

ГОО «Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино»

УДК 579.873.21:579.252.55:615.281

На правах рукописи

ПИРОВ КАДРИДИН ИКРОМОВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ,
ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И МЕРЫ КОМПЛЕКСНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ
ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ
ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

по специальности 14.01.16 – Фтизиатрия

Душанбе - 2021

Работа выполнена на кафедре фтизиопульмонологии в ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали Ибни Сино»

Научный руководитель: **Сироджидинова Умриниссо Юсуповна**

- доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Бобоходжаев Октам Икромович** -

доктор медицинских наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Официальные
оппоненты:**

Аксёнова Валентина Александровна - д.м.н. руководитель отдела детско-подросткового туберкулеза, Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зокирова Курбонхон Акрамовна д.м.н.

заведующая кафедрой фтизиопульмонологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

**Оппонирующая
организация:**

Федеральное Государственное Бюджетное научное учреждение «Центрально научно-исследовательский институт туберкулёза» Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2021 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-038 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: (734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки,139, www.tajmedun.tj) +992 918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «__» _____ 2021г.

Ученый секретарь

диссертационного совета, к.м.н. доцент

Джамолова Р. Д.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.

Ситуация по туберкулёзу (ТБ) в Республике Таджикистан остаётся напряжённой. Согласно глобальному отчёту ВОЗ по туберкулёзу за 2010 год, в Таджикистане отмечался самый высокий оценочный уровень заболеваемости туберкулёзом как в ЦАР, так и в Европейском регионе ВОЗ, 206 случаев на 100 000 населения, а начиная 2011 года в последующие годы отмечалась явная тенденция к снижению: в 2011 году - 193 на 100 000 населения; в 2014 – 91, в 2016 году - 85 и в 2019 году 83 на 100 000 населения [WHO, Global TB Report, 2012, 2015, 2017, 2020].

О тяжести эпидемиологической ситуации свидетельствует выявление тяжелых распространённых форм как среди впервые выявленных взрослых больных, так и среди детского населения. Высокий процент бацилярных форм туберкулёза у детей, указывает на позднюю диагностику заболевания в этой возрастной группе. Так, в 2019 году 46,5% МБТ положительных больных среди всех форм ТБ и 66,5% среди новых легочных случаях ТБ у взрослых. 51% МБТ положительных среди новых легочных случаях ТБ у детей [отчёт РЦЗНТ за 2019 г.]

Актуальной проблемой в республике является раннее выявление туберкулёза у детей. Основная роль в решении этой проблемы принадлежит пробе Манту, результаты которой позволяют своевременно обратить внимание врача на необходимость обследования ребёнка на туберкулёз. Вместе с тем, проба Манту не проводилась или проводилась в отдельных территориях нерегулярно, из-за отсутствия препарата и недостатка персонала, особенно в сельской местности. В результате перестали формироваться группы риска по заболеванию туберкулёзом среди детей, требующих наблюдения, углубленного обследования у фтизиатра, диспансерное наблюдение и профилактического лечения.

Важным фактором риска развития тяжёлых и осложненных форм туберкулёза являются дефекты в наблюдении за детьми, проживающими в контакте с больным туберкулёзом. Часто, особенно в сельской местности, контакты не регистрируются и дети не наблюдаются как контактные. По данным З.Ш. Дустматовой (2010) более половины госпитализированных детей поступали на лечение из очагов туберкулёзной инфекции, при этом нередко из одной семьи по 2-3 ребёнка. Все больные дети в основном выявлялись по обращаемости при появлении выраженных клинических симптомов туберкулёза. До установления диагноза эти дети лечились безрезультатно в детских соматических стационарах и Центрах здоровья в результате, туберкулёз прогрессировал и принимал осложнённое течение. Как контактные эти больные не наблюдались и не получали химиопрофилактику. Таким образом, актуальной проблемой в республике, требующей решения, является изучение особенностей очагов инфекции в

многосемейных домохозяйствах и определения путей повышения эффективности противотуберкулёзной работы в них.

Известно, что профилактика туберкулёза начинается с вакцинации новорожденных вакциной БЦЖ. По данным статистики, охват новорождённых вакцинацией БЦЖ по стране составляет 98%. Однако, по данным детской туберкулёзной больницы г. Душанбе, в 60% случаев, госпитализированные больные дети не имеют поствакцинального рубчика [Сироджидинова У.Ю. 2013].

Изучение частоты и качества выполнения вакцинации, анализ особенностей туберкулёза у вакцинированных и не вакцинированных детей также является актуальной задачей для организации эффективной профилактической противотуберкулёзной работы у детей. Согласно Национальному стратегическому плану по защите населения от туберкулёза в Республике Таджикистан на 2015-2020 гг., детей из очагов туберкулёза необходимо регулярно обследовать и провести им контролируемую химиопрофилактику в течение 6 месяцев. При проведении этих мероприятий больные дети выявляются своевременно, без осложнений, и лечение даёт хорошие результаты. Вместе с тем крупных исследований по оценке факторов и анализу причин, препятствующих улучшению ситуации по туберкулёзу у детей, не проводилось.

Степень изученности научной проблемы. В Таджикистане не изучены факторы и причины, препятствующих улучшению ситуации по туберкулёзу у детей, зависимость тяжёлых форм ТБ от качества БЦЖ, влияния туберкулина диагностики на выявления детей из контакта и группы риска. Не было включено в индикаторах Общей лечебной сети (ОЛС) обследования контактных детей, проведения химиопрофилактики контактных детей после туберкулинодиагностики. Дети из контакта не брались на диспансерный учёт и не наблюдались по группам диспансерного учёта. Не заполнялась карта наблюдения за очагами туберкулёзной инфекции и не велась никакая запись, чему и было посвящено настоящее исследование.

Теоретические и методологические основы исследования

Совершенствование наблюдения и выявления туберкулеза у детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах, путем изучения причин поздней диагностики, особенностей течения и факторов риска развития заболевания улучшило выявление туберкулеза у детей, и как известно, данный показатель является индикатором эпидемиологической ситуации в целом, основанным на Национальных программах по ведению данной категории больных.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования: Изучить уровень инфицированности туберкулезом, значимость вакцинации БЦЖ, особенности клинических форм и

совершенствовать пути выявления и меры комплексной профилактики развития туберкулёза у детей из очагов инфекции.

Объект исследования. Объектом исследования служили:

- 279 больных туберкулезом детей госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу города Душанбе, с 2009 по 2019 гг.
- 352 детей, проживающих - в очагах туберкулёзной инфекции в городе Душанбе.
- 247 детей, проживающих - в очагах туберкулёзной инфекции в сельской местности.
- 4284 детей из здорового окружения с г. Душанбе
- 1884 детей из здорового окружения сельской местности.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение, уровня инфицированности туберкулёзом детей из очагов инфекции и здорового окружения, влияния вакцинации БЦЖ и качества ее выполнения развития заболевания, работа в очагах туберкулёзной инфекции и изучение причин поздней диагностики туберкулёза у детей.

Задачи исследования:

1. Определить уровень инфицированности туберкулёзом среди детей из очагов инфекции и у детей из здорового окружения.
2. Оценить значимость вакцинации БЦЖ и качества её выполнения на возникновение остро прогрессирующих форм туберкулеза у детей.
3. Провести сравнительный анализ клинических форм и особенностей течения впервые выявленного туберкулёза у детей из очагов инфекции и у детей из неустановленного контакта.
4. Разработать алгоритм своевременного выявления и мер комплексной профилактики развития туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом детей.

Методы исследования. При выполнении данного исследования были использованы следующие методы: Туберкулинодиагностика детей из очагов туберкулёзной инфекции и здорового окружения, сбор анамнеза, сведения о туберкулино диагностике, вакцинации БЦЖ наличие и размер поствакцинального рубчика, ее эффективность в проявлении локального туберкулеза, время от начало заболевания до начала лечения больных детей туберкулёзом, получал ли химиопрофилактику как контактный, данные предыдущих рентгенологических исследований; данные объективного и физикального исследования; бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов.

Отрасль исследования. Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.16 – Фтизиатрия: пункт 2. Клинические проявления туберкулеза органов дыхания у детей, подростков и взрослых, нарушения функции органов дыхания и других органов и систем при туберкулезе, туберкулез с сопутствующими заболеваниями, диагностика туберкулеза органов дыхания с использованием клинических, лабораторных, лучевых, бронхолегочных и других методов исследования, дифференциальная

диагностика туберкулеза органов дыхания и других заболеваний легких; пункт 3. Лечение туберкулеза органов дыхания: химиотерапия, патогенетическая терапия, санаторно-курортное лечение, амбулаторная химиотерапия, организационные формы проведения химиотерапии, реабилитационное лечение туберкулеза и его последствий; пункт 4. Выявление, эпидемиология и статистика туберкулеза, диспансерное наблюдение за контингентами больных туберкулезом, организация борьбы с туберкулезом. Профилактика, противотуберкулезная вакцинация, химиопрофилактика, санитарная профилактика туберкулеза, лучевая диагностика, туберкулино диагностика, бактериологическая и молекулярно генетическая диагностика в выявлении туберкулеза, эпидемиология туберкулеза в меняющихся условиях, изучение резервуара туберкулезной инфекции и путей заражения, взаимозаражения туберкулезом человека и животных, новые формы противотуберкулезных мероприятий, диспансерной, стационарной и санаторной работы, статистической отчетности и обработки статистических данных.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Выявлена особенности развития туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах, социально-экономические и организационно-медицинские факторы, способствующие развитию туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах. Влияние вакцинации БЦЖ и качества ее выполнение на течение туберкулеза у детей. Разработан алгоритм своевременного выявления и мер комплексно профилактики развития туберкулёза у впервые выявленных больных туберкулёзом детей из очагов инфекции в многосемейных домохозяйствах. На основании материалов исследования разработан алгоритм своевременное выявления и мер комплексной профилактики развития туберкулёза у детей, и пересмотрены группы диспансерного наблюдения, включена IV группа диспансерного наблюдения за контактными детьми.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о проблеме туберкулеза. Исследования проводились на базе кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Достоверность диссертационных результатов Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов изучения особенностей развития туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах.

Научная новизна исследования

1. Впервые на достаточно обширном клиническом материале изучены особенности развития туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах в сравнении с группой больных с неустановленным источником инфекции.
2. Впервые изучены социально-экономические и организационно-медицинские факторы, способствующие развитию туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах в сравнении с больными с не установленным контактом в Республике Таджикистан.
3. По материалам разработан алгоритм своевременного выявления и мер комплексно профилактики и выявления туберкулёза у впервые выявленных больных туберкулёзом детей из очагов инфекции в многосемейных домохозяйствах.
4. На основании материалов исследования были пересмотрены группы диспансерного наблюдения, включена IV группа диспансерного наблюдения за контактными детьми.

Теоретическая ценность исследования. Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая ценность исследования Результаты проведенного исследования имеют большое значение в оптимизации раннего выявления, предотвращения причин заболевания детей из очагов инфекции, в определении тактики лечения впервые выявленных больных туберкулёзом детей из очагов инфекции и повышения эффективности профилактики и лечения. Пересмотрены группы диспансерного наблюдения за контактными детьми. При исключении ТБ назначают химиопрофилактику изониазидом в течении 6 месяцев. Настоящий порядок диспансерного наблюдения за детьми, утвержден Распоряжением МЗ и СЗН РТ № 173 от 25.02.2015 года, и является обязательным к исполнению во всех учреждениях ПМСП РТ.

Разработана и внедрена в практику здравоохранения карта наблюдений за очагом туберкулезной инфекции, которая утверждена Распоряжением МЗ и СЗН РТ от 03.10.2015 №840 и является обязательным к исполнению во всех учреждениях ПМСП РТ. Издан приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ от 12.05.2013 №16. о включении в индикаторы ОЛС ещё четырёх индикаторов по ТБ, по которым работа в учреждениях ОЛС будет оцениваться ежеквартально, в том числе по количеству обследованных контактных в очаге, и количеству контактных детей до 7 лет получивших химио-профилактику изониазидом.

Положения, выносимые на защиту:

1. Полученные данные свидетельствует о более сложной ситуации по туберкулёзу в сельской местности. По результатам пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л в школах г. Душанбе и в районе Джалолидина Руми Хатлонской области установлено, что инфицированность у детей в сельской местности выше, чем в

городе (соответственно 28,8% и 23,0%); гиперергические реакции у детей в возрасте 13 -14 лет в сельской местности отмечаются достоверно чаще, чем в городе (48,7% против 24,8%). По результатам исследования, туберкулёз был выявлен у 3-х из 1884 детей в сельской местности и у 4-х из 4284 детей - в городе (соответственно 159,2 и 93,3 на 100 тыс. детского населения, $P < 0,001$).

Факторами, определяющими более сложную ситуацию в сельской местности, являются особенности очагов инфекции в сёлах, а именно:

- тяжелые социально-экономических условиях, которые отмечаются в сельских очагах;

- число детей в очаге на одного больного в селе и городе составляет соответственно 6,02 и 2,28, при этом, в сельской местности в основном многосемейные домохозяйства, и дети в контакте не только с близкими родственниками, но и с проживающие в одном семейном хозяйстве, не регистрируются и не наблюдаются как контактные.

2. Остропрогрессирующие формы туберкулеза (диссеминированный туберкулез, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит) достоверно чаще были выявлены в группе детей из очагов туберкулёза по сравнению с группой детей, не имевших контакта (соответственно 19,7% и 3,3%, $P < 0,001$); осложнённые формы заболевания также чаще выявлялись у детей в очагах инфекции (75,0% и 50,0% соответственно при установленном и неустановленном контакте, $p < 0,05$).

3. Существенным фактором отрицательного влияния на заболеваемость является не полный охват детей вакцинацией. Отрицательные результаты пробы Манту наиболее часто (21 детей или 48,8%) отмечаются у детей в возрасте от 0 до 3 лет в сельской местности, что свидетельствует об отсутствии вакцинации у большей половины детей (14 детей или 66,6%) и некачественном её проведении (7 или 33,4%). Проблема в том, что, дети, родившиеся в селах вакцинируются в течение от 1 до 6 недель, то есть в период, когда в связи с национальными традициями, матери уезжают с детьми к своим родителям и дети остаются не вакцинированными.

4. Установлена необходимость вакцинации, так в 2,1% у вакцинированных и 28,6% ($P < 0,001$) случаев у не вакцинированных детей в возрасте до 6 лет были выявлены остро прогрессирующие формы туберкулеза: туберкулёзный менингит (0 и 17,2%); диссеминированный туберкулёз (2,1% и 10,0%) и милиарный туберкулёз (0 и 1,4%). В возрасте от 7 до 17 лет различия между группами вакцинированных и не вакцинированных детей значительно снижаются: туберкулёзный менингит установлен в 9,3% случаев у не вакцинированных и в 5,6% случаев у вакцинированных детей ($P > 0,05$); диссеминированный туберкулёз –соответственно 7,4% и 5,6%; инфильтративный туберкулёз -12,0 и 18,5%, что свидетельствует об угасании специфического иммунитета после 7 лет.

5. Доказана необходимость улучшения качества вакцинации. У детей в возрасте до 6 лет установлено, что из 3-х случаев туберкулёзного менингита у вакцинированных детей, у двух больных размер поствакцинального рубчика

был менее 3 мм (66,6%). Диссеминированный туберкулёз, установленный у 4-х вакцинированных детей, во всех случаях возник у лиц с величиной рубчика от 1 до 3мм (100%, $P < 0,001$). В условиях снижения поствакцинального иммунитета, в возрасте от 7 до 17 лет стирается значение качества вакцинации. Случаи инфильтративного туберкулёза в этой группе детей, выявлялись с одинаковой частотой независимо от размера рубчика: при размере рубчика до 3мм выявление этой формы заболевания составила 20%; при рубчике 4мм. и более -17,6% ($P > 0,05$).

Личный вклад соискателя. Автором лично проведено наблюдение за 279 больными туберкулезом детей, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу города Душанбе и туберкулёзную больницу района Джалолиддина Руми. Организация и проведения туберкулино-диагностики 4284 школьникам из г. Душанбе и 1884 школьникам из района Дж. Руми Хатлонской области с целью изучения инфицированности туберкулезом этих детей. Также наблюдение за 352 детьми, проживающими в очагах туберкулёзной инфекции из города Душанбе и 247 детьми, проживающими в очагах туберкулёзной инфекции из района Джалолиддина Руми Хатлонской области.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Результаты исследований были доложены и обсуждены на: Международной конференции по туберкулёзу в Кыргызстане 2017, IX-Конгрессе Евро-Азиатского респираторного общества Ташкент 2016, V11 Конгрессе Пульмонологов Центральной Азии Ташкент 2016, IX-годовой научно-практической конференции ТГМУ с международным участием Душанбе 2014г, конференции молодых ученых и студентов ТГМУ (Душанбе 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018); Международной конференции по туберкулёзу молодых ученых ЦНИИТ (Москва, 2019); заседаниях кафедры фтизиопульмонологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино (Душанбе 2018, 2019).

Результаты работы внедрены в тренинговые материалы по обучению врачей фтизиатров, семейных врачей и педиатров разделы по детскому туберкулёзу с примерами и конкретными случаями. Проведено обучение медицинских работников навыкам проведения текущей дезинфекции в очаге. Во время ежеквартальных кагорных отчётов также обсуждаются конкретные случаи детского туберкулёза.

Результаты проведённого исследования были учтены при пересмотре «Руководства по ведению больных туберкулёзом в Республике Таджикистан в 2015 г.». Данное Руководство было утверждено Распоряжением Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ № 173 от 25.02.2015 года. В указанный документ был включен раздел о взятии на учёт и наблюдении за контактными детьми, что очень важно, поскольку последние 25 лет контактные дети не брались на диспансерный учёт и не наблюдались в Республике Таджикистан.

Разработанная карта наблюдения за очагом туберкулезной инфекции утверждена Распоряжением Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ № 840 от 03.10.2015 года, тиражирована и внедряется в практику в ОЛС.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 5 в рецензируемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан изданиях.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 129 страницах компьютерного текста, на русском языке. Состоит из введения, обзора литературы, характеристики клинических наблюдений и методов исследования, 3 глав собственных исследований, заключения, списка литературы, который содержит 172 источников, в том числе 110 отечественных и 62 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 23 таблицами и 10 рисунками.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ РАБОТЫ

Материалы и методы исследований. Для оценки инфицированности детей из здорового окружения в школах г. Душанбе ученикам с 2-го по 6-му классу была проведена туберкулинодиагностика с применением пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л (4284 школьников). Для оценки ситуации в сельской местности аналогичное исследование проведено у 1884 школьников в Районе Джалолтддина Руми.

Для сравнительной оценки факторов риска в очагах инфекции, в городской и сельской местности обследовано 352 ребёнка из 154 очагов инфекции г. Душанбе и 247 детей из 41 очага инфекции районе Дж. Руми Хатлонской области. Изучены особенности очагов и факторы риска развития туберкулёза у детей в очагах инфекции.

Для оценки особенностей туберкулёзного процесса у детей из очагов инфекции и неустановленного контакта проведено полное клинко-рентгенологическое и микробиологическое обследование детей, поступивших на лечение в детскую туберкулезную больницу, всего -279 больных. В том числе: дети из очагов инфекции -218 и дети из неустановленного контакта - 61 больной ребёнок.

При оценке влияния вакцинации и качества её выполнения на течение туберкулёза у всех 279 госпитализированных детей, было выполнено сравнение форм заболевания, частоты и характера осложненного течения туберкулёза у не вакцинированных (178) и вакцинированных (101) БЦЖ детей. Для оценки значимости качества вакцинации, был изучен характер туберкулёзного процесса у детей при величине рубчика от 1 мм до 3 мм (низкое качество вакцинации, а при 4 мм и больше - качество удовлетворительное). Для оценки значимости снижения иммунитета в раннем школьном возрасте и необходимости ревакцинации результаты обследования оценивались у детей разных возрастных групп: из 101 вакцинированных детей 46 –в возрасте до 6 лет и 57 детей в возрасте от 7 лет и старше.

Для оценки работы медицинского персонала в городской и сельской местности в очагах инфекции, проведён анализ методов выявления туберкулёза у детей в городской и сельской местности, а так же у детей из очагов инфекции и при неустановленном контакте. Проанализированы сроки лечения и наблюдения за больными туберкулёзом в учреждениях ОЛС с момента обращения до направления в противотуберкулёзное учреждение.

Обследование детей включало анализ данных анамнеза, обращалось внимание на жалобы больных: температуру, кашель, симптомы интоксикации. В случае наличия контакта с больным туберкулёзом, обязательно регистрировалось наличие или отсутствие у взрослого больного бактериовыделения (МЛУ/ТБ, ШЛУ/ТБ); Уточнялись сроки от начала заболевания до поступления в туберкулёзный стационар, сведения о туберкулинодиагностике, вакцинации БЦЖ; наличие и размер поствакцинального рубчика.

При осмотре обращали внимание на наличие лимфатических узлов, их размеры, количество групп и консистенцию. Оценивались данные физикального исследования. Бактериологическое исследование: микроскопия мазка мокроты, смывы с верхних дыхательных, индукция Лабораторные данные: общий анализ крови, мочи и биохимический анализ крови..

Рентгенологическое исследование легких проводилось ежемесячно. При поступлении всем больным делали прямую и боковую рентгенограммы, а также томограммы легких, при необходимости - боковые томограммы, и компьютерные томограммы.

При наличии экссудативного плеврита проводили цитологическое исследование жидкости плевральной полости, при гиперплазии периферического лимфатического узла при необходимости с диагностической целью проводили биопсию лимфатического узла с гистологическим исследованием.

В стационаре всем независимо от предыдущих результатов туберкулинодиагностики, ставилось проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Реакцию на пробу Манту учитывали через 72 часа.

Результаты исследования. Для сравнительной оценки инфицированности детей школьного возраста в городской и сельской местности, школьникам в г. Душанбе (4284 человек) и школьникам в Районе Джалолтддина Руми (1884) человек была проведена туберкулинодиагностика с применением пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Из исследования были исключены дети из известных очагов инфекции; и при наличии противопоказаний к проведению туберкулинодиагностики. По возрасту, дети были разделены на 2 группы: ранний школьный возраст от 8 до 12 лет и препубертатный от 13 до 14 лет. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Результаты туберкулинодиагностики детей в школах Душанбе и в районе Дж.Руми (контакт не установлен)

Возраст детей (лет)	Место жительства	Число детей		Результат Пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л					
				Отрицательный		Сомнительный		Положительный	
		Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
От 8 до 12	Душанбе	2902	100	2546	87,7	122	4,2	234	8,1
	Район	1478	100	1163	78,7	88	5,9	227	15,3
	P			p<0,01				p<0,05	
От 13 до 14	Душанбе	1382	100	1123	81,2	33	2,4	226	16,3
	Район	406	100	296	72,9	32	7,9	78	19,2
	P			p<0,01				p>0,05	
Всего	Душанбе	4284	100	3669	85,6	155	3,6	460	10,7
	Район	1884	100	1459	77,5	120	6,4	305	16,2
	P			p<0,01				p>0,05	

По результатам исследования установлено, что частота выявления положительной реакции на туберкулин в сельском районе, у детей в возрасте от 8 до 12 лет была достоверно выше, чем в городе (ответственно 15,3% и 8,1%; $p<0,05$). Кроме того, частота выявления положительной реакции на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л оказалась достаточно высокой как в городе, так и в сельской местности у детей в препубертатном возрасте (соответственно 16,3% и 19,2%). У детей из района, в возрасте от 13 до 14 лет гиперергические реакции выявлялись в два раза чаще, чем у детей из городов (соответственно 48,7% и 24,8%, $p<0,05$). Таким образом, число положительных реакций на туберкулин и, в том числе гиперергических в районе было достоверно больше, чем в городе.

При клиническом обследовании, у 7 детей (4 из города и 3 из села) выявлен туберкулёз. Из 4 городских жителей у 1-го установлен ПТК и у 3-х - ТБ ВГЛУ. У сельских жителей в одном случае установлен ПТК, ещё в одном – ТБ ВГЛУ и у одного ребёнка - ТБ периферических лимфатических узлов. Итак, районе Дж. Руми, при обследовании 1884 школьников выявлено 3 больных туберкулёзом, а из 4284 обследованных школах г. Душанбе - 4 школьника. Полученные данные свидетельствуют о более сложной ситуации по туберкулёзу в сельской местности и о необходимости ежегодного проведения туберкулинодиагностики здоровым детям, по результатам которой, следует отобрать группу риска для клинко-рентгенологического обследования и динамического наблюдения с целью раннего выявления туберкулёза.

Для оценки факторов риска в очагах инфекции, в сельской и городской местности изучены: 41 очаг с больными бактериовыделителями в сельской местности (в контакте 247 детей) и 154 очага инфекции (352 детей) в г. Душанбе.

Изучение социального статуса семей больных бактериовыделителей показало, что в городе почти 58,1% больных живут в тяжелых социально –

экономических условиях, при этом, в сельской местности, такие условия проживания установлены во всех очагах инфекции.

Сравнительная оценка очагов инфекции по числу детей, находящихся в контакте с больным, показала, что в сельской местности, очагов, с числом детей от двух до четырёх было всего 8 и в них проживали 26 детей из 247 (10,5%). Остальные дети жили в семьях, где в контакте с бактериовыделителем находились от 5 до 10 детей. Средний показатель числа детей в контакте на одного больного в Районе Дж. Руми составил 6,0. Вместе с тем, в г. Душанбе, в 52 очагах в контакте с больным находились по одному ребёнку, в 51 очаге - по два ребёнка и только в 11 очагах число детей в контакте составляло от 5 до 7 человек. Средний показатель числа детей на одного больного в городе составил 2,3. В результате можно констатировать, что из-за большого числа детей в одном очаге, число заболевших в сельской местности может быть в 3 раза больше, чем в городе. Кроме того, в сельской местности дети из контакта не с близкими родственниками, но проживающие, в одном семейном хозяйстве, должны регистрироваться и наблюдаться как контактные, что в настоящее время часто не выполняется. В связи с этим изучены результаты пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л у детей из очагов инфекции в сельской и городской местности. (таблица 2).

Таблица 2. - Результат туберкулинодиагностики детей в очагах инфекции Душанбе и в Районе Дж. Руми (контакт установлен)

Возраст детей (лет)	Место проведения	Число детей	Результат Пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л					
			Отрицательная		Сомнительная		Положительная	
			Абс	%	абс	%	абс	%
0-3 ранний возраст	Район	43	21	48,8	11	25,6	11	25,6
	Душанбе	48	16	33,3	20	41,6	12	25,0
	Р*		p > 0,05		p > 0,05			
3-6 дошкольный возраст	Район	58	18	31,0	14	24,2	26	44,8
	Душанбе	84	26	30,9	34	40,5	24	28,6
	Р*		p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	
7-12 ранний школьный	Район	60	10	16,6	24	40,0	26	43,4
	Душанбе	65	16	24,6	22	33,8	27	41,6
	Р*		p > 0,05		p > 0,05			
13 и старше	Район	86	10	11,6	20	23,2	56	65,1
	Душанбе	155	40	25,8	37	23,9	78	50,3
ВСЕГО	Район	247	59	23,9	69	28,0	119	48,1
	Душанбе	352	98	27,8	113	32,6	141	40,0
			p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	

Установлено, что у детей до трёх лет, в сельских очагах инфекции в 48,8% случаев установлены отрицательные результаты туберкулиновых проб. Это свидетельствует о том, что дети из очагов инфекции в сельской местности в половине случаев были не вакцинированы или, вакцинация была не

качественной. Вместе с тем, в городе, отрицательные результаты туберкулиновых проб у детей до 3-х лет, составили 33,3%, т.е. на 15,5% ниже. В возрасте после 3-х лет, число детей в селе с отрицательной пробой Манту с 2ТЕ ППД-Л снижается, что свидетельствует об увеличении числа инфицированных детей, и подтверждается ростом числа детей с положительной реакцией на туберкулин (с 25,6% до 44,8%).

Сравнительный анализ клинических форм туберкулёза у больных из очагов инфекции и у детей из неустановленного контакта (табл. 3), показал, что у детей из очагов инфекции чаще выявлялись тяжёлые формы туберкулёза. Из 25 случаев туберкулёзного менингита, 24 выявлены у детей из очагов и 1 – в случае неустановленного контакта.

Таблица 3. - Клинические формы впервые выявленного туберкулёза в очагах инфекции и при неустановленном контакте

Клинические формы туберкулёза	Характеристика группы				P
	Дети из очага Инфекции		Контакт не установлен		
	Абс	%	Абс	%	
Первичный туберкулезный Комплекс	50	22,9	8	13,1	p >0,05
Туберкулёз внутригрудных л/узлов	73	36,2	29	47,5	p >0,05
Диссеминированный туберкулёз легких	18	8,2	1	1,6	p >0,05
Милиарный туберкулез	1	0,5			
Туберкулёзный менингит	24	11,0	1	1,6	p <0,05
Инфильтративный туберкулёз Легких	18	8,3	5	8,2	p >0,05
Туберкулёзный плеврит	23	10,6	14	23,0	p <0,05
Туберкулёз периферических л/узлов	11	5,0	3	4,9	p >0,05
ВСЕГО	218	100,0	61	100	

Диссеминированный туберкулёз был установлен в 18 случаях у детей из очагов и в одном случае при неустановленном контакте, так же 24 случае туберкулёзного менингита установлен у детей из очагов и в одном случае при неустановленном контакте. Единственный случай милиарного туберкулёза также был выявлен в очаге инфекции. В результате, 43 случая остро прогрессирующих форм туберкулеза (диссеминированный туберкулез, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит) были установлены в группе детей из очагов инфекции (218 больных) что составило 19,7% в то время как частота выявления данных форм туберкулёза в группе детей, не имевших контакт с больным туберкулезом, установлена у 2-х из 61 (3,3%). Разница статистически достоверна (p <0,05).

Для решения задачи о роли вакцинации БЦЖ и оценки организации её в республике, проведён сравнительный анализ клинических форм туберкулёза и частоты осложнённых форм заболевания, в группах

вакцинированных и не вакцинированных детей. Установлено, что соотношение числа больных из очагов инфекции было одинаковым как среди не вакцинированных, так и среди вакцинированных детей и составило соответственно 77,5% и 79,2% в двух группах исследования. Результаты оценки клинических форм туберкулёза у не вакцинированных и вакцинированных детей представлены в таблице 4.

Таблица 4. – Клинические формы туберкулёза у не вакцинированных и вакцинированных детей в зависимости от возраста

Клиническая форма заболевания	Абс %	Не вакцинированные		Вакцинированные		P
		Дети до 6 лет	Дети 7 – 17 лет	Дети до 6 лет	Дети 7–17 лет	
		1	2	3	4	
Первичный Туб. Комплекс	Абс %	10 14,3	17 15,7	14 9,8	17 31,5	P > 0,05
Туберкулёз ВГЛУ	Абс %	35 50,0	31 28,7	24 51,1	12 22,2	P > 0,05
Диссеминирован-ный туберкулёз	Абс %	7 10,0	8 7,4	1 2,1	3 5,6	P > 0,05
Милиарный ТБ	Абс %	1 1,4		0	0	
Туберкулёзный менингит	Абс %	12 17,2	10 9,3	0	3 5,6	P _{1,3} < 0,05 P _{2,4} > 0,05
Инфильтратив-ный туберкулёз	Абс %	0	13 12,0	0	10 18,5	P > 0,05
Туберкулёзный плеврит	Абс %	4 5,7	24 22,2	5 10,6	4 7,4	P _{1,3} > 0,05 P _{2,4} < 0,05
Туберкулёз Периферических Л/У	Абс %	1 1,4	5 4,6	3 6,4	5 9,2	P > 0,05
Всего	Абс %	70 100,0	108 100,0	47 100,0	54 100,0	

Сравнение клинических форм туберкулёза у вакцинированных и не вакцинированных детей в возрасте до 6 лет показало, что все 12 случаев туберкулёзного менингита, у детей в возрасте до 6 лет, были выявлены только у не вакцинированных детей. У вакцинированных детей, в возрастной группе от 7 до 17 лет, на фоне угасания действия противотуберкулёзной вакцины, туберкулёзный менингит был установлен в 5,6%, а у не вакцинированных больных этой возрастной группы в 9,3%. Аналогичная закономерность выявлена при оценке частоты возникновения диссеминированного туберкулёза лёгких. Чаще всего эта форма туберкулёза выявлялась у не вакцинированных детей в возрасте до 6 лет 10,0% и только у одного ребёнка (2,1%), среди вакцинированных в этом возрасте. У не вакцинированных детей в возрасте от 7 до 17 лет диссеминированный туберкулёз был выявлен в 7,4%, у вакцинированных детей (5,6%), что свидетельствует о снижении различия в

активности иммунных реакций у вакцинированных и не вакцинированных детей через 7 - 8 лет после вакцинации.

Таким образом среди не вакцинированных детей (178-человек) остро прогрессирующие формы туберкулеза (диссеминированный туберкулез, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит) были установлены у 38 детей (21,4%), что оказалось достоверно больше, чем в группе вакцинированных детей, в которой число больных данными формами туберкулёза составило 7 из 101 (6,9%)

При сравнении частоты осложнённых форм туберкулёза у не вакцинированных и вакцинированных детей установлена высокая частота осложнённых форм туберкулёза у не вакцинированных детей в возрасте до 6 лет и от 7 до 17 лет. (соответственно 84,3% и 72,2%). Число больных с осложнёнными формами туберкулёза среди вакцинированных детей было достоверно ниже, однако, оно оказалось достаточно высоким и составило 55,3% и 57,4% соответственно у вакцинированных детей в возрасте до 6 лет и от 7 до 17 лет. В результате, при оценке частоты осложнённых форм туберкулёза у не вакцинированных и вакцинированных детей, можно констатировать, что даже при высокой частоте осложнённых форм туберкулёза у вакцинированных детей (57 из 101 больных-54,4%) число лиц с осложнениями в группе невакцинированных значительно выше 137 из 178 - 76,9% ($p < 0,01$).

С целью оценки качества вакцинации, проведена оценка характера туберкулёзного процесса у детей при различной величине поствакцинального рубчика. При величине рубчика от 1мм до 3 мм, качество вакцинации оценивалось как низкое, и отмечалась у 41 из 101 вакцинированных детей (40,6%). В 59,4% случаев величина рубчика была 4 мм и больше. Качество вакцинации в этом случае оценивалось как удовлетворительное. При оценке результатов, установлено, что у 2-х из 3-х вакцинированных детей, больных туберкулёзным менингитом размер поствакцинального рубчика был менее 3 мм. Диссеминированный туберкулёз, установленный у 4-х вакцинированных детей, во всех случаях возник у лиц с величиной рубчика от 1 до 3мм.

Оценка числа возникновения осложнений в зависимости от величины поствакцинального рубчика подтверждает необходимость улучшения качества вакцинации. У детей в возрасте до 6 лет, с величиной поствакцинального рубчика 1-3мм, осложнённые формы туберкулёза были выявлены у 19 из 21 вакцинированного (90,4%). Из 26 привитых детей в этом возрасте, с размером рубчика от 4 мм и больше, осложнённые формы туберкулёза были выявлены у 7 больных (26,9%), Разница в частоте осложнённых форм туберкулёза при различной величине рубчика в возрасте до 6 лет составила 63,5%. В группе детей от 7 до 17 лет, частота осложнений составила 80,0% и 44,1% соответственно у детей с поствакцинальным рубчиком до 3мм и от 4мм и более. Разница в частоте осложнённых форм туберкулёза у детей с поствакцинальным рубчиком до 3мм и от 4мм и более снижается до 35,9% т.е. практически в 2 раза по сравнению с показателями у детей в возрасте от 0 до 6

лет. Данный факт, с одной стороны, показывает значение качества вакцинации, с другой стороны, говорит о значительном угасании действия вакцины через 7-8 лет после вакцинации.

Установлено, что в очагах инфекции осложненное течение заболевания возникает чаще, чем у детей из неустановленного контакта соответственно 74,7% и 50,8% ($p < 0,01$). При этом в очагах, не вакцинированные дети имеют осложнённое течение туберкулёза достоверно чаще, чем вакцинированные, соответственно 82,6% и 62,5%. У детей не из контакта число осложнений было достоверно меньше, особенно среди вакцинированных (62,5% и 28,5% соответственно у не вакцинированных и вакцинированных детей из неустановленного контакта).

Для создания алгоритма своевременного выявления туберкулёза, мер комплексной профилактики заболевания у впервые выявленных больных детей, была проведена оценка работы по выявлению туберкулёза в городской и сельской местности. С этой целью проведён анализ, методов выявления туберкулёза у детей из Душанбе и районов.

Установлено, что из 279 больных, поступивших в стационар, только у 47 (16,8%), диагноз туберкулёза был установлен методами активного выявления туберкулёза. При этом, случаи активного выявления туберкулёза в сельской местности, установлены достоверно реже, чем в городской (соответственно 11,3% и 35,4%). $P < 0,01$. Остальные дети в городе (65,6%), в селе (88,7%) были направлены из поликлиник и стационаров, где они наблюдались и лечились по поводу неспецифических заболеваний органов дыхания. Данный факт свидетельствует о плохой работе первичного звена по раннему выявлению туберкулеза и требует мер по улучшению этой работы.

Для оценки работы по раннему и активному выявлению больных в очагах инфекции был проведён сравнительный анализ частоты случаев выявления туберкулёза у детей, из очагов инфекции и при неустановленном контакте в городе и селе. Из полученных данных следует, что методами активного выявления заболевания (обследование по контакту или при туберкулинодиагностике) в городской местности было выявлено 29,4% случаев (около 1/3 части) больных из всех очагов инфекции. В сельской местности число больных, выявленное в очагах инфекции активным методом составило 11,2% (всего около 1/10 части от всех заболевших в очагах в селе). Данный факт свидетельствует о недостатках работы в очагах в городской местности и о крайне неудовлетворительной работе медицинского персонала в очагах в сельской местности.

При оценке длительности лечения больных туберкулёзом в учреждениях общей лечебной сети, ни у одного больного туберкулёзом диагноз при поступлении в стационар в сроки от двух недель и более установлен не был, первые две недели все больные в городе и селе получали лечение антибиотиками широкого спектра действия. В амбулаторных условиях врачи общей сети из города более осведомлены о наличии контакта ребёнка с больным туберкулёзом, поэтому, после проведения курса неспецифической

терапии и контрольного рентгенологического исследования, при отсутствии эффекта от проведенной терапии направляли больных на консультацию к фтизиатру. В результате, более чем в половине случаев (55,6%) диагноз был установлен в сроки до одного месяца. Ещё в 44,4% случаев диагноз был установлен в течение 3-х месяцев. В сельской местности только у 2-х из 94 (2,1%) заболевших туберкулёзом, диагноз был установлен в сроки до одного месяца. В 42,5% случаев в сроки от одного до трёх месяцев и у большинства детей (55,4%) - от 3 до 6 месяцев и больше, что свидетельствует об отсутствии настороженности медработников в отношении туберкулёза и необходимости улучшения противотуберкулёзной работы в сельской местности.

Выполненное исследование позволило установить основные причины позднего выявления и развития тяжёлых и осложнённых форм туберкулёза в сельской местности:

- отсутствие ежегодной туберкулинодиагностики
- дефекты в наблюдении за контактными детьми, которые проживают в многосемейных хозяйствах, но не регистрируются и не наблюдаются как контактные.
- отсутствие или некачественное выполнение вакцинации вакциной БЦЖ, связанной с частым рождением детей в домашних условиях и отъездом матери с ребёнком к родителям.
- Имеет место и такой отрицательный фактор, как: несвоевременная диагностика туберкулёза у больных, обратившихся за помощью в учреждения общей лечебной сети за счет отсутствия настороженности врачей общего профиля в отношении туберкулеза

Результаты проведённого анализа причин формирования большого числа тяжёлых и осложнённых форм туберкулёза у детей в очагах инфекции в сельской местности явились основанием разработки усовершенствованной методики комплексной противотуберкулезной работы в очагах туберкулезной инфекции.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, 03.10.2015 №840 утверждена Форма №96 «Карта наблюдений за очагом туберкулезной инфекции», которая создавалась в рамках проводимого исследования.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Полученные данные свидетельствует о более сложной ситуации по туберкулёзу в сельской местности. По результатам пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л в школах г. Душанбе и районе Джалолидина Руми Хатлонской области установлено, что инфицированность у детей в сельской местности выше, чем в городе (соответственно 28,8% и 23%.; гиперергические реакции у детей в возрасте 13 -14 лет. в сельской местности отмечаются достоверно чаще, чем в городе (48,7% против 24,8%) По результатам исследования, туберкулёз был выявлен у 3 –х из 1884 детей в сельской местности и у 4-х из 4284 детей в городе [1–А, 3–А, 6–А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А,12-А, 13-А].
2. Факторами, определяющими более сложную ситуацию в сельской местности, являются особенности очагов инфекции в сёлах, а именно:
 - тяжелые социально-экономических условиях, которые отмечаются в 100% случаев в сельских очагах и в 58,1% случаев – в городских;
 - число детей в очаге на одного больного в селе и городе составляет соответственно.6,02 и 2,28, при этом, в сельской местности дети из контакта не с близкими родственниками, но проживающие, в одном семейном хозяйстве, не регистрируются и не наблюдаются как контактные.
 - отсутствие возможности оплатить рентгенологическое обследование, которое является платным [1–А, 3–А, 6–А, 7-А, 12-А, 17-А].
3. Остро-прогрессирующие формы туберкулеза (диссеминированный туберкулез, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит) достоверно чаще были выявлены в группе детей из очагов туберкулёза (19,7%) по сравнению с группой детей, не имевших контакта (3,3%); осложнённые формы заболевания также чаще выявлялись у детей в очагах инфекции (75,0% и 50,0% соответственно при установленном и неустановленном контакте $p < 0,05$ [5–А, 10-А, 18-А, 19-А].
4. Существенным фактором отрицательного влияния на заболеваемость является неполный охват детей вакцинацией. Отрицательные результаты пробы Манту наиболее часто (48,8%) отмечаются у детей в возрасте от 0 до 3 лет в сельской местности, что свидетельствует об отсутствии вакцинации у половины детей. Проблема в том, что, дети, родившиеся в селах вакцинируются в течение от 1 до 8 недель, то есть в период, когда в связи с национальными традициями, матери уезжают с детьми к своим родителям и дети остаются не вакцинированными [2–А, 4–А, 7–А].
5. Установлено, что в 28,6% случаев у не вакцинированных детей в возрасте до 6 лет были выявлены остро-прогрессирующие формы туберкулеза: туберкулёзный менингит (17,2%); диссеминированный туберкулёз (10,0%) и милиарный туберкулёз (1,4%). У вакцинированных детей в возрасте до 6 лет только в одном случае был установлен диссеминированный туберкулёз (2,1%). В возрасте от 7 до 17 лет

- различия между группами вакцинированных и не вакцинированных детей значительно снижаются: туберкулёзный менингит установлен в 9,3% случаев у не вакцинированных и в 5,6% случаев у вакцинированных детей; диссеминированный туберкулёз – соответственно 7,4% и 5,6%; инфильтративный туберкулёз -12,0 и 18,5%, что свидетельствует об угасании иммунитета после 7 лет [2-А, 4-А, 5-А, 14-А, 16-А].
6. Доказана необходимость улучшения качества вакцинации. У детей в возрасте до 6 лет установлено, что из 3-х случаев туберкулёзного менингита у вакцинированных детей, у двух больных размер поствакцинального рубчика был менее 3 мм. Диссеминированный туберкулёз, установленный у 4-х вакцинированных детей, во всех случаях возник у лиц с величиной рубчика от 1 до 3мм. В условиях снижения поствакцинального иммунитета, в возрасте от 7 до 17 лет стирается значение качества вакцинации. Случаи инфильтративного туберкулёза в этой группе детей, выявлялись с одинаковой частотой независимо от размера рубчика: при размере рубчика до 3мм выявление этой формы заболевания составила 20%; при рубчике 4мм. и более - 17,6% [2-А, 4-А, 5-А, 14-А, 16-А].
 7. Частота возникновения осложнённых форм заболевания доказывает необходимость повысить качество вакцинации. У детей в возрасте до 6 лет, с величиной поствакцинального рубчика 1- 3мм, осложнённые формы туберкулёза были выявлены у 19 из 21 вакцинированного (90,4%). Из 26 привитых детей в этом возрасте, с размером рубчика от 4 мм и больше, осложнённые формы туберкулёза были выявлены у 7 больных (26,9%) [2-А, 4-А, 5-А, 14-А, 16-А, 20-А].
 8. Установлено, что выявление туберкулеза у детей в большинстве случаев как в селе (88,7%), так и в городе (65,6%) было при обращении с жалобами в ОЛС. В случае наблюдения в амбулаторных условиях в городе, у 55,6% больных диагноз заболевания был установлен в течение месяца и в 41,5% –в сроки от 1 до 3 месяцев. В сельской местности, у 2,1% больных диагноз заболевания был установлен в течение месяца, у 42,5% –в сроки от 1 до 3 месяцев и у 42,5% больных в сроки от 3 до 6 месяцев, что свидетельствует об отсутствии настороженности медработников в отношении туберкулёза, и имеется необходимость улучшения противотуберкулёзной работы в сельской местности. [1-А, 6-А, 7-А, 9-А, 11-А, 13-А, 15-А, 19-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Обязательная качественная вакцинация новорождённых вакциной БЦЖ:
 - проведение мониторинга качества вакцинации БЦЖ у новорождённых;

- проведение оценки знаний медработников, которые проводят вакцинацию БЦЖ с повторным обучением навыкам проведения вакцинации каждые 6 месяцев;
 - проведение мониторинга соблюдения холодовой цепи при хранении и транспортировке вакцины БЦЖ;
2. Проведение бесплатного обследования на туберкулёз контактных детей.
 3. Ежегодная туберкулинодиагностика детей и двукратная туберкулинодиагностика в группах риска.
 4. Создание групп риска:
 - 1 группа наблюдения за детьми в очагах инфекции;
 - 2 группа наблюдения за детьми, выявленными по результатам пробы Манту:
 - дети и подростки с выражением туберкулиновой-пробы;
 - с гиперергической реакцией на туберкулин;
 - с нарастающей туберкулиновой чувствительностью
 должны раз в полгода проходить обследование и по решению врача получают курс профилактической химиотерапии.
 5. В случае выявления очага инфекции в сельской местности применять предложенный метод комплексной противотуберкулезной работы в очагах туберкулезной инфекции.

Список публикаций соискателя учёной степени **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А.] – Пиров К.И. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей из очагов инфекции / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров, Л.М. Пулатова, О.И. Бобоходжаев // Вестник Авиценны. -2012. -№1. -С.109-112.
- [2-А.] – Пиров К.И. Влияние вакцинации БЦЖ на структуру клинических форм туберкулёза у детей / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров, Б.П. Шарипов // Туберкулёз и болезни легких. -2014. -№8. -С.39-42.
- [3-А.] - Пиров К.И. Выявляемость локального туберкулёза у школьников разных регионов Республики Таджикистан / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров // Вестник Авиценны. -2017. –Т.19. -№1. –С. 90-93.
- [4-А.] – Пиров К.И. Влияния вакцинации БЦЖ на структуру клинических форм туберкулеза у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров, Д.М. Косимова // Вестник Авиценны. -2018. –Т. 20. -№2-3. –С. 281-286.
- [5-А.] – Пиров, К.И. Причины развития тяжёлых форм туберкулёза у детей в Республике Таджикистан / К.И. Пиров // Вестник ЦНИИТ: Москва. -2019. - №1. –С. 154-155.

Руководства, пособия и тезисы в сборниках конференции:

- [6-А.] Пиров, К.И. Случаи туберкулёза у детей в г. Душанбе, Таджикистан / К.И. Пиров, У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев // ПАНОРАМА: общественное здравоохранение (Журнал Европейского регионального бюро ВОЗ). -2016. –Т. 2, вып. 1. -С. 89-96.

- [7-А.] – Пиров К.И. Факторы риска влияющий на ТБ процесс у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров, О.И. Бобоходжаев // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана, Бишкек. – 2017. -№8. -С. 101-103.
- [8-А.] – Пиров К.И. Выявление инфицированных и больных туберкулёзом детей из очагов туберкулёзной инфекции и здорового окружения / У.Ю. Сиродждинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров // СИМУРГ: научно-медицинский журнал. -2019. -№3. -С. 33-36.
- [9-А.] – Пиров К.И. Вазъи бемории сил дар ш. Душанбе / У.Ю. Сиродждинова, Қ.И. Пиров, Б.П. Шарипов // СИМУРГ: научно-медицинский журнал. -2020. -№3. –С. 28-32.
- [10-А.] - Дастурамал оид ба идоракунии бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Қ.И. Пиров (ва ғ.) // Душанбе, 2017. -218 с. Бо фармоиши ВТҲИАҚТ тасдиқ гардидааст.-№173 аз 25.02.2015.
- [11-А.] - Дастурамали таълимӣ оиди ташхис ва табобати кӯдакони гирифтори бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Қ.И. Пиров (ва ғ.) // Душанбе, 2015. - 183 с. Бо фармоиши ВТҲИАҚТ тасдиқ гардидааст.-№128 аз 21.01.2016.
- [12-А.] – Пиров К.И. Методы обследования и диагностики туберкулёза у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров, З.Г. Гафуров // Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сборник статей 60-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ, Душанбе. -2012. -С. 318-319.
- [13-А.] – Пиров К.И. Мухимияти гузаронидани ташхиси туберкулини барои дарёфти саривактии намудҳои ниҳони сил дар байни кӯдакон / У.Ю. Сиродждинова, З.Ш. Дустматова, Қ.И. Пиров // Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сборник статей 60-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ, Душанбе. -2012. -С. 319-320.
- [14-А.] – Пиров, К.И. Взаимосвязь вакцинации БЦЖ и впервые выявленные клинические формы туберкулёза лёгких у детей / К.И. Пиров, Б.П. Шарипов, А.Б. Сангинов // Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы 9-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием. –Душанбе. -2014. –С. 40-41.
- [15-А.] – Пиров, К.И. Оптимизация выявления микобактерии туберкулёза у больных детей раннего возраста / К.И. Пиров, Б.П. Шарипов, // Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы 9-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием. –Душанбе. -2014. -С. 41-42.
- [16-А.] – Пиров, К.И. Эффективность вакцинации БЦЖ на развитии клинических форм туберкулёза у детей Республики Таджикистан / К.И. Пиров, О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сиродждинова // В материалах IX Конгресса Евро-Азиатского респираторного общества и VII Конгресса Пульмонологов Центральной Азии. –Ташкент. -2016. -С. 113-114.

[17-А.] – Пиров К.И. Методы выявления инфицированных туберкулёзом детей школьного возраста / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров, А.С. Раджабзода // В материалах IX Конгресса Евро-Азиатского респираторного общества и VII Конгресса Пульмонологов Центральной Азии. –Ташкент. - 2016. -С. 81.

[18-А.] Пиров К.И. Результаты туберкулинодиагностики детей из очагов туберкулезной инфекции / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров // Мат.конф. молодых ученых ТГМУ. –Душанбе. -2017. –С. 187.

[19-А.] - Пиров К.И. Методы выявления инфицированных туберкулёзом детей школьного возраста. // Мат конф молодых ученых ТГМУ Душанбе 2017. –С. 188.

[20-А.] Пиров К.И. Оценка значимого влияния специфической профилактики детей вакциной БЦЖ на развитие туберкулезного процесса./ Сиродждинова У.Ю., Бобоходжаев О.И., // В материалах 65-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. Душанбе, -2017. –С. 162-163.

Список условных сокращений

БЦЖ- бацилла Кальмета Жерена

ВГЛУ – внутригрудные лимфатические узлы

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГЦБТ - Городской центр борьбы с туберкулёзом г. Душанбе

ДОТС (DOTS) - краткосрочный курс химиотерапии под контролем

ДТЛ - диссеминированный туберкулёз лёгких

ЛУ- лекарственная устойчивость

Л/У- лимфоузлы

МЛУ - множественная лекарственная устойчивость

МБТ - микобактерия туберкулёза

ОЛС - общая лечебная сеть

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПТК- первичный туберкулезный комплекс

РКТБ - Республиканская клиническая туберкулёзная больница

РТ – Республика Таджикистан

РЦЗНТ - Республиканский центр защиты населения от туберкулёза

ТБ – туберкулёз

ТБ ВГЛУ - туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов

ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких

ХТ - химиотерапия

ШЛУ - широкая лекарственная устойчивость

ЦАР - Центрально Азиатские республики

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ
ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 579.873.21:579.252.55:615.281

Бо ҳукуки дастнавис

ПИРОВ ҚАДРИДИН ИКРОМОВИЧ

**ШАКЛҲОИ КЛИНИКӢ, ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАӢН,
СИРОЯТНОКШАВӢ ВА ҶОРАБИНИҲОИ ПРОФИЛАКТИКИИ
СИЛ ДАР КӢДАКONI МАНБАИ СИРОЯТИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

Диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб
аз рӯйи ихтисоси 14.01.16 – Силшиносӣ

Душанбе - 2021

Таҳкикот дар кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Сирочидинова Умриниссо Юсуповна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ: **Бобохочаев Октам Икромович** - доктори илмҳои тиб, дотсенти кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Аксёнова Валентина Александровна** - доктори илмҳои тиб, мудирӣ шуъбаи сили кӯдакон-наврасони Муассисаи бучетии “Маркази миллии тиббии таҳкикотии фтизиопулмонология ва бемориҳои сироятӣ”-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Зокирова Қурбонхон Акрамовна- доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи федералии давлатии бучетии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳкикотии сил» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи диссертатсия рӯзи « ____ » _____ соли 2021 соати « ____ » дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA–038 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.
Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, tajmedun.tj, +992 918724088

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

Автореферат « ____ » _____ соли 2021 ирсол шуд.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, доцент

Ҷамолова Р.Ҷ.

МУҚАДДИМА

Мубрамият ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Ҳолати бемории сил (БС) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пуршиддат бокӣ мемонад. Мувофиқи ҳисоботи умумии Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) оид ба БС дар соли 2010, дар Тоҷикистон нисбат ба Ҷумҳуриҳои Осиёи Миёна (ҚОМ) ва манотиқи Аврупоии ТУТ сатҳи баландтарини баҳогузори гирифтравӣ ба БС ба қайд гирифта шуд, 206 ҳолат ба 100 000 аҳоли, сар карда аз соли 2011 ва солҳои минбаъда тамоюли возеҳи пастшавӣ ба назар расид: дар соли 2011 -193 ба 100 000 нафар аҳоли; дар соли 2014 – 91, дар соли 2016 - 85 ва дар соли 2019- 83 ба 100 000 аҳоли [WHO, Global TB Report, 2012, 2015, 2017, 2020].

Дар бораи вазнин будани ҳолати эпидемиологӣ ошкор намудани шаклҳои вазнини паҳнфтаи беморӣ ҳам дар байни беморони калонсоли бори нахуст ошкоркардашуда ва ҳам дар байни кӯдакон гувоҳӣ медиҳанд. Фоизи баланди шаклҳои батсиллярии БС дар кӯдакон аз ташҳиси дери беморӣ дар ин гурӯҳҳои синнусолӣ шаҳодат медиҳад. Чунончи, дар соли 2019- Беморони хоричкунандаи микобактерияҳои сили (МБС), дар байни ҳама ҳолатҳои нави сили шушӯ 46,5%-ро ташкил дод. Аз ҷумла 66,5%-и ҳолатҳои нави сили шушии калонсолон ва 51%-и ҳолатҳои нави сили шушии дар кӯдаконро хоричкунандагони МБС ташкил медиҳад [ҳисоботи МҚҲАБС барои соли 2019].

Проблемаи актуалӣ дар ҷумҳурӣ сари вақт ошкор нагардидани бемории сил дар кӯдакон ба ҳисоб меравад. Дар ҳаллу фасли ин мушкилот нақши асосиро ташҳиси Манту мебозад, ки натиҷаи он имконият медиҳад, ки табиб сари вақт ба зарур будани таҳқиқоти кӯдакон аз хусуси бемории сил диққат диҳанд. Дар баробари ин, ташҳиси Манту, бинобар набудани маҳлули туберкулин ва кормандон, дар минтақаҳои ҷудогона, махсусан дар деҳот номунтазам гузаронида шудааст. Дар натиҷа ташкил кардани гурӯҳи хатари бемории сил дар байни кӯдакон, муоина, таҳқиқоти амиқи фтизиатрӣ, назорати диспансерӣ ва таботати профилактикӣ дуруст гузаронида намешуд.

Омили муҳимми хатари пайдошавии шаклҳои вазнин ва оризаноки бемории сил нуксонҳои муоинаи кӯдаконе ба ҳисоб мераванд, ки дар тамос бо беморони гирифтори бемории сил зиндагӣ мекунанд. Бештари вақтҳо, махсусан дар деҳот, тамосҳо ба қайд гирифта ва кӯдакон ҳамчун шахсони тамосдор муоина намешаванд. Тибқи маълумоти З. Ш. Дустматова (2010) зиёда аз нисфи кӯдакони бистаришуда барои таботат аз манбаъҳои сирояти сил дохил шудаанд, бояд гуфт, ки аксари вақт аз як оила 2-3 кӯдак буд. Ҳамаи кӯдакони бемор асосан ҳангоми мурочиат аз хусуси пайдо шудани аломатҳои возеҳи клиникии бемории сил ошкор карда шудаанд. То муқаррар кардани ташҳис ин кӯдакон дар статсионарҳои соматикӣ ва Марказҳои саломатӣ бенатиҷа таботат гирифтаанд, дар натиҷа бемории сил пеш рафта чараёни оризанок

гирифтааст. Ин беморон ҳамчун беморони тамосдор муоина карда нашудаанд ва химиопротифака нагирифтаанд. Ҳамин тавр, проблемаи актуалӣ дар ҷумҳурӣ, ки ба ҳаллу фасл зарурат дорад, ин омӯзиши хусусиятҳои манбаҳои сироят дар оилаҳои серфарзанд ва муайян кардани роҳҳои баланд бардоштани самаранокии чорабиниҳои зидди бемории сил дар онҳо ба ҳисоб меравад.

Маълум аст, ки протифакаи бемории сил аз эмкунии (васинатсия) навзодон бо ваксинаи БСЖ (батсиллаи Калмет Жерен) сар мешавад. Тибқи маълумоти омӯрӣ, фарогирии навзодон ба ваксинаи БСЖ дар кишвар 98% аст. Аммо, мувофиқи маълумоти беморхонаи сили кӯдакони ш. Душанбе, дар 60%-и ҳолатҳо кӯдакони бемори бистаришуда хадшачаи баъди ваксинатсионӣ надоштанд [Сироджидинова У.Ю., 2013].

Омӯзиши миқдор ва сифати иҷро кардани ваксинатсия, таҳлили хусусиятҳои сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда низ яке аз вазифаҳои актуалӣ барои ташкили корҳои самаркноки протифаки зидди бемории сил дар байни кӯдакон ба шумор меравад. Мувофиқи Нақшаи миллии стратегӣ оид ба ҳимояи аҳоли аз бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2020, кӯдакони манбаи бемории силро мунтазам муоина кардан ва дар давоми 6 моҳ аз химиопротифакаи назоратшаванда гузаронидан зарур аст. Ҳангоми гузаронидани ин чорабиниҳо кӯдакони бемор сари вақт ва бе ориза ошкор мегарданд ва табобат низ натиҷаи хуб медиҳад. Дар баробари ин, таҳқиқотҳои калон ҷиҳати баҳогузориҳои омилҳо ва таҳлили сабабҳои, ки садди роҳи беҳтаршавии вазъияти бемории сил дар кӯдакон мегарданд, гузаронида нашудааст.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омилҳо ва сабабҳои, ки садди роҳи беҳтаршавии вазъи бемории сил дар кӯдаконро мегарданд, вобастагии шаклҳои вазнини бемории сил аз сифати эми БСЖ, аҳамияти ташҳиси туберкулинӣ дар ошкор намудани кӯдакони гурӯҳи хатар омӯхта нашудаанд. Ба маҳакҳои муассисаҳои Кӯмаки аввалияи тибии санитарӣ, муоинаи кӯдакони тамосдошта ва гузаронидани химиопротифакаи кӯдакони тамосдошта дохил карда нашудаанд. Кӯдакони тамосдошта ба қайди диспансерӣ гирифта намешаванд ва ҳамчун гурӯҳи зери хатар аз муоинаҳо зарурӣ гузаронида намешаванд. Манбаҳои сирояти бемории сил аз тарафи кормандони тиббӣ дуруст муоина нагардида дар ягон ҳуҷҷат қайд карда намешавад, ки ба ҳамин ҷиҳатҳо пажӯҳиши мо бахшида мешавад.

Ҳамин тавр, омӯзиши нишондиҳандаҳои зикршуда дар гурӯҳҳои кӯдакон бо назардошти сукувати онҳо дар манбаҳои сирояти сили шахру деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон проблемаи актуалӣ маҳсуб мешавад.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Такмил додани усулҳои муоина ва ошкорсозии бемории сил дар кӯдакон аз манбаҳои сирояти бемории сил дар хоҷаҳои сероила, бо роҳи омӯзиши сабабҳои ташҳиси дер, хусусиятҳои равиши бемори ва омилҳои хатари пайдо шудани

беморӣ, дарёфти саривактӣи бемории силро дар кӯдакон беҳтар сохт. Тавре ки маълум аст, дарёфти саривактӣи бемории сил, яке аз индикаторҳои асосии Барномаҳои миллӣ оид ба бемории сил ба ҳисоб меравад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: Омӯхтани сатҳи сироятнокшавӣ аз бемории сил, аҳамияти вақсинасияи БСЖ, хусусиятҳои шаклҳои клиникӣ ва дар асоси ин тақдир додани дарёфти саривактӣи ва чорабиниҳои профилактикӣи комплекси пайдошавии бемории сил дар кӯдакон аз манбаҳои сироят.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот инҳо буданд:

- 279 кӯдакони бемори гирифтори бемории сил, ки дар беморхонаи сили кӯдакони ш. Душанбе дар давраи солҳои 2009 – 2019 бистарӣ буданд.

- 352 кӯдаке, ки дар манбаҳои сирояти бемории сил дар ш. Душанбе зиндагӣ мекарданд.

247 кӯдаке, ки дар манбаҳои сирояти бемории сил дар деҳот зиндагӣ мекарданд.

- 4284 кӯдак аз муҳити солими ш. Душанбе

-1884 кӯдак аз муҳити солими деҳот.

Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши сатҳи сироятнокшавии кӯдакони манбаи сироят ва муҳити солим аз бемории сил, таъсири вақсинасияи БСЖ ва сифати иҷро кардани он ба пайдошавии беморӣ, қор дар манбаҳои сирояти бемории сил ва омӯзиши сабабҳои дер ташхис кардани бемории сил дар кӯдакон мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани сатҳи сироятнокшавӣ ба бемории сил дар байни кӯдакони манбаи сироят ва кӯдакон аз муҳити солим.
2. Баҳогузори кардан ба аҳамияти вақсинасияи БСЖ ва сифати иҷро кардани он ба пайдошавии шаклҳои шадидан пешравандаи бемории сил дар кӯдакон.
3. Гузаронидани таҳлили муқоисавии шаклҳои клиникӣ ва хусусиятҳои чараёни бемории сили бори аввал ошқоркардашуда дар кӯдакони манбаи сироят ва кӯдаконе, ки тамосшон муқаррар карда нашудааст.
4. Қоркарди алгоритми дарёфти саривактӣи ва чорабиниҳои профилактикаи комплекси пешгирии пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошқор карда шудааст.

Усулҳои таҳқиқот. Ҳангоми иҷро намудани таҳқиқоти мазкур усулҳои зерин истифода карда шуданд: Ташхиси туберкулини дар кӯдакони манбаи сирояти бемории сил ва муҳити солим, ҷамъоварии анамнез, маълумот дар бораи вақсинасияи БСЖ, вучуд дошан ва андозаи ҳадшаҷаи пас аз вақсинасия, самаранокии он дар зоҳир шудани бемории сил дар кӯдакон, маълумотҳои таҳқиқотҳои рентгенологии қаблӣ; маълумоти объективӣ ва таҳқиқоти физикалӣ; таҳқиқоти бактериологии балғам ва обҳои шӯстаи бронхҳо.

Соҳаи таҳқиқот. Соҳаи пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи ҚОА-

и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ихтисоси 14.01.16 - Фтизиатрия: банди 2. Зухуроти клинӣи сили узвҳои нафаскашӣ кӯдакон, наврасон ва калонсолон, ихтилоли функсияи узвҳои нафаскашӣ ва дигар узвҳо ва системаҳо ҳангоми бемории сил якҷоя бо бемориҳои ҳамроҳшуда, ташҳиси бемории сили узвҳои нафаскашӣ бо истифода аз усулҳои клинӣ, лабораторӣ, шуӣ ва ғайра, ташҳиси тафриқӣи бемории сили узвҳои нафаскашӣ ва дигар бемориҳои шуӣ; банди 3. Табобати бемории сили узвҳои нафаскашӣ: химиотерапия, табобати патогенетикӣ, табобати санаторӣ-курортӣ, химиотерапия амбулаторӣ, шаклҳои ташкилии гузаронидани химиотерапия, табобати реабилитатсионӣи бемории сил ва оқибатҳои; банди 4. Ошкор сохтан, эпидемиология ва омори бемории сил, муоинаи диспансерии контингентҳои беморони гирифтори бемории сил мувофиқат мекунад. Профилактика, ваксинатсияи зиддисилӣ, химиопрофилактика, профилактикаи санитарии бемории сил, ташҳиси шуӣ, туберкулин ташҳис, ташҳиси бактериологӣ ва молекулярӣи генетикӣ дар ташҳис ва ошкор намудани бемории сил, эпидемиологияи бемории сил дар шароити тағйирёбанда, омӯзиши манбаи сироятнокии бемории сил ва роҳҳои сироятёбӣ, аз якдигар сироятношавии одамон ва ҳайвонот ба бемории сил, шаклҳои нави чорабиниҳои зидди бемории сил, корҳои диспансерӣ, стационарӣ ва санаторӣ, баҳисобгирии омори ва коркарди маълумотҳои омори, рост меояд.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳилаи I –и таҳқиқот адабиёти ба мавзӯи мазкур дахлдорро омӯхтем. Баъдан мавзӯъ ва ҳадафи диссертатсия мушаххас карда шуд. Хусусиятҳои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони манбаи сирояти бемории сил дар хоҷагиҳои сероила, омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилӣ-тиббӣ, ки барои пайдо шудани бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошкоркардашуда аз манбаи сирояти бемории сил дар хоҷагиҳои сероила мусоидат мекунанд, ошкор карда шуданд. Таъсири ваксинатсияи БСЖ ва сифати иҷро кардани он ба чараёни бемории сил дар кӯдакон. Алгоритми сари вақт ошкор кардан ва чорабиниҳои профилактикӣи комплекси пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошкоркардашуда аз манбаи сирояти бемории сил дар хоҷагиҳои сероила таҳия карда шуд. Дар заминаи маводи таҳқиқот алгоритми сари вақт ошкор кардан ва чорабиниҳои профилактикӣи комплекси пайдошавии бемории сил дар кӯдакон таҳия шуда, гурӯҳҳои муоинаи диспансерӣ таҷдиди назар шуда, гурӯҳи IV-и муоинаи диспансерии кӯдакони тамосдошта дохил карда шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар таҳқиқот маълумотҳои (диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Ҳимояшуда, мақолаҳои нашршуда дар маҷаллаҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо) бахшида ба мавзӯи проблемаҳои бемории сил бахшидашуда омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Бозътимодии натиҷаҳои

тахқиқотро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошуоршудаи сирояти бемории сил аз манбаъҳои сирояти дар хоҷагиҳои сероила асоснок карда шудаанд.

Навгонии илмии таҳқиқот.

1. Бори нахуст дар асоси маводи фаровони клиникӣ хусусиятҳои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошкоршудаи сирояти бемории сил аз манбаъҳои сирояти дар хоҷагиҳои сероила дар мукоиса аз бемороне, ки дар онҳо манбаи сироят муқаррар карда нашудааст, омӯхта шудааст.
2. Бори нахуст омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилӣ-тиббӣ барои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бори аввал ошкоршудаи сирояти бемории сил аз манбаъҳои сироятӣ дар хоҷагиҳои сероила дар мукоиса аз бемороне, ки дар онҳо тамоси сироят муқаррар карда нашудааст, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди омӯзиш қарор дода шудааст.
3. Дар асоси маводи таҳқиқот алгоритми сари вақт ошкор намудан ва андешидани чораҳои профилактикии комплекси бемории сил дар кӯдакон аз манбаъҳои сироятӣ дар хоҷагиҳои сероила таҳия карда шудааст.
4. Дар асоси маводи таҳқиқот гурӯҳҳои муоинаи диспансерӣ таҷдиди назар шуда, гурӯҳи IV-и муоинаи диспансерии кӯдакони тамосдошта дохил карда шуд.

Аҳамияти назариявии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашударо дар раванди таълими муассисаҳои таълимии олии тиббӣ истифода намудан мумкин аст.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда барои муносибгардони ошкорсозии барвақт, бартараф намудани сабабҳои беморшавии кӯдакони манбаи сироят, барои муайян кардани тактикаи табобати кӯдакони бемори гирифтори сили бори нахуст ошкоркардашуда аз манбаъҳои сироят ва баланд бардоштани самаранокии профилактика ва табобат аҳамияти калон доранд. Гурӯҳҳои муоинаи диспансерии кӯдакони тамосдошта бознигарӣ шуданд. Таҳқиқоти пурра барои ошкор кардани БС гузаронида мешавад, дар сурати истисно кардани БС, ба муддати 6 моҳ бо изониазид химиопротифилактика таъйин мекунанд. Тартиботи мазкури муоинаи диспансерӣ, бо Дастури Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ № 173 аз 25.02. соли 2015 тасдиқ карда шудааст ва иҷрои он дар ҳама муассисаҳои Кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳатмӣ мебошад.

Дар фаъолияти амалии нигоҳдории тандурустӣ картаи муоинаи манбаи сирояти бемории сил коркард ва татбиқ карда шуд, ки бо Дастури Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ аз 03.10.2015 таҳти №840 тасдиқ карда шуда ва иҷрои он дар ҳама муассисаҳои Кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳатмӣ мебошад. Фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 12.05.2013

таҳти №16. Дар бораи ба индикаторҳои КАТС дохил кардани боз 4 индикатори дигар оид ба БС тасдиқ карда шуд, ки мувофиқи он кор дар муассисаҳои КАТС ҳар се моҳ баҳогузорӣ карда мешавад, аз ҷумла миқдори таҳқиқотҳои беморони тамосдошта аз манбаи сироят ва миқдори кӯдакони тамосдошта и то 7-сола, ки бо изониазид химиопротилактика қабул кардаанд.

Нуктаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда:

1. Маълумотҳои ба даст овардашуда аз вазъи мураккабтари бемории сил дар деҳот гувоҳӣ медиҳад. Аз рӯи натиҷаҳои озмоиши Манту бо 2 ТЕ ППД-Л дар мактабҳои таҳсилоти умумии ш. Душанбе ва ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ вилояти Хатлон муқаррар карда шуд, ки сироятнокшавии кӯдакон дар кӯдакони деҳот назар ба шаҳр зиёд (мутаносибан 28,8% ва 23,0%) аст; аксуламалҳои гиперергӣ дар кӯдакони синну соли 13 -14 –сола дар деҳот, назар ба шаҳр саҳеҳан бештар ба назар мерасад (48,7% дар муқобили 24,8%) . Тибқи натиҷаҳои таҳқиқот бемории сил дар 3-нафар аз 1884 кӯдакони деҳот ва дар 4-нафар аз 4284 кӯдакони шаҳр (мутаносибан 159,2 ва 93,3 ба 100 ҳазор аҳолии кӯдакон, $P < 0,001$) ба қайд гирифта шуд.

Омилҳои муайянкунандаи вазъи нисбатан мураккабтар дар деҳот, хусусиятҳои манбаҳои сироят дар деҳот, махсусан инҳо ба ҳисоб мераванд:

- шароити вазнини иҷтимоӣ-иқтисодӣ, ки дар манбаҳои деҳот ба мушоҳида мерасанд;

- миқдори кӯдакон дар манбаъ ба як бемор дар деҳот ва шаҳр мутаносибан 6,02 ва 2,28-ро ташкил медиҳад, дар ин маврид, дар деҳот асосан дар хоҷагиҳои сероила ва кӯдакони тамосдошта на танҳо бо хешовандони наздик, балки бо онҳое, ки дар як оила зиндагӣ мекунанд, ҳамчун тамосдошта ба қайд гирифта ва муоина карда намешаванд.

2. Шаклҳои шадидан пешравандаи бемории сил (сили паҳнҷфта, сили милиарӣ, менингити силӣ) дар гурӯҳи кӯдакони манбаи сирояти бемории сил назар ба кӯдакони тамоснадошта саҳеҳан бештар (мутаносибан 19,7% ва 3,3%, $P < 0,001$) буданд; шаклҳои оризаноки беморӣ низ дар гурӯҳи кӯдакони манбаи сирояти бемории сил (мутаносибан 75,0% ва 50,0% ҳангоми муқаррар кардан ва муқаррар накардани тамос, $p < 0,05$) зиёд буданд.

3. Омилҳои муҳимми расонандаи таъсири манфӣ ба беморшавӣ нопурра фаро гирифтани кӯдакон ба ваксинатсияи БСЖ-и кӯдакон ба шумор меравад. Натиҷаҳои манфии озмоиши Манту зиёдтар (21 кӯдак ё 48,8%) дар кӯдакони синну соли аз 0 то 3-сола дар деҳот дида шуд, ки аз набудани ваксинатсия дар нисфи зиёди кӯдакон (14 кӯдак ё 66,6%) ва бесифат гузаронидани он (7 ё 33,4%) дарак медиҳанд. Мушкилӣ дар он аст, ки кӯдакони дар деҳот таваллудшуда дар муҳлати аз 1 то 6 ҳафта ваксинатсия мешаванд, аксаран дар ин давра вобаста ба анъанаҳои миллӣ модарон бо кӯдакони худ ба хонаи волидайн мераванд ва кӯдакон беваксинатсия мемонанд.

4. Зарурати ваксинатсия муқаррар карда шудааст, чунки дар 2,1%-и ваксинатсия шудагон ва дар 28,6% ($P < 0,001$) дар кӯдакони ваксинатсия нашудагони синну соли то 6-сола шаклҳои шадидан пешравандаи бемории сил ба қайд гирифта шуд; менингити силӣ (0 ва 17,2%); сили паҳнҷфта

(пошхӯрда) (2,1% ва 10,0%) ва сили миллиарӣ (0 ва 1,4%). Дар синну соли аз 7 то 17-сола фарқият байни гурӯҳҳои ваксиншуда ва ваксиннашуда хеле кам мешавад: менингити силӣ дар 9,3%-и ҳолатҳо дар кӯдакони ваксиннашуда ва дар 5,6% ҳолат дар кӯдакони ваксиншуда ($P>0,05$) дида шуд; сили пахнӯфта (пошхӯрда) – мутаносибан дар 7,4% ва 5,6%; сили инфилтративӣ (тарашшухӣ) -12,0 ва 18,5% буд, ки аз маҳшавии иммунитети махсус пас аз 7 сол гувоҳӣ медихад.

5. Зарурати беҳтар кардани сифати ваксинатсия исбот карда шудааст. Дар кӯдакони синну соли то 6-сола муқаррар карда шуд, ки аз 3 ҳолати менингити силӣ дар кӯдакони ваксиншуда, дар ду бемор андозаи хадшачаи пасазваксинатсия камтар аз 3 мм (66,6%) буд. Сили пахнӯфта (пошхӯрда), ки дар 4 кӯдаки ваксиншуда дида шуд, дар ҳама ҳолатҳо дар онҳо бузургии хадшача аз 1 то 3 мм (100%, $P<0,001$). Дар шароити паст шудани иммунитети баъди ваксинатсия, дар синну соли аз 7 то 17-солагӣ аҳамияти сифати ваксинатсия шӯста мешавад. ҳолатҳои сили инфилтративӣ дар ин гурӯҳи кӯдакон бо миқдори якхелаи новобаста аз андозаи хадшача ба назар расид: хангоми то 3 мм будани хадшача ошкоросозии ин беморӣ 20%-ро ташкил дод; дар ҳолати 4 мм. будани хадшача ва аз он бештар – дар 17,6% дида шуд ($P>0,05$).

Саҳми шахсии диссертант. Муаллифи диссертатсия шахсан 279 бемори гирифтори силро муоина кардааст, ки онҳо дар беморхонаи бемориҳои сили кӯдакони шаҳри Душанбе ва ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ бистарӣ буданд.

Ташкил ва гузаронидани ташҳиси туберкулинии 4284 мактабхони шаҳри Душанбе ва 1884 мактабхони ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ вилояти Хатлон бо мақсади омӯختани аз бемории сил сироятнокшавии ин кӯдакон. Ҷамчунин 352 кӯдак, аз шаҳри Душанбе, ки дар манбаи сирояти бемории сил зиндагӣ мекарданд ва 247 кӯдаки ноҳияи Ҷалолиддини Балхӣ вилояти Хатлон, ки дар манбаи сирояти бемории сил зиндагӣ мекарданд, низ муоина карда шуданд.

Апробатсияи диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Натиҷаҳои таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш ва баррасӣ шудаанд: Конференсияи байналмилалӣ оид ба бемории сил, дар Қирғизистон соли 2017, Конгресси 1X-и Авру-Осиёгии ҷамъияти респираторӣ, Ташкент соли 2016, Конгресси VII-и пулмонологҳои Осиёи Миёна, Ташкент соли 2016, 1X- умин конференсияи солонаи илмӣ- амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, Душанбе соли 2014, конференсияҳои солонаи илмӣ- амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018); конференсияи илмӣ- амалии Беморхонаи сили кӯдакон, ш. Душанбе ва Маркази муҳофизати аҳоли аз бемории сил, ш. Душанбе (Душанбе, 2014); Конференсияи байналмилалии олимони ҷавони Пажӯҳишгоҳи марказии илмӣ-таҳқиқотии сил (Москва, 2019); ҷаласаҳои кафедраи

фтизиопулмонологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (Душанбе 2018, 2019).

Натичаҳои таҳқиқот дар маводи тренингӣ оид ба омӯзонидани табибон – фтизиатрҳо, табибаони оилавӣ ва педиатрҳо оид ба фаслҳои сили кӯдакон бо мисолҳо ва ҳолатҳои мушаххас татбиқ шудаанд. Оид ба дуруст ташкил кардани гурӯҳҳои хатар, таҳқиқоти кӯдакони ин гурӯҳҳо ва фаъолони фиристодани онҳо ба диспансери зиддисилӣ дарс гузаронида мешавад. Ба кормандони тиббӣ малакаҳои гузаронидани гандзудои (дезинфексия) чорӣ дар манбаи сироят омӯзиш гузаронида шуд. Ҳангоми ҳисоботҳои семоҳа низ ҳолатҳои мушаххаси ҳолатҳои сили кӯдакон баррасӣ шудаанд.

Натичаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда ҳангоми бознигари «Дастур оид ба муҳофизати беморони гирифтаи бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2015» ба эътибор гирифта шудааст. Ин дастур аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, таҳти № 173 аз 25.02. соли 2015 тасдиқ карда шудааст. Дар ҳуҷҷати мазкур фасли ба қайд гирифтаи ва муоина кардани кӯдакони тамосдошта дохил карда шуда буд, ки хеле муҳим аст, зеро дар 25 соли охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон кӯдакони тамосдошта ба қайди диспансерӣ гирифта ва муоина карда нашудаанд.

Картаи таҳияшудаи муоинаи манбаи сирояти бемории сил бо дастури Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, таҳти № 840 аз 03.10. соли 2015 тасдиқ карда шуда, нашр ва дар фаъолияти амалии шабакаи уммии табобатӣ татбиқ шуда истодааст.

Интишори натичаҳои диссертатсия. Аз рӯи натичаҳои диссертатсия 20 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 129 саҳифаи матни компютерӣ бо забони русӣ таълиф шудааст. Аз муқаддима, шарҳи адабиёт, тавсифи муоинаҳои клиникӣ ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби таҳқиқотҳои худӣ диссертант, Хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ барои дар амалия татбиқ намудан, рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт аз 172 сарчашма, аз ҷумла (110 адабиёти ватанӣ ва 62 адабиёти хориҷӣ) иборат аст. Дар рисола 23 ҷадвал ва 10 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои баҳогузорӣ ва муайян намудани сироятнокшавии кӯдакон аз муҳити солим дар мактабҳои таҳсилоти умумии ш. Душанбе ҳонандагони синфҳои 2-6 ташхиси туберкулини бо ёрии озмоиши Манту 2 ТЕ ППД-Л (дар 4284 нафар мактабхон) гузаронида шуд. Барои баҳогузорӣ ба вазъият дар деҳот ҳамин гуна таҳқиқот дар 1884 мактабҳои ноҳияи Ҷалололдинӣ Балхӣ анҷом дода шуд.

Бо мақсади муқоиса кардани омилҳои хатар дар манбаҳои сироят дар шаҳр ва деҳот 352 кӯдак аз 154 манбаи сирояти ш. Душанбе ва 247 нафар кӯдак аз 41 манбаи сирояти ноҳияи Ҷалололдинӣ Балхӣ вилояти Хатлон

мавриди таҳқиқ қарор дода шуд. хусусияти манбаъҳо ва омилҳои хатар дар кӯдакон дар манбаи сироят омӯхта шуд.

Барои баҳогузори кардани хусусиятҳои ҷараёни бемории сил, дар кӯдакони манбаи сироят ва кӯдакони тамосашон муқаррарнашуда таҳқиқоти пурраи клиникӣ- рентгенологӣ ва микробиологии кӯдаконе гузаронида шуд, ки барои табобат ба беморхонаи сили кӯдакон дохил шуда буданд, онҳо ҳамагӣ 279 нафарро ташкил доданд. Аз ҷумла, кӯдакони манбаи сироят -218 нафар ва кӯдакони тамосашон муқаррарнашуда - 61 бемор буд.

Ҳангоми баҳогузории таъсири ваксинатсия ва сифати иҷро кардани он ба ҷараёни бемории сил, дар ҳамаи 279 кӯдакони бемори бистаришуда шаклҳои беморӣ, миқдор ва хусусиятҳои ҷараёни оризаноки бемории сил дар кӯдакони аз БСЖ ваксиншуда (178) ва ваксиннашуда (101) кӯдак муқоиса карда шуд. Барои баҳогузории сифати ваксаинатсия, хусусияти ҷараёни бемории сил дар кӯдакон ҳангоми аз 1мм то 3 мм будани хадшача (сифати пасти ваксинатсия, ҳангоми 4 мм ва аз он зиёд будани хадшача –сифат қаноатбахш аст) омӯхта шуданд. Барои баҳогузории аҳамияти пастшавии иммунитет дар синну соли мактабӣ ва зарурати реваксинатсия натиҷаҳои таҳқиқот дар гурӯҳҳои кӯдакони синну гуногун баҳогузори карда шуд: аз 101 кӯдакони ваксиншуда 46 нафар – синну соли 6-сола ва 57- нафар аз 7-сола боло буданд.

Барои баҳо додан ба кори қарордони тиббии шаҳр ва деҳот дар манбаъҳои сироят, усулҳои ошкор кардани бемории сил дар кӯдакони шаҳр ва деҳот, ҳамчунин дар кӯдакони манбаъҳои сироят ва ҳангоми тамоси муқаррарнашуда таҳлил карда шуданд. Мухлати ташҳис ва муоинаи беморони гирифтори бемории сил дар муассисаҳои КАТС аз лаҳзаи мурочиат то фиристодан ба муассисаҳои зиддисилӣ мавриди таҳлил қарор дода шуд.

Таҳқиқи кӯдакон таҳлили маълумотҳои анамнезро дар бар гирифт, ба шикоятҳои беморон диққати махсус дода шуд: ҳарорати бадан, сулфа, симптомҳои захролудшавӣ. Дар мавриди мавҷуд будани тамос бо беморони гирифтори БС, дар бемори қалонсол будан ё набудани бактерияхориҷкунӣ (устуворӣ ба доруҳои зиёд (УДЗ)/БС, устувории васеъ ба доруҳо) УВД/БС) ҳатман ба қайд гирифта шуд; оё кӯдаки бемор ҳамчун тамосдошта ба қайд гирифта шудааст. Мухлатҳои аз оғози беморӣ то дохил шудан ба статсионари беморӣҳои сил, маълумот дар бораи ташҳиси туберкулини, ваксинатсияи БСЖ; вучуд доштан ва андозаи хадшаи пас аз ваксинатсия.

Ҳангоми муоина қардан ба вучуд доштани гирехҳои лимфавӣ, андозаи онҳо, миқдори гурӯҳҳо ва консистенсияҳо диққат дода шуд. Маълумотҳои таҳқиқоти физикалӣ баҳогузори карда шуданд. Таҳқиқотҳои бактериологӣ: микроскопияи молишаки балғам, обшӯсти роҳҳои болои нафаскашӣ, индуксияи балғам –кишти балғам дар муҳити ғизоӣ бо мақсади ошкор кардани БК ва флораҳои номахсус. Маълумотҳои лабораторӣ: таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили биохимиявии хун.

Таҳқиқоти рентгенологии шушҳо ҳар моҳ гузаронида шуд. Ҳангоми дохил шудан дар ҳамаи беморон рентгенограммаи мустақим ва паҳлӯӣ

гузаронида шуд, хангоми зарурат - томограммаи пахлӯӣ ва томограммаи компютерӣ гузаронида шуд.

Дар сурати мавҷуд будани плеврити экссудативӣ таҳқиқоти моеъи чавфи плевра ва хангоми гиперплазияи гиреҳҳои лимфатикӣ канорӣ ва хангоми зарур будан бо мақсади ташхисӣ биопсияи гиреҳҳои лимфатикӣ бо таҳқиқоти гистологӣ гузаронида шуд.

Дар статсионар дар ҳамаи беморон, новобаста аз натиҷаҳои қаблии ташхиси туберкулини, озмоиши Манту бо 2 ТЕ ППД-Л гузошта шуд. Ақсуламал бо озмоиши Манту пас аз 72 соат ба ҳисоб гирифта шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Барои баҳогузорию муқоисавии кӯдакони синну соли мактабии сироятнокшуда дар шаҳр ва деҳот, мактабҳои ш. Душанбе (4284 нафар) ва ноҳияи Ҷалололиддини Балхӣ (1884 нафар) ташхиси туберкулини бо ёрии озмоиши Манту бо 2 ТЕ ППД-Л гузаронида шуд. Аз таҳқиқот кӯдаконе, ки аз манбаи муайяни сироят буданд ва хангоми мавҷуд будани зиддинишондод барои гузаронидани ташхиси туберкулини истисно (хориҷ) карда шуданд. Аз рӯи синну сол, кӯдакон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: синну соли барвақти мактабӣ аз 8 то 12 –сола ва синну соли препубертӣ аз 13 то 14-сола. Маълумотҳо дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Ҷадвали 1. - Натиҷаҳои ташхиси туберкулинии кӯдакон дар мактабҳои ш. Душанбе ва ноҳияи Ҷалололиддини Балхӣ (тамос муқаррар карда нашуд).

Синну соли кӯдакон	Ҷои истиқомат	Миқдори кӯдакон		Натиҷаи озмоиши Манту бо 2ТЕ ППД-Л					
				Манфӣ		Шубҳанок		Мусбат	
		Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Аз 8 то 12	Душанбе	2902	100	2546	87,7	122	4,2	234	8,1
	Ноҳия	1478	100	1163	78,7	88	5,9	227	15,3
	P			p<0,01				p<0,05	
Аз 13 то 14	Душанбе	1382	100	1123	81,2	33	2,4	226	16,3
	Ноҳия	406	100	296	72,9	32	7,9	78	19,2
	P			p<0,01				p >0,05	
Ҳамагӣ	Душанбе	4284	100	3669	85,6	155	3,6	460	10,7
	Ноҳия	1884	100	1459	77,5	120	6,4	305	16,2
	P			p<0,01				p >0,05	

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки миқдори ошкор кардани ақсуламалҳои мусбат ба туберкулин дар навоҳии деҳот, дар кӯдакони аз 8 то 12 -сола нисбат ба кӯдакони шаҳр саҳеҳан зиёд (мутаносибан 15,3% ва 8,1%; p<0,05) буд. Ғайр аз ин, миқдори ақсуламалҳои мусбати ошкоркардашуда ба озмоиши Манту бо 2ТЕ ППД-Л ҳам дар шаҳр ва ҳам дар деҳот дар кӯдакони синну соли препубертатӣ хело баланд (мутаносибан 16,3% ва 19,2%) буд. Дар кӯдакони ноҳия, синну соли аз 13 то 14-сола ақсуламалҳои гиперергӣ назар ба кӯдакони шаҳр ду маротиба зиёд (мутаносибан 48,7% ва 24,8%, p<0,05) буд. Ҳамин тавр, миқдори ақсуламалҳои мусбат ба туберкулин ва аз ҷумла, гиперергӣ дар ноҳия назар ба шаҳр саҳеҳан зиёд буд.

Ҳангоми таҳқиқоти клиникӣ, дар 7 кӯдак (4 нафар аз шахр, 3 нафар аз деҳот) бемории сил муайян карда шуд. Аз 4 нафар сокинони шахр дар 1 нафар комплекси аввалияи сил (КАС) ва дар 3 нафар – гирифтори БС гирехҳои лимфавии дохилисинагӣ (ГЛДС) буданд. Дар сокинони деҳот дар як ҳолат КАС, дар як ҳолати дигар – БС ГЛДС ва дар як кӯдаки дигар – БС гирехҳои лимфавии канорӣ ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, дар ноҳияи Ҷалололиддини Балхӣ, хангоми таҳқиқи 1884 мактабхон 3 нафари гирифтори БС ва аз 4284 мактабхонҳои мактабҳои шаҳри Душанбе – 4 мактабхон гирифтори БС буданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз вазъи нисбатан мураккабтари БС дар деҳот ва зарурати ҳамасола гузаронидани ташҳиси туберкулини дар кӯдакони солим гувоҳӣ медиҳад, ки аз рӯйи натиҷаи он гурӯҳи хатарро барои таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ ва муоинаи динамикӣ бо мақсади барвақт ошкор намудани бемории сил интихоб кардан лозим мешавад.

Барои баҳогузорӣ намудани омилҳои хатар дар манбаи сироят, дар деҳот ва шахр инҳо омӯхта шуданд: 41 манбаи дорои беморони бактерияхориҷкунанда дар деҳот (дар тамос 247 кӯдак) ва 154 манбаи сироят (352 кӯдак) дар ш. Душанбе.

Омӯзиши мақоми иҷтимоии оилаи беморони бактерияхориҷкунанда нишон дод, ки дар шахр тақрибан 58,1%-и беморон дар шароити вазнини иҷтимоӣ-иқтисодӣ зиндагӣ мекунанд, дар шароити деҳот бошад чунин вазъи зиндагӣ дар ҳамаи манбаъҳои сироят ба қайд гирифта шуд.

Баҳогузори муқоисавии манбаъҳои сироят аз рӯйи миқдори кӯдакони тамосдошта бо беморон нишон дод, ки дар деҳот, манбаъҳои дорои аз 2 то 4 кӯдак ҳамагӣ 8 адад буд ва дар онҳо 26 нафар кӯдак аз 247 нафар (10%) зиндагӣ мекард. Кӯдакони боқимонда дар оилаҳои зиндагӣ мекарданд, ки дар он ҷо дар тамос бо беморони бактерияхориҷкунанда аз 5 то 10 кӯдак рост меомад. Нишондиҳандаи миёнаи миқдори кӯдакони тамосдошта бо як бемор дар ноҳияи Ҷалололиддини Балхӣ 6,0-ро ташкил дод.

Дар баробари ин, дар ш. Душанбе, дар 52 манбаи сироят бо беморон 1 нафарӣ кӯдак, дар 51 манбаи сироят- дукӯдакӣ ва танҳо дар 11 манбаи сироят аз 5 то 7 нафар тамос доштанд. Нишондиҳандаи миёнаи миқдори кӯдакон ба як бемор дар шаҳри Душанбе 2,3 нафарро ташкил дод. Дар натиҷаметавон хулоса баровард, ки бинобар зиёд будани миқдори кӯдакон дар як манбаи сироят, миқдори беморшудагон дар деҳот метавонад, ки то 3 маротиба бештар бошад, назар ба шахр. Ғайр аз ин, дар деҳот аз тамос доштан бо ғайри хешовандони наздик, аммо дар як ҳолати оилаҳо зиндагикунанда, бояд ҳамчун тамосдошта ба қайд гирифта ва муоина карда шаванд, ки ин кор айни замон иҷро нашуда истодааст. Дар робита аз ин, натиҷаҳои озмоиши Манту бо 2ТЕ ППД-Л М дар кӯдакони манбаи сироят дар мавзӯҳои деҳот ва шахр омӯхта шуданд (ҷадвали 2).

Чадвали 2. - Натиҷаҳои таҳлили туберкулинии кӯдакон дар манбаи сироят дар ш. Душанбе ва ноҳияи Чалолитдини Балхӣ (тамос муқаррар карда шудааст).

Синну соли кӯдакон	Макони гузаронидан	Микдори кӯдакон	Натиҷаҳои Озмоиши Манту Бо 2ТЕ ППД-Л					
			Манфӣ		Шубҳанок		Мусбат	
			Шумора	Шум.	%	Шум.	%	Шум
0-3 Синну соли барвақт	Ноҳия	43	21	48,8	11	25,6	11	25,6
	Душанбе	48	16	33,3	20	41,6	12	25,0
	Р*		p > 0,05		p > 0,05			
3-6 синну соли мактабӣ	Ноҳия	58	18	31,0	14	24,2	26	44,8
	Душанбе	84	26	30,9	34	40,5	24	28,6
	Р*				p > 0,05		p > 0,05	
7-12 Синну соли барвақти мактабӣ	Ноҳия	60	10	16,6	24	40,0	26	43,4
	Душанбе	65	16	24,6	22	33,8	27	41,6
	Р*		p > 0,05		p > 0,05			
13 ва калонтар	Ноҳия	86	10	11,6	20	23,2	56	65,1
	Душанбе	155	40	25,8	37	23,9	78	50,3
ҶАМАГӢ	Ноҳия	247	59	23,9	69	28,0	119	48,1
	Душанбе	352	98	27,8	113	32,6	141	40,0
			p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	

Муқаррар карда шуд, ки дар кӯдакони то 3 –сола, дар манбаҳои сирояти деҳот дар 48,8% -и ҳолатҳо натиҷаи манфии озмоиши туберкулинӣ дида мешавад. Ин гувоҳи он аст, ки кӯдакони то се сола, дар манбаҳои сирояти деҳот дар нисфи ҳолатҳо ваксиннашуда буданд ва ё ваксинатсия бесифат буд. Дар баробари ин, дар шаҳр, натиҷаҳои манфии озмоиши туберкулин дар кӯдакон и то 3-сола 33,3%-ро ташкил дод. Дар синну соли пас аз 3-сола микдори кӯдакони деҳот бо натиҷаҳои манфии озмоиши Манту бо 2ТЕ ППД-Л кам мешавад, ин аз зиёд шудани микдори кӯдакони сироятнокшуда гувоҳӣ медиҳад, онро тақрибан 2 маротиба (аз 25,6% то 44,8%) зиёд шудани микдори кӯдакони дорои натиҷаҳои мусбати озмоиши туберкулин тасдиқ мекунад.

Таҳлили муқоисавии шаклҳои клиники бемории сил дар беморони манбаи сироят ва кӯдакони тамосшон аниқ қарданашуда (чадвали 3) нишон дод, ки дар кӯдакони манбаи сироят шаклҳои вазнини бемории сил зиёдтар ба мушоҳида мерасад. Аз 25 ҳолати менингити силӣ, 24 ҳолат дар кӯдакони манбаи сироят ва 1 ҳолати тамосшон аниқ қарданашуда буданд.

Ҷадвали 3. - Шаклҳои клиники БС бори аввал ошкоркардашуда дар манбаи сироят ва ҳангоми тамосашон аниқ карданашуда

Шакли клиникии БС	Хусусиятҳои гурӯҳҳо				P
	Кӯдакони манбаи сироят		тамоси аниқ карданашуда		
	Мут	%	Мут	%	
Комплекси аввалияи БС	50	22,9	8	13,1	p >0,05
БС гиреҳҳои лимфавии дохилисинагӣ	73	36,2	29	47,5	p >0,05
БС пошхӯрдаи шушҳо	18	8,2	1	1,6	p >0,05
БС милиарӣ	1	0,5			
Менингити силӣ	24	11,0	1	1,6	p <0,05
БС инфилтративии шушҳо	18	8,3	5	8,2	p >0,05
Плеврити силӣ	23	10,6	14	23,0	p <0,05
БС гиреҳҳои лимфавии канорӣ	11	5,0	3	4,9	p >0,05
ҶАМАГӢ	218	100,0	61	100	

БС пошхӯрда дар 18 ҳолат дар кӯдакони манбаи сироят ва дар 1 ҳолат ҳангоми тамосашон аниқ карданашуда ба мушоҳида расид, инчунин 24 ҳолати менингити силӣ дар кӯдакони манбаи сироят ва дар 1 ҳолат ҳангоми тамосашон аниқ карданашуда ба қайд гирифта шуд. Ягона ҳолати БС милиарӣ низ дар манбаи сироят муайян карда шуд. Дар натиҷа, 43 ҳолати шакли шадидан пешравандаи бемории сил (БС пошхӯрда, БС милиарӣ, менингити силӣ) дар кӯдакони манбаи сироят (218 бемор) ба қайд гирифта шуд, ки 19,7%-ро ташкил дод, дар ҳоле, ки басомади ошкор кардани ин шаклҳои бемории сил дар гурӯҳи кӯдаконе, ки бо беморони сил тамос надоштанд, дар 2 нафар аз 61 (3,3%) ба қайд гирифта шуд. Фарқияти омӯрӣ саҳеҳ ($p < 0,05$).

Баҳогузори ба шаклҳои оризаноки беморӣ нишон дод, ки ин шаклҳо бештар дар кӯдакони манбаи сироят (мутаносибан дар 75% ва 50% ҳангоми тамосҳои муқарраршуда ва муқаррарнашуда), ($P < 0,01$) дида мешаванд. Дар ин маврид, дар мавриди тамос доштани кӯдакон бо падар, модар, бародарон ва хоҳарон шаклҳои оризаноки беморӣ дар 80,6%-и ҳолатҳо ва ҳангоми тамос доштан бо модаркалон, бобо ё дигар хешовандон басомади шаклҳои оризаноки беморӣ ба ҳисоби миёна аз 10% камтар буд. Фарқияти омӯрӣ носаҳеҳ. Ҳамин тавр, басомади шаклҳои оризаноки беморӣ дар манбаи сироят дар кӯдакон ба рақамҳои баланд (70-80%) мерасад ва аз хусусиятҳои тамос бо бактерияхориҷкунандаҳо дар манбаи сироят ба таври назаррас вобаста нест.

Барои ҳаллу фасл кардани нақши ваксинатсияи БСЖ ва баҳогузори ба ташкили он дар ҷумҳурӣ таҳлили муқоисавии шаклҳои бемории сил ва басомади шаклҳои оризаноки беморӣ дар гурӯҳҳои кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда гузаронида шуд.

Аз 279 кӯдаки таҳқиқшуда 178 (63,8%) нафар ваксин нашуда буд. Баҳогузори муқоисашавандагии таркиби гурӯҳҳои кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда мувофиқи шароити зист (дар манбаи сироят ва ё берун аз

манбаи сироят зиндагӣ доштанд) гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки таносуби миқдори беморони манбаи сироят ҳам дар байни кӯдакони ваксиншуда ва ҳам ваксиннашуда як хел буда, дар ҳарду гурӯҳи таҳқиқот мутаносибан 77,5% ва 79,2% -ро ташкил дод. Муқоисашавандагии гурӯҳҳо аз рӯйи ин нишондод исбот карда шуд. Натиҷаҳои баҳогузориҳои шаклҳои клиникалии бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҷадвали 4. - Шаклҳои клиникалии бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда вобаста аз синну сол.

Шаклҳои клиникалии беморӣ	Абс %	Ваксиннашуда		Ваксиншуда		P
		Кӯдакони то 6-сола	Кӯдакони 7 – 17-сола	Кӯдакони то 6-сола	Кӯдакони 7–17 -сола	
		1	2	3	4	
Комплекси силии аввалия	Абс %	10 14,3	17 15,7	14 29,8	17 31,5	P > 0,05
Сили ГЛДС	Абс %	35 50,0	31 28,7	24 51,1	12 22,2	P > 0,05
Сили пошхӯрда	Абс %	7 10,0	8 7,4	1 2,1	3 5,6	P > 0,05
Сили милиарӣ		1 1,4		0	0	
Менингити силӣ	Абс %	12 17,2	10 9,3	0	3 5,6	P _{1,3} < 0,05 P _{2,4} > 0,05
Сили инфилтративӣ	Абс %	0	13 12,0	0	10 18,5	P > 0,05
Плеврити силӣ	Абс %	4 5,7	24 22,2	5 10,6	4 7,4	P _{1,3} > 0,05 P _{2,4} < 0,05
Сили гирехҳои лимфавии канорӣ	Абс %	1 1,4	5 4,6	3 6,4	5 9,2	P > 0,05
Всего	Абс %	70 100,0	108 100,0	47 100,0	54 100,0	

Муқоиса кардани шаклҳои клиникалии бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашудаи синну соли то 6-сола нишон дод, ки ҳамаи 12 ҳолати менингити силӣ дар кӯдакони синну соли то 6-сола танҳо дар кӯдакони ваксиннашуда муайян карда шуд. Дар кӯдакони ҳангоми таваллуд ваксиншуда, дар гурӯҳи синнусолии аз 7 то 17-сола, дар заминаи маҳв шудани таъсири зиддисилӣ, менингити силӣ дар 5,6%, дар беморони ваксиннашудаи ин гурӯҳи синнусоли бошад, дар 9,3% ҳолат ба назар расид. Ҳамин гунна қонунмандӣ ҳангоми баҳогузорӣ ба басомади пайдошавии сили пошхӯрдаи шушҳо низ муайян карда шуд. Ин шакли бемории сил бештар дар кӯдакони ваксиннашудаи синну соли то 6-сола- 10,0% ва танҳо дар як (2,1%) кӯдак, аз байни кӯдакони ваксиншудаи ин синну сол ба қайд гирифта шуд. Дар кӯдакони ваксиннашудаи синну соли аз 7 то 17-сола сили пошхӯрдаи шушҳо дар 7,4%, ва носаҳеҳ камтар- дар кӯдакони ваксиншуда (5,6%) дида шуд, ки ин аз кам шудани фарқияти фаъолнокии ақсуламалҳои иммунии кӯдакони

ваксиншуда ва кӯдакони ваксиннашуда пас аз 7-8-соли ваксинатсия дарак медихад.

Ҳамин тавр, дар байни кӯдакони ваксиннашуда (178 нафар) шаклҳои шадидан пешравандаи бемории сил (сили пошхӯрда, сили миллиарӣ, менингити силӣ) дар 38 кӯдак (21,4%) ба мушоҳида расид, ки саҳеҳан аз гурӯҳи кӯдакони ваксиншуда зиёд аст, ки дар он ин шаклҳои бемории сил 7 нафар аз 101 (6,9%) нафарро ташкил дод.

Ҳангоми муқоиса кардани басомади шаклҳои оризаноки бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда басомади баланди шаклҳои оризаноки БС дар кӯдакони ваксиннашудаи синну соли то 6-сола ва аз 7 то 17-сола (мутаносибан 84,3% ва 72,2%) муқаррар карда шуд. Микдори беморони гирифтори шаклҳои оризаноки бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда саҳеҳан кам буд, аммо вай баланд буд ва мутаносибан дар байни кӯдакони ваксиншудаи то 6-сола ва аз 7 то 17-сола 55,3% и 57,4% -ро ташкил мекард. Дар натиҷа, ҳангоми баҳогузорӣ ба шаклҳои оризаноки бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда гуфта мумкин аст, ки ҳатто ҳангоми баланд будани басомади шаклҳои оризаноки бемории сил дар кӯдакони ваксиншуда (57 нафар аз 101 бемор-54,4%) микдори шахсони оризанок дар гурӯҳи ваксиннашуда хеле баланд аст -137 нафар аз 178 -76,9% ($p < 0,01$).

Бо мақсади баҳо додан ба сифати ваксинатсия, хусусиятҳои чараёни бемории сил дар кӯдакони ҳангоми бузургии гуногуни хадшаи пасаз ваксинатсия баҳогузорӣ карда шуд. Дар сурати бузургии хадшача аз 1 мм то 3 мм будан, сифати ваксинатсия паст ҳисобида мешуд, вай дар 41 нафар аз 101 кӯдаки ваксиншуда (40,6%) ба назар расид. Дар 59,4%-и ҳолатҳо бузургии хадшача 4 мм ва аз он бештар буд. Сифати ваксинатсия дар ин ҳолат қаноатбахш ҳисобида шуд. Ҳангоми баҳогузорӣ ба натиҷаҳо, муқаррар карда шуд, ки дар 2 нафар аз 3 нафар кӯдаки ваксиншудаи гирифтори менингити силӣ андозаи хадшаи пасаз ваксинатсия аз 3 мм камтар буд. Сили пошхӯрда, ки дар 4 нафар кӯдаки ваксиншуда муайян карда шуда буд, дар ҳамаи ҳолатҳо дар шахсоне ба вучуд омад, ки дар онҳо бузургии хадшача аз 1 то 3 мм буд.

Баҳо додани микдори пайдо шудани оризаҳо вобаста аз бузургии хадшачаи пасазваксинатсиягӣ зарурати беҳтар сохтани сифати ваксинатсияро талаб мекунад. Дар кӯдакони синну соли то 6-солаи дорои 1-3 мм будани хадшачаи пасазваксинатсиягӣ, шаклҳои оризаноки БС дар 19 нафар аз 21 нафари кӯдакони ваксиншуда (90,4%) ба қайд гирифта шуд. Аз 26 кӯдакони ваксиншудаи ин синну сол бо 4 мм ва бештар будани андозаи хадшача шаклҳои оризаноки БС дар 7 бемор (26,9%) муайян карда шуд. Фарқиат дар басомади шаклҳои оризаноки БС ҳангоми андозаҳои гуногуни хадшача дар синну соли то 6-солагӣ 63,5%-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи кӯдакони аз 7 то 17-сола, басомади оризаҳо дар кӯдакони дорои хадшаи пасазваксингии аз 1 то 3 мм ва аз 4 мм ва болотар мутаносибан 80,0% ва 44,1%-ро ташкил кард.

Фарқиат дар басомади шаклҳои оризаноки БС дар кӯдакони дорои хадшаи пасазваксингии то 3 мм ва аз 4 мм бештар то 35,9% пастар мегардад,

яъне дар муқоиса аз гурӯҳи синну соли аз 0 то 6-сола тақрибан 2 маротиба паст мешавад. Ин далел, аз як тараф, аҳамияти сифати ваксинатсияро нишон медиҳад, аз тарафи дигар аз хеле маҳв шудани таъсири вакцина баъди 7-8 соли ваксинатсия дарак медиҳад.

Муайян карда шуд, ки дар манбаи сироят чараёни оризаноки беморӣ бештар (мутаносибан 74,7% ва 50,8%) ($p < 0,01$), назар ба кӯдаконе, ки тамосашон муайян карда нашудааст, рух медиҳад. Дар ин маврид, кӯдакони ваксиннашуда назар ба кӯдакони ваксиншуда, саҳеҳан бештар дорои чараёни оризаноки бемории сил (мутаносибан 82,6% ва 62,5%) мешуданд. Дар кӯдакони бе тамос миқдори оризаҳо саҳеҳан кам буд, махсусан дар байни кӯдакони ваксиншуда (мутаносибан 62,5% ва 28,5% дар кӯдакони ваксиннашуда ва кӯдакони ваксиншуда, аз тамосашон аниқношуда).

Барои таҳия кардани алгоритми сари вақт ошкор намудани бемории сил, чорабиниҳои комплекси профилактикаи беморӣ дар кӯдакони бемори бори нахуст ошкоркардашуда, кори ошкорсозии бемории сил дар шаҳр ва деҳот баҳогузори карда шуд. Бо ин мақсад усулҳои ошкор кардани бемории сил дар кӯдакони шаҳри Душанбе ва ноҳияҳо таҳлил карда шуд.

Муайян карда шуд, ки аз 279 беморе, ки ба статсионар дохил шудаанд, танҳо дар 47 (16,8%) нафар, ташҳиси бемории сил бо усули ошкорсозии фаъоли бемории сил сураат гирифт. Дар ин маврид, ҳолати тавассути ошкорсозии фаъоли бемории сил дар деҳот, саҳеҳан кам будани он назар ба шаҳр (мутаносибан 11,3% ва 35,4%) –ро нишон дод. $P < 0,01$. Кӯдакони боқимонда аз шаҳр (65,6%), аз деҳот (88,7%) ба поликлиника ва статсионарҳо фирисчтода шуданд, дар ин ҷойҳо онҳо аз хусуси бемориҳои номахсуси узвҳои нафаскашӣ таъбаат гирифтанд. Ин далел аз бад будани кори звенои якуми барвақт ошкор соختани бемории сил дарак медиҳад ва чорабиниҳои беҳтарсозии ин корро талаб иекунад.

Барои баҳо додан ба кори сари вақт ошкор соختани беморон дар манбаи сироят таҳлили муқоисавии басомади ҳолатҳои ошкор соختани бемории сил дар кӯдакони манбаи сироят ва ҳангоми тамоси аниқношуда дар шаҳр ва деҳот гузаронида шуд. Аз маълумотҳои ҳосилшуда бармеояд, ки бо усули фаъоли ошкорсозии беморӣ (таҳқиқот мувофиқи тамос ё ҳангоми ташҳиси туберкулини) дар шаҳр 29,4% ҳолат (тақрибан 1/3 ҳисса) –и беморон аз ҳама манбаъҳои сироят ошкор карда шудааст. Дар деҳот миқдори беморони манбаъҳои сироят, ки бо усули фаъоли ошкорсозии беморӣ муайян карда шудаанд, 11,2% (ҳамагӣ тақрибан 1/10 ҳиссаи ҳамаи беморшудагон дар манбаҳои сирояти деҳот) –ро ташкил доданд. Ин далел аз нокифоя будани кор дар манбаъҳои сироят дар шаҳрҳо ва ғайри қаноатбахш будани кори кормандони таиббӣ дар манбаъҳои сироят дар деҳот дарак медиҳад.

Аснои баҳо додан ба муҳлати давомнокии таъбаати беморони гирифтори сил дар муассисаҳои шабақаҳои умумии таъбаатӣ, дар ягон бемори гирифтори сил ҳангоми дохил шудан ба статсионар ташҳис дар муҳлати аз 2 ҳафта ва бештар аз он гузошта нашуда буд, дар ду ҳафтаи аввал ҳамаи беморон дар шаҳр ва деҳот таъбаати антибиотикҳои доираи таъсирашон

васеъро гирифтанд. ашуда буд. Пас аз таҳқиқоти амиқи назоратӣ ва машварати табиби фтизиатр ташхис тасдиқ карда ва беморон ба статсионари бемориҳои сил интиқол дода шуданд. Дар шароити амбулаторӣ табибони шабакаҳои умумии табобатӣ аз шаҳраз хусуси тамос доштани кӯдаконбо беморони гирифтори бемории сил нисбатан огоҳии бештар доштанд, барои ҳамин ҳам, пас аз гузаронидани даври табобати номахсус ва таҳқиқоти назоратии рентгенологӣ, дар сурати набудани самаранокӣ аз табобати гузаронидашуда беморонро барои машварат ба назди табиби фтизиатр фиристоданд. Дар натиҷа, дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (55,6%) ташхис дар муҳлати то як моҳ гузошта шуд. Боз дар 44,4% -и дигар ташхис дар давоми 3 моҳ гузошта шуд. Дар деҳот фақат дар 2 нафар аз 94 (2,1%) беморони гирифтори бемории сил, ташхис дар муҳлати то як моҳ гузошта шудааст. Дар 42,5%-и ҳолатҳо ташхис дар муҳлатҳои аз як то се моҳ ва дар аксари бештари беморон (55,4%) – дар муҳлати аз 3 то 6 моҳ гузошта шудааст, ки аз набудани муносибати эҳтиёткоронаи кормандони соҳаи тиб нисбат ба бемории сил ва зарурати беҳтарсозии корҳои зиддисилӣ дар деҳот дарак медиҳад.

Таҳқиқоти гузаронидашуда имкон дод, ки сабабҳои асосии ошкорсозии дер ва пайдо шудани шаклҳои вазнин ва оризаноки бемории сил дар деҳот муайян карда шавад:

- Набудани ташхиси туберкулинии ҳамасола;
- Нуқсонҳо дар муоинаи кӯдакони тамосдошта, ки дар хочагиҳои сероилазиндагӣ мекунанд, вале тамосдошта ба қайд гирифта ва муоина карда намешаванд;
- Набудан ё бесифат иҷро кардани ваксинатсияи ваксинаи БСЖ, ки бо аксар вақт таваллуд кардани кӯдакон дар шароити хона ва ба хонаи волидайн рафтани модару кӯдак вобастаанд;
- Чуни омилҳои манфӣ низ вучуд доранд: сари вақт ташхис накардани бемории сил дар бемороне, ки барои ёрии тиббӣ ба муассисаҳои шабакаҳои умумии табобатӣ муроҷиат кардаанд, аз сабаби набудани эҳтиёткории табибони соҳаи умумӣ нисбат ба бемории сил.

Натиҷаҳои таҳлили гузаронидашудаи сабабҳои ташаккул ёфтани миқдори зиёди шаклҳои вазнин ва оризаноки бемории сил дар деҳот асос шуд, ки усули такмилёфтаи корҳои комплекси зиддисилӣ дар манбаи сироятҳои сил коркард шавад.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, 03.10. соли 2015, таҳти №840 Формаи (намунаи) №96 « Картаи муоинаи манбаҳои сирояти бемории сил»-ро тасдиқ намуд, ки дар доираи таҳқиқоти анҷомдодашуда таҳия гардидааст.

Хулосаҳо

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Маълумотҳои ба даст овардашуда аз вазъи мураккабтари бемории сил дар деҳот гувоҳӣ медиҳад. Аз рӯи натиҷаҳои озмоиши Манту бо 2 ТЕ ППД-Л дар мактабҳои таҳсилоти умумии ш. Душанбе ва ноҳияи Чалолитдини Балхӣи вилояти Хатлон муқаррар карда шуд, ки сироятнокшавии кӯдакон дар кӯдакони деҳот назар ба шаҳр зиёд (мутааносибан 28,8% ва 23,0%) аст; аксуламалҳои гиперергӣ дар кӯдакони синну соли 13-14 –сола дар деҳот, назар ба шаҳр саҳеҳан бештар ба назар мерасад (48,7% дар муқобили 24,8%). Тибқи натиҷаҳои таҳқиқот бемории сил дар 3-нафар аз 1884 кӯдакони деҳот ва дар 4-нафар аз 4284 кӯдакони шаҳр ба қайд гирифта шуд. [1–М, 3–М, 6–М, 8–М, 9–М, 10–М, 11–М, 12–М, 13–М].
2. Омилҳои муайянкунандаи вазъи нисбатан мураккабтар дар деҳот, хусусиятҳои манбаҳои сироят дар деҳот, махсусан инҳо ба ҳисоб мераванд:
 - шароити вазнини иҷтимоӣ-иқтисодӣ, ки дар 100%-и ҳолатҳо дар манбаҳои деҳот ва дар 58,1% ҳолат дар манбаҳои шаҳрӣ ба мушоҳида мерасанд;
 - миқдори кӯдакон дар манбаъ ба як бемор дар деҳот ва шаҳр мутааносибан 6,02 ва 2,28-ро ташкил медиҳад, дар ин маврид, дар деҳот асосан дар хоҷагиҳои сероила ва кӯдакони тамосдошта на танҳо бо хешовандони наздик, балки бо онҳое, ки дар як оила зиндагӣ мекунанд, ҳамчун тамосдошта ба қайд гирифта ва муоина карда намешаванд.
 - набудани имконият барои пардохт намудани таҳқиқоти рентгенологӣ, ки пулакӣ мебошад [1–М, 3–М, 6–М, 7–М, 12–М, 17–М].
3. Шаклҳои шадидан пешравандаи бемории сил (БС пошхӯрда, БС милиарӣ, менингити силӣ) саҳеҳан дар кӯдакони манбаи сироят бештар (19,7%) ошкор карда шудабуданд, дар ба гурӯҳи кӯдаконе, ки бо беморони сил тамос надоштанд (3,3%); шаклҳои оризаноки беморӣ низ бештар дар кӯдакони манбаи сироят дида шуд, дар муқоиса аз тамосҳои муқарраршуда ва муқаррарнашуда (мутааносибан (75,0% и 50,0%) $p < 0,05$. [5–М, 10–М, 18–М, 19–М].
4. Омилҳои муҳимтарине, ки ба беморшавӣ таъсири манфӣ мерасонад, нокифоя фаро гирифтани кӯдакон ба ваксинатсия мебошад. Натиҷаҳои миканфии Манту бештар (48,8%) дар кӯдакони синну соли аз 0 то 3-сола дар деҳот аз набудани ваксинатсия дар нисфи кӯдакон гувоҳӣ медиҳад. Мушкилӣ он аст, ки кӯдакони дар деҳот таваллудшуда дар муҳлати аз як то 8 ҳафта ваксинатсия карда мешаванд, ки дар ин вақт вобаста аз анъанаҳои миллӣ, модар пас аз таваллуд бо кӯдакаш ба хонаи волидайнаш меравад ва кӯдакон бе ваксинатсия мемонанд [2–М, 4–М, 7–М].
5. Муқаррар карда шуд, ки дар 28,6%-и ҳолатҳо дар кӯдакони ваксиннашудаи синну соли то 6-сола шаклҳои шадидан пешравандаи

бемории сил ба қайд гирифта шуд: менингити силӣ (17,2%); сили пошхӯрда (10,0%) ва сили миллиарӣ (1,4%). Дар кӯдакони ваксиннашудаи синну соли то 6-сола танҳо дар як кӯдак (2,1%) сили пошхӯрда муайян карда шуд. Дар синну соли аз 7 то 17-сола фарқият байни кӯдакони ваксиншуда ва ваксиннашуда хеле кам мешавад: менингити силӣ дар кӯдакони ваксиншуда дар 9,3% ҳолат, дар кӯдакони ваксиннашуда дар 5,6% муайян карда шуд; сили пошхӯрда – мутаносибан дар 7,4% ва 5,6%; сили инфилтративӣ -12,0 ва 18,5%, ин аз маҳв шудани иммунитет баъди 7 сол дарак медиҳад [2-М, 4-М, 5-М, 14-М, 16-М].

6. Зарурати бехтар кардани сифати ваксинатсия исбот карда шудааст. Дар кӯдакони синну соли то 6-сола муқаррар карда шуд, ки аз 3 ҳолати менингити силӣ дар кӯдакони ваксиншуда, дар ду бемор андозаи хадшачаи пасазваксинатсия камтар аз 3 мм буд. Сили пошхӯр), ки дар 4 кӯдаки ваксиншуда дида шуд, дар ҳама ҳолатҳо дар онҳо бузургии хадшача аз 1 то 3 мм буд. Дар шароити паст шудани иммунитет баъди ваксинатсия, дар синну соли аз 7 то 17-солағӣ аҳамияти сифати ваксинатсия шӯста мешавад. Ҳолатҳои сили инфилтративӣ дар ин гурӯҳи кӯдакон бо микдори якхелаи новобаста аз андозаи хадшача ба назар расид: хангомит то 3 мм будани хадшача ошкорсозии ин беморӣ 20%-ро ташкил дод; дар ҳолати 4 мм. будани хадшача ва аз он бештар – дар 17,6% дида шуд [2-М, 4-М, 5-М, 14-М, 16-М].
7. Басомади пайдо шудани шаклҳои оризаноки беморӣ зарурати баланд бардоштани сифати ваксинатсияро исбот мекунад. Дар кӯдакони синну соли то 6-сола, ки андозаи хадшачаи пасазваксинатсиявишон 1-3мм аст, шаклҳои оризаноки бемории сил дар 19 нафар аз 21 нафари ваксиншуда (90,4%) ошкор карда шуд. Аз 26 кӯдаки ваксиншуда дар ин синну сол, бо андозаи хадшачаашон аз 4 мм ва калонтар, шаклҳои оризаноки бемории сил дар 7 (26,9%) бемор ба мушоҳида расид [2-М, 4-М, 5-М, 14-М, 16-М, 20-М].
8. Муқаррар карда шуд, ки ошкор намудани БС дар кӯдакон дар бештари ҳолатҳо дар деҳот (88,7%) ва ҳам дар шаҳр (65,6%), хангоми бо шикоятҳо ба ШУТ муроҷиат кардан руҳ додаст. Дар ҳолати муоина кардан дар шароити амбулаторӣ дар шаҳр, дар 55,6%-и беморон ташҳиси беморӣ дар муддати як моҳ ва дар 41,5% – дар муддати аз 1 то 3 моҳ муайян карда шуд. Дар деҳот, дар 2,1% -и беморон ташҳиси беморӣ дар муддати як моҳ ва дар 42,5%-и беморон дар муддати аз 3 то 6 моҳ гузошта шуд, ки ин аз беэҳтиётии кормандони соҳаи тандурустӣ нисбат ба бемории сил дарак медиҳад ва зарурати бехтар гардонидани корҳои зидди бемории силро дар деҳот талаб мекунад [1-М, 6-М, 7-М, 9-М, 11-М, 13-М, 15-М, 19-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Ваксинатсияи ҳатмии босифати навзодон бо вакцинаи БСЖ:
 - гузаронидани мониторинги сифати ваксинатсияи БСЖ дар навзодон;
 - баҳогузорию дониши кормандони тиббӣ, ки ваксинатсияи БСЖ-ро иегузаронанд, бо такроромӯзии малакаҳои гузаронидани ваксинатсия дар ҳар 6 моҳ;
 - гузаронидани мониторинги риояи занҷири сард ҳангоми нигоҳдорӣ ва интиқоли вакцинаҳои БСЖ;
2. Гузаронидани таҳқиқоти ройгон барои сили кӯдакони тамосдошта;
3. Туберкулиташхиси ҳамасолаи кӯдакон ва туберкулиташхиси дукарата дар гурӯҳҳои хатар.
4. Ташкил кардани гурӯҳи хатар:

Гурӯҳи 1 муоинаи кӯдакон дар манбаи сироят;

Гурӯҳи 2 муоинаи кӯдаконе, ки аз рӯи натиҷаи озмоиши Манту ошкор карда шудаанд;

 - кӯдакон ва наврасон бо даврзании озмоиши туберкулинӣ;
 - бо аксуламали гиперергӣ ба туберкулин;
 - бо ҳассосияти афзояндаи туберкулинӣ бояд дар ним сол аз таҳқиқот гузаранд ва бо қарори табибдаври химиотерапияи профилактикиро қабул кунанд.
5. Ҳангоми дар деҳот ошкор кардани манбаи сироят усули пешниҳодшудаи корҳои комплекси зиддисилӣ дар манбаи сирояти бемории сил истифода карда шавад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

- [1-М]. – Пиров К.И. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей из очагов инфекции / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров, Л.М. Пулатова, О.И. Бобоходжаев // Вестник Авиценны. -2012. -№1. -С.109-112.
- [2-М]. – Пиров К.И. Влияние вакцинации БЦЖ на структуру клинических форм туберкулёза у детей / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров, Б.П. Шарипов // Туберкулёз и болезни легких. -2014. -№8. -С.39-42.
- [3-М]. - Пиров К.И. Выявляемость локального туберкулёза у школьников разных регионов Республики Таджикистан / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров // Вестник Авиценны. -2017. –Т.19. -№1. –С. 90-93.
- [4-М].– Пиров К.И. Влияния вакцинации БЦЖ на структуру клинических форм туберкулеза у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров, Д.М. Косимова // Вестник Авиценны. -2018. –Т. 20. -№2-3. –С. 281-286.
- [5-М]. – Пиров, К.И. Причины развития тяжёлых форм туберкулёза у детей в Республике Таджикистан / К.И. Пиров // Вестник ЦНИИТ: Москва. -2019. - №1. –С. 154-155.

Дастурҳо, васоити таълимӣ, фишурдаҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо:

- [6-М]. Пиров, К.. Случаи туберкулёза у детей в г. Душанбе, Таджикистан / К.И. Пиров, У.Ю. Сироджидинова, О.И. Бобоходжаев // ПАНОРАМА:

общественное здравоохранение (Журнал Европейского регионального бюро ВОЗ). -2016. –Т. 2, вып. 1. -С. 89-96.

[7-М]. – Пиров К.И. Факторы риска влияющий на ТБ процесс у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сироджинова, К.И. Пиров, О.И. Бобоходжаев // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана, Бишкек. – 2017. -№8. -С. 101-103.

[8-М].– Пиров К.И. Выявление инфицированных и больных туберкулёзом детей из очагов туберкулёзной инфекции и здорового окружения / У.Ю. Сироджинова, О.И. Бобоходжаев, К.И. Пиров // СИМУРГ: научно-медицинский журнал. -2019. -№3. -С. 33-36.

[9-М]. – Пиров К.И. Вазъи бемории сил дар ш. Душанбе / У.Ю. Сироджинова, Қ.И. Пиров, Б.П. Шарипов // СИМУРГ: научно-медицинский журнал. -2020. - №3. –С. 28-32.

[10-М]. - Дастурамал оид ба идоракунии бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Қ.И. Пиров (ва ғ.) // Душанбе, 2017. -218 с. Бо фармоиши ВТҲИАҚТ тасдиқ гардидааст.-№173 аз 25.02.2015.

[11-М]. - Дастурамали таълимӣ оиди ташхис ва табобати кӯдакони гирифтори бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Қ.И. Пиров (ва ғ.) // Душанбе, 2015. - 183 с. Бо фармоиши ВТҲИАҚТ тасдиқ гардидааст.-№128 аз 21.01.2016.

[12-М]. – Пиров К.И. Методы обследования и диагностики туберкулёза у детей из очагов туберкулёзной инфекции / У.Ю. Сироджинова, К.И. Пиров, З.Г. Гафуров // Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сборник статей 60-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ, Душанбе. -2012. -С. 318-319.

[13-М]. – Пиров К.И. Муҳимияти гузаронидани ташхиси туберкулини барои дарёфти саривакции намудҳои ниҳони сил дар байни кӯдакон / У.Ю. Сироджинова, З.Ш. Дустматова, Қ.И. Пиров // Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сборник статей 60-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ, Душанбе. -2012. -С. 319-320.

[14-М]. – Пиров, К.И. Взаимосвязь вакцинации БЦЖ и впервые выявленные клинические формы туберкулёза лёгких у детей / К.И. Пиров, Б.П. Шарипов, // Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы 9-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием. –Душанбе. -2014. –С. 40-41.

[15-М]. – Пиров, К.И. Оптимизация выявления микобактерии туберкулёза у больных детей раннего возраста / К.И. Пиров, Б.П. Шарипов, // Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы 9-ой годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием. –Душанбе. -2014. -С. 41-42.

[16-М]. – Пиров, К.И. Эффективность вакцинации БЦЖ на развитии клинических форм туберкулёза у детей Республики Таджикистан / К.И. Пиров, О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджинова // В материалах IX

Конгресса Евро-Азиатского респираторного общества и VII Конгресса Пульмонологов Центральной Азии. –Ташкент. -2016. -С. 113-114.

[17-М]. – Пиров К.И. Методы выявления инфицированных туберкулезом детей школьного возраста / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров, А.С. Раджабзода // В материалах IX Конгресса Евро-Азиатского респираторного общества и VII Конгресса Пульмонологов Центральной Азии. –Ташкент. -2016. -С. 81.

[18-М]. – Пиров К.И. Результаты туберкулинодиагностики детей из очагов туберкулезной инфекции / У.Ю. Сироджидинова, К.И. Пиров // Мат.конф. молодых ученых ТГМУ. –Душанбе. -2017. –С. 187.

[19-М]. - Пиров К.И. Методы выявления инфицированных туберкулезом детей школьного возраста. // Мат конф молодых ученых ТГМУ Душанбе 2017. –С. 188.

[20-М]. - Пиров К.И., Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю. Оценка значимого влияния специфической профилактики детей вакциной БЦЖ на развитие туберкулезного процесса. // В материалах 65-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. Душанбе, -2017. –С. 162-163.

Фехристи нихтисораҳо

БСЖ- басиллаи Калмет Жерен

ГЛДС– гирехҳои лимфавии дохилисинағӣ

ВНМО – вируси норасоии масунияти одам

ТУТ- Ташкилоти умумичаҳони тандурустӣ

МШМС – Маркази шаҳрии мубориза бо сил, ш. Душанбе

ДКХТН (DOTS) – даври кӯтоҳмуддати химиотерапия таҳти назорат

СПШ – сили пошхӯрдаи шушҳо

УД- устуворӣ ба доруҳо

УДС – устуворӣ ба доруҳои сершумор

МБС - микобактерияи сил

ШУТ – шабакаи умумии табобатӣ

КАТС – кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ

КАС- комплекси аввалияи силс

БЧКС – Беморхонаи чумхуриявии клиники сил

ҚТ–Чумхурии Тоҷикистон

МЧМАБС – Маркази чумхуриявии муҳофизати аҳоли аз бемории сил

БС – бемории сил

БСГЛДС – бемории сили гирехҳои лимфавии дохилисинағӣ

БНМШ– бемориҳои номахсуси музмини шушҳо

ХТ - химиотерапия

УДВ – устувории васеъ ба доруҳо

ЧОМ – Чумхуриҳои Осиеи Миёна

АННОТАЦИЯ

Пиров Кадридин Икромович

Клинические формы, особенности течения, инфицированность и меры комплексной профилактики туберкулёза у детей из очагов туберкулёзной инфекции в Республике Таджикистан

Ключевые слова: Инфицированность, очаг туберкулёзной инфекции, БЦЖ, туберкулёз у детей и подростков, туберкулина-диагностика, химиопрофилактика детей, клинические формы туберкулёза у детей.

Цель исследования: Изучить уровень инфицированности туберкулезом, значимость вакцинации БЦЖ, особенности клинических форм и совершенствовать пути выявления и меры комплексной профилактики развития туберкулёза у детей из очагов инфекции.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования служили: - 279 больных, госпитализированных в детскую туберкулёзную больницу города Душанбе, 352 детей, проживающих в очагах туберкулёзной инфекции в городе Душанбе, 247 детей, проживающих в очагах туберкулёзной инфекции в сельской местности, 4284 детей из здорового окружения с г. Душанбе, и 1884 детей из здорового окружения сельской местности.

При выполнении данного исследования были использованы следующие методы: Туберкулинодиагностика детей из очагов туберкулёзной инфекции и здорового окружения, сбор анамнеза, сведения о туберкулина диагностике, вакцинации БЦЖ наличие и размер поствакцинального рубчика, время от начало заболевания до начала лечения, данные объективного и физикального исследования; бактериологическое исследование мокроты..

Полученные результаты и их новизна: Результаты проведенного исследования имеют большое значение в оптимизации раннего выявления, в определении тактики лечения больных туберкулёзом детей из очагов инфекции и повышения эффективности профилактики.

Впервые на достаточно обширном клиническом материале изучены особенности развития туберкулёза у впервые выявленных больных детей из очагов туберкулёзной инфекции в многосемейных домохозяйствах в сравнении с неустановленным источником инфекции. Изучены социально-экономические и организационно-медицинские факторы, способствующие развитию туберкулёза у впервые детей из очагов туберкулёзной инфекции в сравнении с больными с не установленным контактом в Республике Таджикистан.

Рекомендации по использованию: Теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов, в учреждениях ПМСП и центров по защите населения от туберкулёза РТ.

Область применения: Фтизиатрия, педиатрия, инфекционные заболевания, пульмонология.

АННАТАТСИЯ

Пиров Қадридин Икромович

Шаклҳои клиникӣ, хусусиятҳои чараён, сироятнокшавӣ ва чорабиниҳои профилактикии сил дар кӯдакони манбаи сирояти сил дар ҷумҳурии тоҷикистон

Вожаҳои калидӣ: Сироятшавӣ, манбаи сирояти сил, БСЖ, Бемории сили кӯдакон ва наврасон, ташҳиси туберкулинӣ, химиопротифактикаи кӯдакон, шаклҳои клиникии бемории сил дар кӯдакон ва наврасон.

Мақсади таҳқиқот: Омӯхтани сатҳи сироятнокшавӣ аз бемории сил, аҳамияти ваксинатасияи БСЖ, хусусиятҳои шаклҳои клиникӣ ва дар асоси ин тақмил додани дарёфти саривақти ва чорабиниҳои профилактикии комплекси пайдошавии бемории сил дар кӯдакон аз манбаҳои сироят.

Маъвод ва методи таҳқиқот: Дар таҳқиқот зери омӯзиш қарор доштанд: 279 кӯдакони бемори гирифтори бемории сил, ки дар беморхонаи сили кӯдакони ш. Душанбе бистарӣ буданд, 352 кӯдаке, ки дар манбаҳои сирояти бемории сил дар ш. Душанбе зиндагӣ мекарданд, 247 кӯдаке, ки дар манбаҳои сирояти бемории сил дар деҳот зиндагӣ мекарданд, 4284 кӯдак аз муҳити солими ш. Душанбе ва 1884 кӯдак аз муҳити солими деҳот.

Ҳангоми иҷро намудани таҳқиқоти мазкур усулҳои зерин истифода шуданд: Ташҳиси туберкулини дар кӯдакони манбаи сирояти бемории сил ва муҳити солим, ҷамъоварии анамнез, маълумот дар бораи ваксинатасияи БСЖ, вуҷуд дошан ва андозаи ҳадшаҷаи пас аз ваксинатасия, маълумотҳои таҳқиқотҳои рентгенологии қаблӣ; маълумоти объективӣ ва таҳқиқоти физикалӣ; таҳқиқоти бактериологии бағам.

Натиҷаҳои ба дастмада ва нағғонии онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда барои муносибгардонии ошқорсозии барвақт, бартараф намудани сабабҳои беморшавии кӯдакони манбаи сироят, муайян кардани тактикаи табобати кӯдакони бемори гирифтори сил аз манбаҳои сироят ва баланд бардоштани самаранокии протифактика аҳамияти қалондоранд.

Бори нахуст хусусиятҳои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони сил аз манбаҳои сироят дар муқоиса аз бемороне, ки дар онҳо манбаи сироят муқаррар карда нашудааст, омӯхта шудааст. Омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ ва ташкилӣ-тиббӣ барои пайдошавии бемории сил дар кӯдакони бемории сил аз манбаҳои сироят дар муқоиса аз бемороне, ки дар онҳо тамоси сироят муқаррар карда нашудааст, дар Ҷ.Т. омӯхта шуд. Дар асоси маводи таҳқиқот алгоритми сари вақт ошқор намудан ва андешидани чораҳои протифактикии комплекси бемории сил дар кӯдакон аз манбаҳои сироят таҳия карда шудааст.

Тавсияҳо барои имстифодабарӣ. Нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашударо дар раванди таълими муассисаҳои таълими олии тиббӣ, муассисаҳои КАТС ва марказҳои ҷимояи аҳоли аз бемории сил, истифода намудан мумкин аст.

Соҳаи истифодабарӣ. Силшиносӣ, педиатрия, сироятшиносӣ, бемориҳои дарунӣ, пулмонология.

ANNOTATION

Pirov Kadridin Ikromovich

Clinical forms, features of the course, infection and measures of comprehensive prevention of tuberculosis in children from foci of tuberculosis infection in the Republic of Tajikistan

Key words: Infection, focus of tuberculosis infection, BCG, tuberculosis in children and adolescents, tuberculin diagnostics, chemoprophylaxis of children, clinical forms of tuberculosis in children.

Objective of the study: To study the level of tuberculosis infection, the importance of BCG vaccination, the peculiarities of clinical forms and to improve the ways of detecting and measures for comprehensive prevention of the development of tuberculosis in children from foci of infection.

Materials and methods of research: The objects of the study were: -279 patients hospitalized in the children's tuberculosis hospital in Dushanbe, 352 children living in foci of tuberculosis infection in the city of Dushanbe, 247 children living in foci of tuberculosis infection in rural areas, 4284 children from a healthy environment from Dushanbe, and 1884 children from healthy rural surroundings.

When performing this study, the following methods were used: Tuberculin diagnostics of children from foci of tuberculosis infection and a healthy environment, taking anamnesis, information about tuberculin diagnostics, BCG vaccination, presence and size of post-vaccination scar, time from the onset of the disease to the start of treatment, data of objective and physical examination; bacteriological examination of sputum.

The results obtained and their novelty: The results of the study are of great importance in optimizing early detection, in determining the tactics of treating children with tuberculosis from the foci of infection and increasing the effectiveness of prevention.

For the first time, on a fairly extensive clinical material, the features of the development of tuberculosis in newly diagnosed sick children from foci of tuberculosis infection in multi-family households were studied in comparison with an unidentified source of infection. The socio-economic and organizational-medical factors that contribute to the development of tuberculosis in children from foci of tuberculosis infection for the first time in comparison with patients with no established contact in the Republic of Tajikistan have been studied.

Recommendations for use: Theoretical, methodological provisions, conclusions and recommendations presented in the dissertation can be used in the educational process of medical universities, in PHC institutions and centers for protecting the population from tuberculosis in the Republic of Tajikistan.

Applications: Phthisiology, pediatrics, infectious diseases, pulmonology.