодательства.

Практически все исследователи 1950–1980-х гг. восхваляли советскую государственную политику в отношении женщин и считали, что благодаря партии и советскому правительству женский труд, материнство в нашей стране было окружено всенародным уважением и заботой. К основным пунктам, выдвигаемым современными исследователями, можно отнести следующие: на всем протяжении советского периода сохранялись проблемы в социальном обеспечении женщин, развитии системы здравоохранения и детских дошкольных учреждений; существовала дифференциация в оплате труда женщин и мужчин, а также неравенство в профессиональной занятости; в массовом сознании советского общества прочно бытовали стереотипы, сводившие женскую индивидуальность либо исключительно к материнству, либо к роли передовой труженицы.

Сегодня семейно-брачные отношения в Республике Башкортостан характеризуются

усилением целого ряда негативных тенденций: ослабевает институт семьи, снижается степень ее стабильности, неуклонно растет число разводов, снижается рождаемость и социальный престиж семьи.

Следует отметить, что благодаря государственной поддержке материнства и детства с 2000 г. в Российской Федерации начался подъем рождаемости. Россия одной из первых ратифицировала Конвенцию о правах ребенка. В Башкортостане 1998 г. был объявлен Годом семьи, 1999 г. – ребенка, 2000 г. – молодежи, 2001 г. – матери, 2002 г. – здоровья. Все это в какой-то степени позитивно повлияло на рост рождаемости: в 2010 г. в республике родилось 57,1 тыс. детей, что почти на 13 тыс. больше, чем в 2005 г., но настолько же меньше, чем в 1989 г. За время действия программы «Родовой сертификат» рождаемость в Башкортостане

выросла с 42 тыс. младенцев в 2006 г. до 57 тыс. в 2012 г. Тем не менее, она так и не достигла уровня 1960-х гг., когда рождалось около 113 тыс. детей в год.

Несмотря на колоссальную работу в сфере детства в политике региона, проблемы охраны материнства и детства по-прежнему актуальны. В основе всех законов, стратегий, концепций, которые создаются на федеральном или муниципальном уровнях, должна лежать не только государственная политика, но и интерес конкретного человека. Любой закон должен иметь «человеческое лицо». Только в таком случае, проблемы будут решены.

Список литературы

1.Конституция Республики Башкортостан: принята Верхов. Советом Респ. Башкортостан 24 декабря 1993 г. за № ВС-22/15 (в ред. от 28.06.2012) // Ведомости Верхов. Совета и Правительства Респ. Башкортостан. 1994. № 4 (22). Ст. 146.

2.Закон Республики Башкортостан от 31 декабря 1999 г. № 44-з «Об основных гарантиях прав ребенка в Республике Башкортостан» // Ведомости Гос. Собр., Президента и Кабинета Министров Респ. Башкортостан. 2000. № 4 (106). Ст. 281.

3.Женское движение в Башкортостане. 1900–1941 : сб. док. и материалов / отв. ред. Р. Н. Сулейманова, Ш. Н. Исянгулов, Г. Ю. Султангужина. Уфа, 2008; Женское движение в Башкортостане. 1941–2000 : сб. док. и материалов / отв. ред. Р. Н. Сулейманова, Ш. Н. Исянгулов, Г. Ю. Султангужина. Уфа, 2009.

4.Гниятуллина, Г.Г. Охрана материнства и детства в 1920 годах. в БАССР/ Г.Г.Гниятуллина// Вестник Челябинского государственного университета 2014. № 8 (337).История. Вып. 59. С. 25–29.

5.Кузнецова, И.П. Государственная политика в области охраны материнства и детства в 1940-1960 гг. в БАССР/ И.П.Кузнецова// Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 8 (337). 59. С. 41–48.

УДК 61(09) – 036.2 (470.57)

В.А. Сбитякова

ОЧЕРКИ ИЗ ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель: доцент, к.м.н. А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье приводится история становления и развития акушерской службы Уфимской губернии. Родовспоможение и детство неразрывно связаны между собой. Перинатальный период является одним из важнейшим периодом становления ребенка. Именно в этот момент закладывается будущее здоровье детей.*

Ключевые слова: *медицина, педиатрия, акушерство, роды, Уфимская губерния*.

Роды в 19 веке в Уфимской губернии принимала повитуха. Чаще всего эта была женщина в возрасте, которая имела своих детей и с безупречной репутацией. Свои знания и умения она передавала дочери или своей помощницы. Задача повитухи были: принятие родов и послеродовый период. Во время родов повитуха развязывала на одежде роженицы все узлы, вынимала у нее серьги, распускала волосы. Также делала массаж поясницы, теплый компресс, при неправильном положении плода выправляли положение младенца в утробе. Также для приведения в порядок внутренних органов выполнялся ритуал послеродового пеленания и перетягивания живота роженицы. Но из-за многих предрассудков, незнаний повитух и беспомощности женщин в Уфимской губернии в 19 веке смертность была очень высока: из одной тысячи родившихся в Уфимской губернии в 1867-1881 годах почти одна четверть младенцев умирала, не прожив и одного года, а до 5 лет из одной тысячи доживало всего 406 детей , то важнейшей задачей земства была охрана здоровья матери и ребёнка. Факторами высокой детской смертности в губернии, как и в других регионах России, были плохие экономические и бытовые условия жизни, неграмотность населения, особенно женщин, а также некоторые устоявшиеся стереотипы оказания помощи роженицам и ухода за младенцами и детьми. Так, мусульмане и язычники брали с собой детей на полевые работы, а христиане оставляли их дома , на попечение стариков или детей, которые кормили их из плохо вымытых сосок и рожков[1].

Из-за этого было решено повышать уровень акушерской службы: обучив повитух, использую в качестве наставников акушерок, и сами акушерки оказывали помощь, но они были менее востребованными. Обращение при родах к помощи повитух, а не к помощи медицинских работников, среди женщин объяснялось самим укладом сельской жизни. В 1888 году акушерская помощь на домах во всех уездах земской России была оказана земскими врачами в 50500 случаях, а вместе со случаями, бывшими в родильных отделениях земских больниц, это число не превышало 60000 случаев. В среднем на каждую губернию приходилось около 1800 и на каждый уезд – около 170 случаев земской акушерской помощи населению. Такая помощь была оказана менее, чем в 2 % всех родов. Сельские женщины по-прежнему предпочитали помощь повитух, а к акушеркам обращались лишь в тех случаях, когда срочно требовалась оперативная помощь врача [2].

Из-за религиозных убеждений губерний требовались женщины-врачи и фельдшерицы-акушерки ,а не мужчины. Доклады участковых земских врачей Уфимской губернии начала 80-х годов XIX века свидетельствовали о том, что деятельность земских акушерок была малоэффективной, по причине противодействия им местных повитух, которые опасались «с появлением акушерок при роженицах лишиться собственной практики». Врач Гадамер предложил изменить положение дел следующим образом: «Тем из сельских повитух, которые пригласят акушерку для участия вместе с нею при приёме новорожденного, и будут исполнять требования и наставления последней, выдавать за каждого новорожденного по 50 копеек и, сверх того, предоставить им получать те доходы, которыми они пользуются по местным обычаям; независимо от сего выдавать по 50 копеек и акушерке за каждого новорожденного, принятого при ней повитухой» . Мера эта была введена в Уфимском уезде в качестве эксперимента и вскоре принесла положительные результаты. Практика акушерок значительно увеличилась, сельское население стало относиться большим доверием, а многие повитухи приучились к правильному уходу за роженицами и новорожденными[3].

Однако, несмотря на успешные результаты инноваций в деле оказания помощи роженицам, уездное земское собрание отклонило предложение о вознаграждении акушерок за совместно принятые роды вместе с повитухами. Выдавалось вознаграждение от 1 до 5 рублей повитухам только при одобрении акушерки.

Весьма успешно в 1879 году выглядела деятельность повивальной бабки 1-го Бирского земского участка Н.И. Ватлашевой, что выразилось в оказании медицинской

помощи в 273 случаях, а именно: принято младенцев – 17, оказано помощь женщинам после родов – 26 случаев, при женских заболеваниях – 80 случаев, осмотрено по предложению врача больных женщин – 100 случаев, оказана помощь больным грудным детям – 50 случаев. По мнению участкового врача П. Гоняева, «её деятельность принимала солидные размеры» . Однако это был один из немногочисленных случаев[4].

Второй съезд земских врачей губернии, который состоялся в 1889 году, признал, что квалифицированная акушерская помощь «не прививается ни в одном уезде, в каком бы виде не практиковалась», число принятых акушерками и фельдшерицами-акушерками младенцев колеблется от 10 до 40, а каждые роды обходятся земству не дешевле 10 рублей. Секция, посвящённая вопросам акушерства и гинекологии, рассматривая этот вопрос, приняла, а съезд поддержал следующее решение: «Считать деятельность акушерок не оправдывающей затраченных на неё материальных затрат земств и, в виду этого, рекомендовать заменить акушерок фельдшерицами-акушерками, которые могут заменять врача». Также было решено «считать полезным обучать простых женщин правильному родовспоможению, устроить в губернии специальные родильные дома и приёмные покои»[5].

На всё население Уфимской губернии (2469476 человек) приходилось всего 22 акушерки (112249 человек на одну акушерку), 40 акушерок-фельдшериц (61737 человек на одну акушерку-фельдшерицу). Родовспоможений на дому было 636 от 117409 рождённых за год детей (0,6 %). Удельный вес родов, принятых повитухами, составлял 99,4 % (только на каждые 166-е роды вызывались кушерка или акушерка-фельдшерица). Тем не менее, деятельность фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных участков, просветительная работа земского медицинского персонала имела определённые успехи. В 1903 году, согласно данным П.И. Куркина, Уфимская губерния относилась к числу губерний с самой малой младенческой смертностью (18,8-14,9 %) среди всех губерний России . Согласно его же исследованиям, в 1908-1910 годах среди 50 губерний Европейской России она по этому показателю уступала только 11 губерниям и относилась ко 2-й группе губерний России, где смертность составляла 18-20 % [6].

В начале XX века в Уфимской губернии, в большинстве случаев, роды принимали повитухи, так как в губернии не было родильных приютов, родильных кроватей и отделений во всех земских больницах, родовспоможений с участием врачей-акушеров также не было (Табл. 1)

Таблица 1

Организация акушерской помощи в Уфимской губернии в 1901 год

Показатели	Значение показателей
Численность населения	2469476
Число родильных приютов и кроватей в них	–
Число больничных кроватей в родильных отделениях	–
Число акушерок	22
Число акушерок-фельдшериц	40
Число родовспоможений на дому	636
Число родовспоможений в больнице	–
Число родов, принятых врачами-акушерами	–
Число рождённых младенцев за год	117409
Удельный вес родовспоможений к общему количеству родов	0,6%
Удельный вес родов, выполненных повитухами	99,4%
Количество населения на одну акушерку	1122489
Количество населения на одну акушерку-фельдшерицу	617369

(Составлена по: Бокодаров В.К. Организация акушерской помощи в земских губерниях. СПб., 1906. С. 6-22.)

Уже к середине 10-х годов XX века, помимо фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, такую помощь можно было получить в Уфимской губернской земской больнице, в Уфимской земской гинекологической лечебнице, в родильном благотворительном приюте Уфы, на специально организованных родильных кроватях в уездных земских больницах, в родильных отделениях сельских больниц в деревнях Ардальоновка, Семёновка, Иглино, Благовещенского завода.

Несмотря на свою малочисленность, акушерское дело в Уфимской губернии вносило существенный вклад в оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Список литературы

1. В.А.Новиков, Н.А.Гурвич, Памятная книжка Уфимской губернии на 1878 год, С. 56.

2. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина.// М.: Товарищество «Печатня С.П. Яковлева», 1899, С. 185-186.

3.Земский ежегодник за 1878 год.// Издание Имп. Вольного экономического общества. //Под ред. И. Е. Андреевского. СПб. тип. Второго отд. Е. И. В. Канцелярии 1878г. ,С. 276.

4. Вестник Уфимского земства., Уфа, 1880. ,С.89-90

5. Труды II съезда земских врачей Уфимской губернии., С. 14.

6. Рашин А.Г. Население России за 100 лет ,С. 197

УДК 930.25

А.В. Мусалимова

ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА КУШНАРЕНКОВСКОЙ ЦРБ. ИСТОРИЯ. ОСНОВАТЕЛИ

Научный руководитель- к.м.н.,Хафизов Н.Х.

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Цель: ознакомиться с историей основания первого исторического корпуса на базе Кушнаренковской ЦРБ.

История Кушнаренковской ЦРБ уходить глубоко в начало XX века. Тогда, в январе 1911г. благодаря купеческой династии Грибушиных и был построен первый корпус Кушнаренковской ЦРБ, названный «Иннокентьевской», и работающий на 12 коек. Грибушины решили построить больницу на свои деньги и передать её в дар жителям села Топорнино (так село называлось до 1936г.). При жизни они придерживались христианской мудрости: «Всё, что я нажил для себя, ушло от меня с кончиной. Все, что я отдал людям, осталось со мной». Какой была эта купеческая династия Грибушиных, и что она успела оставить за собой в истории района попытаемся разобраться…

Зимой 2012 года на базе Кушнаренковской ЦРБ состоялось долгожданное открытие детской поликлиники. На открытии присутствовал министр здравоохранения РБ Георгий Шабаев. Во время стройки в больнице с визитом был глава Республики Рустэм Хамитов. Детская поликлиника расположилась в одном из исторических зданий Кушнаренковского района, которое полностью было реконструировано.

Так называемый в районе «красный корпус», в котором находится сейчас детская поликлиника, был построен в дар народу купеческой семьей Грибушиных в 1911г.

После отмены крепостного права в 1861 в российском обществе усиливается роль купечества. Они занимают ведущие позиции в экономике и общественной жизни. В те времена село принадлежало дворянскому роду Топорниных, в честь них одноименно и называлось село- Топорнино. После отмены крепостного права Дмитрий Андреевич Топорнин выкупает всё имение у своих многочисленных родственников и единовластно управлет им. Хотя слово управлял мало подходило для того образа хозяйствования, которое он вёл. Будучи страстным любителем скачек, в свободное от военной службы время, он просаживал на них все свои доходы. Он редко появлялся в Топорнино, пребывая в основном

в разъездах на всяческих скачках, проводимых то в Санкт-Петербурге, то в Москве, то в Варшаве, то в Берлине, а то и в Париже. Приехав вечером в село после удачных скачек его посещает заросший бородой, в шапке, несмотря на жару, в рубахе, перевязанной бечёвкой,и в лаптях, мужик и просит продать его имение. Приняв его за крестьянина он со смехом назначает цену своему имению в 2 тысячи, после чего мужик же снял лапти и отмотав обмотки с правой ноги, вытащил из под них ассигнации. Затем он отсчитал несколько купюр и отложил их себе за пазуху. - Здесь ровно двести тысяч! – мужик поднял руку с деньгами над головой и потряс ими – Продешевил ты, Дмитрий Андреевич!...

Тем самым «крестьянином» оказался пермский купец второй гильдии Грибушин Михаил Иванович, чайный король России в те времена. Таким путем он овладел имением Топорниных.

Династия Грибушиных была одной из богатейших в дореволюционном Урале. Ее возглавлял Михаил Иванович Грибушин (1832-1889 г.г.) – чайный король России, меценат, общественный деятель, почетный гражданин г. Кунгура и многих городов Пермской губернии и России. Он родился в небогатой семье. Но благодаря своему природному уму, способностям и неиссякаемой энергии добился многого. Грибушины вывели Россию на второе место в мире по потреблению чая на душу населения и поспособствовали появлению еще одного российского бренда – самовара. Именно идеей М. И. Грибушина была расфасовать дорогой по тем временам чай в маленькие пакетики по 100-200 граммов, чтобы небогатые люди имели возможность приобрести его. Почти 20% мировой торговли чаем проходили через руки кунгурских купцов.

В своем имении в селе Топорнино Михаил Иванович помимо чайного дела он занялся еще и хлебной торговлей. Он организовал весьма значительные объемы производства зерновых культур. В начале XX века Топорнинская пристань отправляла по нескольку миллионов пудов хлеба ежегодно.

У Грибушиных выросли четыре сына и пять дочерей. После смерти Михаила Ивановича в 1889 году согласно его духовному завещанию все имущество и управление всеми делами перешло к его вдове Антонине Ивановне с сыновьями. Она с железной хваткой повела дело и сумела увеличить капиталы мужа в три раза.

Старший сын Грибушиных Иннокентий Михайлович увлекался садоводством, был большим любителем яблок. В 1886 году обновил старый дворянский сад тремя сотнями новых саженцев, большую часть которых составляли два сорта неизвестного

происхождения. Они стали основой таких замечательных сортов яблок как «башкирский красавец» и «сеянец титовки». Под новыми названиями эти сорта и распространяются по всему Среднему Поволжью и Южному Уралу и вот уже более ста лет являются основными сортами яблони в Башкирии.

Иннокентий Михайлович застрелился после того, как его мать, Антонина Ивановна решив, что он стал революционером и раздавал денежную помощь боевикам марксистов, лишила его всякого имущества. Его участие в революционном движении так и не было доказано.

По отчету Уфимской земской управы за 1888 год в Шариповской волости работала больница в д. Ардолиновка (Покровка) в двух верстах от села Воецское. В земской больнице работали 1 врач и 4 фельдшера. От этой больницы в селе Топорнино работал ФАП (фельдшерско-акушерский пункт). Местные помещики и в первую очередь Антонина Ивановна прекрасно понимали, что селу нужна больница.

Антонина Ивановна всю оставшуюся жизнь кляла себя за поспешность и резкость в обращении с сыном и, пытаясь замолить грех его самоубийства, построила в Топорнино больницу на 12 коек. В 1911 году больница, возведенная на средства Грибушиной, начала принимать первых пациентов. В честь своего сына больницу она назвала «Иннокентиевской». А через год не стало и самой Антонины Ивановны.

В 1919 году в период гражданской войны Грибушины покинули Россию.

В настоящее время Кушнаренковская ЦРБ под руководством главного врача Хайдарова Илдара Хаккиевича занимает несколько корпусов, в типовых зданиях удобно размещаются все необходимые службы и отделения. Ежегодно в условиях районной больницы стационарно лечится около 3 тыс. больных, осуществляется 250 тыс амбулаторно-поликлинических посещений. Сегодня на страже здоровья жителей района стоят 57 врачей и 201 средних медицинских работников, среди которых 2 заслуженных врача республики Башкортостан и 24 отличника здравоохранения Республики.

Вот уже больше ста лет нашей больнице, и тот самый корпус, построенный Грибушиной, после ремонта продолжает свое доброе дело в качестве детской поликлиники. Было бы уместным назвать одну из новых улиц райцентра именем Грибушина, а самой А.И. Грибушиной присвоить звание почетного гражданина района.

Список литературы

1) Булат Диваев «Девичья гора»

2) Общественно- политическая газета Кушнаренковского района «Авангард» выпуск от 03.05.2012г. «Основателю села С.Е. Топорнину – 250 лет»

3) Общественно- политическая газета Кушнаренковского района «Авангард» выпуск от 26.07.2012 «Чайный король России жил в Топорнино»

4) Газета "Отечество" ноябрь 2011 г., В.Брыкин «Тайна Башкирского красавца»