
ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

академик НАН РК *К.С.ОРМАНТАЕВ*,
д.м.н., проф. *Б.Х.ХАБИЖАНОВ*, д.м.н., проф. *А.К.МАШКЕЕВ*

1. Анализ современного состояния и тенденций развития мировой и отечественной педиатрической науки.

Одним из стратегических положений новой парадигмы здравоохранения является утверждение о том, что медицинская и педиатрическая наука должна создать адекватную научную основу для практики здравоохранения.

Новая и быстро развивающаяся сфера применения библиометрических методов – прогнозирование научно-технологического развития. В частности, подобные исследования ведутся в рамках национальных программ Форсайта (от английского foresight – предвидение или взгляд в будущее). Например, в последнем (восьмом) японском научно-технологическом Форсайте, результаты которого были опубликованы в 2005 г., на основе библиометрических методов были выделены 133 быстроразвивающихся направления исследований. Для каждого из них был проведен детальный анализ, охватывающий тенденции развития, социтирование, контент-анализ, выявление ведущих научных школ, тренды взаимосвязей между отдельными направлениями, формирование новых направлений исследований на стыке научных дисциплин и т.д. Результаты анализа использовались при подготовке экспертизы опросов и разработке прогноза научно-технологического развития Японии до 2030 г. Наукометрические исследования проводились также при формировании перечня ключевых технологий во Франции, подготовке прогнозов в Корее, Германии и ряде других стран. В настоящее время Минобрнауки России курирует работы по формированию долгосрочного прогноза научно-технологического развития Российской Федерации на период до 2025 г. В рамках этого проекта ведется разработка макроэкономических и научно-технологических сценариев, отраслевых прогнозов и собственно прогноза развития науки и технологий на основе экспертного опроса по методу Дельфи. В итоге появляется возможность получить объективную оценку перспективных

направлений научно-технологического развития, составить целостную картину развития науки и технологий, выявить ключевые научные результаты, инновационные товары и услуги, способные оказать наиболее значительное воздействие на мировую и российскую экономику и общество в средне- и долгосрочной перспективе.

Наукометрические исследования использовались как один из основных компонентов при подготовке Дельфи-опросов. При этом среди основных целей применения данных методов были формирование доказательной базы для прогноза, выявление скрытых трендов и междисциплинарных тенденций, а также подбор экспертом и организаций для привлечения к опросам, достижение более высокого уровня объективности, верификация качества полученных результатов.

Сегодня отбор быстроразвивающихся научных направлений при разработке прогноза останется актуальной темой. Он проводился на основе анализа опубликованных в течение последних двух лет высокоцитируемых работ по 22 тематическим направлениям. При этом особое внимание уделялось т.н. «горячим» публикациям, которые очень быстро после издания получают отклик со стороны мирового научного сообщества и имеют высокий индекс цитируемости, а также анализу «актуальных научных направлений» (research fronts), которые представляют собой ядро (core papers) высокоцитируемых работ, связанных посредством социтирования, т.е. мерой связи работ служит следующий показатель: сколько раз пара публикаций была процитирована более поздними работами. В итоге были получены описания быстроразвивающихся направлений науки в виде наборов соответствующих ключевых слов и словосочетаний. Эти данные эксперты использовали для формулирования важнейших перспективных научных задач, решение которых наиболее важно в ближайшие 10-15 лет.

Одним из главных этапов, предваряющих экспертный опрос по методу Дельфи, можно назвать выбор экспертов – как для участия в экспертных панелях (300-400 экспертов высокого уровня), так и для участия в самом опросе (3500-4000 человек). В мировой и отечественной практике применяются различные способы и критерии отбора экспертов, основанные на данных об их научной и практической деятельности. При этом учитывались следующие научометрические показатели:

1. Наличие публикаций, представленных в мировых рейтингах по показателю цитируемости в рамках ресурса Essential Science Indicators.

2. Индекс цитируемости в период с 2000 по 2006 гг.

Анализировалась информация как об отдельных ученых, так и о научных коллективах, что позволяет определить наиболее квалифицированную часть научного сообщества и получить более надежные и обоснованные экспертные суждения о перспективах развития отдельных тематических направлений науки и технологий.

Безусловно, это только краткое введение в научометрию. Данные, которые можно получать с помощью научометрических методов, могут использоваться как научным сообществом, так и органами управления и бизнесом. Они дают возможность анализировать структуру науки в комплексе с другими данными, отражающими научную деятельность, предоставляют возможность описать текущее состояние и будущие векторы развития мировой науки, оценить результативность работы ученых, и, в конечном счете, формировать более эффективную научную политику.

Несмотря на обилие болезней, которые сегодня существуют в мире, о достижениях в области медицины принято говорить позитивно. Каждый год люди, дающие клятву Гиппократа, спасают миллионы человеческих жизней.

В последнее десятилетие в мировой медицине сделано немало открытий, которые позволяют с надеждой смотреть в будущее. В наше время руководители держав прекрасно понимают, что будущее современной медицины за последними разработками, на эти цели каждый год выделяются миллионы долларов. Это дает возможность ученым проводить обследования и создавать вакцины от страшных недугов, медицинское оборудование и препараты, позволяющие спасти миллионы жизней.

Такие заболевания, как чума, туберкулез, гепатиты, малярия под напором профилактических мер заметно отступают. За последнее десятилетие совершен большой прорыв в создании вакцины против ВИЧ/СПИДа.

Настоящий переворот совершен в области кардиологии. Разработана технология стентирования, с поддержкой которой проходит лечение ишемической болезни сердца, стенокардии и инфаркта. При поддержке новейшего метода баллонирования коронарных артерий появилась возможность исцелить людей, у которых наблюдается сердечно-сосудистая патология.

Настоящим бичом современности являются онкологические болезни, которые уносят большинство человеческих жизней. В клиниках всего мира внедряется оборудование, дающее возможность на ранних стадиях выявить такие болезни и предупредить их развитие.

В 2007 году учеными сделано потрясающее открытие – зрелые кожные клетки фибробластов можно превращать в эмбриональные стволовые клетки. Таким образом, учеными обосновано, что клетки кожи могут стать родоначальниками всякой ткани, а значит, с их помощью можно излечить заболевания позвоночника, центральной нервной системы, диабет и рак.

Несколько лет назад внедрена новая технология лечения рака предстательной железы – одного из самых распространенных болезней у мужчин пожилого возраста. На смену химиотерапии пришла технология криотерапии – лечение холодным воздухом или в область простаты вводится газ аргон, простата замораживается, и раковые клетки при низкой температуре пропадают.

Буквально недавно произведен еще один прорыв в сфере медицины, медикам удалось произвести первую операцию по пересадке лица, сегодня пациент чувствует себя хорошо и находится на реабилитации. По отзывам специалистов, операция прошла успешно.

Продолжаются исследования в области клонирования животных, на сегодняшний день, это одно из самых важных исследований, которое уже совершило великий прорыв в науке.

Пренатальная медицина - врачевание младенцев еще до появления их на свет – стала в наши дни привычным делом. Такой подход открыл новые перспективы в лечении разных патологий и подарил надежду тысячам будущих

родителей. Главное, вовремя обнаружить болезнь малыша. Для этого беременной женщине нужно систематически проходить комплексное обследование.

К сожалению, многие недуги молодеют настолько, что появляются еще в утробе матери. И задача медиков их как можно раньше выявлять и устранять. Так, очень важно вовремя определить наличие или отсутствие хромосомных нарушений у плода.

Пренатальная медицина в настоящее время уже выделилась в самостоятельную область медицины, хотя до сих пор во всем мире является уделом лишь высокоспециализированных клиник. Действительно, ведь вмешательство, когда ребенок находится в материнской утробе, очень сложная и рискованная. Но в таких случаях это порой единственный шанс спасти жизнь ребенку с патологиями развития. Что же сегодня может предложить наука, и с какими недугами нерожденного еще ребенка можно справиться с помощью врачей?

Пренатальная хирургия

Спектр показаний к внутриутробным операциям достаточно широк.

- **Проблемы развития головного мозга (опухоли, водянка).** Лечится путем эндоскопического доступа в матку при помощи установки шунта и откачки избытка жидкости.

- **Задержка внутриутробного развития плода (гипотрофия II-III степени).** Наряду с установкой катетера в сосуды пуповины под кожу матери вживляется специальная трубочка (стент), через который осуществляется дополнительное питание плода.

- **Дефект дужек позвонков (spina bifida),** из-за которого спинной мозг частично не прикрывается костной пластинкой, что чревато развитием грыж позвоночника. Ранее, до появления такого рода операций, эта болезнь, которая имеется в среднем у одного из тысячи младенцев, приводила к полному параличу ног. Сегодня, благодаря внутриутробному шунтированию, симптом поддается полному излечению.

- **Врожденные дефекты развития сердца.** Это наиболее перспективное направление пренатальной хирургии, хотя работа практически ювелирная. Например, установка стента диаметром 3 миллиметра! Или же в аорту плода через пуповину вводят катетер, который постепенно

расширяет суженный участок сосуда, что позволяет сердцу правильно сформироваться.

Некоторые патологии хирурги также устраниют при помощи установки специального баллона (метод баллонодилатации), который расширяет или разрывает преждевременно закрывшееся отверстие в перегородке предсердий.

-**Пороки развития легких.** Применяется также метод баллонодилатации, жидкость из легких откачивают внутриутробно, под контролем УЗИ.

- **Врожденная диафрагмальная грыжа** (отверстие в диафрагме, которое приводит к перемещению органов брюшной полости в грудную). Если бы не пренатальная хирургия, смертность при такой аномалии в мире составляла бы 98%.

Операция проходит в два этапа – сначала при помощи баллона закрывают отверстие в диафрагме, а затем, ближе к концу беременности, баллон удаляется, чтобы освободить дыхательные пути ребенка. Саму грыжу ушивают через некоторое время после рождения.

- **Опухоли.** В ряде случаев эти аномалии развития могут привести к гибели плода еще до рождения. В таком случае может помочь операция, в ходе которой применяется специальная полая игла диаметром тоньше человеческого волоса.

- **Патология развития мочеполовой системы.** Если порок связан с сужением тех или иных отверстий, то он может быть устранен с помощью внутриутробного шунтирования.

- **Болезни крови.** Анемии или резус-конфликт (несовместимость групп крови матери и плода, в т.ч. гемолитическая болезнь) корректируются путем переливания крови через пуповину плода. По статистике, подобного вмешательства требует одна беременность на сорок тысяч.

- **Многоплодная беременность.** При этом иногда наблюдается так называемый синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ), когда один из зародышей становится «донором» для второго, что приводит к задержке развития, неврологическим проблемам и часто (70% случаев) к преждевременной гибели обоих плодов. Устраивается путем лазерной коагуляции плацентарных сосудов, питающих близнеца-реципиента.

Сегодня ученые активно работают над десятками методов, которые, возможно, помогут спасти жизнь не одному ребенку. В их числе – введение откорректированных генов, вызывающих

врожденные аномалии, в стволовые клетки, циркулирующие в крови плода. Таким образом, есть надежда, что когда-нибудь в будущем операции уйдут в прошлое, как и сами болезни.

В настоящее время известны крупнейшие инженерные достижения в области медицины по версии американской профессиональной ассоциации по продвижению технологий.

«Искусственная сетчатка». Офтальмологи уже в силах восстановить зрение слепым пациентам за счет создания искусственной сетчатки. Искусственная сетчатка осуществляет имитацию работы глаза на уровне фоторецепторного слоя. С целью максимального уменьшения размеров микросхема не имеет никакого корпуса. Параллельно с вживлением искусственной сетчатки пациенту устанавливается контактная линза, обеспечивающая фокусировку света именно на нее.

«Реанимация сердца». Электрофизиологами имплантирован новый вид дефибриллятора для лечения внезапной остановки сердца, что уменьшает риск осложнений, связанных с проводами при подключении устройства к сердцу.

«Хирургия в 3D». В настоящее время пластические хирурги используют специализированное программное обеспечение для визуализации хирургического выравнивания челюсти пациента, прежде чем начать операцию. Это позволяет хирургам быть более точными и получать более предсказуемые результаты.

2. Анализ достижений и тенденций развития ведущих научных школ Казахстана и развитых стран мира.

Состояние здоровья детей во многом зависит от воздействия различных факторов риска. В возрасте детей до 5 лет здоровье ребенка в значительной степени обусловлено факторами риска перинатального характера. По мере взросления детского организма на процессы становления здоровья возрастают влияние комплекса факторов медико-социального характера: социально-экономических, так называемых «школьных» факторов, характера и качества питания, стереотипов поведения, уровня физической активности, то есть факторов, определяемых условиями и образом жизни.

Значительное ухудшение состояния здоровья детей, рост частоты факторов риска определили

формирование выраженных медико-социальных последствий этих процессов. Не более 10% детей в полном объеме справляются со школьными требованиями. Среди старшеклассников, имеющих хронические болезни, в 2,5-3 раза чаще, чем среди здоровых, выявляется социальная и психологическая дезадаптация. Около 30% детей старшего подросткового возраста имеют ограничения в выборе профессии и трудуоустройстве. Снижается репродуктивное здоровье молодежи. По данным эпидемиологических исследований, среди бесплодных браков до 35% по причине мужского бесплодия, до 40% - женского бесплодия, остальные случаи – бесплодие обоих супругов, корни которого, зачастую, лежат в детском и подростковом возрасте. Ежегодно по состоянию здоровья 30% юношей в возрасте 17 лет признаются негодными к военной службе.

Высшее образование должно быть основано на научных исследованиях. Поскольку научные исследования являются движущей силой высшего образования, то и создание Зоны европейского высшего образования должно идти одновременно и параллельно с созданием Зоны европейских научных исследований. При этом важно избежать прямой экстраполяции научных направлений Европы, а использовать уже имеющиеся данные при дальнейшем анализе положения дел, проанализировать возможность заимствования новейших технологий наиболее актуальных для здравоохранения Казахстана.

Вторым стратегическим направлением развития высшей медицинской школы является повышение качества научных исследований на кафедрах и факультетах. Во многих медицинских школах создаются специальные службы клинических исследований, которые занимаются не только работой со спонсорами клинических исследований, но и обеспечивают взаимодействие между отдельными дисциплинами, а также между основополагающими исследованиями фундаментального характера и прикладными исследованиями. Результаты такой работы должны внедряться в учебный процесс, актуализировать его содержание. Такие контакты способствуют действительной междисциплинарности исследований.

Вакцинопрофилактика – универсальная профилактическая технология, более эффективной не существует, - отметила директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного

лечения Научного центра здоровья детей Лейла Намазова. – С помощью внедрения вакцинальных программ можно оградить детей от заболевания, добиться увеличения средней продолжительности жизни населения (это прекрасно показали последние два года, когда с введением вакцинации против гепатита В средняя продолжительность жизни населения увеличилась на один год).

И хотя, по словам руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека академика РАМН Геннадия Онищенко, ни одна страна в мире не проводила таких масштабных мероприятий, как наша, реализуя Национальный проект «Здоровье», осуществляя дополнительную иммунизацию населения, с точки зрения педиатров остается еще очень много неиспользованных резервов именно в связи с невнедрением новых вакцин. В России обязательной является вакцинация только против 10 инфекций, тогда как в других европейских странах национальные календари значительно шире: в них входят прививки против пневмококковой, менингококковой, гемофильной инфекции, ротавирусной и т.д., которые в наш пока не включены.

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания называют «болезнью века» ввиду их широкого распространения и социальной значимости. Актуальность проблемы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями возрастает, поскольку в прогнозе тенденции заболеваемости и смертности в мире уверенно выделяется, что предыдущие десятилетия будут отмечены дальнейшим значительным увеличением распространенности этих заболеваний.

Проблема сердечно-сосудистых и ревматических заболеваний остро стоит и в Казахстане.

Врожденные пороки сердца среди живорожденных в стране ежегодно составляет 8-10 на 1000. Малые аномалии развития сердца (аномально расположенная хорда, пролапс митрального клапана и другие) – 12-18%. Частота артериальной гипертензии среди детей школьного возраста к 2001 году составляла 7,4% (Абдрахманов К.Б., 2001), по данным 2001-2009 годов (Тулетаев И.Т., 2010г.) – более 12%. Распространенность гипотензивных же состояний равна 9,4%. Весьма часты нарушения ритма сердца и проводимости (12-14%). Подавляющее большинство заболеваний сердца и сосудов формируются дли-

тельно и склонно хроническому течению и прогрессированию, истоки многих, нередко фатальных состояний взрослых берут свое начало в детском, подростковом и юношеском возрасте. Это означает, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна начинаться именно с детского возраста, о чем педиатры-кардиологи и ревматологи говорят постоянно.

Следует отметить, что в государственном и ведомственном масштабах в стране сделано немало по совершенствованию кардиологической помощи населению. Так, в результате реализации Постановления Правительства РК №102 от 13.02.2007 г. и Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы во всех областных центрах открыты кардиохирургические отделения и кабинеты ангиографии. Они соответственно оснащены и укомплектованы специалистами, подготовленными за рубежом. Этим максимально приближена высокотехнологичная специализированная кардиологическая медицинская помощь населению, как о ней указано в Послании Президента народу. Буквально за три последних года сделан революционный рывок, по четким алгоритмам оказывается помощь больным с острым мозговым инсультом, острым коронарным синдромом, острыми тромбозами сосудов. Стало возможным стентирование, предотвращающее инфаркт миокарда, и вообще, осложнения острого коронарного синдрома! Но к сожалению, при этом операции на врожденные пороки сердца и магистральных сосудов у детей в областях фактически не освоены. Понятны здесь и трудности выполнения более сложных кардиохирургических вмешательств, но этим детям и их врачам, педиатрам, страдающих вместе с ними, не легче. Как бывает в реальной жизни, помощь и забота о здоровье детей отодвигается на второй, отдаленный план, когда больница или даже отделения бывают смешанными для взрослых и детей.

Указом Правительства РК от 28.12.2007 г. утверждена также программа снижения материнской и детской смертности на 2008-2010 годы. Соответственно этому и другим последовавшим постановлениям и реформе ЕНСЗ государственное финансирование на охрану материнства и детства возросло в пять раз. Эти ресурсы в определенном проценте должны быть направлены

на развитие детской кардиологии, кардиохирургии и детской кардиоревматологии.

Следует обратить внимание, что структура сердечно-сосудистой патологии и ревматологических болезней в детском возрасте за последние десятилетия претерпела существенные изменения. Вырос в кардиологии удельный вес нарушений сердечного ритма, аномалий развития сердца и его клапанного аппарата, в ревматологии – дисплазии соединительной ткани сердца, ювенильных артритов и спондило-артропатий при существенном уменьшении острой ревматической лихорадки и ревматических пороков сердца.

Солидную часть в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у детей занимают нарушения ритма сердца. Они не только широко распространены, но и в 15-20% случаев имеют тенденцию к хроническому течению, что грозит риском формирования в среднем через 5 лет аритмогенной кардиомиопатии, нарушению кровообращения, инвалидности и внезапной смерти. Терапия аритмий в целом разработана, в республике имеется опыт и научные результаты от эффективности лечения аритмий, которые являются в основном нейровегетативного генеза и поддаются лишь комплексной, патогенетической терапии, в основе которой результат обеспечивается препаратами нейролептического, ноотропного, мемраностабилизирующего и активизирующего тканевой обмен эффекта (Р.С.Майтбасова). Однако в когорте детей с аритмиями есть доля не поддающихся терапии и обусловленные другими механизмами больных, лечение которых требует хирургических методов и радиоабляции или имплантации искусственного водителя ритма, в которой нуждаются дети с полной атриовентрикулярной блокадой, тяжелыми формами синдрома слабости синусового узла, аритмогенными синкопальными состояниями различной степени. Однако лечение этих состояний у нас в республике остается нерешенной задачей.

Одним из важных свершений государственного и ведомственного вклада в детскую кардиологию является снабжение и обеспечение детских областных больниц, крупных детских больниц и их диагностических центров новыми высокотехнологичными методами диагностики – ЭхоКГ, Эхо-вазографии, УЗИ внутренних органов, компьютерными медицинскими системами, ЭКГ с холтеровским мониторированием ЧСС и АД.

Этим самым в педиатрической кардиологии и ревматологии утвердилась возможность системного мониторинга за больными, тем самым обеспечения оптимальным лечением, профилактикой и реабилитацией.

В структуре ССЗ у детей особое место занимают ВПС. Детей, родившихся с ВПС, в стране составляет ежегодно около 3000, неоперированных детей более 5 тысяч. В стране своими кардиохирургами оперируются около одной трети детей, в хирургических центрах России и Киргизии, а также в странах дальнего зарубежья оперируются около 400-500. Более 50% из неоперированных умирают, не доживая до года. Следует отметить, что зачатие детей с ВПС у нас в Казахстане количественно не отличается от статистических данных других, в том числе развитых стран. Что касается возможности уменьшения детей, родившихся с ВПС, имеются перспективы, зависящие от своевременной пренатальной диагностики порока. Тут многое зависит от квалификации специалиста, владеющего возможностями точно ставить диагноз и, конечно, организации дородового обследования всех беременных ультразвуковым исследованием. В целом внутриутробная диагностика ВПС – путь к сокращению рождения детей с тяжелыми пороками и, одновременно, обеспечения новорожденных с ВПС возможностями ранней хирургической коррекции.

Не отошла на второй план проблема миокардитов и кардиомиопатий. Если десять лет назад диагноз кардиомиопатии был редкостью и мы устанавливали частоту ее 2-3 на 100.000 детского населения, то теперь распространенность дилатационной и гипертрофической форм кардиомиопатий составляет 20 на 100.000. Общеизвестно, что лечение их является в целом нерешенной задачей.

Ревматические болезни у детей значимы тем, что наряду с увеличением их распространенности, они отличаются риском инвалидизации и трудностями ранней диагностики. Известно, что ВОЗ при поддержке ООН объявил период 2000-2010 года «Декадой борьбы с заболеваниями костей и суставов». Основанием для проведения столь масштабных мероприятий явились установление истины:

- болезни опорно-двигательного аппарата развиваются в любом возрасте;
- у большинства больных воспалительные

заболевания суставов, диффузные болезни соединительной ткани дебютируют в детском и подростковом возрастах;

- удельный вес ревматических заболеваний очень высок среди хронических неинфекционных заболеваний.

Основная цель «Декады» - оптимизирование методов ранней диагностики, лечения и улучшения качества жизни больных с ревматическими заболеваниями, причем, красной линией в этом прослеживается постоянно педиатрическое звено проблемы.

Задачи «Декады»:

1. Осознание обществом страданий, которые причиняют ревматические болезни пациентам и их родным, реальная оценка и осознание стоимости их лечения;

2. Осознание обществом необходимости улучшения методов профилактики и тактики лечения ревматических болезней, что диктует необходимость активного проведения научных исследований в этом направлении.

Эти заболевания очень часто начинаются в детском возрасте и отличаются от аналогичной патологии у взрослых:

– склонность к хронизации, течение с прогрессированием болезни, особенно при поздней диагностике и неадекватном лечении;

– более агрессивное течение, чем у взрослых, вариантов летального исхода, особенно при системных формах болезней;

– формирование тяжелой инвалидности в течение первых 5-10 лет болезни;

– отставание больного ребенка в физическом и половом развитии, его резкое отличие по внешнему виду от сверстников;

– в большинстве случаев пожизненная инвалидность, сопровождающиеся хронической, как правило, тяжелой психоэмоциональной травмой;

– рано поставленный диагноз, адекватная грамотная терапия могут дать значительно лучшие результаты, чем у взрослых и в ряде случаев позволяют предотвратить или минимизировать инвалидность.

Частота диффузных болезней соединительной ткани, ювенильных артритов и артропатий составляет в Казахстане 0,3% детей и подростков. Многие из них протекают в тяжелой форме, с висцеритами и неблагоприятными исходами. Поэтому актуальным в настоящее время явля-

ется усовершенствование диагностических лабораторных баз на местах, внедрение современных технологий вирусологических, бактериологических и иммунологических методов исследования.

Одним из задач в этом плане являются вопросы внедрения эффективных методов терапии ЮПА и, возможно СКВ, современными препаратами генной инженерии и биологически активных препаратов, блокирующих В-клетки, как ритуксимаб, актрема и другие. Как известно, эти средства высокоэффективные в лечении взрослых больных, имеют ограничения в лечении детей. В то же время в НЦ охраны здоровья детей РАМН (Москва) эти средства успешно применяются в педиатрической ревматологии, разрешение при этом согласовано с этическим комитетом.

К ревматическим и одновременно кардиологическим проблемам детского возраста в последние десятилетия относят соединительнотканые диспластические синдромы и дисплазии соединительной ткани сердца (пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда, открытое овальное окно, удлиненная евстахиева заслонка, дилатация синусов Вальсальвы, двустворчатый аортальный клапан и т.д.), которые весьма широко распространены у детей. Так, недифференцированные формы соединительнотканного диспластического синдрома среди детей и подростков встречается по данным Г.М.Кульниязовой (Алматы, Актобе) у 67,4% детей, а связанная с ними диспластические соединительнотканые аномалии сердца являются одним из висцеральных проявлений ДСТ, их удельный вес составляет 58,6%. Эти синдромы, являясь генетически обусловленным нарушением фибрillогенеза, определяют широкое разнообразие внешних и висцеральных малых аномалий развития со сдвигом гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях, поскольку соединительная ткань и в этом числе коллаген присутствует во всех тканях, обеспечивая опорную, трофическую и защитную функции. Главное значение заключается в сочетанном проявлении функциональных патологий сердечно-сосудистой, вегетативной нервной и в определенной мере иммунной системы во многом и комплексно определяющих снижение адекватных и компенсаторных систем к умственным, физическим и психологическим нагрузкам. Своевременная диагностика ДСТ,

терапия и, что не менее важно, систематическое оздоровление и реабилитация детей, на что имеется специально разработанный алгоритм, является необходимостью открытия реабилитационных центров для таких детей при детских поликлиниках и санаториях. Это необходимо для психосоциальной адаптации, повышения качества жизни и в конечном счете для профессиональной ориентации и повышения готовности к несению воинской службы.

К кардиологической проблеме педиатрии относится известная проблема профилактики эссенциальной артериальной гипертензии, что в свою очередь является превентивной мерой предупреждения мозговых инсультов и ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста и различного уровня взрослоти. Наиболее эффективно начало профилактики в школьном возрасте, на этапе формирования приобретенных факторов риска, когда они носят еще нестойкий характер, не сложился стереотип нездорового образа жизни, чреватой развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Эта проблема другой стороной, естественно, захватывает такие явления как табакокурение, наркомания, быт неблагополучных семей и одновременно проблему ожирения и связанного с ним метаболического синдрома. Избыточный вес у 15% детей школьного возраста г. Алматы, по нашим данным, одна треть детей с ожирением имеет уже частичные или полные признаки метаболического синдрома (гиперинсулинемия, повышенный уровень глюкозы в крови, гиперхолестеринемия, артериальная гипертония).

Таким образом, проблем в детской кардиологии и ревматологии Казахстана достаточно, для решения их нужны превентивные меры, предпринимаемые именно в детском и подростковом возрастах.

За последние три года в республике защищены немало докторских диссертаций.

Докторская диссертация Чингаевой Гульнар Нуртасовны «Клинико-патогенетическое обоснование лечения и профилактики вирусных гепатитов В и С у детей с хронической болезнью почек» по специальности «14.00.09 – педиатрия» выполнена в рамках научно-технической программы Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК «Научно-обоснованные пути решения проблемы снижения инвалидности и смертности у детей с врожденными пороками

развития» (2006-2008), шифр 0.0375 № гос.регистрации 0106РК01413.

Инфицирование вирусами гепатитов В и С пациентов с терминальной стадией ХБП происходит в период лечения ПГД, что связано с нарушенным иммунным статусом больных с уремией, обуславливающим длительную персистенцию вирусов в организме, превращающим диагностические отделения в резервуар вирусов и серьезную опасность для больных и персонала этих отделений. Стертые клинические проявления вирусного гепатита затрудняют своевременную диагностику заболевания, а на фоне иммуносупрессивной терапии при трансплантации происходит активация возбудителей гепатита, способствующая процессам отторжения почечного трансплантата, ухудшающая его функции и выживаемость.

Новым в работе является определение частоты и особенностей течения вирусных гепатитов В и С у детей с хронической болезнью почек; доказательство необходимости проведения противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В препаратором левудина у детей с различными стадиями хронической болезни почек до и после трансплантации (изобретение «2008/0298.1»).

Доказана эффективность и безопасность применения комбинированной терапии пег-ИФН и б-2а и рибавирина при хроническом гепатите С у детей на ранних стадиях болезни почек.

На основании характерных нарушений клеточного и гуморального иммунитета автором обоснована необходимость изменения существующих схем вакцинации против гепатита В у детей на программном гемодиализе.

Доказана эффективность предложенной ею усиленной схемы вакцинации против гепатита В по сравнению со стандартной схемой у детей с ранней стадией ХБП. Абсолютность новизны данного предложения подтверждена изобретением (№2007/1357.1).

Также новым в диссертационной работе является доказательство применения вакцинации против гепатита В в комбинации с иммуномодулятором у детей на программном гемодиализе (изобретение №2009/0298.1).

Докторская диссертация Наушабаевой Асии Еркиновны посвящена «клинико-морфологическому обоснованию диагностики и лечения гломе-

рулярных заболеваний у детей» по специальности 14.00.09-педиатрия и 14.00.15-патологическая анатомия. Новым в работе является установление современной структуры и частоты клинических синдромов при гломерулярных заболеваниях у детей. Обоснована диагностика и адекватность лечения при гломерулярных заболеваниях у детей от клинико-морфологических и, в ряде случаев, генетических признаков (концепция).

Дана оценка эффективности различных схем иммуносупрессивной терапии в зависимости от клинико-морфологического варианта гломерулярных заболеваний у детей.

Абсолютная новизна результатов исследования подтверждена полученными патентами.

В целом по вопросам детской нефрологии, особенно терминальным состояниям у больных с хронической почечной недостаточностью в додиализном и диализном периоде защищены около десяти докторских и кандидатских диссертаций. Установлена частота хронических болезней почек и переходные состояния после трансплантации почек, проводившихся в Казахстане, такие как ранняя диагностика острого отторжения почек, метод биопсии почечного транспланта, коррекция минеральных и костных нарушений у детей с терминальной почечной недостаточностью, формы серьезных кардиоваскулярных нарушений у детей с хронической болезнью почек.

Другим научным достижением в педиатрии республики является разностороннее исследование проблемы целиакии у детей в Казахстане. Считавшаяся до сих пор редким заболеванием, целиакия, оказывается, является частой патологией, равной 1:262 и протекающей очень часто в атипичной, труднодиагностируемой форме. С внедрением передовых технологий точной диагностики – определением аглиадиновых антител и исследованием биоптата из слизистой тонкой кишки в клинике НЦПиДХ МЗ РК (г. Алматы) стало возможным полное клинико-лабораторное исследование этих болезней и лечение аглиадиновой диетой и сопутствующих осложнений заболевания, которые, оказывается, встречаются весьма часто у больных целиакией из-за формирования макро- и микрополинутриентной недостаточности и риска аутоагgressивной патологии.

Из приведенного выше можно обобщить, что в научных учреждениях и ВУЗах Казахстана имеется своя научная школа по многим разде-

лам прикладной педиатрии, научные кадры, которые интенсивно готовились в течение последних 3-х лет. Ими опубликованы научные статьи в зарубежных журналах, монографии, получены предпатенты на изобретение, результаты научных исследований внедрены в форму методических рекомендаций, пособий и т.д. в практику работы учреждений детского здравоохранения республики.

Научные лаборатории в КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова и лаборатории НЦПиДХ (г. Алматы) и ННЦМиД МЗ РК (г. Астана) достаточно оснащены современной аппаратурой высокой разрешающей способности.

Однако имеется и немало проблем, связанных с недостатком финансирования, подготовкой и обучением кадров в передовых учреждениях за рубежом, низким окладом научных и научно-педагогических работников.

3. Выводы и рекомендации

В результате реализации первого этапа Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в 2005-2010 годах успешно осуществлены намеченные цели, достигнуты определенные улучшения качественных показателей здоровья населения.

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки Казахстана была подчеркнута необходимость «...принятия действенных мер по развитию службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам».

Процессы интенсивного развития и реформирования здравоохранения в период перехода к новым принципам ее организации, безусловно, обусловливают необходимость научного сопровождения, адаптации и прогнозирования результатов внедряемых новшеств.

Однако в сфере ОЗМ и Р, важное в этом отношении научное направление по проблемам организации здравоохранения и социальной медицины, пока что оказалось недостаточно востребованной.

Государственной Программой развития здравоохранения Казахстана на 2011-2015 годы определены цели по снижению младенческой смертности в 1,5 раза, материнской смертности в 1,5. Планируемая продолжительность жизни – 70,1 лет. Для достижения этих целей предусмотрена

концентрация усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в первую очередь детям и подросткам.

На показатель ожидаемой продолжительности жизни существенное отрицательное влияние оказывают 2 фактора: высокие уровни младенческой смертности, а также общей смертности населения. Поскольку младенческую смертность можно отнести к более управляемому фактору, то в создании, по поручению Президента страны, «..программы для повышения уровня средней продолжительности жизни...» основной акцент целесообразно сделать, прежде всего, на мероприятиях по снижению младенческой смертности.

В свою очередь, резервы эффективного снижения младенческой смертности заложены, главным образом, в снижении неонатальной смертности, в частности, в снижении смертности новорожденных в первые 7 дней после рождения и от 7 дней до 28 дней жизни ребенка. Их удельный вес по данным медицинской статистики в сумме составляет почти 52% потерь среди всех умерших детей в возрасте от рождения до 5 лет жизни. Из них в 41% смерть новорожденных происходит в родильных домах.

Наиболее важным показателем перинатального здоровья является уровень и структура перинатальной смертности (ПС), которая в то же время характеризует качество акушерской и неонатальной помощи.

По сравнению с 2007г. в 2009 году был отмечен выраженный рост показателя ПС на 32,5% (с 13,7% до 20,3%).

Возросла доля младенческих потерь в постнеонатальном периоде с 4,62% в 2007г до 5,4% в 2009 и уровень показателя мертворождаемости с 6,6% в 2007г до 10,1% в 2009г. Такая ситуация не согласуется с основным законом изменения уровня детской смертности («Закон смертности» У.Перкса), согласно которому основной спецификой детской смертности является замедление ее роста в старших возрастах, т.е. постнатальные потери должны быть существенно ниже и снижаться в первую очередь.

Высокий уровень и доля постнеонатальных потерь младенческих жизней свидетельствует о больших резервах снижения младенческих смертей.

Досуточная летальность является интегральным показателем качества медицинской помощи на догоспитальном этапе, высокий уровень которой свидетельствует об определенных уп-

щениях в лечебно-профилактической работе на этапе амбулаторно-поликлинического звена.

Организация перинатальной помощи в Республике Казахстан не может быть унифицированной для всех регионов; высокий региональный разброс показателей перинатальной патологии и различный уровень и структура репродуктивных потерь в регионах страны диктует необходимость поиска дифференцированного подхода к оптимизации службы охраны здоровья матери и ребенка. Необходима научная разработка проблемы путем проведения целевых аналитических исследований по государственному заказу с использованием областных возможностей. В результате этих исследований должны быть предложены обоснованные рекомендации по адаптации программы регионализации ПП с учетом местных особенностей.

Еще одним резервом для снижения показателей детской и младенческой смертности является смертность от генетически обусловленных заболеваний, в частности, наследственных нарушений обмена и муковисцидоза (МВ). Наследственные болезни обмена веществ (НБО) – обширная группа моногенных болезней, объединяющая около 500 нозологических форм. Диагностика и лечение НБО является одной из сложных задач клинической генетики, педиатрии и неврологии.

Частота отдельных форм НБО в популяциях крайне низкая, однако, суммарная частота высока и составляет 1:3000-1:5000 живых новорожденных.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах мира, частота различных заболеваний накопления составляет от 1: 500 (гиперлипопротеинемия) до 1: 60000 (гликогенозы, болезнь Гоше). Распространенность болезней накопления в Казахстане неизвестна, однако можно предположить подобную эпидемиологическую картину и в нашей республике.

Данная группа болезней отличается выраженным клиническим полиморфизмом и генетической гетерогенностью. Для большинства НБО характерны такие неспецифические клинические проявления, как судороги, кома, мышечная слабость, рвота, гепатосplenомегалия и др., которые затрудняют своевременную поставку правильного диагноза. Особые трудности вызывает диагностика врожденных нарушений обмена веществ у новорожденных. Это связано с тем, что заболевания протекают тяжело и в большинстве случаев заканчиваются летально до того, как ста-

новится очевидной специфическая клиническая картина. В периоде новорожденности проявляются примерно 25% известных НБО и почти все они отличаются особой тяжестью состояния ребенка. Большинство детей с неонатальными формами НБО умирают в первые месяцы жизни или длительно наблюдаются с самыми различными неадекватными диагнозами (умственная отсталость, детский церебральный паралич, эпилепсия и др.)

По этиологическим причинам НБО с манифестиацией клинических проявлений в неонатальном периоде условно разделяют на нарушения метаболизма аминокислот, нарушения метаболизма органических кислот, нарушения обмена углеводов, митохондриальные энцефалопатии и др. Митохондриальные энцефалопатии, в свою очередь, разделяются на нарушения функций дыхательной цепи, нарушения функции ферментов цикла Кребса, нарушения синтеза и обмена карнитина (системная недостаточность карнитина, дефицит ацилкарнитинтранслоказы), нарушения β-окисления жирных кислот (дефицит ацил-СоА-дегидрогеназ жирных кислот с короткой, средней, длинной и очень длинной углеродной цепью, множественный дефицит ацил-СоА-дегидрогеназ).

Следует отметить, что распространенность отдельных форм НБО зависит от популяционных особенностей. Например, распространность фенилкетонурии в среднем составляет 1:10 000 новорожденных, однако в Ирландии и Шотландии данный показатель – 1:4 000, в Японии – 1:100 000.

Таким образом, популяционные различия в распространенности НБО необходимо учитывать при разработке скрининговых программ диагностики НБО у новорожденных.

В последние годы особый интерес вызывает изучение нарушений энергетического обмена, в частности, β-окисления жирных кислот у новорожденных. Период новорожденности, наряду со многими известными особенностями, отличается напряжением и дефицитом энергетического обмена. Нарушения энергетического обмена и карнитиновый дефицит значительно усугубляются в случае недоношенности, повреждения нервной системы, дыхательных расстройств, сердечно-сосудистой недостаточности, анемии и гипербилирубинемии.

По данным литературы, дефицит карнитина часто возникает у детей первого года жизни, особенно у недоношенных и новорожденных с ма-

лой массой тела. Дефицит карнитина приводит к нарушениям важнейших функций организма новорожденного, и как отмечают различные исследования, повышается рост заболеваемости, снижается жизнеспособность, в ряде случаев является причиной внезапной смерти новорожденного. Поэтому своевременное выявление в период новорожденности нарушений энергетического обмена, в частности, обмена карнитина и ацилкарнитинов, необходимо для коррекции состояния новорожденных.

Для своевременной ранней диагностики НБО во многих странах мира внедрен скрининг новорожденных. В большинстве стран неонатальный скрининг проводится на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз, серповидноклеточную анемию, митохондриальные болезни. Своевременное выявление детей с НБО позволяет назначить необходимое лечение еще до наступления клинической манифестации заболевания, что предотвращает задержку умственного развития и инвалидизацию ребенка. Ранняя диагностика и лечение НБО, несомненно, имеет огромные медицинские, социальные и экономические преимущества для государства [1,2,3].

Согласно приказа МЗ РК №140 от 28 марта 2006 года “О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденной и наследственной патологии у детей”, в Казахстане проводится скрининг новорожденных на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Распространенность данных заболеваний в Казахстане известна и хорошо изучена. Однако распространенность и актуальность других НБО для популяции РК не известна, что не позволяет научно обосновать введение в программу неонатального скрининга дополнительных нозологий НБО. Поэтому изучение распространенности НБО методом tandemной масс-спектрометрии в РК является актуальной проблемой, как для клинической генетики, так и для педиатрии, так как одновременно изучается 12 аминокислот и спектр ацилкарнитинов.

Муковисцидоз (МВ) – одно из наиболее частых моногеннонаследуемых заболеваний с полигенной манифестацией. Причиной МВ является мутация гена, который обозначается как трансмембранный регулятор проводимости (CFTR – cistic fibrosis transmembrane conductance regulator) [4,5].

В большинстве стран Европы и Северной

Америки распространенность МВ составляет от 1: 2000 до 1 : 4000 новорожденных. В России отмечается более низкая частота – 1: 12000 новорожденных, что частично может быть объяснено влиянием смешения славянской и финно-угорской популяций в ходе формирования русской народности [5,6].

Сведений о распространенности МВ в Казахстане нет. Серьезных эпидемиологических исследований в нашей стране не проводилось, одной из причин такого подхода, по-видимому, служило предположение, что муковисцидоз встречается исключительно среди лиц европеоидной расы. Но сегодня хорошо известно, что с разной частотой МВ поражает все расы и национальности.

Проведение ДНК-исследования на всевозможные мутации, связанные с МВ, невыполнимо. В развитых странах спектр и распределение мутаций хорошо известны, благодаря мультицентровым исследованиям, которые были проведены в 1999-2000. Эти исследования охватили 17 стран Центральной и Восточной Европы и России. Спектры различных мутаций и полиморфизмов гена CFTR обладают выраженной популяционной специфичностью, являясь отражением генетических процессов у разных этнических групп [7].

В результате этих исследований были определены спектры и частоты МВ-мутаций, характерных для данных регионов. Это позволило обосновать рутинное обследование, включающееся в себя ряд наиболее частых для каждой конкретной популяции или региона мутаций, частота которых более 0,5%. В большинстве Европейских стран такой подход позволяет выявить 90 – 95% больных МВ. При отсутствии у пациента мутаций, наиболее часто встречающихся в данном регионе, диагностика МВ становится маловероятной. 100% определение практически невозможно.

В целом выявлены 33 частые мутации в гене. По данным международного консорциума, 10 мутаций в гене можно считать часто встречающимися в мире (delF508-53%, CFTR2?3 (21kb) (6,4%), N1303K (2,6%), 218insA (1,8%), 2143delT (1,8%), W1282 X (1,9%), G542X (2,0%), 3849+10kbC>T (1,9%), R334W (0,7%), S 1196X (0,7%). Наиболее часто является мутация delF508[8].

Наиболее распространной у жителей Западной Европы и Северной Америки является мутация delF508, приводящая к отсутствию фенилаланина в 508 положении белка ЕРМБ. В этих

странах частота delF508 находится в пределах 70-85%. В Европе частота мутации обнаруживает определенный градиент распространения с севера на юг и с запада на восток, достигая 85% в Дании она уменьшается до 50% в Италии и до 20-30% в Турции. В Европейской части России она составляет около 50% всех мутантных (CF) хромосом. У евреев-ашкенази доминирующей по частоте является мутация W1282X (33%) Отсюда следует, что спектр (кит) генетических исследований при МВ в каждой популяционной группе должен быть свой [9].

В Казахстане таких исследований не проводилось, спектр мутаций, характерных для регионов, не определен. В своих предшествующих исследованиях мы ориентировались на данные 10 часто встречающих в мире мутаций. Наши немногочисленные (23 ребенка) предварительные генетические исследования выявили мутацию del F 508 у 7 больных, причем у 2-х в сочетании с другими мутациями - del21kb, 394delTT, У 6 детей выявлена мутация 2143delT/N. У остальных мутации гена МВ не обнаружены. Таким образом, проблема МВ должна найти свое отражение не только в ранней диагностике, лечении и реабилитации, но и определении спектра мутаций гена МВ, характерных для детей казахской национальности.

Медико-социальная помощь больным генетически детерминированными заболеваниями, которая обеспечивает качество жизни как самим больным, так и семье в целом, в Казахстане практически отсутствует. Врачи первичного медицинского звена плохо знакомы с этой проблемой. Отсутствует преемственность в лечении больных между специализированными стационарами и детскими поликлиниками, не налажена четкая схема полного лекарственного обеспечения, не утвержден перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых бесплатно, отсутствует система активного диспансерного наблюдения.

Проведенные в Казахстане и за рубежом исследования свидетельствуют о необходимости обследования и выявления наследственных заболеваний еще на доклиническом этапе с целью своевременного назначения патогенетической терапии. До настоящего времени не отработаны дифференциально-диагностические критерии, не изучены оптимальные схемы терапевтической коррекции данных патологий.

Цель: Научное обоснование и совершенствование технологий оказания медицинской помощи детям для снижения заболеваемости, младенческой и детской смертности.

Задачи:

I. Усовершенствовать существующие и разработать новые организационные технологии медицинского обеспечения детей до 1 года жизни на различных уровнях оказания медицинской помощи.

II. Усовершенствовать и внедрить эффективные медицинские технологии диагностики и лечения инвалидизирующей патологии у детей.

III. Разработать новые стандарты профилактического наблюдения и оказания медицинской помощи детям в возрасте до 5 лет при наиболее распространенных заболеваниях.

IV. Разработать рекомендации по повышению качества жизни детей в возрасте до 5 лет с хроническими инвалидизирующими заболеваниями.

В целом можно заключить, что продолжающиеся в стране ухудшения в состоянии здоровья детей, высокая заболеваемость и инвалидность на фоне врожденных пороков развития, как проблема переросла медико-социальные границы и достигла государственного масштаба. Поэтому для коренного изменения положения в сторону улучшения необходимы:

а) осуществление на деле приоритетности науки и практики охраны здоровья детей законодательным закреплением политики государства и правительства;

б) всемерная поддержка фундаментальных и прикладных исследований, направленных на раннюю диагностику, эффективные технологии лечения и реабилитации, а также превентивной профилактики наиболее распространенных заболеваний с обеспечением прав ребенка на бесплатность и доступность медицинской помощи.

Реальные перспективные сотрудничества казахстанских педиатров имеются и наложены с Российскими, Южнокорейскими и Германским научными центрами (педиатрии и детской хирургии). Основным источником финансирования научных исследовательских программ могут быть средства, выделяемые правительством страны. Дополнительными источниками могут послужить гранты, выделяемые научно-техническими фондами и некоторыми фирмами на временной и договорной основе.

В целях дальнейшего улучшения здоровья детей в стране рекомендуется:

- обратиться в Кабинет Министров РК о принятии и утверждении целевой программы по укреплению здоровья детей старшего и подросткового возраста;

- при формировании бюджета здравоохранения предусмотреть финансирование службы охраны материнства и детства в объемах не менее 35% от консолидированного бюджета здравоохранения;

- принять меры по сохранению принципов участкового медобслуживания детей в детских поликлиниках городских поселений, одновременно взять под контроль выпуск медВУЗами врачей педиатров в достаточной количестве и соразмерном соотношении с процентным отношением детского населения в республике;

- принять меры по развитию самостоятельных детских кардиохирургических центров в областях для обеспечения хирургической помощью детей с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов;

- принять меры по расширению исследований по клинической и профилактической педиатрии, по медико-социальным аспектам формирования здоровья детей, вакцинопрофилактике и реабилитационной помощи в регионах

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

1. Резолюция XIV Конгресса России с международным участием. «Актуальные вопросы педиатрии» (15-18 февраля 2010 г., г. Москва)

2. Гордон А. Достижения мировой медицины за последние 10 лет. [Http://megymedy.ru/](http://megymedy.ru/)

3. Баранов А.А., Смирнов И.Е. Новые технологии диагностики детских болезней. НЦЗД РАМН г., Москва, Россия, 2009 г.

4. II Ежегодный Конгресс педиатров стран СНГ. Материалы Конгресса, Астана, Казахстан. 17-18 мая 2010 г.

5. Аканов А.К. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова. Стратегия развития. Алматы, 2009 г.

6. «В педиатрии найдем спасение?» Медицинская газета №190 от 18.03.2009 г.

7. Стратегическое развитие Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова: путь от инновационного ВУЗа к национальному исследовательскому университету. Москва, РФ, 2009

8. Хабижанов Б.Х. Проблемы детской кардиологии и ревматологии в Казахстане. Доклад на X Конгрессе педиатров тюркского мира. Астана, 15-16 сентября 2010 г.

9. Ормантаев К.С. Стратегия развития детской хирургии в Казахстане. Доклад на X Конгрессе педиатров тюркского мира. Астана, 15-16 сентября 2010 г.