

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТАДЖИКСКИЙ  
НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

**УДК 616.24-053.2**

**АБДУРАХИМОВ РУСТАМ МИРАЛИЕВИЧ**

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ  
И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У  
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.08 – Педиатрия

**Душанбе 2023**

















ности. Так отмечено, что каждые 30 секунд во всем мире по причине пневмонии летальный исход наступает у одного ребенка в возрасте до 5 лет, на протяжении одного дня – 2800 детей [4]. За более чем последние 10 лет отмечено снижение показателей ДС на 45%. Установлено, что в 2013 году число умерших детей в возрасте до 5 лет от пневмонии составило около 1 млн. детей. Профилактика пневмонии относится к основным компонентам стратегии сокращения ДС в мировом масштабе. Класс заболеваний органов дыхания продолжает оставаться одной из главных причин структуры смертности до одного года. На сегодняшний день в Республике Таджикистан в структуре заболеваний детей, основной удельный вес занимает группа заболеваний, относящихся к бронхолегочной системе, ее частота колеблется 75 до 92%, данному заболеванию чаще подвержены мальчики (1, 25:1-2:1). Отмечается сезонность заболеваемости с повышением в осенне-зимний период, в момент, когда регистрируется повышение заболеваемости ОРВИ.

Анализ причин смертности среди детей показал, что основная часть смертности по причине ОРВИ связана с пневмониями. По этой причине ежегодно умирает 1,8 млн. детей в возрасте до 5 лет основную долю которых составляют дети раннего возраста. Распространенность показателей заболеваемости среди доношенных новорожденных составляет не более 1%, тогда как среди недоношенных в 10 раз больше, в то время если ребенок находится в ОРИТ показатель доходит до 40% данные возрастают если ребенок получает респираторную терапию пневмонии среди детей, в 2000 годы составила  $116 \pm 3$  на 100 000 [4, 5, 6]. От пневмонии преимущественно страдают дети в развивающихся странах, где смертность от данного заболевания достаточно высока. Особенно подвержены болезням органов дыхания дети первого года жизни, что и является основной причиной их смерти. Чем меньше гестационный возраст тем чаще регистрируется заболевание. Так среди доношенных – 1%, недоношенных в десять раз больше. Различные подходы к диагностике существенно влияют на показатели заболеваемости. Показатель заболеваемости пневмонией среди детей в РФ, регистрируется в диапазоне 4-17 случаев на 1000 детей в возрасте 1 мес-15 лет, основная доля приходится на младенцев в возрасте до 3 лет, данные результаты основаны на итогах рентгенологического контроля. Тогда как зарубежные источники, где были использованы несколько другие более широкие диагностические критерии указывают на данные на порядок выше - 20-80 на 1000 детей.

Больше всего подвержены данному заболеванию дети раннего возраста, с выраженной тенденцией к снижению более чем в 2-3 раза у подростков. Распределение по возрастным критериям частоты заболевания показывает, что среди детей до года, доля пневмоний среди всех заболеваний органов дыхания составляет около 2%, у детей до 10 лет – 1,2%, у более старших 0,4%.

Основной проблемой, как для социального, так и сектора здравоохранения Таджикистана продолжают оставаться достаточно высокие показатели рождаемости, так если в 2004 г. данный показатель составлял 28,5 ‰, то уже в 2015 возрос до 29,34 ‰.

Среднегодовое число, детей за почти 10 летний период, показал рост численности детского населения в республике на (7,4%) 253502 ребенка. В г. Душанбе (6,3%) 20342. В Хатлонской области на (9,5%) 116650 детей, в РРП – (9,8%) 24 960, тогда как по ГБАО рост числа детей составил всего (4,2%) 4000. Максимальный рост отмечен в двух регионах республики в Хатлонской области и РРП (9,5% и 9,8% соответственно).

За пять анализированных лет с 2014 по 2018 гг., самые высокие показатели заболеваемости детей, ОРВИ зарегистрирована в Горно Бадахшанской Автономной Области от (40923,8) в 2014 до (51347,4) – 2016 на 100 000 детей. Республиканские данные составили в эти годы 20173,3 и 19392,7 на 100000 детей соответственно. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что в ГБАО показатель заболеваемости детей ОРВИ в более чем 2 раза превышает обще республиканские данные. Самая низкая заболеваемость ОРВИ среди детей в течение 5 лет зарегистрирована в г. Душанбе (8805,4) в 2014 и (10547,6) в 2016 г на 100000 детей. Если в 2014г. в ГБАО показатель заболеваемости ОРВИ среди детей по сравнению обще республиканскими данными был в более чем 2 раза выше, то в г. Душанбе напротив в 2,5 раза ниже.







**Таблица 5. - Активность ферментов у больных детей с пневмонией в зависимости от выраженности синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) до и после лечения (M±m, p)**

До начала лечения при синдроме эндогенной интоксикации СЭИ				
Группа	АсАТ	АлАТ	Коэф. де Ритиса	α-амилаза
1 группа с СЭИ II – III ст. (n=40)	47,40±2,00 p1- <0,001;	20,01±1,72 p1- <0,05;	2,30±0,08 p1- <0,001;	52,00±4,01 p1 <0,001;
2 группа СЭИ I ст. (n=25)	39,70±2,00 p2- <0,001	24,50±1,72 p2- <0,05	1,62±0,06 p2- <0,001	41,00±2,01 p2- <0,05
Контрольная группа (n=50)	13,50±2,51	18,10±1,77	0,74±0,10	65,00±5,78
После проведенного лечения, ликвидации проявлений СЭИ				
Группа	АсАТ	АлАТ	Коэф. де Ритиса	α-амилаза
1 группа с СЭИ II – III ст. (n=40)	21,40±2,00 p3 <0,001;	18,50±1,72 p3 >0,05;	1,15±0,08 p3 <0,001;	52,00±4,01 p3 <0,001;
2 группа СЭИ I ст. (n=25)	22,70±2,00 p4 <0,001	20,50±1,72 p4 >0,05	1,31±0,06 p4 <0,001	41,00±2,01 p4 <0,001
Контрольная группа (n=50)	12,50±2,51	19,10±1,77	0,65±0,10	79,00±5,78

**Примечание:** p1- 1 группа; p2 - 2 группа статистическая значимость различий показателей по сравнению с контрольной группой до лечения; p3- 1 группа; p4 – 2 группа статистическая значимость различий показателей по сравнению с контрольной группой после лечения; достоверность различия (по U- критерию Манна-Уитни)

В процессе выполнения работы нами было проведено у 45 детей с пневмонией, оценка уровня молочной кислоты. Все 45 случаев, протекали с осложненным течением пневмонии, у них уровень молочной кислоты составлял более 2,6±0,70 ммоль/л. По мере нарастания ДН на фоне генерализации патологического процесса в легких (таблица.6.), отмечено нарастание уровня молочной кислоты, так при ДН 1 ст. показатель лактата составлял — 1,32 ± 0,1 ммоль/л. Тогда как у детей, с осложненной односторонней пневмонией, где имело место ДН -2 ст. показатель составил — 1,99 ± 0,2 ммоль/л. В группе детей с ДН 3 ст. уровень молочной кислоты - 2,61±0,25 достоверно (p<0,001) был выше чем у детей контрольной группы. У детей контрольной группы уровень общего лактата не превышал 1,5 ± 0,55 ммоль/л. (таблица. 6.).

**Таблица 6. - Уровень концентрации молочной и мочевой кислоты у детей с пневмонией n= 57**

Дыхательная недостаточность	Контрольная группа (n=12)	ДН 1 ст. (n=15)	ДН 2 ст. (n=13)	ДН 3 ст. (n=17)
Уровень концентрации молочной к-ты (мкмоль/л)	1,22±0,1	1,32±0,1 p1>0,05	1,99±0,2 p1<0,01 p2<0,01	2,61±0,25 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,001
Уровень концентрации мочевой к-ты (мкмоль/л)	102,7±3,5	116,0±4,5 p1<0,05	139,0±5,7 p1<0,001 p2<0,001	244,2±7,4 p1<0,001 p2<0,001 p3<0,001

**Примечание:** p1 - статистическая значимость различий показателей по сравнению с контрольной группой; p2 статистическая значимость различий показателей по сравнению с ДН 2 ст; p3 статистическая значимость различий показателей по сравнению с ДН 3 ст; достоверность различия (по U- критерию Манна- Уитни)

По итогам проведенных исследований установлено, что повышение концентрации анализируемого показателя более 350 мкмоль/л в плане прогноза может быть не благоприятным для выздоровления.

Повышение концентрации мочевой кислоты в разгаре болезни может свидетельствовать о выраженной ДН. Следовательно, концентрация мочевой кислоты для практического здравоохранения более показателен в процессе оценки степени гипоксии, чем молочная кислота, по той причине, что повышение концентрации мочевой кислоты более значительное при выраженной ДН.

**Таблица 7. - Интегральные показатели гемограммы у пациентов при различных формах пневмонии n=128**

Показатели	Контрольная группа	пневмония легкой степени	пневмония средней тяжести	пневмония тяжелой степени
ЛИИ	0,94 ±0,07	2,34 ±0,12	4,31 ±0,10	3,69 ±0,17
ИСЛ	1,99 ±0,10	2,61±0,15	4,31±0,29	4,63 ±0,15
ИЛГ	4,56 ±0,10	4,25 ± 0,05	3,06 ±0,20	4,95 ±0,58
ИЛСОЭ	11,87 ±0,24	1,98 ±0,20	3,49±0,23	3,11 ±0,32
ОИ	6,43 ±0,36	6,06 ±0,37	4,57 ±0,42	3,13 ±0,52
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	7,8 ±0,07	8,5 ±0,10	10,8 ±0,14	10,5 ±0,17

**Примечание:** ИСЛ- индекс сдвига лейкоцитов; ИЛГ - Лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс; ИЛСОЭ - Индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ; ОИ-Общий индекс.

Первую группу детей СЭИ составили – 45 (35,16%) детей, состояние которых оценивалось как тяжелое, но не с выраженными явления СЭИ, вторую группу включены 68 (53,13%) детей, с выраженно тяжелым состоянием, и третью группу составили 23 (17,97%) ребенка состояния которых оценено как очень тяжелое.

**Таблица 8. - Клиническая оценка степени тяжести эндогенной интоксикации у детей с пневмонией.**

Критерии	степени тяжести эндотоксикоза			
	I ст.	II ст.	III ст.	(по U-критерию Манна-Уитни)
Цвет кожных покровов	Пероральный цианоз	Бледный	Генерализованный цианоз	-
PS, уд. в мин.	90±20,0	111±30 p1	130±15 p2 или менее 50±9	p1 >0,05 p2<0,001
ЧДД, дых. дв. в мин.	40±15	60> p1	Тахипное 60±20 p2; или брадипное 30±10	p1 >0,05 p2<0,001
t тела, С°	36±7	38±3 p1	>39±1,5 p2; <35±3	p1 >0,05 p1 >0,05
<b>2. лабораторные данные</b>				
Лейкоциты, x10 <sup>9</sup> /л	9±2	11±4 p1	>12±9 p2; <4±1,5	p1 >0,05 p1 >0,05
ЛИИ	3±1	4±2 p1	> 6±2; 1±0,5 p2;	p1 -p2 <0,001
SpO2	90±2	80±12 p1	70±20 p2	p1 <0,001 p2 <0,001
СОЭ мм/ч	11±5	20±8 p1	22±10 p2	p1 >0,05 p1 >0,05
СРБ мг/л	6±3	10±2 p1	14±5 p2	p1 <0,001 p2 <0,001

**Примечание:** p1 - статистическая значимость различий показателей по сравнению с 1 ст. СЭИ; p2 статистическая значимость различий показателей по сравнению со 2 ст. СЭИ; достоверность различия (по U-критерию Манна- Уитни)

Разработанная нами методика клинической оценки тяжести синдрома эндогенной интоксикации у детей с пневмонией позволит более детально оценить степень тяжести СЭИ и на этой основе провести клинической, лабораторно, патогенетический обоснованную терапию.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течении длительного времени одной из основных проблем для сектора здравоохранения и общества в целом продолжает оставаться достаточно высокие показатели рождаемости, в 2004 г. составлял 28,5 %, а в 2015 возрос до 29,34 %. Доля детей в общей популяции Таджи-

кистана, составляет в Хатлонской области, (35%), Согдийской области – 29%, в РРП-23%, г. Душанбе – 9%, тогда как в ГБАО всего 3%. Коэффициент рождаемости на одну женщину репродуктивного возраста равен 3,7.

По данным медицинской статистики в Республике Таджикистан в 2010 по 2018 г. среди детской популяции заболеваемость пневмонией составило 6775,6 - 9509,3 на 100 тыс. д.н. соответственно.

Ранговая структура впервые выявленного заболевания среди детей, в возрасте от периода новорожденности до подросткового за период с 2010 по 2018 гг. класс болезней органов дыхания составляет более (50,0%) от общего числа болезней. На страновом уровне показатель числа болезней органов дыхания увеличилось более чем на 25,3%, среди них частота случаев пневмонии возросло более чем на 20,1%.

Инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) в 2018 г по республике, возросло на (50,5%), в Хатлонской области (46,6%), Согдийской области (33,1%), в РРП и в ГБАО (20,8% и 23,1% соответственно) в г. Душанбе (17,5%).

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что в ГБАО показатель заболеваемости детей ОРВИ в течении 5 лет более чем 2 раза превышает обще - республиканские данные, то в г. Душанбе напротив в 2,5 раза ниже.

В Хатлонской области и ГБАО доля разности показателей (ДРП) составляли (8,6% и 8,1% соответственно). В республике, среди детей, отмечена тенденция снижения риска заболеть пневмонией, причина тому снижение показателя числа заболевших острыми болезнями органов дыхания с (18,4% до 16,9 %) или с 184 до 169 случаев в год на 10 000 детского населения.

Выявлена устойчивая тенденция роста заболеваемости пневмонией, коэффициент  $b=0,36$ , темп прироста регистрации пневмонии составил 40,1%. Максимальный уровень заболеваемости пневмонией в 2014г и 2018г в г. Душанбе были на уровне (10547,2 и 9613,9 на 100 000 нас. соответственно), минимальный – в 2012 г. (7439,7/100 000)  $t=4,7$ .

Многолетний мониторинг статистических данных о распространенности пневмонии среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в Республике Таджикистан, показал тенденцию снижения показателя распространенности пневмонии среди детского контингента, так если в 2010 - 2017,7 на 100.тыс д.н., то в 2018 г. - 19201,9 на 100 тыс. д.н.

Проводя сравнение с другими компонентами структуры заболеваемости органов дыхания установлено, что частота регистрации (ОРВИ) (12958,7 на 100тыс. д.н.) превышает уровень других болезней органов дыхания в несколько раз. Далее по частоте регистрации заболевания органов дыхания второе ранговое место занимает хронический фарингит и назофарингит (9245,4), третье – острые пневмонии (7814,3), четвертое - хронические болезни миндалин и аденоидов (1662,7), пятое –заболевания нижних дыхательных путей – бронхит, хроническая обструктивная легочная патология и эмфизема легких (504,3 на 100тыс. д.н.).

Среди всех регионов Таджикистана самый высокий показатель заболеваемости пневмонией среди детского контингента зафиксирована в ГБАО от 12633,2 в 2010 г. до 15419,1 на 100 тыс. детей в 2018). В г. Душанбе по сравнению с другими регионами показатели заболеваемости значительно ниже так в 2010 г. - 3421,6, и в 2018 г. - 2921,9 на 100 тыс. детей. В Хатлонской области за анализируемый период, напротив показатели имели выраженную тенденцию к росту в 2010 г. с 3849,2, в 2018 г. до 8234,05 на 100 тыс. детей повышение показателей превысило 2 раза. Такая же динамика определена и в Согдийской области 5803,6 в 2010 г. 10120,7 в 2018 г. В РРП, как и в ГБАО на протяжении всего анализируемого периода сохранялись высокие показатели заболеваемости пневмонией 12990,1 и 12804,3 на 100 тыс. детей соответственно. Сравнительный анализ заболеваемости детей пневмонией показал, что в некоторых регионах страны в частности в г. Душанбе 3768,1 средне годовые показатели ниже обще республиканских 9061,9 на 100 тыс. детей.

Факторами риска развития пневмонии, относящихся к перинатальному периоду относятся осложнения свойственные беременным и роженицам: гестозы, нарушение маточно-плацентарного кровотока, патология плаценты и различные пособия при родах, извлечение

плода посредством Кесарева сечения. Все перечисленные факторы способствуют развитию внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах. Проведенный множественный анализ полученных результатов показал, что имеет место статистически значимое различие между показателями гестационного возраста в исследуемых группах. В тоже время проведенный апостериорный тест по Манну-Уитни (post-hoc test) показал, что различие было только между 1 и 2 группами, однако, различия между 1 и 2 группы не установлено по сравнению с показателями контрольной группы. (таблица. 9.)

**Таблица 9. - Гестационный возраст обследованных детей при рождении (M±SD)**

Группа	1 группа (n =75)	2 группа (n =75)	Контрольная группа (n =50)	p
Гест. возр. (нед)	37,2±1,8	38,1±1,9 $p_1 < 0,001$	37,8±1,4	<0,001 (df =2; N =14,54)

**Примечание:** Установлено статистически значимое различие между показателями гестационного возраста в исследуемых группах. Критериями Манну-Уитни установлено различия гестационного возраста между 1 и 2 группами. Статистические различия между гестационным возрастом 1,2 и контрольной группой не выявлено.

В процессе проведения исследования было определено вероятность влияния гестационного возраста на формирование пневмонии у детей (таблица. 10.)

**Таблица 10. - Влияние гестационного возраста на возможность развития пневмоний (линейная регрессия).**

Модель	Не стандартизованный коэффициент.		Стандартизованный коэффициент. Бета	t	p	95,0% доверительный интервал для В	
	В	Стд. ошибка				Нижняя граница	Верхняя граница
(Константа)	1,077	,651		1,652	,100	-,208	2,361
ГВ	-,009	,017	-,036	-,502	,616	-,043	,025

Проведенный статистический анализ показал, что не стандартизованный коэффициент «В» для гестационного возраста составляет 95% ДИ. Таким образом, установлено, что гестационный возраст не оказывает существенного или значимого влияния на возможность развития пневмонии у детей. Следовательно, гестационный возраст не является фактором риска при развитии пневмонии. Исход лечения пневмонии в большей степени зависит от коморбидных заболеваний и состояний, сопутствующих основному заболеванию. У детей раннего возраста вероятность заболеть пневмонией всегда выше если, имеет место анемия, раннее искусственное вскармливание, перинатальное поражение ЦНС, отит, аллергический ринит.

Проведена оценка сведений генеалогического, биологического и социального анамнеза у 150 детей в возрасте от 15 дней. до 3 лет, страдающих пневмонией (основная группа). Использован инструмент вы копировки данных из истории болезни в сравнении с анамнестическими данными детей, не страдающих бронхолегочными заболеваниями (группа сравнения). Средний возраст детей группы сравнения также соответствовал пациентам основной группы, общее число детей группы сравнения составили 50 детей, в анамнезе которых не регистрировались случаи бронхолегочных заболеваний.

Многие исследователи отмечают, что недоношенность относится к значимому фактору риска развития пневмонии у детей. Определяя отношение шансов на развитие пневмонии по отношению к недоношенности нами установлен, что недоношенность не может быть существенным фактором развития пневмонии у новорожденных. (таблица 11.)

Анализ данных биномиальных показателей указывает на то, что развитие пневмонии не имеет зависимость от степени недоношенности. Таким образом, не выявлена статистически достоверное подтверждение зависимости развития пневмонии о степени недоношенности.



Следовательно, недоношенность не является фактором риска при развитии пневмонии. пневмонии (OR = 1,397 95 % CI 0,536 – 3,641).

**Таблица 11. -Влияние недоношенности на возможность развития пневмонии (Отношение шансов – Odds Ratio)**

Фактор риска	ОШ (OR)	95% доверительный интервал		p
		Нижняя граница	Верхняя граница	
Недоношенность	1,397	0,536	3,641	>0,05

Проведя сравнительный анализ, выявлено, что для детей, страдающих пневмонией достоверно чаще определялись признаки отягощенного генеалогического анамнеза, по наличию патологии бронхолегочной системы по материнской линии, течение беременности на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний, пролеченных антибиотиком, преждевременные роды до 36 недель и с ЗВУР плода. (Таблица 12.)

**Таблица 12. - Факторы риска пневмоний у детей характерные перинатальному периоду. N=150**

Фактор риска	Дети с пневмонией n= 150 (%)	Контрольная группа n= 50 (%)	P	Отношение шансов (95%, ДИ)
Токсикоз у матери во время беременности	75 (50%)	10 (20%)	0,001	3,7 % (1,2-4,8)
Генитальная патология у матери	73 (48,6%)	10 (20%)	0,05	6,9% (1-62)
Перинатальное поражение мозга в течении 1 года жизни	64 (42,6%)	16 (32,0%)	0,001	4,1% (1,1-8,1)

Фетоплацентарная недостаточность и поздний токсикоз, являются прогностическими неблагоприятными факторами специфичными перинатальному периоду, воздействующими на форму течения пневмонии у детей на протяжении первого года жизни. В антенатальном периоде среди анализированных факторов риска прогностическим значимыми являются (представлены в ранговой последовательности) фетоплацентарная недостаточность ( $\eta^2=15,3\%$ ), ПГ ( $\eta^2=13,9\%$ ), TORCH-инфекции ( $\eta^2=2,1\%$ ), которые достоверно чаще характерны детям с осложненным течением пневмонии, указанные факторы способствуют нарушению синтеза сурфактанта и как следствие этого развитие ДН.

Среди факторов, влияющих на течение пневмонии у детей первого года жизни наиболее прогностически значимым является - задержка темпов психомоторного развития (ЗТПМР) – +12,9, далее недоношенность – +9,2 и факторы провоцирующие дыхательную недостаточность – +СДР. Как ответная реакция организма на анализированные факторы риска характерные антен- интра- и неонатальному периодам является достоверно высокая вероятность возникновения, сопутствующего перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС ( $\eta^2= -13,6\%$ ), ЗТПМР ( $\eta^2=+12,5\%$ ), бронхолегочная дисплазия ( $\eta^2=+ 8,1\%$ ), характерных больным с осложненным течением заболевания. Все приведенные факторы на прямую или косвенно способствуют возникновению с высокой вероятностью гемической, циркуляторной и тканевой гипоксии и как следствие этого возникают метаболические изменения.

Оценивая влияние перинатальной патологии на развитие пневмонии у детей, по оценке отношения шансов было установлено, что только некоторые классы заболеваний такие как ЗВУР, СДР, ВУИ и вертикальная передача ЗППП в неонатальном периоде могут быть значимыми факторами риска по развитию пневмонии. В тоже время перинатальная энцефалопатия не может существенно влиять на развитие пневмоний у новорожденных. Вероятнее всего, по той причине, что детям с ВПС уделяется особое внимание и обеспечивают достаточный уход риск развития пневмонии у данной группе детей, снижается.

Анализ данных анамнеза показал, что при условии наличия в анамнезе гипоксии повышен риск формирования дыхательных нарушений. Среди детей с пневмонией чаще регистрировалось наличие ФПН, что увеличивало риск формирования дыхательных нарушений более, чем в 3 раза. (таблица. 13.)

**Таблица 13. - Влияние перинатальной патологии на развитие пневмонии у детей (Отношение шансов – Odds Ratio).**

Фактор риска	ОШ (OR)	95% доверительный интервал		P
		Нижняя граница	Верхняя граница	
ЗВУР	5,211	1,952	13,908	=0,001
СДР	103,714	23,775	452,429	<0,001
ВУИ	4,819	1,635	14,200	=0,004
ИППП	3,842	1,790	8,247	=0,001
ВПС	0,256	0,075	0,881	=0,031
ЭН	1,619	0,822	3,187	>0,05

**Примечание:** ЗВУР, СДР, ВУИ и вертикальная передача ЗППП в неонатальном периоде являются статистически значимыми факторами риска по развитию пневмонии.

Нарушение маточно-плацентарного кровотока способствует развитию синдрома задержки внутриутробного развития плода, причиной которому является кислородная недостаточность и дефицит питательных веществ. В это повышает риск нарушений процесса формирования легочной ткани и как результат этого повышается вероятность внутриутробного инфицирования, провоцирует риск развития дыхательных нарушений.

Специалистами смежных профессий установлено, что кольпиты, в разы повышают вероятность ВУИ плода. Наши исследования показали, что среди матерей детей основной группы достоверно чаще выявлялся кольпит (54,8% против 30,65). Структура инфекции половых путей женщин исследуемой группы выглядела следующим образом у 73 (48,6%), в мазках из влагалища нормоценоз у 15 (20,56%); у 13 (17,80%) промежуточный тип мазка; у 10 (13,69 %) вагиноз; у 26 (35,6%) кандидозный кольпит и ИППП – у 9 (12,32 %).

В процессе беременности у женщин исследуемой группы, кратность рецидива кольпита, превалировало более чем 3 раз у 18 женщин (24,65%). Вероятность ВУИ новорожденного возрастает разы при условии, если у матери беременность протекала на фоне кольпита, бактериального вагиноза и ИППП, что в большинстве случаев повышается риск развития дыхательных нарушений у ребенка и развития пневмонии (OR = 4, 819 95 % CI 1,635 – 14,200).

ЗВУР (задержка внутриутробного развития плода) влияющая на формирование дыхательных расстройств, с большой вероятностью относится к факторам риска развития пневмонии (OR = 5, 211 95 % CI 1,952 – 13,908).

Относительная частота признаков коморбидных заболеваний, способствующих формированию воспалительной патологии в легких, в группе детей в возрасте до 1 года пост гипоксическая энцефалопатия (33,0%), была выше по сравнению с детьми в возрасте до 3 лет; для более старших детей, данный признак имел отрицательный показатель. Распределение частоты регистрации признаков по возрасту было следующим, частые ОРВИ для детей до 1 года (0,89) и до 3 лет (0,93), - воздушно-капельные инфекции (0,05 и 0,33 соответственно), инфекция верхних дыхательных путей (0,55 и 0,72), кишечные инфекции (0,16 и 0,25 соответственно). Из перечисленных признаков, способствующих развитию пневмонии у детей в возрасте до 3 лет, самыми значимыми были ОРВИ и ИВДП.

Понижение показателей температуры способствовали учащению эпизодов ОРВИ, что в свою очередь повышала риск развития пневмонии. По нашим данным в 36,7% случаев у детей имело место частая ОРВИ, более 3-х эпизодов в год. Наличие острого бронхита выявлено 32,9%, несколько реже острый обструктивный бронхит – 29,4%, тогда как фактор пневмонии с бронхообструктивным синдромом имело место у каждого 5 ребенка – 20,5%.

Заболевания, связанные с обменными нарушениями - рахит, особенно II и III степени, особо воздействует на течение бронхолегочной патологии у детей. Дефицит микроэлементов Са и К при рахите способствующий возникновению деформации грудной клетки, снижает вентиляционную функцию легких. Возникающая общая гипотония в следствии дефицита Са, существенно влияет на снижение тонуса дыхательных путей. Это способствует понижению эвакуационной функции бронхиальной системы, что приводит к затруднению откашливания. Скопившаяся слизь стекает в нижние более мелкие бронхи вплоть до уровня бронхиол, в по-

следующем развивается закупорка их и как следствие этого, образование ателектазов. Установлено различие частоты наличия рахита у детей с пневмонией, так у детей (до года 0,33 и до 3 лет 0,73 соответственно), анемия (0,55 и 0,79), гипотрофия (0,39 и 0,23), аллергический диатез (0,24 и 0,19), патология ЛОР органов – (0,26 и 0,45) и наконец, паразитарные заболевания (0,05 и 0,52).

Коморбидные заболевания у детей с пневмонией составляют (75,3%): пневмопатии (21,4%), рахит 67,3% детей, паратрофии и гипотрофии, у 59,3% анемия 69,7% детей, аллергический диатез — 23,5%. Комбинация 2 и 3 сопутствующих заболеваний имело место у 55,9% случаев.

Для детей 1 года жизни чувствительность кашля составляет 91,9%, специфичность – 51,9%, у детей раннего возраста чувствительность несколько выше по сравнению с годовалыми детьми и составляет 98,2%, но, однако для данных детей специфичность признака ниже по сравнению с детьми 1 года жизни 41,6%, разница статистически достоверна ( $P < 0,05$ ). Чувствительность таких признаков как – одышка, сатурация  $O_2$  субфебрильная и фебрильная температура была выше у детей 1 года жизни по сравнению с детьми раннего возраста. Напротив, такой признак, как ослабленное дыхание более чувствительно у детей, раннего возраста, по сравнению с детьми 1 года жизни (76,6% и 56,8% соответственно), разница ( $P < 0,001$ ). Другой наиболее часто выявляемый признак хрипы в легких, оказались одинаково чувствительны для детей обеих групп (97,2%). Признак наличия мокроты высокочувствителен для детей раннего возраста -75,4%, тогда как у детей 1 года жизни данный показатель составляет 15,4%, различия статистически достоверны ( $P < 0,001$ ). Рентгенологические признаки для обеих групп детей обладают высокой чувствительностью (92,8% и 89,2% соответственно), однако и специфичность данного признака между группами детей достаточно высока.

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) характеризуется стереотипностью клинических проявлений, которые в большинстве своем независимо от этиологических факторов и полиморфизма химических структур, имеют одинаковую природу. Большинство исследователей едины во мнении о том, что к основным свойствам эндотоксинов относится выраженная мембрано-токсичность. Как следствие этого, токсическое повреждение мембранных структур по причине эндогенного химического фактора, является одним из важнейших звеньев и патогенеза СЭИ. Основным из этапов возникновения СЭИ является синтез пораженными клетками эндотоксинов, то вполне обосновано мнение о первоочередном повреждении клеток крови при эндо токсической агрессии.

Проведя оценку уровня эндогенной интоксикации при воздействии инфекционного агента на организм ребенка, дана характеристика зависимости между тяжестью течения инфекционного процесса, морфологическими изменениями легких и величиной ЛИИ. Рассчитывая интегральные индексы интоксикации, дана оценка степени выраженности интоксикации.

Степень выраженности эндогенной интоксикации проанализирован у 128 детей, из них (63,75%) 81 ребенок имели очаговую форму пневмонии, (36,72%) 47 детей страдали сегментарной формой пневмонии. Всем детям проведено рентгенологическое обследование, в (86,7%) случаев получено подтверждение наличие и степень выраженности воспалительного процесса в легких у детей.

Биохимические исследования проводились определением в крови активности аспартат- и аланинаминотрансфераз (АсАТ и АлАТ соответственно). Большая диагностическая ценность оценки данных параметров заключается в раннем и длительном повышении активности трансаминаз. Изменения возникают еще на начальном этапе генерализации патологического процесса. Характерно преобладание активности АлАТ над АсАТ, при этом коэффициент де Ритиса (соотношение АсАТ/АлАТ) менее 1. При СЭИ возникают существенные изменения в сердечной и печеночной ткани. Свидетельствующие о степени выраженности интоксикации, выявленные изменения активности АсАТ наблюдались при миокардитах возникших как следствие осложнения СЭИ. При заболеваниях печени имеющих токсический характер в первую очередь и наиболее значительно изменяется активность АлАТ по сравнению с активностью АсАТ.

Известно, что значение указанного коэффициента менее 1,5 характеризует о степени выраженности воздействия патологического процесса на печень. Наши данные перекликаются с результатами полученными другими авторами [Коннова Ю. А. 2007; Мельник Г.В. и др. 2008.].

Учитывая высокую информативность коэффициента де Ритиса, была проведена оценка показателя у тяжело больных детей с пневмонией на фоне СЭИ, без выраженной интоксикации и у детей контрольной группы (таб. 5.4.). У детей, контрольной группы коэффициент де Ритиса не превышал 1, тогда как у детей первой и второй группы до лечения имелись достаточно высокие определяемые показатели. Изучение активности цитолитических (АлТ, АсТ), в том числе и органоспецифических (гистадаза, урокониназа) ферментов печени, позволило выявить достоверную зависимость их изменения от распространенности гнойно-воспалительного процесса и выраженности СЭИ. Усиление ЭИ приводило также к нарушению белково- и пигмент образовательной функции печени, что проявлялось в уменьшении концентрации общего белка, альбуминов и повышении содержания билирубина сыворотки крови. Характер и глубина этих изменений зависело от тяжести течения гнойно-воспалительного процесса и степени выраженности ЭИ.

Всего в ОРИТ нами велось наблюдение за 60 детьми, из них 45 детей (75,0%) с пневмонией с СЭИ (1 группа), 15 (25%) детей с острой неосложненной пневмонией без СЭИ (2 группа) и 12 здоровых детей первого года жизни (контрольная группа). В процессе выполнения исследований, было выявлено, что для детей I группы при госпитализации одним из ведущих синдромов, была недостаточность дыхания, которая характеризовало тяжесть состояния из 45 детей у 15 (33,3 %) имело место I ст. — у 13 детей II ст. III ст. выявлено у (37,7%), что составило 17 детей. Состояние требующее дотацию кислорода имело место у всех детей, в 45,3 % случаев состояние больных ухудшилось на 2 сутки после поступления в ОРИТ и этим детям было проведено дыхание с помощью ИВЛ.

У 56,7% больных детей при поступлении в стационар уровень концентрации O<sub>2</sub> было 65–70%. В 53,1 % случаев основываясь на клинко-рентгенологических данных был установлен диагноз двухстороннего процесса в легких, тогда как у одностороннего процесса имел место у 23,2 % больных. Подробный анализ историй болезни показал, что для больных I группы было характерно наличие модифицированных факторов риска. В анамнезе всех матерей имело место наличие акушерской патологии, способствующее возникновению внутриутробной гипоксии к таким состояниям, относились (анемия, угроза прерывания беременности, гестозы I и II половины, внутриутробная инфекция). Патологическое течение перинатального периода выявлено у 16 (35,5%), которое проявлялось (стремительными родами, отслойкой плаценты, длительным безводным промежутком).

У детей данной группы в качестве сопутствующей патологии выявлены наличие перинатального поражения ЦНС (20 %), в некоторых случаях имело место сочетание с бронхолегочной дисплазией, у 67,3 % детей гипотрофия, 8,4 % — паратрофия. Для детей 2 группы только у (40%) при поступлении зарегистрировано наличие ДН I ст. с незначительной кислородной зависимостью. У этих пациентов концентрация кислорода в крови при дыхании атмосферным воздухом была в пределах до 96 %. Перинатальное поражение ЦНС имело место у 10 пациентов (66,6 %). Проведя рейтинговые сравнения различий индексов (таб.5.7.). внутри групп установлено, что в I группе индексов интоксикации, наиболее информативным является гематологический показатель интоксикации (ГПИ), положительный результат данного индекса составил более (60,1%), далее по информативности были индексы ЛИИ и модифицированный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИм), положительные результаты получены в более чем 40% случаев. Реактивный ответ нейтрофилов (РОН) и индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК), имели информативность достаточно невысокую и колебалось от 37,5% до 29,6%.

Вторая группа показателей характеризующих неспецифическую реактивность организма представлено 8 индексами, среди всех индексов на первом месте по рейтингу индекс резистентности организма (ИРО), положительный результат которого составил 49,2%, далее индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ) – 49,2%, остальные индексы лейкоци-

тарный индекс (ЛИ); индекс адаптации (СПНР); индекс иммунореактивности (ИИР); индекс аллергизации (ИА); индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ); индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), оказались не информативными и были выявлены у незначительного числа больных почти у каждого третьего ребенка.

Третья группа индексов, характеризующих активность воспаления были представлены двумя индексами лимфоцитарно-гранулоцитарным (ИЛГ) и соотношением лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ). Данные индексы оказались достаточно чувствительными и выявлялись около половины больных, (48,4% и 47,6% соответственно).

Первую группу составили – 45 (35,16%) детей, состояние которых оценивалось как тяжелое, но не с выраженными явления СЭИ, вторую группу включены 68 (53,13%) детей, с выражено тяжелым состоянием, и третью группу составили 23 (17,97%) ребенка состояния которых оценено как очень тяжелое.

При составлении методики клинической оценки тяжести синдрома эндогенной интоксикации, все признаки разделены на две группы 1 группа клинические признаки, вторая группа лабораторные данные (таблица.5.). 1 группа клинических данных включает в себя 4 наиболее информативных и регулярно контролируемых признака, это, цвет кожных покровов, Ps, ЧДД, и t тела, С<sup>o</sup>. Вторая группа данных, состоит из сведений о результатах лабораторного мониторинга, включающих 5 анализов, в частности, число лейкоцитов  $\times 10^9/\text{л}$ , ЛИИ, SpO<sub>2</sub> (сатурация кислорода), СОЭ мм/ч, СРБ мг/л. Все обследованные больные дети, были в возрасте от 15 дней жизни до 3 лет. В зависимости от тяжести течения заболевания, дети были разделены на три группы.

Таким образом, разработанная нами клиническая методика оценки синдрома эндогенной интоксикации у детей с пневмонией позволит более детально оценить степень тяжести СЭИ и на этой основе провести клинически, лабораторно, патогенетически обоснованную терапию.

## ВЫВОДЫ

1. Хатлонская область, среди других регионов, отличается накаленностью медико-демографических и социальных проблем, самая высокая интенсивность и самый высокий темп естественного прироста населения, с долей детей 36%, тогда как в г. Душанбе – 9%, в ГБАО – 3%. Инфекции верхних дыхательных путей (ИВПД) в 2018 г. по сравнению с 2014 г. чаще регистрировалось в Хатлонской области - 46,6%, в Душанбе - 17,5%. [2-А]
2. Показатель распространённости пневмонии во всех регионах страны в 2018 по сравнению с 2014 г. имела тенденцию к снижению в г. Душанбе – 1,1 раза, ГБАО – 1,2 раза, Хатлонской области в – 1 раз, самая высокая динамика заболеваемости пневмонией зафиксирована в ГБАО от 12633,2 в 2010 г. до 15419,1 на 100 тыс. детей в 2018. [2-А,]
3. Частота коморбидных заболеваний у детей с пневмонией составляло (75,3%), состояния связанные с перинатальным периодом – (59,7%), Заболевания в этиологии, которых лежат обменные нарушения, рахит (67,3%), гипотрофии (59,3%), анемия (69,7%), аллергический диатез — (23,5%). Комбинация 2 и 3 сопутствующих заболеваний имело место у (55,9%) случаев. [3-А,8-А, 9-А,12-А, 14-А.]
4. Чувствительность и специфичность признаков пневмонии у детей, имела зависимость от возраста ребенка в первый год жизни кашель чувствителен 91,9%, специфичен 51,9%; раннем возрасте 98,2% и 41,6% соответственно; рентгенологические признаки - в первый год жизни чувствителен -92,8% специфичен 77,8%; раннем возрасте - 89,2% и 87,2% соответственно; высокая чувствительность у детей первого года имели следующие признаки – одышка – 95,9%, хрипы при аускультации – 97,2%. [11-А,1-3А]
5. Среди интегральных гематологических индексов у детей при пневмонии, наиболее показателен - (ИСЛЭ) индекс соотношение лимфоцитов и эозинофилов характеризующий активность воспаления. Увеличение данного индекса более чем в 1,5 раза свидетельствовало о нарушении иммунологической реактивности, гематологический показатель интоксикации (ГПИ) (60,1%), индекс резистентности организма (ИРО) 59,2%, индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ) – 49,2%, модифицированный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИ Им) 40%. [5-А,

4-А]

6. Анализ медико-организационных факторов показал: запоздалую диагностику заболевания (27,4%) случаев, не всегда адекватная и эффективная терапия (32,5 %), отсутствие возможности или незнание необходимости комплексного рентгенологического обследования (19,7 %). Не соблюдение требований санитарно - эпидемиологических норм в стационаре, угроза развития реинфекции и суперинфекции (19,2%), отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным звеном (17,3%). Ограниченный доступ к необходимому набору лекарственных препаратов, (14,9 %). [7-А,10-А]
7. Синдром эндогенной интоксикации 1 ст. у тяжелобольных детей с пневмонией выявлено 35,16% у 53,13% - 2 ст., 3 ст. имело место в 17,97% случаев. Установлена прямая зависимость концентрации молочной кислоты от степени выраженности СЭИ, при 3 ст. синдрома наиболее высокая концентрация молочной кислоты. [3-А]
8. Разработанная клиническая оценка степени тяжести СЭИ позволяет не зависимо от уровня технической оснащённости госпитального уровня своевременно без дополнительных финансовых затрат установить степень тяжести интоксикации и начать своевременную адекватную терапию. [6-А,11-А]

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. В Хатлонской области где интенсивность и темпы естественного прироста населения достаточно высоки и доля детей составляет 36%, необходимо организовать и активно внедрять в практику регулярное диспансерное наблюдение за детским контингентом.
2. В ГБАО где самая высокая динамика заболеваемости пневмонией 15419,1 на 100 тыс. детей в 2018, необходимо проводить работу по повышению индекса здоровья, через оздоровление часто болеющих детей.
3. Среди новорожденных и детей раннего возраста проводить лечение заболеваний связанные с перинатальным периодом, организовать профилактическую работу, направленную на снижение частоты анемии, гипотрофии, обменных нарушений – рахит и аллергический диатез.
4. Использовать показатели интегральных гематологических индексов как прогностические маркеры иммунологической реактивности организма ребенка, критерии тяжести течения и исхода пневмонии у детей.
5. Проводить систематический анализ медико-организационных факторов как чувствительный инструмент контроля своевременности диагностики, адекватности и эффективной терапии, и обоснованности дополнительных методов обследования.
6. Для оценки степени тяжести синдрома эндогенной интоксикации может служить оценка динамики показателей концентрации пируватов и лактатов. Клиническая оценка степени тяжести СЭИ может быть использована для оценки степени тяжести интоксикации и в качестве показателя для начала своевременной адекватной терапии не в зависимости от социально-экономического положения региона.

### **Список публикации соискателя ученой степени кандидата медицинских наук**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А]. Абдурахимов Р.М. Характеристика клинического течения бронхолегочной патологии ВИЧ инфицированных детей. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов А.В.Вохидов, Р.М.Нуров. [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. -2019. - №2. - С.26-31.
- [2-А]. Абдурахимов Р.М. Некоторые вопросы эпидемиологии пневмоний у детей в Республике Таджикистан. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов , А.В. Вохидов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -том IX. -№4 (32) октябрь-декабрь 2019. -С. 347-355.
- [3-А]. Абдурахимов Р.М. Клинические особенности и факторы риска развития синдрома интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Периодически научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка». -2020. -Том 12. -№ 1-2. -С.4-8.
- [4-А]. Абдурахимов Р.М. Клинико-лабораторные особенности течения эндогенной интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Вестник Ави-

ценны. -2020. -№3. –С.403-408.

[5-А] Абдурахимов Р.М. Аломатҳои асосии клиникаи илтиҳоби шушҳо (Пневмония) дар қудакони хурдсол. [Матн.] / Р.М.Абдурахимов // Авҷи Зухал.-2022. -№ 1 (46). -С 91-94.

### Статьи и тезисы в сборниках конференции

[6-А]. Абдурахимов Р.М. Дифференциальные признаки внебольничной пневмонии у детей раннего возраста. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов // Сборник материалов второго Съезда врачей Таджикистана. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -29 июня 2019 г. г. Душанбе. -С.47 С.19.

[7-А]. Абдурахимов Р.М. Какова роль модифицирующих факторов при течении пневмонии у детей раннего возраста. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино». -2019. -№1. -С.87-89.

[8-А]. Вохидов А.В. Особенности внебольничной пневмонии у детей раннего возраста [Текст.] / А.В.Вохидов, Р.М.Абдурахимов, Э.И.Назаров // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2019 (41). -№1. -С. 17-22.

[9-А]. Абдурахимов Р.М. Вопросы коморбидной патологии в этиологии внебольничной пневмонии у детей. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов. // Педиатрия и Детская Хирургия Таджикистана. -2019 (42). -№2. -С. 21-24.

[10-А].Абдурахимов Р.М. Влияние перинатальных факторов на формирование пневмонии в неонатальном периоде [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, М.А.Хусейнова, А.В.Вохидов // Матеріали Української Науково-Практичної Конференції Лікарів-Педіатрів з Міжнародною Учасною проблемні питання Діагностики та лікування дітей з соматичною патологією 17-18 березня. -2020 року м. Харків. -С.12-14.

[11-А].Абдурахимов Р.М. Влияние анте и интранатальных факторов риска на формирование пневмонии у новорожденных [Текст.] / Р.М. Абдурахимов, М.А.Хусейнова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». -24 апреля 2020 Душанбе (Dushanbe). - С.268.

[12-А].Хусейнова М.А. Особенности течения и исходе пневмонии у детей раннего возраста [Текст.] / М.А.Хусейнова, А.В.Вохидов, Р.М.Абдурахимов // Вестник медицинского комплекса Истиклол 2020 №1. С.48-52

[13-А].Абдурахимов Р.М. Частота регистрации коморбидной патологии у детей с внебольничной пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов // Здравоохранение Таджикистана. -2020. -№4. Приложение 4 «Материалы 3-съезда детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан. -С.16-19.

[14-А].Абдурахимов Р.М. Сопутствующие заболевания у детей с пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Мать и дитя. -2020. -№4. -С.4-7.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**АБТ** – Антибактериальная терапия,

**АлАТ** – Аланинаминотрансферазы

**АсАТ** – Аспарагинаминотрасфераза

**ДН** – Дыхательная недостаточность

**ИВДП** – Инфекция верхних дыхательных путей

**ЛИИ** - Лейкоцитарный индекс интоксикации

**МК** – Молочная кислота

**Р.** – Пульс

**СРБ** – С-реактивный белок

**СЭИ** – Синдром эндогенной интоксикации

**SpO<sub>2</sub>** – Сатурация кислорода





**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «ПАЖУҲИШГОҲИ ИЛМӢ-  
ТАҲҚИҚОТИИ ТИББИ ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН»**

**УДК 616.24-053.2**

**АБДУРАҲИМОВ РУСТАМ МИРАЛИЕВИЧ**

**ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ ХАТАР БА ПАҲНШАВӢ ВА  
ЧАРАӢНИ КЛИНИКИИ ПНЕВМОНИЯ ДАР  
КӢДАКONI CИННУ СОЛИ БАРВАҚТ**

**Автореферати**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси  
14.01.08 – Тибби атфол

**Душанбе 2023**

Таҳқиқот дар пойгоҳи Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Воҳидов Абдусалом** – доктори илмҳои тиб, профессор, ходими пешбари илмии Муассисаи давлатии маҷмааи тандурустии «Истиқлол» ВТ ХИА ЧТ.

**Мушовири илмӣ:** **Нуров Рустам Мачидович** – доктори илмҳои тиб, директори Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии муҳофизати аҳоли аз бемории сил

**Муқарризони расмӣ:** **Мамадҷанова Гулнора Сидиқҷановна** - доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 МДТ «Донишгоҳи далалии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Чураев Муҳаммад Наврузович** - доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи бодигармишиноси ва масъуниятшиноси МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

**Муассисаи пешбар:** МД «Пажӯҳишгоҳи илми –таҳқиқотии акушерӣ гинекологӣ ва перинатологӣ» Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи рисола рӯзи «\_\_\_\_\_» моҳи \_\_\_\_\_ соли 2023 соати «\_\_\_» дар чаласаи Шурои диссертатсионии 6D КОА-008–и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. (Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992918724088.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)) МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2023 ирсол гардид.

**Котиби илмии  
шурои диссертатсионӣ,  
н.и.т., дотсент**

**Ҷамолова Р.Ҷ.**

## Муқаддима

**Муҳимияти мавзуи таҳқиқот.** Тибқи маълумоти ТУТ/ЮНИСЕФ, дар тамоми дунё дар давоми ҳар як ним дақиқа аз пневмония як кӯдак мефавтад, ки дар давоми як шабонарӯз вай тақрибан 2800 кӯдаки то панҷсоларо ташкил медиҳад. Таҳқиқотро гузаронида, М.Д. Nissen дар соли 2007 нишон дод, ки дар тамоми дунё ҳамасола аз бемории системаи бронху шушҳо-пневмония то 1,5 млн. навзодон вафот мекунанд, ин маълумотҳо бо 10 %-и нишондиҳандаҳои ДС дар тамоми дунё мувофиқат мекунанд. Бемориҳои номахсуси шушҳо, аз ҷумла пневмония то имрӯз масъалаи ниҳоят мубрами илмӣ дар педиатрия боқӣ мемонад. Ба муваффақиятҳои ба даст овардашуда дар ташхис ва муолиҷаи пневмония нигоҳ накарда, баъзе механизмҳои пайдошавии он, ҳамчунин пешравии он то имрӯз мавриди баҳс қарор доранд.

Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, ки генези сироятӣ надоранд, сол аз сол таваҷҷуҳи бештари табибонро ҷалб мекунанд, ки сабабш паҳншавии бештари онҳо дар кӯдакон мебошад [Абдуллаева Н.Ш., 2011; Бобровничий, В. И., 2013; Минаева Н. В., 2013; Гоппе Н.А., 2014; Казанцев В.А., 2016; Vajantri V., 2018]. Мубрамияти эпидемиологии бемориҳои бронху шушҳо аз он вобаста аст, ки нишондиҳандаҳои баланди беморшавӣ ба қайд гирифта мешавад ва барои баланд шудани сатҳи фавтият мусоидат мекунанд, Дар 10 соли охир зиёд шудани гирифтورشавии кӯдакон ба пневмония ба қайд гирифта мешавад, эҳтимоли олии хатари такроршавии беморӣ ва минбаъд музмин гаштани бемории системаи бронху шушҳо боқӣ мемонад, ки аҳамияти бузурги нишондиҳандаҳои фавтро ҳангоми ин беморӣ ба вучуд меоранд. Барои сатҳи КАТС (кумаки аввалияи тиббиву санитарӣ) масъалаи актуалӣ ҳамоно масъалаи ташхиси барвақт ва табобати ратсионализатории пневмония дар кӯдакон боқӣ мемонад [Рахматова Р.А., 2012; Мизерницкий Ю.Л., 2014; Коровкина Е.С., 2015; Маланичева Т.Г. 2017].

Дар баъзе кишварҳои минтақаи Осиёи Марказӣ, аз ҷумла Тоҷикистон, ба истифода бурдани усулҳои муосири ташхис, воситаҳои антибактериалӣ нигоҳ накарда, фавтият аз пневмония дар байни навзодон ва кӯдакони синну соли барвақт то 47,3% мерасад [Кудратова С.Н. 2014; Чучалин А.Г., 2015; Тахирова Р.Н., 2016]. Имрӯзҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар сохтори бемориҳои кӯдакон, вазни ҳолиси асосиро гурӯҳи бемориҳои марбут ба системаи бронху шушҳо ташкил медиҳанд, ки миқдорашон аз 75 то 92% мерасад, ба ин беморӣ бештар писарҳо (1,25:1 - 2:1) мубтало мешаванд. Мавсимӣ будани беморшавӣ бо зиёд шудани он дар тирамоҳу зимистон ба мушоҳида мерасад, дар замоне, ки гирифтورشавӣ ба бемориҳои сироятҳои шадиди респираториву вирусӣ (СШРВ) зиёд мешавад.

Таҳлили сабабҳои фавт дар байни кӯдакон нишон дод, ки қисми асосии фавтият бо сабаби СШОВ аз пневмония вобаста аст. Бо ин сабаб ҳамасола дар тамоми дунё 1,8 млн. кӯдаки синну соли то 5-сола вафот мекунанд.

Муоинаҳои дарозмуддати катамнезӣ нишон доданд, ки оқибати пневмонияи аз сар гузаронидашуда аз омилҳои зиёд, аз ҷумла, аз омилҳои тиббӣ-ичтимоӣ ва биологӣ, ҳамчунин бемориҳои алоҳидаи ҳамроҳшуда ва ҳолатҳои, ки дар заминаи онҳо пневмония ба амал омадааст, вобаста мебошад [Каюмов Х.Б., 2009; Welte T., 2012; Коровкина Е.С., 2015; Исканова Г.Х., 2015]. Таҷрибаҳои амалӣ ва муоинаҳо нишон медиҳанд, ки дар кӯдакони синну соли барвақт бемориҳои ҳамроҳшуда ба қадри лозимӣ зиёданд, ки дар заминаи онҳо пневмония бо чараёни вазнин мегузарад ва ҳатто дар бештари мавридҳо вай хусусияти чараёни тӯлкашида ё музминро мегирад.

Таҳқиқотҳои сершумори илмӣ ва дастовардҳои илми тиббӣ муосир таваҷҷуҳро ба он ҷалб месозанд, ки асоси патогенези пайдошавии бемориҳо ва оризаҳои гуногун, аз ҷумла дар педиатрия, бешубҳа, интоксикатсияи эндогенӣ (ИЭ)-ро ташкил медиҳад [Нагоев Б.С. 2012; Nakou A., 2014; Курочкин М.Ю., 2015; Майданник В.Г. 2015; Чучалин А. Г., 2015; Малахова М.Я. 2019].

То имрӯз яке аз синдромҳои асосӣ, ки чараён ва пешравии ҳама гуна бемориҳоеро, ки бо аксуламалҳои возеҳи илтиҳобӣ чараёндоштаро муайян мекунанд, интоксикатсияи эндогенӣ ба ҳисоб меравад, ки миқдори сабтшудаи он баъзан аз 60%-и беморони ин категорияи беморӣ мегузарад [Островский В.К. 2003]. Дар марҳалаи имрӯза ташхис ва табобати пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт бештар рушд кардааст. Аммо табибон - педиатрҳо ба дараҷаи вазнинии чараёни интоксикатсияи эндогенӣ таваҷҷуҳи махсус зоҳир намекунанд, ки параметри он нишондиҳандаҳои гематологӣ мебошанд, ки имконият медиҳанд аз хусуси дараҷаи вазнинии беморӣ ва пешгӯии пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт хулоса бароварда шавад, ки ин мубрамияти мавзуи илмӣ диссертацсияи мазкурро низ муайян месозад.

Биомаркерҳои нисбатан серитилои илтиҳоб, ки аз вазнинии чараёни интоксикатсияи эндогенӣ дарак медиҳанд, нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ ба шумор мераванд, онҳо имкон медиҳанд, ки вазнинии беморӣ ва пешгӯии он баҳогузорӣ карда шавад, ба параметрҳои стандартӣ клиникӣ иттилооти мустақилро илова намояд.

То имрӯз маълумоте, ки меъёрҳои дараҷаи вазнинӣ ва пешгӯиро дар натиҷаи ниҳони пневмония дар кӯдакони то сесола муайян намояд, мавҷуд нест. Ҳамаи ин барои ҷустуҷӯи усулҳои асос шуданд, ки имконият медиҳанд вазнинии чараён ва натиҷаи пневмония пешгӯӣ карда шавад. Коркарди чунин принципҳо ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ имконият медиҳад, ки сатҳи зиндамонии кӯдакони гирифтори пневмония баланд бардошта шавад.

**Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Таҳқиқотҳои солҳои охир тасаввуротҳо дар бораи этио- патогенез, клиника, таъхис ва табобати пневмония дар кӯдакони синну соли барвақтро хеле васеъ кардаанд, аммо ба омӯзиши омилҳои синдроми интоксикатсияи эндогенӣ (СИЭ) вобаста аз дараҷаи вазнинии пневмония пажӯҳишҳои ҷудоғона ва хеле кам бахшида шуда, натиҷаҳои ба даст овардаи муҳаққиқон бошад, ихтилофнок ҳастанд.

Таҳқиқотҳои мавҷудаи бахшида ба омӯзиши хусусиятҳои чараёни пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ, маркерҳои биохимиявӣ ҳангоми баҳо додан ба дараҷаи вазнинии илтиҳоб ва синдроми интоксикатсияи эндогенӣ (СИЭ), дар баробари яхела набудани натиҷаҳои ба даст овардашуд, ҳамчунин муҳим будани омӯзиши проблемаи мазкурро низ нишон медиҳанд. Гарчанде ба масъалаи мубрамияти ин проблема таваҷҷуҳи зиёд дода мешавад, вале нақши муҳимми басомади воқеии СИЭ ҳангоми пневмония дар кӯдакони муқарраршуда ҳисобидан нодуруст аст, ки ин аз носаҳеҳ будани таснифоти вучуддошта ва ҷумлабандӣ вобаста аст. Густариш додани потенциали илмӣ- техникаи рентгенографияи рақамии узвҳои қафаси сина, томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ-резонансии шушҳо, ки барои баҳодиҳии ҳолати системаи нафаскашии кӯдакони синну соли барвақт истифода карда шудаанд, миқдори ошкорсозии пневмонияро дар кӯдакони синну соли барвақт зиёд намуд.

**Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯи илмӣ.** Таҳқиқот дар доираи КИТ МД ПИТ тибби профилактики Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст. Лоихаи «Баҳодиҳии экологӣ-гигиениии омилҳои муҳити зист ва солимии аҳолие, ки дар деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон сукунат доранд». Муҳлати иҷрои лоиха солҳои 2019-2023. ГРН№0119ТJ00964.

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши паҳншавӣ, заминаҳои патогенетикии синдроми интоксикатсияи эндогенӣ ҳангоми пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, иттилоотнокии маркерҳои гематологӣ ҳангоми пневмония, таъсири омилҳои хатар, бемориҳои ҳамроҳшуда (морбидӣ) ва мултиморбидӣ ба чараёни клиникӣ пневмония ва коркард ва баҳогузориҳои клиникӣ вазнинии чараён ва натиҷаи синдроми интоксикатсияи эндогенӣ.

### Вазифаҳои таҳқиқот:

- Баҳо додан ба паҳншавӣ ва гирифтورشавӣ ба бемориҳои бронху шушҳо дар байни кӯдакони синну соли барвақт.
- Омӯхтани таъсири бемориҳои мултиморбидӣ ба чараёни клиникӣ ва натиҷаи пневмония дар кӯдакон.
- Омӯхтани иттилоотнокии нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ, маркерҳои биохимиявӣ ҳангоми баҳодиҳӣ ба дараҷаи вазнинии илтиҳоб ва интоксикатсия ҳангоми пневмония дар кӯдакон.
- Омӯхтани хусусиятҳои чараёни синдроми интоксикатсияи эндогенӣ ҳангоми пневмония дар кӯдакон.
- Коркард ва таъйид, баҳогузориҳои клиникӣ ба вазнинии чараёни СИЭ дар кӯдакони синну соли барвақти кӯдакии дорони пневмония.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот шаклҳои ҳисоботи оморӣ «Ҳисобот дар бораи минтақаҳои хизматрасонии марказҳои саломатӣ» буд, ки дар давраи солҳои 2017 – 2021, ки бо фармоиши Агентии оид ба омори назди Президенти ҶТ таҳти №054 аз 11-уми октябри соли 2013 тасдиқ шудааст. Ҳисоботҳои солони оид ба фаъолияти МД МТ «Истиклол» дар давраи солҳои 2018 - 2020. Ҳамчунин объекти таҳқиқот картаҳои статсионарии таърихи бемо-

рии 150 кӯдаки бемори синну соли аз 15-рӯза то 3-сола, 50 нафар кӯдаки ҳамон синну соли гурӯҳи назоратӣ, ки аз маълумотҳои аввалияи клиникии марҳалаҳои ретро- ва проспективӣ, аз ҷумла таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ, натиҷаҳои анкетаронӣ ва усулҳои инструменталии таҳқиқот бо муоинаҳои динамикӣ ва таъобат, коркарди омории мавод, коркард ва баъдан шарҳ додани натиҷаҳои ҳосилшуда омӯхта шуданд.

**Мавзуи таҳқиқот.** Мавзуи таҳқиқот баҳодихӣ ба паҳншавии пневмония, иттилоотнокии нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ, маркерҳои биохимиявӣ ҳангоми ческих ҳангоми баҳодихӣ ба дараҷаи вазнинии илтиҳоб ва синдроми интоксикатсионии эндогенӣ (СИЭ) мебошад.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** 1. Муайян карда шудааст, ки дар байни ҳама минтақаҳои Тоҷикистон – вилояти Хатлон бештар бо майл доштан ба проблемаҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ фарқ мекунад, ки дар ин ҷо шиддатнокии баландтарин ва суръати баландтарини афзоиши аҳоли ба назар мерасад, ҳиссаи кӯдакон 36%-ро ташкил медиҳад, дар шаҳри Душанбе ин нишондод ба 9% ва дар ВМКБ – ба 3% баробар аст.

2. Бори нахуст таҳқиқоти динамикаи паҳншавӣ ва беморшавии синфи бемориҳои бронху шушҳо дар кӯдакон, нобаробар паҳн шудани нишондиҳандаҳои пневмонияро дар кӯдакон муайян кард. Динамикаи баландтарин гирифтормавҷ ба бемории пневмония дар ВМКБ аз 12633,2 дар соли 2010 то 15419,1 дар соли 2018 ба 100 ҳазор кӯдак ба қайд гирифта шудааст.

3. Нақши бемориҳои ҳамроҳшуда дар бад шудани пешгӯии чараён ва натиҷаи таъобати бемориҳои бронху шушҳо ва пневмония дар кӯдакон муайн карда шуд.

4. Вобастагии синнусолии ҳассосият ва махсусияти аломатҳои пневмония дар кӯдакони 1- сола муайян карда шуд, бештари аломатҳои махсуси аломатҳои клиникӣ ва меъёрҳои таҳхисӣ ҳассосияти баланд доранд.

5. Нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ хун дар маҷмуъ тағйирҳои функционалии системаи иммуниро инъикос мекунанд, метавонанд, ки ба сифати маркери пешгӯӣ ва самаранокии таъобати пневмония дар кӯдакон хизмат кунанд.

6. Бори нахуст муайян карда шуд, ки дар 53,13% -и кӯдакони гирифтормавҷ пневмония дараҷаи дуҷуми синдроми интоксикатсия, консентратсияи пируватҳо ва лактатҳо имконият медиҳанд, ки дараҷаи вазнинии синдроми интоксикатсияи эндогенӣ сахехан баҳогузори карда шавад, ба таври эътимоднок баланд шудани сатҳи лактат нисбат ба «лактат/пируват», ҳоси оризаҳои пневмония аст.

7. Бори нахуст вазнинии чараёни синдроми интоксикатсионии эндогенӣ (СИЭ) дар кӯдакон, аз ҷумла нишондиҳандаҳои сода ва дастраси клиникӣ ва гематологӣ таҳия, таъйид ва баҳогузори карда шуд, ки имконият медиҳанд таҳхис ва тактикаи таъобат сари вақт коркард карда шавад.

**Аҳамияти назариявӣ- амалии таҳқиқот.** Аҳамияти таҳқиқоти гузаронидашуда аз он иборат аст, ки натиҷаҳои ба даст овардашуда, шарҳи онҳо ва баррасии назариявии онҳо, ҷанбаҳои методологӣ илман асоснок, ҳулоса ва тавсияҳои дар заминаи нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ, ки дар асоси нуқтаҳои назариявии дар диссертатсия пешниҳодшудаанд, метавонанд дар раванди таълимии кафедраҳои соҳавии макотиби олии тиббӣ истифода ва татбиқ шаванд, ҳамчунин барои фаъолияти муолиҷавии шуъбаҳои соматикӣ, пульмонологӣ, сироятӣ, ҳамчунин шуъбаи реаниматсия ва таъобати интенсивӣ (ШРТИ) тавсия карда шаванд.

**Нуқтаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшавандаи диссертатсия:**

1. Дар байни ҳама минтақаҳои Тоҷикистон сирояти роҳҳои болои нафаскашӣ (СРБН) дар соли 2018 дар муқоиса ба соли 2014 бештар дар вилояти Хатлон - 46,6% дида шуд, дар ш. Душанбе - 17,5% буд.

2. Дар ҳама минтақаҳои ҷумҳурӣ, солҳои охир назар ба соли 2014 тамоюли кам шудани нишондодҳои паҳншавии пневмония дар ш. Душанбе – 1,1 маротиба, ВМКБ аз 12633,2 дар соли 2010, то 15419,1 нафар ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак дар соли 2018 дида шуд.

3. Паҳншавии густурда (75,3%) ва нақши бемориҳои ҳамроҳшуда ба чараён ва оқибати пневмония дар кӯдакон, вобаста аз давраи перинаталӣ – (59,7%), ихтилолҳои мубодила – рахит (67,3%), гипотрофия (59,3%), анемия (69,7%), диатези аллергӣ — (23,5%).

4. Динамикаи шохисҳои интегралӣ гематологӣ ба сифати маркери пешгӯии вазнинӣ ва оқибати пневмония дар кӯдакон хизмат мекунанд, тағйир ёфтани ин нишондиҳандаҳо аз ре-активияти иммунологии организми кӯдак дарак медиҳанд.

5.Таҳлили омилҳои тиббӣ- ташкилӣ ҳамчун воситаи ҳассосии назорати ташҳиси саривактӣ, муносиб ва таъсирбахш будани табобат ва асоснокии усулҳои иловагии таҳқиқот хизмат мекунад.

6.Баҳогузори ба концентратсияи пируватҳо ва лактатҳо имконият медиҳад, ки ба таври эътимоднок дараҷаи вазнинии СИЭ баҳогузори карда шавад, ки дар 53,13% -и кӯдакон дараҷаи 2-юми синдроми интоксикатсия мавҷуд буд.

7.Таснифи клиникӣ баҳодихӣ ба дараҷаи вазнинии СИЭ имконият медиҳад, ки дараҷаи вазнинии интоксикатсия муайян ва табобати муносиб новобаста аз мавқеи иҷтимоӣ-иктисодии минтақа сар карда шавад.

**Дараҷаи эътимоднокӣ натиҷаҳои диссертатсияро** маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи пажу-хиш, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ мекунад. Хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ дар асоси таҳлили илмӣ натиҷаҳои паҳншавии пневмония, вазнинии ҷараёни вай, баҳогузори ба нишондиҳандаҳои интегралӣ гематологӣ ва дараҷаи возеҳии СИЭ бунёд шудаанд.

**Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ.**

Таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.08 – Тибби атфол зербанди 3.3. Физиология ва патологияи умумии давраи навзодӣ, синну соли кӯдакии барвақт, калон ва наврасӣ мувофиқат мекунад.

**Саҳми шахсии доктараи дарёфти дараҷаи илми дар таҳқиқот..**

Дар ҷараёни иҷро кардани таҳқиқоти илмӣ, муаллифи диссертатсия ҷорабиниҳои зеринро гузаронидааст; ҷамъовари маводи илмӣ, аз ҳисоби кӯдакони таҳқиқшаванда ташкил кардани гурӯҳ, таҳлил ва шарҳи адабиёти илмӣ марбут ба мавзӯи таҳқиқот, ҷамъоварӣ ва таҳлили маълумотҳои омории ҳисоботҳо анҷом дода шуда, чиҳати ба танзим даровардани маълумотҳои аввалияи клиникӣ марҳалаҳои ретро- ва проспективӣ, ки аз таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ, таҳқиқот бо муоинаи динамикӣ ва табобат иборат буданд, коркарди омории мавод, коркард ва минбаъд шарҳ додани натиҷаҳои ба даст овардашуда, омода намудани мақолаҳои илмӣ ва нашр кардани онҳо ба сомон расонида шудааст.

**Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола.** Маводи таҳқиқоти диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш ва барарсӣ шудаанд: дар Съезди 2-юми табибони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, 29.06. соли 2019, дар конференсияи илмӣ-амалии «Муқовимат барои кам кардани таҳдиди паҳншавии устувори микроорганизмҳо нисбат ба препаратҳои зиддимикробӣ дар масулотҳои ғизоӣ», Душанбе 18.11. соли 2019, дар Конгресси 9-уми кишварҳои ИДМ «Кӯдак ва ҷомеа: Проблемаҳои солимӣ, инкишоф ва ғизо «Ташаккули солимӣ кӯдакон дар шароити муносири нигоҳдории тандурустӣ» ва Форуми Ш оид ба ғизо, ш. Душанбе 10-11. 11. соли 2019, дар конференсияи илмӣ-амалии «Ғизо ва солимӣ кӯдакон» ш. Харьков 17-18-уми майи соли 2020, дар конференсияи илмӣ-амалии XV –уми байналмилалӣ олимони ҷавони МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе 24 –уми апрели соли 2020.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия:** Аз рӯи натиҷаҳои мавзӯи диссертатсия 14 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 162 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 5 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар рисола 35 ҷадвал ва 18 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 186 сарчашмаи муаллифони кишварҳои ИДМ иборат мебошад, ки аз онҳо 103 адабиёт бо забони русӣ ва 83 сарчашма бо забони англисӣ мебошанд.

## **МУНДАРИҶАИ ДИССЕРТАЦИЯ**

### **Тавсифи шахсони муоинашуда ва усулҳои таҳқиқ**

Барои расидан ба мақсад ва ҳалли вазифаҳои гузошташуда дар раванди иҷрои кор 150 кӯдаки аз 15-рӯза то 3-солаи гирифтори илтиҳоби шуш (пневмония) зерин мушоҳида гирифта шуданд, ки дар шуъбаҳои бемориҳои соматикӣ кӯдакони ва бемориҳои сироятӣ беморхонаҳои шаҳри Душанбе бистарӣ буданд. Аз 150 кӯдаки муоинашуда (ҷадвали 1), ки ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд, шумораи писарон дар гурӯҳи 1-ум 47 (62,7%), духтарон 28 (37,3%) нафарро ташкил дод. Дар гурӯҳи 2-юм писарон 43 (57,3%) ва духтарон 32 (42,7%)

нафар буданд. Гурӯҳи назоратиро кӯдакони ҳамин гурӯҳи синнусолӣ ташкил доданд, ки 50 (33,3%) нафар буданд.

### Ҷадвали 1. - Тақсимои кӯдакони мувофиқи чинс дар байни гурӯҳҳо

Чинс	Гурӯҳи 1 (n =75)	Гурӯҳи 2 (n =75)	p <sub>1</sub>
Писарон	62,7% (47)	57,3% (43)	>0,05 ( $\chi^2 = 0,44$ )
Духтарон	37,3% (28)	42,7% (32)	
p <sub>2</sub>	=0,002 ( $\chi^2 = 9,63$ )	>0,05 ( $\chi^2 = 3,23$ )	

**Эзоҳ:** Миқдори писарон дар гурӯҳи 1-ум нисбат ба миқдори духтарон ба андозаи аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок зиёд буд. Дар гурӯҳи 2-юм ин гуна фарқи оморӣ муайян нашуд.

### Ҷадвали 2. - Гурӯҳҳои синнусолӣ кӯдакони гирифтори пневмония

Гурӯҳҳои синнусолӣ	Шумораи мутлақ	Нисбӣ, %	Синне, ки дар он пневмонияро аз сар гузарондаанд
I	75	50%	Аз 15-рӯзагӣ то 12-моҳагӣ
II	75	50%	Аз 1-солагӣ то 3-солагӣ
Ҷамагӣ	150	100%	-
Гурӯҳи назоратӣ	50	100%	Аз 15-рӯзагӣ то 3-солагӣ

Синни кӯдакони гурӯҳи 1-ум дар байни таҳқиқшудагон (ҷадвали 2) дар беш аз 1/2 (50%) ҳолатҳо аз 15-рӯза то 12-моҳа буд. Аз шумораи умумии кӯдакони 50% (75 нафар)-и гурӯҳи 2-юмро кӯдакони аз 1 то 3-сола ташкил доданд.

**Усулҳои функционалии таҳқиқ:** *Электрокардиография* бо мурури зарурат ба кӯдаконе, ки зери назорати мо қарор доштанд, бо мақсади мӯйян кардани тағйирот аз тарафи системаи дилу рағҳо гузаронда мешуд. (Ҷадвали 3)

### Ҷадвали 3. - Қорти муоинаи кӯдакони гирифтори пневмония

Объекти таҳқиқ	Миқдори кӯдакони муоинашуда	Усулҳои таҳқиқ	Ҳаҷми таҳқиқот
Кӯдакони бо пневмонияи ғайрибемоторонавӣ	150 кӯдак	<b>Иҷтимоӣ:</b>	
		- арзёбии иҷтимоии шароити зиндагии кӯдак, арзёбии ҳолати саломатӣ	150
		<b>Клиникӣ:</b>	
		-шикоятҳо, анамнез, муоина:	145
		<b>Лабораторӣ:</b>	
		- таҳлили умумии хун	289
		- таҳлили умумии пешоб	290
		- таҳқиқи моеи ҳароммағз	42
		<b>Биохимиявӣ:</b>	110
		- сафедаи умумӣ, фраксияҳои сафеда, карбамид, креатинин, АЛТ, АСТ, ФИ, ЛДГ, КФК, глюкоза, серомукоид, кислотаҳои сиалонӣ, санчиши тимол, билирубини умумӣ ва мустақим, калий, натрий, калсий, хлор, оҳан.	
		<b>Нишондиҳандаҳои таносуби кислотава асосҳо (ТКА):</b>	132
		<b>Нишондиҳандаҳои системаи лахташавӣ:</b>	62
		<b>Гурӯҳи хун:</b>	128
		<b>Усулҳои функционалӣ:</b>	
		-ЭКГ	176
		-ТУС (НСГ, узвҳои ковокии шикам, гурдаҳо, тимус, ЭХО-КГ, ғадуди сипаршакл)	134
-рентгени узвҳои қафаси сина	215		
<b>Таҳқиқотҳои микробиологӣ:</b>			
-бактериологӣ, серологӣ, вирусологӣ	136		

*Эхокардиография* мувофиқи нишондодҳо вобаста ба ҳолати бемор ва ҳангоми гумонбарӣ аз нуқсонҳои ҳамроҳи модарзодӣ дар инкишофи системаи дилу рағҳо гузаронда мешуд.

*Нейросонография, таъхиси ултрасадоии узвҳои холигоҳи шикам, гадуди синариакл, гадуди душоха (тимус) аз рӯйи зарурат бо мақсади муайян кардани ихтилолҳо дар кори узвҳои дохилӣ ва он ҳам вобаста ба ҳолати бемор гузаронда мешуд.*

*Рентгенографияи узвҳои қафаси сина ба ҳамаи беморон бо гумонбарӣ аз пневмония ҳангоми мурочиат ва дар давоми 3 рӯз аз оғози суперинфексия дар шароити шуъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ гузаронда шуд; ба кӯдаконе, ки ҳолати вазнин ва ниҳоят вазнин доштанд, вобаста ба ҳолати бемор ва хусусиятҳои тағйироти пневмониявӣ рентгенография бо басомади бештар гузаронда мешуд.*

### **Коркарди оморӣ**

Таҳлили омории мавод бо ёрии бастаи барномаи амалии Statistica 10.0 (StatSoft, USA) анҷом дода шуд. Барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ бузургҳои миёна ва иштибоҳи стандартии онҳо ( $M \pm m$ ), барои нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳиссаҳо (%) ҳисоб карда шуданд. Дар мавриди муқоисаҳои сершумор дар байни гурӯҳҳо аз рӯйи нишондиҳандаҳои миқдорӣ Н-меъёри Крускал-Уоллис истифода гардид, дар идома барои таҳлили post-hoc меъёри Манн-Уитн татбиқ гашт. Барои муқоисаи нишондиҳандаҳои сифатӣ меъёри  $\chi^2$ , дар ҳолати паст будани бузургҳои меъёри Фишер ё меъёри  $\chi^2$  бо ислоҳи Йетс ба кор бурда шуд. Ҳангоми омӯзиши таъсири омилҳо ба инкишофи бемории асосӣ регрессияи логистикӣ ва таносуби имкониятҳо истифода гардид. Тафовутҳо ҳангоми  $p < 0,05$  дорои аҳамияти оморӣ доништа шуданд.

### **Натиҷаҳои таҳқиқот**

M.D. Nissen соли 2007 таҳқиқот гузаронда нишон дод, ки ҳамарӯза дар ҷаҳон аз патологияи системаи бронху шушҳо – пневмония то 1,5 млн навзод мефавтад, ки қиёсан 10% аз шумораи ҷавонҳои кӯдакон дар тамоми ҷаҳонро ташкил медиҳад. Басомади паҳншавии пневмония аз истифода кардан ва баръакс, истифода накардани рентгенография барои таъхиси пневмония вобаста мебошад. Масалан, дар Аврупо ва Америкаи Шимолӣ басомади ҳолатҳои пневмония то 34-40 ҳолат ба 1000 нафар кӯдаки аҳолиро ташкил медиҳад, ки ин ба маротиб бештар аз ФР аст, ки онҳо меъёри ҳатмии таъхиси пневмонияи ғайрибеморхонавӣ (ПГ) рентгенографияи узвҳои қафаси сина мебошад.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқотҳои махсус оид ба арзёбии маълумоти эпидемиологии вобаста ба пневмония дар байни кӯдакон бо истифода аз «стандартҳои тиллоӣ»-и таъхиси рентгенологӣ маълум шуд, ки дар Федератсияи Россия паҳншавии пневмонияи ғайрибеморхонавӣ дар байни кӯдакони синни 1-моҳа то 15-сола сари ҳар 1000 кӯдак аз 5 то 15 ҳолатро ташкил медиҳад.

То имрӯз сатҳи ҷавт аз пневмония адади нисбатан баланд - аз 13% то 50%-ро ташкил медиҳад.

Мубрамии эпидемиологии беморҳои бронху шушҳо ба он вобаста аст, ки нишондиҳандаҳои баланди беморшавӣ ба қайд гирифта мешаванд, ки ба сатҳи баланди ҷавт оварда мерасонанд. Қайд шудааст, ки ҳар 30 сония дар саросари ҷаҳон аз бемории пневмония як кӯдаки то 5-сола, дар давоми як рӯз 2800 кӯдак мефавтад [4]. Дар давоми зиёда аз 10 соли охир 45% кам шудани омори ФК ба қайд гирифта шудааст. Муайян карда шуд, ки дар соли 2013 теъдоди ҷавти кӯдакони то 5-сола аз пневмония ҳудуди 1 миллион нафарро ташкил додааст. Пешгирии пневмония яке аз ҷузъҳои асосии стратегияи глобалии коҳиши ФК мебошад. Синфи беморҳои роҳҳои нафас яке аз сабабҳои асосӣ дар сохтори ҷавти кӯдакони то яксола боқӣ мемонад. Ба ҳоли имрӯз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар сохтори беморҳои кӯдакон ҳиссаи нисбии асосиро як гурӯҳ беморҳои марбут ба системаи бронху шушҳо тартиб дода, басомади он аз 75 то 92%-ро ташкил медиҳад. Бояд қайд намуд, ки ба ин беморӣ писарон бештар гирифта мешаванд (1, 25 : 1-2: 1). Мавсимияти беморҳо бо афзоиш дар давраи тирамоҳу зимистон, вақте афзоиши гирифташавӣ ба сироятҳои вирусии роҳҳои нафас (респираторӣ) ба қайд гирифта мешавад, мушоҳида мегардад.

Таҳлили сабабҳои ҷавти кӯдакон нишон дод, ки қисми аксари ҷавтҳо аз сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) ба пневмония вобаста мебошад. Бо ин далел ҳамасола 1 миллиону 800 ҳазор кӯдаки то 5-сола мефавтад, ки қисми асосии онҳоро кӯдакони синни



бармаҳал ташкил медиҳанд. Паҳншавии нишондиҳандаҳои беморшавӣ дар байни навзодони расида на бештар аз 1%-ро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки дар байни кӯдакони норасид ин адад 10 маротиба зиёд аст. Агар кӯдак дар шуъбаи РТИ бошад, ин нишондиҳанда ба 40 фоиз мерасад ва он дар сурати табобати респираторӣ гирифтани кӯдак афзоиш меёбад. Дар соли 2000-ум он баробар ба 116 ±3 ба ҳар 100 000 кӯдак буд [4, 5, 6]. Ба пневмония аксаран кӯдакони кишварҳои рӯ ба рушд азият мекашанд, ки дар онҳо омори фавт аз ин беморӣ хеле баланд аст. Хусусан, кӯдакони соли аввали ҳаёт ба бемориҳои роҳҳои нафас зиёд дучор мешаванд ва ин сабаби асосии марги онҳо мегардад. Ҳар қадар синни ҳомилагӣ камтар бошад, беморӣ ҳамон қадар бештар ба қайд гирифта мешавад. Ин аст, ки дар байни кӯдакони расида омори мазкур 1% ва дар байни норасидон даҳ маротиба зиёдтар аст. Усулҳои гуногуни ташхис ба нишондиҳандаҳои беморшавӣ таъсири назаррас мерасонанд. Сатҳи гирифтورشавӣ ба пневмония дар байни кӯдакон дар Федератсияи Россия дар ҳудуди 4-17 ҳолат ба 1000 кӯдаки аз 1- моҳа то 15-сола ба қайд гирифта шудааст, ки ҳиссаи асосии онҳоро кӯдакони то 3-сола ташкил медиҳад. Ин натиҷаҳо ба натиҷаҳои назорати рентгенологӣ асос ёфтаанд. Дар ин ҳол манбаъҳои хориҷӣ оид ба таҳқиқотҳо, ки зимни онҳо меъёрҳои васеътари ташхис истифода мешуданд, омори хеле зиёдтарро нишон медиҳанд - 20-80 ба 1000 кӯдак.

Ба бемории мазкур бештар кӯдакони синни бармаҳал гирифтормешаванд ва зимнан тамоюли возеҳи бештар аз 2-3 маротиба коҳиш ёфтани ин омор дар наврасон мушоҳида мешавад. Таксимбандии басомади беморӣ дар асоси синну сол нишон медиҳад, ки дар байни кӯдакони то яксола ҳиссаи пневмония дар омори ҳамаи бемориҳои узвҳои нафас тақрибан 2%, дар кӯдакони то 10-сола 1,2%, дар кӯдакони калонтар 0,4%-ро ташкил медиҳад.

Мушкилоти асосӣ ҳам барои бахши иҷтимоӣ ва ҳам соҳаи тандурустии Тоҷикистон сатҳи баланди таваллуд боқӣ мемонад. Масалан, агар дар соли 2004 ин нишондиҳанда 28,5% бошад, соли 2015 ба 29,34% расид.

Ҳисоби шумораи миёнаи солонаи кӯдакон дар давоми қариб 10 сол дар ҷумҳурӣ 253502 нафар (7,4%) зиёд шудани кӯдаконро нишон дод. Дар шаҳри Душанбе ин афзоиш 20342 (6,3%), дар вилояти Хатлон 116650 (9,5%), дар ноҳияҳои тобеи марказ 24960 (9,8%), дар ВМКБ ҳамагӣ 4000 (4,2%) нафарро ташкил дод. Зиёдшавии бештарин дар ду вилояти ҷумҳурӣ: вилояти Хатлон ва ноҳияҳои тобеи марказ (мутаносибан 9,5 ва 9,8%) ба қайд гирифта шуд.

Дар давоми панҷ соли мавриди таҳлил, аз соли 2014 то 2018, сатҳи баландтарини гирифтورشавӣ ба сироятҳои вирусии шадиди роҳҳои нафас дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ба қайд гирифта шудааст - аз 40923,8 ҳолати соли 2014 то 51347,4 ҳолат дар соли 2016 сари ҳар 100 000 кӯдак. Маълумоти умумичумхуриявӣ дар ин солҳо ба ҳар 100 000 кӯдак мутаносибан 20173,3 ва 19392,7 нафарро ташкил дод. Таҳлили мукоисавии натиҷаҳои бадастомада нишон дод, ки дар ВМКБ нишондиҳандаҳои гирифтورشавии кӯдакон ба СШВР (ОРВИ) назар ба маълумоти умумичумхуриявӣ беш аз 2 баробар зиёд аст. Сатҳи пасттарини гирифтورشавӣ ба СШВР дар байни кӯдакон дар 5 соли охир дар шаҳри Душанбе ба қайд расид - 8805,4 дар соли 2014 ва 10547,6 дар соли 2016 ба 100 000 кӯдак. Агар соли 2014 дар ВМКБ сатҳи гирифтورشавӣ ба СШВР дар байни кӯдакон нисбат ба маълумоти умумии ҷумхуриявӣ бештар аз 2 баробар зиёд бошад, дар шаҳри Душанбе, баръакс, 2,5 баробар кам буд.

Дар Хатлон ва ВМКБ омори БРК мутаносибан 8,6% ва 8,1% буд. Дар ҷумҳурӣ (Чадвали 8) хавфи гирифтормешавдан ба пневмония дар байни кӯдакони гирифтормешавии бемориҳои шадиди роҳҳои нафас аз 18,4% то 16,9% ё аз 184 то 169 ҳолат ба 10 000 кӯдак дар як сол коҳиш ёфт.

Барои солҳои 2010-2018 нишондиҳандаи гирифтورشавӣ ба пневмония дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳам дар минтақаҳо ва ҳам дар маҷмуъ дар ҷумҳурӣ, ноустувор буда, ба ҳисоби миёна ба 100 ҳазор кӯдаки 0-14-сола 9061,94 нафарро ташкил дод. Он ба ҳадди баландтарини худ дар соли 2014 (9869,1 ба 100 ҳазор кӯдак), ба ҳадди камтарин - дар соли 2010 (6775,6 ба 100 ҳазор) расида буд. Мисли солҳои қаблӣ авҷи бемории пневмония ба синни 1-4-солагӣ рост меомад. Дар байни наврасони 15-18-сола сатҳи беморӣ нисбат ба дигар гурӯҳҳои синнусолӣ ҳамеша пасттар буд (аз 1673,2 то 5897,2 ба ҳар 100 ҳазор). Аз байни ҳамаи беморони гирифтормешавии пневмония тақрибан нисфаш - 49,7%-ро кӯдакони то 4-сола, чорякаш - 24,4%-ро кӯдакони 5-10-сола, 19,4%-ро кӯдакони 11-14-сола, 6,5%-ро кӯдакони 15-18-сола ташкил

медоданд.

Омӯзиши патологияи коморбидӣ вобаста ба вақти дучоршавӣ, шуруъ аз давраи перинаталии инкишофи кӯдак гузаронида шуд. Дар инкишофи пневмония дар кӯдакон дар давраи неонаталӣ номукаммалии механизмҳои танзими нафаскашӣ ва мубодилаи газҳо нақши муҳим доранд, ки ба ин ба камол нарасидан ва тафрика нашудани бофтаҳои шуш, ки дар синни камтари ҳомилагӣ бештар зоҳир мешаванд, таъсири назаррас мерасонанд. Мушкилоти ҷараёни давраи перинаталии осебёбии мағзи сар ва ателектази шушҳо, кори ҷӯякҳои байза-шакл ва Боталло эҳтимолияти инкишофи пневмонияро хеле зиёд мекунанд (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4. – Таъсири патологияи коморбидӣ дар кӯдакони дорои пневмонияҳои хоси давраи перинаталӣ**

Аломати таҳлилшаванда	Басомади бақайдгирии аломат дар беморони гирифтори пневмония, %		p
	Синни кӯдакон		
	То 1-сола (n=75)	Аз 1-сола то 3-сола (n=75)	
Ҷараёни оризадори давраи интранаталӣ	54,6% (41)	17,3% (13)	<0,001 ( $\chi^2 = 22,7$ )
Норасид	18,6% (14)	13,3% (10)	>0,05 ( $\chi^2 = 0,8$ )
Гипоксияи дохилибатнӣ, асфиксия ҳангоми таваллуд	68% (51)	21,3% (16)	<0,001 ( $\chi^2 = 33,0$ )
Ақибмонӣ дар инкишофи дохилибатнӣ	45,3% (34)	26,6% (20)	=0,017 ( $\chi^2 = 5,7$ )
Тазриқи дохилибатнӣ	33,3% (25)	25,3% (19)	>0,05 ( $\chi^2 = 1,2$ )

**Эзоҳ:** p – аҳамияти омории тафрикаи нишондиҳандаҳо дар байни кӯдакони то 1-сола ва 1-3-сола; бо шакли шадиди ҷараёни пневмония (тибқи меъёри  $\chi^2$ ).

Раванди дастрасии ғизои хуб ба кӯдак вобаста ба синну сол ба нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ ва психомоторӣ, инчунин ба ташаккули мақоми масунии кӯдак таъсири калон мерасонад. Дар ҷараёни истеъмол кардани шири сина организми кӯдак ба унсурҳои асосӣ, ки маҳз барои тақвияти системаи масуният заруранд, дастрасӣ дорад. Таҳқиқотҳо таъсири усулҳои гуногуни ғизодиҳиро ба инкишофи пневмония муайян карданд.

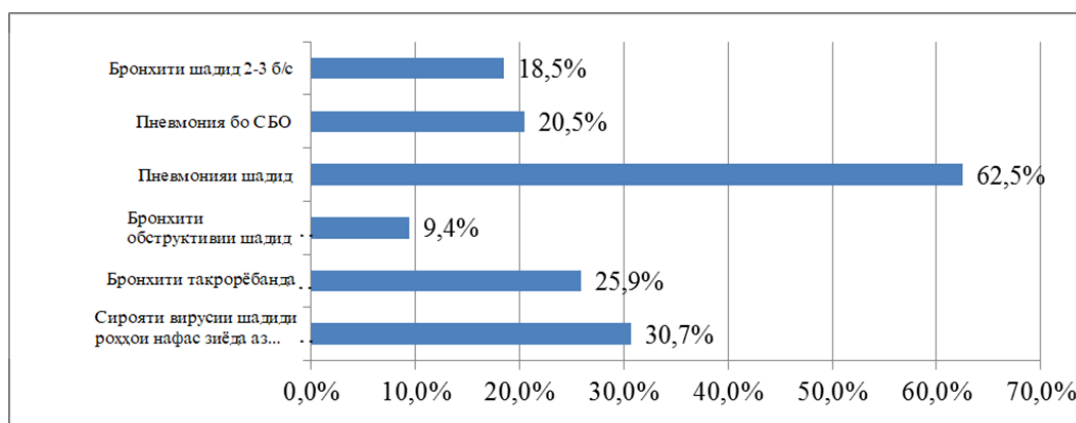


**Расми 1 Омилҳои хавфи аз ҷиҳати клиникӣ муҳим, ки дар кӯдакӣ муайян шудаанд**

Агар дар давраи постнаталӣ (баъди таваллуд) омилҳои хавф бо хусусиятҳои ҷараёни ҳомилагӣ ва таваллуд алоқаманд бошанд, ба (расми 1) давраи ширхорагӣ омилҳои дигар хос буданд. Мавҷудияти пневмонияи шадид дар анамнез дар 42,5% мушоҳида мегардид, дар аксари ҳолатҳои пневмония фаъолшавии флораи бактериявӣ ба қайд гирифта мешавад. Гипотермияҳои барзиёд, ки зуд-зуд рух медоданд, ҳолатҳои гирифтورشавӣ ба сироятҳои

шадиди вирусии респираториро зиёд мекарданд, ки ин дар навбати худ хатари инкишофи пневмонияро афзоиш меод. Тибқи маълумоти мо, дар 36,7% ҳолатҳо дар кӯдакон сироятҳои шадиди вирусии респиратории сершумор - дар як сол зиёда аз 3 ҳодиса - ҷой доштанд. Мавҷудияти бронхитҳои шадид дар 32,9%, бронхитҳои шадиди обструктивӣ каме камтар - дар 29,4% мушоҳида шудааст, дар ҳоле ки омилҳои пневмония бо синдроми бронхо-обструктивӣ (СБО) дар ҳар кӯдаки 5-ум, дар 20,5% дида мешуд.

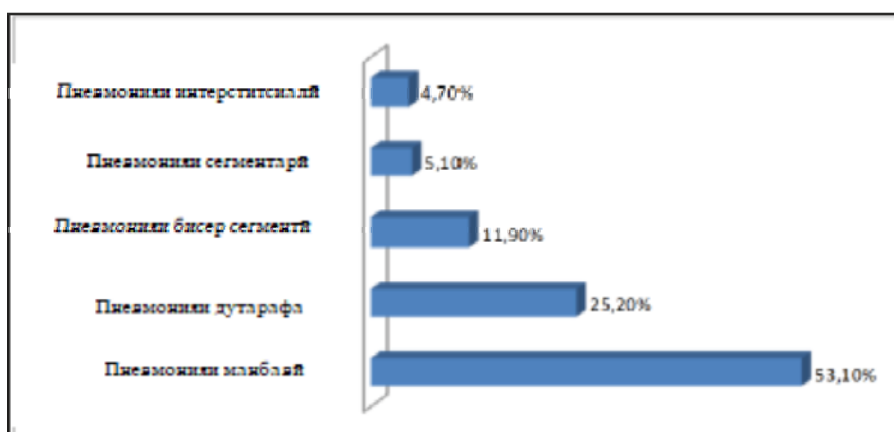
Дар байни ҳамаи сабабҳои (расми 2), ки ба инкишофи пневмония дар кӯдакони синни бармаҳал мусоидат ва раванди онро вазнин мекунанд, аз рӯи басомад зиёда аз 30%-ро беморияҳои системаи роҳҳои нафас (беморияҳои роҳҳои болоии нафас - ринит, фарингит, ларингит, бронхит, сирояти аденовирусӣ) ишғол мекунанд. Яқинд нишонаҳои одӣ ва дастрас ба қор бурда шуд: симптомҳои клиникӣ, рентгенографияи шушҳо, таҳлили умумии хун.



**Расми 2. Омилҳои аз ҷиҳати клиникӣ муҳими хавф, ки дар синни бармаҳал ошқор карда шуданд.**

Ҳамзамон бояд қайд намуд, ки таҳлили пневмонияи ҳангоми мавҷуд будани сояи инфилтрат дар рентгенограммаи шушҳо ба шартҳои ҳамроҳ омадан лоақал бо ду аломати зерини клиникӣ-лабораторӣ бештар эътимодбахш аст:

- ❖ ҳарорати фебрилӣ;
- ❖ сулфа;
- ❖ нишонаҳои аускултативии пневмония;
- ❖ лейкоцитоз  $>10-12 \cdot 10^9/\text{л}$  ва  $\epsilon >10\%$  кӯчиши чӯбҷавӣ-ядроии лейкоформула.



**Расми 3.- Хусусиятҳои осебҳои бофтаҳои шушҳо дар кӯдакон.**

Бештар аз нисфи кӯдакон (53,10%) дучори пневмонияи нуқтавӣ (расми 3.) буданд, дар ҳар як кӯдаки 4-ум (25,20%) пневмонияи дутарафа дида шуд. Дар зиёда аз (11,90%)-и кӯдакон, дар акси рентгенӣ мавҷуд будани осебҳои полисегментарии шушҳо дида мешавад. Дар миқдори қариб кӯдакон пневмонияи сегментарӣ ва интерстициалӣ (мутаносибан 6,1% ва 3,1%) мавҷуд аст. Фарқиат дар байни пневмонияи нуқтавӣ ва Focal confluent pneumonia ҳангоми ( $P < 0,001$ ) аз ҷиҳати омӯри эътимоднок буд.

Дар асоси маълумотҳои ҳосилшуда муқаррар карда шуд, ки симптомҳои клиники интоксикация, бештар дар писарҳо дида мешавад, нисбат ба духтарҳо, гарчанде фарқият на ҳамеша аз ҷиҳати омӯри эътимоднок нестанд. Яке аз зухуроти асосии синдроми интоксикация мавҷуд будани доначаҳо дар пӯст (писарҳо 92,6% ва духтарҳо 88,1%) буд, дар писарҳо тахипноэ бештар (72,3%) буд, нисбат ба духтарҳо (50,7%). Рангпаридагии қабатҳои пӯст, бо ҳамин гуна басомад ба назар расид.

Дар асоси маълумотҳои ҳосилшуда муқаррар карда шуд, ки симптомҳои клиники интоксикация, бештар дар писарҳо дида мешавад, нисбат ба духтарҳо, гарчанде фарқият на ҳамеша аз ҷиҳати омӯри эътимоднок нестанд. Яке аз зухуроти асосии синдроми интоксикация мавҷуд будани доначаҳо дар пӯст (писарҳо 92,6% ва духтарҳо 88,1%) буд, дар писарҳо тахипноэ бештар (72,3%) буд, нисбат ба духтарҳо (50,7%). Рангпаридагии қабатҳои пӯст, бо ҳамин гуна басомад ба назар расид.

Аҳамияти бузурги баҳодӣ ба параметрҳои мазур аз ҷаҳони барвақт ва давомноки трансминаз иборат аст (ҷадвали 5.)

Тағйиротҳои мазкур ҳанӯз дар марҳалаи ибтидоии генерализатсия шудани протесси патологӣ пайдо мешавад. Бартарӣ доштани ҷаҳони АлАТ бар АсАТ дида мешавад, дар ин маврид коэффитсиенти де Ритис (таносуби АсАТ/АлАТ) камтар аз 1 аст. Ҳангоми СЭИ дар бофтаҳои дил ва чигар тағйиротҳои азим рух медиҳанд, ки аз возеҳии интоксикация дарак медиҳанд. Тағйиротҳои муайян кардашудаи ҷаҳони АсАТ ҳангоми миокардитҳое, ки дар натиҷаи оризаҳои СЭИ пайдо шудаанд, ба назар мерасанд. Дар беморҳои чигар, ки хусусияти токсикӣ доранд, дар навбати аввал ва бештар ҷаҳони АлАТ тағйир меёбад нисбат ба ҷаҳони АсАТ (ҷадвали 5.) Маълум аст, ки аҳамияти коэффитсиенти мазкур зиёда аз 1,5 аз дараҷаи возеҳии протесси патологӣ ва ба ин протесс чалб шудани чигар дарак медиҳад. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо бо маълумотҳои таҳқиқотҳои муҳаққиқонидигар мувофиқат мекунад [Коннова Ю. А. 2007; Мельник Г.В. и др. 2008.].

Муайян кардани гиперферментемияи АлАТ ва АсАТ дар беморони дорои пневмония на танҳо аз возеҳии дараҷаи интоксикацияи онҳо, балки аз фазаи ҷараёни беморӣ низ дарак медиҳад. Иттилоотҳои баланди коэффитсиенти де Ритисро ба эътибор гирифта, баҳогузори (ҷадвали 5.4.) нишондиҳанда дар 40 кӯдакони гирифтори бемории вазини пневмония дар заминаи СЭИ дараҷаҳои I- III, ( гурӯҳи 1) дода шудааст, дар гурӯҳи 2-юм 25 кӯдаки бидуни аломатҳои СЭИ буданд, дар гурӯҳи назоратӣ 50 кӯдаке гирд оварда шудааст, ки гирифтори пневмония набуданд. Дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ коэффитсиенти де Ритис аз 1 зиёд набуд, ҳол он ки дар гурӯҳҳои якум ва дуюм то табобат нишондиҳандаҳои муайяни баланд дида мешуд. Омӯзиши ҷаҳони ферментҳои ситолитикӣ (АлТ, АсТ), аз ҷумла махсуси узвҳои (гистидаз, урокониаз) чигар имконият доданд, ки вобастагии саҳеҳи тағйиротҳои онҳо аз паҳншавии протесси фасоднок-илтиҳобӣ ва возеҳии СЭИ муайян карда шавад.

**Чадвали 5. - Фаъолнокии ферментҳо дар кӯдакони бемори гирифторипневмония вобаста аз возеҳии синдроми интоксикатсияи эндогенӣ (СИЭ) то ва пас аз табобат (M±m, p)**

То оғози табобат ҳангоми синдроми интоксикатсияи эндогенӣ (СИЭ)				
Гурӯҳ	АсАТ	АлАТ	Коэф. де Ритиса	α-амилаз
Гурӯҳи 1 бо СИЭ дараҷаи II – III (n=40)	47,40±2,00 p1- <0,001;	23,50±1,72 p1- <0,05;	2,30±0,08 p1- <0,001;	52,00±4,01 p1 <0,001;
Гурӯҳи 2 СИЭ дараҷаи I (n=25)	39,70±2,00 p2- <0,001	24,50±1,72 p2- <0,05	1,62±0,06 p2- <0,001	41,00±2,01 p2- <0,05
Гурӯҳи назоратӣ (n=50)	13,50±2,51	18,10±1,77	0,74±0,10	65,00±5,78
Пас аз гузаронидани табобат, нест кардани аломатҳои СИЭ				
Гурӯҳ	АсАТ	АлАТ	Коэф. де Ритиса	α-амилаза
Гурӯҳи 1 бо СИЭ дараҷаи II – III (n=40)	21,40±2,00 p3 <0,001;	18,50±1,72 p3 >0,05;	1,15±0,08 p3 <0,001;	52,00±4,01 p3 <0,001;
Гурӯҳи 2 СИЭ дараҷаи I (n=25)	22,70±2,00 <0,001	20,50±1,72 p4 >0,05	1,31±0,06 p4 <0,001	41,00±2,01 p4 <0,001
Гурӯҳи назоратӣ (n=50)	12,50±2,51	19,10±1,77	0,65±0,10	79,00±5,78

**Эзоҳ:** p1- гурӯҳи 1 ; p2 - гурӯҳи 2 аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ то табобат; p3- гурӯҳи 1; p4 – гурӯҳи 2 аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ пас аз табобат; эътимоднокии фарқиятҳо (тибқи U- критерияи Манн-Уитни)

Дар ҷараёни иҷро намудани корҳо, мо дар 45 кӯдаки гирифтори пневмония сатҳи кислотаи шириро баҳогузорӣ кардем. Ҳамаи 45 ҳолат бо ҷараёни оризаноки пневмония сурат гирифтааст, дар онҳо сатҳи кислотаи ширӣ зиёда аз 2,6±0,70 ммол/л. –ро ташкил дод. Бо зиёд шудани норасоии нафаскашӣ (НН) дар заминаи генерализатсияи протсессии патологӣ дар шушҳо (ҷадвали 6.), баланд шудани сатҳи кислотаи ширӣ ба мушоҳида расид, чунончи ҳангоми норасоии нафаскашии (НН) дараҷаи 1 нишондиҳандаи лактат — 1,32 ± 0,1 ммол/л. –ро ташкил дод. Ҳол он ки дар кӯдакони дорои пневмонияи оризаноки яктарафа, ки НН дараҷаи 2 дида мешуд, ин нишондиҳанда — 1,99 ± 0,2 ммол/л.-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи кӯдакони дорои НН дараҷаи 3 сатҳи кислотаи ширӣ - 2,61±0,25 саҳеҳан (p<0,001) назар ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ баландтар буд. Дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ сатҳи умумии лактат аз 1,5 ± 0,55 ммол/л. Баланд набуд (ҷадвали 6.).

**Чадвали 6. – Сатҳи консентратсияи кислотаи ширӣ ва кислотаи пешоб дар кӯдакони дорои пневмония n= 57**

Норасоии нафаскашӣ (НН)	Гурӯҳи назоратӣ (n=12)	НН дараҷаи 1 (n=15)	НН дараҷаи 2 (n=13)	НН дараҷаи 3 (n=17)
Сатҳи консентратсияи кислотаи ширӣ (мкмол/л)	1,22±0,1	1,32±0,1 p1>0,05	1,99±0,2 p1<0,01 p2<0,01	2,61±0,25 p1<0,001 p2<0,001 p3>0,001
Сатҳи консентратсияи кислотаи пешоб (мкмол/л)	102,7±3,5	116,0±4,5 p1<0,05	139,0±5,7 p1<0,001 p2<0,001	244,2±7,4 p1<0,001 p2<0,001 p3<0,001

**Эзоҳ:** p1- аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p2 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо НН дараҷаи 2; p3- аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо НН дараҷаи 3; эътимоднокии фарқиятҳо (тибқи U- критерияи Манн-Уитни)

Мувофиқи таҳқиқотҳои гузаронидашуда муқаррар карда шуд, ки зиёда аз 350 мкмол/л баланд шудани консентратсияи нишондиҳандаи таҳлилшаванда аз ҷиҳати пешгӯӣ карданбарои шифоёбӣ мумкин аст, ки номатлуб бошад.

Баланд шудани консентратсияи кислотаи пешоб дар авҷи беморӣ мумкин аст, ки аз НН возеҳ гувоҳӣ диҳад. Пас, консентратсияи кислотаи пешоб барои нигоҳдории тандурустии амалӣ дар протсессии баҳодихӣ ба дараҷаи гипоксия назар ба кислотаи пешоб намоёнтар аст, бинобар баланд шудани консентратсияи кислотаи пешоб ҳангоми НН возеҳ.

**Чадвали 7. – Нишондиҳандаҳои интегралӣи гемограмма дар беморон ҳангоми шаклҳои гуногуни пневмония n=128**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи назоратӣ	Пневмонияи дараҷаи вазнинияш сабук	Пневмонияи дараҷаи вазнинияш миёна	Пневмонияи дараҷаи вазнин
ШИЛ	0,94 ±0,07	2,34 ±0,12	4,31 ±0,10	3,69 ±0,17
ШТЛ	1,99 ±0,10	2,61 ±0,15	4,31 ±0,29	4,63 ±0,15
ШЛГ	4,56 ±0,10	4,25 ±0,05	3,06 ±0,20	4,95 ±0,58
ШТЛ ва СОЭ	11,87 ±0,24	1,98 ±0,20	3,49 ±0,23	3,11 ±0,32
ШУ	6,43 ±0,36	6,06 ±0,37	4,57 ±0,42	3,13 ±0,52
Лейкоситҳо, 10 <sup>9</sup> /л	7,8 ±0,07	8,5 ±0,10	10,8 ±0,14	10,5 ±0,17

**Эзоҳ:** ШТЛ – шохиси тағйири лейкоцитҳо; ШЛГ - Шохиси лимфоситарӣ-гранулоцитарӣ; ШТЛ ва СОЭ – Шохиси таносуби лейкоцитҳо ва СОЭ; ШУ- Шохиси умумӣ.

Гурӯҳи якуми кӯдакони СИЭ – 45 (35,16%) кӯдакро ташкил дод, ки ҳолати онҳоро ҳамчун вазнин баҳогузорӣ карданд, аммо бидуни зухуроти возеҳи СИЭ, ба гурӯҳи дуюм 68 (53,13%) кӯдак дохил карда шуд, ки ҳолати возеҳи вазнин доштанд, дар гурӯҳи 3-юм 23 (17,97%) кӯдак буд, ки ҳолати онҳо ҳамчун ниҳоят вазнин арзёбӣ карда мешуд.

**Чадвали 8. – Баҳогузориҳои клиникӣ ба дараҷаи вазнинии интоксикатсияи эндогенӣ дар кӯдакони гирифтори пневмония.**

Критерияҳо	Дараҷаи вазнинии эндотоксикоз			
	Дараҷаи I	Дараҷаи II	Дараҷаи III	(тибқи U-критерияи Манн-Уитни)
<b>1 маълумотҳои клиникӣ</b>				
Ранги кабатҳои пӯст	Сианози пероралӣ	Рангипарида	умумӣ	–
PS, зарба дар дақ.	90±20,0	111±30 p1	130±15 p2 Ё камтар 50±9	p1 >0,05 p2 <0,001
ЧДД, нафаскашӣ дар дақ. мин.	40±15	60> p1	Тахипное 60±20 p2; ё брадипное 30±10	p1 >0,05 p2 <0,001
t бадан, С°	36±7	38±3 p1	>39±1,5 p2; <35±3	p1 >0,05 p1 >0,05
<b>2. маълумотҳои лабораторӣ</b>				
Лейкоситҳо, x10 <sup>9</sup> /л	9±2	11±4 p1	>12±9 p2; <4±1,5	p1 >0,05 p1 >0,05
ШЛИ	3±1	4±2 p1	> 6±2; 1±0,5 p2;	p1 -p2 <0,001
SpO2	90±2	80±12 p1	70±20 p2	p1 <0,001 p2 <0,001
СОЭ мм/с	11±5	20±8 p1	22±10 p2	p1 >0,05 p1 >0,05
СРБ мг/л	6±3	10±2 p1	14±5 p2	p1 <0,001 p2 <0,001

**Эзоҳ:** p1 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо дараҷаи 1, СИЭ; p2 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо дараҷаи 2, СИЭ; эътимоднокии фарқиятҳо (тибқи U- критерияи Манн-Уитни). Методикаи аз тарафи мо таҳияшудаи баҳогузориҳои клиникӣи вазнинии синдроми интоксикатсияи эндогенӣ дар кӯдакони гирифтори пневмония имконият медиҳад, ки дараҷаи вазнинии СИЭ муфассалтар баҳогузорӣ карда шавад ва дар ин асос табобати асоснокии клиникӣ, лабораторӣ, патогенетикӣ гузаронида шавад.

**БАРРАСИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИКОТ**

Муддати тӯлонӣ яке аз проблемаҳои асосӣ барои сектори нигоҳдориҳои тандурустӣ ва дар маҷмуъ дар ҷомеаи нишондиҳандаҳои нисбатан баланди таваллудкунӣ боқӣ мемонад, дар соли 2004 вай 28,5 %-ро ташкил дод, дар соли 2015 то ба 29,34 %-ро расид. Ҳиссаи кӯдакон дар популятсияи умумӣ дар Тоҷикистон, дар вилояти Хатлон, (35%), вилояти Суғд – 29%, дар НТҶ -23%, ш. Душанбе – 9%, ҳол он ки дар ВМКБ ҳамагӣ 3% аст. Коэффитсиенти таваллудкунӣбарои як зани синну соли репродуктивӣ ба 3,7 баробар аст.

Тибқи маълумоти омори тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010 - 2018 дар байни популятсияи кӯдакон гирифтورشавӣ ба бемори пневмония мутаносибан 6775,6 - 9509,3 ба 100 ҳазор нафарро ташкил дод.

Сатҳи сохтори бемориҳои бори нахусти дар байни кӯдакон ошкор кардашуда, дар синну соли аз давраи навзодӣ то наврасӣ дар давоми солҳои 2010 – 2018 синфи бемориҳои узвҳои нафаскашӣ зиёда аз 50,0%- и миқдори умумии бемориҳоро ташкил медиҳад. Дар сатҳи ҷумҳурӣ нишондиҳандаи миқдори бемориҳои узвҳои нафаскашӣ зиёда аз 25,3%-ро ташкил дод, ки дар байни онҳо пневмония зиёда аз 20,1% афзудааст.

Сирояти роҳҳои болоии нафаскашӣ соли 2018 дар ҷумҳурӣ то дар вилояти Хатлон (46,6%), вилояти Суғд (33,1%), дар НТҶ ва ВМКБ (мутаносибан 20,8% ва 23,1%) дар ш. Душанбе (17,5%) зиёд шудаанд.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳо нишон дод, ки дар ВМКБ гирифтورشавии кӯдакон ба СШРВ дар давоми 5 солзиёда аз 2 маротиба аз маълумотҳои умумии ҷумҳурӣ баланд аст, дар ш. Душанбе, баръакс 2,5 маротиба камтар аст.

Дар вилояти Хатлон ва ВМКБ ҳиссаи фарқияти нишондиҳандаҳо мутаносибан 8,6% ва 8,1% -ро ташкил дод. Дар ҷумҳурӣ, дар байни кӯдакон, тамоюли кам шудани хатари гирифтورشавӣ ба бемории пневмония ба мушоҳида мерасад, ки сабабаш кам шудани нишондиҳандаҳои миқдори гирифтورشавӣ ба бемориҳои шадиди роҳҳои нафаскашӣ аз 18,4% то 16,9 % ё аз 184 то 169 ҳолат дар як сол ба 10 000 аҳолии кӯдак ба ҳисоб меравад.

Тамоюли устувори зиёдшавии гирифтورشавӣ ба пневмония, коэффитсиент  $b=0,36$ , суръати афзоиши бақайдгирии пневмония 40,1%-ро ташкил дод. Сатҳи максималии гирифтورشавӣ ба бемории пневмония дар соли 2014 ва соли 2018 дар ш. Душанбе мутаносибан дар сатҳи 10547,2 ва 9613,9 ба 100 000 аҳоли, сатҳи минималӣ дар соли 2012 (7439,7/100 000)  $t=4,7$  буд.

Мониторинги бисёрсолаи маълумотҳои омори дар бораи паҳншавии пневмония дар байни кӯдакони синну соли аз 0 то 14-сола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тамоюли кам шудани нишондиҳандаи паҳншавии пневмония дар байни контингенти кӯдаконро нишон дод, чунончи агар дар солҳои 2010 – 2017 ҳамагӣ 3,7 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак бошад, пас дар солҳои 2018 - 19201,9 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак баробар буд.

Муқоиса бо дигар ҷузъҳои сохтори бемориҳои узвҳои нафаскаширо гузаронида, муайян карда шуд, ки басомади бақайдгирии СШРВ) (12958,7 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак) мебошад, ки аз сатҳи дигар бемориҳои узвҳои нафаскашӣ якчанд маротиба зиёд аст. Баъдан тибқи басомади бақайдгирии бемориҳои узвҳои нафаскашӣ мавқеи рутбавиро фарингити музмин ва назофарингит (9245,4), ҷои сеюмро – пневмонияи шадид (7814,3), чорумро – бемориҳои музмини бодомакҳо ва аденоидҳо (1662,7), ҷои панҷумро – бемориҳои роҳҳои поении нафаскашӣ – бронхит, бемории музмини инсидодии шушҳо ва эмфиземаи шушҳо (504,3 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак) ишғол мекунанд.

Дар байни ҳама минтақаҳои Тоҷикистон нишондиҳандаи баландтарини гирифтورشавӣ ба пневмония дар байни кӯдакон дар ВМКБ аз 12633,2 дар соли 2010 то 15419,1 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак дар соли 2018) кам шудааст. Дар ш. Душанбе дар муқоиса бо дигар минтақаҳо нишондиҳандаҳои беморшавӣ хеле паст аст, чунончи, дар соли 2010 - 3421,6, дар соли 2018 - 2921,9 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак буд. Дар вилояти Хатлон дар давраи таҳлилшуда, баръакс тамоюли возеҳи зиёдшавӣ доштанд дар соли 2010 аз 3849,2, дар соли 2018 то 8234,05 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак баланд шудани нишондиҳандаҳо 2 маротиба буд. Ҳамин гунна динамика дар вилояти Суғд низ дида шуд 5803,6 в 2010 г. 10120,7 дар соли 2018. Дар НТҶТ, ҳам дар ВМКБ дар тамоми давраи таҳлилшуда нишондиҳандаҳои баланди гирифтورشавӣ ба пневмония дида мешавад, мутаносибан 12990,1 ва 12804,3 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак. Таҳлили муқоисавии кӯдакони гирифтори пневмония нишон дод, ки дар баъзе минтақаҳои кишвар, аз ҷумла ш. Душанбе 3768,1 нишондиҳандаҳои миёнаи сол аз нишондиҳандаҳои умумии ҷумҳуриявӣ 9061,9 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак паст аст.

Омилҳои хатари пайдошавии пневмония, ки ба давраи перинаталӣ тааллуқ доранд, оризаҳои хоси ҳомилаҳо ва занҳои зоянда ҳастанд: гестоз, вайрон шудани маҷрои хуни пласента, бемориҳои пласента ва усулҳои гуногун ҳангоми таваллуд кардан, бо усули ҷарроҳии кайсарӣ берун кардани ҷанин. Ҳама омилҳои зикршуда барои пайдо шудани гипоксияи дохилибатнӣ ва асфиксия ҳангоми валодат мусоидат мекунанд. Таҳлилҳои сершумори гузаронидашуда нишон доданд, ки дар байни нишондиҳандаҳои синну соли гестатсионӣ ва

гурӯҳҳои таҳқиқшуда фарқияти муҳими оморӣ мавҷуд аст. дар айни замон гузаронидани тести апостериорӣ мувофиқи Манн-Уитни (post-hoc test) нишон дод, ки фарқият танҳо дар байни гурӯҳҳои 1 ва 2 мавҷуд буд, аммо фарқият дар байни гурӯҳҳои 1 ва 2 дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ муайян карда нашудааст (ҷадвали9).

**Ҷадвали 9. – Синну соли гестатсионии кӯдакони таҳқиқшуда ҳангоми таваллуд (M±SD)**

Гурӯҳ	Гурӯҳ 1 (n =75)	Гурӯҳ 2 (n =75)	Гурӯҳи назоратӣ (n =50)	p
Синну соли гестатсионӣ (ҳафта)	37,2±1,8	38,1±1,9 p <sub>1</sub> <0,001	37,8±1,4	<0,001 (df =2; N =14,54)

**Эзоҳ:** Фарқиятҳои муҳими оморӣ нишондиҳандаҳои синну соли гестатсионӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда муқаррар карда шудааст. Критерияҳои Манн-Уитни фарқиятҳои синну соли гестатсионӣ дар байни гурӯҳҳои 1 ва 2 муайян карда шудааст. Фарқиятҳои оморӣ байни синну соли гестатсионии гурӯҳҳои 1, 2 ва гурӯҳи назоратӣ муайян карда нашуд.

Дар раванди гузаронидани таҳқиқот эҳтимоли таъсири синну соли гестатсионӣ ба ташаккул ёфтани пневмония дар кӯдакон муайян карда шуд (ҷадвали10.)

**Ҷадвали 10. - Таъсири синну соли гестатсионӣ ба имконияти пайдошавии пневмония (регрессияи ростхата).**

Модел	Коэффитсиенти ғайри стандартӣ.		t	p	95,0% фосилаи эътимоднок ба-рои В	
	В	Марҳалаи хато			Сарҳади поёни	Сарҳади болоӣ
(Константа)	1,077	,651	1,652	,100	-,208	2,361
ГВ	-,009	,017	-,502	,616	-,043	,025

Таҳлили оморӣ гузаронидашуда нишон дод, коэффитсиенти ғайристандартӣ «В» ба-рои синну соли гестатсионӣ 95%-и ДИ-ро ташкил медиҳад. Ҳамин тавр, муқаррар карда шуд, ки синну соли гестатсионӣ ба имконияти пайдошавии пневмония дар кӯдакон таъсири бузург мерасонад. Пас, синну соли гестатсионӣ ҳангоми пайдошавии пневмония омили хатар ба шумор намеравад. Натиҷаи табоботи пневмония аз бисёр ҷиҳат аз бемориҳо ва ҳолатҳои ҳамроҳшудаи (коморбидӣ) бемории асосӣ вобаста аст. Дар кӯдакони синну соли барвақтэҳтимоли гирифтورشавӣ ба пневмония доимо баланд боқӣ мемонад, агар камхунӣ, барвақт шуруъ кардан ба додани ғизои сунӣ, осебҳои перинаталии СМА, отит ва ринити аллергӣ ҷой дошта бошанд.

Баҳодиҳии маълумотҳои анамнези генеалогӣ, биологӣ ва иҷтимоӣ дар 150 кӯдаки синну соли ах 15-рӯза то 3-солии гирифтори пневмония (гурӯҳи асосӣ) гузаронида шуд. Воситаҳои нусхагирии маълумотҳо аз таърихи беморӣ дар муқоиса аз маълумотҳои анамнезии кӯдаконе, ки бемориҳои брохушӯшӣ (гурӯҳи назоратӣ) надоштанд, гузаронида шуд. Синну соли кӯдакони гурӯҳи муқоисавӣ низ ба беморони гурӯҳи асосӣ мувофиқат мекарданд, миқдори умумии кӯдакони гурӯҳҳои муқоисавӣ 50 нафарро ташкил кард, ки дар анамнези онҳо ҳолатҳои бемориҳои бронхушӯшӣ ба қайд гирифта шудааст.

Бисёре аз муҳаққиқон қайд мекунанд, ки норасид будани кӯдак ба ҷумлаи омилҳои хатари пайдошавии пневмония дар кӯдакон дохил мешавад. Таносуби шанси (имконияти) пайдо шудани пневмонияро нисбат ба норасидагии кӯдак муайян карда, мо муқаррар намудем, ки норасидагӣ дар навбодҳо омили хатари пайдо шудани пневмония буда наметавонад (ҷадвали 11.)

**Ҷадвали11. –таъсири норасидагӣ ба имконияти пайдошавии пневмония (Таносуби имкониятҳо – Odds Ratio)**

Омили хатар	ОШ (OR)	95% фосилаи эътимоднок		p
		Сарҳади поёни	Сарҳади болоӣ	
Норасидагӣ	1,397	0,536	3,641	>0,05

Таҳлили маълумотҳои биноминалии нишондиҳандаҳо нишон медиҳанд, ки пайдо шудани пневмония аз дараҷаи норасидагии кӯдак вобаста нест. Ҳамин тавр, тасдиқи аз ҷиҳати оморӣ эътимодноки вобаста будани пайдо шудани пневмония аз дараҷаи норасидагии кӯдак



муқаррар карда нашудааст. Пас, норасидагии кӯдак ҳангоми пайдо шудани пневмония омили хатар ба ҳисоб намеравад (OR = 1,397 95 % CI 0,536 – 3,641).

Таҳқиқоти муқоисавиро гузаронида, муайян кардем, ки барои кӯдакони гирифтори пневмония бештар аломатҳои анамнези вазнинкунандаи генеалогӣ, дар самти мавҷуд будани бемориҳои системаи бронху шушҳо дар модарон, ҷараёни ҳомилагӣ дар заминаи бемориҳои сироятӣ-илтиҳобӣ, ки бо антибиотикҳо таъбибат карда шудаанд, валодатҳои пеш аз муҳлат то 36 ҳафта ва ЗВУР –и ҷанин (ҷадвали 12.) хос будааст.

**Ҷадвали 12. – Омилҳои хатари пневмония дар кӯдакони барои давраи перинаталӣ хос. N=150**

Омилҳои хатар	Дкӯдакони гирифтори пневмония n= 150 (%)	Гурӯҳи назоратӣ n= 50 (%)	P	Ҷаносуби имкониятҳо (95%, ДИ)
Токсикози модарон ҳангоми ҳомилагӣ	75 (50%)	10 (20%)	0,001	3,7 % (1,2-4,8)
Бемориҳои гениталӣ дар модарон	73 (48,6%)	10 (20%)	0,05	6,9% (1-62)
Осебҳои перинаталӣ майнаи сар дар давоми 1 соли ҳаёт	64 (42,6%)	16 (32,0%)	0,001	4,1% (1,1-8,1)

Норасоии фетопласентарӣ ва токсикози дер аз лиҳози пешгӯӣ омили номатлуб мебошанд, ки барои давраи перинаталӣ хос мебошанд ва ба шакли ҷараёни пневмония дар давоми соли авали ҳаёти кӯдакони таъсир мерасонад. Дар давраи антенаталӣ дар байни омилҳои таҳлилшудаи хатар аз лиҳози пешгӯӣ муҳим (дар пайдарпайии рутбавӣ пешниҳод шудаанд) норасоии фетопласентарӣ ( $\eta^2=15,3\%$ ), ПГ ( $\eta^2=13,9\%$ ), TORCH-сироят ( $\eta^2=2,1\%$ ) ба шумор мераванд, ки асосан барои кӯдакони дорои ҷараёни оризаноки пневмония тааллуқ доранд ва омилҳои зикршуда ҳамчун натиҷаи ин инкишофи НН, барои вайрон шудани синтези сурфактант мусоидат мекунанд.

Дар байни омилҳои хос, ки ба ҷараёни пневмония дар кӯдакони соли аввали ҳаёт таъсир мерасонанд, аз лиҳози пешгӯӣ кардан, муҳимтар инҳо мебошанд-таваккуфи суръати инкишофи психомоторӣ – +12,9, баъдан норасидагии тифл – +9,2 ва омилҳои ангенандаи норасоии нафаскашӣ – +СДР. Ҳамчун ақсуламали ҷавобии организм ба омилҳои таҳлилшудаи хатари эҳтимоли зиёди пайдо шудани барои давраи анте- интра- ва неонаталӣ хос осеби ҳамроҳшудаи перинаталӣ гипоксӣ-ишемикии СМА ( $\eta^2= -13,6\%$ ), ЗТПМР ( $\eta^2=+12,5\%$ ), дисплазияи бронху шушҳо ( $\eta^2=+ 8,1\%$ ) мебошанд, ки барои беморони дорои ҷараёни оризаноки беморӣ хос мебошанд. Ҳама омилҳои овардашуда мустақиман ва ё ғайри мустақим барои бо эҳтимоли зиёд пайдо шудани тағйиротҳои гемикӣ, сиркуляторӣ ва гипоксияи бофтаҳо мусоидат мекунанд ва дар натиҷаи ин тағйиротҳои метаболикӣ руҳ медиҳанд.

Таъсири бемориҳои перинаталӣ ба инкишофи пневмония дар кӯдакони баҳогузори намуда, мувофиқи баҳогузори ба имкониятҳо муайян карда шуд, ки танҳо баъзе синфҳои бемориҳо, ба монанди ТИДБ (таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ), СИН (синдроми ихтилоли нафаскашӣ), СДБ (сирояти дохилибатнӣ) ва интиқоли вертикали БРҚТ (бемориҳои бо роҳи ҷинсӣ гузаранда) дар давраи неонаталӣ метавонанд, омили муҳими хатари пайдошавии пневмония гарданд. Дар айни замон, энсефалопатияи перинаталӣ метавонад, ки дар назодон ба пайдошавии пневмония таъсири назаррас боқӣ гузорад. Эҳтимоли бештаре, ки бо сабаби он ба кӯдакони дорои НМД (норасоии модарзодии дил) таваккуфи бештар зоҳир карда ва нигоҳубини кифоя таъмин карда мешавад, хатари пайдошавии пневмония дар ин гурӯҳи беморон кам мешавад.

Таҳлили маълумотҳои анамнез нишон дод, ки дар шароити дар анамнез мавҷуд будани гипоксия хатари ташаккул ёфтани ихтилолҳои нафаскашӣ зиёд мешавад. Дар байни кӯдакони дорои пневмония мавҷуд будани НФП ба қайд гирифта шуд, ки хатари пайдо шудани ихтилолҳои нафаскаширо зиёда аз 3 маротиба бештар намуд. (ҷадвали 13.)

Ихтилоли гардиши хуни бачадону пласентарӣ барои пайдо шудани синдроми таваккуфи рушди дохилибатнии ҷанин мусоидат мекунад, ки сабабаш норасоии оксиген ва камбудии маводи ғизоӣ аст. Ҳамаи ин хатари вайрон шудани протесси ташаккули бофтаҳои шушро зиёд намуда ва дар натиҷаи ин эҳтимоли сироятнокшавии дохилибатнӣ афзуда, хатари пайдо шудани ихтилолҳои нафаскаширо ба вуҷуд меоварад.

**Чадвали13. – Таъсири бемориҳои перинаталӣ ба пайдошавии пневмония дар кӯдакон (Таносуби имкониятҳо – Odds Ratio).**

Омили хатар	ОШ (OR)	95% фосилаи эътимоднок		P
		Сарҳади поёнӣ	Сарҳади болоӣ	
ТИДБ	5,211	1,952	13,908	=0,001
СИН	103,714	23,775	452,429	<0,001
СДБ	4,819	1,635	14,200	=0,004
БРҶГ	3,842	1,790	8,247	=0,001
НМД	0,256	0,075	0,881	=0,031
ЭН	1,619	0,822	3,187	>0,05

**Эзоҳ:** ТИДБ, СИН, СДБ ва интиқоли амудии БРҶГ дар давраи неонаталӣ барои пайдо шудани пневмония омилҳои хатари аз ҷиҳати оморӣ муҳим мебошанд.

Мутахассисони касбҳои бо ҳам алоқаманд муқаррар намудаанд, ки колпитҳо эҳтимоли СДБ-и ҷаниро чандин маротиба зиёд мекунад. Таҳқиқотҳои мо нишон доданд, ки дар байни модларони кӯдакони гурӯҳи асосӣ бештар колпит (54,8% дар муқобили 30,65) муайян карда мешавад. Сохтори сирояти роҳҳои ҷинсии занҳои гурӯҳи таҳқиқшаванда чунин ба назар расид, дар 73 (48,6%), дар молишак аз маҳбал (вагина) нормотсеноз дар 15 (20,56%); дар 13 (17,80%) типии мобайнии молишак; дар 10 (13,69 %) вагиноз; дар 26 (35,6%) колпити кандидозӣ ва БРҶГ – дар 9 (12,32 %).

Дар ҷараёни ҳомилагӣ дар занҳои гурӯҳи таҳқиқшаванда миқдори ретсидивҳои колпит зиёда аз 3 маротиба дар 18 нафар занҳои (24,65%) ба қайд гирифта шуд. Эҳтимол СДБ наводон дар шароите, ки агар дар молар протсесси ҳомилагӣ дар заминаи колпит, вагинози бактериялӣ ва БРҶГ сурат гирифта бошад, дар бештари мавридҳо хатари пайдо шудани ихтилолҳои нафаскашӣ ва пайдошавии пневмония дар кӯдакон зиёд мешавад (OR = 4, 819 95 % CI 1,635 – 14,200).

ТИДБ (таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ) ба ташаккули ихтилолҳои нафаскашӣ таъсир расонида, бо эҳтимоли зиёд ба гурӯҳи омилҳои хатари пайдошавии пневмония дохил мешавад (OR =5, 211 95 % CI 1,952 – 13,908).

Миқдори нисбии аломатҳои бемориҳои ҳамроҳшуда, ки барои ташаккул ёфтани бемориҳои илтиҳобии шушҳо мусоидат мекунад, дар гурӯҳи кӯдакони то яксола энсефалопатияи пост гипоксикӣ (33,0%), дар муқоиса аз кӯдакони то 3-сола баланд буд; барои кӯдакони нисбатан калонсолтар ин аломат нишондиҳандаи манфӣ дошт. Гурӯҳбандӣ кардани басомади бақайдгирии аломатҳо аз ҷиҳати синну сол чунин буд, СШРВ-и зуд-зуд ба амалоянда, барои кӯдакон то яксола (0,89) ва то 3- сола (0,93), -сироятҳои ҳавой-қатрагӣ (мутаносибан 0,05 ва 0,33), сироятҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ (0,55 ва 0,72), сироятҳои рӯдаҳо (мутаносибан 0,16 ва 0,25). Аз ғаломатҳои зикршуда, ки барои пайдошавии пневмония дар кӯдакони то 3-сола мусоидат мекунад, муҳимтарин СШРВ ва СРБН буданд.

Паст шудани нишондиҳандаҳои ҳарорат барои бештар такрор шудани лаҳзаҳои СШОВ мусоидат намуданд, ки ин дар навбати худ хатари пайдошавии пневмонияро зиёд намуд. Тибқи маълумотҳои мо дар 36,7% ҳолат дар кӯдакон СШРВ –и зуд-зуд такроршаванда дида шуд, ки зиёда аз 3 ҳолат дар як солро ташкил доданд. Мавҷуд будани бронхити шадид дар 32,9% ҳолат, аз он камтар бронхити шадиди инсидодӣ – 29,4% буд, дар ҳоле ки омили пневмония бо синдромҳои бронхообструктивӣ дар ҳар як кӯдаки 5-ум – 20,5% ба назар мерасид.

Бемориҳои бо ихтилолҳои мубодила алоқаманд- рахит, махсусан дараҷаҳои II ва III, ба равиши бемориҳои бронху шушҳо дар кӯдакон таъсири амиқ мерасонанд. Камбуди микроэлементҳои Са ва К ҳангоми рахит барои пайдо шудани деформатсияи қафаси сина, суст шудани функсияи вентилятсионии шушҳо мусоидат мекунад. Гипотонияи умумии бавучудомада дар натиҷаи камбуди Са, ба суст шудани тонуси роҳҳои нафаскашӣ таъсири сахт мерасонад. Ин боиси паст шудани функсияи тахлиявӣ (эвакуатсионии) системаи бронхҳо мегардад ва балғамрониро душвор мегардонад. Луобҳои чамъшуда ба бронхҳои поёнии нисбатан хурдатар, то сатҳи бронхиолаҳо мераванд, баъди ин онҳо маҳкам шуда, ателектаз ба вучуд меояд. Муқаррар карда шудааст, ки миқдори гуногуни мавҷудияти рахит дар кӯдакони дорои пневмония, ҳам дар кӯдакони (мутаносибан то яксола 0,33 ва то 3-сола 0,73),

анемия (0,55 ва 0,79), гипотрофия (0,39 ва 0,23), диатези аллергӣй (0,24 ва 0,19), бемориҳои узвҳои ЛОР – (0,26 ва 0,45) ва ниҳоят, бемориҳои паразитарӣ (0,05 ва 0,52) мебошанд.

Бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони дорои пневмония (75,3%) –ро ташкил медиҳанд: пневмопатия (21,4%), рахит- 67,3% -и кӯдакон, паратрофия ва гипотрофия, дар 59,3% анемия 69,7% -и кӯдакон, диатези аллергӣй — 23,5%. Комбинатсияи 2 ва 3 бемориҳои ҳамроҳшуда дар 55,9% -и ҳолатҳо ба мушоҳида расид.

Барои кӯдакони соли якуми ҳаёт сулфа 91,9%, махсусият – 51,9%-ро ташкил медиҳад, дар кӯдакони синну соли барвақт ҳассосият каме баландтар аст назар ба кӯдакони яксола ва 98,2% -ро ташкил медиҳадамм барои ин кӯдакон махсусияти аломатҳо назар ба кӯдакони яксола пасттар аст - 41,6%, фарқияти эътимоднокии оморӣ ( $P < 0,05$ ) аст. Ҳассосияти чунин аломатҳо – нафастангӣ, сатуратсия  $O_2$  ҳарорати субфебрилӣ ва фебрилӣ дар кӯдакони яксола назар ба кӯдакони синну соли барвақт баланд буд. Баръакс, аломатҳои ба монанди сустшавии нафаскашӣ дар кӯдакони синну соли барвақт назар ба кӯдакони яксола ҳассоситар аст (мутаносибан 76,6% ва 56,8%), фарқият ( $P < 0,001$ ). Аломати дигари нисбатан зуд-зуд дучоршаванда хир-хирҳои шушҳо мебошанд, ки дар ҳарду гурӯҳ ҳассосияти якхела доранд (97,2%). Аломати мавҷуд будани балғам дар кӯдакони синну соли барвақт ҳассосияти баланд дорад - 75,4%, ҳол он ки дар кӯдакони яксола ин нишондиҳанда 15,4% аст, фарқияти эътимоднокии оморӣ ( $P < 0,001$ ) мебошад. Аломатҳои рентгенологӣ барои ҳарду гурӯҳи кӯдакон дорои ҳассосияти баланд ҳастанд (мутаносибан 92,8% ва 89,2%), аммо махсусияти ин аломат дар байни гурӯҳҳои кӯдакон хеле баланд аст.

Синдроми интоксикацияи эндогенӣ (СИЭ) дорои аломатҳои стереотипии клиникӣ мебошад, ки дар бештари мавридҳо новобаста аз омилҳои этиологӣ ва полиморфизми сохторҳои химиявӣ, дорои табиати якхела ҳастанд. Бештари муҳаққиқон дар бораи он ақидаи якхела доранд, ки ба хосиятҳои асосии эндотоксинҳо захрнокӣ возеҳи мембранӣ дохил мешавад. Ҳамчун натиҷаи ин осебҳои токсикӣ сохторҳои мембранӣ аз сабаби омилҳои эндогении химиявӣ, яке аз звеноҳои муҳим ва патогензи СИЭ мебошад. Марҳалаи асосии пайдо шудани СИЭ синтези осебҳо тавассути ҳуҷайраҳои осебдидаи эндотоксинҳо, мебошад, ки фикр дар бораи осебҳои аввалини ҳуҷайраҳои хун ҳангоми агрессияи эндо токсикӣ пурра асоснок мебошад.

Сатҳи интоксикацияи эндогениро ҳангоми таъсиррасонии омилҳои сироятӣ ба организми кӯдак, хусусиятҳои вобастагии байни вазнинии ҷараёни протсесси сироятӣ, тағйиротҳои морфологии шушҳо ва бузургии ШИЛ (шоҳиси интоксикацияи лейкоцитарӣ) баҳогузорӣ карда шуд.

Дарачаи возеҳии интоксикацияи эндогенӣ дар 128 нафар кӯдак таҳлил карда шуд, аз онҳо (63,75%) 81 кӯдак шакли нуктавии пневмония дошт, (36,72%) 47 кӯдак аз шакли сегментарии пневмония озор медиданд. Дар ҳамаи кӯдакон таҳқиқоти рентгенологӣ гузаронида шуд, дар (86,7%) ҳолат мавҷуд будан ва дараҷаи возеҳии протсесси илтиҳобӣ дар шушҳои кӯдакон тасдиқ карда шуд.

Таҳқиқоти биохимиявӣ барои дар хун муайян кардани фаъолнокии аспартат- ва аланинаминотрансфераз (мутаносибан АсАТ ва АлАТ) гузаронида шуд. Аҳамияти бузурги таъсиррасонии баҳодиҳии ин параметрҳо аз барвақт ва муддати тӯлонӣ баланд шудани фаъолнокии трансаминаз иборат буд. Тағйирот аллакай дар марҳалаи ибтидоии генерализатсияи протсесси патологӣ рух медиҳанд. Баргарӣ доштани фаъолнокии АлАТ бар АсАТ хос аст, дар ин маврид коэффитсиенти де Ритиса (таносуби АсАТ/АлАТ) камтар аз 1 аст. Ҳангоми СИЭ дар бофтаҳои дил ва чигар тағйиротҳои азим рух медиҳанд. Тағйиротҳои муайян кардашудаи фаъолнокии АсАТ, ки аз дараҷаи возеҳии интоксикация, ҳангоми миокардитҳо ҳамчун натиҷаи оризаи СИЭ дарак медиҳанд. Дар бемориҳои чигар хусусияти токсикӣ дар навбати аввал фаъолнокии АлАТ нисбат ба фаъолнокии АсАТ хеле зиёд тағйир меёбад.

Маълум аст, ки ифодаи коэффитсиенти мазкур камтар аз 1,5 дараҷаи возеҳии таъсиррасонии протсесси патологиро ба чигар нишон медиҳад. Маълумотҳои мо бо натиҷаҳои муаллифони дигар ба даст оварда мувофиқат мекунанд [Коннова Ю. А. 2007; Мельник Г.В. ва дигарон, 2008.].

Иттилоотнокии баланди коэффитсиенти де Ритисро ба назар гирифта, нишондиҳандаҳои кӯдакони гирифтори бемориҳои вазнини дорои пневмония бо СИЭ, бидуни интоксикацияи возеҳ ва дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ баҳогузорӣ карда шуд (ҷадвали 5.4.). Дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ коэффитсиенти де Ритис аз 1 баланд набуд, ҳол он ки дар

кӯдакони гурӯҳҳои якум ва дуюм то таърифи нишондиҳандаҳои баланди муайянкунанда мавҷуд буданд. Омӯзиши фаъолнокии ферментҳои ситолитики (АлТ, АсТ), аз ҷумла ферментҳои махсуси органикии ҷигар (гистидаз, урокониназ), имкониёт доданд, ки вобастагии боэътимоди тағйиротҳои онҳо аз паҳншавии протесси фасодӣ-илтиҳобӣ ва возеҳии СИЭ муайян карда шавад. Қуват гирифтани ЭИ низ ба вайрон шудани функцияҳои сафеда ва пигментҳосилкунандаи ҷигар оварда расонид, ки бо кам шудани консентратсияи сафедаи умумӣ, албумин ва баланд шудани муҳтавои билирубини зардоби хун зоҳир шуданд. Хусусият ва амиқии ин тағйиротҳо аз вазнинии ҷараёни протесси фасодӣ-илтиҳобӣ ва дараҷаи возеҳии ЭИ вобаста буд.

Ҳамагӣ дар ШРТИ мо 60 кӯдакро муоина кардем, аз онҳо 45 кӯдак (75,0%) гирифтори пневмония бо СИЭ (1), 15 (25%) кӯдак бо пневмонияи шадиди беоризаи СИЭ (гурӯҳи 2) ва 12 кӯдаки солими соли якуми ҳаёт (гурӯҳи назоратӣ) буданд. Дар протесси иҷро кардани таҳқиқот муайян карда шуд, ки барои кӯдакони гурӯҳи I ҳангоми бистарикунонӣ яке аз синдромҳои асосӣ норасоии нафаскашӣ буд, ки аз 45 нафар кӯдак дар 15 (33,3 %) нафар дараҷаи I-и вазнинӣ — дар 13 нафар дараҷаи II ва дар (37,7%) нафар дараҷаи III-и вазнинӣ муайян карда шуд, ки дар маҷмӯъ 17 кӯдакро ташкил дод. Ҳолатҳое, ки дотатсияи оксигенро талаб мекарданд, дар ҳамаи кӯдакон ба назар расид, дар 45,3 % ҳолат ҳолати беморон дар шабонарӯзи 2-юми пас аз ба ШРТИ дохил шудагн бад шуд ва ба ин кӯдакон бо ёрии ИВЛ (тафсияи сунъии нафаскашӣ) нафаси сунъӣ дода шуд.

Дар 56,7%-и кӯдакон ҳангоми ба статсионар дохил шудан сатҳи консентратсияи O<sub>2</sub> ба 65–70% баробар буд. Дар 53,1%-и ҳолатҳо дар асоси маълумотҳои клиникӣ-рентгенологии маълумотҳо ташҳиси протесси дутарафаи шушҳо гузошта шуд, ҳол он ки протесси яктарафа дар 23,2 %-и беморон ба мушоҳида расид. Таҳлили муфассали таърихи бемориҳо нишон дод, ки барои беморони гурӯҳи 1 –ум мавҷуд будани омилҳои модификатсионии хатар хос буданд. Дар анамнези ҳамаи модарон бемориҳои акушерӣ дида мешуд, ки ба пайдо шудани гипоксияи дохилибатнӣ оварда мерасониданд, ба ин ҳолатҳо анемия, таҳдиди қатъ шудани хомилагӣ, гестозҳои қисми I ва II, сиротяи дохилибатнӣ дохил карда шудаанд. Ҷараёни патологияи давраи перинаталӣ дар 16 (35,5%) нафар муайян карда шуд, ки бо таваллудкунии бо-суръат, ҷудошавии плацента, фосилаи тӯлонии беоб зоҳир шуданд.

Дар кӯдакони ин гурӯҳ ба сифати бемориҳои ҳамроҳшуда мавҷудияти осебҳои перинаталии СМА (20 %) муайян карда шуданд, дар баъзе ҳолатҳо якҷоя шудани дисплазияи бронху шушҳо, дар 67,3 % -и кӯдакон гипотрофия, дар 8,4 % — паратрофия муайян карда шуд. Барои кӯдакони гурӯҳи 2-юм 2 танҳо дар (40%) ҳангоми дохил шудан мавҷуд будани НН дараҷаи I, бо каме оксигенвобастагӣ хос буд. Дар ин беморон консентратсияи оксиген дар хун ҳангоми нафаскашии ҳавои атмосферӣ дар ҳудуди то 96 % қарор дошт. Осебҳои перинаталии СМА дар 10 бемор (66,6 %) ба қайд гирифта шуд. Муқоисаи рейтингии фарқиятҳои шохисро дар дохили гурӯҳ гузаронида (ҷадвали 5.7), муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи 1 –уми шохисҳои интоксикация иттилоотноктарин нишондиҳандаи гематологияи интоксикация ба ҳисоб меравад, натиҷаи мусбати ин шохис (индекс) зиёда аз 60,1%-ро ташкил дод, минбаъд аз ҷиҳати иттилоотнокӣ шохисҳои ШИЛ ва шохиси модификатсионии лейкоцитарии интоксикация меистанд, натиҷаҳои мусбати дар зиёда аз 40%-и ҳолатҳо ба даст оварда шуд. Ҷавоби реактивии нейтрофилҳо (РОН) ва шохиси тағйири лейкоцитҳо, иттилоотнокии на чандон зиёд доштанд ва аз 37,5% то 29,6% -ро ташкил медоданд.

Гурӯҳи дуюми нишондиҳандаҳо дорои хусусиятҳои номахсуси реактивияти организм буда, аз 8 шохис иборат буд, дар байни ҳамаи шохисҳо дар ҷои аввал аз ҷиҳати рейтинг шохиси резистентнокии организм меистад, натиҷаи мусбати он 49,2% аст, баъдан шохиси таносуби нейтрофилҳо ва лимфоситҳо меистад – 49,2%, шохисҳои боқимонда шохиси лейкоцитарӣ (ШЛ); шохиси мутобиқшавӣ; шохиси иммунореактивият; шохиси аллергизатсия; шохиси таносуби нейтрофилҳо ва моноцитҳо иттилоотнок набуданд, ва дар миқдори ками беморон, тақрибан дар ҳар як кӯдаки сеюм дида шуданд.

Гурӯҳи сеюми шохисҳо, ки дорои хусусиятҳои фаъолнокии илтиҳобӣ буданд, бо ду шохиси лимфоситарӣ-гранулоситарӣ ва таносуби лейкоцитҳо ва суръати таҳшиншавии эритроситҳо ҷудо мешаванд. Ин шохисҳо ба қадри кофӣ ҳассосанд ва тақрибан дар нисфи беморон муайян карда шуданд, (мутаносибан 48,4% ва 47,6%).

Гурӯҳи якумро – 45 (35,16%) кӯдак ташкил дод, ки ҳолати онҳо ҳамчун вазнин арзёбӣ карда шуд, аммо бидуни зуҳуроти возеҳии СИЭ, ба гурӯҳи дуюм 68 (53,13%) кӯдак дохил кар-

да шуд, бо ҳолатҳои возеҳи вазнин, дар гурӯҳи сеюм 23 (17,97%) нафар кӯдак дохил карда шуд, ки ҳолати онҳо ниҳоят вазнин арзёбӣ карда шуд.

Ҳангоми тартиб додани методикаи баҳодихии клиникаи вазнинии синдроми ИЭ ҳамаи аломатҳо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд, гурӯҳи 1-ум гурӯҳи аломатҳои клиникӣ, гурӯҳи дуюм маълумотҳои лабораторӣ (ҷадвали 5). Гурӯҳи 1-ум гурӯҳи аломатҳои клиникӣ 4 аломати нисбатан иттилоотноктар ва аломатҳои мунтазам назоратшаванда, инҳо ранги қабатҳои пӯст, Ps, ЧДД, ва t бадан,  $S_{O_2}$  буданд. Гурӯҳи дуюми маълумотҳо, аз маълумотҳо дар бораи натиҷаҳои мониторинги лабораторӣ иборат буд, ки 5 тахлиро дар бар мегирифт, аз ҷумла, миқдори лейкоцитҳо  $\times 10^9/л$ , ШИЛ, SpO<sub>2</sub> (сатуратсияи оксиген), СОЭ мм/с, СРБ мг/л. Ҳама кӯдакони бемори таҳлилшуда синну соли аз 15-рӯза то 3-сола буданд. Вобаста аз вазнинии ҷараёни беморӣ, кӯдакон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд.

Ҳамин тавр, методикаи клиникаи баҳодихии синдроми интоксикатсияи эндогении аз тарафи мо коркардшуда дар кӯдакони дорои пневмония имконият медиҳад, ки дараҷаи вазнинии СИЭ баҳогузори карда шавад ва дар асоси ин табобати асосноки клиникӣ, лабораторӣ, патогенетикӣ гузаронида шавад.

## ХУЛОСАҲО

1. Вилояти Хатлон дар байни дигар минтақаҳои Тоҷикистон бо майл доштан ба проблемаҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ фарқ мекунад, дар ин ҷо шиддатнокии баландтарин ва суръати баландтарини афзоиши аҳоли ба назар мерасад, ҳиссаи кӯдакон 36%-ро ташкил медиҳад, дар шаҳри Душанбе ин нишондод ба 9% ва дар ВМКБ – ба 3% баробар аст. Сироятҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ дар соли 2018 дар муқоиса бо соли 2014 бештар дар вилояти Хатлон - 46,6% ба қайд гирифта шуд, дар ш. Душанбе - 17,5% буд. [2-М.]

2. Нишондодҳои паҳншавии пневмония дар ҳама минтақаҳои ҷумҳурӣ дар соли 2018 дар муқоиса ба соли 2014 тамоюли пастшавӣ дошта дар ш. Душанбе – 1,1 маротиба, ВМКБ -1,2 маротиба, вилояти Хатлон -1 маротиба буд, динамикаи баландтарини гирифтورشавӣ ба бемории пневмония дар ВМКБ ба ҷашм расид- аз 12633,2 дар соли 2010, то 15419,1 нафар ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак дар соли 2018 дида шуд. [2-М.,].

3. Миқдори бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони дорои пневмония (75,3%), ҳолатҳои ба дараи перинаталӣ алоқаманд – (59,7%), бемориҳои, ки этиологияи онҳоро ихтилолҳои мубодила ташкил мекунанд, рахит (67,3%), гипотрофия (59,3%), анемия (69,7%), диатези аллергӣ— (23,5%) буданд. Комбинатсияи 2 ва 3 бемории ҳамроҳшуда дар (55,9%) ҳолат ба қайд гирифта шуд. [3-М, 8-М, 9-М, 12-М, 14-М.]

4. Ҳассосият ва махсусияти аломатҳои пневмония дар кӯдакон аз синну соли кӯдакон вобаста буд, дар соли авали ҳаёт сулфа дар 91,9%, махсусият дар 51,9%; синну соли барвақт мутаносибан дар 98,2% ва 41,6% ҳассосият дошт; аломатҳои рентгенологӣ – дар соли авали ҳаёт ҳассосиятро дар -92,8% махсусият дар 77,8%; синну соли барвақт - мутаносибан дар 89,2% ва 87,2%; ҳассосияти баланд дар кӯдакони соли аввал чунин аломатҳоро – нафастангӣ – 95,9%, хир-хирҳо ҳангоми аускултатсия – 97,2% буд. [11-М,13-М]

5. Дар байни шохисҳои интегралӣ гематологӣ дар кӯдакон ҳангоми пневмония бештар - (ИСЛЭ) барои шохиси таносуби лимфоситҳо ва эозинофилҳо фаъолнокии илтиҳоб хос аст. Зиёда аз 1,5 маротиба шудани ин шохис аз ихтилоли реактивияти имунологӣ, нишондиҳандаи гематологии интоксикатсия (60,1%), шохиси резистентнокии организм 59,2%, шохиси таносуби нейтрофилҳо ва лимфоситҳо – 49,2%, шохиси модификатсионии лейкоцитарӣ 40% буд. [5-М, 4-М]

6. Таҳлили омилҳои тиббӣ-ташкилӣ нишон доданд: ташхиси таъхиркардаи беморӣ дар (27,4%) ҳолат, табобати на ҳамеша муносиб ва самаранок (32,5 %), набудани имконият ва надонистани таҳқиқоти комплекси рентгенологӣ дар 19,7 % ҳолат. Риоя накардани талаботи меъёрҳои санитарӣ – эпидемиологӣ дар статсионар, таҳдиди пайдо шудани реинфексия ва суперинфексия (19,2%), набудани пайдарпайӣ дар байни звеноҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ (17,3%). Дастрасии маҳлуд ба маҷмуи зарурии препаратҳои доругӣ (14,9 %). [7-М, 10-М]

7. Синдроми интоксикатсияи эндогении дараҷаи 1 дар кӯдакони дорои бемории вазнин бо пневмония дар 35,16% ва дар 53,13% -дараҷаи 2 , дар дараҷаи -3 дар 17,97% ҳолат муайян карда шуд. Вобастагии мустақими концентратсияи кислотаи ширӣ аз дараҷаи возеҳии СИЭ, дар дараҷаи 3-юми синдром концентратсияи нисбатан баланди кислотаи ширӣ муқаррар карда шуд. [3-М]

8.Баҳогузории клиникӣ таҳиянамудаи дараҷаи вазнинии СИЭ имконият медиҳад, ки новобаста аз сатҳи таҷҳизоти техникӣ госпиталӣ сари вақт ва бидуни хароҷоти иловагӣ молиявӣ дараҷаи вазнинии интоксикатсия муайян ва табобати саривактӣ муносиб оғоз карда шавад. [6-М, 11-М]

### **ТАВСИЯҶО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҶО**

1. Дар вилояти Хатлон, ки шиддат ва суръати афзоиши табиӣ аҳоли нисбатан баланд буда, ҳиссаи кӯдакон 36%-ро ташкил медиҳад, назорати доимии диспансерии кӯдаконро ташкил ва ба амалия фаъолона қорӣ кардан лозим аст.
2. Дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, ки динамикаи баландтарини гирифтормаҷавӣ ба пневмонияро дорад - 15419,1 ҳолат ба 100 ҳазор кӯдак дар соли 2018, барои баланд бардоштани шохиси саломатӣ тавассути солимигардонии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда қор бурдан зарур аст.
3. Дар байни тифлони навзод ва хурдсол гузарондани табобати бемориҳои давраи перинаталӣ, ба роҳ мондани қорҳои профилактикӣ, ки ба қам қардани басомади ҳолатҳои қамхунӣ, гипотрофия, ихтилоли мубодилаи моддаҳо - рахит ва диатези аллергиявӣ равона шуданд.
4. Истифодаи нишондиҳандаҳои шохисҳои интегралӣ гематологӣ ҳамчун маркерҳои пешгӯии ақсуламали иммунологии организми кӯдак, меъёрҳои арзёбии вазнинии қараён ва натиҷаи пневмония дар кӯдакон.
5. Таҳлили мунтазами омилҳои тиббӣ ташкилӣ ҳамчун воситаи ҳассоси назорати саривактӣ ташхис, мувофиқат ва самаранокии муолиҷа, асоснокии усулҳои муоинаи иловагӣ гузаронида шавад.
6. Барои арзёбии дараҷаи вазнинии синдроми захролудшавии эндогенӣ (СЗЭ) метавонад арзёбии динамикаи нишондиҳандаҳои миқдори пируватҳо ва лактатҳо хизмат қунад. Арзёбии клиникӣ вазнинии СЗЭ-ро метавон барои арзёбии дараҷаи вазнинии захролудшавӣ ва ҳамчун нишондод барои оғози табобати саривактӣ мувофиқ, новобаста аз вазъи иҷтимоӣ иқтисодии минтақа истифода қард.

### **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1-М]. Абдурахимов Р.М. Характеристика клинического течения бронхолегочной патологии ВИЧ инфицированных детей. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов А.В.Вохидов, Р.М.Нуров. [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. -2019. - №2. - С.26-31.
- [2-М]. Абдурахимов Р.М. Некоторые вопросы эпидемиологии пневмоний у детей в Республике Таджикистан. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов , А.В. Вохидов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -том IX. -№4 (32) октябрь-декабрь 2019. -С. 347-355.
- [3-М]. Абдурахимов Р.М. Клинические особенности и факторы риска развития синдрома интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Периодически научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка». - 2020. -Том 12. -№ 1-2. -С.4-8.
- [4-М]. Абдурахимов Р.М. Клинико-лабораторные особенности течения эндогенной интоксикации у детей раннего возраста с пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Вестник Авиценны. -2020. -№3. –С.403-408.
- [5-М] Абдурахимов Р.М. Аломатҳои асосии клиникӣ илтиҳоби шушҳо (Пневмония) дар кӯдакони хурдсол. [Матн.] / Р.М.Абдурахимов // Авҷи Зухал.-2022. -№ 1 (46). -С 91-94.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда**

- [6-М]. Абдурахимов Р.М. Дифференциальные признаки внебольничной пневмонии у детей раннего возраста. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов // Сборник материалов второго Съезда врачей Таджикистана. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний. -29 июня 2019 г. г. Душанбе. -С.47 С.19.
- [7-М]. Абдурахимов Р.М. Какова роль модифицирующих факторов при течении пневмонии у детей раннего возраста. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино». -2019. -№1. -С.87-89.

- [8-М]. Вохидов А.В. Особенности внебольничной пневмонии у детей раннего возраста [Текст.] / А.В.Вохидов, Р.М.Абдурахимов, Э.И.Назаров // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -2019 (41). -№1. -С. 17-22.
- [9-М]. Абдурахимов Р.М. Вопросы коморбидной патологии в этиологии внебольничной пневмонии у детей. [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов. // Педиатрия и Детская Хирургия Таджикистана. -2019 (42). -№2. -С. 21-24.
- [10-М]. Абдурахимов Р.М. Влияние перинатальных факторов на формирование пневмонии в неонатальном периоде [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, М.А.Хусейнова, А.В.Вохидов // Матеріали Української Науково-Практичної Конференції Лікарів-Педіатрів З Міжнародною Учасцю проблемні питання Діагностики та лікування дітей з соматичною патологією 17-18 березня. -2020 року м. Харків. -С.12-14.
- [11-М]. Абдурахимов Р.М. Влияние анте и интранатальных факторов риска на формирование пневмонии у новорожденных [Текст.] / Р.М. Абдурахимов, М.А.Хусейнова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». -24 апреля 2020 Душанбе (Dushanbe). -С.268.
- [12-М]. Хусейнова М.А. Особенности течения и исходе пневмонии у детей раннего возраста[Текст.] / М.А.Хусейнова, А.В.Вохидов, Р.М.Абдурахимов // Вестник медицинского комплекса Истиклол 2020 №1. С.48-52
- [13-М]. Абдурахимов Р.М. Частота регистрации коморбидной патологии у детей с внебольничной пневмонией [Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В. Вохидов // Здравоохранение Таджикистана. -2020. -№4. Приложение 4 «Материалы 3-съезда детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан. -С.16-19.
- [14-М]. Абдурахимов Р.М. Сопутствующие заболевания у детей с пневмонией[Текст.] / Р.М.Абдурахимов, А.В.Вохидов // Мать и дитя. -2020. -№4. -С.4-7.

#### **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО**

**ТАБ** – Табобати антибактериалӣ  
**АлАТ** – Аланинаминотрансферазҳо  
**АсАТ** – Аспарагинаминотрасфераз  
**НН** – Норасоии нафаскашӣ  
**СРБН**– Сироятҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ  
**ЛИИ** — Шохиси интоксикатсияи лейкоцитарӣ  
**КШ** – Кислотаи ширӣ  
**Р.** – Набз  
**СРБ** – С-сафедаи реактивӣ  
**СЭИ** – Синдроми интоксикатсияи эндогенӣ  
**SpO2** – Сатуратсияи оксиген

## АННОТАЦИЯ

Абдурахимов Рустам Миралиевич

### Влияние факторов риска на распространенность и клиническое течение пневмонии у детей раннего возраста.

**Ключевые слова:** Факторы риска, коморбидные, мультиморбидные заболевания, синдром эндогенной интоксикации, гематологические индексы интоксикации, распространенность пневмонии,

**Цель исследования.** Изучить распространенность, патогенетические предпосылки синдрома эндогенной интоксикации при пневмонии у детей раннего возраста, информативность гематологических маркеров при пневмонии, влияние факторов риска, коморбидных и мультиморбидных заболеваний на клиническое течение пневмонии разработать и дать клиническую оценку тяжести течения и исход синдрома эндогенной интоксикации.

**Методы исследования.** Сбор научного материала, формирование из числа детей анализируемые группы, анализ и обзор литературы по теме, осуществлен сбор и анализ статистических отчетных данных, отчетные формы 12 «Отчет о заболеваниях зоны обслуживания центров здоровья» за период с 2017 по 2021 гг. утвержденная приказом Агентство по статистике при Президенте РТ №054 от «11» октября 2013 года. Годовые отчеты о деятельности ГУ МК Истиклол за период с 2018 по 2020 гг, проведена работа по систематизации первичных клинических данных ретро и проспективного этапов, включающих, анализ медицинской документации, а именно объектом исследования явились стационарные карты истории болезни 150 больных детей в возрасте от 15 дней до 1-го года, от 1-го года до 3-х лет, 50 детей контрольной группы того же возраста которые были изучены из первичных результатов анкетирования и инструментальных методов обследования с динамическим наблюдением и лечением, статистическая обработка материала, и последующая интерпретация полученных результатов, подготовка научных статей и их публикация .

Статистический анализ материала выполнен с помощью пакета прикладной программы Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Для количественных показателей вычислялись средние значения и их стандартная ошибка ( $M \pm m$ ), а для качественных показателей вычислялись доли (%). При множественных сравнениях между группами по количественным показателям использовался Н-критерий Крускала-Уоллиса, а далее в качестве post-hoc анализа применяли критерий Манна-Уитни. Для сравнения качественных показателей применяли критерий  $\chi^2$ , в случаях низких значений – критерий Фишера или критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса. При изучении влияния факторов на развитие основного заболевания применяли логистическую регрессию и отношение шансов. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$

**Полученные результаты и их новизна.** Определено, что среди всех регионов Таджикистана - Хатлонская область, больше других, отличается накаленностью медико-демографических и социальных проблем, где самая высокая интенсивность и высокий темп естественного прироста населения, с долей детей 36%, тогда как в г. Душанбе – 9%, в ГБАО – 3%.

Впервые проведено исследование динамики распространенности и заболеваемости класса бронхолегочных болезней у детей, выявлено неравномерное распространение показателя пневмонии у детей. Самая высокая динамика заболеваемости пневмонией зафиксирована в ГБАО от 12633,2 в 2010 г. до 15419,1 в 2018 на 100 тыс. детей.

Установлена роль коморбидных заболеваний в ухудшении прогноза течения и исхода лечения, бронхолегочных заболеваний и пневмонии у детей.

Выявлена возрастная зависимость чувствительности и специфичности признаков пневмонии у детей 1 года жизни, большинство признаков, характеризующих клинические признаки и диагностические критерии имеют высокую чувствительность.

Интегральные гематологические показатели крови в целом отражают функциональные изменения иммунной системы, могут служить маркерами прогноза и эффективности лечения пневмонии у детей.

Впервые установлено, у 53,13% детей с пневмонией имело место - 2 ст. синдрома интоксикации, концентрации пируватов и лактатов позволяет достоверно оценить степень тяжести синдрома эндогенной интоксикации, достоверное повышение уровня лактата в соотношении «лактат/пируват», характерно осложненной пневмонии.

Впервые разработана, апробирована и дана клиническая оценка степени тяжести течения СЭИ у детей, включающая простые и доступные клинические и гематологические показатели, позволяющие своевременно диагностировать и разработать тактик

**Рекомендации по использованию.** Значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные результаты, их интерпретация и теоретические суждение, научно-обоснованные методологические аспекты, выводы и рекомендации разработанные на основе теоретических, методологических положений представленных в диссертации, могут быть рекомендованы, востребованы, использованы и внедрены в учебный процесс профильных кафедр медицинских ВУЗов, а также могут быть рекомендованы в лечебный процесс в профильные детские соматические, пульмонологические, инфекционные отделения, а также в ОРИТ.

**Область применения:** Профильные детские соматические, пульмонологические, инфекционные отделения, а также ОРИТ.



**АННОТАТСИЯ**  
**Абдурахимов Рустам Миралиевич.**  
**ТАЪСИРИ ОМИЛҲОИ ХАТАР БА ПАҲНШАВӢ ВА ЧАРАӢНИ КЛИНИКИИ ПНЕВМОНИЯ ДАР**  
**КӢДАКони СИННУ СОЛИ БАРАВӢКТ**

**Калимаҳои калидӣ:** Омилҳои хатар, бемориҳои ҳамроҳшуда, синдроми захролудшавии эндогенӣ (индексҳои) нишондиҳандаҳои шохисҳои гематологӣ захролудшавӣ, паҳншавӣ пневмония.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши паҳншавӣ, заминаҳои патогенетикии синдроми интоксикатсияи эндогенӣ хангоми пневмония дар кӯдакони синну соли барвақт, иттилоотнокии маркерҳои гематологӣ хангоми пневмония, таъсири омилҳои хатар, бемориҳои ҳамроҳшуда (морбидӣ) ва мултиморбидӣ ба чараҳои клиникаи пневмония ва коркард ва баҳогузориҳои клиникаи вазнинии чараҳои натиҷаи синдроми интоксикатсияи эндогенӣ.

**Усулҳои таҳқиқот.** . Чамбоварии маводи илмӣ, аз ҳисоби кӯдакони таҳқиқшаванда ташкил кардани гурӯҳ, таҳлил ва шарҳи адабиёти илмӣ марбут ба мавзӯи таҳқиқот. Объекти таҳқиқот шаклҳои ҳисоботи омории «Ҳисобот дар бораи минтақаҳои хизматрасонии марказҳои саломатӣ» буд, ки дар давраи солҳои 2017 – 2021, ки бо фармоиши Агентии оид ба омили назди Президенти ҚТ таҳти №054 аз 11-уми октябри соли 2013 тасдиқ шудааст. Ҳисоботҳои солони оид ба фаъолияти МД МТ «Истиқлол» дар давраи солҳои 2018 - 2020. Ҳамчунин объекти таҳқиқот картаҳои статсионарии таърихи бемории 150 кӯдаки бемори синну соли аз 15-рӯза то 1-сола, аз 1-сола то 3-сола, 50 нафар кӯдаки ҳамон синну соли гурӯҳи назоратӣ, ки аз маълумотҳои аввалияи клиникаи марҳалаҳои ретро- ва проспективӣ, аз ҷумла таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ, натиҷаҳои анкетаронӣ ва усулҳои инструменталии таҳқиқот бо муоинаҳои динамикӣ ва табобат, коркарди омории мавод, коркард ва баъдан шарҳ додани натиҷаҳои ҳосилшуда омӯхта шуданд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигарии онҳо.**

Вилояти Хатлон дар байни дигар минтақаҳои Тоҷикистон бо майл доштан ба проблемаҳои тиббӣ-демографӣ ва иҷтимоӣ фарқ мекунад, дар ин ҷо шиддатнокии баландтарин ва суръати баландтарини афзоиши аҳоли ба назар мерасад, ҳиссаи кӯдакон 36%-ро ташкил медиҳад, дар шаҳри Душанбе ин нишондод ба 9% ва дар ВМКБ – ба 3% баробар аст. Сироятҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ дар соли 2018 дар муқоиса бо соли 2014 бештар дар вилояти Хатлон - 46,6% ба қайд гирифта шуд, дар ш. Душанбе - 17,5% буд.

Нишондодҳои паҳншавии пневмония дар ҳама минтақаҳои ҷумҳурӣ дар соли 2018 дар муқоиса ба соли 2014 тамоюли пастшавӣ дошта дар ш. Душанбе – 1,1 маротиба, ВМКБ -1,2 маротиба, вилояти Хатлон -1 маротиба буд, динамикаи баландтарини гирифтورشавӣ ба бемории пневмония дар ВМКБ ба чашм расид- аз 12633,2 дар соли 2010, то 15419,1 нафар ба 100 ҳазор аҳолии кӯдак дар соли 2018 дида шуд.

Микдори бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони дорои пневмония (75,3%), ҳолатҳои ба давраи перинаталӣ алоқаманд – (59,7%), беморӣ, ки этиологияи онҳо роҳҳои ихтилолҳои мубодила ташкил мекунанд, рахит (67,3%), гипотрофия (59,3%), анемия (69,7%), диатези алергӣ— (23,5%) буданд. Комбинатсияи 2 ва 3 бемории ҳамроҳшуда дар (55,9%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Ҳассосият ва махсусияти аломатҳои пневмония дар кӯдакон аз синну соли кӯдакон вобаста буд, дар соли авали ҳаёт сулфа дар 91,9%, махсусият дар 51,9%; синну соли барвақт мутаносибан дар 98,2% ва 41,6% ҳассосият дошт; аломатҳои рентгенологӣ – дар соли авали ҳаёт ҳассосиятро дар -92,8% махсусият дар 77,8%; синну соли барвақт - мутаносибан дар 89,2% ва 87,2%; ҳассосияти баланд дар кӯдакони соли аввал чунин аломатҳо – нафастангӣ – 95,9%, хир-хирҳо хангоми аускултатсия – 97,2% буд.

Дар байни шохисҳои интегралӣ гематологӣ дар кӯдакон хангоми пневмония бештар - (ИСЛЭ) барои шохиси таносуби лимфоситҳо ва эозинофилҳо фаъолнокии илтиҳоб хос аст. Зиёда аз 1,5 маротиба шудани ин шохис аз ихтилоли реактивияти имунологӣ, нишондиҳандаи гематологии интоксикатсия (60,1%), шохиси резистентнокии организм 59,2%, шохиси таносуби нейтрофилҳо ва лимфоситҳо – 49,2%, шохиси модификатсионӣ лейкоцитарӣ 40% буд.

Таҳлили омилҳои тиббӣ-ташкिलӣ нишон доданд: ташхиси таъхиркардаи беморӣ дар (27,4%) ҳолат, табобати на ҳамеша муносиб ва самаранок (32,5 %), набудани имконият ва надонистани таҳқиқоти комплекси рентгенологӣ дар 19,7 % ҳолат. Риоя накардани талаботи меъёрҳои санитарӣ – эпидемиологӣ дар статсионар, таҳдиди пайдо шудани реинфексия ва суперинфексия (19,2%), набудани пайдарпайӣ дар байни звеноҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ (17,3%). Дастрасии маҳдуд ба маҷмуи зарурии препаратҳои доругӣ (14,9 %).

Синдроми интоксикатсияи эндогенӣ дараҷаи 1 дар кӯдакони дорои бемории вазнин бо пневмония дар 35,16% ва дар 53,13% -дараҷаи 2 , дар дараҷаи -3 дар 17,97% ҳолат муайян карда шуд. Вобастагии мустақими концентратсияи кислотаи ширӣ аз дараҷаи возеҳии СИЭ, дар дараҷаи 3-юми синдром концентратсияи нисбатан баланди кислотаи ширӣ муқаррар карда шуд.

Баҳогузориҳои клиникаи таҳиянамудаи дараҷаи вазнинии СИЭ имконият медиҳад, ки новобаста аз сатҳи таҷҳизоти техникаи госпиталӣ сари вақт ва бидуни хароҷоти иловагии молиявӣ дараҷаи вазнинии интоксикатсия муайян ва табобати саривақтии муносиб оғоз карда шавад.

**Тавсияҳои барои истифода.** . Аҳамияти таҳқиқоти гузаронидашуда аз он иборат аст, ки натиҷаҳои ба даст овардашуда, шарҳи онҳо ва баррасии назариявии онҳо, ҷанбаҳои методологии илман асоснок, ҳулоса ва тавсияҳои дар заминаи нуктаҳои назариявӣ, методологӣ, ки дар асоси нуктаҳои назариявии дар диссертатсия пешниҳодшудаанд, метавонанд дар раванди таълимии кафедраҳои соҳавии макотиби олии тиббӣ истифода ва татбиқ шаванд, ҳамчунин барои фаъолияти муолиҷавии шӯъбаҳои соматикӣ, пульмонологӣ, сироятӣ, ҳамчунин шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсифӣ (ШРТИ) тавсия карда шаванд

**Соҳа:** фаъолияти муолиҷавии шӯъбаҳои соматикӣ, пульмонологӣ, сироятӣ, ҳамчунин шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсифӣ (ШРТИ) тавсия карда шаванд

## ANNOTATION

**Abdurakhimov Rustam Miralievich**

### **The influence of risk factors on the prevalence and clinical course of pneumonia in young children.**

**Keywords:** Risk factors, comorbid, multimorbid diseases, endogenous intoxication syndrome, hematological indices of intoxication, prevalence of pneumonia.

**The purpose of the study.** To study the prevalence, pathogenetic prerequisites of endogenous intoxication syndrome in pneumonia in early period life of children (under 3 years), the informative value of hematological markers in pneumonia, the influence of risk factors, comorbid and multimorbid diseases on the clinical course of pneumonia to develop and give a clinical assessment of the severity of the course and outcome of endogenous intoxication syndrome.

**Research methods.** Collection of scientific material, formation of analyzed groups from among children, analysis and review of literature on the topic, collection and analysis of statistical reporting data, reporting forms 12 "Report on diseases of the service area of health centers" for the period from 2017 to 2021 approved by order of the Agency for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan No. 054 dated October 11 2013. Annual reports on the activities of the MC Istiklol State Institution for the period from 2018 to 2020, work was carried out to systematize the primary clinical data of the retro and prospective stages, including the analysis of medical documentation, namely, the object of the study was stationary charts of the medical history of 150 sick children aged 15 days to 1 year, from 1 up to 3 years old, 50 children of the control group of the same age who were studied from the primary results of the questionnaire and instrumental methods of examination with dynamic observation and treatment, statistical processing of the material, and subsequent interpretation of the results obtained, preparation of scientific articles and their publication.

Statistical analysis of the material was performed using the Statistica 10.0 application package (StatSoft, USA). For quantitative indicators, average values and their standard error ( $M \pm m$ ) were calculated, and for qualitative indicators, fractions (%) were calculated. For multiple comparisons between groups by quantitative indicators, the Krsukal-Wallis H-criterion was used, and then the Mann-Whitney criterion was used as a post-hoc analysis. To compare the qualitative indicators, the criterion  $\chi^2$  was used, in cases of low values – the Fisher criterion or the criterion  $\chi^2$  with the Yates correction. When studying the influence of factors on the development of the underlying disease, logistic regression and odds ratio were used. The differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$

**The results obtained and their novelty.** It is determined that among all the regions of Tajikistan - Khatlon region, more than others, is characterized by the intensity of medical, demographic and social problems, where the highest intensity and high rate of natural population growth, with the proportion of children 36%, whereas in Dushanbe – 9%, in GBAO – 3%. For the first time, a study of the dynamics of the prevalence and morbidity of the class of bronchopulmonary diseases in children was conducted, an uneven spread of the pneumonia index in children was revealed. The highest dynamics of the incidence of pneumonia was recorded in GBAO from 12633.2 in 2010 to 15419.1 in 2018 per 100 thousand children. The role of comorbid diseases in worsening the prognosis of the course and outcome of treatment, bronchopulmonary diseases and pneumonia in children has been established

The age dependence of the sensitivity and specificity of signs of pneumonia in children of 1 year of life was revealed, most of the signs characterizing clinical signs and diagnostic criteria have high sensitivity. Integral hematological indicators of blood generally reflect functional changes in the immune system, can serve as markers of prognosis and effectiveness of treatment of pneumonia in children. It was established for the first time that 53.13% of children with pneumonia had 2 st. intoxication syndrome, the concentration of pyruvates and lactates allows us to reliably assess the severity of endogenous intoxication syndrome, a significant increase in lactate levels in the ratio "lactate / pyruvate", characteristically complicated pneumonia. For the first time, a clinical assessment of the severity of the course of SEI in children was developed, tested and given, including simple and accessible clinical and hematological indicators that allow timely diagnosis and development of tactics.

**Recommendations for use.** The significance of the conducted research lies in the fact that the results obtained, their interpretation and theoretical judgment, scientifically based methodological aspects, conclusions and recommendations developed on the basis of theoretical, methodological provisions presented in the dissertation can be recommended, demanded, used and implemented in the educational process of specialized departments of medical universities, and can also be recommended in the treatment process in specialized children's somatic, pulmonological, infectious departments, as well as in the ICU.

**Scope of application:** Specialized pediatric somatic, pulmonological, infectious diseases departments, as well as ICU.