

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ»**

УДК: 616.24-002-053.2

На правах рукописи

ДАВЛАТЗОДА ДИЛШОД АСЛАМ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА И ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ИХ
ТЕЧЕНИЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.08 – Педиатрия

Душанбе 2025

Диссертация дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ:

Раҳматова Рухона Акрамовна – д.и.т., дотсент, ходими пешбари илмии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

Муқарризони расмӣ:

Ҷураев Муҳаммад Наврузович – доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи аллергология ва иммунологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Абдуллаева Наргис Абдумавлоновна – номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муассисаи

тақриздиханда:

«Маркази миллии ҳифзи модар ва кӯдак»-и назди

Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон, ш. Бишкек, Ҷумҳурии Қирғизистон

Ҳимояи диссертатсия «16» сентябри соли 2025 соати 13⁰⁰ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» » шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2025 ирсол гардид.

Котиби илмӣ шурои

Диссертатсионӣ н.и.т.,

дотсент



Чамолова Р.Ҷ.

Введение

Актуальность темы исследования. Патология органов дыхания у детей первого года жизни продолжает занимать ведущее место в структуре педиатрической заболеваемости и смертности С.Н. Кудратова [7], М.А. Лазарева [8], Л.Ф. Джумаева [10], Р.М. Абдурахимов, А.В. Вохидов [1], Р.М. Абдурахимов [2], Н.И. Попкова [11], Н.А. Абдуллаева [13], К.И. Исмоилов [5], З.Н. Набиев [4], Т. Nazir [14], WHO [15]. Особую актуальность представляет внебольничная пневмония у детей раннего возраста, обусловленная высоким риском осложнений, быстрой прогрессией воспалительного процесса и трудностями диагностики Л.Ф. Джумаева [10], К.И. Исмоилов [5], Р.М. Абдурахимов [3].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), воспаление лёгких остаётся одной из главных причин смертности у детей до 5 лет, особенно в странах с ограниченными ресурсами Т. Nazir [14], WHO [15]. В Республике Таджикистан, как показано в работе З.Н. Набиева и соавт., частота младенческой смертности, обусловленной пневмонией, в 2019 году достигала 36,4% З.Н. Набиев [9]. Актуальность проблемы подчёркивается данными, согласно которым уровень заболеваемости острыми респираторными инфекциями у детей младше 1 года достигает 70 случаев на 1000, с тенденцией к снижению с возрастом Л.Ф. Джумаева [10], З.Н. Набиев [9]. Факторы риска включают особенности анатомо-физиологического строения дыхательных путей, незрелость иммунной системы, а также неблагоприятные социально-гигиенические условия Р.М. Абдурахимов [3], Н.А. Абдуллаева [13], К.И. Исмоилов [6].

В ряде работ отечественных исследователей показано, что пневмония у детей раннего возраста нередко сопровождается нарушениями метаболизма, электролитного баланса, гемостаза, что усугубляет течение заболевания и требует комплексного подхода к лечению С.Н. Кудратова [7], Р.М. Абдурахимов [3], К.И. Исмоилов [6].

Результаты исследований демонстрируют важность рациональной антибактериальной терапии, а также иммуномодулирующего и метаболического

сопровождения лечения Н.И. Попкова [11], Р.А. Рахматова [12]. Подчёркивается значимость немедикаментозных методов лечения — озонотерапии, лазеротерапии, физиотерапии — в улучшении клинических исходов и снижении длительности госпитализации Р.М. Абдурахимов, А.В. Вохидов [3].

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и терапии, пневмония у детей раннего возраста остаётся ведущей медико-социальной проблемой, требующей дальнейших научных разработок и внедрения эффективных протоколов раннего реагирования.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проблема пневмонии у детей раннего возраста на протяжении последних десятилетий является объектом пристального внимания исследователей и клиницистов в силу высокой частоты встречаемости, тяжести течения и значительного вклада в структуру детской смертности, особенно в странах с ограниченными ресурсами. В научной литературе отражены различные аспекты данной патологии: этиология, патогенез, особенности клинической картины, диагностики, профилактики и лечения. Существенный вклад в изучение детских пневмоний внесли отечественные и зарубежные исследователи, такие как Вохидов А.В., Исмоилов К.И., Джураев М.Н., Набиев З.Н., Абдуллаева Н.А., С.Ю. Каганов, В.А. Таболин, Н.Н. Волкова, Т.Б. Дмитриева, В.Г. Майданник, В.А. Ревна, а также международные организации — ВОЗ, ЮНИСЕФ и Европейская ассоциация детских инфекционистов. В последние годы в центре внимания учёных оказались особенности течения пневмонии у детей раннего возраста, ассоциированной с факторами риска — недоношенностью, гипотрофией, анемией, иммунодефицитными состояниями, неблагоприятной эпидемиологической и социальной обстановкой.

Таким образом, представленное исследование восполняет имеющийся пробел в научных знаниях, дополняя существующую базу регионально-ориентированным клинико-аналитическим материалом, что расширяет представление о механизмах и факторах, влияющих на течение пневмоний в раннем возрасте, и способствует совершенствованию диагностики и лечебно-

профилактических мероприятий в условиях педиатрической практики Таджикистана.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Тема настоящей диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательских работ ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», посвященных изучению темы «Состояние достоверности и динамики развития показателей здоровья детей в младенческом возрасте, и разработка научно-обоснованной методологии межсекторального подхода к её устойчивости в Республике Таджикистан» ГР № 0121ТJ1090.

Общая характеристика исследования

Цель исследования. Выявить клинико-патофизиологические особенности, факторы риска и диагностические маркеры тяжёлого течения пневмонии у детей раннего возраста, а также на их основе разработать обоснованные подходы к комплексному лечению с учётом этиологических факторов и степени тяжести заболевания.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту распространённости пневмонии в зависимости от этиологических факторов у детей в Республики Таджикистан
 2. Изучить клинико-лабораторные особенности пневмонии у детей раннего возраста в зависимости от формы и тяжести заболевания.
 3. Исследовать показатели иммунной системы, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты как прогностические индикаторы течения и исхода пневмонии
 4. Определить роль метаболитов и иммуномодуляторов в алгоритме лечения пневмонии у детей в зависимости от этиологии и тяжести заболевания.
- Объект исследования.

Объектом исследования являются дети раннего возраста, страдающие различными формами внебольничной и госпитальной пневмонии. Исследуемая когорта включала пациентов в возрасте от 1 месяца до 3 лет, поступивших в медицинские учреждения с клинически и рентгенологически подтверждёнными

формами острой пневмонии. Объект исследования охватывает как клинические проявления заболевания, так и сопутствующие факторы, оказывающие влияние на тяжесть течения, исходы и эффективность проводимой терапии.

Предмет исследования. Клинико-эпидемиологические особенности пневмоний у детей раннего возраста, а также влияние факторов на характер течения, степень тяжести, клиническое проявление и исход заболевания. Особое внимание в рамках предмета исследования уделено диагностическим критериям, показателям функционального состояния организма, эффективности терапии в зависимости от формы пневмонии и сопутствующих состояний, а также разработке подходов к совершенствованию лечебно-профилактических мероприятий в условиях педиатрических стационаров Республики Таджикистан.

Научная новизна исследования. На основе клинических материалов в условиях Республики Таджикистан выделены ведущие факторы риска, способствующие высокому уровню бронхолегочной заболеваемости у детей раннего возраста.

Установлены особенности клинического течения пневмонии у детей раннего возраста, характеризующиеся более длительным сохранением ведущих симптомов заболевания на фоне сопутствующих заболеваний, дефицита иммунной реактивности, в зависимости от этиологии и тяжести течения заболевания.

Использование в комплексной терапии метода лазерной кавитации способствовало существенному улучшению показателей гемодинамики, снижению уровня эндогенной интоксикации и восстановлению нарушенных функций.

Выявлена взаимосвязь иммунобиохимических маркеров (С-реактивного белка, иммуноглобулинов, показателей белкового обмена) с фоновыми соматическими нарушениями у детей с тяжёлым течением пневмонии, а также их влияние на адаптационные возможности организма.

Доказано, что включение в комплексную терапию пневмонии у детей раннего возраста антиоксидантов и иммуномодуляторов способствует более

быстрой стабилизации состояния, снижает частоту гнойно-септических осложнений, сокращает сроки госпитализации.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Разработана и обоснована дифференцированная оценка клинико-эпидемиологических и медико-социальных факторов риска тяжёлого течения пневмонии у детей раннего возраста, что позволяет выделить группы высокого риска и сформировать персонализированные схемы наблюдения и лечения.

Установлена диагностическая и прогностическая ценность иммунобиохимических показателей в оценке тяжести состояния и динамики воспалительного процесса, что может быть использовано для ранней стратификации пациентов и оценки эффективности терапии.

Подтверждена целесообразность применения метаболически ориентированной и иммунонаправленной терапии у детей с пневмонией на фоне сопутствующей патологии, что позволило значительно сократить сроки госпитализации, снизить частоту осложнений и повторных госпитализаций.

Полученные результаты могут быть внедрены в клиническую практику учреждений первичной медико-санитарной помощи, педиатрических стационаров и отделений интенсивной терапии в качестве дополнения к существующим клиническим протоколам.

Положения выносимую на защиту.

1. Установлена высокая частота осложнённого течения пневмоний у детей раннего возраста обусловленная неблагоприятным преморбидным фоном и сопутствующими заболеваниями.

2. Комплексное лечение с использованием иммуномодуляторов, антиоксидантов и немедикаментозных методов достоверно улучшают клинико-лабораторные показатели, снижают выраженность интоксикационного синдрома и сокращают продолжительность стационарного лечения.

3. Биомаркеры (молочная кислота, малоновый диальдегид, СОД, АсАТ/АлАТ, ЛПИ) имеют прогностическую ценность в оценке тяжести состояния и эффективности терапии при острой пневмонии у детей.

4. Позднее поступление в стационар (на 5–6 сутки заболевания) является независимым фактором риска развития осложнений, включая дыхательную недостаточность и потребность в респираторной поддержке.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных в исследовании результатов обеспечивается клинико-эпидемиологическим обоснованием выборки, корректностью использованных методов диагностики и анализа, а также воспроизводимостью полученных данных. Общее количество обследованных пациентов составило 156 детей раннего возраста с различными формами пневмоний, проходивших лечение в Государственном учреждении «Национальный медицинский центр Шифобахш» Республики Таджикистан и в областном центре Согдийской области. Для объективной оценки использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, соответствующие современным стандартам оказания медицинской помощи детям. Все пациенты были стратифицированы по клиническим формам заболевания и степени тяжести, а для оценки эффективности проводимой терапии применялись унифицированные критерии, признанные в отечественной и международной педиатрической практике. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета программ SPSS, что включало расчёт средних арифметических значений, стандартных отклонений, определение достоверности различий по критерию Стьюдента и χ^2 , а также выполнение корреляционного анализа. Повышению достоверности способствовало использование однородных методов обследования и лечения, строгое соблюдение методологических принципов проведения исследования, а также проведение сопоставления полученных результатов с данными отечественных и зарубежных источников литературы последних лет.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Область исследования данной работы соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08. – Педиатрия: подпункт 3.4 – Этиология и патогенез факторы риска патологическое состояние у детей; подпункт 3.7 – Дисфункции органов и системы у детей с нарушением основных функций организма; подпункт 3.9 - Сочетанная патология внутренних органов, кровообращения, органов

дыхания, органов пищеварения, опорно-двигательной системы и их проявлений.

Личный вклад соискателя. Автором лично обследовано 156 детей раннего возраста с различными формами внебольничной и госпитальной пневмонии. Самостоятельно проведён всесторонний анализ анамнестических, клинических, лабораторно-инструментальных данных, отбор и группировка пациентов в соответствии с поставленными задачами исследования.

Осуществлён систематический обзор отечественной и зарубежной научной литературы, публикаций и клинических рекомендаций по теме пневмоний у детей раннего возраста. На основе обобщения научной информации и собственных наблюдений разработан подход к комплексной оценке течения пневмонии с учётом факторов риска, включая перинатальные, иммунологические и социально-гигиенические аспекты.

Давлатзодой Д.А. самостоятельно внедрена методика интерпретации клинико-лабораторных данных с использованием персонального компьютера, проведён статистический анализ результатов с применением программы SPSS, включая расчёт достоверности различий между сравниваемыми группами, корреляционный анализ и оценку влияния отдельных факторов на тяжесть течения заболевания.

На основании полученных данных разработаны и предложены практические рекомендации по совершенствованию диагностико-лечебной и реабилитационной тактики у детей с пневмонией. Результаты научного исследования апробированы на профильных клинических базах и внедрены в практику работы педиатрических отделений.

Лично подготовлены и опубликованы научные статьи, выполнены выступления с докладами на научно-практических конференциях. Анализ полученных результатов, их статистическая обработка и научная интерпретация выполнены автором самостоятельно. Удельный вклад автора в накопление и систематизацию научной информации составляет более 85%, в обобщении, статистической обработке и интерпретации результатов – 100%.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты диссертации, ее принципиальные положения были обнародованы, обсуждены на

заседании Общество педиатров Согдийской области, общество детских анестезиологов, реаниматологов и хирургов РТ (2018-2019), II и IV Российский съезд детских анестезиологов-реаниматологов и IX Михельсоновские чтения (2021, 2025).

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 5 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан, 2 в материалах научно-практических конференций, разработано 2 рационализаторских предложений.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 166 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 3 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 137 источников (из них 73 отечественных и 64 зарубежных). Работа содержит 9 таблиц и 25 рисунков.

Содержание работы

Материал и методы исследования. В процессе выполнения диссертационной работы, под нашим наблюдением находились 156 больных детей до 3-х лет, госпитализированные в детское соматическое и реанимационное отделение НМИЦ Республики Таджикистан в период с 2019 по 2022 гг. В зависимости от возраста и тяжести состояния исследуемых больных получали терапию в соответствующих отделениях: дети до 1 года без выраженных нарушения дыхания и синдром эндогенной интоксикации были госпитализированы в отделение неонатологии профильное отделение, которые составили 48 (30,8%) детей, от 1 до 2 лет составили 56 (35,9%) детей, от 2 до 3 лет 52 (33,3%) детей госпитализированы в отделение детей раннего возраста и пульмонологии.

Среди обследованных 156 детей, 88 (56,4%) было мальчиков и 68 (43,6%) девочек, с различной степенью тяжести проявления воспалительного процесса дыхательной системы. В зависимости от этиологических факторов нами были условно распределены больные на две группы. В первую группу вошли 91 (81,1%) больные с внебольничной пневмонией (ВП), во вторую группу были включены - 65 (18,9%) детей с госпитальной пневмонией (ГП).

Анализ карты больных детей с ВП было 50 (54,9%) мальчиков, 41 (45,1%) девочек. Они были разделены по возрасту на следующие группы, до 1год 24 (26,4%) больных, от 1 до 2 лет 34(37,4%) больных до 3 лет 33 (36,2%).

Среди детей с ГП было мальчиков - 38 (58,5%), девочек - 27 (41,5%). до 1год 24 (36,9 %) больных, от 1 до 2 лет 22 (33,8%) больных до 3 лет 19(29,3%).

Данные исследования и клинические наблюдения подтверждают, что в обеих группах, больных с заболеваниями дыхательной системы встречается у мальчиков более 60%.

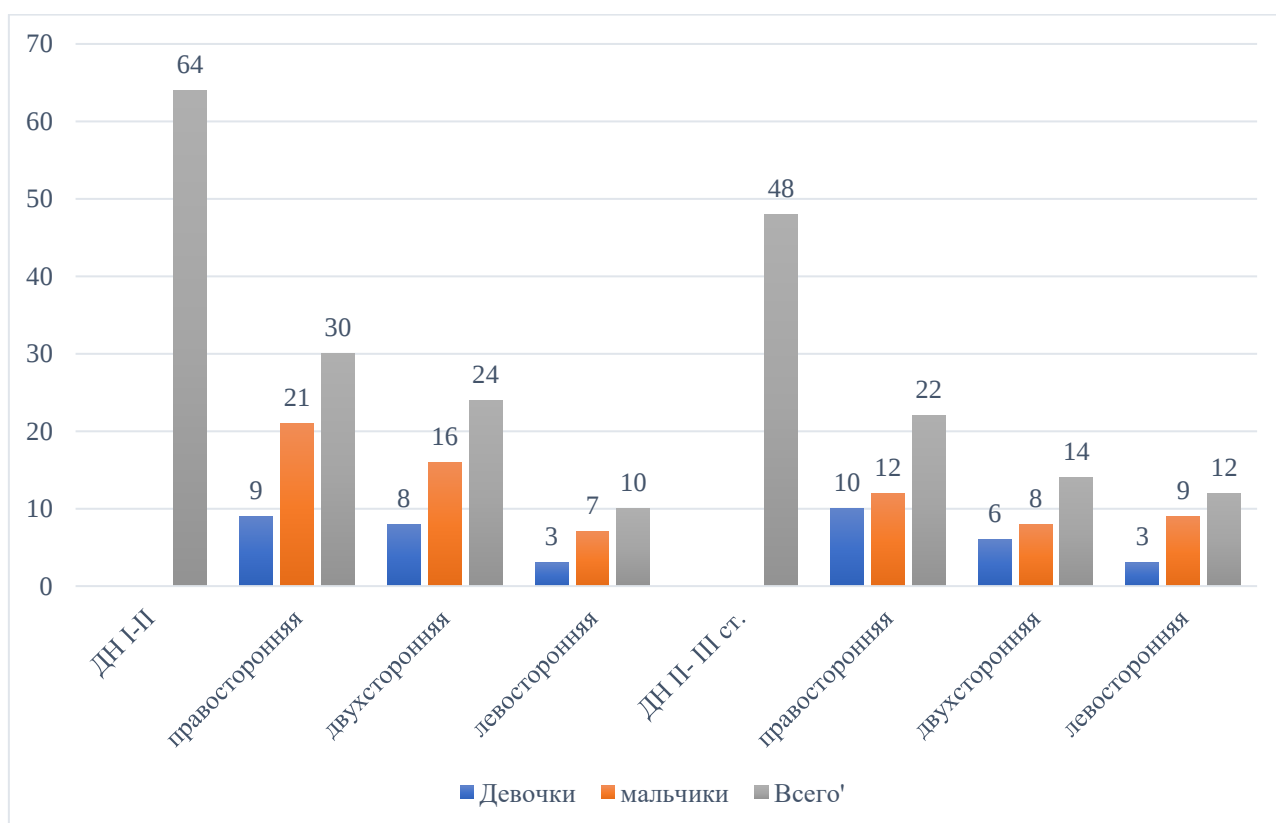


Рисунок 1. - Распределение детей в зависимости от степени ДН и локализации поражения дыхательной системы

Госпитальная пневмония диагностируется на фоне проведения комплексной терапии по поводу других заболеваний в течение первой недели, и начинается с повышения респираторных осложнений. При ВП более 67% больных обращаются в клинику после продолжительной терапии, на уровне первичной медико-санитарной помощи с нарушением функции других органов и систем, больные госпитализируются в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Анализ карты больных с осложненной пневмонией показал, что у 34,1% (n=31) больных с ВП и 20,0% (n=13) с ГП диагностирована средняя тяжесть состояния в начале исследования.

В зависимости от возраста больных, при анализе ВП и ГП у детей первого года жизни превалирует более тяжелое течение нарушения функции легочной системы у 65,9% и 80,0% соответственно.

Клиническая картина у большинства детей при поступлении в стационар характеризовалась выраженной респираторной симптоматикой: тахипноэ, навязчивый кашель, обильные выделения из носа, фебрильная гипертермия до 39–40°C, снижение аппетита, раздражительность, вялость и диспепсические проявления. У 71% детей регистрировалась средне- или тяжёлая степень дыхательная недостаточность, у 14% — признаки кишечного синдрома, у 15% — сочетание анемической и неврологической симптоматики.

Клиника дисфункции желудочно - кишечного тракта с проявлением колитического синдрома диагностировано у 79 (86,8%) больных с ВП и 31 (47,7%) с ГП. Патология дыхательных путей у детей раннего возраста сопровождается общей интоксикацией и осложнением со стороны центральной нервной системы на фоне гипертермии, осложнения такие как нейротоксикоз отмечены у 31 (19,9%) детей. Нарушение свёртывающей системы на этом фоне наблюдалось у 41 (26,3%) больных.

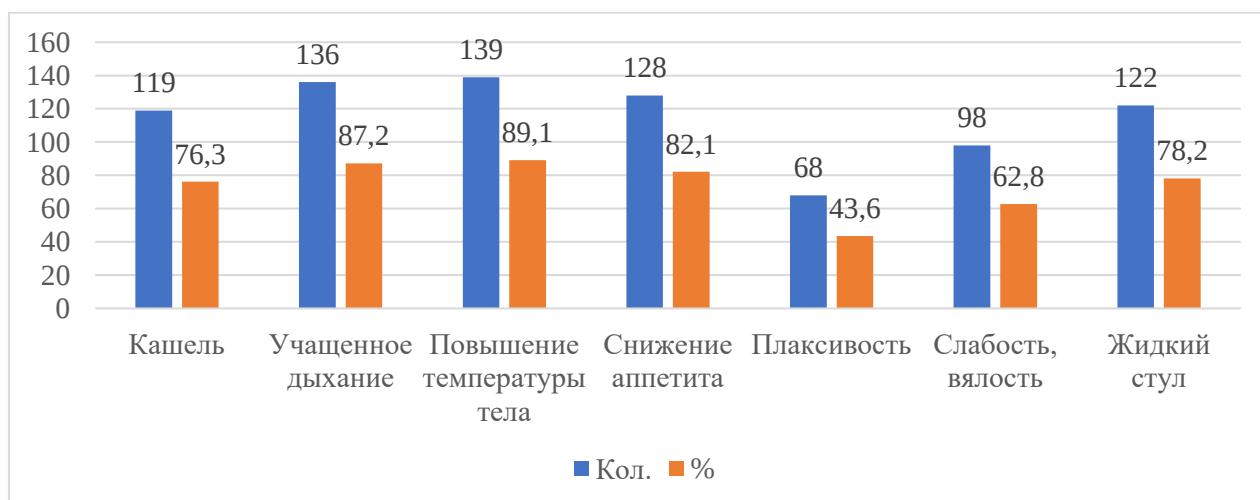


Рисунок 2. - Основные клинические симптомокомплексы с ВП и жалобы родителей при госпитализации

Анализ клинического течения ВП у детей раннего возраста показал, что на первый план выступает клиника дисфункции желудочно-кишечного тракта, с нарастанием эндогенной интоксикации на этом фоне, особенно у детей первого года жизни.

Таблица 1. – Структура сопутствующей патологии у обследованных детей (n=156)

Нозологии	Количество	%
Анемия	41	20,0
Энтероколит	75	13,5
Токсический гепатит	12	11,4
Рахит	21	9,7
Инфекция мочевых путей	21	4,9
ЛОР патологии	19	3,8
Всего	93	100

Одним из основных симптомокомплексов при патологии респираторной системы у детей раннего возраста является обструктивный синдром, который наблюдается на момент поступления у 39 (42,9%) детей с ВП. Диагностированная сопутствующая патология, усложняет течение и лечение больных.

Результаты проведенного исследования, в том числе данные рентгенографии грудной клетки у 156 больных детей показали, что больше диагностирована картина правосторонней пневмонии - (n=96, 61,5%), случаев, чем двухстороннее (n=41, 26,3%) и левостороннее (n=19, 12,2%) поражение легких (рисунок 3).

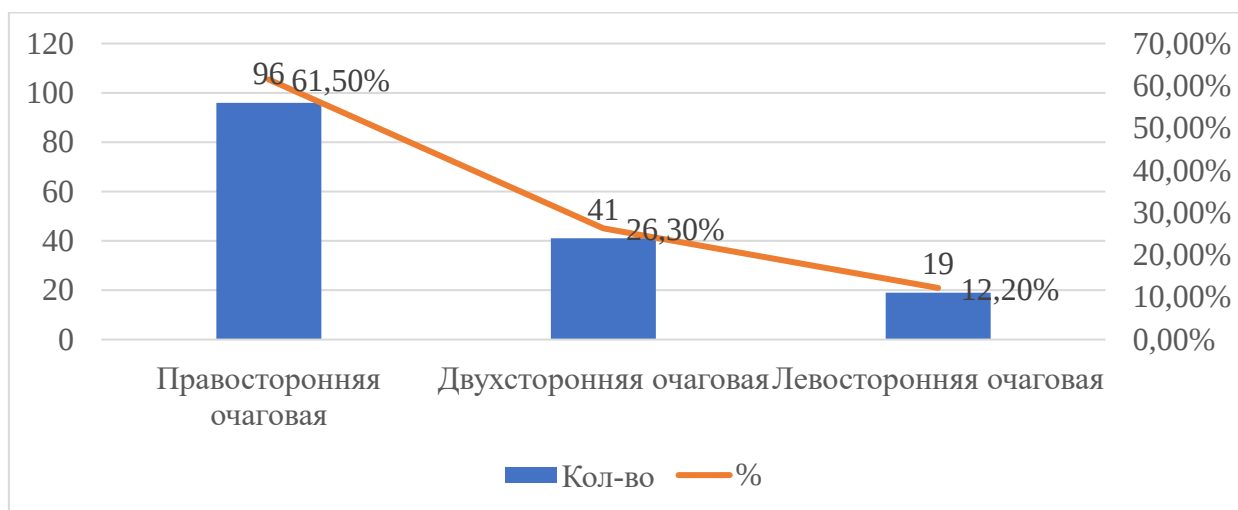


Рисунок 3. - Результаты проведения рентгенологического исследования

Следует отметить, что патология дыхательной системы у детей раннего возраста зачастую протекает на фоне других влияющих факторов, которые отрицательно действуют на данное лечение, что наше исследование не исключение (врождённые пороки сердца, часто болеющие дети, астматические компоненты на основе аллергии, характер питания и недостаточности по степени). Анализ карты показал, что больше всего диагностировано воспалительное изменение - 79,5% (n=124) с очаговым и 20,5% (n=32) с сегментарным поражением легких. При этом по частоте поражения лёгочной ткани встречается правостороннее изменение, которое достигает 61,5% случаев.

В целях усиления эффекта базисной терапии и ускорения регенерации лёгочной ткани в исследуемую схему лечения был включён курс низкоинтенсивной лазерной терапии методом кавитации с применением аппарата РИКТА-03/2, сочетающего лазерное, инфракрасное и магнитное излучение.

Результаты исследования выявили, что 57% больных детей поступают в клинику (на 5 сутки и более) после неэффективного лечения на местах с осложнённым течением и дисфункцией органов и систем, которое требует неотложной помощи с момента поступления в клинику при поддержке дыхательной системы.

Необходимо отметить, что по нарастанию интоксикации и поздней госпитализации нарастает количество осложнений со стороны других органов и систем.

Из 58 (37,2%) больных, которым проводилась респираторная поддержка с момента поступления у 11 (18,9%) диагностированы осложнения со стороны органов дыхания, повреждение почек и нарушение функции желудочно-кишечного тракта.

Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования показали, что из 91 (58,3%) больных ВП с очаговым поражением и деструктивными изменениями диагностирована у 12 (13,2%) больных, особенно у детей первого года жизни, а у больных детей с госпитальной пневмонией из 65

(41,7%) у 7 (10,8%) больных диагностированы деструктивные изменения. При этом на фоне терапии у 2 (3,1%) больных констатирован напряжённый пневмоторакс, как осложнение воспалительного процесса паренхимы легких. Результаты нашего исследования показали, что у более 32% больных детей на основе клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования установлено двухстороннее поражение лёгочной ткани на фоне усиленного сосудисто-интерстициального рисунка.

Надо отметить, что на фоне интоксикации и высокой гипертермии у 16 (10,3%) детей в момент поступления наблюдались судороги, нарушение сознания, которым были проведены неотложные мероприятия для купирования судорог и перевода на респираторную поддержку в отделение реанимации и интенсивной терапии. Результаты исследования доказывают о преимущественно более тяжелом течении внебольничной (домашняя, амбулаторная) пневмонии. Из 91 (58,3%) течение ВП значительно отличалось от течения ГП.

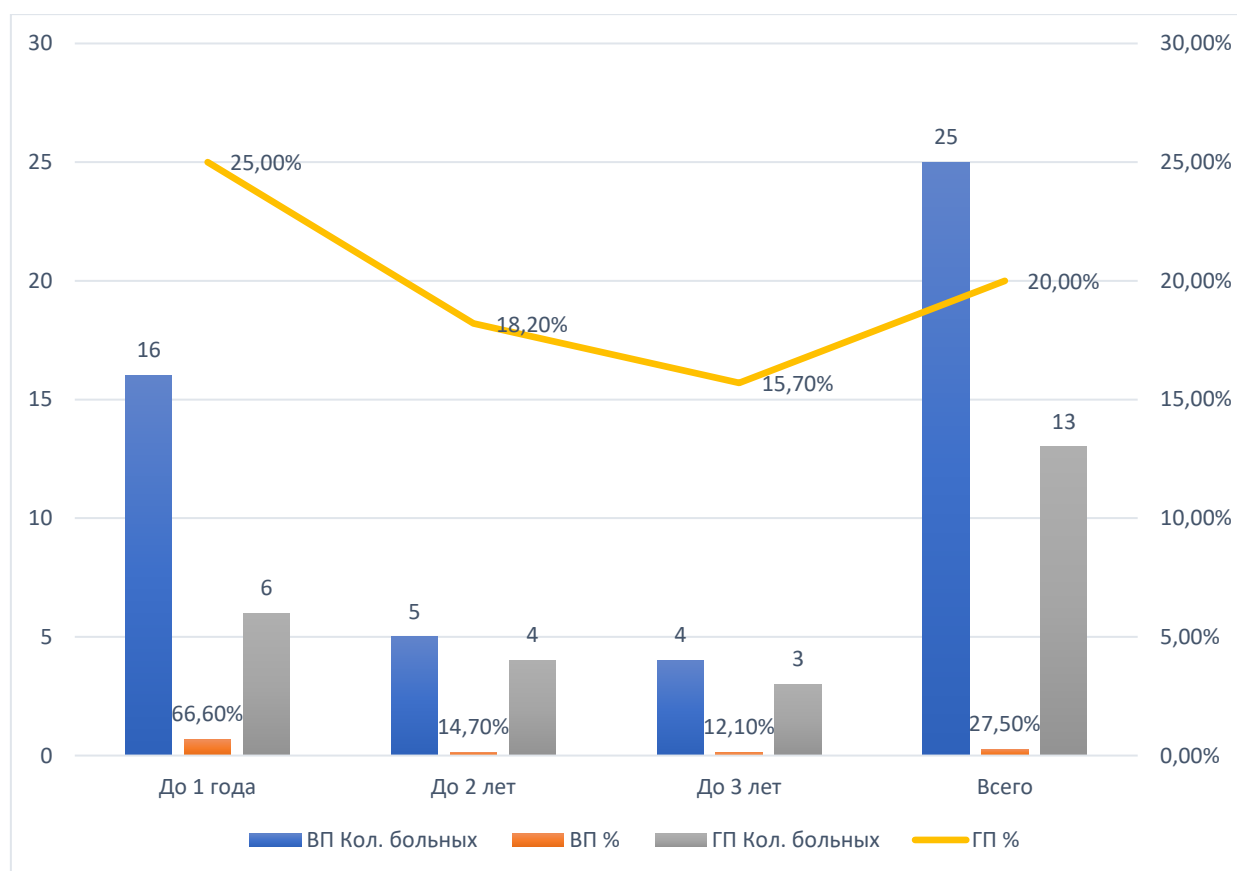


Рисунок 4. - Динамика обструктивного синдрома в зависимости от возраста и вида пневмонии

Результаты исследования выявили, что обструктивный синдром больше всего встречается при ВП по сравнению с ГП. При этом частота их значительно выше у детей первого года жизни, из 24 больных у 16 (66,6%) детей диагностирован обструктивный синдром различных по степени тяжести, которым требовалась неотложная помощь с момента поступления. На фоне обструктивного синдрома наблюдается нарушение периферического кровообращения, выраженная тахикардия, поверхностное дыхание с шумом, метаболические расстройства, выраженная эндогенная интоксикация.

На фоне комплексной терапии у больных наблюдалось нарастание общей интоксикации, стойкое повышение температуры, независимо от введения препаратов, нарушение дыхания и дисфункция других органов и систем на третьи и пятые сутки от начала поступления в клиники по поводу других патологических состояний.

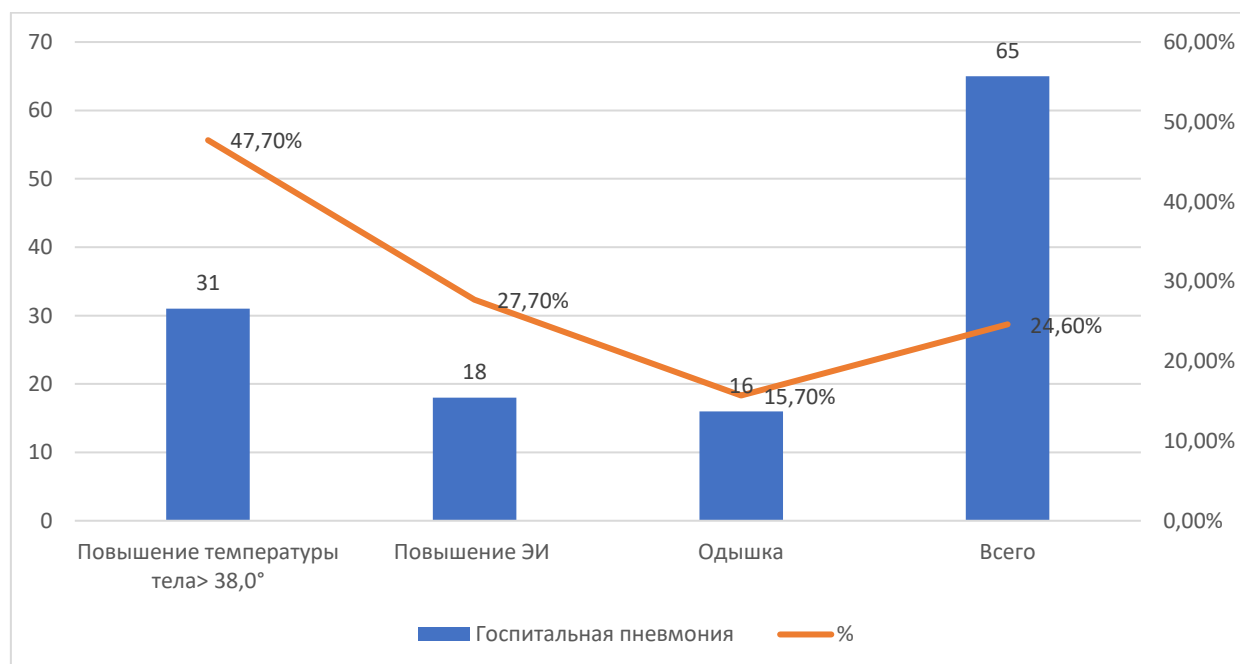


Рисунок 5. - Клинические проявления у больных на фоне терапии

Данные исследования показали, что практически у всех больных госпитальная пневмония диагностирована после длительного неэффективного лечения по поводу основного заболевания хотя клинические проявления с момента поступления у больных детей были заметными.

Наличие разнообразных клинических масок, стертость симптомов, а также

сочетание пневмонии с другими патологическими состояниями существенно затрудняют раннее выявление воспалительных процессов. Так, из 65 больных детей у 34 (52,3%) диагноз ГП установлен, через 72 часа после поступления, когда нарастала интоксикация и дыхательная недостаточность на фоне основного заболевания и проведена необоснованная антибактериальная терапия без бактериологического исследования.

У ряда пациентов с выраженным синдромом интоксикации уже при поступлении регистрировались гастроинтестинальные симптомы, являющиеся маркерами системного воспалительного ответа: регургитация — у 56,3% детей, эпизоды рвоты — у 32,9%, учащённый жидкий стул — у 21,2%. Эти проявления нередко предшествовали развитию типичной дыхательной симптоматики и, по сути, представляли собой эквиваленты раннего метаболического дестабилизирующего влияния инфекции на организм.

По мере прогрессирования патологического процесса в лёгочной ткани и вовлечения в воспаление дистальных бронхиол и альвеол, у детей отмечалось нарастание типичных респираторных симптомов. Ведущими клиническими признаками становились: навязчивый, непрерывный, нередко болезненный кашель (78,4%), стонущее экспираторное дыхание (67,7%), цианоз носогубного треугольника (84,6%), особенно усиливающийся при кормлении, плаче и крике, что свидетельствует о прогрессирующей гипоксемии и дыхательной дискоординации.

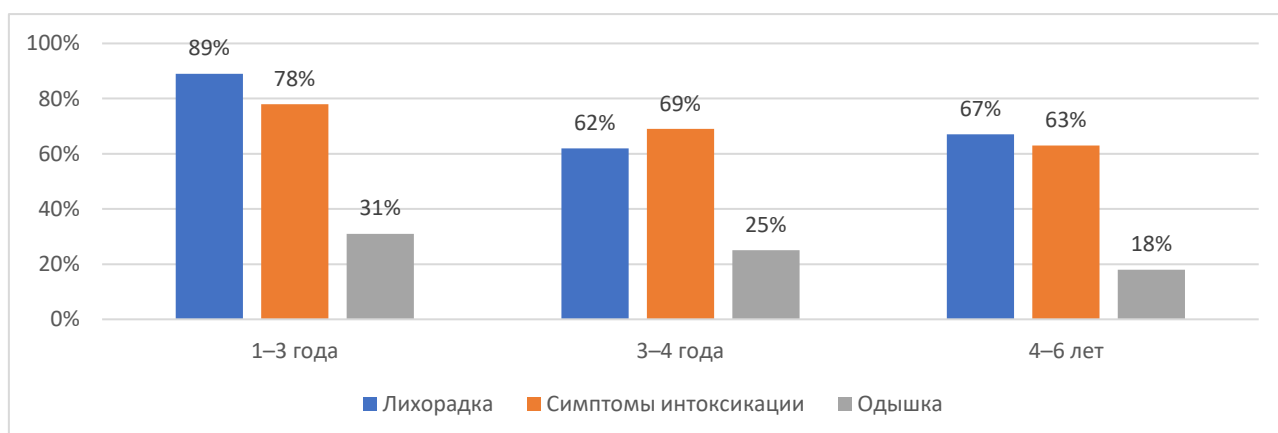


Рисунок 6. - Частота клинических симптомов пневмонии у детей в зависимости от возраста

Результаты исследования показали, что чем меньше по возрасту ребенок тем выраженные признаки общей интоксикации, повышение температуры и нарушение дыхания, которые в свою очередь требует неотложных вмешательств.

Лихорадка выявлена у 98% детей в возрасте до 1 года, от 2 до 3 лет, тогда как температурная реакция у больных детей регистрировалась с частотой от 62% до 67% соответственно.

Чем меньше возраст, тем чаще выявлялись признаки интоксикации, так у детей до 1 года данные признаки регистрировались с частотой до 78%, с увеличением возраста, при этом частота интоксикация имела тенденцию к снижению от 69% среди детей 2 лет, до 63% у детей в возрасте 3 лет.

Существенную роль, особенно в случаях затяжного и малосимптомного течения, играет *Chlamydia pneumoniae* (в 5–15,9%) и *Chlamydia trachomatis* (в 3–10,2%), ассоциируемые с персистирующей инфекцией и низкой чувствительностью к стандартной β -лактамной терапии.

Кроме того, у части пациентов была верифицирована инфекция, вызванная *Haemophilus influenzae* (3–10,8%), преимущественно у детей с гиповитаминозом и анатомической предрасположенностью к обструктивным процессам. Представители семейства *Enterobacteriaceae* — *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* и др. — встречались реже (в 2–7,5%), однако играли важную роль у ослабленных и госпитализированных детей с осложнённым течением.

Staphylococcus aureus, как высокопатогенный возбудитель, был идентифицирован в 10,2% случаев, в основном при деструктивных формах пневмонии, ассоциированных с выраженным интоксикационным синдромом и плевропульмональными осложнениями. Реже в этиологической структуре регистрировались *Streptococcus pyogenes*, *Chlamydia psittaci*, а также *Coxiella burnetii*, преимущественно в случаях затяжного течения с подозрением на зоонозную природу инфекции.

Из 156 больных детей нами в острый период заболевания проводилось анализ иммунных показатели у 80 (51,3%) больных детей из которых с ВП 50 (62,5%) больных детей (30 больных в остром периоде в день поступления и 20

пред выписки в стадии выздоровление), а у 30 (37,5%) больных детей с госпитальное пневмония (20 в период обострение на второе и третьи сутки нахождения в клиники и 10 больных перед выписки на стадии выздоровление

Таблица 2. - Сравнительная характеристика показателей иммунологической реактивности у исследуемых детей

Показатель	Группы больных					
	В остром периоде (n=50)			Перед выпиской (n=30)		
	ВП (n=30)	ГП (n=20)	p	ВП (n=20)	ГП (n=10)	p
Лимфоциты, %	49,2±1,75	52,4±4,61	>0,05	51,0±2,92	53,5±2,2	>0,05
Лимфоциты, 10 ⁹ /л	4,63±0,29	4,91±0,21	>0,05	4,92±0,27	5,01±0,31	>0,05
CD3, %	30,21±2,2	34,18±2,48	>0,05	46,07±3,33*	52,56±4,12*	>0,05
CD3, 10 ⁹ /л	1,01±0,06	1,05±0,09	>0,05	1,93±0,13*	1,41±0,17*	<0,05
CD4, %	23,48±2,42	27,26±2,9	>0,05	35,88±1,45*	34,5±0,6*	>0,05
CD4, 10 ⁹ /л	0,61±0,05	0,76±0,08	>0,05	0,89±0,04	0,81±0,02	>0,05
CD8, %	19,9±1,7	21,4±1,32	>0,05	20,8±1,12	24,4±0,91	>0,05
CD8, 10 ⁹ /л	0,39±0,01	0,40±0,02	>0,05	0,31±0,02	0,44±0,03	<0,05
ИРИ	1,2±0,02	1,16±0,06	>0,05	1,76±0,06	1,70±0,07*	>0,05
CD16, %	24,5±2,5	20,8±2,54	>0,05	19,7±0,9	14,9±0,8*	<0,05
CD16, 10 ⁹ /л	0,87±0,2	0,62±0,03	>0,05	0,58±0,2	0,42±0,1	<0,05
CD72, %	10,8±2,4	11,35±2,2	>0,05	15,2±1,67*	16,9±1,4*	>0,05
CD72, 10 ⁹ /л	0,13±0,15	0,23±0,08	<0,05	0,21±0,11	0,34±0,05	<0,05
Ig G, г/л	4,37±0,37	7,57±0,03	>0,05	7,02±0,52*	8,03±0,47	<0,05
Ig A, г/л	0,37±0,05	0,89±0,04	>0,05	0,7±0,11*	1,12±0,14*	<0,05
Ig M, г/л	1,51±0,08	1,23±0,28	>0,05	1,37±0,11	1,32±0,15	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни, *p<0,05 – при сравнении с таковыми показателями в остром периоде (по T-критерию Вилкоксона)

Таким образом, комплексная иммунологическая оценка продемонстрировала, что у детей с ВП на фоне сопутствующих патологий наиболее выраженными были нарушения Т-клеточного звена и гуморального иммунитета, сопровождающиеся снижением уровня IgA, IgG, дисбалансом CD4⁺/CD8⁺, а также функциональной недостаточностью фагоцитарного ответа.

Полученные данные указывают на необходимость персонифицированного подхода к лечению данной категории пациентов с включением иммунокорригирующих и поддерживающих средств в состав комплексной терапии.

Для проведения обоснованного лечения при осложнённой пневмонии изучение показателей перекисного окисления липидов (по уровню малонового диальдегида) и антиоксидантной защиты (по уровню каталазы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы) в крови у детей в острый период воспалительного процесса и в период выздоровления позволяет проводить своевременную коррекцию.

Результаты показателей, отражающих уровень малонового диальдегида и активность антиокислительных ферментов (каталазы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы), у детей с пневмонией в ГП и ВП.

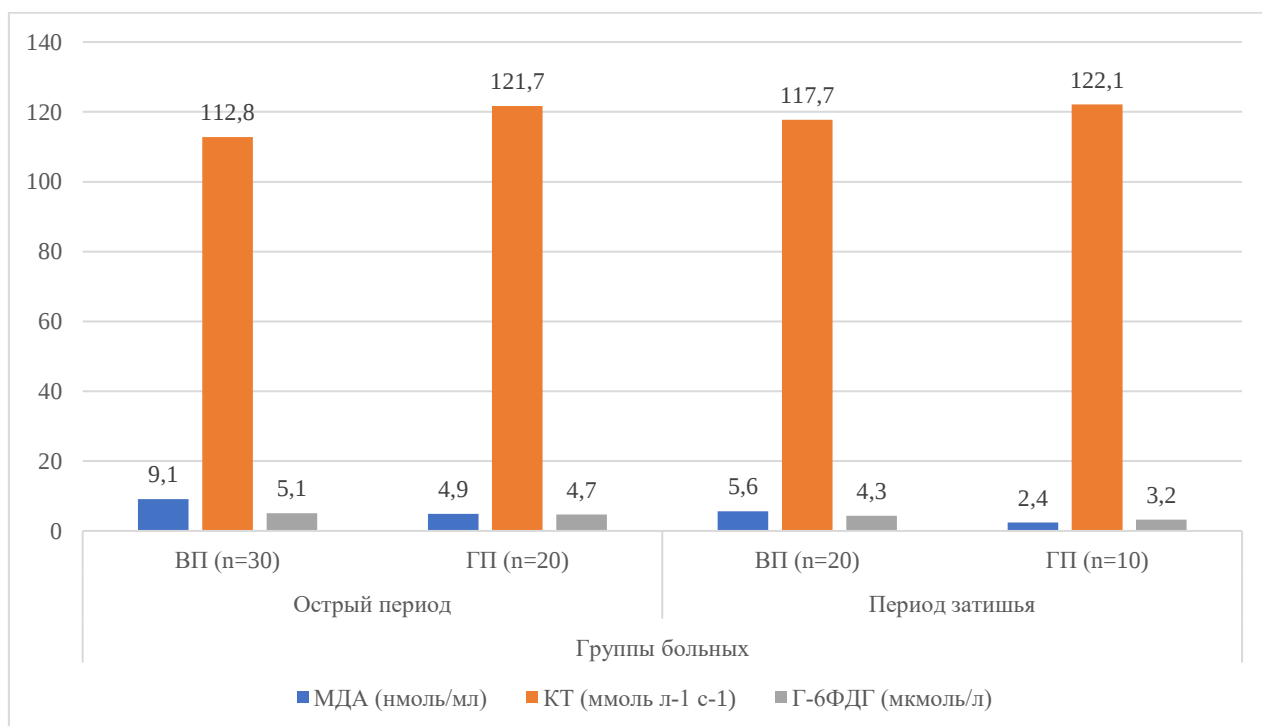


Рисунок 7. - Показатели ПОЛ и АОЗ при пневмонии у детей раннего возраста

Результаты исследования показали, что у больных детей с ВП по сравнению с больными детьми с ГП показатели значительно отличаются, что в первую очередь связано с более длительным амбулаторным лечением и

сопутствующей патологией по сравнению с госпитальной пневмонией.

При этом перекисное окисление липидов и увеличение антиокислительной активности в сыворотке крови в остром периоде заболевания у обеих групп больных нарастает, а к 7-м суткам отмечается угнетение антиокислительной активности.

При сравнительном анализе показателей ПОЛ было установлено, что уровень МДА — основного маркера липопероксидации — у пациентов с ВП достоверно превышал аналогичный показатель у детей с ГП в 1,1 раза ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о более выраженной активации процессов свободнорадикального окисления липидов клеточных мембран в остром периоде заболевания, особенно у детей, находившихся вне стационара до момента поступления.

Таким образом, у пациентов с госпитальной пневмонией в остром периоде болезни наблюдалась более высокая степень интенсификации ПОЛ, проявляющаяся в повышении уровня МДА на 29,4% и активности Г-6-ФДГ на 14,4% по сравнению с детьми из группы с внебольничной формой заболевания. Данные изменения носили стойкий характер и сохранялись даже в периоде ранней реконвалесценции, что может указывать на затруднённую способность процессов адаптации и восстановительной реакции в условиях госпитальной инфекции.

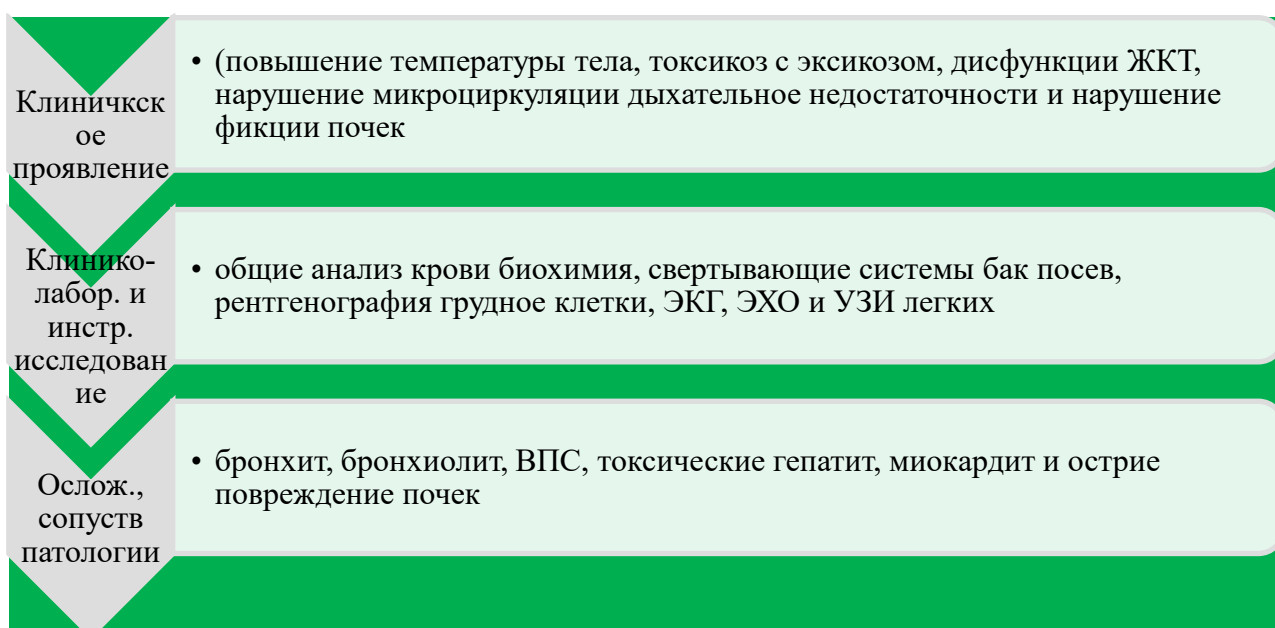


Рисунок 8. - Алгоритм диагностики ВП у детей раннего возраста

Анализ карты больных показало, что более 34% детей с ВП было госпитализированные от 3 до 4 раза по поводу различных патологических состояний связанных с дыхательной системы, что сказывается о группы часто болеющие дети и требующие постоянного контроль.

Среди наблюдаемых больных детей с ВП в 47 (51,6%) случаях проводилась комплексная терапия амбулаторно с последующим переводом в стационар в связи с утяжелением состояния. При этом план терапии был необоснованным: применялись антимикробные препараты, не соответствующие кратности введения и дозировке в зависимости от тяжести и течения болезни.

Особенности клинического течения пневмонии у детей первых трёх лет жизни, по результатам нашего исследования, заключаются в высоком проценте осложнений, среди которых: нейротоксикоз I–II фаз — у 31 (19,9%) ребёнка; нарушение сознания и оглушённость — у 21 (13,5%) пациента; выраженная эндогенная интоксикация, сопровождающаяся нарушением микроциркуляции и признаками коагулопатии — у 37 (23,7%) больных.

Следует также отметить, что у детей раннего возраста на фоне общей интоксикации и гипертермии с дисфункцией других органов наблюдается судорожная готовность, требующая неотложных мероприятий.

Необходимо отметить, что при проведении комплексного лечения у детей с обструктивным синдромом и приступообразным кашлем применение откашливающих препаратов оказывается более эффективным в тех случаях, когда другие осложнения не наблюдаются.

Наличие обструктивного синдрома, нарушений дыхания и возраст ребёнка — все эти факторы требуют более осторожного применения подобных препаратов, особенно у детей первого года жизни, так как избыточная стимуляция рвотного и кашлевого центров может привести к аспирации, особенно если у ребёнка имеются поражения центральной нервной системы.

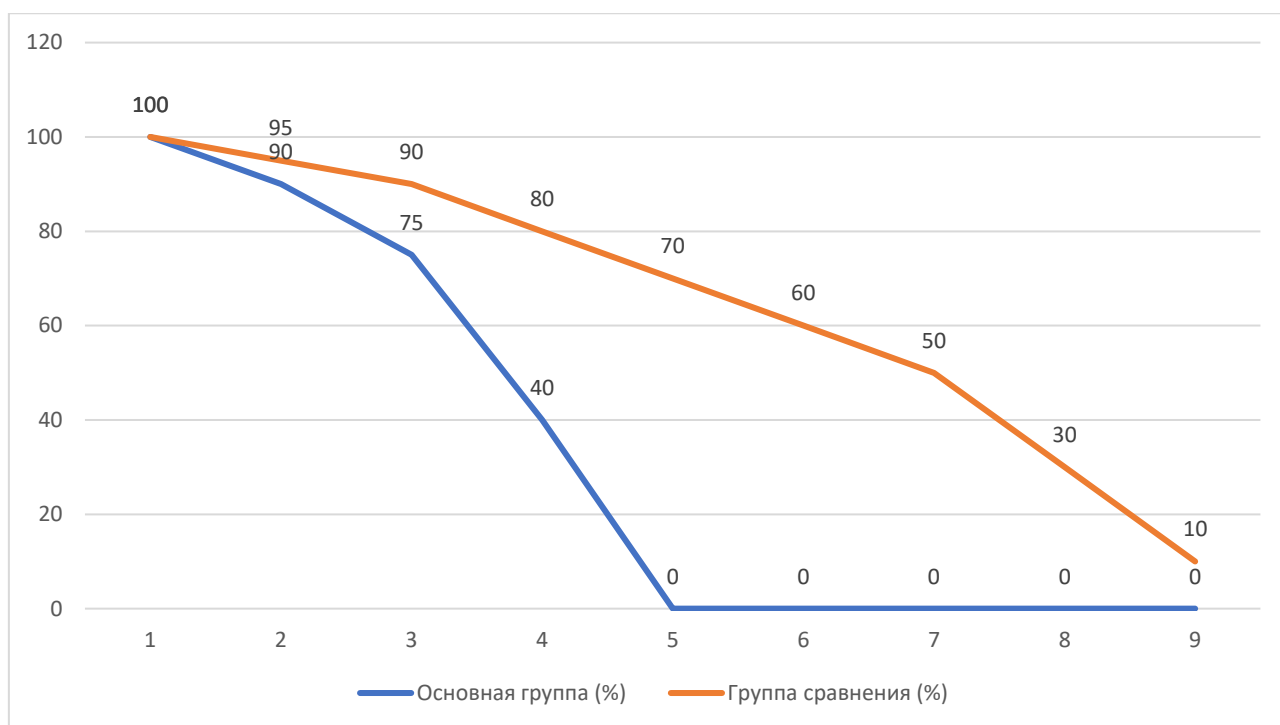


Рисунок 9. - Показатели эффективности антитуссивных средств, в мониторинге непродуктивного кашля в продуктивный

Анализ исследования показал, что при комплексной терапии с применением отвлекающих препаратов и коррекции имеющихся нарушений, контроль иммунной системы позволяет снизить деструктивные осложнения и летальность при данной патологии и улучшить результаты лечения.

Наши клинические наблюдения показали, что при тяжёлых течениях пневмонии у детей раннего возраста в первую очередь происходит дисбаланс ферментов, который приводит к тяжести общего состояния на фоне гипоксии и сопутствующих осложнений, и от нашей обоснованной коррекции можно избежать неблагоприятных исходов при данной патологии.

Надо отметить, что более выраженные изменения показателей АсАТ диагностируются при поражениях сердечной мышцы на фоне воспалительных процессов в дыхательной системе, приводящих к изменениям лёгочной вентиляции. Проведение анализа при пневмонии у детей с момента поступления и в динамике наблюдения позволяет своевременно провести коррекцию и снизить риск осложнений у данной категории больных.

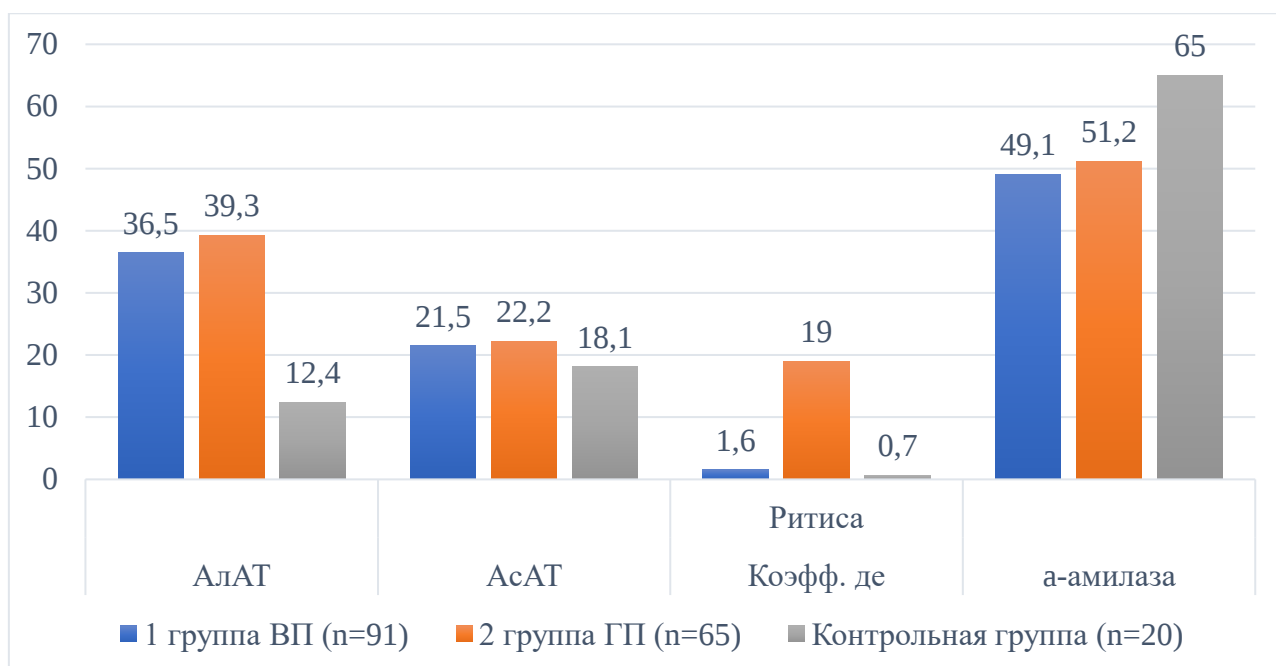


Рисунок 10. Активность ферментов у больных детей с пневмонией в момент поступления

Результаты исследования показали, что при осложнённом течении пневмонии у детей раннего возраста установлено повышение показателей печёночных ферментов (АлАТ и АсАТ), что характерно для гипоксии на фоне воспалительного процесса респираторной системы с метаболическими изменениями.

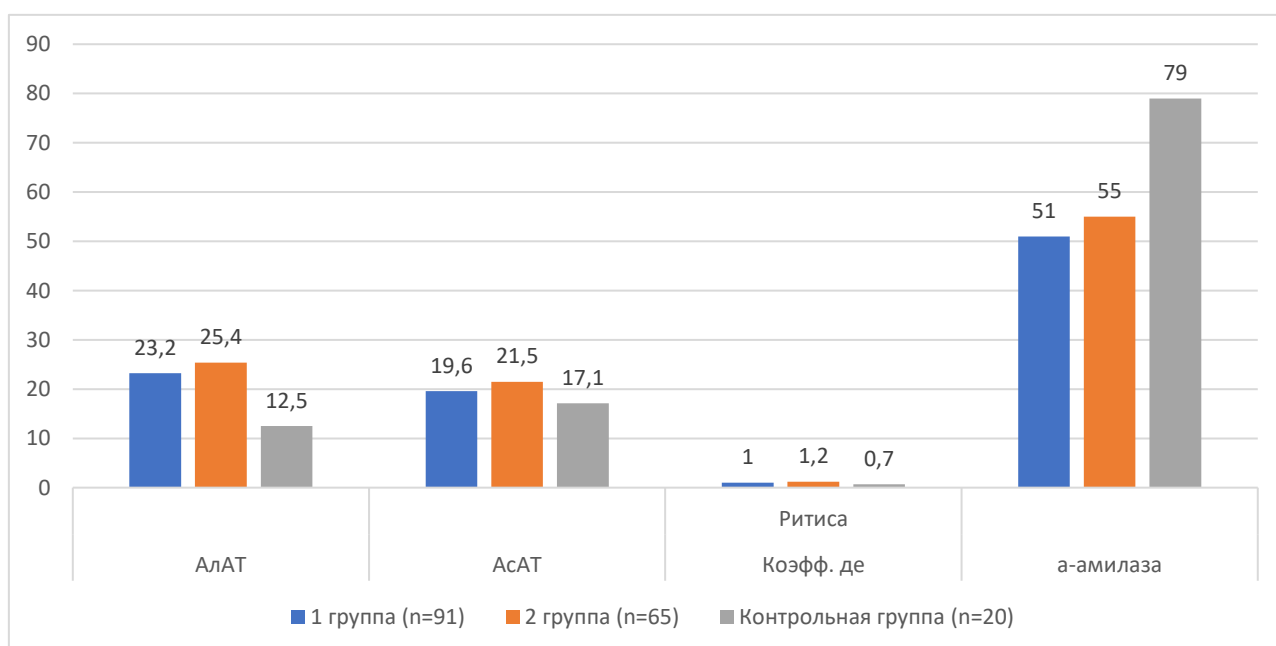


Рисунок 11. - Активность ферментов у больных детей с пневмонией после комплексной терапии на 10 сутки

Клинические наблюдения показали, что у больных с госпитальной пневмонией на фоне нарастающей общей интоксикации наблюдалось повышение печёночных ферментов (АлАТ и АсАТ) в динамике наблюдения, и в зависимости от их роста наблюдались деструктивные изменения и дисфункции других органов и систем, что свидетельствует о значении коэффициента де Ритиса при проведении протокола лечения у данной категории больных.

Резюмируя данный раздел, можно отметить, что при проведении комплексной оценки больных с тяжёлыми поражениями дыхательных путей в первую очередь следует оценить метаболические нарушения и изменения биохимических показателей на фоне воспалительных процессов и гипоксии тканей, без коррекции которых нельзя достичь хорошего результата при лечении у данной категории больных. Также клинические наблюдения доказывают прогностическое значение биохимических показателей при тяжести пневмонии и её осложнениях, что требует более детального исследования и, при их изменении, проведения коррекции на ранних этапах для достижения более эффективных результатов при патологиях дыхательной системы у детей раннего возраста.

Выводы

1. Проведённое исследование показало, что у детей раннего возраста пневмония протекает особенно тяжело при наличии факторов риска, включая анемию, энтероколит, рахит и поражение сердечно-сосудистой системы, формируя высокий уровень осложнений и летальности [1-А, 3-А, 5-А].
2. Выявлено достоверное преобладание дыхательной недостаточности II–III степени у детей раннего возраста с внебольничной и госпитальной пневмонией, что подтверждено клиническими, рентгенологическими и лабораторными данными [1-А, 2-А, 4-А].
3. Установлена высокая частота сопутствующих патологий (59,6%), включая анемию, энтероколит, рахит и поражение сердечно-сосудистой системы, что оказывает негативное влияние на клиническое течение пневмонии и требует коррекции терапевтических подходов [2-А, 3-А, 5-А].

4. Иммунологическое исследование продемонстрировало нарушение иммунной системы у большинства пациентов, особенно при тяжёлых формах пневмонии [3-А, 5-А].
5. Применение комплексной терапии с включением иммуномодуляторов, антиоксидантов и немедикаментозных методов лечения, значительно снижает выраженность интоксикации, улучшает показатели оксигенации и позволяет сократить длительность лечения [1-А, 2-А, 3-А].
6. Установлена клинико-диагностическая, прогностическая ценность лабораторных маркеров — уровень лактата, МДА, СОД, АсАТ/АлАТ, альбумина и лейкоцитарного индекса интоксикации — для оценки тяжести течения и эффективности терапии пневмонии у детей [3-А, 4-А].
7. Доказано, что позднее поступление (на 5–6 сутки заболевания) коррелирует с увеличением осложнений (до 31,4% детей переводятся на ИВЛ, 18,9% имеют сочетанное поражение внутренних органов). [2-А, 4-А, 5-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. При диагностике пневмонии у детей раннего возраста обязательно учитывать наличие сопутствующих заболеваний. Раннее выявление факторов риска позволяет проводить целенаправленную профилактику осложнённого течения.
3. Рекомендуется включение в стандартную терапию метаболитических препаратов, иммуномодуляторов и антиоксидантов у детей с признаками тяжёлой интоксикации и иммунодефицита.
4. В условиях стационара при тяжёлом течении рекомендуется проведение лазерной кавитации для коррекции метаболитического статуса и улучшения оксигенации.
5. При выявлении критических показателей по лактату, СОД, АсАТ/АлАТ или МДА рекомендуется определение разницы коэффициента Де Ритиса, включение в терапию антиоксидантов и перевод ребёнка в палату интенсивной терапии.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Давлатзода Д.А. Синдроми обструктивӣ ва таъсири он ба силсилаи дилу рағҳои кӯдакони гирифтори бемории музмини шуш (шарҳи адабиёт) [Матн]

/Д.А. Давлатзода, Д.А. Каюмова, З.Н. Набиев // Симурғ– 2024. - №4. – С. 201-207.

[2-А] Давлатзода Д.А. Гемодинамические нарушения при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста и методы их коррекции [Текст] / Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова, Б.А. Шамсов, И.А. Комили // Наука и инновация. – 2025. - №1. – С.

44-51.

[3-А] Давлатзода Д.А. Некоторые особенности течения осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста [Текст] / Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова, Б.А. Шамсов // Мать и дитя. – 2025. - №1. – С. 52-67.

Статьи и тезисы в публикациях конференций

[4-А] Давлатзода Д.А. Значение корригирующей терапии при бактериальной пневмонии с электролитными нарушениями у детей раннего возраста / Д.А. Давлатзода, С.Н. Кудратова, К.И. Исмаилов, З.А. Шодиева // Материалы V-го

съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. Душанбе, 2010. С. 78-81.

[5-А] Давлатзода Д.А. Пневмонии у детей раннего возраста и методы их коррекции [Текст] / Д.А. Давлатзода // 4-й российский съезд детских

анестезиологов-реаниматологов. IX Михельсоновские чтения. Москва, 12–13 апреля 2025 года. – Москва, 2025. – С. 122-123 с.

Рационализаторское предложение

1. Давлатзода Д.А. Способ изучения гуморальной регуляции у больных с пневмонией в корреляции от этиологии и тяжести заболевания [Текст] / Б.А. Шамсов, Файзуллоев Ф.А., Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова //

Рационализаторское предложение (от 12.02.2023) – г. Душанбе – 2023 г.

2. Давлатзода Д.А. Способ изучения клинико-лабораторных особенностей пневмонии в зависимости от этиологии заболевания [Текст] / Ш.З. Набиева, Б.А. Шамсов, Р.А. Рахматова, Д.А. Давлатзода //

Рационализаторское предложение (от 03.01.2024) – г. Душанбе – 2024 г.

Перечень сокращений и условных обозначений

- АлАТ** – Аланинаминотрансфераза
- АсАТ** – Аспартатаминотрансфераза
- ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения
- ВП** – внебольничная пневмония
- ГП** – Госпитальная пневмония
- ДН** – Дыхательная недостаточность
- ДО** – Дыхательный объём
- ДОД** – Дополнительный объём дыхания
- ЖЕЛ** – Жизненная ёмкость лёгких
- ИВЛ** – Искусственная вентиляция лёгких
- ИВДП** – Инфекции верхних дыхательных путей
- КИ** – Коэффициент использования кислорода
- ОБ** – Обструктивный бронхит
- ОРВИ** – Острые респираторные вирусные инфекции
- РРП** – Районы республиканского подчинения
- СП** – Стафилококковая пневмония
- СРБ** – С-реактивный белок
- УФО** – Ультрафиолетовое облучение
- ФВД** – Функция внешнего дыхания
- ХОБЛ** – Хроническая обструктивная болезнь лёгких
- ЧДД** – Частота дыхательных движений
- ЧП** – Частота пульса
- ЭИ** – Эндогенная интоксикация

ЭКГ – Электрокардиография

Ch. pneumoniae – Chlamydia pneumoniae

Ch. trachomatis – Chlamydia trachomatis

C. burnetii – Coxiella burnetii

E. coli – Escherichia coli

Hb – Гемоглобин

H. influenzae – Haemophilus influenzae

IgA, IgG – Иммуноглобулины класса А и G

M. pneumoniae – Mycoplasma pneumoniae

pO₂ / pCO₂ – Парциальное давление кислорода / углекислого газа

SaO₂ – Насыщение артериальной крови кислородом

S. pneumoniae – Streptococcus pneumoniae

St. aureus – Staphylococcus aureus

Str. pyogenes – Streptococcus pyogenes

Va – Альвеолярная вентиляция

Vd – Мёртвое пространство

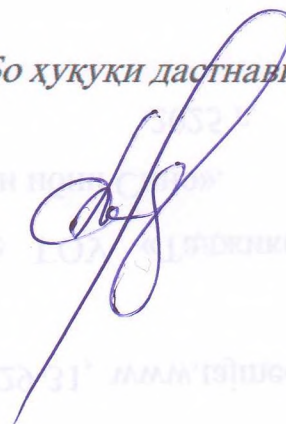
VE – Минутный объём вентиляции лёгких

Vt – Дыхательный объём

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМӢ-
АМАЛИИ ПЕДИАТРИЯ ВА ҶАРРОҲИИ КӢДАКОН»**

ББД: 616.24-002-053.2

Бо ҳукуки дастнавис



ДАВЛАТЗОДА ДИЛШОД АСЛАМ

**ҶАНБАҲОИ МУОСИРИ ПНЕВМОНИЯ ДАР КӢДАКONI SINНУ
СОЛИ БАРМАҲАЛ ВА ОМИЛҲОИ БА ҶАРАӢНИ ОНҲО
ТАӢСИРРАСОНАНДА**

**Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтоси
14.01.08 – Педиатрия**

Душанбе 2025

Диссертация дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ:

Раҳматова Рухона Акрамовна – д.и.т., дотсент, ходими пешбари илмии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

Муқарризони расмӣ:

Ҷураев Муҳаммад Наврузович – доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи аллергология ва иммунологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Абдуллаева Наргис Абдумавлоновна – номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муассисаи

тақриздиханда:

«Маркази миллии ҳифзи модар ва кӯдак»-и назди Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон, ш. Бишкек, Ҷумҳурии Қирғизистон

Ҳимояи диссертатсия «16» сентябри соли 2025 соати 13⁰⁰ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj, +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» » шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2025 ирсол гардид.

Котиби илмӣ шурои

Диссертатсионӣ н.и.т.,

дотсент



Ҷамолова Р.Ҷ.

Муқаддима

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Патологияи узвҳои нафаскашӣ дар кӯдакони синну соли аввали ҳаёт дар сохтори бемориҳо ва ғавтияти педиатрӣ мавқеи асосиро ишғол мекунад С.Н. Кудратова [7], М.А. Лазарева [8], Л.Ф. Джумаева [10], Р.М. Абдурахимов, А.В. Вохидов [1], Р.М. Абдурахимов [2], Н.И. Попкова [11], Н.А. Абдуллаева [13], К.И. Исмоилов [5], З.Н. Набиев [4], Т. Nazir [14], WHO [15]. Мубрамии махсусро пневмонияи берунбеморхонавӣ (ПББ) дар кӯдакони синну соли барвақти кӯдакӣ касб мекунад, ки аз хатари баланди оризаҳо, босуръат пеш рафтани раванди илтиҳобӣ ва душвориҳои таъхиргузорӣ вобаста аст Л.Ф. Джумаева [10], К.И. Исмоилов [5], Р.М. Абдурахимов [3].

Мувофиқи маълумотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ), илтиҳоби шушҳо яке аз сабабҳои асосии ғавт дар кӯдакони то 5-сола боқӣ мемонад, махсусан дар кишварҳои, ки захираҳои маҳдуд аст Т. Nazir [14], WHO [15]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, тавре ки дар таҳқиқи З.Н. Набиев ва ҳаммуаллифон нишон дода шудааст, басомади ғавти навоздон аз пневмония дар соли 2019 ба 36,4% расид З.Н. Набиев [9].

Мубрамии проблемаро маълумотҳои тасдиқ мекунад, ки мувофиқи онҳо сатҳи гирифтورشавӣ ба бемориҳои сироятии шадиди роҳҳои нафаскашӣ дар кӯдакони аз 1-сола хурд то 70 ҳолат ба 1000 нафар рост меояд, кибҳо гузашти синну соли ба камшавӣ майл дорад Л.Ф. Джумаева [10], З.Н. Набиев [9]. Омилҳои хатар аз хусусиятҳои сохтори анатомӣ-физиологии роҳҳои нафаскашӣ, ноболиғии системаи иммунӣ, инчунин шароити номатлуби иҷтимоӣ- беҳдоштӣ вобастаанд Р.М. Абдурахимов [3], Н.А. Абдуллаева [13], К.И. Исмоилов [6].

Як қатор корҳои муҳаққиқони ватанӣ нишон медиҳанд, ки пневмония дар кӯдакони хурдсол аксаран бо ихтилоли мубодилаи моддаҳо, мувозинати электролитҳо ва гемостаз мушоҳида мешавад, ки чараҳои бемориро шадидтар мекунад ва муносибати маҷмӯиро ба муолиҷа С.Н. Кудратова [7], Р.М. Абдурахимов [3], К.И. Исмоилов [6].

Натиҷаҳои таҳқиқот муҳим будани таъбиати ратсионалии антибиотикӣ, инчунин дастгирии иммуномодуляторӣ ва метаболикии таъбиатро намоиш

медиханд. Н.И. Попкова [11], Р.А. Рахматова [162]. Усулҳои ғайримедикаментозии табобат -озонотерапия, лазеротерапия, физиотерапия — дар беҳтар сохтани натиҷаҳои клиникӣ ва кам кардани муҳлати бистаришавӣ таъкид карда мешаванд Р.М. Абдурахимов, А.В. Воҳидов [3]. Ҳамин тавр, ба муваффақиятҳои ба даст овардашуда дар таҳқиқ ва табобат нигоҳ накарда, пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт проблемаи асосии иҷтимоиву тиббӣ боқӣ мемонад, ки қоркардҳои минъаъдаи илмӣ ва татбиқи протоколҳои самараноки воқуниши барвақтро тақозо мекунад.

Дарачаи қоркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Проблемаи пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт дар давоми даҳолаҳои охир бинобар зиёд будани миқдори дучоршавӣ, чараёни вазнин ва саҳми бузург доштан дар сохтори ғавти кӯдакон, махсусан дар кишварҳои захираҳояшон маҳдуд, объекти таваҷҷуҳи ҷиддии муҳаққиқон ва клинисистҳо қарор гирифтааст. Дар адабиётҳои илмӣ ҷанбаҳои гуногуни ин патология инъикос ёфтаанд: этиология, патогенез, хусусиятҳои манзараҳои клиникӣ, таҳқиқ, профилактика ва табобат. Дар омӯзиши пневмонияи кӯдакон олимони ва танӣ ва хориҷӣ, ба мисли Воҳидов А.В., Исмоилов К.И., Джураев М.Н., Набиев З.Н., Абдуллаева Н.Ш., С.Ю. Каганов, В.А. Таболин, Н.Н. Волкова, Т.Б. Дмитриева, В.Г. Майданник, В.А. Ревнова, инчунин ташкилотҳои байналмилалӣ- ТУТ, ЮНИСЕФ ва Ассотсиатсияи аврупоии инфекционистҳои кӯдакон саҳми арзанда доранд. Дар солҳои охир дар маркази диққати олимон хусусиятҳои чараёни пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, ба омилҳои хатар алоқаманд- норасидагӣ, шароити ноҳуби эпидемиологӣ ва иҷтимоӣ қарор гирифтаанд.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти пешниҳодшуда ҳолигоҳи мавҷудбударо дар донишҳои илмӣ пурра намуда, пойгоҳи мавҷудбудани маводҳои минтақавӣ - клиникӣ ва таҳлили минтақавиро тақмил мекунад, ки ин тасаввурот дар бораи механизмҳо ва омилҳои ба чараёни пневмония дар давраи кӯдакии барвақт таъсиркунамандаро васеъ намуда, барои тақмил ёфтани таҳқиқ ва ҷорабинҳои табобатӣ -профилактикӣ дар шароити амалияи педиатрии Тоҷикистон мусоидат мекунад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Мавзуи таҳқиқоти диссертатсионии мазкур порчаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-амалии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон» буда, ба омӯзиши мазуи «Ҳолати эътимодноӣ ва динамикаи рушди нишондиҳандаҳои саломатии кӯдакон дар синну соли навзодӣ ва коркарди методологияи илман асосноки равиши байнисекторӣ нисбат ба устувории он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» ҚД № 0121ТҶ1090.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани хусусиятҳои клиникӣ-патофизиологӣ, омилҳои хавф ва нишондиҳандаҳои таъхиси ҷараёни вазнини илтиҳоби шуш дар кӯдакони синни хурдсол, инчунин таҳия намудани равишҳои асосноки табобати комплексӣ бо дарназардошти омилҳои этиологӣ ва дараҷаи шиддати беморӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Арзёбии басомади паҳншавии илтиҳоби шуш вобаста ба омилҳои этиологӣ дар кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.
2. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-лаборатории илтиҳоби шуш дар кӯдакони синни бармаҳал вобаста ба шакл ва шиддати беморӣ.
3. Таҳқиқи нишондиҳандаҳои системаи масуният, оксидшавии липидҳо ва ҳимояи антиоксидантӣ ҳамчун индикаторҳои пешгӯии ҷараён ва натиҷаи илтиҳоби шуш.
4. Муайян намудани нақши метаболитҳо ва иммуномодуляторҳо дар алгоритми табобати илтиҳоби шуш дар кӯдакон вобаста ба этиология ва дараҷаи шиддати беморӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот кӯдакони синну соли барвақт мебошанд, ки аз шаклҳои гуногуни ПББ ва ПБ азият мекашанд. Когорти таҳқиқшаванда беморони синну соли аз якмоҳа то 3-соларо дар бар гирифт, ки ба муассисаҳои тиббӣ бо шаклҳои аз ҷиҳати клиникӣ ва рентгенологӣ тасдиқшудаи пневмонияи шадид дохил шудаанд. Объекти таҳқиқот ҳам

аломатҳои клинӣи беморӣ ва ҳам омилҳои ҳамроҳшударо дар бар мегирад, ки ба вазнинии чараён, натиҷа ва самаранокии табобати гузаронидашуда таъсир мерасонанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Хусусиятҳои клиникӣ-эпидемиологии пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, ҳамчунин таъсири омилҳо ба хусусияти чараён, дараҷаи вазнинӣ, аломатҳои клиникӣ ва натиҷаи беморӣ. Дар доираи мавзӯи таҳқиқот таваҷҷуҳи махсус ба критерияҳои ташҳисӣ, нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии организм, самаранокии табобат вобаста азшаклҳои пневмония ва ҳолатҳои ҳамроҳшуда, инчунин коркарди равишҳо барои такмил додани чорабиниҳои табобатӣ -профилактикӣ дар шароити статсионарҳои педиатрии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Дар асоси маводҳои клиникӣ дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон омилҳои асосии хатар, ки барои афзоиши баланди беморшавии бронху шушҳо дар кӯдакони синну соли барвақт ҳудо карда шуданд.

Хусусиятҳои чараёни клинӣи пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт муқаррар карда шуд, ки барояшон дуру дароз нигоҳ доштани симптомҳои асосии беморӣ дар заминаи бемориҳои ҳамроҳшуда, норасоии реактивияти иммунӣ, вобаста аз этиология ва вазнинии беморӣ хос аст.

Дар табобати комплексӣ истифода кардани усулҳои кавитатсияи лазерӣ барои хеле беҳтар шудани нишондиҳандаҳои гемодинамика, паст шудани сатҳи интоксикацияи эндогенӣ ва барқарор шудани функцияҳои вайроншуда мусоидат намуд.

Иртиботи мутақобилаи маркерҳои иммунобиохимиявӣ (С-сафедаи реактивӣ, иммуноглобулинҳо, нишондиҳандаҳои мубодилаи сафедаҳо) бо ихтилолоти ҳисмӣи заминавӣ, ҳамчунин таъсири онҳо ба имкониятҳои мубоқишавии организм муайян карда шуд.

Исбот карда шуд, ки ба табобати комплексии пневмонияи кӯдакони синну соли барвақт дохил намудани антиоксидантҳо ва иммуномодуляторҳо барои боз ҳам зудтар босубот шудани ҳолат мусоидат мекунад, миқдори оризаҳои фасодӣ-

септикиро кам мекунад ва муҳлати бистаришавиро коҳиш медиҳад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.

Баҳодиҳии тафриқавии омилҳои хатари клиникӣ-эпидемиологӣ ва тиббӣ-иҷтимоии қараёни вазнини пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт коркард ва асоснок карда шудаанд, ин имконият медиҳад, ки гурӯҳи хатари баланд ҷудо карда ва схемаҳои инфиродишудаи муоина ва табобат сохта шавад.

Арзишҳои таҳлиلى ва пешгӯйикунандаи нишондиҳандаҳои иммунобиохимиявӣ дар баҳодиҳии вазнинии ҳолат ва динамикаи раванди илтиҳобӣ муқаррар карда шудаанд, ин метавонад, ки барои стратификасияи барвақти беморон ва баҳодиҳии самаранокии табобат истифода шавад.

Мақсаднок будани истифодаи табобати ба метаболизм ва иммунитет нигаронидашуда дар кӯдакони дорои пневмония дар заминаи бемориҳои ҳамроҳшуда тасдиқ карда шудааст, ин имконият медиҳад, ки муҳлати бистаришавӣ кӯтоҳ ва миқдори оризаҳо ва бистарикунониҳои такрорӣ кам карда шавад.

Натиҷаҳои ҳосилшударо метавон дар амалияи клиникӣ муассисаҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС), статсионарҳои педиатрӣ ва шуъбаи табобати интенсивӣ ба сифати илова бар протоколҳои мавҷудаи клиникӣ татбиқ карда шаванд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Миқдори зиёди қараёни оризаноки пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, кик и аз заминаи ногувори преморбидӣ ва бемориҳои ҳамроҳшуда ба амал омадаанд.

2. Табобати комплексӣ бо истифода аз иммуномодуляторҳо, антиоксидантҳо ва усулҳои ғайримедикаментозӣ ба таври эътимоднок нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораториро беҳтар месозанд, возеҳии синдроми интоксикатсиониро кам мекунанд ва давомнокии табобати статсионарӣ коҳиш медиҳанд.

3. Биомаркерҳо (кислотаи ширӣ, диалдегиди малоновӣ, СОД, АсАТ/АлАТ, ЛПН) барои баҳодиҳӣ ба вазнинии ҳолат ва самаранокии табобат ҳангоми пневмонияи шадиди кӯдакон арзиши пешгӯйикунандагӣ доранд.

4. Дертар ба беморхона омадан (дар шабонарӯзи 5-6-ум) омили мустақили хатари рушди оризаҳо, аз ҷумла норасоии нафаскашӣ ва талабот ба дастгирии респираторӣ ба шумор меравад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои дар таҳқиқот ҳосилшударо асоснокии клиникӣ-эпидемиологӣ, дуруст будани усулҳои истифодашудаи ташҳис ва таҳлил, ҳамчунин такрорпазирии маълумотҳои ба даст овардашуда таъмин мекунамд. Миқдори умумии беморони таҳқиқшуда 156 кӯдаки синну соли барвакти дорои шаклҳои гуногуни пневмонияро ташкил дод, ки дар Муассисаи давлатии «Маркази миллии «Шифобахш» -и Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Маркази вилоятии вилояти Суғд табобат гирифтаанд.

Бо мақсади баҳодиҳии объективӣ аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталии ташҳис, ки ба стандартҳои муносири расонидани ёрии тиббӣ ба кӯдакон мувофиқат мекунамд, истифода карда шуд. Ҳамаи беморон вобаста аз шаклҳои клиники беморӣ ва дараҷаи вазнинии стратификатсия шуданд, барои баҳодиҳӣ ба самаранокии табobati гузаронидашуда аз критерияҳои ҳамгун истифода ба амал оварда шуд, ки дар амалияи педиатрии ватанӣ ва байналмилалӣ эътироф шудаанд. Коркарди омории маълумотҳо бо истифода аз бастаи барномаи SPSS амалӣ карда шуд, ки ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои миёнаи арифметикӣ, инҳирофҳои стандартӣ, муайян кардани эътимоднокии фарқиятҳо тибқи критерияи Студент ва χ^2 , ҳамчунин иҷро кардани таҳлили коррелятсионро дар бар мегирифт.

Баланд шудани сатҳи эътимоднокии барои истифода намудани усулҳои якхелаи таҳқиқот ва табобат, қатъиян риоя кардани принципҳои методолгии гузаронидани таҳқиқот, ҳамчунин муқоиса кардани натиҷаҳои ҳосилшуда бо маълумотҳои сарчашмаҳои солҳои охири ватанӣ ва хориҷӣ мусоидат намуд.

Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Соҳаи таҳқиқот бо шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.08. – Тибби атфол мувофиқат мекунамд: зербанди 3.4 – Этиология ва патогенези омилҳои хатари ҳолатҳои патологӣ дар кӯдакон; зербанди 3.7 – Дисфунксияи узвҳо ва системаҳо дар кӯдакони дорои ихтилолҳои функсияҳои асосии организм; зербанди 3.9 – Патологияи омехтаи узвҳои дарунӣ, гардиши хун, узвҳои

нафаскашӣ, узвҳои ҳозима, системаи таъяву ҳаракат ва аломатҳои онҳо.

Саҳми шахсии докталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф шахсан 156 кӯдаки синну соли барвакти дорои шаклҳои гуногуни ПББ ва ПБ таҳқиқ намудааст. Мустақилона таҳлили ҳамаҷонибаи маълумоти анамнезӣ, клиникӣ, лабораторӣ-инструменталӣ, интиҳоб ва гуруҳбандии беморонро мувофиқи вазифаҳои дар назди таҳқиқот гузошташуда анҷом додааст.

Шарҳи муназами адабиёти илмии ватаниву хориҷӣ, интишор ва тавсияҳои клиникӣ оид ба мавзуи пневмония дар кӯдакони синну соли барвакти кӯдакӣ иҷро карда шудааст. Дар асоси ҷамъбаст намудани иттилооти илмӣ ва муоинаҳои худ равиши баҳодиҳии комплекси ҷараёни пневмонияро бо назардошти омилҳои хатар, аз ҷумла ҷанбаҳои перинаталӣ, иммунологӣ ва иҷтимоӣ-беҳдоштӣ таҳия карда шудааст.

Давлатзода Д. А. мустақилона методикаи шарҳи маълумоти клиникӣ-лабораториро бо истифода аз компютери инфиродӣ татбиқ намудааст, таҳлили омории натиҷаҳо бо истифода аз барномаи SPSS гузаронидааст, аз ҷумла ҳисоби эътимоднокии фарқиятҳои байни гуруҳҳои муқоисашаванда, таҳлили коррелятсионӣ ва баҳодиҳии таъсири омилҳои ҷудогона ба вазнинии ҷараёни бемориро гузаронидааст.

Дар асоси маълумоти ба даст овардашуда тавсияҳои амалӣ оид ба такмил додани тактикаи таҳқиқӣ-табобатӣ ва реабилитатсионӣ дар кӯдакони мубтало ба пневмония коркард ва пешниҳод шудааст. Натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ дар пойгоҳҳои клиникии соҳавӣ тасвир ва дар фаъолияти амалии шӯбаи педиатрӣ татбиқ шудаанд.

Диссертант шахсан мақолаҳои илмиро омода ва нашр кардааст, баромадҳо ва гузоришҳо дар конференсияҳои илмӣ-амалӣ иҷро кардааст. Таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашуда, коркарди омории онҳо ва тафсири илмиро муаллиф шахсан анҷом додааст. Саҳми ҳолиси муаллиф дар ҷамъоварӣ ва тафсиру ташреҳи иттилоот зиёда аз 85%-ро ташкил медиҳад, дар ҷамъбаст, коркарди оморий ва шарҳи натиҷаҳо -100%.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии диссертатсия, нуқтаҳои принсипалии он дар ҷаласаҳои Ҷамъияти педиатрҳои вилояти Суғд, Ҷамъияти анестезиологҳо, реаниматологҳо ва ҷарроҳони кӯдакони ҚТ (2018-2019), Съездҳои II ва IV –и Россиягии анестезиологҳо, реаниматологҳо ва Хониши IX

Михелсонӣ (2021, 2025) интишорт ва баррасӣ шудаанд.

Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 5 таълифоти илмӣ таълиф шудааст, ки 3 адади он дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2 мақола дар маводҳои конференсияҳои илмӣ-амалӣ нашр шудаанд, 2 пешниҳоди ратсионализаторӣ таҳия шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 166 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шудааст. Аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 3 фасли таҳқиқоти худӣ, таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ, феҳристи адабиёт, ки 137 сарчашмаро дар бар гирифтааст (73 сарчашмаи илмӣ ватанӣ ва 64 сарчашмаи олимони хориҷӣ) иборат аст. Дар рисола 9 ҷадвал ва 25 расм оварда шудааст.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар раванди иҷро намудани таҳқиқоти диссертатсионӣ, таҳти муоинаи мо 156 кӯдакони бемори то 3-сола қарор дошт, ки дар шӯбаи кӯдакони соматикӣ ва реаниматсионии ММТ Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2022 бистарӣ шуда буданд.

Вобаста аз синну сол ва вазнинии ҳолаташон беморони таҳқиқшуда дар шӯбаҳои дахлдор табобат карда шуданд: кӯдакони то яксолаи бе ихтилолҳои назарраси нафаскашӣ ва синдроми интоксикацияи эндогенӣ дар шӯбаи неонотологияи шӯбаи профилӣ бистарӣ карда шуданд, ки 48 (30,8%) кӯдакон, аз 1 то 2-сола 56 (35,9%) кӯдак, аз 2 то 3-сола 52 (33,3%) кӯдак дар шӯбаи кӯдакони синну соли барвақт ва пулмонология бистарӣ шуда буданд.

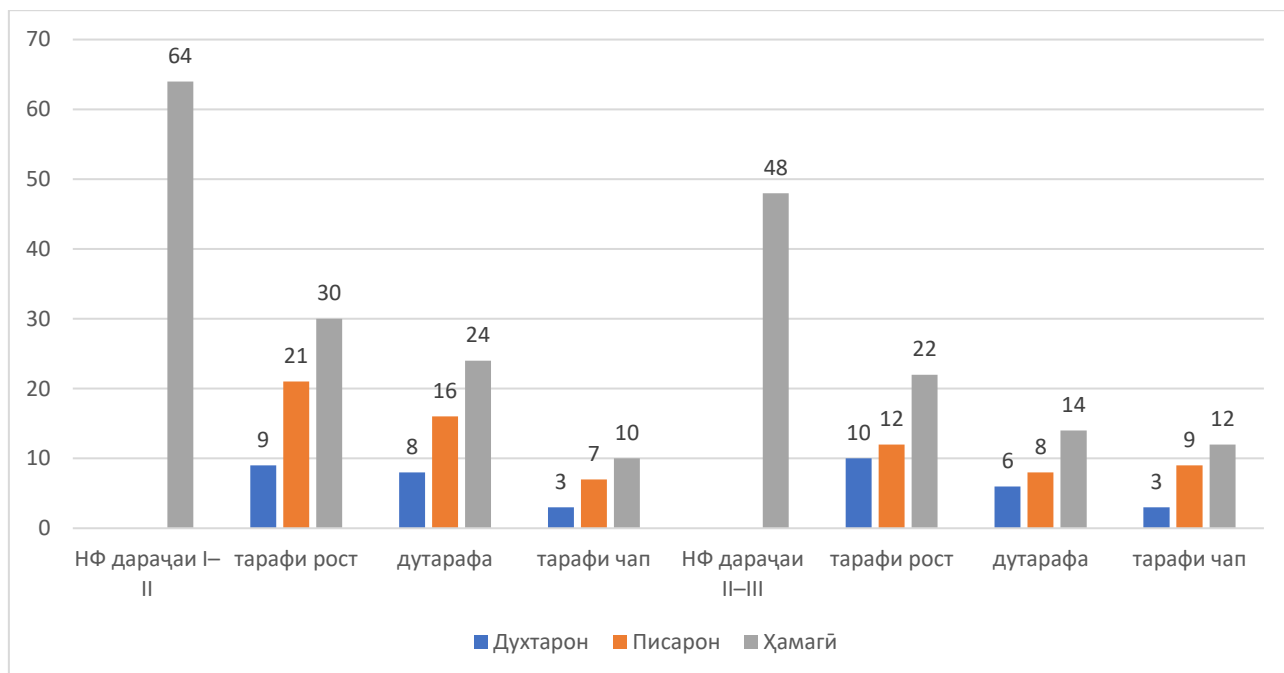
Дар байни таҳқиқшудагон 156 кӯдак, 88 (56,4%) нафар писар ва 68 (43,6%) нафар духтарҳо буданд, бо дараҷаҳои гуногуни вазнинии аломатҳои раванди илтиҳобӣ дар системаи нафаскашӣ. Вобаста аз омилҳои этиологӣ мо беморонро шартан ба ду гурӯҳ ҷудо кардем. Ба гурӯҳи якум 91 (81,1%) бемор бо ПББ, ба гурӯҳи дуюм 65 (18,9%) кӯдак бо ПБ дохил карда шуданд.

Таҳлили картаҳои кӯдакони бемори дорои ПББ 50 (54,9%) писарҳо, 41 (45,1%) духтарҳо гузаронида шуд. Онҳо аз ҷиҳати синну сол ба гурӯҳҳои зерин

чудо карда шуданд, то яксола 24 (26,4%) бемор, аз 1 то 2 -сола 34(37,4%) бемор, то 3 -сола 33 (36,2%) бемор.

Дар байни кӯдакони дорои ПБ писарҳо - 38 (58,5%), духтарҳо - 27 (41,5%). То яксола 24 (36,9 %) бемор, аз 1 то 2 -сола 22 (33,8%) бемор, то 3-сола 19(29,3%).

Маълумотҳои таҳқиқотҳо ва муоинаҳои клиникӣ тасдиқ мекунанд, ки дар ҳарду гурӯҳ беморони мубтало ба бемориҳои системаи нафаскашӣ бештар писарҳо зиёда 60% ба назар мерасанд



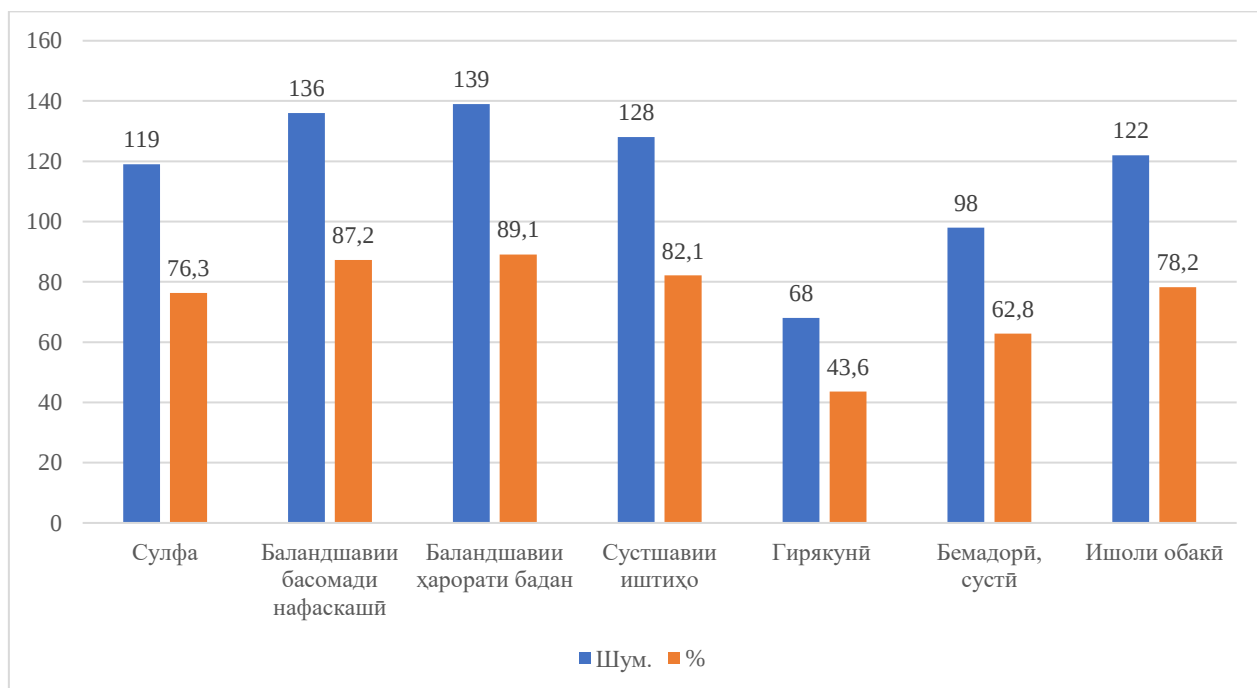
Расми 1. – Гурӯҳбандии кӯдакон вобаста аз дараҷаи НН ва мавқеи осеби системаи нафаскашӣ.

Агар ПБ дар заминаи гирифтани табobati комплексӣ аз хусуси дигар бемориҳо дар клиника дар давоми ҳафтаҳои аввал бо баланд шудан оризаҳои респираторӣ ташхис шуда буюшад, дар ПББ бошад, зиёда аз 67%-и беморон ба клиника пас аз аз табobati давомнок дар сатҳи кумаки аввалияи тиббииву санитарӣ (КАТС) бо ихтилоли узвҳо ва системаҳои дигар муроҷиат кардаанд ва дар шӯъбаи реаниматсия ва табobati интенсивӣ бистарӣ карада шуда буданд. Таҳлили картаи беморони дорои оризаҳои пневмония нишон дод, ки зиёда аз 34,7%-и беморон аз ПХ ва 19,2% аз ПБ ҳолати миёнаи вазнин дар оғози таҳқиқот ташхис шудааст.

Вобаста аз синну соли беморон, ҳангоми таҳлили ПХ ва ПБ дар кӯдакони бемори соли аввали ҳаёт чараёни нисбатани вазнини ихтилоли функсияи системаи шушҳо мутаносибан дар 65,3% ва 80,8% бартарӣ дошт.

Манзараи клиникӣ дар бештари кӯдакони соли аввали ҳаёт ҳангоми дохил шудан ба статсионар дорои симптоматикаи возеҳи респираторӣ буд: тахипноэ, сулфаҳои давомдор, ифрозоти фаровон аз бинӣ, гипертермияи фебрилӣ то 39–40°C, беиштиҳой, ғазабнокшавӣ, сустӣ, зухуроти диспепсӣ. Дар 71%-и кӯдакон дараҷаи миёна-ё вазнини норасоии нафаскашӣ ба мушоҳида расид, дар 14% — аломатҳои синдроми рӯдаҳо, дар 15% якҷоя шудани симптоматикаҳои анамнезӣ ва неврологӣ ба қайд гирифта шуд.

Клиникаи дисфунксияи роҳи ҳозима бо зухуроти синдроми колитӣ дар 79 (86,8%) -и беморони дорои ПХ ва 31 (47,7%) беморони дорои ПБ ташхис карда шуд. Патологияҳои роҳҳои нафаскаширо дар кӯдакони синну соли барвақтзаҳролудшавии умумӣ, оризаҳои системаи марказии асаб дар заминаи гипертермия ҳамроҳӣ мекунанд, ташхиси оризаҳо ба монанди нейротоксикоз дар 31 (19,9%) кӯдак ва ихтилоли системаи лахтабандӣ дар ин замина дар 41 (26,3%) бемор ба мушоҳида расид.



Расми 2. –Симптомокомплекси асосии клиникии ПББ ва шикоятҳои волидайн ҳангоми бистарӣ шудан.

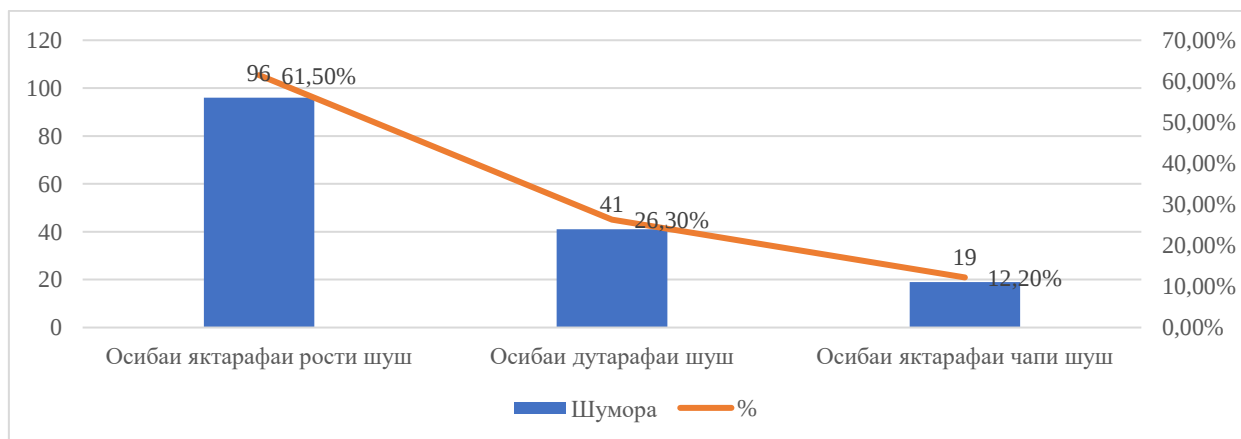
Таҳлили чараёни клиникаи ПББ дар кӯдакони синну соли барвақт нишон дод, ки дар қойи аввал клиникаи дисфункцияи роҳи ҳозима бо афзудани интоксикацияи эндогенӣ дар ин замина меистад, махсусан дар кӯдакони синну соли аввали ҳаёт.

Ҷадвали 1. – Сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони таҳқиқшуда.

Нозология	Миқдор	%
Кммхунӣ	41	20,0
Энтероколит	75	13,5
Гепатити токсикӣ	12	11,4
Рахит	21	9,7
Сирояти роҳҳои пешоб	21	4,9
Бемориҳои ЛОР	19	3,8
Ҳамагӣ	93	100

Яке аз симптомокомплекси асосӣ ҳангоми патологияи системаи респираторӣ дар кӯдакони синну соли барвақт, ин зухуроти обструктивӣ аст, ки дар лаҳзаи дохил шудан дар 39 (42,8%) бемори дорои ПББ ба мушоҳида расид. Дар заминаи ихтилолҳои нафаскашӣ ва равандҳои шадиди илтиҳобӣ дар кӯдакон бемориҳои ҳамроҳшуда таҳхис карда шуд, ки чараён ва иабобати бемориҳо душвор месозанд.

Натиҷаҳои гузаронидани таҳқиқот, аз ҷумла маълумотҳои рентгенографияи қафаси сина дар 156 кӯдаки бемор нишон дод, ки бештар аз ҳама пневмонияи тарафи рост (61,5%) таҳхис карда шудааст, ки аз пневмонияҳои дутарафа (26,3%) ва тарафи чапи шушҳо (12,2%>) бартарӣ дорад (расми 3).



Расми 3. – Натиҷаҳои гузаронидани таҳқиқоти рентгенологӣ.

Бояд қайд кард, ки бемориҳои системаи нафаскашӣ дар кӯдакони синну соли барвақт аксар вақт дар заминаи дигар омилҳои таъсиркунанда ҷараён мегиранд, ки ба ин таъсири манфӣ боқӣ мегузоранд ва таҳқиқоти мо аз ин истисно нест (нуқсонҳои модарзодии дил, кӯдакони зиёд беморшаванда, компонентҳои астматикӣ дар асоси аллергия, хусусиятҳои ғизо ва аз рӯйи дараҷа нокифоя). Таҳлили картаҳо нишон дод, ки бештар аз ҳама тағйироти илтиҳобӣ то (79,5%) осебҳои лонавӣ ва (20,5%) сегментарии шушҳо буданд, дар ин маврид аз рӯйи миқдори осебҳои бофтаҳои шушҳо тағйироти тарафи рост дида мешавад ва зиёда аз 70% -и ҳолатро ташкил медиҳад.

Бо мақсади бештар кардани самаранокии табобати базисӣ ва тезонидани регенератсияи бофтаҳои шушҳо ба схемаи таҳқиқотии табобат курси табобати пастшиддати лазерӣ бо усули кавитатсия бо истифода аз дастгоҳи РИКТА-03/2, яқҷоя бо нурафкании лазерӣ, инфрасурх ва магнитӣ дохил карда шуданд.

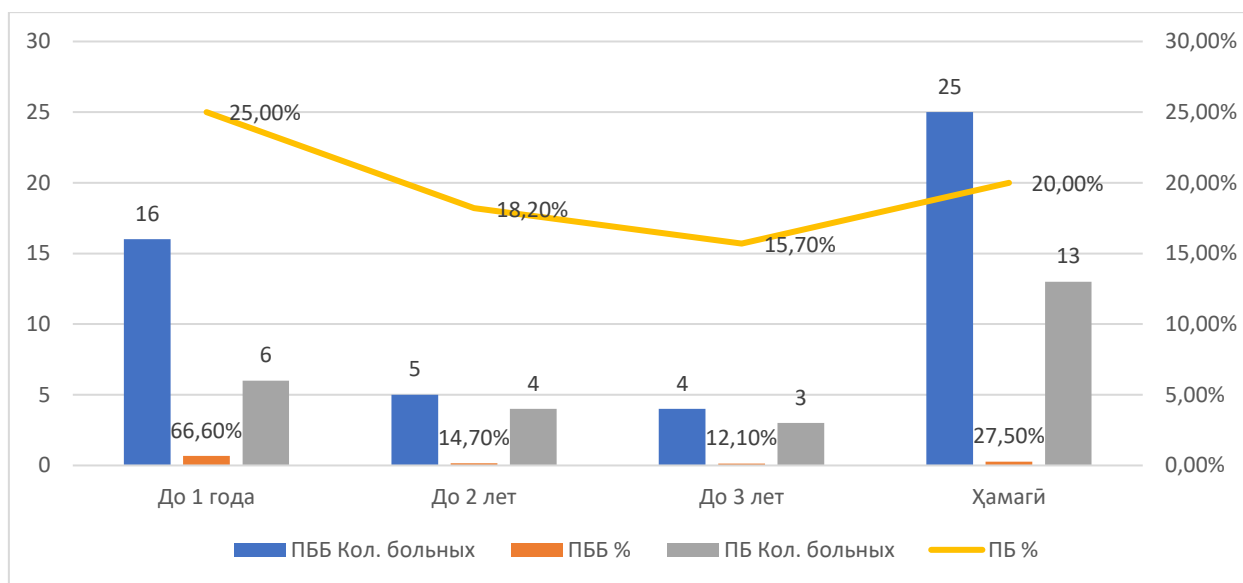
Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки зиёда аз 55%-и кӯдакони бемор ба клиника (дар шабонарӯзҳои 5-6) пас аз табобати бенатиҷа дар маҳал бо ҷараёни оризанок ва лисфунксияи узвҳо ва системаҳо дохил мешаванд, ки аз лаҳзаи дохил шудан ба клиника ёрии таъҷилиро тақозо мекунанд бо дастгирӣ кардани системаи нафаскашӣ.

Бояд қайд кард, ки бо афзудани интоксикатсия ва дер бистарӣ кунонидан миқдори оризаҳо дар дигар узвҳо ва системаҳо зиёд мешаванд.

Аз 58 (37,2%) беморе, ки дар онҳо дастгирии респираторӣ аз лаҳзаи дохил шудан гузаронида шудааст, дар 11 (18,9%) оризаҳои узвҳои нафаскашӣ, осебдидани гурдаҳо ва ихтилоли функсияи роҳи ҳозима ташхис карда шудааст.

Таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталӣ нишон дод, ки аз 91 (58,3) ПББ бо осебҳои лонавӣ ва тағйироти деструктивӣ дар 12 (13,2%) бемор, махсусан кӯдакони соли аввали ҳаёт ва дар кӯдакони бемори дорои ПББ аз 65 (41,7%) бемор дар 7 (10,8%) бемор тағйироти деструктивӣ ташхис карда шуд, дар ин маврид дар заминаи табобат дар 2 (3,8) бемор пневмоторакси шадид ҳамчун оризаи раванди илтиҳобии паренхимаи шушҳо шарҳ дода шуд. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон дод, ки зиёда аз 32%-и кӯдакони бемор дар асоси усулҳои

клиникӣ- лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот осеби дутарафаи бофтаҳои шушҳо муайян ва дар заминаи манзараи пуршиддати рағзову интерстициалӣ ташхис карда шуд. Аз 58 (37,2%) бемор, ки дар онҳо аз лаҳзаи дохил шудан дастгирии респираторӣ анҷом дода шудааст, дар 11 (18,9%) оризаҳои узвҳои нафаскашӣ, осебҳои гурдаҳо ва ихтилоли функцияҳои роҳи ҳохима ташхис карда шудааст. Қайд кардан лозим аст, ки дар заминаи интоксикация ва гипертермияи баланд дар 16 (10,2%) нафар дар лаҳзаи дохил шудан ихтилоҷ ва ихтилоли шуур ба мушоҳида расид, ки ин бо мақсади қатъ кардани ихтилоҷ чорабиниҳои таъҷилий ва гузаронидан ба омодагии респираторӣ дар шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсивиро талаб кард. Таҷрибаҳои илмӣ ва клиникӣ бартарӣ доштани чараёни нисбатан вазнини амбулаториро (пневмонияи ҳонагӣ) исбот мекунанд, ки дар таҳқиқоти мо низ чунин аст. Аз 91 (58,3%) ПББ, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд, маълумотҳои клиникӣ ва лабораторӣ нисбат ба ПБ хеле фарқ мекарданд.

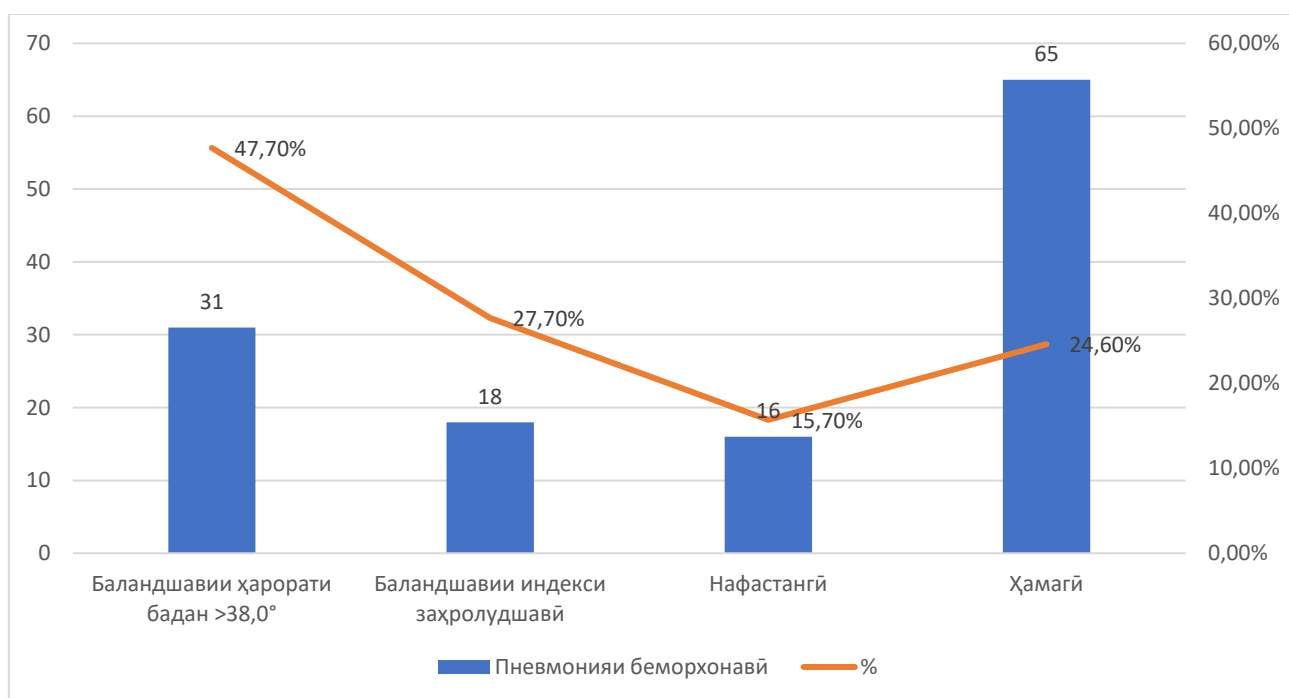


Расми 4. - Клиникаи синдроми обструктивии гурӯҳҳои таҳқиқшуда вобаста аз синну сол ва намуди пневмония.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки ташхиси синдроми обструктивӣ назар ба ПБ ҳангоми ПББ бештар мушоҳида мешавад, дар ин маврид басомади онҳо дар кӯдакони соли авали ҳаёт бештар аст, аз 24 бемор дар 16 (66,6%) кӯдаки беморсиндроми обструктивии дараҷаҳои вазнинии гуногун ташхис карда шуд,

ки ҳангоми дохил шудан ба чорабиниҳои таъҷилӣ ниёз доштанд. На Дар заминаи синдроми обструктивӣ ихтилоли гардиши хуни периферӣ, тахикардияи возеҳ, нафаскашии сатҳӣ бо шавшув, ихтилолҳои метаболикӣ ва интоксикатсияҳои возеҳи эндогенӣ мушоҳида мешавад.

Дар заминаи табobati комплексӣ дар беморон зиёд шудани интоксикатсияи умумӣ, ҳарорати устувори баланди бадан ба назар расид, новобаста аз таъриқи препаратҳо ихтилоли нафаскашӣ ва дисфунксияи дигар узвҳо ва системаҳо дар шабонарӯзҳои сеюм ва панҷуми баъди дохилшавӣ ба клиника аз хусуси ҳолатҳои дигари патологӣ мушоҳида шуд.



Расми 5. – Аломатҳои клиникӣ дар беморон дар заминаи табобат.

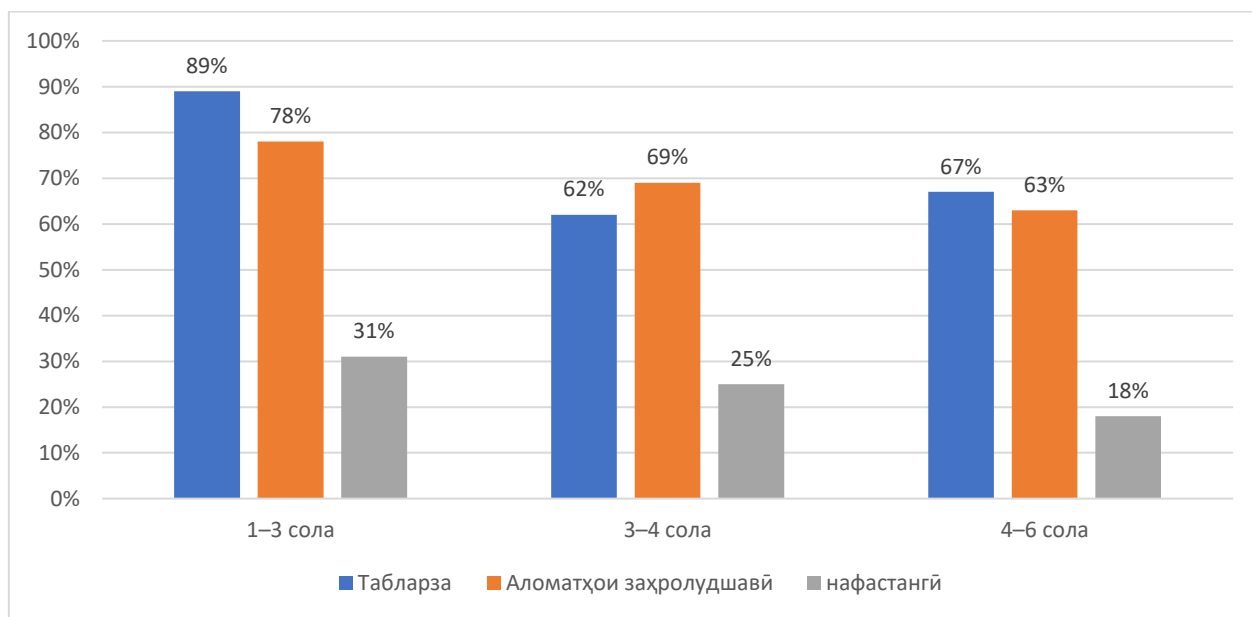
Маълумотҳои таҳқиқот нишон доданд, ки тақрибан ҳамаи ПБ пас аз табobati тўлониву бесамари бемории асосӣ ташхис карда шудаанд, гарчанде аломатҳои клиникӣ аз лаҳзаи дохил шудан дар кӯдакони бемор маълум буданд.

Мавҷуд будани пинҳонкунандагони гуногуни клиникӣ, норавшан будани симптомҳо, ҳамчунин якҷоя шудани пневмония бо дигар ҳолатҳои патологӣ барвақт ошкор намудани равандҳои илтиҳобиро душвор месозанд. Чунончи, аз 65 кӯдаки бемор дар 34 (52,3%) нафар ташхиси ПБ дар 72 соати баъд аз дохил шудан гузошта шуд, вақте ки интоксикатсия ва норасоии нафаскашӣ дар заминаи бемории асосӣ ва табobati антибактериалии беасос ва бидуни

таҳқиқоти бактериологӣ зиёд шуд.

Дар як қатор беморони дорои синдроми возеҳи интоксикация аллакай ҳангоми дохил шудан ба клиника симптомҳои гастроинтестиналӣ ба қайд гирифта шуданд, ки маркери посухи системавӣ илтиҳобӣ ба ҳисоб мерафтанд: регургитация — дар 56,3% кӯдак, эпизодҳои қайқунӣ — дар 32,9%, пасафканди иобакии зуд-зуд — дар 21,2%. Ин аломатҳо аксар вақт пеш аз инкишоф ёфтани симптоматикаи типии нафскашӣ пайдо мешуданд ва моҳиятан, эквиваленти таъсири бесуботкунандаи барвақти метаболикии сирооят ба организм буданд.

Бо пешравии раванди патологӣ дар бофтаҳои шушҳо ва ба раванди илтиҳоби ҷалб шудани бронхиола ва алвеолаҳои дисталӣ, дар кӯдакон афзудани симптомҳои типии респираторӣ ба мушоҳида расид. Аломатҳои муҳими клиник инҳо шуданд: сулфаи давомдор, аксаран дарднок (78,4%), нафаскашии садодори экспираторӣ (67,7%), сианозисекунҷаи бинивулабҳо (84,6%), ки махсусан ҳангоми хӯронидан, гиря кардан ва ғиғон кардан зиёд мешавад, ки ин аз гипоксемияи пешраванда ва дискоординатсияи нафаскашӣ дарак медиҳад.



Расми 6. –Басомади симптомҳои клиникии пневмониядар кӯдакон вобаста аз синну сол.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки чӣ қадар ки синну соли кӯдак хурд бошад, аломатҳои интоксикацияи умумӣ, баланд шудани ҳарорати badan, ихтилоли нафаскашӣ бештар возеҳанд ва онҳо ба амалиёти таъҷилӣ ниёз доранд.

Табларза дар 98%-и кӯдакони синну соли то яксола, аз 2 то 3 –сола муайян карда шуд, дар ҳоле ки аксуламали таб дар кӯдакони бемор бо басомади мутаносибаназ 62% то 67% ба қайд гирифта шуд.

Чӣ қадар ки синну соли кӯдак хурд бошад, ҳамон қадар бештар аломатҳои интоксикатсия дар кӯдакони то 1-сола ин аломатҳо бо басомади то 78% ба қайд гирифта шуданд, бо калон шудани синну сол басомади интоксикатсия ба камшавӣ - 69% дар байни кӯдакони 2-сола, то 63% дар кӯдакони 3-сола, майл дошт.

Махсусан дар ҳолатҳои ҷараёни тӯлкашида ва камсимптом нақши муҳимро *Chlamydia pneumoniae* (дар 5–15,9%) ва *Chlamydia trachomatis* (дар 3–10,2%) мебозанд, ки бо сирояти доимӣ ва ҳассосияти паст нисбат ба β-лактамияи стандартӣ иртибот доранд.

Ғайр аз ин, дар як қисми беморон сирояте верификатсия шуд, ки *Haemophilus influenzae* (3–10,8%) ба вучуд овардаст, махсусан дар кӯдакони дорои гиповитаминоз ва майли анатомӣ доштан ба равандҳои обструктивӣ. Намояндагони оилаи *Enterobacteriaceae* — *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* ва ғайра — камтар (дар 2–7,5%) во хӯрданд, аммо дар кӯдакони заъиф ва бо ҷараёни оризанок бистаришуда нақши муҳим доранд.

Staphylococcus aureus, ба ҳайси барангезандаи дорои патогенияти оӣ, дар 10,2% ҳолат муайян карда шуд, асосан ҳангоми шаклҳои деструктивии пневмония, к ибo синдроми интоксикатсионии возеҳ ва оризаҳои плевропулмонологӣ иртибот доранд. Гоҳе дар сохтори этиологӣ *Streptococcus pyogenes*, *Chlamydia psittaci*, инчунин *Coxiella burnetii* ба қайд гирифта шуд, асосан дар ҳолатҳои табобати давомнок бо шубҳа кардан аз табиати зоонозии сироят.

Аз 156 кӯдаки бемор мо дар давраи шадиди беморӣ нишондиҳандаҳои иммуниро дар 80(51,3%) кӯдаки бемор таҳлил кардем, ки аз онҳо бо ПББ 50 (62,5%) кӯдаки бемор (30 бемор дар давраи шадиди беморӣ дохил шуданд ва 20 нафар пеш аз рухсат шудан дар марҳалаи шифоёбӣ), дар 30(37,5%) кӯдаки бемори дорои ПБ (20 нафар дар давраи шиддагӣ дар шабонарӯзҳои дуум ва

сеюми дар клиника будан ва 10 кӯдаки бемор пеш аз рухсат шудан дар марҳалаи шифоёбӣ.

Чадвали 2. – Тавсифи муқоисавии нишондиҳандаҳои реактивияти иммунологӣ дар кӯдакони таҳқиқшуда.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи беморон					
	Дар давраи шадид (n=50)			Пеш аз рухсатӣ (n=30)		
	ПББ (n=30)	ПБ (n=20)	p	ПББ (n=20)	ПБ (n=10)	p
Лимфоситҳо, %	49,2±1,75	52,4±4,61	>0,05	51,0±2,92	53,5±2,2	>0,05
Лимфоситҳо, 10 ⁹ /л	4,63±0,29	4,91±0,21	>0,05	4,92±0,27	5,01±0,31	>0,05
CD3, %	30,21±2,2	34,18±2,48	>0,05	46,07±3,33*	52,56±4,12*	>0,05
CD3, 10 ⁹ /л	1,01±0,06	1,05±0,09	>0,05	1,93±0,13*	1,41±0,17*	<0,05
CD4, %	23,48±2,42	27,26±2,9	>0,05	35,88±1,45*	34,5±0,6*	>0,05
CD4, 10 ⁹ /л	0,61±0,05	0,76±0,08	>0,05	0,89±0,04	0,81±0,02	>0,05
CD8, %	19,9±1,7	21,4±1,32	>0,05	20,8±1,12	24,4±0,91	>0,05
CD8, 10 ⁹ /л	0,39±0,01	0,40±0,02	>0,05	0,31±0,02	0,44±0,03	<0,05
ИРИ	1,2±0,02	1,16±0,06	>0,05	1,76±0,06	1,70±0,07*	>0,05
CD16, %	24,5±2,5	20,8±2,54	>0,05	19,7±0,9	14,9±0,8*	<0,05
CD16, 10 ⁹ /л	0,87±0,2	0,62±0,03	>0,05	0,58±0,2	0,42±0,1	<0,05
CD72, %	10,8±2,4	11,35±2,2	>0,05	15,2±1,67*	16,9±1,4*	>0,05
CD72, 10 ⁹ /л	0,13±0,15	0,23±0,08	<0,05	0,21±0,11	0,34±0,05	<0,05
Ig G, г/л	4,37±0,37	7,57±0,03	>0,05	7,02±0,52*	8,03±0,47	<0,05
Ig A, г/л	0,37±0,05	0,89±0,04	>0,05	0,7±0,11*	1,12±0,14*	<0,05
Ig M, г/л	1,51±0,08	1,23±0,28	>0,05	1,37±0,11	1,32±0,15	>0,05

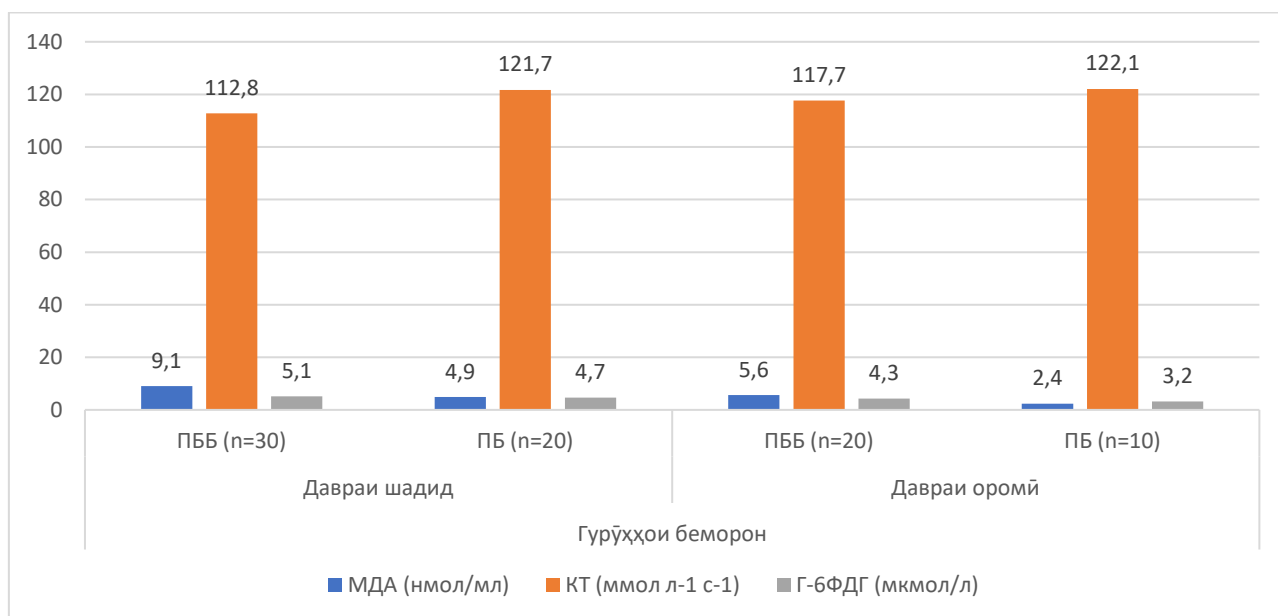
Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо истифода аз меёри U-и Манн–Уитни, *p<0,05 – ҳангоми муқоиса бо нишондиҳандаҳои марбута дар давраи шадид (бо истифода аз меёри T-и Вилкокссон).

Ихтилолҳои возеҳи воқуниши иммунологӣ дар кӯдакони дорои пневмония, махсусан ҳаангоми чараёни вазнин муқаррар карда шуд. Дефисити (нуқсони) иммуноглобулинҳои А ва G, камшавии CD4⁺/CD8⁺ шохиси иммунорегуляторӣ муайян карда шуд. Кӯдакони дорои ПХ бештар аломатҳои иммунодефисити такрорӣ ва фаъолнокии пасти фагоситариро доштанд, ки ин

ба табобат дохил кардани воситаҳои ислохкунандаи иммуниро талаб мекард.

Барои асоснок кардани табобат ҳангоми пневмонияҳои оризанок омӯхтани нишондиҳандаҳои пероксиди липидҳо (мувофиқи сатҳи диалдегиди малоновӣ) ва муҳофизати антиоксидантӣ (мувофиқи сатҳи Каталазҳо, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназ) дар хуни кӯдакон дар давраи шадиди раванди илтиҳобӣ ва дар давраи шифоёбӣ имконият медиҳад, ки ислоҳи саривактӣ гузаронида шавад.

Натиҷаҳои нишондодҳое, ки сатҳи диалдегиди малоновӣ ва фаъолнокии ферментҳои антиоксидантиро (каталазҳо, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназ) дар кӯдакони дорои ПББ ва ПБ инъикос мекунанд.



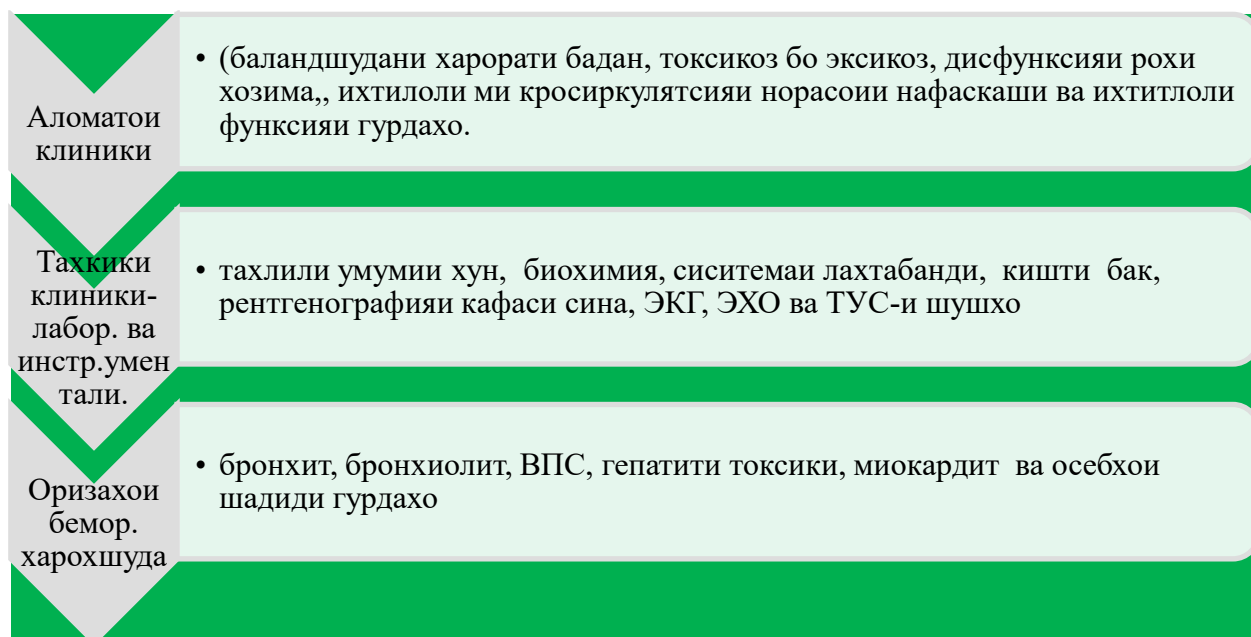
Расми 7. – Нишондиҳандаҳои ПОЛ ва АОЗ ҳангоми пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар кӯдакони бемори дорои ПББ дар муқоиса аз кӯдакони беморе, ки ПБ доранд, нишондиҳандаҳои фарқияти назаррас доранд, дар навбати аввал табобати давомноки амбулаторӣ ва бемориҳои ҳамроҳшуда дар муқоиса аз беморхонагӣ. Дар ин маврид пероксиди липидҳо ва зиёд шудани фаъолнокии антиоксидантӣ дар зардоби хун дар давраи шадиди беморӣ дар ҳарду гурӯҳи беморон меафзояд ва дар шабонарӯзи 7-ум маҳв шудани фаъолнокии антиоксидантӣ ба мушоҳида мерасад.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои ПОЛ муқаррар карда

шуд, ки сатҳи МДА- маркери асосии липопероксидатсия — дар беморони дорои ПХ ба таври эътимодноқ аз ҳамин гунна нишондодҳо дар кӯдакони дорои ПБ то андозаи 1,1 маротиба баланд аст ($p < 0,05$). Далели мазкур аз хеле возеҳ будани фаъолнокии равандҳои пероксиди озоди радикалии липидҳо дар мембранаҳои ҳуҷайраҳо дар даври шадиди беморӣ, махсусан дар кӯдаконе, ки то лаҳзаи дохил шудан дар статсионар набуданд, гувоҳӣ медиҳад.

Ҳамин тавр, дар беморони дорои ПБ дар даври шадиди беморӣ, дараҷаи нисбатан баланди интенсификатсияи ПОЛ ба мушоҳида расид, ки бо баланд шудани сатҳи МДА то 29,4% ва фаъолнокии Г-6-ФДГ то 14,4% дар муқоиса аз кӯдакони гурӯҳи дорои шаклӣ берунбеморхонагии беморӣ зоҳир шуданд. Ин тағйиротҳо хусусияти устуворӣ доштанд ва ҳатто дар даври реконвалесценсияи барвақт ҳифз шуданд, ки ин аз мушкил будани протсессҳои мутобиқшавӣ ва аксуламали барқароршавӣ дар шароити сирояти госпиталӣ дарак дода метавонанд.



Расми 8. - Алгоритми таъхиси ПХ дар кӯдакони синну соли барвақт

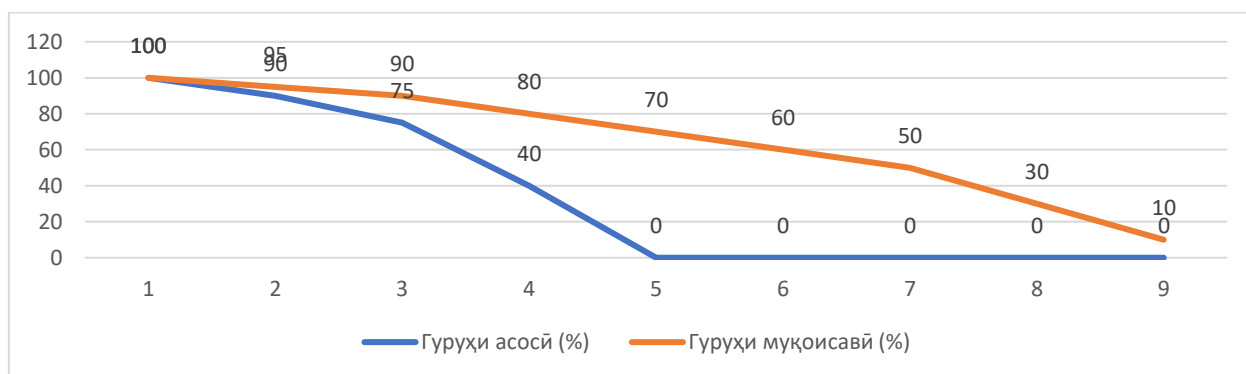
Таҳлили картаҳои беморон нишон дод, ки зиёда аз 34% -и кӯдакони дорои ПББ аз 3 то 4 маротиба аз хусуси ҳолатҳои гуногуни патология ба системаи нафаскашӣ алоқаманд бистарӣ шуда буданд, ки ин ба гурӯҳи беморони зуд-зуд беморшаванда ва эҳтиёҷманди назорати доимӣ таъсир мерасонад.

Аз муоинаҳои кӯдакони бемори дорои ПББ 47(51,6%) ҳолаттабобати комплекси амбулаторӣ гирифтанд ва аз рӯйи вазнин будани ҳолаташон ба статсионар интиқол дода шуданд, дар ин табобат истифодаи препаратҳои зиддимикробӣ беасос буд ва ба маротибаи тазриқ ва дозагирии он вобаста аз вазнинии ҳолат ва табобати ҷараёни онҳо мувофиқат намекард.

Хусусияти ҷараёни клиники пневмонияи кӯдакони синну соли авали ҳаёт, дар таҳқиқоти мо нишон шодод, ки дар бештари маавридҳо пайдо шудани оризаҳое монанди монанди нейротоксикоз фазаи I-II дар 31(19,9%) кӯдаки беморт бо ихтилоли шуур ва қарахтӣ 21(13,5%), дар лаҳзаи бистаришавӣ интоксикасияи эндогении возеҳ, ҳамроҳ бо вайроншавии микросиркулятсия ва клиникаи коагулопатия дар 37 бемор (23,7%) бартарӣ доранд.

Бояд қайд кард, ки дар заминаи интоксикасияи умумӣ ва гипертермия бо дисфунксияи дигар узвҳо ихтилоҷҳо ба мушоҳида мерасанд, ки ҷорабиниҳои ғавриро талаб мекунанд.

Зикр кардан зарур аст, ки ҳангоми гузаронидани табобати комплексӣ дар кӯдакони дорои синдроми обструктивӣ ва сулфаҳои хурӯҷмонанд, истифода кардани доруҳои балғамрон нисбатан самараноктаранд, дар замоне ки дигар оризаҳо дида нашавад. Синдроми обструктивӣ, ихтилоли нафаскашӣ, синну соли кӯдак – ҳамаи ин омилҳо истифодаи эҳтиёткоронаи ин доруҳоро махсусан дар соли авали ҳаёт талаб мекунад, чунки стимулятсияи аз меъёр зиёди қайқунӣ ва маркази сулфа мумкин аст, ки ба аспиратсия оварда расонад, махсусан агар системаи марказии асаби кӯдак осеб дида бошад.

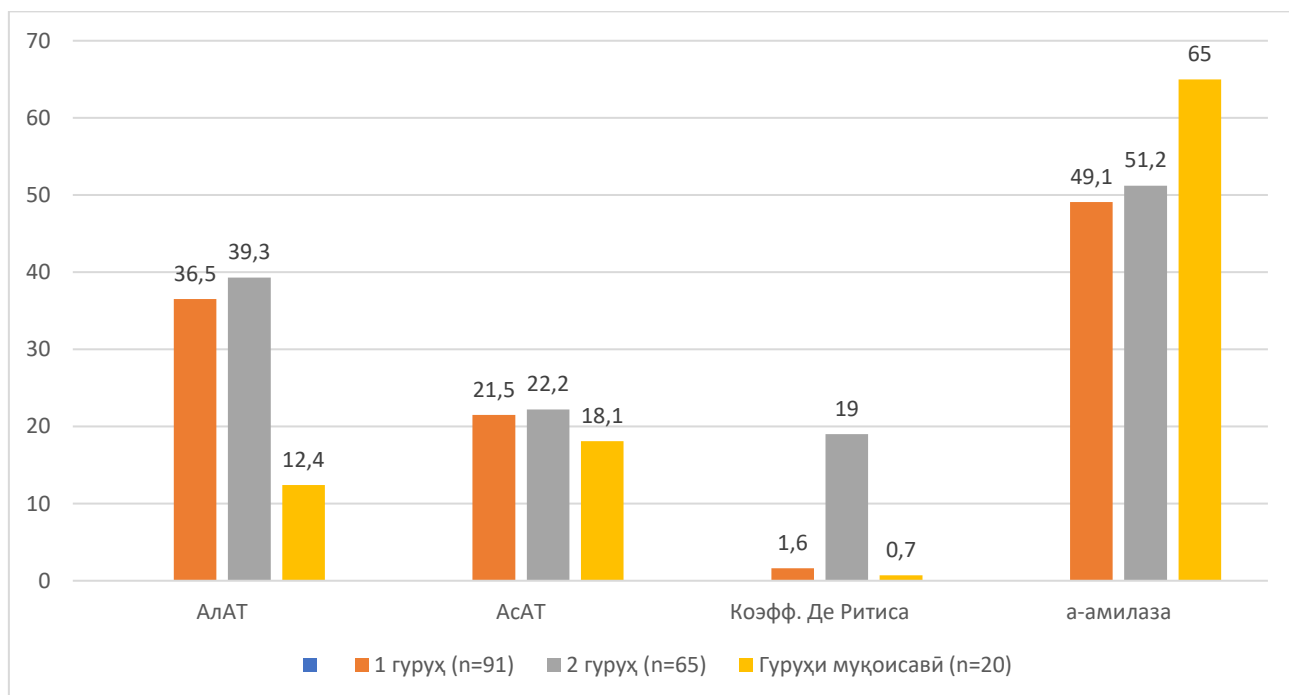


Расми 9. – Нишондиҳандаҳои самаранокии воситаҳои зидди сулфа, дар мониторинги сулфай беаҳсул дар бомаҳсул

Таҳлили таҳқиқот нишон дод, ки дар табобати комплексӣ бо истифода аз препаратҳои барангезанда ва ислоҳ кардани ихтилолҳои назорати системӣ ва иммунӣ имконият медиҳад, ки оризаҳои деструктивӣ ва фавтият аз ин беморӣ кам карда, натиҷаҳои табобат беҳтар шавад.

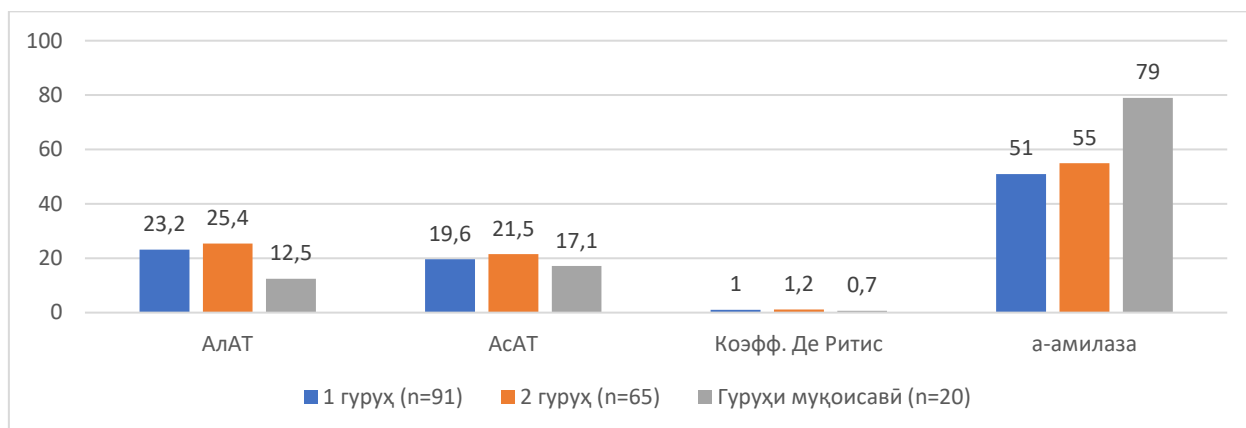
Таҳқиқоти мо ва муоинаҳои клиникӣ нишон доданд, ки ҳангоми чараёни вазнини доштани пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, дар навбати аввал номутаносибии ферментҳо ба амал меояд, ки дар заминаи гипоксия ва оризаҳои ҳамроҳшуда ба вазнини гаштани ҳолати умумӣ оварда мерасонад ва дар натиҷаи асоснок гузаронидани ислоҳи ин беморӣ аз натиҷаҳои ногувори он раҳо шудан мумкин аст.

Бояд қайд кард, ки тағйироти нисбатан назарраси АсАТ ҳангоми осебдидани мушакҳои дил дар заминаи равандҳои илтиҳобӣ дар системаи нафаскашӣ ташхис карда мешавад, ки ба тағйир ёфтани вентилатсияи шушҳо оварда мерасонад. Гузаронидани таҳлил ҳангоми пневмония дар кӯдакони аз лаҳзаи дохил шудан ва дар динамикаи муоинаи онҳо имконият медиҳад, ки ислоҳи саривақтӣ ва кам кардани оризаҳо дар инт категорияи кӯдакони беморанҷом дода шавад.



Расми 10. Фаъолнокии ферментҳо дар кӯдакони бемори дорои пневмония ҳангоми бистарӣ

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки ҳангоми оризанок шудани чараёни пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт баланд шудани нишондиҳандаҳои ферментҳои чигар (АлАТ и АсАТ) муқаррар карда шуд, ки барои гипоксия дар заминаи раванди илтиҳобии системаи респираторӣ бо тағйироти метаболӣ хос аст.



Расми 11. – Фаъолнокии ферментҳо дар кӯдакони бемори дорони пневмония пас аз табобати комплексӣ дар шабонарӯзи 10-ум.

Мушоҳидаҳои клиникӣ нишон доданд, ки дар беморони гирифтори ПБ дар заминаи афзоиши интоксикацияи умумӣ афзоиши ферментҳои чигар (АЛАТ ва АСАТ) дар динамикаи мушоҳида ба қайд гирифта шудааст. Вобаста ба баландшавии онҳо, тағйироти деструктивӣ ва дисфункцияи узвҳо ва системаҳои дигар мушоҳида мегардид, ки ин аҳамияти коэффиенти де Ритисро дар раванди татбиқи протоколи табобатии ин гурӯҳи беморон нишон медиҳад.

Ин фасли рисоларо чамъбаст намуда, қайд кардан мумкин аст, ки ҳангоми гузаронидани баҳодиҳии комплекси беморони дорони осебҳои вазнини роҳҳои нафаскашӣ, дар навбати аввал ихтилолҳои метаболӣ ва тағйироти нишондиҳандаҳои биохимиявӣ дар заминаи раванди илтиҳобӣ ва гипоксияи бофтаҳо баҳогузорӣ карда мешавад, ки бе ислоҳи онҳо ҳангоми табобати ин категорияи беморон натиҷаҳои хубро ба даст овардан ғайри имкон аст.

Ҳамчунин, муоинаҳои клиникӣ нишондиҳандаҳои пешгӯйикунандаи биохимиявиро ҳангоми вазнин будани пневмония ва оризаҳои он собит месозад, ки ҳангоми ислоҳ кардани онҳо дар марҳалаҳои барвақт барои ба даст овардани натиҷаҳои нисбатан самараноктар ҳангоми бемориҳои системаи нафаскашӣ дар

кӯдакони синну соли барвақт, таҳқиқоти муфассалтарро талаб мекунад.

Хулосаҳо

1. Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки илтиҳоби шуш дар кӯдакони синни бармаҳал махсусан вазнин мегузарад дар ҳолати мавҷуд будани омилҳои хавф, аз ҷумла камхунӣ, энтероколит, рахит ва осеби системаи дилу рағҳо, ки сатҳи баланди мушкilot ва фавтро ба вучуд меоранд [1-М, 3-М, 5-М].
2. Бартарии бозътимоди норасоии нафаскашии дараҷаҳои II–III дар кӯдакони синни бармаҳал бо пневмонияи берунбеморхонавӣ ва беморхонавӣ муайян карда шуд, ки бо маълумоти клиникӣ, рентгенологӣ ва лабораторӣ тасдиқ ёфтааст [1-М, 2-М, 4-М].
3. Басомади баланди бемориҳои ҳамрадиф (59,6%) муайян гардид, аз ҷумла камхунӣ, энтероколит, рахит ва осеби системаи дилу рағҳо, ки ба чараҳои клиникӣ илтиҳоби шуш таъсири манфӣ мерасонанд ва ниёз ба ислоҳи равишҳои табобатро ба миён меоранд [2-М, 3-М, 5-М].
4. Таҳқиқоти иммунологӣ вайроншавии системаи масуниятро дар аксари беморон, бахусус дар шаклҳои вазнини пневмония, нишон дод [3-М, 5-М].
5. Истифодаи табобати комплексӣ бо шомил намудани иммуномодуляторҳо, антиоксидантҳо ва усулҳои ғайритабобатӣ дараҷаи захролудшавиро назаррас хоҳиш медиҳад, нишондиҳандаҳои оксигенатсияро беҳтар мекунад ва имкон медиҳад, ки давомнокии табобат кам шавад [1-М, 2-М, 3-М].
6. Арзиши клиникӣ-ташхисӣ ва пешгӯии нишондиҳандаҳои лабораторӣ — сатҳи лактат, МДА, СОД, АсАТ/АлАТ, албумин ва индекси лейкоцитарии захролудшавӣ — барои баҳогузориш шиддати чараён ва самаранокии табобати илтиҳоби шуш дар кӯдакон муайян карда шуд [3-М, 4-М].
7. Исбот шудааст, ки воридшавии дер (рӯзҳои 5–6-и беморӣ) бо зиёдшавии мушкilot алоқаманд аст (то 31,4% кӯдакон ба нафасдиҳии сунъӣ ниёз доранд, 18,9% осеби якҷояи узвҳои дохилӣ доранд) [2-М, 4-М, 5-М].

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳиқот

1. Ҳангоми таҳхиси илтиҳоби шуш дар кӯдакони синни бармаҳал хатман мавҷудияти бемориҳои ҳамрадифро ба назар гирифтани лозим аст. Ошкорсозии бармаҳали омилҳои хавф имкон медиҳад, ки пешгирии мақсадноки чараҳои вазнин амалӣ карда шавад.
2. Тавсия дода мешавад, ки ба табобати стандартӣ доруҳои метаболӣ, иммуномодуляторҳо ва антиоксидантҳо дар кӯдакони дорони нишонаҳои захролудшавии вазнин ва камфаъолии иммунӣ ворид карда шаванд.
3. Дар шароити беморхонавӣ ҳангоми чараҳои вазнин, гузаронидани кавитатсияи лазерӣ бо мақсади ислоҳи вазъи метаболӣ ва беҳтарсозии оксигенатсия тавсия дода мешавад.
4. Ҳангоми муайян шудани нишондиҳандаҳои таназзулэфтаи лактат, СОД, АсАТ/АлАТ ё МДА тавсия дода мешавад, ки фарқи коэффитсиенти Де Ритис муайян карда шавад, антиоксидантҳо ба табобат шомил карда шаванд ва кӯдак ба шуъбаи эҳғарӣ интиқол дода шавад.

Рӯйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)

1. Абдурахимов Р.М. Некоторые вопросы эпидемиологии пневмонии у детей в Республике Таджикистан [Текст] / Абдурахимов Р.М., А.В. Вохидов // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. - 2019. - №4. - С. 347-354.
2. Абдурахимов, Р. М. Клинические особенности и факторы риска развития синдрома интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией [Текст] / Р. М. Абдурахимов, А. В. Вохидов // Здоровье матери и ребенка. – 2020. – № 1. – С. 1-5.
3. Абдурахимов, Р. М. Сопутствующие заболевания у детей с пневмонией [Текст] / Р. М. Абдурахимов, А. В. Вохидов // Мать и дитя. – 2020. – № 4. – С. 4-7.
4. Илтиҳоби шуши амбулаторӣ дар кӯдакони хурдсол ва нишондодҳои клиникӣ ва собиқагии он [Матн] / Х. Ф. Баҳодуров, З. Н. Набиев, С. М. Ғафурзода, Д. А. Қайумова // Илм ва фановарӣ. – 2023. – №1. – С. 45-48.

5. Исмоилов, К. И. Особенности газового состава и кислотно-основного состояния крови у новорожденных детей при внутриутробных инфекциях [Текст] / К. И. Исмоилов, Ш. С. Музаффаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 59-65.

6. Исмоилов, К. И. Хусусиятҳои ваироншавии системаи гемостаз дар илтиҳоби шуши бактериалӣ дар кӯдакони навзод [Матн] / К. И. Исмоилов, С. Т. Давлатов, М. А. Исмоилова // Авджи Зухал. – 2022. – №. 1. – С. 94-98.

7. Кудратова С. Н. Особенности некоторых параметров гемостаза при бактериальной пневмонии у детей раннего возраста [Текст]: автореф. дис.... канд. мед.наук / С. Н. Кудратова // - Душанбе, 2013. -23с.

8. Лазарева М.А. Носоглоточное носительство *Streptococcus pneumoniae* у воспитанников детских домов, дошкольных учреждений и неорганизованных детей младше 5 лет [Текст] / М.А. Лазарева, Т.В.Куличенко, Н.М. Алябьева// Вопросы современной педиатрии. -2017. -№ 14. -С. 246-255.

9. Особенности течения острой пневмонии у детей раннего возраста при некоторых формах врожденных пороков сердца [Текст] / З. Н. Набиев, Б. А. Шамсов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – № 2. – С. 61-66.

10.Пневмония у новорожденных и детей грудного возраста: этиологическая структура и клинико-рентгенологические особенности [Текст] / Л. Ф. Джумаева [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018. – Т. 8, № 2(26). – С. 197-203.

11.Попкова Н.И. Внебольничные пневмонии у детей: Клинические, лабораторные и этиологические особенности [Текст] / Н.И. Попкова, М.А. Скачкова, Е.Г. Карпова // Журнал экспериментальной, клинической и профилактической медицины. www.sbook.ru 2020.

12.Рахматова, Р. А. Вопросы инфузионной терапии при лечении острой пневмонии у детей [Текст] / Р. А. Рахматова, Л. Р. Достиев, З. Н. Набиев // Жизнеобеспечение при критических состояниях : Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Тезисы докладов, Москва, 13–14

ноября 2020 года / Научный редактор В.Т. Долгих. – Москва: ООО «Московское Конгрессное Бюро», 2020. – С. 119-120.

13.Ҳолати системаи дилу рағҳои хунгард ҳангоми пневмонияи шадид дар кӯдакони синни барвақт [Матн] / Н. А. Абдуллаева [ва ғ.]// Авҷи Зухал. – 2021. – № 4. – С. 63-66.

14.Hazir T. Severe pneumonia can be safely treated at home: revisions in WHO/UNICEF Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) pneumonia management guidelines [Text] / T. Hazir // Journal of Research Development. – 2013. – Vol. 1. – Article ID: e101.

15.World Health Organization. Revised WHO classification and treatment of pneumonia in children at health facilities: evidence summaries [Text] / World Health Organization. – 2014.

**Феҳристи интишороти муаллиф доир ба мавзӯи диссертатси
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М]. Давлатзода Д.А. Синдроми обструктивӣ ва таъсири он ба силсилаи дилу рағҳои кӯдакони гирифтори бемории музминии шуш (шарҳи адабиёт) [Матн] /Д.А. Давлатзода, Д.А. Каюмова, З.Н. Набиев // Симурғ– 2024. - №4. –С. 201-207.

[2-М]. Давлатзода Д.А. Гемодинамические нарушения при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста и методы их коррекции [Текст] / Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова, Б.А. Шамсов, И.А. Комили // Наука и инновация. – 2025. - №1. – С. 44-51.

[3-М]. Давлатзода Д.А. Некоторые особенности течения осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста [Текст] / Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова, Б.А. Шамсов // Мать и дитя. – 2025. - №1. – С. 52-67.

Мақола ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо

[4-М]. Давлатзода Д.А. Значение корригирующей терапии при бактериальной пневмонии с электролитными нарушениями у детей раннего возраста / Д.А. Давлатзода, С.Н. Кудратова, К.И. Исмаилов, З.А. Шодиева //

Материалы V-го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана. Душанбе, 2010. С. 78-81.

[5-М]. Давлатзода Д.А. Пневмонии у детей раннего возраст и методы их коррекции [Текст] / Д.А. Давлатзода // 4-й российский съезд детских анестезиологов-реаниматологов. IX Михельсоновские чтения. Москва, 12–13 апреля 2025 года. – Москва, 2025. – С. 122-123 с.

Пешниҳодҳои рационализаторӣ

1. Давлатзода Д.А. Способ изучения гуморальной регуляции у больных с пневмонией в корреляции от этиологии и тяжести заболевания [Текст] / Б.А. Шамсов, Файзуллоев Ф.А., Д.А. Давлатзода, Р.А. Рахматова // Рационализаторское предложение (от 12.02.2023) – г. Душанбе – 2023 г.
2. Давлатзода Д.А. Способ изучения клинико-лабораторных особенностей пневмонии в зависимости от этиологии заболевания [Текст] / Ш.З. Набиева, Б.А. Шамсов, Р.А. Рахматова, Д.А. Давлатзода // Рационализаторское предложение (от 03.01.2024) – г. Душанбе – 2024 г.

Феҳристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

АлАТ – аланинаминотрансфераз

АсАТ – аспартатаминотрансфераз

БМОШ –бемории музмини обструктивии шушҳо

БН – басомади набз

БХН– басомади ҳаракати нафаскашӣ

ВСШ –вентилятсияи сунъии шушҳо

ИЭ –интоксикатсияи эндогенӣ

КИО – Коэффитсиенти истифодаи оксиген

НН – норасоии нафаскашӣ

НТЧ – Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ

НУБ – нурафкании ултрабунафш

ОБ – бронхити обструктивӣ

ПС– пневмонияи стафилококкӣ

ПБ – пневмонияи беморхонавӣ

ПББ– пневмонияи берунбеморхонавӣ

СРБН – сирояти роҳҳои болоии нафаскашӣ

СРБ – С-сафедаи реактивӣ

СШРВ – сироятҳои шадиди респиратории вирусӣ

ТУТ – Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ

ФНБ – функсияи нафаскашии берунӣ

ҲИН – ҳаҷми иловагии нафаскашӣ

ҲН – ҳаҷми нафаскашӣ

ҲҲШ – ҳаҷми ҳаётии шушҳо

ЭКГ – Электрокардиография

Ch. pneumoniae – Chlamydia pneumoniae

Ch. trachomatis – Chlamydia trachomatis

C. burnetii – Coxiella burnetii

E. coli – Escherichia coli

Hb – Гемоглобин

H. influenzae – Haemophilus influenzae

IgA, IgG – синфи иммуноглобулинҳо А ва G

M. pneumoniae – Mycoplasma pneumoniae

pO₂ / pCO₂ – фишори парсиалии оксиген / ди оксиди карбон

СаО₂ – шарёи хуни сероксиген

S. pneumoniae – Streptococcus pneumoniae

St. aureus – Staphylococcus aureus

Str. pyogenes – Streptococcus pyogenes

Va – вентилятсияи алвеоларӣ

Vd – Фазои мурда

VE – ҳаҷми дақиқагии вентилятсияи шушҳо

Vt – ҳаҷми нафаскашӣ

Аннотация

Давлатзода Дилшода Аслама «Современные аспекты пневмоний у детей раннего возраста и факторы, оказывающие влияние на их течение»

Ключевые слова: дети раннего возраста, пневмония, факторы риска, иммунитет, микоплазменная инфекция, клинико-лабораторная диагностика, комплексная терапия, исход заболевания.

Цель работы: Изучить клинические особенности пневмонии у детей раннего возраста и факторы, влияющие на их течение.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 156 детей до 3 лет, госпитализированные в профильные отделения ГУ НМЦ «Шифобахш» в 2016–2019 гг. Применены клинико-anamnesticheskie, лабораторно-инструментальные (общеклинические, биохимические, иммунологические), а также статистическая обработка данных с использованием программ SPSS и Statistica.

Полученные результаты и их новизна: Впервые в условиях Республики Таджикистан комплексно проанализированы особенности течения пневмоний у детей раннего возраста с учётом клинических, иммунологических и социальных факторов. Выявлены достоверные предикторы тяжёлого течения заболевания: антенатальные и постнатальные факторы, сниженная длительность грудного вскармливания, вторичный иммунодефицит, микоплазменная и смешанная этиология. Установлено, что тяжесть течения пневмонии достоверно коррелирует с уровнем IgA и IgG, снижением CD4⁺/CD8⁺, иммунорегуляторным индексом и тяжестью интоксикационного синдрома. Разработан и внедрён дифференцированный подход к терапии в зависимости от степени тяжести заболевания, включающий рациональный выбор антибактериальной терапии и иммуотропную коррекцию. Доказано улучшение клинических исходов, снижение длительности госпитализации и частоты осложнений.

Рекомендации по использованию: Результаты исследования внедрены в клиническую практику ГУ НМЦ «Шифобахш». На их основе разработаны рекомендации по оптимизации диагностики, стратификации риска и лечению пневмонии у детей раннего возраста с учётом индивидуальных факторов.

Область применения: педиатрия, пульмонология, иммунология.

Аннотатсия

Давлатзоди Дилшод Аслам «Чанбаҳои муосири пневмония дар кӯдакони хурдсол ва омилҳое, ки ба рафти онҳо таъсир мерасонанд»

Калидвожаҳо: кӯдакони хурдсол, пневмония, омилҳои ҳавф, иммунитет, сирояти микоплазма, таъхиси клиникӣ ва лабораторӣ, табобати комплексӣ, натиҷаи беморӣ.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникии пневмония дар кӯдакони синну соли бармаҳал ва омилҳои ба ҷараёни онҳо таъсиркунанда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Дар соли 2016-2019 156 нафар кӯдакони то 3-сола дар шӯъбаҳои махсуси Маркази миллии тиббии ҚТ «Шифобахш» бистарӣ шуданд. Дар таҳқиқот усулҳои клиникӣ, анамнестикӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ (биохимиявӣ, иммунологӣ), инчунин коркарди маълумотҳои оморӣ бо истифода аз барномаҳои SPSS ва Statistica истифода шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағзони онҳо: Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои ҷараёни пневмония дар кӯдакони хурдсол бо назардошти омилҳои клиникӣ, иммунологӣ ва иҷтимоӣ ҳамаҷониба таҳлил карда шуданд. Пешгӯиҳои бозғаймӣ бемории вазнин муайян карда шуданд: омилҳои пеш аз таваллуд ва баъд аз таваллуд, кам шудани давомнокии ширмакони, норасоии масунияти дуюм, микоплазма ва этиологияи омехта. Муайян карда шуд, ки шиддати пневмония бо сатҳи IgA ва IgG, коҳиши CD4⁺/CD8⁺, индекси иммунорегуляторӣ ва шиддатнокии синдроми мастӣ алоқаманд аст. Муносибати дифференсиалии табобат вобаста ба вазнинии беморӣ, аз ҷумла интиҳоби оқилонаи терапияи антибактериалӣ ва ислоҳи иммунотропӣ таҳия ва татбиқ карда шуд. Беҳтар шудани натиҷаҳои клиникӣ, кам шудани муҳлати бистарӣ ва зуд-зуд будани мушкилиҳо исбот карда шуданд.

Тавсияҳо оид ба истифода: Натиҷаҳои таҳқиқот дар амалияи клиникии Маркази давлатии тиббии «Шифобахш» ҷорӣ карда шуданд. Дар асоси онҳо тавсияҳо оид ба оптимизатсияи таъхис, гурӯҳбандии хатар ва табобати пневмония дар кӯдакони хурдсол бо назардошти омилҳои инфиродӣ таҳия шудаанд.

Соҳаи истифода: тиббӣ атфол, пулмонология, иммунология.

Annotation

Davlatzoda Dilshod Aslam "Modern aspects of pneumonia in young children and factors influencing their course"

Keywords: young children, pneumonia, risk factors, immunity, mycoplasma infection, clinical and laboratory diagnostics, complex therapy, disease outcome.

Purpose of the work: To study the clinical features of pneumonia in young children and factors influencing their course.

Materials and methods of the study: The study included 156 children under 3 years of age hospitalized in specialized departments of the State Medical Center "Shifobakhsh" in 2016-2019. Clinical and anamnestic, laboratory and instrumental (general clinical, biochemical, immunological), as well as statistical data processing using SPSS and Statistica programs were used.

The obtained results and their novelty: For the first time in the Republic of Tajikistan, the features of the course of pneumonia in young children were comprehensively analyzed taking into account clinical, immunological and social factors. Reliable predictors of severe disease were identified: antenatal and postnatal factors, reduced duration of breastfeeding, secondary immunodeficiency, mycoplasma and mixed etiology. It was found that the severity of pneumonia significantly correlates with the level of IgA and IgG, a decrease in $CD4^+/CD8^+$, immunoregulatory index and the severity of intoxication syndrome. A differentiated approach to therapy depending on the severity of the disease was developed and implemented, including a rational choice of antibacterial therapy and immunotropic correction. Improvement of clinical outcomes, reduction in the duration of hospitalization and the frequency of complications were proven.

Recommendations for use: The results of the study were implemented in the clinical practice of the State Medical Center "Shifobakhsh". Based on them, recommendations have been developed for optimizing diagnostics, risk stratification, and treatment of pneumonia in young children, taking into account individual factors.

Application are: pediatrics, pulmonology, immunology.