

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ**

ЭЛ АРАЛЫК ЖОГОРКУ МЕДИЦИНАЛЫК МЕКТЕБИ

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

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУ

Д 14.22.654 Диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.33/34-002.44-053.2(575.2)

КОЖОНАЗАРОВА ГУЛЬСАРА КЕНЖЕБАЕВНА

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БАЛДАРДЫН АШКАЗАН-ИЧЕГИ
ТУТУМУНУН ЭРОЗИЯ-ЖАРАЛАР МЕНЕН ЖАБЫРКООСУ**

14.01.08 - педиатрия

Медицина илимдеринин докторунун
окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын

АВТОРЕФЕРАТЫ

Бишкек – 2024

Диссертациялык иш И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик педиатрия кафедрасында аткарылган

Илимий консультант: Алымбаев Эркин Шакирович
медицина илимдеринин доктору, профессор, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик педиатрия кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер: Мырзабеков Гулшара Туребековна
медицина илимдеринин доктору, профессор, Аль-Фараби атындагы Казак Улуттук университетинин Саламаттык сактоо жана медицина факультетинин Жогорку медициналык мектеби

Карцева Татьяна Валерьевна
медицина илимдеринин доктору, доцент, Россия Саламаттык сактоо министрлигинин "Новосибирск мамлекеттик медициналык университетинин Жогорку билим берүү боюнча федералдык мамлекеттик бюджеттик билим берүү мекемесинин (ЖБФМБМ) балдар ооруларын пропедевтикасы кафедрасынын башчысы

Халматова Барно Турдиходжаева
медицина илимдеринин доктору, Ташкенттеги Кимё эл аралык университетинин "Клиникалык дисциплиналар" кафедрасынын профессору

Жетектөөчү мекеме: Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин педиатрия кафедрасы (720000, Бишкек ш., Киев көч., 44).

Диссертациялык иш "_____" 20__ жылдын ____ саат Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борбору, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана Эл аралык Жогорку Медициналык Мектебинин алдындагы медициналык илимдердин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн уюштурулган Д.14.22.654 диссертациялык кеңештин жыйынында корголот.

Дареги: 720054, Бишкек шаары, Интергельпо көчөсү 1ф, конференц - зал.

Диссертациянын коргоо боюнча видеоконференциянын шилтемеси: https://vc.vak.kg/b/d_

Диссертация Эл аралык Жогорку Медициналык Мектебинин (720054, Бишкек ш. Интергельпо көчөсү 1ф), И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун (720038, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 190) китепканаларында жана [http:// www.vak.kg](http://www.vak.kg) сайтынан таанышууга болот.

Автореферат "_____" 2024-ж. таркатылды.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы
медицина илимдеринин доктору,
улук илимий кызматкери

А. Атыканов

ИЗИЛДӨӨНҮН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Изилдөөнүн актуалдуулугу. Балдардын тамак-аш сиңирүү органдарынын оорусу жалпы ооруларынын түзүмүнүн ичинен биринчи орунду ээлейт жана алардын өсүшүнүн жалпы тенденциясы сакталууда [М.О. Антипов менен авторл., 2019, А. М. Запруднов менен авторл., 2018, Л. А. Харитонов менен авторл., 2019].

Кыргызстанда балдардын жалпы ооруларынын тутумунун арасында дем алуу органдарынын ооруларынан кийин тамак-аш сиңирүү органдарынын патологиясы экинчи орунду туруктуу ээлейт [ЦЭЗ КР, 2022]. Алардын арасында ашказан-ичеги тутумунун тамак сиңирүүчү тутумунун былжырлуу кабыкчасынын эрозия-жаралар менен жабыркоосу (ЭЖмЖ) оорулардын олуттуу бөлүгүн түзөт.

Адекваттуу фармакотерапия дайындоо үчүн туура жана мүмкүн болушунча ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолордун жаратылышы жөнүндө толук кандуу түшүнүк берүү зарыл. Буга байланыштуу патогенези инфекция менен тыгыз байланышкан ооруну жана ар кандай ооруларда жана шарттарда пайда болгон былжырлуу челдин симптоматикалык эрозиясын жана жараларын так айырмалоо маанилүү [А.А. Баранов, 2014]. Ошондуктан, тамак сиңирүү тутумунда патологиясы бар бейтаптарды диагностикалык толук текшерүү инфекциялык агенттерди аныктоонун эң жеткиликтүү ыкмаларын гана камтыбастан, кошумча диагностикалык маалымат берүүчү жаңы көрсөткүчтөрдү да камтышы керек.

Лабораториялык диагностиканы өркүндөтүү боюнча бардык иш-чаралар, анын ичинде жаңы адистештирилген медициналык мекемелерди түзүү тактикалык гана болуп саналат. Оорулардын себептерин тез аныктоого жана алардын ар бири өзүнчө клиникалык дисциплиналардын алкагында, бирдиктүү организмдин деңгээлинде эмес, функционалдык системалардын деңгээлинде эмес, морфологиялык жактан обочолонгон орган тутумдарынын чегинде гана каралуусу шарт болуп саналбайт [В.Н.Титов, 2015].

Мындан тышкары, Кыргызстанда ар кандай этиологиядагы балдардын тамак сиңирүү тутумундагы эрозия-жаралар менен жабыркаган ооруларын дарылоого бирдиктүү мамиле жок экенин белгилей кетүү керек. Дарылоо жаш өзгөчөлүктөрүн жана этиологиялык факторду эске албастан, терапиялык практикада сунушталган стандарттар боюнча жүргүзүлөт, бул таптакыр туура келбейт. Ушуга байланыштуу эрозия-жаралар менен жабыркоолорду (ЭЖмЖ) дарылоонун жана алдын алуунун алгоритмин иштеп чыгуу жана клиникалык практикага киргизүү актуалдуу болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты: Кыргызстандагы балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоосун калыптандыруунун клиникалык-патогенетикалык механизмдерин заманбап позициялардан

изилдөө жана эрте диагностикалоонун, божомолдоонун жана дарылоо-реабилитациялык программалардын тактикасынын дифференцияланган программаларын иштеп чыгуу.

Изилдөө төмөнкү маселелерди чечүүнү көздөйт:

1. Бөлүмгө кайрылуу жыштыгы боюнча КРда балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун таралышын, жыштыгын жана структурасын изилдөө.

2. Балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозиялык жаралар менен ооруларынын калыптанышынын курактык өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

3. Ар кандай курактагы балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркалоолорун аныктоочу патофизиологиялык кубулуштардын пайда болушуна жана прогрессине тобокелдик факторлорунун таасирин изилдөө.

4. Балдардын ашказан-ичеги тутумдарынын эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун кайталанышын жана натыйжаларын божомолдоочу предикторлорду аныктоо.

5. Ашказан-ичеги тутуму эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарды патогенетикалык дарылоо мүмкүнчүлүктөрүн негиздөө.

6. Ашказан-ичеги тутуму эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарды медициналык контролдоо программасын оптималдаштыруу.

Диссертациянын темасынын илимий программалар, негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы.

Изилдөө И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын факультеттик педиатрия кафедрасынын ИИИнин негизги планынын алкагында жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы:

1. Биринчи жолу балдардын ашказан-ичеги тутумунун ар кайсы бөлүктөрүнүн жаш өзгөчөлүктөрүнө жараша эрозия-жаралар менен жабыркоолоруна патогенетикалык жана клиникалык негиздемелер берилди.

2. Микробиотикалык баланстын бузулушу жогорку ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун пайда болушуна түрткү берери аныкталды; ичеги-карындын гастродуоденалдык бөлүмүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун келип чыгышында тукум куучулуктун айкалышы, алиментардык фактордун таасири, ашкере бактериялардын көбөйүп кетиши басымдуулук кылат; ичеги-карындын төмөнкү бөлүктөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун калыптанышында иммунологиялык реактивдүүлүктүн бузулушу (сезгенүүнүн баштапкы медиаторлорунун гиперпродукциясы) басымдуулук кылат.

3. Бул биринчи жолу ашказан-ичеги тутумунун ар кандай бөлүктөрүнүн эрозиялык-жаралар менен жабыркоолордо өнөкөт жана кайталануучу белгилердин айкалышы менен прогресстешүү коркунучу

жогору экени аныкталат.

4. Табылгалар ар кандай курактагы ашказан-ичеги тутумунун ар кандай бөлүктөрүнүн эрозия-жаралардан жабыркоолордун патогенетикалык бир тектүү эместиги тастыкталып, тыкыр жекече дарылоо жана калыбына келтирүү тактикасынын зарылдыгын тастыктайт.

Изилдөөнүн практикалык баалуулугу:

1. Ашказан-ичеги тутумунун ар кандай бөлүмдөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун натыйжаларын калыптандыруу жана болжолдоо тобокелдигинин иштелип чыккан алгоритмдери кыйла негиздүү алдын алуу жана терапевттик тактиканын мүмкүнчүлүгүн болжолдойт.

2. Ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралары менен жабыркоолору ооруган бейтаптарды диспансердик көзөмөлдөөнүн оптималдаштырылган схемалары прогрессиялануу коркунучуна жараша рецидивдердин ыктымалдыгын азайтат жана оорунун натыйжаларын жакшыртат.

3. Кыргызстанда балдардын ашказан-ичеги тутумунда эрозия-жаралардын калыптанышынын клиникалык-патогенетикалык мыйзам ченемдүүлүктөрү жөнүндө маалыматтарды жогорку окуу жайларында медициналык билим берүү программасына киргизүү керек.

Алынган натыйжалардын экономикалык мааниси

Алынган натыйжаларды саламаттык сактоо практикасында ишке ашыруу тамак синирүү тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарды изилдөө жана дарылоо үчүн алгоритмди түзүүнүн, рецидивдердин алдын алуу жана оорулардын хроникасы үчүн профилактикалык иш-чараларды өз убагында дайындоонун эсебинен медициналык-экономикалык натыйжага ээ болот, бул дарыланууга финансылык чыгымдарды азайтууга жана майыптыгы бар балдардын санын азайтууга өбөлгө түзөт.

Диссертациянын коргоого сунуш кылган негизги жобосу:

1. Балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоосу системалуу мультифакториалдык оорулар болуп саналат, алардын келип чыгышында тобокелдик факторлорунун патогенетикалык жактан олуттуу таасири бар: ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ жана гастродуоденалдык облустун ЭЖМЖ учурунда - жаңы төрөлгөн мезгилдин патологиясы ($OR=64,9$), жашоонун биринчи жылында АИТ патологиясы ($OR=324,9$ жана $2833,52$ тийиштүүлүгүнө жараша), тамак-аштын сапатынын бузулушу ($OR=47,8$ жана $1310,9$ тийиштүүлүгүнө жараша); жоон ичегинин ЭЖМЖ учурунда мындан тышкары жогорудагы факторлордун жогорку даражадагы тукум куучулуктун факторунун (о остой $=35,38$) мааниси бар.

2. *H. Pylori* - инфекциялык жана бактериялардын ашыкча өсүү синдрому (БАӨС) гастродуоденалдык аймактын жабыркашы патогенезинде маанилүү, бирок басымдуу локалдуу таасир этүүчү факторлордун бири

катары каралышы мүмкүн; сезгенүүнүн баштапкы медиаторлорунун (интерлейкиндердин) ашыкча өндүрүлүшү ичеги-карындын төмөнкү бөлүгүндө жаралардын пайда болуу коркунучунун көрсөткүчү катары каралышы керек.

3. Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ прогрессиясын алдын ала аныктоочу факторлор (ПК = 58ден 101,7ге чейин) болуп төмөнкүлөр саналат: начар тамактануу, ооз көңдөйүндө шарттуу-патогендик микрофлоранын өсүшү; гастродуоденалдык аймакта ЭЖМЖ прогресси (ПК = 63,2-129,0) Н. Pylori алдын ала аныктайт; жоон ичегинин ЭЖМЖ прогресси (ПК = 48,5-72,7): Н. Pylori, БАӨС жана цитокиндерди аныктоо - патологиялык процесстердин баштапкы медиаторлору жана IL4 IL 6, TNF α иммунологиялык активдүүлүгүнүн жөнгө салуучуларынын мааниси чоң.

Издөнүүчүнүн жеке салымы

Автордун катышуусу жалпы клиникалык, инструменталдык жана статистикалык изилдөө ыкмаларын пландаштыруунун жана ишке ашыруунун бардык бөлүмдөрүн камтыйт. Алынган маалыматтардын негизинде жыйынтыктар жана тыянактар жасалды. Мындан тышкары, автор ЭжБКУБдун жамааты менен бирге изилдөөгө киргизилген эрозия-жаралар менен жабыркаган жана тамак сиңирүү органдарынын функционалдуу бузулуусу менен жабыркаган 2237 оорулуу баланы көзөмөлдөп, дарылаган. ЭжБКУБдун функционалдык диагностика бөлүмүнүн дарыгерлери жана ЭжБКУБдун лабораториясынын кызматкерлери менен бирге инструменталдык-функционалдык изилдөөлөр жүргүзүлдү.

Диссертациянын жыйынтыктарынын апробацияланышы.

Изилдөөнүн натыйжалары Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун кезектеги клиникалык конференцияларында (Бишкек, 2019, 2020, 2021, 2022), И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясында өткөн Илим күндөрүндө (Бишкек, 2019, 2020, 2021, 2022), КМШ өлкөлөрүнүн педиатрларынын “Заманбап саламаттык сактоонун шарттарында балдардын ден соолугун калыптандыруу” аттуу IX конгрессинде, Тажикстан, Душанбе, 2019, КММИнин Педиатрия кафедрасынын түзүлгөндүгүнүн 80 жылдыгына арналган «Педиатриянын актуалдуу маселелери» аттуу эл аралык илимий-практикалык конференциясында, Бишкек, 2022., «Заманбап шарттарда адамдын ден соолугу: курактык аспекти, медицинадагы жана билим берүүдөгү инновациялар» аттуу эл аралык конференцияда, Бишкек, 2023, «Бала жана коом: Ден соолук, өнүгүү жана тамактануу көйгөйлөрү» аттуу КМШ өлкөлөрүнүн педиатрларынын X юбилейлик конгрессинде, Ысык-Көл облусу, Бостери а., 2023., “Педиатрия муундардын ашталышында” аттуу эл аралык конгрессинде, Бишкек, 2023.

Изилдөөлөрдүн натыйжаларынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу.

Изилдөөнүн натыйжалары 17 басма сөздө жарыяланды, анын ичинен 10 макала Кыргыз Республикасынын Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунушталган басылмаларда, 6 макала РИНЦ системасы боюнча индекстелген чет элдик басылмаларда, 1 макала Scopus системасы боюнча индекстелген чет элдик басылмада жарыяланды.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү.

Диссертация компьютердик тексттин 230 бетинде баяндалат, киришүүдөн, адабияттарга сереп салуудан, материалдар жана изилдөө методдору боюнча бөлүмдөрдөн, жеке изилдөөнүн натыйжалары жөнүндө бөлүмдөн жана аларды талкуулоолордон, корутундулар жана практикалык сунуштардан турат. Иш 44 таблица жана 61 чийме менен иллюстрацияланган. Библиографиялык көрсөткүч 312 булакты камтыйт, анын ичинен 195 орус тилдүү жана 117 чет элдик авторлор.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын кириш сөзүндө изилдөөнүн актуалдуулугу жана аны жүргүзүүнүн зарылдыгынын негиздери, максаты, милдеттери, илимий жаңылыгы, иштин практикалык мааниси жана коргоого сунушталган диссертациянын негизги жоболору көрсөтүлөт.

1-бап. Адабияттарга сереп салуу. Адабияттарды карап чыгуу талаштуу пикирлерге жана кошумча изилдөөнү талап кылган маселелерге басым жасоо менен тема боюнча басылмалардын анализин берет.

2-бап. Материалдар жана изилдөө методдору. Изилдөө 2015-2022-жылдар аралыгында Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун гастроэнтерология бөлүмүнүн базасында жана Ош облустук балдар ооруканасынын гастроэнтерология бөлүмүндө жүргүзүлгөн. Бейтаптар жалпы тандоо алуу ыкмасы менен тандалып алынган. Жалпысынан 2237 бейтап текшерилди, анын ичинен 1643 оорунун тарыхы ретроспективдүү анализден өткөрүлдү.

Берилген милдеттерге жана максаттарга байланыштуу изилдөө методологиясы шарттуу түрдө бир нече этаптарга бөлүнгөн. Биринчи этапта бейтаптар тандалып алынган жана изилдөө үчүн топторго бөлүнгөн. Мында балдарды текшерүү жана дарылоо үчүн ата-энелерден маалыматтык макулдук алынган.

Бейтаптар төмөнкүдөй топторго бөлүндү:

I топ – ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ: 648 бала (100 – келечектүү анализ, 548 – оорунунун тарыхын ретроспективдүү талдоо);

II топ – гастродуоденалдык аймактын ЭЖМЖ (310 – келечектүү анализ, 1095

– ретроспективдүү анализ);

III топ - жоон ичеги ЭЖМЖ (18 бала)

Мындан тышкары, тамак сиңирүү органдарынын функционалдуу бузулуусу бар 166 баладан турган көзөмөл тобу тандалып алынган.

Изилдөөнүн экинчи этабында балдардын тереңдетилген клиникалык, функционалдык жана лабораториялык изилдөөсү жүргүзүлгөн. Балдарды анамнездик изилдөө атайын түзүлгөн карта боюнча жүргүзүлдү, анда социалдык, гигиеналык жана биологиялык мүнөздөгү суроолор, ошондой эле объективдүү текшерүүнүн маалыматтары, кароонун жыйынтыктары, дарылоо жана анын натыйжалары камтылган.

Объективдүү изилдөө жалпы клиникалык жана атайын текшерүүнүн методдорду камтыйт: бейтаптарды изилдөөнүн жалпы клиникалык методдору (кандын жалпы анализи, кандын биохимиялык анализи, зааранын жалпы анализи, копрологиялык изилдөө, жөнөкөй жана глист жумурткаларына заңдын анализи); NIPS, CHEOPS, ВАШ шкалалары боюнча абдоминалдык оорунун синдромун баалоо; колоноскопия; эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия; ич көңдөйүнүн жана бөйрөктүн органдарын ультра үндүү изилдөө; кандын иммуноферменттик анализдөө ыкмасы менен интерлейкиндерди аныктоо; ооз көңдөйүнөн мазок жана заңды сандык методду колдонуу менен бактериологиялык изилдөө; канды иммуноферменттик анализдөө ыкмасы менен паразитоздорду аныктоо; уреазалык дем алуучу Хелик-тести; лактулоза менен водороддук дем алуу тести.

Үчүнчү этапта изилдөөнүн жыйынтыктарынын маалыматтарын статистикалык иштеп чыгуу жана «SPSS» программасынын жардамы менен талдоо жүргүзүлгөн.

3-бап. Жеке изилдөөлөрдүн натыйжалары жана аларды талкуу.

3.1. Кыргыз Республикасында балдардын ашказан-ичеги тутумун эрозия-жаралар менен жабыркашынын структуралык жыштыгы жана клиникалык өзгөчөлүктөрү

Ооз көңдөйү эрозия-жаралар менен жабыркаган 648 бала текшерилди. Бейтаптардын бул тобу 1 топко бөлүнгөн. Бардык балдарга кайталануучу ооз көңдөйүнүн афта диагнозу коюлган (МКБ-10 – K12.0).

Экинчи топко гастродуоденалдык зонасы эрозия-жаралар менен жабыркаган 1405 бала киргизилген. МКБ-10 боюнча ЭЖМЖ гастродуоденалдык зонанын K25.0 – класстарына ашказан жарасы жана K26.0 - он эки эли ичегинин жарасы кирет. Былжыр челдин эрозиялык кемчилиги менен пайда болгон гастрит жана дуоденит МКБ-10 боюнча өзүнчө классификацияланбайт, K25.0, K26.0 класстарына кирет.

1405 гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖ менен балдардын 443үнө

(31,5%) оорунун татаалдаштырылган түрү аныкталган: он эки эли ичегинин берчтенген деформациясы - 27,6%, кан кетүү - 3,6%, он эки эли ичегинин баштыкчасынын дубалы - 11%.

3-топко МКБ-10 боюнча K51 катары классификацияланган жара колити менен ооруган 18 бала кирген.

Балалыктын ар кандай мезгилдериндеги анатомия-физиологиялык айырмачылыктарды эске алуу менен бардык бейтаптар үч курактык топко бөлүндү: эң кичүүсү 0-7 жаш, орто 8-12 жаш жана эң улуусу 13-17 жаш. Контролдук топко (166 адам) функционалдык мүнөздөгү тамак сиңирүү органдарынын ар кандай бузулушу (функционалдык диспепсия) бар балдар кирген, аларда текшерүүдө сезгенүү же деструктивдүү мүнөздөгү оорулар аныкталган эмес.

Изилдөөлөргө ылайык, ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ жаш балдарда көбүрөөк кездешет - 578 (89,2%), ал эми улуу курактагы топтордо стоматиттин айрым учурлары - 18 (2,8%) болгон. Гастродуоденалдык зонасында ЭЖМЖ жыштыгы жаш өйдөлөгөн сайын көбөйөт, бул изилдөөлөр менен тастыкталган – 1045 баланын ичинен 741 бала 13-17 жашта, бул 52,7%ды, 8-12 жаштагы топто – 41,7%ды түзгөн. Кичүү топто ашказан жана он эки эли ичегинин ЭЖМЖ 78 балада (5,6%) байкалган. Үчүнчү топто – ЭЖМЖ негизинен улуураак балдарда – 13 учур, ал 72,2%ды түздү, ал эми 8 жаштан 12 жашка чейинки балдар арасында жаралуу колит 5 учурда – 27,8%ды түздү. Контролдук топто – ашказан-ичеги тутумунун функционалдык бузулушу менен ооруган бейтаптар орто жаштагы топто көбүрөөк кездешет – 50,6%.

Бардык изилдөө топторунда жыныстык курамында олуттуу айырма табылган жок. Ошондо, 1-топто болжол менен балдар жана кыздар бирдей санда болушкан – тиешелүүлүгүнө жараша 323 (49,8%) жана 325 (50,2%). Экинчи топто гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖ балдар бир аз көбүрөөк болгон - кыздарга караганда - 728 (51,8%) - 677 (48,2%). 3-топто 10 кыз (55,5%) жана 8 эркек (44,4%) болгон. Контролдук топто 88 кыз (53,0%), балдарга караганда 6,0%га көп – 78 (47,0%) болгон.

Балдар Эне жана баланы коргоо улуттук борборуна республиканын бардык аймактарынан келишет, бирок негизги бейтаптар Бишкек шаарынын жана Чүй облусунун өкүлдөрү болушат. Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы бар балдардын 1-тобунда Бишкек шаарынан 410 (63,3%), 2-топто – 452 (32,2%) жана 3-топто спецификалык эмес жаралуу колит менен 10 (55,5%) балдар болгон. Клиникага кайрылуу боюнча экинчи орунда Чүй облусунун балдары, 1-топто - 23,0% жана 2-топто 26,0% ал эми 3-топто - 16,6%. Бул көп жагынан, биринчиден, шаардын жана Чүй облусунун тургундары үчүн медициналык мекемелердин жеткиликтүүлүгү менен экинчиден, Кыргыз Республикасынын

калкынын материалдык жана финансылык турмуш деңгээлинин начарлашы менен түшүндүрүлөт. Алыскы райондордон келген ата-энелердин көпчүлүгүнө ооруган балдарды адистештирилген бөлүмдөргө жаткырууга мүмкүнчүлүктүн жоктугу менен түшүндүрүлөт. Буга далил катары балдардын эң азы республиканын эң алыскы Баткен облусунан – 1, 2-топтордо жана көзөмөл тобунда 0,9%, 1,9% жана 0,6% катталганы болду. 1-топто түштүк облустарына караганда түндүк облустарынын (Нарын, Талас, Ысык-Көл) – 2,7% бир аз көбүрөөк өкүлдөрү болгон. Экинчи топтогу түштүк облустарынан келген балдар түндүк облустардан 5,9%га көп. 3-топто Талас жана Баткен облустарынын өкүлдөрү болгон жок. Ал эми республиканын башка аймактарынан 1-2 адам келген. Контролдук топ максаттуу түрдө негизинен Бишкек шаарынын жана Чүй облусунун бейтаптарынан түзүлдү, анткени жакын жердеги балдар үчүн түз амбулатордук байкоо жүргүзүү оңой болду.

Балдардын жашоо аймагы менен ЭЖМЖ таралышынын ортосундагы байланыш изилденген. 1-топто айыл тургундары шаар тургундарына караганда эки эсе аз - 437 (32,6%) жана 211 (67,4%) да болгон. Ал эми экинчи топто айыл тургундарынан 57,4%ын (806), шаар тургундарынан 42,6%ын (599) жаш балдарды түзсө, 3-топто шаар тургундарынын 12 (66,7%), айыл тургундарынын 6 (33,3%) балдарды түзгөн.

ЭЖМЖ балдарды, анын ичинде ооз көңдөйүн изилдөөдө, ашказан-ичеги тутумунун клиникалык симптомдордуна - абдоминалдык оору синдромуна жана диспепсиялык көрүнүштөргө анализи жүргүзүлгөн. Абдоминалдык оору синдромуна (АОС) төмөнкү параметрлер боюнча баалоо жүргүзүлдү: локализация, тамак-аш ичүү менен байланышы, табияты, интенсивдүүлүгү. Ооруну баалоо үчүн жаш курагы боюнча ооруну баалоо шкаласы бир жашка чейинки балдарда оорунун көрсөткүчтөрүн аныктоо үчүн NIPS шкаласы, 1 жаштан 7 жашка чейинки балдардагы оорунун көрсөткүчтөрүн аныктоо үчүн CHEOPS шкаласы жана визуалдык аналогдук шкала 7 жаштан жогору балдардагы оорунун көрсөткүчтөрүн аныктоо үчүн колдонулган.

Ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоосунун клиникалык сүрөттөлүшү

Оозеки көңдөйүнүн өзгөчө рецидивдүү жана өнөкөт формалары бар балдар тиш доктурларынын гана эмес, ошондой эле педиатрлардын, гастроэнтерологдордун жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин изилдөө объектиси болууга тийиш. Бул изилдөө көпчүлүк балдардын ашказан-ичеги тутумунун тиги же бул оорунун белгилери байкалганын фактылар менен тастыктайт.

Эки топто тең (1-топ жана контролдоочу топ) абдоминалдык оорунун эң кеңири таралган локализациясы киндик аймагы болуп саналат жана

1-топтогу жана контролдук топтун 217 балада (33,5%) жана 86 бейтапта (51,8%) байкалган. Бул, негизинен, наристе курактагы балдарга тиешелүү, бул локализация алар үчүн эң мүнөздүү. Ошондой эле балдарда оорунун кеңири таралган локализациясы болуп оң кабырга астындагы аймагы саналат, ал гепат-билиардык тутумунун функционалдык бузулушу бар балдарга көбүрөөк мүнөздүү жана контролдук топтун 83 баласында байкалып, ал 50,0% түзүп, ал эми 1-топтогу балдарда 26 учур (4,0%) катталган. Белгилей кетсек, 1-топтогу 27 баланын ич тарапка жайылган оору (3,2%), ал эми 179 бейтапта (27,6%) абдоминалдык оору синдрому болгон эмес, бирок контролдук топтун балдарында мындай көрүнүштөр байкалган эмес.

1-топтогу балдарда жеңил интенсивдүү оору көбүрөөк - 254 (39,2%) учурда, 176 бейтапта (27,2%) - орточо интенсивдүү оору жана катуу оору 1 балада (0,7%) гана байкалган. Контролдук топтогу 122 бейтапта (80,7%) орточо оору, 28 (16,9%) бейтапта жеңил оору, 4 балада (2,4%) катуу түйүлүп оору түрү катталган.

Диспепсиялык симптомдор 1-топтогу балдардын ичинен эң көп байкалган жүрөк айлануу - 271 (41,8%) жана кусуу - 346 (53,4%), контролдоочу топтун балдарында 156 бейтапта (94,0%) жүрөк айлануу жана 63 балада - 38,0% кусуу симптомдору байкалган.

Заң чыгаруунун өзгөрүшүнө келсек, көзөмөл тобундагы балдарда 68,6%да байкоо жүргүзүлүп, анын ичинен (59,6%) заңы суюк ботко түрүндө болуп, 9,0%да суюк болгон. 1-топто мындай бейтаптар азыраак болгон - 45,7% жана көбүнчө суюк заңы (33,3%) байкалган, ошол эле учурда балдардын 11,6%да заңдын өзгөрүшү, ич катуу түрүндө байкалган, ал эми контролдук топто аныкталган эмес. Бул маалыматтарга карабастан, негизги топтогу балдардын көпчүлүгүндө - 67,0%, ал эми контролдоо тобунда - 19,9%, көбөйгөн же азайган жыштык түрүндөгү регулярдуу эмес заңдоо катталган.

Ашказан-ичеги тумунунун тамак сиңирүү тутумунун эң кеңири таралган жабыркоолору анын ичинде ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ оорусунда өт чыгаруу тутумунун ар кандай функциясынын бузулушу болуп саналат. Объективдүү клиникалык текшерүү учурунда өт баштыкчасынын түздөн-түздүүлүктүрүү симптомдорун баалоо жүргүзүлгөн.

Баштык симптомдору бар бейтаптардын пайыздык көрсөткүчү боюнча, ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ менен ооругандардын 1-тобуна караганда контролдук топто 20,5% аз, ошондой эле симптомдору жок, 20,5% көп болгон. Мындай маалыматтар өт чыгаруу тутумунда функционалдык бузулуулар бар экенин көрсөтүп турат. УЗИде 1-топтогу 320 балада (49,4%) өт жолдорунун дискинезиясынын көрүнүштөрү аныкталды, ал эми

контролдоо тобунда 72 бейтапта (43,4%) өт жолдорунун дискинезиясы аныкталган.

Бардык бейтаптарда паразитозго: заңдагы глист жумурткалары жана жөнөкөйлөр үчүн, ошондой эле эң кеңири таралган инвазиялар үчүн кандын ИФА - лямблиоз, аскаридоз жана токсокарозго изилдөө жүргүзүлгөн.

Эң кеңири таралган паразитоз лямблия инвазиясы болгон жана эки топто тең өзгөчө байкалып, ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы бар балдардын жарымынан көбүндө – 408 (62,9%) учурда, контролдоочу топто 46ында (27,7%) кезиккен. Экинчи орунда таралышы боюнча энтеробиоз 337 (52,0%) жана 37 (22,3%) 1-топто жана контролдук топто болгон. Аскарида менен инвазия сейрек кездешкен, бирок ошого карабастан, алардын саны кыйла жогору болгон – 152 (23,4%) ЭЖМЖ балдарда жана ашказан-ичеги тутумунун функционалдык бузулушу бар балдарда – 28 (16,9%) учурда кездешкен. Токсокароз менен ооругандардын эң аз саны балдарда катталган – биринчи топто 49 (7,6%) жана контролдук топто 0,2% жогору – 13 (7,8%). Комбинацияланган паразитоз, организмде бир убакта бир нече мителердин болушу, ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы бар балдардын төрттөн биринде – 162 (25%) жана башка топто – 34 (20,5%) табылган.

Перспективдүү изилдөөдөн өтүп жаткан балдар ооз көңдөйүнөн мазоктун жана заңдын үлгүсүнүн классикалык сандык ыкмасын колдонуу менен бактериологиялык изилдөөдөн өтүштү. Биринчи топтогу 100 бала, контролдоо тобунан 50 бала текшерилди.

Биринчи топтун бардык балдарында микробиотикалык баланстын айкын өзгөрүүлөрүн көрсөттү, контролдоо тобунда бул өзгөрүүлөр балдардын бир кыйла азыраак пайызына таасир эткен. Негизги өзгөрүүлөр нормалдуу жана олуттуу шарттуу патогендик микрофлоранын сандык өсүшүнү төмөндөшү болгон. Патогендик микрофлора табылган жок. Бифидобактериялар биринчи топтогу балдардын 100%ында ооз көңдөйүндө да, заңынын анализинде да азайган, ал эми контролдоо тобунда ооз көңдөйүндөгү мазокто балдардын 36,0%да, заңда 18% балдардын азайышы байкалган. 1-топтогу балдардын ооз көңдөйүндө лактобактериялардын азайышы 82,0%ды, көзөмөл тобунда - балдардын 4% гана, ичеги-карындарында - 73% жана 52,0%ды түздү. Контролдук топто бифидобактериялардын азайышынын аз пайызы менен лактобактериялардын олуттуу азайышы байкалган. Көзөмөл тобу менен 1-топтун ортосундагы олуттуу өзгөрүүлөр жана олуттуу айырмачылыктар стафилококков өстүрүүдө (*Staphylococcus aureus*, *Staph. epidermidis*, *Staph. saprophyticus*, *Staph. haemolyticus*) жана ачыткы сымал козу карындарда (*Candida*) байкалган. Биринчи топтогу балдарда ооз көңдөйүндө жана заңда стафилококковдун санынын байкаларлык көбөйүүсү байкалган - 72,0% жана

89,0%, ал эми контролдук топтун балдарында стафилококковдун көбөйүшү эки анализде тең 8,0% түзгөн. Болжол менен ушундай эле катыш Candida өлчөмүндө аныкталган: ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ балдарда 88,0% мазоктук анализде, контролдоочу топтун балдарында 8,0% гана аныкталган. Заңдын анализдеринде Candida 1-топтогу балдардын 96,0%да, ал эми контролдоо тобунда 11%ында болгон.

*Гастродуоденалдык зонанын эрозия-жаралуу жаралар менен
жабыркоосунун клиникалык сүрөттөлүшү*

Гастродуоденалдык зонанын эрозия-жаралар менен жабыркоолорунда көбүнчө ичтин оорушуна даттануулар болгон. Эпигастрийде гастродуоденалдык аймактын ЭЖМЖсы бар топтун балдарында оорунун эң кеңири таралган локализациясы байкалган - 1405 баланын 1317синде, бул 93,7%ды түзгөн, ал эми оорунун локализациясы боюнча экинчи орунда пилородуоденалдык аймак - 625 балада болгон (44,5%). Интенсивдүүлүгү боюнча орточо мүнөздөгү оору көбүнчө эки топтун балдарында байкалган - экинчи топтогу 636да (45,3%) жана контролдук топтун 122синде (73,5%) (3.20-сүрөт). Катуу оору гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖ менен ооруган балдарда көбүрөөк кездешкен - 472де (33,6%), ал эми контролдук топтогу балдарда 4 гана учурда (2,4%) жана жеңил интенсивдүү оору 287 балада (21,1%), экинчи топтогу жана 28 балада (16,9%) байкалган.

Гастродуоденалдык аймактын ЭЖМЖсы менен жалпы мүнөздөмөсү менен ооругандардын 31,5%ында оорунун татаал формалары - он эки эли ичегинин берчтенген деформациясы (27,6%), кан агуу (3,6%) жана привратник стенозу (1,1) белгиленген. 253 бейтапта - гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖ татаал формалары менен ооруган балдардын санынын 57,1%, диагноз биринчи жолу аныкталганын белгилей кетүү керек. Алардын ичинен 50 бала кан кетүү менен ооруканага шашылыш абалда жана 203ү он эки эли ичегисинин берчтенген деформациясы менен түшкөн. Ошол эле учурда балдардын кээ бирлери – 145 (32,7%) мезгил-мезгили менен ич ооруп турганын, бирок алар көп тынчсызданууну жаратпагандыгын белгилешкен. Кан кетүү менен ооруган 23 (5,2%) жана он эки эли ичегинин берчтенген деформациясы бар 85 (19,2%) бейтаптарда мурда абдоминалдык оору синдрому такыр байкалган эмес, бирок мындай олуттуу татаалдыктар ашказандын былжыр челинин жана он эки эли ичегисинин сезгенүү-деструктивдүү процесси бар экенин көрсөтүп турат, бирок клиникалык көрүнүштөрү жок эле.

Диспепсиялык симптомдор ар дайым тигил же бул даражада гастродуоденалдык зонанын эрозия-жаралар менен жабыркоосу, ошондой эле тамак сиңирүү системасынын функционалдык бузулуулары менен коштолот. Эки топтун балдарында эң көп таралган диспепсиялык симптом

жүрөк айлануу болгон - ЭЖМЖ бар балдардын тобунда ал 1222 учурда (87,7%) байкалган жана көзөмөл тобунда - 156 балада, бул 94,0% көбүрөөк байкалган. Балдардын үчтөн биринен көбүндө диспепсиялык симптомдор кусуу түрүндө – 2-топто 540 балада (38,4%) жана функциялык бузулуулары бар балдардын тобунда 63 бейтапта (38,0%). Гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖ бар балдар үчүн зарна жана кекирүү сыяктуу симптомдор көбүрөөк мүнөздүү болгон. Заңдын өзгөрүшү контролдук топтогу балдарга көбүрөөк мүнөздүү болуп чыкты жана көбүнчө 99 оорулууда (59,6%) заңы ботко түрүндөгү болгон, 2-топтогу балдарда мындай көрүнүштөр 323 бейтапта (23,0%) катталган. Контролдук топтогу ЭЖМЖ бар балдардын тобундагы 28 балада (2,0%) жана контролдук топтун 15 баласында (9,0%) суюк заң чыгуусу байкалган. Ич катуу эрозия-жаралар менен жабыркаган 44 балада – 3,1%, 18 балада (1,3%) мелена байкалган. Заңдын үзгүлтүктүү болушу 2-топтогу балдарга көбүрөөк мүнөздүү болуп чыкты жана бейтаптардын жарымынан көбүндө – 829 (59,0%), контролдоо тобунда 33 гана бейтапта гана байкалган, бул 19,9%ды түзгөн.

Гастродуоденалдык зонанын эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын тобунда өт баштыкчасынын тике дүүлүктүрүү симптомдорунун болушу контролдук топко караганда көбүрөөк байкалган (36,9% көп). УЗИ изилдөөлөрүндө өт баштыкчасынын симптомдору бар жана жок балдарда өт баштыкчасынын дискинетикалык бузулушунун көрүнүштөрү байкалган. Көбүнчө, УЗИ маалыматтары боюнча, эки топтун гипотоникалык-гипокинетикалык түрү боюнча өт жолдорунун дисфункциясы катталган. ЭЖМЖ бар балдардын тобунда мындай балдар 1052 (74,9%), көзөмөл топто – 59 (81,9%). Гипертониялык-гиперкинетикалык форма 2-топтогу 127 балада (9,0%), контролдук топто 13 балада (18,1%) табылган.

Изилдөө көрсөткөндөй, эки топко тең эң кеңири таралган паразитоз лямблиоз, бирок ЭЖМЖ бар топто бул контролдук топко караганда эки эсе көп катталган. Алсак, 2-топто 789 бейтапта (56,2%), ал эми көзөмөл тобунда 46 балада (27,7%) болгон. Энтеробиоз 667 (47,5 %) ЭЖМЖ бар балдардын тобунда жана 37 (22,3 %) АИТ функционалдык бузулушу менен ооругандардын тобунда катталган. Аскаридоз 2-топтогу 531 (37,8%) бейтапта жана контролдук топтогу 28 (16,9%) балада катталган. Ал эми балдардын эң аз саны токсокароз менен – 155 (11,0%) жана 13 (7,8%) ЭЖМЖ менен ооруган балдардын тобунан жана көзөмөл тобундагы бейтаптарда катталган. Кээ бир балдарда айкалышкан паразитоз болгон жана бул абал гастродуоденалдык зонасы эрозия-жаралар менен жабыркаган балдар үчүн көбүрөөк мүнөздүү болуп чыкты. Бейтаптардын үчтөн бир бөлүгү - 470 (33,4%) бир эле учурда эки же үч паразит болгон. Контролдоо тобунда 34 бейтапта паразиттердин комбинациясы катталган, бул 20,5%ды түзгөн.

Иш жүзүндө ашказан-ичеги тутумунун бардык оорулары дисбиотиктик трансформация кубулуштары менен кездешет. Ооз көңдөйүнүн жана заңынын мазогуна бактериологиялык изилдөө гастродуоденалдык аймактын ЭЖМЖ бар 100 бейтапка жана контролдук топтун 50 бейтапка жүргүзүлгөн.

Ооз көңдөйүнүн жана ичегилердин нормалдуу микрофлорасында эң чоң өзгөрүүлөр лактобактериялардын санына таасир эткен. Алардын ооз көңдөйүнүн гастродуоденалдык зонанын эрозия-жаралар менен жабыркашында 42% жана заң анализдеринде 23% азайышы болгон.

Шарттуу-патогендик микрофлорага келсек, эң олуттуу өзгөрүүлөр ооз көңдөйүнүн жана заңынын стафилококктордун (*Staphylococcus aureus*, *Staph. epidermidis*, *Staph. saprophyticus*, *Staph. haemolyticus*) өстүрүүлөрүндө санынын көбөйүшү менен байкалган - 64% жана 42%, тиешелүүлүгүнө жараша, контролдоо тобунда болсо, 8,0% гана шарттуу-патогендик микрофлоранын көбөйүшүнө дуушар болгон.

Бул ЭЖМЖ бар топто, ошондой эле стафилококктордон аз болсо да, ооз көңдөйүнөн жана заңдан алынган бактериоиддердин олуттуу өсүшү байкалган деп болжолдоого болот - 41,0% жана 48,0%. Ошол эле учурда, контролдоо тобунда бактериоиддердин саны мурунку учурга караганда бир аз жогору болуп чыкты - ооз көңдөйүнүн өстүрүүсүндө 12,0% жана заң өстүрүүсүндө 14,0%. *Candida* саны эки топто тең болжол менен бирдей көбөйдү – ЭЖМЖ бар ооз көңдөйүндө - топто 21,0% жана функционалдык АИТ оорулары бар топто 16,0%, заң өстүрүүлөрүндө - тиешелүүлүгүнө жараша 21,0% жана 22,0%.

Өстүрүүлөрдө башка микроорганизмдер тарабынан олуттуу өзгөрүүлөр болгон эмес. Бул өзгөрүүлөр ашказан-ичеги тутумунун сезгенүү жана функционалдуу бузулууларында тамак сиңирүү тутумунун бузулушун көрсөтүп турат.

Жоон ичегинин эрозия-жаралар менен жабыркашынын клиникалык сүрөттөлүшү

Жаралуу колит (ЖК) менен ооруган бардык балдар локализациясы, интенсивдүүлүгү жана мүнөзү боюнча ар түрдүү болгон абдоминалдык оору синдрому байкалган. Оорунун локализациясы негизинен ЖК менен ооруган балдарда жоон ичеги боюнча басымдуулук кылган – 12 (66,7%), ал эми 6 балада оору негизинен киндиктин тегерегинде (33,3%) байкалган. Мындан тышкары, жаралуу колит менен ооруган кээ бир бейтаптар эпигастрийде жана пилородуоденалдык аймакта мезгил-мезгили менен ооруган.

ЖК оору синдромунун мүнөзү боюнча, негизинен, тенезм менен байланышкан кыска мөөнөттүү, приступ түрүндөгү оорулар байкалган. 3-топтогу балдардын көпчүлүгү - 15 (83,3%) ушул оору менен ооруган, ал эми

функционалдык бузулуулар менен 98 (59,0%) бейтаптар болгон. Контролдук топтогу 68 (41,0%) балада, 3-топтогу 3 (13,7%) бейтаптарда узакка созулган, сыздаткан оорулар байкалган.

Оору синдромунун интенсивдүүлүгү боюнча эки топто тең орточо мүнөздөгү, жанды кыйнабаган оору 3-топто - 10 бейтапта (55,5%), контролдук топто - 122 (80,7%) балада басымдуулук кылган. 3-топтогу 6 бейтапта катуу оору байкалган, ал 33,3%ды түздү, ал эми контролдоо тобунда мындай бейтаптардан 4 гана бейтап (2,4%) болгон.

Оорунун агымы боюнча диспепсия балдардын заңынын бузулушунан ачык байкалган, 16 балада (88,9%), 2 гана оорулууда суюк ботко түрүндөгү заң (11,1%) болгон. Ал эми бардык бейтаптардын 100% кан агууга дуушар болгон. 10 балада (55,5%) заңдын чыгышы күнүнө 10 жолудан ашык, 6 оорулууда (33,3%) күнүнө 6-10 жолу, 2 балада (11,1%) гана 3-5 жолудан көп болгон.

ЖК менен ооруган балдарда башка диспепсиялык көрүнүштөр функционалдуу бузулушу бар балдарга караганда алда канча аз байкалган. Көбүнчө, балдар жүрөк айланууга даттанышкан - 22,2%, ал эми контролдук топтогу балдарда жүрөк айлануу 94,0% учурларда байкалган.

Бейтаптардын басымдуу бөлүгүндө өт баштыкчасынын дүүлүктүрүү, түздөн-түз, кыйыр, же вегетативдик нерв системасынын ирритация симптомдору болгон – 13 бала (72,2%), контроль тобунда мындай балдар пайыздык эсеп менен алганда кыйла аз болгонуна карабастан – 23,5% көрсөткөн.

Бардык балдар паразиттик инвазияларга текшерилди. Көрсө, лямблия көбүнчө жаралуу колит менен ооруган балдарда кездешет - 8 бала (44,4%), ал эми көзөмөл тобунда мындай балдардын 27,7%ы бар. Ал эми экинчи орунда көп кезигүүчү ЖК менен ооруган балдарда мите курттар (паразитоздор) - 6 балада (33,3%) айкалышы болгон.

Жаралуу колитте нормалдуу микрофлорада олуттуу өзгөрүүлөр болуп, ооз көңдөйүнүн мазкасынын анализдеринен бифидобактериялардын жана лактобактериялардын кескин азайышы байкалган, тиешелүү түрдө оорулуулардын 88,9% жана 77,3%ында, ал эми балдардын 94,4% жана 77,3%ында заңы текшерилген.

Контролдук топко салыштырмалуу шарттуу-патогендик микрофлорада да олуттуу өзгөрүүлөр болгон. Алсак, жаралуу колит менен ооруган балдардын 88,8% ичеги таякчалары, 72,2% бактериоиддер, 66,7% клостридия, 83,3% стафилококк жана 77,3% кандида заңдын анализдердин көбөйүшү катталган. Ошондой эле, балдардын ооз көңдөйүнүн мазкаларында стафилококктун 55,5% жана кандида 55,6% көбөйүшү байкалган.

Ашказан-ичеги тутумунун дисбиозу – жоон ичегинин былжыр челинде

сезгенүү жана дегенеративдик кубулуштардын өнүгүшү менен байланышкан жаралуу колит менен коштолгон синдромдордун бири. Бул жагдай ЖК менен ооруган балдарга дарылоону дайындоодо эске алынышы керек.

Балдарда *Helicobacter pylori* - ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы бар балдарда 6,3%, ГД ЭЖПсы - 66,0%, ичегилердин ЭЖМЖсы - 33,3% текшерилди.

3.2. Ар кандай курактагы балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун калыптанышынын патогенетикалык өзгөчөлүктөрү

Ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун өнүгүшүнүн патогенетикалык механизмдерин изилдөө үчүн бардык изилдөө топторунун балдарында цитокиндик профилди жана ашыкча бактериялык өсүү синдромуна изилдөө жүргүзүлгөн.

Ооз көңдөйү эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын цитокин профилинин өзгөчөлүктөрү

Ооз көңдөйү эрозия-жаралар менен жабыркаган тайпадан 68 бала жана ашказан-ичеги тутумунун функционалдуу бузулуусу бар контролдук топтон 50 бала изилденген. Цитокиндердин профилин изилдөө үчүн кандын сары суусунда (сыворотки) сезгенүүгө каршы интерлейкиндердин тобу - IL 1, IL 6 жана сезгенүүгө каршы интерлейкиндер - IL 4 изилденген.

Изилдөөнүн натыйжаларын талдоодо, орточо статистикалык көрсөткүчтөрдү тандап алууда, биринчи топтогу балдарда ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолордон дарылоонун алдында цитокиндердин бардык топтордо көбөйүшү байкалган, ал эми контролдук топто бардык көрсөткүчтөр нормалдуу чектерде болгон.

IL 1 көрсөткүчү 11,0 пг/мл чейин нормалдуу болгондо, биринчи топто $12,03 \pm 0,57$ пг/мл ($p < 0,001$) көбөйгөн, ал эми IL 6 көрсөткүчү нормалдуу болгондо олуттуу жогорулашы байкалган. IL 10,0 пг/мл чейин көрсөткүч $14,93 \pm 0,38$ ($p < 0,001$) түзгөн. IL 4 индикатору сезгенүүгө каршы жана аз жогорулашы организмдин иммундук реактивдүүлүгүнүн төмөндүгүн көрсөтүп турат, 4,0 пг/мл чейин нормада $4,06 \pm 0,11$ пг/мл чейин жогорулашы байкалган ($p < 0,001$).

Оорунун баштапкы стадиясында дарылоону баштабаган балдарда айкын сезгенүү реакциясы байкалган, ал клиникалык симптомдордон тышкары цитокин профилинин өзгөрүшү менен жооп берген. Ошол эле учурда ашказан-ичеги тутумунун функционалдуу бузулуусу бар балдардын контролдук тобунда интерлейкиндердин, сезгенүүгө жана сезгенүүгө каршы да өзгөрүүсү байкалган эмес - бардык көрсөткүчтөр нормалдуу чектерде болгон ($p < 0,001$).

Биринчи группада интерлейкиндер дарылоодон кийин изилденген. Сезгенүүгө каршы интерлейкиндер IL 4 ($3,29 \pm 0,08$ пг/мл) жана сезгенүүгө

каршы IL 1 ($8,11 \pm 0,24$ пг/мл) нормалдуу чектерде болгон, бул дарылоонун натыйжалуулугун көрсөтө алат, бирок IL 6 10.76 ± 0.21 pg / мл жогорку статистикалык мааниси менен нормадан бир аз жогору болгон - $p < 0.001$. Бул изилдөөдө IL 6 ооз көңдөйүнүн былжыр челиндеги сезгенүү реакциясынын сезгич маркери болуп чыкты.

Бул факт ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолордун рецидивдерин алдын алуу жана дарылоонун натыйжалуулугун далили үчүн прогностикалык мааниге ээ болушу мүмкүн. Когорт маалыматы боюнча сезгенүүгө каршы цитокиндердин жогорку деңгээли бар бейтаптардын IL 6 учурунда дарылоону жана калыбына келтирүү иш-чараларын улантуу сунушталды.

Гастродуоденалдык зонасы эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын цитокин профилинин өзгөчөлүктөрү

Цитокиндердин профилин аныктоо үчүн ашказандын жана он эки эли ичегиси эрозия-жаралар менен жабыркаган топтун 167 бала жана салыштыруу тобунда тамак сиңирүү системасынын функционалдуу бузулуусу бар 50 бала изилденген.

IL 1 орточо маанилери (норма 11 пг/мл чейин) дарылоо алдында $14,14 \pm 0,55$ пг/мл чегинде болгон ($P^* < 0,001$), IL 4 (норма 4,0 пг/мл чейин) - $6,15 \pm 0,31$ pg/ml ($P^* < 0,001$), IL 6 (норма 10,0 pg/ml чейин) - $14,69 \pm 0,38$ pg/ml ($P^* < 0,001$) жана TNF α (норма 6,0 pg/ml чейин) мл) $8,95$ ичинде $\pm 0,31$ пг/мл ($P^* < 0,001$).

Оорунун баштапкы стадиясында дарылоону баштабаган балдарда айкын сезгенүү реакциясы байкалган, ал клиникалык симптомдордон тышкары цитокин профилинин өзгөрүшү менен жооп берген. Ашказан-ичеги тутумунун функционалдуу бузулушу бар балдардын контролдук тобунда сезгенген жана сезгенүүгө каршы да интерлейкиндерде эч кандай өзгөрүүлөр болгон эмес. Мындан тышкары, дарылоонун натыйжалуулугун изилдөө үчүн негизги топтун балдарында цитокин профилиндеги өзгөрүүлөрдү сандык салыштыруу дарылоого чейин жана андан кийин жүргүзүлгөн. Сезгенүү процессине эң олуттуу жооп бейтаптардын 92,2%да интерлейкидин көбөйүшү болгон, бирок ошол эле учурда бул көрсөткүч дарылоодон кийин эң жогорку болгон - 37,1% ($P^{***} > 0,05$). Изилдөөгө ылайык, дарылоодон кийин, ЭЖМЖ менен ооруган бейтаптардын үчтөн бир бөлүгүндө башка сезгенүүгө каршы интерлейкиндер да нормадан жогору болгон: IL1 - 45 бейтапта (26,9%) жана ФНО - 56 балада (33,5%) ($P^{***} > 0,05$). Бирок ушуну менен бирге организмдин сезгенүү реакциясынын өнүгүшүн чектеген IL4 61 (36,5%) балада жогорулаганы аныкталган, бул жакшы иммундук реактивдүүлүктүн көрсөткүчү ($P^{***} > 0,05$). Бул изилдөө бейтаптардын үчтөн бир бөлүгүндө дарылоо натыйжасыз болгонун жана процесстин өнөкөткө

өтүшүн жокко чыгаруу жана рецидивдердин алдын алуу үчүн улантуу керектигин көрсөттү.

Жоон ичегиси эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын цитокин профилинин өзгөчөлүктөрү

Цитокиндердин профилин аныктоо үчүн жоон ичегиси эрозия-жаралар менен жабыркаган 18 бала жана салыштыруу тобунда тамак сиңирүү тутумунун функционалдуу бузулуусу бар 50 бала изилденген.

IL 1 орточо көрсөткүчтөрү (норма 11 пг/мл чейин) дарылоо алдында $15,60 \pm 0,59$ пг/мл ($P^* < 0,001$), IL 4 (норма 4,0 пг/мл чейин) - $8,22 \pm 0,26$ пг/мл ($P^* < 0,001$), IL 6 (норма 10,0 пг/мл чейин) - $15,01 \pm 0,41$ пг/мл ($P^* < 0,001$) жана TNF α (норма 6,0 пг/мл чейин) $9,45 \pm 0,26$ пг/мл ($P^* < 0,001$) чегинде болгон.

Натыйжалардан көрүнүп тургандай, дарылоону баштабаган балдарда оорунун баштапкы этабындагы айкын сезгенүү реакциясы байкалган, ал клиникалык симптомдордон тышкары цитокин профилинин өзгөрүшү менен жооп берген. Ошол эле учурда ашказан-ичеги тутумунун функционалдык бузулушу бар балдардын контролдук тобунда сезгенүү жана сезгенүүгө каршы да интерлейкиндерде эч кандай өзгөрүүлөр болгон эмес.

Ашказан-ичеги тутумдары эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын башка топторундагыдай эле, жаралуу колит менен ооруган балдардын тобунда дарылоодон кийин цитокиндердин профили изилденген. Дарылоого чейин жогору болгон ($P^* < 0,001$) интерлейкиндердин, дарылоодон кийин интерлейкиндердин бардык орточо төмөндөшү байкалган. Бирок, сандык талдоо жүргүзүүдө, дарылоого чейинки IL6 деңгээли балдардын эң көп санында – 94,4%, IL1 экинчи орунда – 89,9% бейтаптарда, ал эми эң аз TNF α – 73,3% балдарда табылганы аныкталган. Жаралуу колит менен ооруган балдарды дарылоо үзгүлтүксүз жүргүзүлөт, заңдагы оору жана кан кетүү жана оору синдромдору жоголгондон кийин, алар негизги күч-кубаттоо терапиясына которулат. Бул мезгилдин ичинде шарттуу түрдө "дарылоодон кийин" цитокин профили үчүн контролдук анализдер кабыл алынган. Ал эми дарылоодон кийин сезгенүүгө каршы интерлейкиндердин арасында, IL6 деңгээли да балдардын эң көп санында - 39,9%, TNF α экинчи орунда болгон - бейтаптардын 33,3% ($P^{***} > 0,05$) нормадан жогору болгон.

IL4 сезгенүүгө каршы интерлейкиндердин азайышы балдардын эң аз санында байкалган – ЖК менен ооругандардын 55,6%ында нормалдуу чектерде болгон, бирок балдардын 22,2%ында бул көрсөткүч дарылоого чейин нормалдуу болгон. Дарылоо учурунда IL4 балдардын дагы 44,4%да жогору болуп чыкты, бул ооруга жакшы иммундук жоопту көрсөткөн ($P^{***} > 0,05$). Мындай изилдөөнүн маалыматтары дарылоодо, атап айтканда, негизги терапияда ондоолорду киргизүү зарыл экендигин көрсөттү, бул оорунун татаалдашуу формаларынын эрте өнүгүшүнө жол бербейт.

Ошентип, дарылоонун натыйжалуулугун кененирээк салыштыруу үчүн тамак сиңирүү тутуму эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарда интерлейкин профилинин өзгөрүшүн дарылоого чейин жана андан кийин сандык салыштыруу жүргүзүлгөн. ЭЖМЖ менен ооруган балдардын бардык топторунда дарылоодон кийин кээ бир интерлейкиндер дарылоодон кийин жогору бойдон калганы аныкталган.

Дарылоодон кийинки эң жогорку көрсөткүчтөр сезгенүүгө каршы интерлейкин-6 анализинде аныкталган - балдардын 37,1% жана сезгенүүгө каршы интерлейкин-4 - ЭЖМЖ менен ооругандардын 36,5%. Бул факт оорунун кайталанышын жана өнөкөткө айланышын алдын алуу боюнча дарылоо чараларын улантуу үчүн прогностикалык маркер болгон.

Ашказан-ичеги тутуму эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын ичке ичегилеринде ашыкча бактериялык өсүү синдрому

Тамак сиңирүү тутумунун оорулары, ичегинин былжыр челинин түзүмүндөгү өзгөрүүлөрдөн улам жергиликтүү иммунитеттин бузулушунан микробиотанын сандык жана сапаттык курамынын дисбиотикалык бузулушуна алып келет. Ошол эле учурда тамак сиңирүү органдарынын оорулары ичеги дисбиозуна, адаптациялоочу жана иммунологиялык коргонуу механизмдеринин бузулушуна алып келет, ошентип, катаал чөйрөнүн пайда болушуна өбөлгө түзөт, бул кийинчерээк оорулардын кайталанышына жана өнөкөттөнгөн татаал формаларына жол ачат.

Ичке ичегидеги ашыкча бактериялык өсүү синдромуна (АБӨС) болушун изилдөө үчүн гастроэнтерология бөлүмү диагностикалык методду киргизди. Ал Gastro+Gastrolizer дем анализаторунун (Улуу Британия) жардамы менен лактулоза тести менен жүргүзүлгөн, лактулозаны ичкенге чейин жана андан кийин дем чыгарган абада суутектин көлөмүн аныктайт.

Изилдөө көрсөткөндөй, ашыкча бактериялык өсүү синдрому менен ооруган балдардын эң көп саны үчүнчү топтогу балдарда – 61,1%, андан кийин ооз көңдөйү эрозия-жаралар менен жабыркаган биринчи топтогу балдарда – 45,0% АБӨС жана гастродуоденалдык аймагы ЭЖМЖ балдардын 30,0%ы аныкталган.

Бул факт тамак сиңирүү тутумунун оорулары ичеги дисбиозуна, адаптациялоочу жана иммунологиялык коргонуу механизмдеринин бузулушуна алып келерин көрсөтүп турат, ошентип, катаал чөйрөнүн пайда болушуна өбөлгө түзөт, бул кийинчерээк оорулардын татаал формаларынын өнүгүшүнө, алардын кайталанышына жана өнөкөткө айланып кетишине алып келет.

3.3. Балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардагы тобокелдик факторлору

Изилдөөнүн кийинки этабында ашказан-ичеги тутумунун эрозия-

жаралар ооруларынын пайда болушу үчүн тобокелдик факторлоруна талдоо жүргүзүлгөн. Төмөнкү позициялар изилденген: кош бойлуулуктун жана төрөттүн жүрүшү, жаңы төрөлгөн мезгилдеги патологиясы, 1 жашка чейинки ашказан-ичеги тутумунун патологиясы, эмчектеги баланы эрте тамактандыруу, тамактануу режими, тамактануунун сапаты, тукум куучулук факторлор, башынан кечирген оорулар, көп сандагы дарыларды кабыл алуу. Тобокелдик факторлорун изилдөөнүн негизинде статистикалык иштетүү жүргүзүлүп, алардын даражалык мааниси аныкталган. Төмөнкү көрсөткүчтөр эсептелди: сезгичтик (Se), өзгөчөлүк (Sp), маалыматтуулугу (J), оң болжолдоочу маани (PPV), терс болжолдоочу маани (NPV) жана мүмкүндүк катышы (OR).

Балдардын тобокелдик факторлорунун даражалык маанисин баалоодо биринчи группа 1 жашка чейинки АИТ (OR=324,927, PPV=92%, $p<0,05$) патологиясы биринчи орунду ээлей турганын аныктады. Кийинки даражадагы мааниде (OR маанисинин азаюу тартибинде) андан кийин неонаталдык патология (OR=67,992, PPV=91%, $p<0,05$), начар тамактануу сапаты (OR=47,861, PPV=94%, $p<0,05$), туугандарда АИТ оорулары (OR=19,636, PPV=91%, $p<0,05$), тамактануу режими (OR=4,644, PPV=89%, $p<0,05$), тамактандыруу (OR=3,597, PPV=88%, $p<0,05$) жана кош бойлуулуктун жүрүшү (OR=1,751, PPV=86%, $p<0,05$).

Экинчи группадагы балдардын тобокелдик факторлорунун даражалуу маанисин баалоодо, биринчи орунду 1 жашка чейинки АИТ (OR=2833,527, PPV=96%, $p<0,05$) оорулары ээлей тургандыгы аныкталган. Андан кийинки даражалуу мааниде (OR маанисинин азаюу тартибинде) тамактануу сапатынын бузулушу (OR=1310,936, PPV=98%, $p<0,05$), тамактануу режиминин бузулушу (OR=6,027, PPV=95%, $p<0,05$), туугандарда АИТ оорулары (OR=4,815, PPV=94%, $p<0,05$), кош бойлуулуктун жүрүшү (OR=3,203, PPV=95%, $p<0,05$), жаңы төрөлгөн баланын патологиясы (OR=2,323, PPV=93%, $p<0,05$) жана тамактандыруу (OR=1,710, PPV=92%, $p<0,05$).

Жаралуу колит менен ооруган балдардын тобундагы тобокелдик факторлорунун даражалык маанисин баалоодо 1 жашка чейинки АИТ оорулары (OR=3157,854, PPV=96%, $p<0,05$) эң олуттуу тобокелдик фактору экендиги аныкталган. Кийинки даражадагы мааниде (OR маанисинин азаюу тартибинде) начар тамактануу сапаты (OR=35,381, PPV=94%, $p<0,05$) жана туугандарда АИТ оорулары (OR=19,636, PPV=91%, $p<0,05$).

Ошентип, изилдөөнүн маалыматтарын талдоосу көрсөткөндөй, балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун пайда болушунун негизги тобокелдик факторлору перинаталдык, алиментардык, генетикалык жана социалдык себептердин

айкалышы болуп саналат. Андан ары илимий иштеп чыгууларда клиникалык көрүнүштүн өзгөчөлүктөрүн изилдөөдө, саламаттыкты сактоонун бардык деңгээлдеринде оорулуулардын бул категориясын башкаруу алгоритмин түзүү үчүн минималдуу инвазивдүү жеткиликтүү изилдөө методдорун издөөгө багытталышы керек, бул оорунун жана рецидивдердин деңгээлин төмөндөтөт.

3.4. Балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркашынын рецидивдерин жана натыйжаларын болжолдоо

Оорунун андан аркы жүрүшүн болжолдоо изилдөөсү үчүн тобокелдик факторлорун талдоодон тышкары, мурда изилденген оорунун параметрлеринин – *Helicobacter pylori*, БАӨС жана интерлейкиндердин болушуна корреляциялык анализ жүргүзүлгөн.

Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы бар балдарда корреляциялык анализдин өзгөчөлүктөрү

БАӨС перспективдүү изилдөөсүнө дуушар болгон 100 баладан турган биринчи группадагы 45 бала аныкталган жана 68 балада цитокин профили аныкталган. Бул 68 баланын ичинен 32 балада ичке ичегидеги бактериялык ашыкча өсүү синдрому аныкталган.

Маңызы нормадан жогору болгон цитокин профилинин көрсөткүчтөрүн дарылоого чейин жана адарылоодон кийин ооз көңдөйүндө ЭЖМЖ бар балдарда бактериялык ашыкча өсүү синдрому менен бирге изилденген.

БАӨС менен ооруган балдарда ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ бар балдарда 32 учур аныкталган, алардын ичинен IL 1 дарылоого чейин нормадан жогору көрсөткүчтөрдө 11 балада (34,4%), IL 4 – 14 бейтапта (43,8%) жана IL 6 – 31 оорулууда аныкталган, бул 96,9%ды түзгөн ($p^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийи). БАӨС диагнозу коюлган балдарды дарылоодон кийин интерлейкиндер 28 бейтапта нормадан жогору болгон: IL 1 - 1 гана балада (3,1%), IL 4 - 3 балада (9,4%) жана дарылоодон кийин IL 6 – 24 (72,0%) бейтаптардын эң көп саны көбөйгөн.

Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ бар 36 балада БАӨС аныкталган эмес, ал эми дарылоого чейин цитокиндер нормадан жогору болгон бейтаптардын бул когортунда: IL 1 жана 4 – 14 бала (38,9%) жана IL 6 – 34 балада, бул 94,4% ды түзгөн ($p^{***}>0,05$, * * * Хи-квадрат Пирсон критерийи). Дарылоодон кийин БАӨС жок балдарда нормадан жогору интерлейкиндер 1 балада байкалган – IL 1 (2,8%), ал эми 1 балада IL 4 (2,8%) нормадан жогору болгон. БАӨС бар балдардагыдай эле, ал жок болгон учурда интерлейкиндер 6 жогорулашы балдардын эң көп санында – 24тө аныкталган, бул 72,0%ды ($P^{***}>0,05$) түзгөн.

Ошентип, бул анализде көрүнүп тургандай ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы

бар балдарда ичке ичегидеги бактериялык ашыкча өсүү синдрому болушу өзгөчө цитокин профилинин чоңойушуна таасир этпейт. БАӨС бар жана жок балдарда, дарылоодон мурун жана андан кийин, сезгенүүгө каршы жана сезгенүүгө интерлейкиндердин деңгээли бири-биринен бир аз айырмаланган маанилердин чегинде болгон. Бирок, ичеги микрофлорасындагы дисбиотикалык өзгөрүүлөргө карабастан, көптөгөн балдарда дарылоодон кийин сезгенүүгө каршы интерлейкин 6 жогору бойдон калганын белгилей кетүү керек. Бул факт дарылоонун натыйжалуу белгиси катары кызмат кылат жана келечекте рецидивдерди жана оорунун өнөкөт жүрүшүн болтурбоо үчүн дарылоо жана реабилитациялык иш-чараларды улантуу үчүн сигнал катары кызмат кылат. 6

Ооз көңдөйү эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарды изилдөөдө *Helicobacter pylori* бар болушу менен интерлейкин профилинин маанисинин ортосундагы байланыш изилденген. *Helicobacter pylori*, 68 баланын ичинен 38и оң, 30у терс болгон.

Helicobacter pylori (+) изилдөөлөргө ылайык, ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы менен ооруган балдардын дарылануусуна чейин IL 1 нормадан жогору болгон 15 текшерилген балада (39,5%), ошондой эле IL 4 15 бейтапта (39,5%) жогору болгон, ал эми IL 6 38 баланын 37си жогору болгон, бул 97,4% түзгөн ($P^{***}>0,05$, * * * Хи-квадрат Пирсон критерийи). Дарылангандан кийин IL1 балада (2,6%), IL 4 балада 3 (7,9%) жана IL 6 38 баланын 29унда (76,3%) жогору бойдон ($P^{***}>0,05$) калган.

Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖсы менен *Helicobacter pylori* (-) менен ооруган балдарда дарылоонун алдында IL 1 көрсөткүчү 10 балада (33,3%), IL 4 балада 13дө (43,3%) жана IL 6 6 – 30 баланын 28инде (93,3%) нормадан жогору болгон. ($P^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийи). Дарылангандан кийин IL 1 1 балада (3,3%), ошондой эле IL 4, дагы эле жогору болуп чыкты. Бейтаптардын эң олуттуу саны ($P^{***}>0,05$) дарылоодон кийин 6 – 23 (76,7%) жогору болгон.

Ошентип, *Helicobacter pylori*, ошондой эле БАӨС болушу же жок болушу иммундук статустун көрүнүштөрүнө, атап айтканда, цитокиндик профилге эч кандай өзгөчө байланышы жок, анткени сезгенүүнүн көрсөткүчтөрү бири-биринен анчалык деле айырмаланбайт.

Бактериялык ашыкча өсүү синдрому менен *Helicobacter pylori* ортосундагы байланышты изилдөөдө БАӨС менен ооруган 45 баланын ичинен 23 бейтапта (57,8%) *Helicobacter pylori* оң, 19 балада (42,2%) терс болуп чыкканы ($P^*>0,05$) аныкталган.

Бул факт дарылоону коррекциялоо үчүн маанилүү, антибактериалдык терапия жана пробиотикалык препараттарды дайындоо зарыл.

Гастродуоденалдык зонасы ЭЖМЖ балдардын корреляциялык анализинин өзгөчөлүктөрү

Ашказан жана он эки эли ичегиси эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарда интерлейкиндер менен ичке ичегидеги бактериялардын ашыкча көбөйүү синдромунун ортосундагы байланышка талдоо жүргүзүлгөн. Балдардын проспективдүү группасынан 100 бала текшерилип, анын ичинен 30 бейтаптан БАӨС чыккан.

Интерлейкин 6 дарылоого чейин жалпы 30 бейтаптын ичинен БАӨС (+) менен ооруган балдардын – 25 (83,3%) эң көп санында аныкталган. IL 1 нормадан жогору дарылоого чейин 11 бейтапта (36,7%), IL 4 – 14тө (46,7%) жана TNF α 18 балада (60,0%) ($p^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийи) аныкталган. БАӨС менен ооругандарды дарылоодон кийин интерлейкиндер гастродуоденалдык зонасы ЭЖМЖсы менен ооругандардын олуттуу санында нормадан жогору бойдон калган - 17ден 23 балага чейин (20,0%дан 23,4%ке чейин). Башкача айтканда, БАӨС (+) менен ооруган бейтаптардын бардык группалардын дарылоосунан кийин интерлейкиндердин орточо мааниси нормалдуу чектерде болгонуна карабастан, деталдуу талдоодон кийин бейтаптардын дээрлик төрттөн биринде нормадан жогору сакталып калганы белгилүү болду, бул ЭЖМЖ ($P^{***}>0,05$) сезгенүү реакциясынын туруктуулугун билдирген.

БАӨС (-) менен ооруган балдардын интерлейкиндик көрсөткүчү БАӨС (+) караганда көбүрөөк бейтаптарда нормадан жогору болгон. Ошентип, жалпы IL 1 БАӨС (+) группасына караганда БАӨС (-) менен топтогу балдардын көрсөткүчү 11,9% га жогору болгон, IL 4 – 9,0% га, IL 6 – 5,3% га, ал эми TNF α БАӨС (+) жана БАӨС (-) ($P^{***}>0,05$) менен бирдей пайызды түздү. Окшош жагдайы дарылоодон кийин көрсөткүчтөрдүн арасында табылган - бейтаптардын болжол менен үчтөн биринде, 24,3%21дан 32,8%га чейин, интерлейкиндердин көрсөткүчтөрү ($P^{***}>0,05$) нормадан жогору болгон.

Ошентип, гастродуоденалдык зонасы ЭЖМЖ балдардын группасында БАӨС менен так корреляциялык байланыш байкалбай, ичке ичегиде дисбиотикалык өзгөрүүлөр болбогондо, интерлейкиндин нормадан жогору көрсөткүчтөрү БАӨС караганда көп балдарда байкалган. Башкача айтканда, БАӨС бар же жок болушу иммундук статустун көрүнүштөрүндө, атап айтканда цитокин профили өзгөчө мааниге ээ эмес, анткени сезгенүүнүн көрсөткүчтөрү бири-биринен анча деле айырмачылыкка ээ эмес. Мындан тышкары, дарылоодон кийин бейтаптардын дээрлик үчтөн бир бөлүгүндө сезгенүүгө каршы жана сезгенүүгө интерлейкиндердин активдүүлүгү сакталып калган, бул дарылоонун натыйжасыздыгынын көрсөткүчү болуп саналат жана сезгенүү процессинин рецидивинин жана өнөкөтүнүн

прогностикалык белгиси катары кызмат кылат. Ошондой эле, бул маалыматтардын негизинде ашказан жана он эки эли ичегинин ЭЖМЖ учурунда пайда болгон дисбиоз кубулуштары АИТ былжырлуу челинин сезгенүүсүн токтоткон компенсациялык механизм болгон деп болжолдоого болот.

Кийинки этап *Helicobacter pylori* менен балдардын гастродуоденалдык зонасында ЭЖМЖ интерлейкиндеринин ортосундагы байланышты изилдөө болду. Цитокиндик профиль боюнча текшерилген 168 баланын ичинен 125 (74,4%) бейтапта *Helicobacter pylori* табылган.

Гастродуоденалдык зонада ЭЖМЖсы бар балдарда нормадан жогору көрсөткүчтөрдү изилдөөдө (12-сүрөт), балдардын жарымынан көбүндө дарылоого чейинки көрсөткүчтөр нормадан жогору болгон - 64 баладан (51,2%) *Helicobacter pylori* (+) менен – IL 1ден 115ке чейин (92,0%) бейтаптар - IL 6. Когорттук тобу 125 адамды түзгөн. Дарылоодон кийин *Helicobacter pylori* (+) менен гастродуоденалдык зонанын ЭЖМЖдеги интерлейкиндердин жогорку көрсөткүчтөрү IL 1 34 балада (27,2%) бир топ олуттуу болуп, IL 4 46да (36,8%), IL 6да 47 (37,6%) жогору бойдон калган жана 43 балада TNF α , 34,4% ($p^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийин) түздү. Ал эми сезгенүүгө каршы IL 4 жооп дененин жакшы иммундук реактивдүүлүгүнүн көрсөткүчү катары кабыл алынышы мүмкүн болсо, анда сезгенүүгө каршы интерейкиндердин жогорку маанилери дарылоо ийгиликсиздиктин көрсөткүчү катары кабыл алынган.

Дарылоодон кийин, *Helicobacter pylori* (-) жана - 26,2%дан 35,7%га чейин ($P^{***}>0,05$) жогорку интерлейкиндери бар балдардын саны да олуттуу болгон. Гастродуоденалдык аймактын эрозиялуу жана жаралуу жабыркоолорунда *Helicobacter pylori* менен бактериялык өсүү синдромунун жыштыгын изилдөөдө БАӨС позитивдүү *Helicobacter pylori* - балдардын 56,7%ында ($P^{*}>0,05$) балдарда көбүрөөк кездешет.

Жоон ичегинин ЭЖМЖ бар балдарда корреляциялык анализдин өзгөчөлүктөрү

Мурдагы группадагыдай эле, жоон ичегинин эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарда интерлейкиндер менен ичке ичегидеги бактериялык ашыкча өсүү синдромунун ортосундагы байланышка талдоо жүргүзүлгөн. Жаралуу колит менен ооруган 18 бала текшерилип, анын ичинен 11 бейтапка БАӨС диагнозу коюлган.

Дарылоого чейин интерлейкиндердин кыйла жогорку көрсөткүчтөрү БАӨС менен ооруган балдарда IL 4 аныктоодо – 9 балада (81,8%), андан кийин IL 6 – 8де (72,7%), андан кийин IL 4 - жаралуу колит менен ооругандардын 54,5%ында жана TNF α – бардыгы 3 гана балада болгон, бул 27,3% ды ($p^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийин) түзгөн. БАӨС

менен ооругандарды дарылоодон кийин, жоон ичегинин ЭЖМЖ менен ооруган кээ бир бейтаптарда - 27,3% дан 36,4% га чейин интерлейкиндер нормадан жогору бойдон калган. Башкача айтканда, бейтаптардын дээрлик төрттөн биринде көрсөткүчтөр нормадан жогору бойдон калган, бул жоон ичегинин ЭЖМЖдеги сезгенүү реакциясынын ($P^{***}>0,05$) сакталышын билдирген.

Ушундай эле жагдай БАӨС (-) менен ооруган балдарды дарылоодон кийинки көрсөткүчтөрдүн арасында бейтаптардын болжол менен үчтөн биринде 24,2%дан 33,5%га чейин табылган, интерлейкиндердин көрсөткүчтөрү ($P^{***}>0,05$) нормадан жогору болгон.

Ошентип, бул топто, мурунку учурлардагыдай, цитокин профили менен БАӨС ортосунда эч кандай байланыш жок.

Жоон ичегинин ЭЖМЖ балдарда нормадан жогору көрсөткүчтөрдү изилдөөдө балдардын көпчүлүгүндө дарылоого чейинки көрсөткүчтөр *Helicobacter pylori* (+) жана (-) боюнча 66,7%дан 83,3%га чейин нормадан жогору болуп чыкты.

Дарылоодон кийин эки группадагы тең жоон ичегидеги ЭЖМЖ интерлейкиндердин жогорку деңгээли кыйла олуттуу болуп чыкты, эң жогорку деңгээли *Helicobacter pylori*де IL 6 (+) жана (-) балдардын 33,3%ында ($p^{***}>0,05$, *** Хи-квадрат Пирсон критерийи) аныкталган.

Жоон ичегинин эрозия-жаралар менен жабыркоолорунда *Helicobacter pylori* менен бактериялык өсүү синдромунун жыштыгын изилдөөдө БАӨС оң *Helicobacter pylori* бар балдардын 54,5%ында ($P^{*}>0,05$) көбүрөөк кездешет.

Ошентип, *Helicobacter pylori* менен цитокин профилинин ортосундагы байланышты изилдөө корреляцияны көрсөткөн эмес. Бирок, *Helicobacter pylori* жаралуу колит менен ооругандардын 66,7%да аныкталганын эске алсак, микроорганизмдин жоон ичегинин сезгенүү реакциясы менен патогенетикалык байланышы бар деп болжолдоого болот, айрыкча, бул оорулуу балдардын *Helicobacter pylori* (+) 56,7%ында бактериялардын көбөйүү синдрому аныкталгандыктан. Кандай болгон күндө да дарылоодон кийин бейтаптардын үчтөн биринен көбү дарылоодон кийин интерлейкиндердин жогорку деңгээлин аныкташкан, бул оорунун кайталанышына жана начарлашына себеп болушу мүмкүн.

Ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоодо өнөкөткө өтүшүүнү болжолдоочу факторлордун даражалык мааниси

Жогоруда айтылгандардын бардыгынын негизинде тобокелдик факторлорун изилдөө, *Helicobacter pylori*, БАӨС жана интерлейкин профилинин болушу, ошондой эле алардын ортосундагы корреляциялык анализ, ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркашынын өнөкөттүүлүгүн болжолдоочу факторлордун даражалуу мааниси изилденген.

Биринчиден, ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркашынын түзүмдүк анализи көрсөткөндөй, балдарда гастродуоденалдык бөлүмдүн (68,83%) жана ооз көңдөйүнүн (31,74%), төмөнкү бөлүмдөрдүн сейрек жаралары (0,88%) менен жабыркашы басымдуулук кылат (3.55-сүрөт).

2006-жылдан тарта, 15 жыл аралыгында гастроэнтерология бөлүмүнө стационардык дарыланууга түшкөн тамак сиңирүү органдарынын эрозия-жаралар менен жабыркагандардын санынын өсүшүнө анализ жүргүзүлгөн. Бул маалыматтардын негизинде регрессиялык теңдеме менен туюндурулган сызыктуу модель түзүлүп, 2024-жылга карата менен АИТи ЭЖмЖ балдардын оорусу 2006-жылга салыштырмалуу 4,5 эсеге ($y = 14,933x + 29,253$ $R^2 = 0,9651$) көбөйүүсү күтүлүүдө.

Мындан тышкары, тобокелдик факторлорун изилдөөдө тамак сиңирүү органдарынын эрозия-жаралары менен оорулардын пайда болушу үчүн эн олууттуу тобокелдик факторлору аныкталган жана алардын даражалуу мааниси ($TA=100 \times \log Se/Sp$), (Se) – сезгичтик, ал эми (Sp) – өзгөчөлүк формуланын негизинде аныкталган.

Ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоосунун өнөкөткө өтүшүн болжолдоочу факторлордун даражалык мааниси

Ооз көңдөйүнүн ЭЖмЖ прогрессиясынын жогорку тобокелдигин алдын ала аныктаган факторлор, биринчи кезекте, ичегилердин дисбиотикалык кубулуштары болгон, булар лактобациллалардын санынын азайышы (101) жана шарттуу-патогендик микрофлоранын санынын көбөйүшү (стафилококков - 95,4, клостридий - 889, candida - 71,03 жана бактериоиддер - 62,3), заңдын жана ооз көңдөйүнүн мазкасынын бактериологиялык анализдөөдө аныкталган. Кийинки маанилүү факторлор, мисалы, начар тамактануу сапаты, суюк жана регулярдуу болбогон заңдоо, 1 жашка чейинки АИТ патологиясы (ПК = 58,0 101,7) болгон.

Ооз көңдөйүндөгү сезгенүү процессинин өнөкөттүүлүгүн жана кайталанышын болжолдоо үчүн тобокелдиктин орточо факторлору болуп, ошондой эле тамак сиңирүү трактынын микробиотикалык балансынын, атап айтканда, нормалдуу микрофлоранын бузулушунун көрүнүштөрү да болгон. Бул ичеги таякчасы жана бифидобактериялардын жалпы санынын азайышы (тиешелүүлүгүнө жараша 44,3 жана 42,3), ал эми, 44,3 бактериялык өсүү синдромунун болушу. Андан кийинки маанилүүлүгү боюнча биринчи жана экинчи линиядагы туугандарынын АИТ оорулары – 39,6 жана мителик инвазиялардын болушу, атап айтканда энтеробиоз (36,3) жана лямблиоз (35,6) болгон. *Helicobacter pylori* жана сапатсыз тамактануу (ПК=28,35-44,9) сыяктуу факторлор да орточо коркунучка ээ болгон.

Орто жана жогорку тобокелдик даражасын бөлүү, бизге келечекте

патогенетикалык дарылоону негиздөөгө мүмкүнчүлүк берет.

Гастродуоденалдык бөлүмдүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунда өнөкөткө өтүшүн болжолдоочу факторлордун даражалык мааниси

Ошондой эле ашказан жана он эки эли ичеги ооруларында рецидивдин жана өнөкөттүн эң олуттуу тобокелдик факторлоруна баа берүү жүргүзүлдү. Мурунку группадагыдай эле, жогорку жана орто тобокелдик факторлору талданган.

Гастродуоденалдык зонанын ооруларында болжолдоочу жогорку даражасы ар кандай белгилер менен мүнөздөлгөн, алардын ичинен эң маанилүүсү клиникалык симптомдор, атап айтканда, кекирүү (129) жана *Helicobacter pylori* (102) болгон. Бактериологиялык анализдерде стафилококктун санынын көбөйүшү, тамак-аштын начар сапаты, клиникалык симптомдор – эпигастралдык оору жана зарна сыяктуу белгилер ПК 63,22ден 89,7ге чейин болгон.

Орточо болжолдоочу тобокелдикке олуттуу факторлор интерлейкиндер болуп чыкты - шишик некрозунун фактору TNF α (46,18) жана ИЛ 4 (38,7), ошондой эле мителик инвазиялардын - энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз (ПК 32,88-38,9) болушу. 1 жашка чейинки АИТ патологиясы, БАӨС, бактериоиддердин көбөйүшү түрүндөгү тамак сиңирүү органдарынын дисбиотиктик өзгөрүүлөрү жана биринчи жана экинчи даражадагы туугандарда АИТ патологиясы 2,5тен 4,5ке чейин ПК бар.

Төмөнкү АИТ бөлүктөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун өнөкөткө өтүшүн болжолдоочу факторлордун даражалык мааниси

Төмөнкү АИТ бөлүктөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун өнөкөткө өтүшүн болжолдоочу факторлордун даражалык маанисин талдоодо жоон ичегилердин ЭЖМЖ прогресси (ПК=48,5-72,7): *Helicobacter pylori*ден башкасы аныкталган. БАӨС, цитокиндерди - патологиялык процесстердин баштапкы медиаторлорун жана ИЛ 4 ИЛ 6, TNF α иммунологиялык активдүүлүгүн жөнгө салуучуларды аныктоо чоң мааниге ээ.

Жогоруда айтылгандардан улам, тобокелдик факторлорунун даражалык маанисин изилдөөнүн негизинде балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркашынын патогенетикалык терапиясынын артыкчылыктуу багыттары аныкталган.

Процесстин кайталануусунун жана өнөкөтүнүн орто жана жогорку тобокелдигинин факторлору болгондо, ошондой эле оорунун татаал формалары пайда болгондо:

- ЭЖМЖ балдардын 1 жана 2-топтору: сезгенүүгө каршы жана антисекретордук максаттар үчүн гистаминдик H₂-блокаторлорду, анальгетиктердин адьюванттары катары ППИнин милдеттүү түрдө жазып берүү;

- 3-топ: тобокелдиктин жогорку даражасы 5-АСК топто дарыларды дайындоодон кийин гормоналдык жана иммуносупрессивдүү терапияны дайындоонун түз көрсөткүчү болуп саналат.
- эгерде цитокиндердин профили жогору бойдон калса, 1 айдан кем эмес рецидивге каршы дарылоону милдеттүү түрдө дайындоо;
- айкын дисбиотикалык өзгөрүүлөр жана БАӨС бар болгон учурда, *Saccharomyces Boulardi* группадагы пробиотиктерди дайындоо - көрсөткүчтөр боюнча антибактериалдык каражаттар (ооз көндөйүндө жана заңдын анализдеринде шарттуу-патогендик микрофлоранын өсүшү жана *Helicobacter pylori* бар болушу);

3.5. Ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркаган балдардын медициналык көзөмөлдөөсүнүн программасы

Саламаттыкты сактоонун бардык деңгээлдеринде эрозия-жаралар менен жабыркагандарга киришүүнүн алгоритми иштелип чыккан.

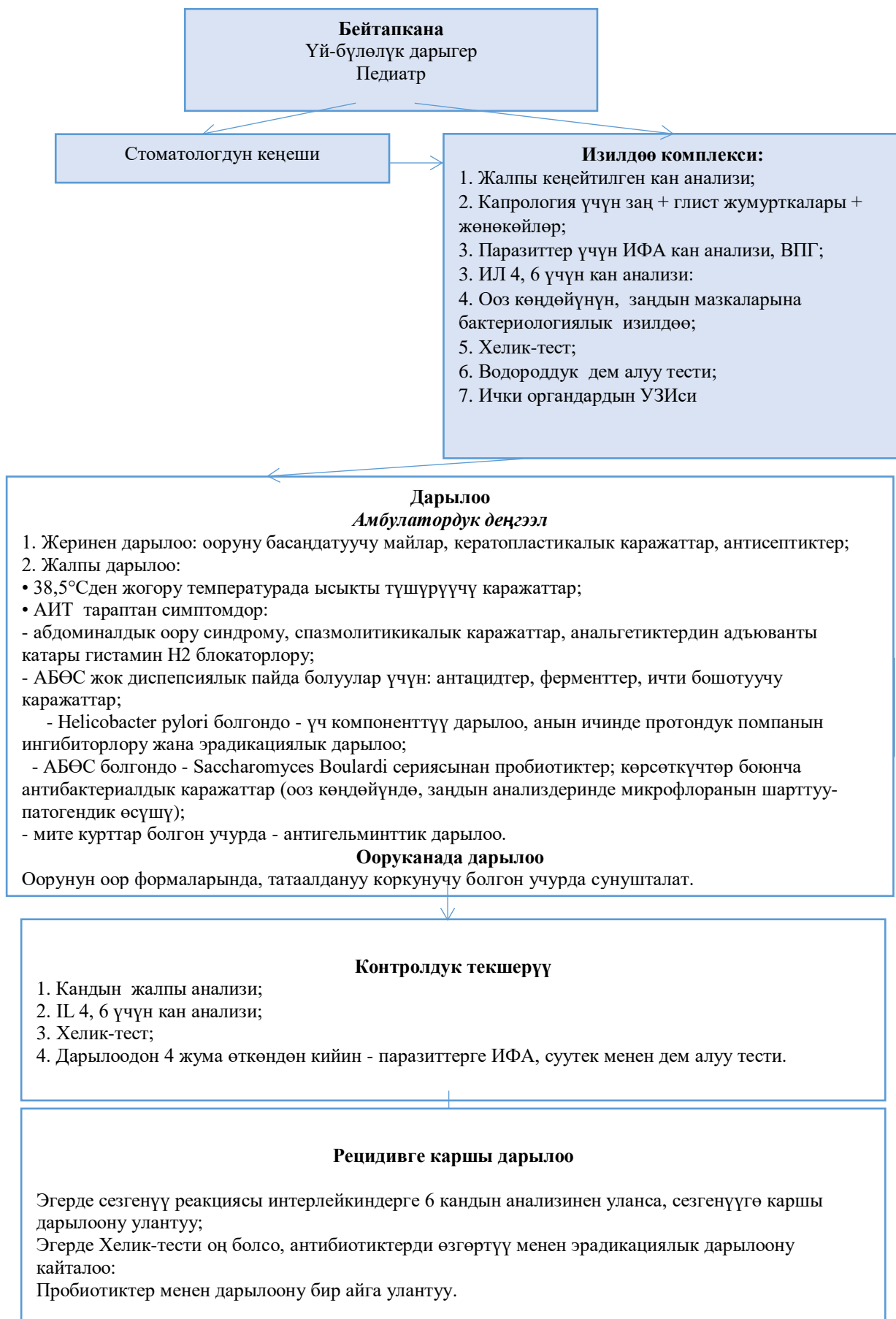
Балдардын АИТ ЭЖМЖ патогенетикалык терапиясынын артыкчылыктуу багыттары.

Процесстин кайталануусунун жана өнөкөтүнүн орто жана жогорку тобокелдигинин факторлору болгондо, ошондой эле оорунун татаал формалары пайда болгондо:

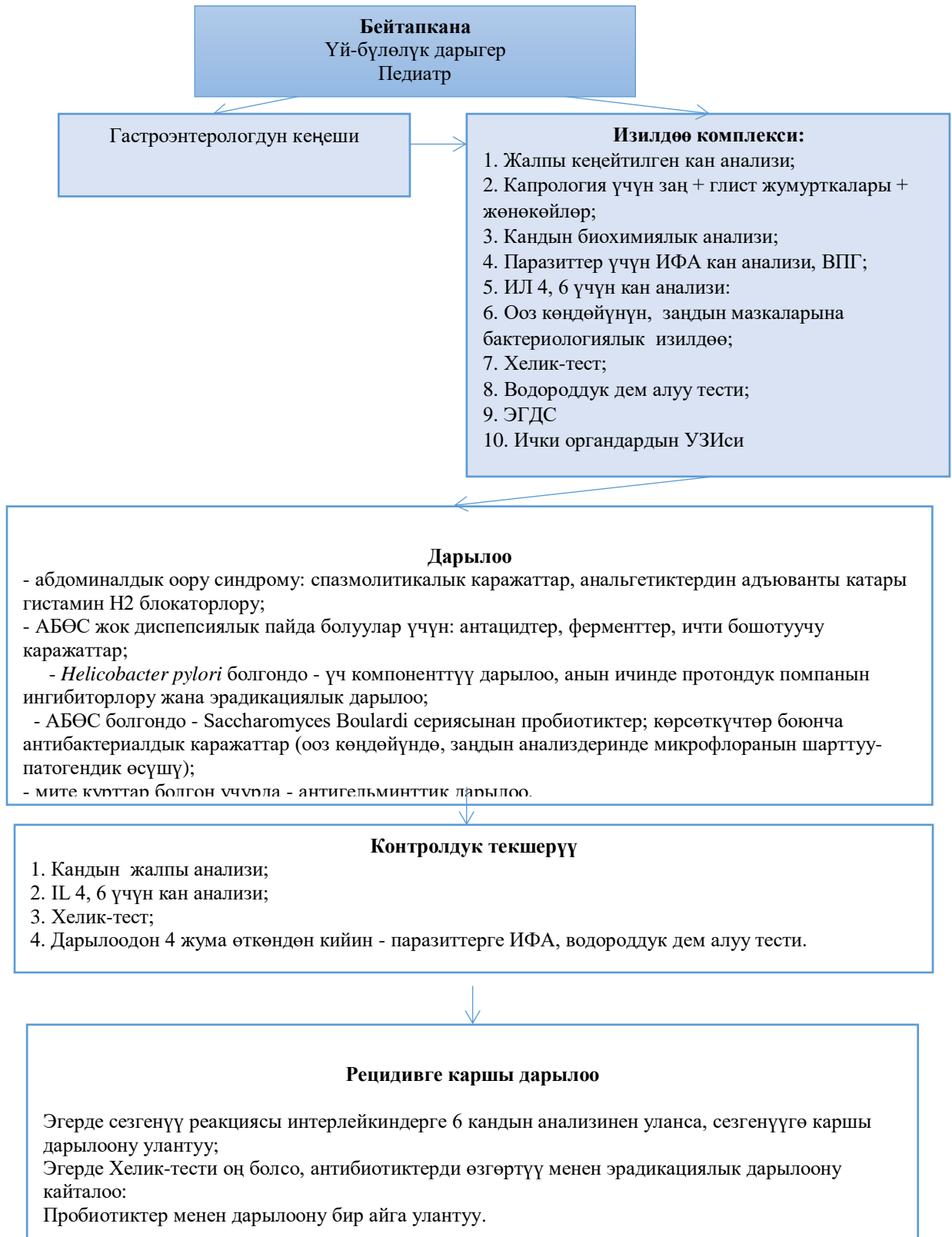
- ЭЖМЖ балдардын 1 жана 2-топтору: сезгенүүгө каршы жана антисекретордук максаттар үчүн гистаминдик H2-блокаторлорду, анальгетиктердин адьюванттары катары ППИлерди милдеттүү түрдө жазып берүү;
- 3-топ: тобокелдиктин жогорку даражасы 5-АСК топто дарыларды дайындоодон кийин гормоналдык жана иммуносупрессивдүү терапияны дайындоонун түз көрсөткүчү болуп саналат.
- эгерде цитокиндердин профили жогору бойдон калса, 1 айдан кем эмес рецидивге каршы дарылоону милдеттүү түрдө дайындоо;
- айкын дисбиотикалык өзгөрүүлөр жана БАӨС бар болгон учурда, *Saccharomyces Boulardi* группадагы пробиотиктерди дайындоо - көрсөткүчтөр боюнча антибактериалдык каражаттар (ооз көндөйүндө жана заңдын анализдеринде шарттуу-патогендик микрофлоранын өсүшү жана *Helicobacter pylori* бар болушу);

АШКАЗАН-ИЧЕГИ ТУТУМУ ЭРОЗИЯ-ЖАРАЛАР МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРГА КИРИШҮҮ АЛГОРИТМИ

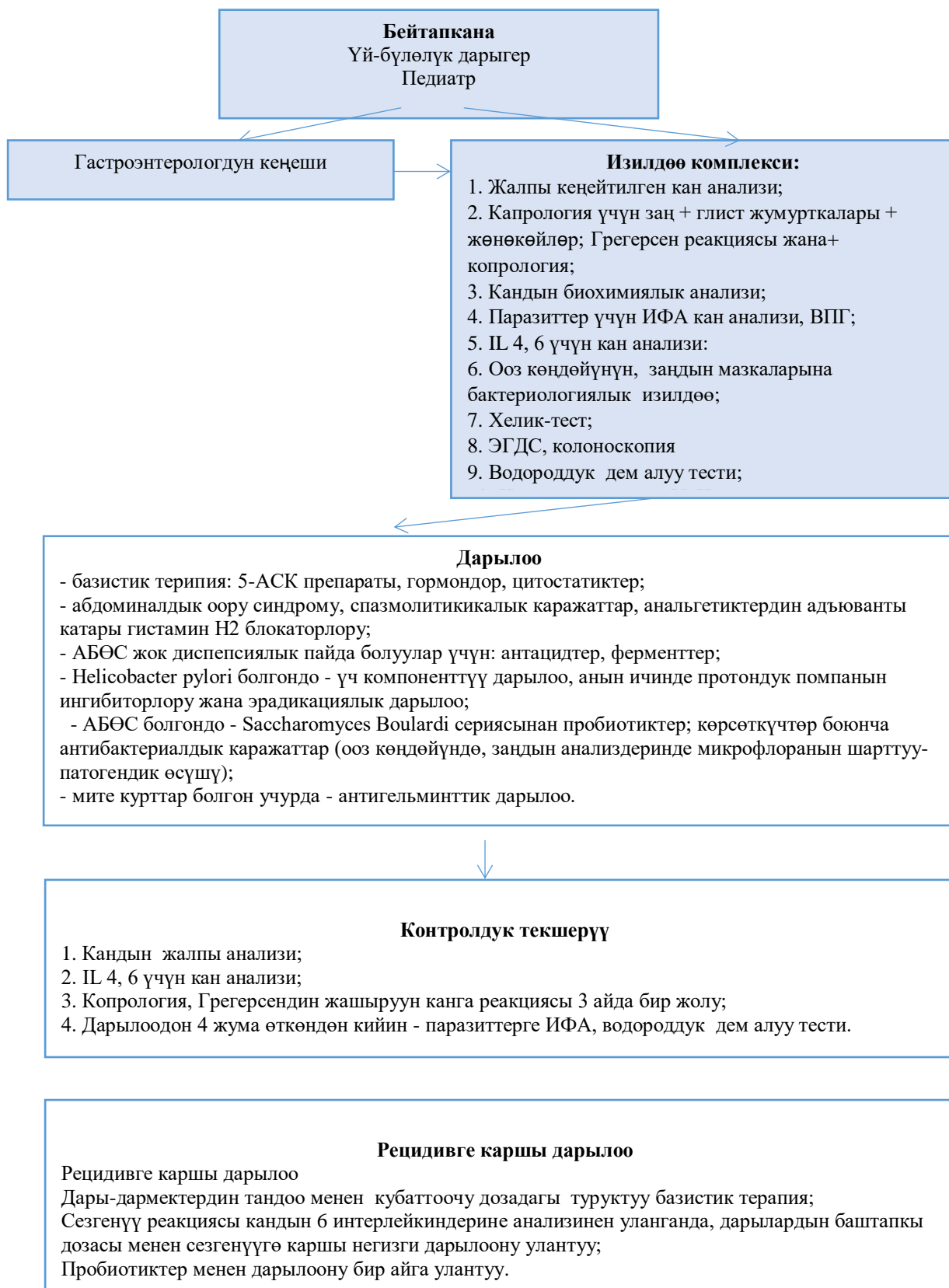
1. Ооз көндөйүндө ЭЖмЖсы бар балдарга киришүү алгоритми



2. Гастродуоденалдык аймагы ЭЖМЖ балдарга киришүү алгоритми



Жоон ичегисинде ЭЖМЖсы бар балдарга киришүү алгоритми



КОРУТУНДУ

- Кыргыз Республикасында 2019-жылга чейин балдардын АИТ органдарынын ооруларына чалдыгуу азайган (5413,6дан 4491,1ге 100 миң кишиге чейин). Пандемия учурунда жана пандемиядан кийин 2020-жылдан 2023-жылга чейин АИТ ооруларын каттоо өскөн (3404,5тен 4262,7ге 100 000 миңге чейин). Гастрит (3,74%) жана ашказан жана он эки эли ичеги жарасы (3,11%), боор циррозу (0,13%), панкреатит (0,26%) менен ооруган балдардын саны өскөн. АИТнин ЭЖМЖ менен ооруган балдардын кайрылуусунун 4,5 эсеге көбөйүшү күтүлүүдө ($y = 14,933x + 29,253$ $R^2 = 0,9651$ 2024-ж.).
- Ооз көңдөйү ЭЖМЖ жаш балдарда көбүрөөк кездешет - 89,2%, ал эми улуу курактагы топтордо стоматиттин бирин-серин учурлары - 2,8%. Дуоденалдык зонанын жабыркоо жыштыгы жаш курак менен жогорулоодо, бул жүргүзүлгөн изилдөөлөр менен тастыкталган - 13-17 жашта 1045 адамдын 741и болгон, бул 52,7%ды, 8-12 жаштагы топто - 41,7%ды түзгөн. Кичүү топто ашказан жана он эки эли ичегинин ЭЖМЖ 78 балада (5,6%) байкалган. Үчүнчү топто –ЭЖМЖ негизинен чоңураак балдарда – 13 учур, ал 72,2%ды түздү, ал эми 8 жаштан 12 жашка чейинки балдар арасында жаралуу колит 5 учурда – 27,8%ды түздү.
- Ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркаган бардык балдарда диспепсиялык көрүнүштөр мүнөздүү, ал эми абдоминалдык оору синдрому 72,4%да аныкталган. Гастродуоденалдык аймагы ЭЖМЖ балдар үчүн 24,4% оорунун атиптүү симптомсуз жүрүшү менен мүнөздөлөт, ал тургай, татаалдашкан формалары менен, ал эми 32,7% да мезгил-мезгили менен ооруксунуу байкалган. Балдарда жоон ичегинин ЭЖМЖда дисталдык бөлүктөрүнүн бузулушу басымдуулук кылат, жаралуу колиттин тоталдык формалары өтө сейрек кездешет.
- Ооз көңдөйүнүн жана гастродуоденалдык аймактын ЭЖМЖнын пайда болуу коркунуч факторлордун түзүмүндө жаңы төрөлгөн ымыркай мезгилинин патологиясы ($OR=64,9$), жашоонун биринчи жылында АИТ оорулары ($OR=324,9$ жана 2833,52 тиешелүүлүгүнө жараша), тамактануунун начар сапаты $OR=47.8$ жана 1310.9). Жоон ичегинин ЭЖМЖ болгон учурда, жогоруда аталган факторлордон тышкары, тукум куучулук фактору жогорку даражалуу мааниге ээ ($OR = 35,38$).
- Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ өнөкөткө айланышынын жана рецидивинин прогностикалык жагымсыз факторлору ($ПК = 58$ ден 101,7ге чейин) болуп төмөнкүлөр саналат: тамактануунун сапатынын бузулушу, ооз көңдөйүндө шарттуу-патогендик микрофлоранын санынын көбөйүшү. Гастродуоденалдык аймакта ЭЖМЖ ($ПК = 63,2-129,0$) өнүгүшүн Н. Pylori аныктайт. Жоон ичегидеги ЭЖМЖнын өнүгүшүндө ($ПК = 48,5-72,7$) Н. Pylori, БАӨС жана цитокиндерди аныктоо - патологиялык процесстердин негизги

медиаторлору жана IL 4 IL 6, ШНФ иммунологиялык активдүүлүгүнүн жөнгө салуучулары чоң мааниге ээ.

- Балдардын АИТнин ар кандай бөлүктөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоодон дарылоо клиникалык прогнозун, БАӨСнин, цитокиндердин профилинин жана H. Pylori ортосундагы корреляциялык байланыштарга негизделиши керек.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

- Ооз көндөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркаган бейтаптарга киришүү стоматологдордун гана эмес, ошондой эле оор, татаал учурларды кошпогондо, саламаттык сактоодо амбулатордук звенонун деңгээлинде педиатрлардын жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин көңүл буруусунун объектиси болууга тийиш.

- Балада эрте жашта АИТ оорулары, тамактануунун сапатынын, режиминин бузулушу, туугандарынын АИТ оорулары, ымыркай кезинде жасалма тамактандыруу сыяктуу тобокелдик факторлорунун болушу, үй-бүлөлүк дарыгер жана педиатр үчүн тамак сиңирүү тутумунун ар кандай бөлүктөрүнүн ЭЖМЖ боюнча диагностикасынын жана дарылоонун алгоритмдерин колдонуу зарылчылыгына сигнал болуп саналат жана тамак сиңирүү тутумунун сезгенүү жана дегенеративдик ооруларынын алдын алууга болот.

- Бейтаптарды изилдөөнүн комплексине амбулатордук деңгээлдеги Хелик-тести, суутек менен дем алуу тести жана стационардык деңгээлдеги цитокиндердин профилине кандын сывороткасын изилдөө сыяктуу изилдөөлөрдү киргизүү сунушталат.

- Интерлейкиндердин 4 жана 6 көрсөткүчтөрү дарылоо иш-чараларын улантуу жана ашказан-ичеги тутумундагы эрозия-жаралар ооруларынын рецидивинин жана өнөкөтүнүн алдын алуу үчүн прогностикалык маркер катары кызмат кыла алат.

- Калыбына келтирүү иш-чараларын жүргүзүүдө ашказан жана он эки эли ичегинин былжыр челинде аныкталган жалпы иммунологиялык бузулуулар жана жергиликтүү сезгенүү өзгөрүүлөрү АИТте ЭЖМЖ бар балдарда эске алынууга тийиш.

БАСЫЛМАЛАРГА ЖАРЫЯЛАНГАН ИЗИЛДӨӨЛӨР

1. Кожоназарова, Г. К. Противорецидивное лечение детей с гастродуоденальной патологией [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, Х. Р. Ахмедова др. // Здоровье матери и ребенка. – 2013. – Том 5, №2. – С.3-6.

2. Кожоназарова, Г. К. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, Х. Р. Ахмедова др. // Вестник КГМА. – 2013. - Том 4 (II). – С. 76-82.
3. Кожоназарова, Г. К. Санаторный этап комплексного лечения детей с гастродуоденальной патологией [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Р. Д. Алымкулов, Д. К. Сманова и др. // Здоровье матери и ребенка – 2013. - Том 5, №1. - С. 19-22.
4. Кожоназарова, Г. К. Сравнительная оценка применения ингибиторов протонной помпы в комплексной терапии у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, В. А. Малеванная // Вестник КГМА. – 2014. - № 4. – С. 46-50.
5. Кожоназарова, Г. К. Опыт санаторного лечения детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки патологией [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Р. Д. Алымкулов, Д. К. Сманова и др. // Вестник КГМА. – 2015. - № 1(2). – С. 62-65.
6. Кожоназарова, Г. К. Распространенность и структура заболеваний ЖКТ у детей Кыргызской Республики [Текст] / Г. К. Кожоназарова, А. Б. Джетыбаева, И. Г. Шайдерова и др. // Здоровье матери и ребенка – 2015. - Том 7, №4. - С. 16-20.
7. Кожоназарова, Г. К. Анализ заболеваемости патологией органов пищеварения у детей КР (по данным отделения гастроэнтерологии НЦОМид) [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, А. Б. Джетыбаева // Здоровье матери и ребенка. - 2021.- №2.- С. 81-85.
8. Кожоназарова, Г. К. Показатели цитокинового профиля у детей с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / Г. К. Кожоназарова // Бюллетень науки и практики. - 2022. – Т. 9. №1. – С. 200-205.
9. Кожоназарова, Г. К. Факторы риска при эрозивно-язвенных заболеваниях полости рта у детей [Текст] / Г. К. Кожоназарова // Бюллетень науки и практики. - 2022. – Т. 9. №1.- С. 206-212.
10. Кожоназарова, Г. К. Синдром избыточного бактериального роста при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны у детей [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Н. Н. Бабаджанов, К. У. Жумакалыева // Вестник КГМА. – 2022. - №5. – С. 131-136.
11. Кожоназарова, Г. К. Характеристика эрозивно-язвенных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей Ошской области [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, Р. А. Надирбекова и др. // Alatoo Academic Studies. – 2022. - № 4. – С. 435-439.

12. Kozhonazarova, G.K. Cytokine profile in children with ulcerative colitis [Text] / G.K. Kozhonazarova // Eurasian Medical Journal. – 2022. – №. 9. – p. 15-29.
13. Kozhonazarova, G.K. / [Text] Functional disorders of the biliary tract in children with erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract //Eurasian Medical Journal. – 2023. – №. 10. – p. 3-11.
14. Кожоназарова, Г. К. Особенности клинического течения эрозивно-язвенных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей Ошской области [Текст] / Г. К. Кожоназарова, Э. Ш. Алымбаев, Р. А. Надирбекова и др. // Тенденции развития науки и образования. – 2023. - № 93 (7). – С. 58-62.
15. Кожоназарова, Г. К. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны у детей [Текст] / Г. К. Кожоназарова // Тенденции развития науки и образования. – 2023. - № 94 (6). – С. 29-33.
16. Кожоназарова, Г. К. Ранговая значимость факторов риска при заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей [Текст] / Г. К. Кожоназарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2023. - № 3. – С. 55-60.
17. Кожоназарова, Г. К. *Helicobacter pylori* при эрозивно-язвенных заболеваниях различных отделов пищеварительного тракта у детей [Текст] / Г. К. Кожоназарова // Тенденции развития науки и образования. – 2023. - № 104 (11). – С. 25-29.

КОРУТУНДУ

Гүлсара Кенжебаевна Кожоназарованын «Кыргызстандын балдарынын ашказан-карын тутумдарынын эрозия-жаралар менен жабыркоосу» деген темада медицина илимдеринин доктору илимий даражасын алуу үчүн диссертациясына 14.01.08 – “Педиатрия” адистиги

Ачкыч сөздөр: балдар, эрозия-жаралар менен жабыркоо, ашказан-ичеги тутумдары, цитокин профили, бактериялык ашыкча өсүү синдрому, *Helicobacter pylori*.

Изилдөөнүн максаты: Кыргызстандагы балдардын ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркоолорунун пайда болушунун клиникалык жана патогенетикалык механизмдерин заманбап көз караш менен изилдеп, алдын алуу жана дарылоонун программаларын жана тактикасынын дифференцияланган эрте диагностиканын программаларын иштеп чыгуу.

Изилдөө объектиси: 0 жаштан 17 жашка чейинки ашказан-ичеги тутумунун эрозия-жаралар менен жабыркаган 2237 бейтап.

Изилдөө методдору: балдарды клиникалык-функционалдык-лабораториялык изилдөөгө атайын түзүлгөн картаны колдонуу менен анкета, жалпы клиникалык изилдөө методдору (жалпы кан анализи, биохимиялык кан анализи, жалпы заара анализи, копрологиялык изилдөө, глист жумурткаларына жана жөнөкөйгө заң анализи), эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ич органдарын жана бөйрөктөрдү УЗИ изилдөө, кандын иммундук ферменттик анализи менен интерлейкиндерди аныктоо, сандык метод менен ооз көңдөйүнөн жана заңдан алынган мазокту бактериологиялык изилдөө, кандын иммунферменттик анализи менен паразитозду аныктоо, уреаздык дем алуу Хелик-тести, лактулоза менен водороддук дем алуу тести.

Изилдөөнүн натыйжалары: балдардын АИТ ЭЖМЖ жолдорунун түзүмүндө гастродуоденалдык аймактын (68,83%) жана ооз көңдөйүнүн (31,74%) жабыркашы басымдуу, төмөнкү бөлүмдөрүнүн жабыркашы сейрек (0,9%). Ашказан-ичеги тутумунун ЭЖМЖ балдардын кайрылуусу 4,5 эсеге көбөйөт деп күтүлүүдө ($y = 14,933x + 29,253$ $R^2 = 0,9651$). Ооз көңдөйүнүн эрозия-жаралар менен жабыркаган балдарда диспепсиялык жана абдоминалдык оору синдрому мүнөздүү (72, 4%), гастродуоденалдык аймактагы ЭЖМЖ менен ооруган балдар татаал формаларда да оорунун атиптик симптомсуз жүрүшү менен мүнөздөлөт (24,4%) жана оорунун мезгилдүү мүнөзү (32,7%); балдардын ичеги ЭЖМЖ оорулары менен ылдыйкы бөлүктөрүнүн бузулушу басымдуулук кылып, жаралуу колиттин жалпы формалары өтө сейрек кездешет. Ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ жана ЭЖМЖГДа өнүгүү ыкшоочу коркунуч факторлор жаңы төрөлгөн мезгилдеги патология ($OR = 64,9$), жашоонун биринчи жылында АИТ патологиясы ($OR = 3249$ жана $2833,52$) тиешелүүлүгүнө жараша басымдуулук кылат, тамактануу сапатынын начарлыгы ($OR = 47,8$ жана $1310,9$, тиешелүүлүгүнө жараша); жогоруда аталган факторлордон тышкары, жоон ичегинин ЭЖМЖда - тукум куучулук фактору жогорку даражалуу мааниге ээ ($OR = 35,38$). Прогноздук жактан ооз көңдөйүнүн ЭЖМЖ өнөкөткө учурашындагы жана кайталанышындагы жагымсыз факторлор (ПК = 58ден 101,7ге чейин) төмөнкүлөр болуп саналат: тамактануунун начар сапаты, ооз көңдөйүндө шарттуу-патогендик микрофлоранын өсүшү; гастродуоденалдык аймакта ЭЖМЖдин прогрессивдешүүсүн (ПК = 63,2-129,0) Н. Pylori алдын ала аныктайт; жоон ичегидеги ЭЖМЖдин прогресси (ПК = 48,5-72,7) Н. Pylori тарабынан аныкталат. БАӨС жана цитокиндерди, патологиялык процесстердин баштапкы медиаторлорун жана IL4 IL6, ФНО иммунологиялык активдүүлүгүн жөнгө салуучуларды аныктоо чоң мааниге

ээ. Балдардын АИТ ар кандай бөлүктөрүнүн эрозия-жаралар менен жабыркоолорун дарылоонун схемаларын оптималдаштыруу клиникалык прогноздун, БАӨС, цитокиндердин профилинин жана *H. Pylori* ортосундагы белгиленген ишенимдүү байланыштарга негизделиши керек.

Колдонуу чөйрөсү: балдарды профилактикалык-дарылоо мекемелери.

РЕЗЮМЕ

диссертации Кожоназаровой Гульсары Кенжебаевны на тему: «Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у детей Кыргызстана» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.08 – «Педиатрия»

Ключевые слова: дети, эрозивно-язвенные поражения, желудочно-кишечный тракт, цитокиновый профиль, синдром избыточного бактериального роста, *Helicobacter pylori*.

Цель исследования: изучить с современных позиций клинко-патогенетические механизмы формирования эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у детей в Кыргызстане и разработать дифференцированные программы ранней диагностики, прогнозирования и тактики лечебно-реабилитационных программ.

Объект исследования: 2237 пациентов с эрозивно-язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 0 до 17 лет.

Методы исследования: клинко-функциональное-лабораторное исследование детей включало в себя анкетирование посредством специально разработанной карты, общеклинические методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование, анализ кала на яйца глист и простейшие), эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, определение интерлейкинов методом иммуноферментного анализа крови, бактериологическое исследование мазка с полости рта и кала количественным методом, определение паразитозов методом иммуноферментного анализа крови, уреазный дыхательный Хелик-тест, дыхательный водородный тест с лактулозой.

Результаты исследования: в структуре ЭЯП ЖКТ у детей преобладают поражения гастродуоденального отдела (68,83%) и полости рта (31,74%), редки поражения нижних отделов (0,9%). Предполагается рост обращаемости детей с ЭЯП ЖКТ в 4,5 раз ($y = 14,933x + 29,253$ $R^2 = 0,9651$). Для детей с эрозивно-язвенными поражениями ротовой полости характерны диспепсические явления и абдоминальный болевой синдром (72,4%), детям с ЭЯП гастродуоденальной области характерно атипичное бессимптомное

течение заболевания даже при осложненных формах (24,4%) и периодический характер боли (32,7%); при ЭЯП поражениях кишечника у детей преобладает поражение нижних отделов, тотальные формы язвенного колита встречаются крайне редко. В структуре факторов predisposing развитию ЭЯП полости рта и ЭЯПГД преобладает патология периода новорожденности (ОР=64,9), патология ЖКТ на первом году жизни (ОР=324,9 и 2833,52 соответственно), нарушения качества питания (ОР=47,8 и 1310,9 соответственно); при ЭЯП толстого кишечника - кроме вышеперечисленных факторов высокую ранговую значимость имеет фактор наследственной предрасположенности (ОР=35,38). Прогностически неблагоприятными факторами хронизации и рецидивирования ЭЯП полости рта (ПК = от 58, до 101,7) являются: нарушение качества питания, рост условно-патогенной микрофлоры в полости рта; прогрессирование ЭЯП гастродуоденальной области (ПК= 63,2-129,0) предопределяет *H. Pylori*; прогрессирование ЭЯП толстого кишечника (ПК= 48,5-72,7) предопределяют *H. Pylori*. СИБР и высокую значимость имеет обнаружение цитокинов - первичных медиаторов патологических процессов и регуляторов иммунологической активности ИЛ4 ИЛ 6, ФНО. Оптимизация схем лечения эрозивно-язвенных поражений различных отделов ЖКТ у детей должна основываться на установленных достоверных корреляционных связей между клиническим прогнозом, СИБР, цитокиновым профилем и *H. Pylori*.

Область применения: детские лечебно-профилактические учреждения.

SUMMARY

of the dissertation of Kozhonazarova Gulsara Kenzhebaevna's on the topic: "Erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract in children of Kyrgyzstan" for the degree of Doctor of Medical Sciences specialty 14.01.08 – "Pediatrics"

Key words: children, erosive and ulcerative lesions, gastrointestinal tract, cytokine profile, bacterial overgrowth syndrome, *Helicobacter pylori*.

The purpose of the study: to study from a modern perspective the clinical and pathogenetic mechanisms of the formation of erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract in children in Kyrgyzstan and to develop differentiated programs for early diagnosis, forecasting and tactics of treatment and rehabilitation programs.

The object of the study: 2237 patients with erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract aged 0 to 17 years.

Research methods: clinical-functional-laboratory examination of children included a questionnaire using a specially designed card, general clinical research methods (general blood analysis, biochemical blood analysis, general urine analysis, coprological examination, stool analysis for eggs of worms and protozoa), esophagogastroduodenoscopy, colonoscopy, ultrasound examination of the abdominal cavity and kidneys, determination interleukins by enzyme immunoassay, bacteriological examination of a smear from the oral cavity and feces by quantitative method, determination of parasitoses by enzyme immunoassay, urease respiratory helicase test, respiratory hydrogen test with lactulose.

The results of the study: in the structure of the gastrointestinal tract in children, lesions of the gastroduodenal department (68.83%) and oral cavity (31.74%) predominate, lesions of the lower parts are rare (0.9%). It is assumed that the incidence of children with EUL GIT is 4.5 times higher ($y = 14.933x + 29.253$ $R^2 = 0.9651$). Dyspeptic phenomena and abdominal pain syndrome are characteristic for children with erosive and ulcerative lesions of the oral cavity (72.4%), children with EUL of the gastroduodenal region are characterized by an atypical asymptomatic course of the disease even with complicated forms (24.4%) and periodic pain (32.7%); with EUL intestinal lesions in children, the lesion of the lower parts prevails, total forms of ulcerative

Colitis is extremely rare. In the structure of factors predisposing the risk of developing oral EUL and EULHD, pathology of the newborn period (OR=64.9), gastrointestinal pathology in the first year of life (OR=324.9 and 2833.52, respectively), nutritional disorders (OR=47.8 and 1310.9, respectively) prevail; with large intestine EUL - in addition to the above factors, it has a high rank significance hereditary predisposition factor (OR=35.38). Prognostically adverse factors of chronization and recurrence of oral EPI (PK = from 58 to 101.7) are: impaired nutritional quality, growth of opportunistic microflora in the oral cavity; progression of gastroduodenal EPI (PK= 63.2-129.0) predetermines H. Pylori; progression of colon EPI (PK= 48.5-72.7) predetermines H. Pylori. The detection of cytokines - primary mediators of pathological processes and regulators of immunological activity IL 4, IL 6, TNF - is of high importance. Optimization of treatment regimens for erosive and ulcerative lesions of various parts of the gastrointestinal tract in children should be based on established reliable correlations between clinical prognosis, BOGS, cytokine profile and H.Pylori.

Scope of application: children's medical and preventive institutions.