

дозе 2 г/сутки. Женщина астенична, в анамнезе – гайморит, пиелонефрит, анемия второй степени. На учет встала поздно, недообследована, курит. Роды срочные, ребенок желанный, родился мальчик весом 2750,0, ростом 49 см, с окружностью головы 31 см, с оценкой по Апгар 7/7 баллов. Ребенок приложен к груди, находился на совместном пребывании. У матери новорожденного мальчика в первые сутки после рождения отмечаются проявления абстинентного синдрома, у новорожденного также, по сумме клинических признаков равные 16 баллов. Оба консультированы наркологом, проведено лечение матери и ребенку. При обследовании с помощью скрининг-метода в моче у новорожденного обнаружено наличие героина. Лечение ребенка проводилось фенобарбиталом и симптоматическое лечение – тагансорбент и сосудосуживающие капли в нос. Клинические проявления ОАС у матери и новорожденного купированы на 10 сутки от начала лечения, мать с ребенком выписаны домой. К сожалению, мать ребенка Т. не отказалась в дальнейшем от употребления наркотиков, ребенок развивается слабо, часто находится на стационарном лечении.

3. Мать новорожденного К., 31 год, употребляет наркотики длительно, в течение 7 лет, последние 3 года героин до 5 граммов в сутки. Необследованная, имеет массу экстрагенитальной патологии, курит, употребляет алкоголь, ребенок нежеланный. Роды преждевременные, в сроке 35-36 недель, с родовым

излитием околоплодных вод, девочкой весом 2000г., ростом 44 см, с окружностью головы 28 см, с оценкой 5/7 баллов. От ребенка отказалась сразу после рождения. У женщины абстинентный синдром развился через 6 часов после родов, у новорожденного ОАС клинически выявляется к концу 1-х суток жизни с появления заложенности носа, беспокойства, потения, на 3-и сутки – развитие судорожного синдрома и лихорадки. По сумме клинических признаков абстинентный синдром соответствует 22 баллам.

После купирования ОАС ребенок переведен из отделения интенсивной терапии в отделение патологии новорожденных, затем в Дом Малютки. Так же, как и в первых двух случаях, в развитии ребенка К. наблюдается значительное отставание психомоторного и физического развития.

Таким образом, употребление наркотиков во время беременности приводит к двум основным последствиям для новорожденных: задержке внутриутробного развития и развитию опиатного абстинентного синдрома. А в дальнейшем у таких детей наблюдаются отставание психомоторного развития, низкий коэффициент интеллектуальности.

#### Литература:

- 1) Журнал «Наркология» / Россия / 2003 год.
- 2) Шабалов Н.П. «Основы перинатологии», 2004год.
- 3) Бадалян Л.О. «Детская неврология», 2001год.

#### The opiate withdrawal syndrom for newborn children

The use of drugs during pregnancy causes two main consequences for newborn children: prenatal development retention and development of opiate withdrawal syndrom. Hereafter such children are observed to have a psychomotor development retention and a low IQ. The circuit opiate abstinence syndrom of newborn babies whose mothers were using drugs during their pregnancy was described in the concrete examples

#### Жаңа туған нәресте опиаттық абстиненттік синдромы

Әйел аяғы ауыр кезде, анаша қолданған кезде екі түрлі көңіл босу керек. Біріншісі: жатырда жатқан кезде нашар жетіледі, олардың ойлау қаблеті данылайды өте төмен жағдайда болады, екіншіден-анасы анаша қолданған кезде балада өзіне қажетті нәрсені қабылдау керек. Осы синдром 3 нәрестелердің клиникада көрсетіледі.

ӘӨЖ 616.053.2+616-039.4

#### ЖИИ АУЫРАТЫН БАЛАЛАР ТУРАЛЫ

Т.С. Шонтасова, Г.М. Сайбекова, Н.Х. Смагулова, Қ.С. Матайбаева, О.М. Орынканова  
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Жиі ауыратын балалар (ЖАБ) ерте және мектеп жасына дейінгі балалар арасындағы үлестік салмағы 25% құрайды. Балалар бақшасына баратын балалар арасында ЖАБ үлесі 25-30%. ЖАБ арасындағы ауыршандылықтың ең жоғары шыңы алғашқы 5 жаста байқалады [1,2,3].

Балалар емханасында 2 жыл бойы бақыланған жиі ауыратын балалардың саны 114 (62%) құрады. Олардан анамнез жиналып, клиникалық қан анализі, жалпы зәр анализі, қанға биохимиялық зерттеулер (СРБ, АЛТ, глюкоза мөлшері) жүргізіліп, копрограмма, нәжісті құрт жұмыртқаларына, лямблий құртына тексеріліп, құрсақ қуысына, бүйрек, қуыққа ультра дыбыстық (УДЗ) зерттеулер жүргізілді. Араны мен мұрын шырышты қабаты бактериялық флораға тексеріліп, ЛОР-дәрігердің, инфекционистің, гастроэнтерологтің, аллергологтің кеңесі тағайындалды. Анықталған патологияға байланысты қосымша тағайындалды: нәжісті дисбактериозға бактериологиялық зерттеу, зәрді флораға себу, терең

нефро-урологилық, аллергологиялық (аллергендермен сынақ, сыртқы тыныс қызметін зерттеу және т.б.) зерттеу. ЖАБ тобындағы зерттеуге алынған балалар жастары әр түрлі болды: 3 жасқа дейінгі балалар 12 %, 3-7 жастағы – 43%, 7 - 12 жастағы - 27%, 12 - 17 жастағы - 18% құрады. Ұл мен қыз балалар саны бірдей болды. Зерттеу барысында балалардың 22% лямблиоз, жартысы гельминтозбен қосарласқан (үшкіл құрт, аскарида). Барлық балаларда ішек дисбактериозының және гепатобилиарлы жүйенің тоқырау (УДЗ бойынша) белгілері анықталды. Балалардың 36%-да созылмалы инфекция ошағы, тіпті кіші топтағы балаларда (тонзиллит, синусит және т.б.) анықталды. Мектепке дейінгі балаларда лимфа түйіндерінің ұлғаюымен жүретін лимфоидты тіндердің гиперплазиясы, 18 % зәр жолдары инфекциясы анықталса, терең зерттеуде 1/3 жағдайда екіншілік созылмалы пиелонефрит диагнозы қойылды. 56%-да аллергиялық аурулар анықталды: мектепке дейінгі балаларда (86%) терілік белгілер,

мектеп жасындағыларда-атопиялық дерматит, нейродермит, экзема (52%), әртүрлі респираторлық аллергиялар-риниттер, синуситтер, ларинготрахеиттер т.б. (41%), бронх демікпесі (7%). Мектеп жасындағы, әсіресе жоғары жас тобында гастродуоденит, өт жолдарының дискинезиясы, созылмалы асқазан-ішек жолдары (33%) аурулары анықталды. Бұлар бірнеше факторлардың қосарласуынан болуы мүмкін: тамақтану тәртібінің бұзылуы, құрғақ тамақтану, инфекциялық фактор, тұқым қуалаушылықтың ұшығуы, глистикнвазия мен лямблиоз. Лямблий мен гельминттер қатар анықталғандарға Немозол тағайындалды. Паразиттерге жүргізілген емнің нәтижесінде ЖАБ тобында іш құрылысындағы созылмалы патологиялары мен созылмалы инфекция ошағы бар ересек балалардан басқа, қалған барлық топта ЖРИ-мен ауыршандылық нақты төмендеді. Көптеген балаларда паразитке қарсы емнен кейін ішек дисбактериозының клиникалық көрінісі қалыпқа келді. ЛОР органдардың созылмалы инфекция ошағы бар балаларда аран және мұрын жағындысында кокк флорасы анықталды, олардың 25% жағдайда –

*Staphylococcus aureus*, 32% жағдайда –стрептококктің әртүрлі түрлері. Осы балаларда лямблий немесе гельминттер анықталғанда, ең алдымен паразиттерге қарсы ем жүргізілді.

Сонымен зерттеу нәтижесіне байланысты келесі қортынды жасаймыз: балалардың жиі суық тиіп ауыруына себепші организмдегі паразитарлық ауруларға байланысты, әсіресе лямблиоз немесе оның гельминтозбен қосарлануында, ЛОР органдардағы және зәр жүйесі органдардың созылмалы инфекция ошағының болуында.

#### Әдебиеттер:

1. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Вакцинопрофилактика. М., 2001.
2. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. - Саратов, 1986 - 45 с.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. - Научно-практическая программа Союза педиатров России, 2002. - С. 73.

#### О часто болеющих детях

**Т.С. Шонтасова, Г.М. Сайбекова, Н.Х. Смагулова, К.С. Матайбаева, О.М. Орынканова**

Таким образом, причинами частых простудных заболеваний у детей можно считать наличие паразитарных заболеваний в организме, в частности лямблиоза, в сочетании с гельминтозами и наличие хронических очагов инфекции, особенно ЛОР-органов и органов мочевой системы.

#### Aboutoften ill children

**T.S. Shontasova, G.M. Saibekova, N.H. Smagulova, K.C. Mataibaeva, O.M. Orunkanova**

Thus, the causes of frequent cold diseases of children's we can consider the presence of parasitic diseases in organism, lambliosis and also with association with helminthoses and presence of chronic foci of infection, particulars LOR-organs and organs of urinary system.

УДК 616.71-007.234-057.874

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СИНДРОМА НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА СЕМЕЙ

К.А. Сеилханова

*Государственный медицинский университет города Семей*

#### Актуальность

Результаты широкомасштабных проспективных эпидемиологических исследований свидетельствуют о широкой распространенности остеопороза в мировой популяции, существенном негативном влиянии этого заболевания на состояние здоровья населения и значительном экономическом ущербе [1,2,3]. В свете этих данных особо остро встает вопрос о возможности коррекции факторов риска остеопороза и в большей степени изучения истоков данного заболевания и его профилактики. Нарушение процессов костеобразования у ребенка, под действием, как хронических заболеваний, так и иных факторов ведёт к формированию остеопенического синдрома уже в детском возрасте. Своевременные выявление, коррекция и профилактика остеопенических состояний у детей способны значительно снизить распространённость остеопороза среди взрослых [6].

#### Цель исследования

Цель проведённого исследования, заключалась в определении частоты встречаемости и изучении структуры клинически значимых факторов риска развития синдрома низкой минеральной плотности кости, у школьников города Семипалатинска.

#### Материалы и методы

Для достижения поставленной цели было организовано поперечное эпидемиологическое исследование, проходившее в два этапа. Всего в исследовании приняло участие 561 школьник, ученики двух среднеобразовательных школ города, в возрастном диапазоне 12-18 лет. Средний возраст составил 14,5 г. Среди них представителей мужского пола - 243 человека, женского 318 человек. На первом этапе, при помощи карты-опросника, проводился ретроспективный анализ медицинских карт и анкетирование детей открытым способом. Целью первого этапа было выявление клинических состояний, ассоциированных с СНМПК. Исследование проходило по восьми основным направлениям: выявление погрешностей в диете связанных с пониженным содержанием кальция, гиподинамии, отягощенного семейного анамнеза; кариеса; ортопедической патологии (сколиоз, остеохондроз, плоскостопие), патологии желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, субъективных жалоб характерных для дефицита кальция, соответствующих основным факторам риска формирования СНМПК у детей [7,8,9]. Учитывая дискуссионность каждого из приведённых критериев и отсутствие единой точки зрения, по вопросу о характерных клинических проявлениях СНМПК, было принято