

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

УДК 616-053.2-056.54; 616.393

На правах рукописи

ШАМСОВ БАХТОВАР АБДУЛХАФИЗОВИЧ
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ С
БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Душанбе – 2023

Диссертация выполнена в ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Научный руководитель: **Набиев Зохир Нарзулович** – д.м.н., профессор, Начальник Управления организации медицинских услуг матерям, детям и планированию семьи МЗ и СЗН РТ

Официальные оппоненты: **Джураев Мухаммад Наврузович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Зурхолова Хайринисо Рахмоновна – кандидат медицинских наук, доцент ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии (г.Ташкент, Республика Узбекистан)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-008 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Р.Дж. Джамолова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровое питание является необходимым условием национального развития и благосостояния населения. Продовольственные проблемы существуют не только в Таджикистане, но и во всех странах мира [Вычигжанина Н. В., 2012; Абдуллаева Н.Ш., 2018; Акрамов Б. Р., 2020].

Около сорока различных питательных веществ необходимы для здоровья организма. При недостатке хотя бы одного из них в рационе, человек становится не полноценно здоровым и не может противостоять возбудителям болезней [Бабаева Л.А., 2016; Акрамов Б. Р., 2020; Vaivada T., 2020; Ахмадуллина Л. И., 2017; World Health Organization, 2013].

По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 47 миллионов детей в возрасте до 5 лет страдают от недоедания, 14,3 миллиона из них страдают от тяжелого недоедания, 144 миллиона детей отстают в росте, 38,3 миллиона детей страдают ожирением или имеют избыточный вес [Рославцева Е.А., 2022; Завьялова А. Н., 2022; Камалова А. А., 2017; Alderman Н., 2017; World Health Organization, 2013; Bachmann M. O., 2010; Schofield C., 1998].

Около 45% смертей среди детей в возрасте до 5 лет связаны с недоеданием. Это происходит в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. В то же время в этих странах увеличивается показатель избыточной массы тела и ожирения у детей [Богданова Н. М., 2022; Оналбаева Б. Ж., 2022; Otiti M., 2021; Danaei G., 2016; Arthur S. S., 2015].

Таким образом улучшение питания детей способствует достижению Целей в области устойчивого развития по искоренению непредотвратимой детской смертности и искоренению бедности. Учитывая важность данного вопроса, исследование в данной области считается актуальным, поскольку это дает возможность прогнозировать и снизить показатели низкорослости, смертности, умственного развития, работоспособности, репродуктивной функции и риска хронического заболевания.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. БЭН является распространенным детским заболеванием и в первую очередь вызывается дефицитом энергии, белка и микронутриентов. БЭН проявляется недостаточной массой тела (низкая масса тела по сравнению со здоровыми сверстниками), задержкой роста (слабый линейный рост), истощением (острая потеря массы тела) или отечностью при недостаточности питания (квашиоркор). Уровень летальности среди детей, госпитализированных с тяжелым истощением или отеком (также известным как тяжелая острая недостаточность питания (SAM), колеблется от 5% до 30% [World Health Organization, 2013].

Правительство Республики Таджикистан совместно с неправительственными организациями – Детский фонд Организации Объединённых Наций (ООН) ЮНИСЕФ, Продовольственная и сельскохозяйственная

организация (ФАО), Всемирная продовольственная программа (ВПП), GIZ и т. д. решают данную проблему. Некоторые из попыток правительства и неправительственных организаций, направленных на решение проблемы детского недоедания, включают:

- раннее начало и усиление исключительно грудного вскармливания и прикорма детей в возрасте до 5 лет;
- лечение недоедания у детей, путем саплементации витамина А среди детей в возрасте до 5 лет;
- мониторинг роста и развития детей с использованием диаграмм на основе Стандарта роста ВОЗ;
- пренатальное питание рожениц, включая добавки железа и фолиевой кислоты.

Также Правительство РТ поддержало разработку и реализацию важных законов и национальных стратегий с конкретными целями в области питания: “Стратегия питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 годы”, “Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы”, “Национальная коммуникационная программа первых 1000 дней жизни ребёнка в Республике Таджикистан на 2020-2024 годы”, “Стратегия устойчивого развития школьного питания в Республике Таджикистан на период до 2027 года” и “Мультисекторальный план по улучшению питания в Республике Таджикистан на период 2021-2025 годы”.

Это способствовало улучшению материнского и детского питания в РТ. Несмотря на это, показатели задержки роста в РТ остаются самыми высокими среди стран Центральной Азии.

Таким образом, в Республике Таджикистан в данном направлении были проведены единичные исследования, которые свидетельствуют о том, что болезни БЭН являются довольно распространенными в нашей республике. В данной диссертационной работе изучены основные факторы риска, связанные с питанием детей, что может помочь улучшить политику в области общественного здравоохранения и целенаправленные вмешательства, и программы в области питания в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

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

Общая характеристика работы

Цель исследования. Разработка и оптимизация комплексной программы по профилактике и лечению болезней белково-энергетической недостаточности у детей до 5 лет жизни.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели превалентности НП, определить основную тенденцию физического развития и его возрастные особенности у детей до 5 лет жизни.

2. Провести оценку показателей физического развития по Z-показателям среди детей до 5 лет жизни, основываясь на современных стандартах ВОЗ.

3. Оценить эффективность комбинированного терапевтического питания F-100 и ВР-100 при лечении острой недостаточности питания тяжелой степени.

4. Разработать комплексную программу для матерей по повышению навыков ухода и проведению питания при БЭН у детей до 5 лет жизни.

Объект исследования. Для достижения цели и решения поставленных задач исследование было проведено в 2 этапа.

Основным объектом скринингового исследования на первом этапе были 250 детей (100 детей городские жители г. Душанбе и 150 детей сельские жители из Хатлонской области) в возрасте от 0 до 5 лет.

На 2 этапе объектом исследования были 96 детей, в возрасте от 0 до 5 лет, страдающие питательной недостаточностью тяжелой степени. Все дети находились на стационарном лечении в специализированном отделении НПТС ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» за период 2018-2021 гг.

Предмет исследования. На первом этапе материалом для исследования служили специально подготовленные формы регистрации - журналы «Регистрация детей с питательной недостаточностью», журнал «Катамнестического наблюдения детей с питательной недостаточностью», утвержденные приказом МЗ и СЗН РТ, №596 от 06.08.2020, амбулаторные карты детей (форма 024), отчетные формы ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации» МЗ и СЗН РТ и ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН и РТ.

На 2 этапе исследования была проведена оценка эффективности лечения и реабилитации детей с тяжёлой питательной недостаточностью с применением комбинированного терапевтического питания F-100 и ВР-100.

Информационной базой для сбора данных были: индивидуальная карта развития ребенка (ф-112/у), карта амбулаторного больного (ф-025/у), история болезни, результаты непосредственного медицинского осмотра ребенка, беседа с матерью.

Для исследования детей с БЭН, находящихся под клиническим наблюдением, была разработана специальная карта.

Научная новизна исследования.

1. Установлено, самая высокая частота превалентности БЭН среди детей г. Душанбе, 3,7/1000 ($\lambda=3,7$), тогда как в Хатлонской области 1,0/1000 ($\lambda=1,0$) по республике 0,5 ($\lambda=0,5$), популяционная частота БЭН среди детей г. Душанбе составляет 1: 292; в Хатлонской области 1:425; по республике 1:2189.
2. Определено, что основной фактор риска развития БЭН связан с низким индексом здоровья детей.
3. Выявлено, что каждая 4 мать, проживающая в сельской местности, начинает вводить прикорм детям в возрасте моложе 4 месяцев, около половины матерей, на фоне грудного вскармливания, дополнительно дают детям другие жидкости.
4. Показатели физического развития детей с БЭН свидетельствуют об отставании преимущественно мальчиков по признакам веса к росту, далее несоответствие веса к возрасту, которое характерно для детей младшего возраста (от 1 до 3 лет).
5. Установлено, что к предрасполагающим факторам развития БЭН у детей относятся экстрагенитальные заболевания матери во время беременности (анемия, гестоз, урогенитальные инфекции).
6. Для детей с БЭН характерно наличие клинических признаков дисфункциональных и воспалительных заболеваний со стороны ЖКТ, далее ЦНС.
7. Установлено, что более благотворное влияние на показатели физического развития оказывает комбинированное питание с применением (F-100 + ВР-100), где Z-Score до лечения составляло -3,2 и после лечения – 1,3.
8. Частота рецидивов развития БЭН в катамнезе имеет зависимость от уровня осведомленности и умения матерей ухаживать за ребенком и обеспечивать в необходимом объеме продуктами прикорма.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Полученные научно-обоснованные выводы и рекомендации, разработанные на основе теоретических, методологических положений, могут быть использованы в учебном процессе профильных кафедр медицинских ВУЗов и СУЗов.

В процессе разработки стандартов специализированной помощи детям, страдающим БЭН.

Положения выносимую на защиту.

1. Стандарты индексов «вес/возраст», «вес/рост» и «рост или длина тела/возраста», рекомендованные ВОЗ, приемлемы для оценки физического развития детей до 5 лет, как для жителей села, так и города.
2. Основной причиной высокой распространенности нарушений питания является нерациональная практика кормления детей. В структуре болезней БЭН преобладает хроническая форма недоедания (низкорослость).

3. Алгоритм лечения детей с тяжелым истощением включает комплексную терапию с применением антибиотиков, специализированных продуктов питания, нормализующих обменные процессы. Для коррекции ведущих синдромов, при тяжелом истощении, могут успешно использоваться адаптированное питание, приготовленное из местных продуктов.

4. Основой профилактики болезней БЭН является сохранение грудного вскармливания, оптимизация практики кормления детей с акцентом на использование обогащенных продуктов питания и изменение навыков и поведения матерей по кормлению детей.

Степень достоверности результатов.

Работа основана на сборе и анализе достаточного объема материала (историй болезней), статистических отчетных форм, ежегодные отчеты о деятельности учреждения за период с 2018 по 2020 гг. Проведенная работа послужила основанием сформировать выводы и рекомендации, которые основаны на проведенной сравнительной оценки эффективности лечебных смесей F75 и F100, приготовленных из местных продуктов, использованных при лечении тяжелой формы истощения, и специализированной лечебной низколактозной смеси.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08 - Педиатрия: подпункт 3.1. Особенности роста физического, нервно-психического развития, состояния функциональных систем детей и подростков. 3.2. Вскармливание и питание здоровых и больных детей и подростков, гипо- и гипervитаминозы. Диатезы, расстройства пищеварения и питания. 3.4. Обмен веществ детей и подростков. Клиника и лечение наследственных и врожденных болезней. 3.5. Внутренние болезни детей и подростков. Распространенность, этиология, патогенез, наследственные факторы, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования. Автором диссертации лично проведен обзор научных исследований и публикаций по теме НИР, внедрены модернизированные алгоритмы и схемы выявления и терапии детей с БЭН. Проведен сбор и анализ научной информации, основанный на цели и задачах исследования, с учетом групп больных, статистический анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов. По итогам полученных данных разработаны новые подходы в диагностике, профилактике и лечении пациентов. Автором подготовлены и опубликованы тезисы и статьи.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: IX Конгрессе педиатров стран СНГ; годичных конференциях ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино (2019, 2021, 2022); заседании Ученого совета ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской

хирургии» и на ежегодной II научно-практической конференции ЧОУ «Медико-социальный институт».

Публикации по теме диссертации. Опубликовано 16 научных работ, из них 7 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ и ВАК Российской Федерации.

Структура диссертации и объём. Диссертация изложена на 158 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, 6 основных глав, обсуждения результатов, выводов и рекомендации по практическому использованию результатов исследования. Диссертация иллюстрирована 35 таблицами и 25 рисунком. Список литературы содержит 164 источников, в том числе 76 русскоязычных и 88 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Работа выполнена на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Предметом исследования явились дети, страдающие белково-энергетической недостаточностью (БЭН) различной степени выраженности, проживающие как в сельской местности - Хатлонская область, так и жители г. Душанбе, общее число детей составило 250, а также 96 детей, страдающих тяжелой формой БЭН, находящихся на стационарном лечении в специализированном отделении «терапии детей с тяжелым нарушением питания» (ОТДТНП) ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» (таблица 1).

Таблица 1. – Общее число обследованных детей (n=446)

Регион	Всего детей	М	Д	p
1 группа, у которых оценены показатели физического развития (n=250)				
г. Душанбе	100 (40,0%)	59 (59,0%)*	41 (41,0%)*	<0,05
Хатлонская обл.	150 (60,0%)	64 (42,7%)*	86 (57,3%)*	<0,05
р ₁		$\chi^2=6,404, p=0,012$		
2 группа, дети страдающие БЭН III и IV ст. (n=96)				
ГУМК Истиклол ОТДТНП	96 (100,0%)	46 (47,9%)*	50 (52,1%)*	>0,05
Группа обучения	50 (11,2%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)	>0,05
Контрольная группа	50 (11,2%)	25 (50,0%)	25 (50,0%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мальчиками и девочками в регионе, р₁ – при сравнении показателей распределения по полу между регионами (по критерию χ^2)

Основной методологией исследования явилось использование Национального руководства по лечению детей с тяжелой и средней питательной недостаточностью. Всем детям были проведены измерения массы и длины тела. С целью оценки нутритивного статуса ребенка: Z-score длина тела, рост/вес (Weight for Height), были проведены расчеты антропометрических индексов.

Все научные исследования были проведены в 2 этапа. На 1 этапе необходимый объем исследования детей 1 группы был проведен в учреждениях первичной медико-санитарной помощи города Душанбе и Хатлонской области. Исследовались дети, проживающие в зоне обслуживания: областного, городского, сельского, районного центров здоровья, а также дома здоровья. Общее число охваченных детей составило 250.

Основными объектами скринингового исследования были дети в возрасте от 0 до 5 лет, наблюдаемые в вышеуказанных учреждениях. На данном этапе инструментом исследования служили специально подготовленные журналы «Регистрация детей с питательной недостаточностью», «Катамнестическое наблюдение детей с питательной недостаточностью», утвержденные приказом МЗ и СЗН РТ, №596 от 06.08.2020, медицинская документация - амбулаторные карты детей (форма 024), отчетные формы ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации» МЗ и СЗН и РТ и ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН и РТ.

В процессе проведения исследования была дана оценка состоянию здоровья детей, учитывали результаты ежемесячных антропометрических измерений, характер вскармливания, частоту простудных заболеваний и диареи.

2 этап исследования был посвящён детям второй группы, которые находились на лечении в отделении терапии детей с тяжелым нарушением питания ГУ Комплекс здоровья «Истиклол». Был проведен ретро и проспективный анализ медицинской документации детей, страдающих тяжёлой питательной недостаточностью. Было обследовано 96 детей, госпитализированных с тяжелой БЭН, при поступлении в отделение у всех детей имела место низкая масса тела. Среди исследованных 41 (42,7%) ребенок – жители г. Душанбе и 55 (57,3) детей из сельской местности.

Данные клинических наблюдений были статистически обработаны на персональном компьютере с помощью программного обеспечения статистической обработки данных (Microsoft Exel 2019, Statistica 10.0 (StatSoft, США)). Нормальность распределения показателей оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Для оценки результатов исследований изучались следующие показатели: среднее арифметическое (M), стандартная ошибка среднего значения (m), процентные показатели. Парные сравнения по количественным показателям между независимыми группами

проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные сравнения – по H-критерию Крускала-Уоллиса.

С целью анализа состояния здоровья и питательного статуса детей, а также мониторинга проводимого лечебного питания были определены 250 детей в возрасте от 0 до 5 лет, у которых выявлены признаки питательной недостаточности, все дети проживали в пилотных регионах (Хатлонская область и г. Душанбе). В процессе проведения мониторинга статуса питания детей, в возрасте до 5 лет, были определены следующие показатели - недостаточность массы тела, задержка роста (ЗР) и степень истощения. Кроме этого, были изучены нутритивный статус детей, включающий практику кормления детей грудным молоком (ГМ), прием дополнительного питания, оценка пищевого меню ребенка в течение суток. Уровень здоровья детей и их упитанность в значительной степени находятся в зависимости от возраста и образованности матерей. Так на момент исследования возраст матерей составлял от 17 до 49 лет, более половина из них были в возрасте до 30 лет (57%). Статус образованности матерей обследованных детей представлен, более 1/3 матерей (38,0%) имели неполное среднее образование, тогда как на долю законченного среднего образования приходился 41,0%, число не образованных и имеющих неполное начальное образование составило всего 4,5%. Доля женщин, имеющих среднее и высшее образование, составила 13,2%.

Оценивая уровень занятости матерей обследованных детей, установлено, что среди опрошенных более 2/3 (66,7%) составляют домохозяйки. В тоже время, среди 33,3% работающих женщин, наибольшее число из них - 36,7% - занято в сфере сельского хозяйства, тогда как на долю занятых неквалифицированным трудом приходится 12,4%.

В процессе опроса установлено, что 92,5% матерей кормили своих детей грудным молоком. Существенного различия между пилотными регионами не выявлено, так 93,6% в г. Душанбе и 91,4% в Хатлонской области (рисунок 1).



Рисунок 1. – Показатель уровня охвата грудным вскармливанием по регионам

Соответственно на долю детей, получающих искусственное вскармливание, приходилось около 10%.

До 6-ти месяцев только 36,7% матерей кормили детей ИГВ, к 10-ти мес. практически все дети пили чай, к 6-ти месяцам 45,7% детей получали мягкую пищу, только 35,1% детей начали получать прикорм с рекомендуемого возраста, а каждый пятый ребенок – позже рекомендуемых 6-ти месяцев.

Оценка уровня доступности информации относительно практики кормления показала, что основным источником информации по вопросам кормления ребенка были медицинские работники 70,0%, на долю близких родственников (бабушек, свекрови, сестры) приходилось - 17,2%, информацию получили от соседей и знакомых, коллег и друзей 8,4%, остальные 4,4% среди основных источников информации указали средства массовой информации (телевидение, радио, интернет).

В РТ почти все дети после рождения прикладываются к ГВ (92,5%). Из 92,5% матерей, которые кормили детей грудью, более 80% из них в течение первых трех месяцев практиковали исключительно грудное вскармливание. Только 36,7% матерей продолжали ИГВ своих детей до 6 месяцев и только 5,3% практиковали ИГВ до года.

В течение первых часов жизни к груди в условиях родильного дома были приложены 98,8% городских и 95,6% ($p < 0,05$) сельских матерей, когда высока вероятность доступа ребенка к молозиву. Из них в течение последующих часов после рождения 89,2% городских и 76,4% сельских новорожденных были приложены к груди матери, по истечению 2-6 часов (18,4% и 31,2% соответственно), в более поздние сроки (2,4% и 2,4% соответственно) (рисунок 2).



Рисунок 2. – Тенденция продолжительности исключительно грудного вскармливания детей

Следовательно, 83% городских и 78,7% сельских матерей имели достаточно знаний о важности и нужности прикладывания ребенка к груди в течение первого часа после рождения. Необходимо отметить, что

существенных различий среди новорожденных, начавших ГВ в течение часа после рождения, ни по полу ребенка, ни по месту рождения, ни по месту проживания - в городской или сельской местности, не замечено.

Практически статистически значимые различия между уровнем осведомленности матерей о грудном молоке и его значении для организма ребенка между респондентами из г. Душанбе и Хатлонской области не установлены, в связи с этим данные были обобщены.

Проведенный анализ показал, что мнение 216 (86,4%) респондентов едино относительно весомой важности ГВ, 32 (12,8%) указали на его важное значение для здорового роста и развития ребенка. Наряду с этим 232 (92,8%) матери указали на то, что ГВ важно как для здоровья ребенка, так и матери, 198 (79,2%) высказали мнение о том, что оно богато витаминами и минералами, и 139 (55,6%) были согласны с мнением о том, что способствует защите ребенка от инфекционных заболеваний. Каждая 10 мать (n=25) была одина во мнении относительно экономии времени, 7,2% - финансов, 6% акцентировали внимание на том, что грудное вскармливание безопасно.

Возникающие сложности в процессе ГВ около 40% матерей связывают с ребенком, 27,8% указали на то, что не могут проконтролировать количество съеденного молока, каждая 5 мать (22,2%) в качестве причины привела повреждение соска молочной железы.

Матери, проживающие на селе, по сравнению с городскими, статистически достоверно (42,0%) уверены в том, что ребенку необходимо давать чай, в качестве основного довода (34,8%) приводят то, что ребенку необходимо утолять жажду, бытует мнение о том, что (4,8%) необходимо соблюдать сложившиеся традиции «все члены семьи пьют чай».

Также был проведен опрос матерей о практике ГВ, дополнительному питанию и частоте кормления. Было установлено, что жительницы города чаще по сравнению с сельскими матерями, начиная с первых недель, в качестве докорма использовали молочные смеси.

В течение первой недели после родов 232 (92,8%) ребенка получали только грудное молоко, 18 (7,2 %) новорожденных – молочные смеси, сладкую воду или чай, коровье или козье молоко. При этом число новорожденных, которые получали дополнительное питание или жидкости, в сельской местности было значительно выше (61,1%), чем в городах (38,9%; $p < 0,001$).

До достижения 6-ти месячного возраста многим детям наряду с ГВ давали животное молоко, воду или чай и другие жидкости. В 2 месяца более 9,2%, с 3-х месяцев 15,8% и 63,3% с 6 месяцев. В возрасте 10 месяцев все дети в селах получали воду или чай, что достоверно выше, чем в городе Душанбе. При этом большинство (63,6%) матерей было уверено в том, что детям необходимо давать чай. Анализ причин поить детей чаем выяснил, что 82,9% матерей, в частности проживающих в сельской местности, давали с целью утоления жажды, 9,4% давали потому, что вся семья пьет чай и

думали, что детям тоже полагается чай и 11,3% респондентов дали разные ответы. Основными причинами среди городских, почему они давали чай, были: все члены семьи пьют чай, для профилактики кишечной колики, лечебные чаи для здоровья и иммунной системы.

Начальным сроком – 19,2% матерей введение в рацион питания детей мягкой пищи (пюре, каши) указали срок с 3-5 мес. при этом в сельской местности гораздо чаще вводят прикорм, чем в г. Душанбе. У более 63% детей первый прикорм состоял из твердой и полутвердой пищи, возраст начала прикорма указанным видом питания был 6 месяцев. В городе Душанбе 73% детей начинали получать прикорм с рекомендуемого возраста, что значительно чаще ($p < 0,01$), чем в сельской местности – 53,3%. Более 17% детей начали получать прикорм позже рекомендуемых сроков введения. В сельской местности этот показатель на 7,4% выше, чем в городе Душанбе.

Достоверного различия между городскими и сельскими детьми в возрасте, в котором вводился прикорм, не установлено: на селе $4,6 \pm 3,3$, в городе – $5,5 \pm 3,7$ месяца. Сравнительный анализ частоты кормления детей по возрастам показал, что большинство детей в возрасте старше 12 месяцев получали достаточную кратность приема прикорма против 40% на первом году жизни.

Проведенные исследования показали, что процесс питания детей, проживающих в сельской местности, имеет несколько отличительных моментов по сравнению с городскими.

Об этом свидетельствуют данные о том, что:

- распространенность ИГВ в городе была достоверно выше, чем среди детей, проживающих в сельской местности;
- в городе число детей, которые начинали получать прикорм с рекомендуемого возраста, выше, чем в сельской местности;
- только у $40,7 \pm 1,5\%$ детей, проживающих в селах, питание состояло из приемлемого минимального разнообразия продуктов против $61 \pm 1,3\%$ детей, проживающих в г. Душанбе;
- число кормлений в течение суток, соответствующее минимально допустимой кратности прикорма для ребенка данного возраста, в селах получало достоверно меньшее число детей, чем в городе.

Существует 4 основных под-формы недоедания: 1. истощение, 2. задержка роста, 3. недостаточный вес (дефицит массы тела) и 4. дефицит витаминов и минералов. В процессе исследования акцент был сделан на 3 из 4 под-формы недоедания.

При этом, число детей, у которых показатели физического развития соответствовали норме, в селах было незначительно ниже, чем в городе Душанбе (рисунок 3).

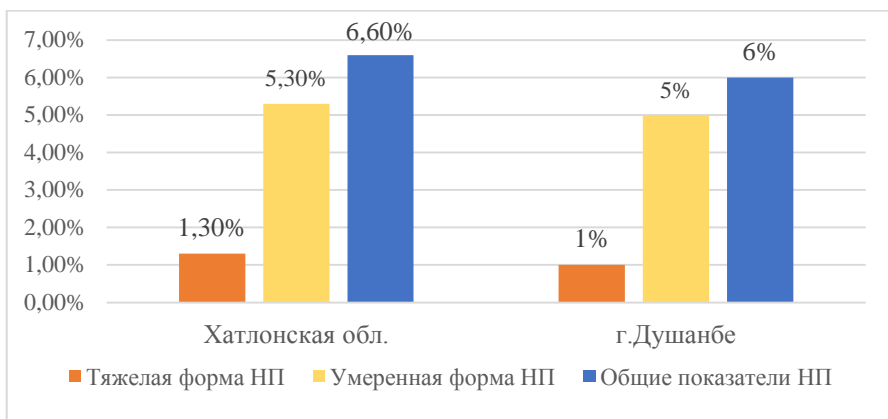


Рисунок 3. – Распространенность недостаточности питания

Проведя сравнительный анализ данных по половому различию, существенных статистически значимых различий в распространенности питательной недостаточности (7,3% у мальчиков и 5,5% у девочек) не установлено. Среди детей всех возрастных групп статистически достоверно преобладали дети без дефицита массы тела. Такая же тенденция имела место и среди различий по половому признаку. Среди обследованных детей преобладали младенцы в возрасте от 1 года до 3 лет. Среди детей, проживающих как на селе, так и в городе преобладали младенцы с дефицитом массы тела.

Результаты исследования показали, что распространенность задержки роста, как и дефицит массы тела у детей имеет незначительные изменения по половому признаку. Риск развития этих состояний ниже в городе Душанбе, но выше у детей мужского пола по сравнению с женским полом.

Среди детей в возрасте от 1 до 3 лет статистически достоверно чаще определяется ЗР по сравнению с другими возрастными группами. Распространенность тяжелой и средне-выраженной формы ЗР у детей значительно ниже в Душанбе (8%), чем в Хатлонской области (13,4%), причем различия между выборками были статистически значимыми. Также существенных различий по численности мальчиков и девочек между регионами не наблюдалось.

Анализ задержки роста по возрастным категориям отмечает, что дети в возрасте от 0 до 1 года и от 1 до 3 лет демонстрируют незначительно высокие показатели распространенности задержки роста, чем дети в возрастной категории от 3 до 5 лет.

Между обследованными регионами, село и город, степень выраженности истощения более значима для детей сельской местности по сравнению с городскими (рисунок 4).

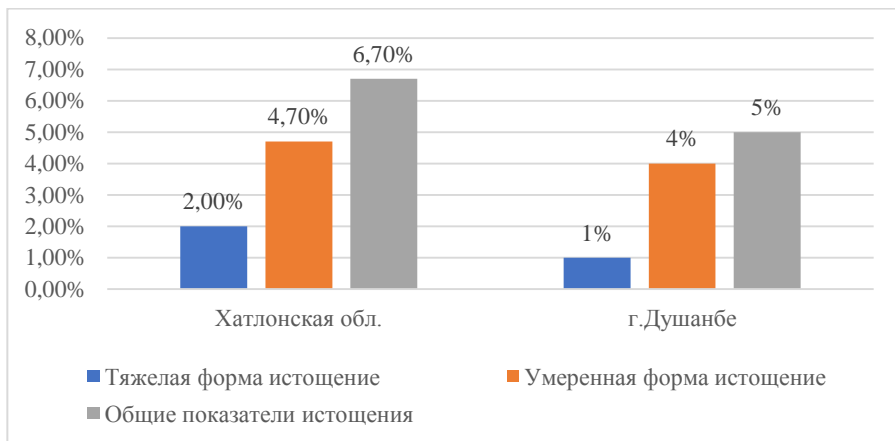


Рисунок 4. – Динамика степени выраженности истощения в зависимости от региона

Гендерные значения были почти в одинаковом эквиваленте как на региональном уровне, так и в совокупности в общем значении. Анализ истощения по возрастным категориям не отметил существенных различий показателя распространенности между возрастными группами, но, как и в предыдущих данных доля детей в возрасте от 0 до 3 лет была выше, чем детей от 3 до 5 лет показателей, определенных ВОЗ.

Необходимо отметить тот факт, что практически все выявленные нарушения в определенной степени чаще регистрируются среди детей, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими. Среди всех форм нутритивного статуса наиболее распространенной формой является нарушение питания по типу задержки развития (ЗР) (10,7%). Второе ранговое место в структуре нарушений питания занимал дефицит массы тела (6,3%), далее истощение, которое наблюдалось в 5,8% исследуемых детей.

Проведена оценка результатов комплексного исследования 96 детей в возрасте от 0 до 5 лет, страдающих питательной недостаточностью тяжелой степени. Все дети находились на стационарном лечении в специализированном отделении для детей с питательной недостаточностью тяжелой степени ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» за период 2018-2021 гг.

Проведя сравнительный анализ показателей физического развития детей, страдающих БЭН, в зависимости от места жительства и пола, установлена однородность численного состава по полу 46 (47,9%) мальчиков и 50 (52,1%) девочек. Распределяя детей по месту жительства, установлено, что городских было 42,7% в основном все жители города Душанбе и 57,3% проживали в сельской местности, в частности в Хатлонской области и районах республиканского подчинения. Средний возраст поступивших на лечение

девочек составил 11,6 мес., мальчиков 12,2 мес., существенного различия в показателях роста не установлено, тогда как вес девочек был на 340 г. меньше, чем у мальчиков. Гармоничное развитие детей в большой степени зависит от адекватного питания. Нерегулярное и неполноценное питание может способствовать развитию недостаточности питания и привести к отставанию в физическом и психомоторном развитии.

Анализ возраста детей с учетом пола, поступивших на лечение в ОТДТНП показал, что среди детей, страдающих БЭН, преобладали младенцы в возрасте до года (66,7%).

Среди 21 (21,9%) ребенка в возрасте до двух лет на 15% было больше девочек, в тоже время численный состав трехлетних детей по полу практически не отличался, однако число мальчиков в возрасте 5 лет было больше в два раза, чем девочек.

В процесс изменения при ПНТС были вовлечены такие системы как основной метаболизм, дисбаланс водно-электролитной системы, изменения состава тела, нарушения нервно-психической регуляции, дисбаланс эндокринной системы, угнетения иммунитета, дисфункциональные расстройства ЖКТ.

К основным причинам развития БЭН относятся возникающие отклонения в обеспечении детского организма адекватным питанием, соответствующим возрасту ребенка. При изучении статуса питания детей 2 группы с ПНТС установлено, что 40 (41,7%) из них находились на искусственном вскармливании, 42 (43,7%) на смешанном и только 14 (14,6%) детей получали ГВ в течение первых трех месяцев жизни. Причем дополнительно при ГВ получали различные виды жидкости и прикормы (сладкий чай, коровье молоко, кипяченая вода, жидкие молочные каши) (таблица 2).

Таблица 2. – Временной аспект введения прикорма к проводимому ГВ

Возраст (месяц)	Дети с БЭН (n=96)		Контрольная группа (n=50)		p
	Абс	%	Абс	%	
1	3	3,1	1	2,0	>0,05*
2	6	6,3	3	6,0	>0,05*
3	12	12,5	1	2,0	<0,05*
4	23	24,0	5	10,0	<0,05*
5	15	15,6	13	26,0	>0,05
6	22	22,9	27	54,0	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Средняя продолжительность ГВ составила 5,7±9,4 месяца. Частота кормления у большинства (61,4%) детей до развития настоящей болезни не

соответствовала рекомендуемой кратности приема пищи соответственно возрасту. При этом практически большинство детей (88,6%) прикармливали жидкой едой из бутылки, что указывало на низкую энергетическую ценность прикорма. При госпитализации 23,6% матерей продолжали кормить ребенка грудью.

Как указывалось выше, к основным причинам развития БЭН относятся различные дисфункциональные расстройства ЖКТ. Проведенный анализ показал, что у большинства детей основной причиной развития ПНТС явились перенесенные или текущие острые кишечные инфекции (n=55; 57,3%) и затяжная диарея (13,9%).

В качестве основной проблемы, возникшей в процессе кормления, при поступлении в стационар матери или родители отметили отсутствие аппетита (78,1%), далее рвота (65,6%), повышение температуры тела $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (61,5%).

Проведя оценку насыщения организма детей с белково-энергетической недостаточностью микроэлементами, установлено, что во всех случаях тяжелого истощения по сравнению с детьми контрольной группы наблюдался дефицит электролитов крови (таблица 3).

Таблица 3 – Содержание электролитов в сыворотке крови ($M \pm m$)

Показатель	Дети с тяжелым истощением (n=96)	Контрольная группа (n=50)	p
K ⁺ ммоль/л	4,2±0,8	4,7±1,5	>0,05
Na ⁺ ммоль/л	127,7±10,6	137,2±11,8	>0,05
Ca ⁺⁺ ммоль/л	1,5±0,3	2,4±0,7	<0,01
P ⁺⁺ ммоль/л	0,93±0,4	1,6±0,2	<0,01

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами детей (по U-критерию Манна-Уитни)

Гипокалиемия (64,5%) и гипокальциемия обнаруживались у 85,4% детей с тяжелым истощением, а гипофосфатемия выявлялась значительно реже (30,2%).

Непосредственной причиной развития тяжелого острого нарушения питания чаще отмечались острые кишечные инфекции, реже затяжная диарея.

В клинической картине ведущими признаками в анамнезе у детей были указания на частые простудные заболевания (ОРВИ, пневмония), анемия и острые кишечные инфекции, потеря аппетита, дефицит массы тела, бледность и сухость кожи с шелушением, исчерченность и ломкость ногтей, отсутствие подкожно-жировой клетчатки, дряблые кожные складки на внутренней поверхности плеч и бедер, гипокальциемические судороги и интоксикация (лихорадка или гипотермия) на сопутствующую бактериальную инфекцию. У 85,4% детей с истощением

обнаружена сопутствующая бактериальная инфекция. Среди детей с тяжелым истощением клинические проявления рахита в виде остеоидной гиперплазии выявлялись чаще.

Данные дополнительных методов исследования также выявили некоторые особенности острого истощения. Так, среди детей с ПНТС диагностирована сопутствующая бактериальная инфекция (острая пневмония, инфекция мочевыводящих путей). Адекватная ответная реакция на воспалительный процесс в виде лейкоцитоза с сегментоядерным нейтрофилезом отмечалась у $11,9 \pm 5,1\%$ детей с острой пневмонией, что значительно ниже.

В то же время, электролитные нарушения наблюдались у всех исследуемых детей. Аналогичными были изменения со стороны глюкозы крови: при истощении гипогликемия отмечалась у $37,1\%$ детей, а при низкорослости – у $16,7\%$ больных. Гипохолестеринемия чаще выявлялась среди детей с низкорослостью ($73,8\%$), чем при истощении ($48,6\%$).

Таким образом, результаты комплексного исследования 96 детей в возрасте до 5 лет с ПНТС показали, что предрасполагающими факторами развития нарушений питания явились недостаточные навыки у матерей по уходу за здоровым и больным ребенком, нерациональное питание с рождения (низкие показатели исключительно грудного вскармливания, недостаточная кратность кормления, низкая энергетическая ценность прикорма).

Процесс организации и проведения лечения с использованием терапевтических препаратов ТП F-75, F-100 и ГУТП ВР-100 основан на 3 этапах. Независимо от условий, в которых реализуется программа, в основе лечения острой тяжелой недостаточности питания лежит применение специальной диеты. Однако, F100 может применяться только в стационарных условиях, тогда как ГУТП ВР-100 может применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Указанная группа препаратов ТП предназначена для быстрого набора веса пациентов (более 8 г/кг/день).

➤ Этап стабилизации. Пациентов на начальной этапе формирования БЭН, когда сохранен аппетит, на фоне наличия каких-либо серьезных симптомов данного заболевания госпитализируют в стационар для стабилизации состояния. В указанном подразделении используют смесь ТП F-75. Процесс лечения охватывает этап восстановления нормальной функции обмена веществ и баланса питательных веществ и электролитов. Однако не должен ставиться в качестве основной цели быстрый набор массы тела, необходимо достичь основного принципа адаптации организма ребенка к применению данной линейки препаратов ТП.

➤ Переходная фаза. Преимущество данной фазы заключается в постепенной адаптации организма ребенка к нормализации потребляемых калорий, на этапе до восстановления физиологических

функций. Иначе высока вероятность возникновения дисбаланса электролитов. В связи с этим на данном этапе постепенно переходят на применение ТП F-100, которое способствует постепенному увеличению веса больных. Применяемое количество ТП F-100, идентично количеству F75, даваемому в фазе стабилизации. Поскольку в результате увеличивается в организме энергия на 30%, наступает этап прибавки массы тела, среднесуточное число которой должно быть не менее 5 г/кг/сутки.

➤ Стадия восстановления. Началом данного этапа может считаться тот момент, когда у больных восстанавливается аппетит, постепенно завершается процесс нормализации клинических проявлений, улучшается как соматический, так и психический статус детей.

Необходимо отметить тот факт, что ТП F-75 и F-100 и ВР-100 поступают в РТ по линии гуманитарной помощи, в качестве распределителя и контроля эффективности выступает МЗ и СЗН РТ, уполномочено ГУ РНКЦП и ДХ. Указанное учреждение ведет сбор, учет и анализ по выявляемости, с последующим лечением и реабилитацией детей с ПНТС.

Всем детям 2 группы (n=96) на начальном этапе был назначен препарат F-75, а в дальнейшем все эти дети на переходной фазе, на этапе стабилизации, были переведены на ТП F-100.

Для проведения сравнительного анализа эффективности проводимого лечения с использованием ТП в стадии реабилитации пациенты были разделены на 2 группы:

- ❖ 1 группа (основная) – дети которые использовали в качестве лечебного питания ТП F-100 и ВР-100 (n=48).
- ❖ 2 группу (сравнения) составили дети, лечение которых заключалось в применении исключительно ТП F-100 (n=48).

Методика применения лечебного питания заключалась в предвостановительном достижении фазы стабилизации, которое включало применение диетического лечения препаратом ТП F75 из расчета (130 мл/кг/день на 8 кормлений). Также, основываясь на требованиях Национального руководства по введению детей с питательной недостаточностью тяжелой и средней степени [Душанбе, 2020, - 107 с.], проводилась антибактериальная терапия, также соответствующее лечение острых состояний (гипогликемии, гипотермии, обезвоживания и т.д.) до восстановления аппетита. Эта фаза длилась в среднем $5 \pm 3,5$ дня. Затем пациент оставался в течение $3 \pm 5,7$ дней в переходной фазе с той же дозировкой ТП F100.

В дальнейшем на этапе реабилитации, детям основной группы назначали стандартную диету (ТП F-100) в течение первых 3 дней, в дальнейшем поэтапно производили замену одного из приемов на эквивалентное количество (в ккал) ВР-100. Начиная с 4-го дня лечения,

дети получали шесть альтернативных приемов пищи F-100 и ВР-100. Производили смену порядка приема пищи на ежедневной основе, для исключения возможности привыкания, связанной со сроками приема пищи. Детям группы сравнения в качестве базисной терапии применялся ТП F100 из расчёта 200 мл/кг/день на шесть приемов пищи (каждые 100 мл F-100 содержит 100 ккал энергии). Общее потребление энергии в обеих группах было направлено на обеспечение как минимум 200 ккал/кг/день (таблица 4).

Таблица 4. – Характеристика детей, получавших F-100 и ВР-100

Показатель	Контрольная группа (здоровые дети) (n=50)	БЭН тяжелая степень n=96		p
		Основная группа (дети, получавшие F-100 + ВР-100) (n=48)	Группа сравнения (дети, получавшие только F-100) (n=48)	
Возраст (мес.)	10,0±1,4	15,4±2,8 p ₁ <0,001	8,8±1,0 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Вес, кг	8,8±1,0	8,6±1,9 p ₁ >0,05	5,2±0,9 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Рост, см	72,1±6,1	77,5±6,0 p ₁ >0,05	65,2±5,2 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01	<0,05
Рост/вес (Z-Score)	0,24±2,4	-3,8±0,6 p ₁ <0,001	-3,9±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
Двухсторонние оттеки	0 (0,0%)	4 (8,3%)	12 (25,0%)	<0,001*
Мальчики	25 (50,0%)	25 (52,1%)	21 (43,8%)	>0,05*
Девочки	25 (50,0%)	23 (47,9%)	27 (56,2%)	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между всеми наблюдаемыми группами детей (по H-критерию Крускала-Уоллиса, *по Q-критерию Кохрена); p₁ - при сравнении с контрольной группой, p₂ - при сравнении с основной группой (по U-критерию Манна-Уитни)

У тех детей, у которых имелось наличие водянистой диареи, дополнительно назначали оральные регидратационные растворы из расчета 5 мл/кг каждые 30 мин в течение первых 2-х часов, далее до восстановления стула 5-10 мл/кг/ч. Больные дети находились в теплом помещении (25-30°C), где отсутствовали сквозняки, проводилось постоянное наблюдение и изоляция от других детей.

Организационные мероприятия по уходу за детьми с нарушениями питания предусматривали проведение медикаментозного лечение детей с ПНТС, направленное на:

- лечение бактериальной инфекции с применением антибиотиков;
- коррекцию нарушений электролитного баланса;
- коррекцию дефицита витаминов и минералов.

При лечении детей с осложнениями, такими как септический шок, гипогликемия, гипотермия, кожные инфекции, инфекции дыхательных или мочевыводящих путей, вялость или болезненность, применяли терапию, состоящую из:

- ампициллин, 50 мг/кг в/м или в/в каждые 6 часов в течение 2 дней, затем амоксициллин, 15 мг/кг перорально каждые 8 часов в течение 5 дней.

В среднем госпитализированные дети достигли критериев выписки до 39 дня со стандартной ошибкой 3,5 дня. Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре составила $12,6 \pm 1,5$ дней. Однако дети основной группы по сравнению с контрольной достоверно меньше дней проводили в стационаре $11,9 \pm 4,0$ против $13,4 \pm 4,0$ дней.

Среднесуточная прибавка массы тела у детей, которые получали специализированное терапевтическое питание F-100 в сочетании с готовым к употреблению терапевтическим питанием ВР-100, по сравнению с детьми, которые получали только терапевтическое питание F-100, была достоверно выше ($p < 0,001$) ($11,7 \pm 0,5$ против $10,3 \pm 0,4$), при этом продолжительность госпитализации была меньше, чем в контрольной группе.

Результаты исследование показывает, что нет существенной разницы в поле пациентов в обеих группах, которые набрали вес при выписке из медицинского учреждения после лечения. Точно так же нет существенной разницы между полом всех детей, поступивших в медицинские учреждения с недоеданием. Это указывает на отсутствие различий в зависимости от пола пациентов.

На начальном этапе, до проведения лечебно-оздоровительных мероприятий с применением комбинированного питания (F-100 + ВР-100), показатель Z-Score составлял $< -3,2$, что свидетельствовало о сильно выраженном понижении массы тела (рисунок 5).

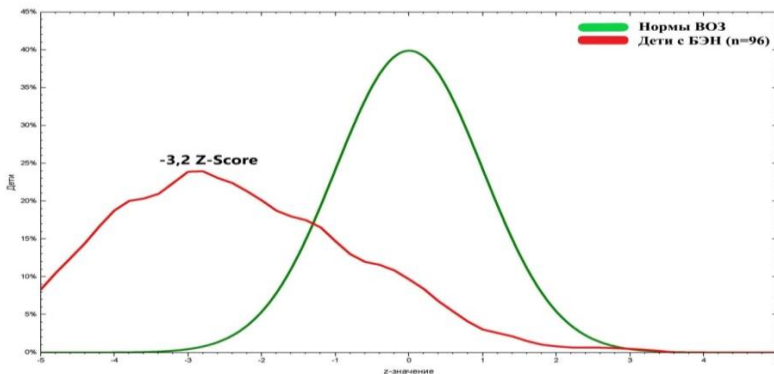


Рисунок 5. – Сравнительная характеристика соотношений роста/длины к весу по сравнению со стандартами ВОЗ (до начала проведения лечебных мероприятий)

На фоне проведенного комплексного лечения, с включением коррекции обменных нарушений и охранительного режима, достигнуты значительные результаты (рисунок 6).

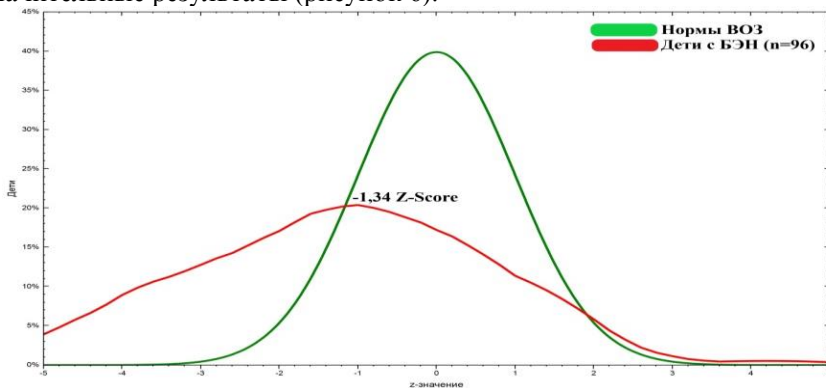


Рисунок 6. – Динамика соотношений роста/длины к весу по сравнению со стандартами ВОЗ (после проведенного лечения)

Об улучшении общего состояния детей свидетельствовали: положительная динамика весовой кривой, повышение уровня гемоглобина при выписке, нормализация абсолютного числа лейкоцитов, уровня холестерина и глюкозы в сыворотке крови. Следует отметить, что у детей основной группы улучшение общего состояния и данных дополнительных методов исследования происходило быстрее, чем у детей контрольной группы (рисунок 7).

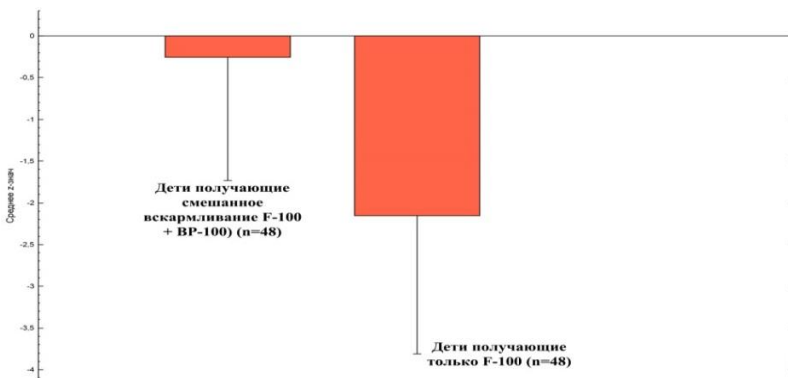


Рисунок 7 – Динамика соотношений роста/длины к весу по сравнению со стандартами ВОЗ (после проведенного лечения)

Среднесуточная прибавка массы тела у детей в зависимости от характера питания (комбинированное питание или готовая специальная лечебная смесь) имела достоверные различия. Среди детей, которые получали ГУТП ВР-100 в комбинации с F-100, прибавка веса была выше, чем у пациентов, находящихся только на специальной лечебной смеси F-100.

Исследуемые дети предпочитали ГУТП ВР-100 без снижения потребления специализированного ТП F100. Высокое потребление энергии, полученное в группе смешанного питания, приводит к среднему увеличению веса, превышающему среднее значение, полученное при использовании только F100 в контрольной группе (что само по себе превышает минимальное увеличение веса, ожидаемое на этой фазе лечения) (рисунок 8).

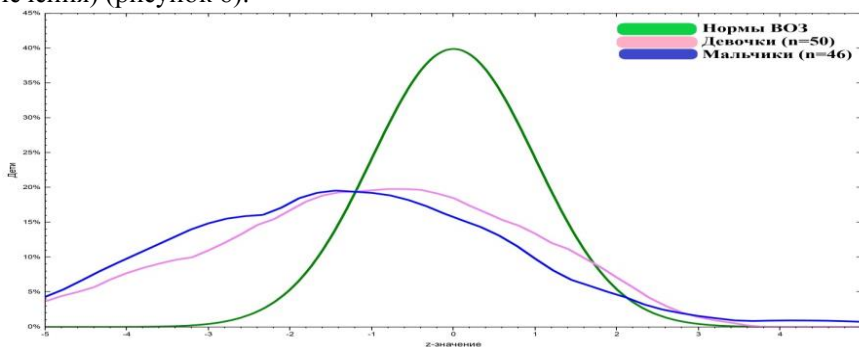


Рисунок 8. – Динамика соотношений роста/длины к весу по сравнению со стандартами ВОЗ (в зависимости от пола)

Диапазон энергозатрат у ВР-100 намного шире, чем у F100. Преимуществом F100 может быть относительная стабильность количества, которое дети потребляют при каждом приеме пищи.

В дальнейшем необходимо тщательное изучение приема ТП, основанного исключительно на ВР-100 в условиях стационара и дома, чтобы оценить риск неадекватного потребления воды. ВР-100 не содержит воды и должен всегда подаваться с водой, чтобы обеспечить абсорбцию и избежать обезвоживания. Следовательно, ВР-100 можно использовать при реабилитации тяжелого недоедания в условиях стационара, амбулатории и дома.

Проведя опрос семей детей второй группы, нами установлено, что более 2/3 детей в возрасте от 6 до 23 месяцев (72 процента) не имели доступа даже к минимально разнообразному рациону, способствующему здоровому росту и развитию. Необходимо отметить и тот факт, что 1/3 детей (более 35%) в этой возрастной группе продолжали находиться на грудном вскармливании и в тоже время имели доступ к зерновым продуктам (пшеница, рис, иногда кукуруза и др.), у около половины детей (45%) в меню отсутствуют фрукты или овощи. Около 60% не получали продуктов с высоким содержанием питательных веществ, как яйца, рыба или мясо.

Таким образом рациональное питание является именно тем шагом, который в дальнейшем приводит к нормальному физическому и нервно-психическому развитию ребенка, способствует повышению сопротивляемости к инфекционным заболеваниям, тем самым улучшает работоспособность и выносливость. Основной целью правильного питания является не только покрытие затрат, необходимых для жизнеобеспечения, но и способствовать правильному росту и развитию ребенка.

Выводы

1. Среди детей г. Душанбе установлена самая высокая частота превалентности БЭН, 3,7/1000 ($\lambda=3,7$), популяционная частота 1: 292; в Хатлонской области 1,0/1000 ($\lambda=1,0$), 1:425; по республике 0,5 ($\lambda=0,5$), 1:2189 [1-А, 3-А, 7-А].
2. Основным фактором риска развития БЭН является низкий индекс здоровья детей, для них характерно наличие клинических признаков дисфункциональных и воспалительных заболеваний со стороны ЖКТ, далее ЦНС [3-А, 5-А, 7-А].
3. Для жителей сельской местности характерно раннее введение прикорма детям, в возрасте моложе 4 месяцев, применение на фоне грудного вскармливания дополнительных жидкостей [4-А, 8-А].
4. Отставание показателей физического развития детей с БЭН преимущественно характерно для мальчиков по критериям веса к росту, веса к возрасту [1-А, 5-А].

5. Экстрагенитальные заболевания матери во время беременности (анемия, гестоз, урогенитальные инфекции), преимущественно предрасполагают к развитию БЭН у детей [1-А, 2-А, 3-А, 5-А, 7-А].
6. Установлено, что более благоприятное влияние на показатели физического развития оказывает комбинированное питание с применением (F-100 + ВР-100), где Z-Score до лечения составляло -3,2 и после лечения – 1,3 [3-А, 4-А, 5-А, 13-А, 16-А]
7. Частота рецидивов развития БЭН в катамнезе имеет зависимость от уровня осведомленности и умения матерей ухаживать за ребенком и обеспечивать в необходимом объеме продуктами прикорма [4-А, 6-А, 7-А, 8-А, 15-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. При оценке физического развития у детей до 5 лет с признаками нарушения нутритивного статуса следует использовать стандартные отклонения индексов Z-Score «вес/возраст», «вес/рост» и «рост или длина тела/возраста», что позволит дифференцировать различные формы БЭН.
2. Изменение поведения матерей по адекватной практике кормления детей будет способствовать снижению высокой распространенности болезней.
3. При тяжелой острой БЭН рекомендуется создать охранительные комфортные условия размещения больного ребенка, провести корригирующую терапию обменных нарушений, начать восстановительное кормление с применением комбинированных питательных смесей F100 и ГУТП ВР-100.
4. Объективным критерием оценки эффективности лечения является прибавка веса более 10,5 г/кг/день.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

- 1-А Шамсов, Б. А. Оценка нутритивного статуса детей с сахарным диабетом 1-го типа [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – № 3. – С. 66-70.
- 2-А Шамсов, Б. А. Арзёбии ҳолати мақоми нутритиви дар мавриди кӯдакони синни барвақтии гирифтори нуксонҳои модарзодии дил [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2020. – №1. – С. 95-100.
- 3-А Шамсов, Б. А. Коррекция ҳолати нутритивии кӯдакони синну соли бармаҳал [] // Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2020. – №1. – С. 171-176.
- 4-А Шамсов, Б. А. Реабилитация детей с недостаточности питания, тяжелой степени [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев, Х. Д. Мирзоев, Ф. А. Файзуллоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – № 3. – С. 73-78.

- 5-А Шамсов, Б. А. Реабилитация кудакони дорои дараҷаи вазнини норасоии ғизо [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2021. – №1. – С. 68-72.
- 6-А Шамсов, Б. А. Норасоии шадиди ғизоӣ дар байни кудакони синни то 5-сола [] / Б. А. Шамсов // Илм ва фановарӣ. – 2021. – №3. – С. 77-81.
- 7-А Шамсов, Б. А. Некоторые особенности состояние питания детей городской и сельской местности [] / Б. А. Шамсов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. 12, № 4(44). – С. 77-85.

Статьи и тезисы в публикациях конференций

- 8-А Шамсов Б.А. Влияние вида вскармливания на показатели здоровья детей первого года жизни [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 135-136.
- 9-А Шамсов Б.А. Влияния грудного вскармливания на физическое развития недоношенных детей первого года жизни с малым весом [] / Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 246-247.
- 10-А Шамсов Б.А. Особенности питания детей с сахарным диабетом 1-го типа [] / Б.А. Шамсов // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 247.
- 11-А Шамсов Б.А. Роль инновационного проекта «Score Coda» в улучшении управления данными у детей с белково-энергетической недостаточностью [Текст] / Б.А. Шамсов, Д.А. Каюмова // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 247-248.
- 12-А Шамсов Б.А. Пилотирование новых технологий (SCOPE CODA) в рамках проекта по профилактике и лечению острой недостаточности питания средней степени [Текст] / Б.А. Шамсов, Ш. Миралибекова // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей

в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 265-266.

- 13-А Шамсов Б.А. Оценка нутритивного статуса детей с хроническим панкреатитом [Текст] / Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – №1(41). – С. 26-30.
- 14-А Шамсов Б.А. Оценка состояния нутритивного статуса у детей грудного и раннего возраста с врожденными пороками сердца [Текст] / Б.А. Шамсов, Ф.А. Файзуллоев, Ш.З. Набиева // Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» 29 июня 2019 г. С. 170-171.
- 15-А Шамсов Б.А. Организация грудного вскармливания в учреждениях ПМСП [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы 3 - съезда детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижение, проблемы и пути их решений» Душанбе 2020, С. 190.
- 16-А Шамсов Б.А. Особенности современного лечения детей с белково-энергетической недостаточностью [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан -28 - 29 октябрь 2022, С. 52.

Список сокращений и условных обозначений

БЭН	– белково-энергетическая недостаточность
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВПП	– Всемирная продовольственная программа
ГБАО	– Горно-Бадахшанская автономная область
ГВ	– Грудное вскармливание
ГУ	– Государственное учреждение
ЗР	– Задержка роста
ИГВ	– Исключительно грудное вскармливание
ИМТ	– индекс массы тела
МДИТ	– медико-демографические исследования Таджикистана
МЗ и СЗН РТ	– Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
НИСМТ	– Национальное исследование статуса микроэлементов в Таджикистане
ООН	– Организация Объединенных наций
ОСП	– Окружность середины плеча
ОДТНП	– Отделение терапии детей с тяжелым нарушением питания

ПГЖИ	– Потерянных лет жизни, скорректированных на инвалидность
ПН	– Питательная недостаточность
ПНТС	– Питательная недостаточность тяжелой степени
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
РНҚЦП и ДХ	– Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
РВ	– Ранний возраст
РТ	– Республика Таджикистан
СО	– Стандартное отклонение
СРБ	– С-реактивный белок
ФАО	– Продовольственная и сельскохозяйственная организация
ФР	– Физическое развитие
ЦУР	– Цели в области устойчивого развития
GAM	– Global Acute Malnutrition
HFA	– Height-for-age (рост к возрасту)
MAM	– Moderate wasting или moderate acute malnutrition - нарушение питания средней степени тяжести
MUAC	– mid-upper arm circumference
RUTF	– Ready-to-use therapeutic food
RUSF	– Ready-to-use supplementary food
SAM	– Severe acute malnutrition - тяжелое нарушение питания
WHO	– World Health Organization
WFH	– Weight-for-height - индекс веса относительно роста

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ
ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ ПЕДИАТРИ
ВА ҶАРРОҲИИ КӯДАКОНА»**

Бо ҳуқуқи дастнавис

ВБД 616-053.2-056.54; 616.393

ШАМСОВ БАХТОВАР АБДУЛҶАФИЗОВИЧ

**ДАСТГИРИИ НУТРИТИВИИ КӯДАКОНИ ТО 5 СОЛА
БО НОРАСОИИ ФИЗОӢ**

Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиббӣ
14.01.08 – Тибби афғол

Душанбе – 2023

Диссертатсия дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» таҳия гардидааст.

Роҳбари илмӣ: **Набиев Зоҳир Нарзулоевич** – д.и.т., профессор, Сардори Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модару кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муқарризони расмӣ: **Ҷураев Муҳаммад Наврузович** – доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи аллергология ва иммунологияи МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Зурхолова Хайринисо Раҳмоновна – номзади илмҳои тиб, дотсенти МД «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи пешбар: МД “Маркази ҷумҳуриявии махсусгардонидашудаи илмӣ-амалии педиатрӣ (ш.Тошканд, Ҷумҳурии Узбекистон)

Ҳимояи диссертатсия санаи «__» _____ соли 2023 соати ____ дар маҷлиси шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-008 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj; +992918724088.

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

Автореферат «_____» _____ соли 2023 ирсол шуд.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷамолова Р.Ҷ.

МУҚАДДИМА

Мубрами мавзӯи таҳқиқот. Физои солим шартӣ зарурии рушди миллий ва некӯахлоқии аҳолии мебошад. Мушкилоти физо на танҳо дар Тоҷикистон, балки дар тамоми кишварҳои ҷаҳон вучуд дорад [Абдуллоева Н.Ш., 2018; Акрамов Б.Р., 2020; Вичигжанина Н.В., 2012].

Тақрибан чихил маводи физоӣ барои саломатии бадан муҳим аст. Дар сурати набудани ақаллан яктои онҳо дар физо одам комилан солим шуда наметавонад ва ба микроорганизмҳои патогенӣ тоб оварда наметавонад [Бабаева Л.А., 2016; Акрамов Б.Р., 2020; Ахмадуллоева Л.И., 2017; Вайвада Т., 2020; Созмони умумичаҳонии тандурустӣ, 2013].

Тибқи омили Созмони умумичаҳонии тандурустӣ (СУТ) 47 миллион кӯдаки то синни 5-сола аз норасоии физоӣ азият мекашад ва 14,3 миллион нафари онҳо аз норасоии шадиди физоӣ, 144 миллион кӯдак қадпаست буда, 38,3 миллион кӯдак фарбеҳ ё вазни зиёдтарӣ доранд [Рославцева Е.А., 2022; Завялова А.Н., 2022; Камолова А.А., 2017; Олдерман Х., 2017; Бахман М.О., 2010; Шофилд С., 1998; СУТ, 2013].

Тақрибан 45% ҷавони кӯдакони то 5-сола ба камғизоӣ вобаста аст. Ин асосан дар кишварҳои бо даромади паст ва миёна рух медиҳад. Ҳамзамон дар ин кишварҳо мизони вазни зиёдтарӣ ва фарбеҳӣ дар кӯдакон афзоиш меёбад [Богданова Н.М., 2022; Оналбоева Б.Ж., 2022; Данаев Г., 2016; Артур С.С., 2015; Отити М., 2021].

Ҳаминтавр, беҳбудии физоӣ кӯдакон ба ноил шудан ба Ҳадафҳои Рушди Устувор чихати хотима бахшидан ба марғи ногузири кӯдакон ва аз байн бурдани камбизоатӣ мусоидат мекунад. Бо дарназардошти аҳамияти ин масъала, таҳқиқот дар ин самт муҳим ҳисобида мешавад, зеро он имкон медиҳад, ки суръати қадпасти, ҷавт, рушди равонӣ, фаъолият, функсияҳои репродуктивӣ ва ҳатари бемориҳои музминро пешбинӣ ва кам карда шавад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. НҲ бемории маъмули кӯдакон буда асосан аз норасоии энергия, сафеда ва микроэлементҳо ба вучуд меояд. НҲ ҳамчун камвазнӣ (вазни ками бадан дар муқоиса бо ҳамсолони солим), қадпасти (афзоиши сусти ҳаттӣ), лоғарӣ (талафоти шадиди вазни бадан) ё варами хангоми камғизоӣ (квашиоркор) зоҳир мешавад. Сатҳи ҷавт дар байни кӯдаконе, ки бо камғизоӣ ё варами шадид дар беморхона бистарӣ шудаанд инчунин бо номи норасоии шадиди вазнини физоӣ (НШВҒ) маълум аст, ки аз 5% то 30% НҲ дар бар мегирад [СУТ, 2013].

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон якҷоя бо созмонҳои ғайридавлатӣ - Ҳазинаи кӯдакони Созмони Милали Муттаҳид (СММ) ЮНИСЕФ, Созмони озуқаворӣ ва кишоварзӣ (ҶАО), Барномаи умумичаҳонии озуқаворӣ (WFP), GIZ ва ғайра ин масъаларо барраси карда истодаанд.

Баъзе аз кӯшишҳои ҳукумат ва ташкилотҳои ғайридавлатӣ барои рафъи камбуди ғизоӣ кӯдакон иборатанд аз:

- оғози бармаҳал ва пурзӯр намудани синамақонии ҳолис ва ғизоидиҳии иловагии кӯдакони то 5-сола;
- таботати камғизоӣ дар кӯдакон тавассути иловаи ғилофакҳои витамини А дар байни кӯдакони то 5-сола;
- мониторинги афзоиши ҳисмонӣ ва рушди кӯдакон бо истифода аз диаграммаҳо дар асоси Стандартҳои рушди СУТ;
- ғизоидиҳии пеш аз таваллуд барои занони ҳомиладорӣ, аз ҷумла иловаҳои оҳан ва кислотаи фолат.

Инчунин Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳия ва татбиқи Қонунҳои муҳим ва Стратегияҳои миллиро бо мақсадҳои мушаххас дар соҳаи ғизо дастгири намудааст: «Стратегия оид ба ғизо ва фаъолияти ҳисмонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2015-2024», «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизоӣ солими дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019 – 2024», «Барномаи миллии коммуникатсионии 1000 рӯзи аввали ҳаёти кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020-2024», «Стратегияи рушди устувори ғизоӣ мактабӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми то соли 2027» ва «Нақшаи бисёрсоҳавӣ оид ба беҳтарсозии ғизо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025».

Ин ба беҳтар гардидани сифати ғизогирии модарону кӯдакон дар ҚТ мусоидат намуд. Бо вучуди ин, нишондоди қаднастӣ дар Тоҷикистон баландтарин дар байни кишварҳои Осиёи Марказӣ башумор меравад.

Ҳамин тариқ, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ин самт таҳқиқотҳои ҷудогона гузаронида шуданд, ки нишон медиҳанд, ки бемориҳои НҲ дар ҷумҳурӣ хеле маъмуланд. Дар диссертатсия омилҳои асосии хатари марбут ба ғизоӣ кӯдакон, ки метавонанд барои беҳтар кардани сиёсати тандурустии ҷамъиятӣ ва мудоҳилаҳои мақсаднок ва барномаҳои ғизоӣ дар муҳити дорони захираҳои маҳдуди саломатӣ кӯмак расонанд, омӯхтааст.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти илмӣ ҷузъи мавзӯи илмии МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони”, оид ба омӯзиши “Ҳолати дурустӣ (сахеҳӣ) ва таҳаввули рушди нишондихандаҳои солимии кӯдакон дар мавриди тифлӣ ва таҳқиқи илман асоснокшудаи методологияи равиши байнисекторӣ барои устувории он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” РКД 0121ТJ1090.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Таҳия ва оптимизатсияи барномаи комплексии пешгирий ва таботати норасоии ғизоӣ дар кӯдакони то 5-сола.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани нишондодҳои паҳншавии HF, муайян намудани тамоюли асосии инкишофи ҷисмонӣ ва хусусиятҳои синну солии он дар кӯдакони то 5-сола.

2. Баҳодиҳии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ аз рӯи ҷадвалҳои тамоюли стандартӣ Z-балҳо дар байни кӯдакони то 5-сола дар асоси стандартҳои муосири СУТ.

3. Арзёбии самаранокии ғизои табобатии якҷояи F-100 ва BP-100 дар табобати норасоии шадиди вазнини ғизоӣ.

4. Таҳия намудани барномаи маҷмӯи барои модарон оид ба баланд бардоштани малакаи нигоҳубини ва ғизодиҳӣ дар кӯдакони то 5-солаи гирифтори HF.

Объекти таҳқиқот. Барои ноил шудан ба ҳадафҳо ва ҳалли вазифаҳои гузашташуда таҳқиқот дар 2 марҳила гузаронида шуд.

Объекти асосии таҳқиқоти скринингӣ дар марҳилаи аввал 250 кӯдак (100 нафар аз шаҳри Душанбе ва 150 нафар кӯдакони деҳотии вилояти Хатлон) синни аз 0 то 5 сола буданд.

Дар марҳилаи 2-юм объекти таҳқиқот 96 кӯдакони синни аз 0 то 5 сола, ки гирифтори НШВҒ буданд. Ҳамаи кӯдакон дар шӯъбаи таҳассусии кӯдакони камвазнӣ МД Маҷмааи тандурустии «Истиклол» дар солҳои 2018-2021 бистарӣ шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Дар марҳилаи аввал мавод барои омӯзиш шаклҳои махсус омодашудаи бақайдгирӣ – “Дафтари бақайдгирӣ кӯдакони камвазн” ва “Дафтари назорати катамнезии кӯдакони камвазн”, ки бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 06.08.2020 сол, таҳти №596 тасдиқ карда шудааст, шакли амбулатории кӯдакон (шакли 024), шаклҳои ҳисоботию Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии омили тиббӣ ва иттилоот»-и ВТ ва ҶИА ҚТ ва Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдаконаи»-и ВТ ва ҶИА ҚТ буданд.

Дар марҳилаи 2-юми таҳқиқот, самаранокии табобат ва барқарорсозии кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнини ғизоӣ бо истифода аз ғизоҳои терапевтии омехтаи F-100 ва BP-100 арзёбӣ карда шуд.

Базаи иттилоотӣ барои ҷамъоварию маълумот буданд: шакли инфиродии рушди кӯдак (Ш-112/у), Шакли амбулатории бемор (ф-025/у), таърихи беморӣ, натиҷаи муоинаи бевоситаи тиббии кӯдак, сӯҳбат бо модар.

Барои омӯзиши кӯдакони гирифтори HF, ки зерин назорати клиникӣ қарор доштанд харитаи махсус таҳия карда шуд.

Навгонию илмӣ таҳқиқот.

1. Муайян карда шуд, ки сатҳи баландтарини бемории НШҒ дар байни кӯдакон дар шаҳри Душанбе $3,7/1000$ ($\lambda=3,7$), дар вилояти Хатлон $1,0/1000$ ($\lambda=1,0$) дар ҷумҳури $0,5$ ($\lambda=0,5$), басомади популятсионии HF дар

байни кӯдакон дар шаҳри Душанбе 1:292; дар вилояти Хатлон 1:425; дар чумхурӣ 1:2189.

2. Муайян карда шуд, ки омили асосии хавфи рушди НШҒ бо нишондиҳандаи пасти индексӣ солимии кӯдакон алоқаманд аст.

3. Муайян карда шуд, ки ҳар 4 модари сокини деҳот ба кӯдакони то 4 моҳа ғизои иловагӣ қорӣ мекунанд, тақрибан нисфи модарон ҳангоми ширмакони ба кӯдакон ба таври илова моеъҳои дигар медиҳанд.

4. Нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии кӯдакони гирифтори НШҒ нишон медиҳанд, ки писарон аз ҷиҳати вазн ба қад қафо мемонанд, баъдан номувофиқи байни вазн ба синну сол ба вучуд меояд, ки барои кӯдакони синну соли бармаҳал (аз 1 то 3 сола) ҳос мебошад.

5. Муқаррар карда шуд, ки омилҳое, ки ба НШҒ дар кӯдакон оварда мерасонанд ин бемориҳои экстрагениталии модарон ҳангоми ҳомиладорӣ (камхунӣ, гестоз, сироятҳои урогениталӣ) мебошанд.

6. Ба кӯдакони гирифтори НШҒ аломатҳои клиникалии дисфунксиявӣ ва бемориҳои илтиҳобии меъдаю рӯда, баъдан майнаи сар ҳос мебошанд.

7. Муқаррар карда шудааст, ки ғизои омехта бо истифодаи (F-100 + ВР-100) ба нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ таъсири судмандтар мерасонад, ки ТС Z-бал пеш аз табобат -3,2 ва баъд аз табобат - 1,3-ро ташкил дод.

8. Басомади тақрори пайдоиши НШҒ дар катамнез аз сатҳи огоҳӣ ва қобилияти модарон оид ба нигоҳубини кӯдак ва ба миқдори зарурӣ бо хӯроки иловагӣ таъмин кардани онҳо вобастаги дорад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Хулоса ва тавсияҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснок ба даст овардашуда, ки дар асоси муқаррароти назариявӣ методӣ тартиб дода шудаанд, метавонанд дар раванди таълимии кафедраҳои таҳассуси донишгоҳҳои олии ва коллеҷҳои тиббӣ истифода шаванд. Дар раванди таҳияи стандартҳои нигоҳубини махсус барои кӯдакони гирифтори НШҒ.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда.

1. Стандартҳои индексҳои "вазн/синну сол", "вазн/қад" ва "қад ё дарозӣ/синну сол", ки СУТ тавсия кардааст, барои арзёбии рушди ҷисмонии кӯдакони то 5-сола ҳам барои сокинони деҳа ва шаҳр қобили қабул аст.

2. Сабаби асосии паҳншавии вайроншавии ғизоӣ ин амалияи ноустувори ғизодиҳии кӯдакон мебошад. Дар сохтори бемориҳои НҒ, бемориҳои музмини камғизоӣ (қадпасти) бартарӣ дорад.

3. Алгоритми муолиҷаи кӯдакони гирифтори норасоии шадиди ғизо терапияи комплексиро бо истифодаи антибиотикҳо, маҳсулоти хӯроқвории маҳсусгардонидашуда, ки равандҳои мубодилаи моддаҳоро ба эътидол меоранд, дар бар мегирад. Барои ислоҳи синдромҳои маъмултарин, ҳангоми камғизоии вазнин, ғизои мутобиқшуда аз

маҳсулоти маҳаллӣ омодашуда бомуваффақият истифода бурдан мумкин мебошад.

4. Самти асосии пешгирии бемории HF ин давом додани синамаконӣ, оптимизатсияи таҷрибаҳои ғизодиҳии кӯдакон бо тавачҷӯҳ ба истифодаи ғизои пурқувват ва тағир додани малака ва рафтори ғизодиҳии модарон мебошад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Кор ба чамъоварӣ ва таҳлили миқдори кофии мавод (таърихи беморӣ), варақаҳои ҳисоботи оморӣ, ҳисоботи солони оид ба фаъолияти муассиса дар давраи аз соли 2018 то соли 2020 асос ёфтааст. Корҳои анҷомдодашуда барои ташаккули хулосаҳо ва тавсияҳо, ки ба арзёбии муқоисавии самаранокии ғизоҳои омехтаи табобати F-75 ва F-100 асос ёфтаанд, ки дар табобати норасоии шадиди вазнини ғизоӣ истифода мешаванд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.08. – Тибби атфол: зербанд 3.1. Вижагиҳои афзоиши ҳисмонӣ, инкишофи асабию равонӣ, ҳолатҳои системаҳои амалкардии кӯдакон ва наврасон. 3.2. Хӯрокдиҳӣ ва тағзияи кӯдакон ва наврасони солим ва бемор, гипо ва гипервитаминозҳо. Ҳассосияти организм нисбат ба баъзе бемориҳо, ихтилолоти ҳазмкунӣ ва тағзия. 3.4. Мубодилаи моддаҳо дар кӯдакон ва наврасон. Нишонаҳои клиникӣ ва муолиҷаи бемориҳои авлодӣ ва модарзодӣ. 3.5. Бемориҳои узвҳои дарунӣ кӯдакон ва наврасон. Паҳншавӣ, этиология, патогенез, омилҳои ирсӣ, нишонаҳои клиникӣ, ташҳис, муолиҷа, пешгирии, офиятбӣ.

Саҳми шахсии докталаби дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллифи рисола шахсан таҳқиқоти илмӣ ва нашрияҳоро оид ба мавзӯи таҳқиқот баррасӣ намуда, алгоритмҳо ва схемаҳои муосири муайян ва табобати кӯдакони гирифтори HF-ро ҷорӣ кардааст. Чамъоварӣ ва таҳлили иттилооти илмӣ дар асоси мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот, бо назардошти гурӯҳҳои беморон, таҳлили оморӣ, умумӣ ва тафсири натиҷаҳо гузаронида шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада дар ташҳис, пешгирии ва табобати беморон равишҳои нав таҳия карда шуданд. Муаллиф фишурда ва мақолаҳоро тайёр карда ба нашр расондааст.

Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии диссертатсия дар конгресси IX педиатрони давлатҳои ИДМ; конференсияҳои солони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2019, 2021, 2022); чаласаи Шӯрои олимони Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» ва конفرонси ҳарсолаи II илмию амалии МТҒ «Донишқадаи тиббӣ-ичтими Тоҷикистон» таҳлил ва гузориш шудаанд.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқотӣ диссертатсионӣ 16 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 7 мақолаи илмӣ

дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА – назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ФР нашр шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 158 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 6 боби асосии таҳқиқот, хулоса ва тавсияҳо иборат мебошад. Дар рисола 35 ҷадвал ва 25 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 164 сарчашма иборат мебошад, ки аз онҳо 76 адабиёт бо забони русӣ ва 88 адабиёт бо забони англисӣ мебошанд.

Қисмҳои асосии таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Кор дар заминаи МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»-и ВТ ва ХИА ҚТ анҷом дода шуд.

Мавзӯи таҳқиқот кӯдакони гирифтори НҲ дараҷаи гуногун буданд, ки аз деҳот - вилояти Хатлон ва ҳам аз шаҳри Душанбе буданд, ки шумораи умумии кӯдакон 250 нафар ва инчунин 96 кӯдаки гирифтори бемории норасоии шадиди вазнини ғизой, ки дар шуъбаи махсуси «кӯдакони камвазни» МД Маҷмааи тандурустии «Истиклол» бистарӣ буданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Шумораи умумии кӯдакони муоинашуда (n=446)

Минтақа	Ҳамагӣ кӯдакон	П	Д	p
1 гуруҳ, арзёбии нишондоди инкишофи ҷисмонӣ (n=250)				
ш. Душанбе	100 (40,0%)	59 (59,0%)*	41 (41,0%)*	<0,05
вил.Хатлон	150 (60,0%)	64 (42,7%)*	86 (57,3%)*	<0,05
p ₁		$\chi^2=6,404$, p=0,012		
2 гуруҳ, кӯдакони гирифтори бемории Норасоии шадиди вазнини ғизой дараҷаи III ва IV (n=96)				
МД МТ “Истиклол” шуъбаи кӯдакони камвазн	96 (100,0%)	46 (47,9%)*	50 (52,1%)*	>0,05
Гуруҳи омӯзиш	50 (11,2%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)	>0,05
Гуруҳи назоратӣ	50 (11,2%)	25 (50,0%)	25 (50,0%)	>0,05

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни писарону духтарон дар минтақа, p₁ - хангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои тақсими гендерӣ байни минтақаҳо (аз рӯи меъёри χ^2)

Методологияи асосии таҳқиқот истифодаи Дастури миллӣ оид ба таъбириш ва таҷрибаи кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнин ва миёна ғизой буд. Дар ҳамаи кӯдакон вазн ва қад/дарозии баданро чен карданд. Барои

арзёбии вазъи ғизоии кӯдак: Z-холҳои дарозии бадан, қад/вазн (Вазн барои баландӣ), нишондиҳандаҳои антропометрӣ ҳисоб карда шуданд.

Таҳқиқотҳои илмӣ дар 2 марҳила гузаронида шуданд. Дар марҳилаи 1 ҳаҷми зарурии таҳқиқоти кӯдакони гурӯҳи 1 дар муассисаҳои ёрии аввалияи тиббӣ санитарии шаҳри Душанбе ва вилояти Хатлон гузаронида шуд. Кӯдаконе таҳқиқот шудаанд, ки дар минтақаи хизматрасонии: Марказҳои саломатии вилоятӣ, шаҳрӣ, деҳотӣ ва бунгоҳҳои тиббӣ зиндагӣ мекарданд. Шумораи умумии кӯдакони фаро гирифташуда 250 нафарро ташкил доданд.

Объектҳои асосии таҳқиқоти скринингӣ, кӯдакони аз 0 то 5 сола буданд, ки дар муассисаҳои дар боло зикршуда мушоҳида карда шудаанд. Дар марҳилаи мазкур воситаи таҳқиқот шаклҳои махсус омодашудаи бақайдгирӣ – “дафтари бақайдгирӣ кӯдакони камвазн” ва “дафтари назорати катамнезии кӯдакони камвазн”, ки бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 06.08.2020 сол, таҳти №596 тасдиқ карда шудааст, шакли амбулатории кӯдакон (шакли 024), шаклҳои ҳисоботии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии омили тиббӣ ва иттилоот»-и ВТ ва ҲИА ҚТ ва Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони»-и ВТ ва ҲИА ҚТ буданд.

Дар рафти таҳқиқот вазъияти саломатии кӯдакон бо назардошти натиҷаҳои ҷенкунии антропометрии ҳармоҳа, хусусияти ғизодиҳӣ, басомади беморшавии зуком ва дарунравӣ баҳо дода шуд.

Марҳилаи 2-юми омӯзиш ба кӯдакони гурӯҳи дуюм, ки дар шӯъбаи кӯдакони камвазни МД Маҷмааи тандурустии «Истиклол» бо НШВҒ таъбабат гирифтаанд, бахшида шуд. Таҳлили ретро ва проспективии ҳуҷатҳои тиббии кӯдакон, гузаронида шуд. Дар ин марҳила 96 нафар кӯдаконе, ки бо НШВҒ дар беморхона бистарӣ шудаанд, муоина карда шуданд, ҳангоми ба шӯъба қабул шудан ҳамаи кӯдакон вазни баданашон паст буданд. Дар байни кӯдакони омӯхташуда 41 нафар (42,7%) сокинони шаҳри Душанбе ва 55 нафар (57,3%) нафар кӯдакон аз деҳот мебошанд.

Маълумоти мушоҳидаи клиникӣ дар компютери шахсӣ бо истифода аз барномаи махсуси коркарди оморӣ (Microsoft Excel 2019, Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА)) ба таври оморӣ коркард карда шуд. Муътадил будани тақсмоти нишондиҳандаҳо аз рӯи меъёрҳои Шапиро-Вилк ва Колмогоров-Смирнов баҳо дода шуд. Барои баҳодихии натиҷаҳои таҳқиқот нишондиҳандаҳои зерин омӯхта шуданд: миёнаи арифметикӣ (M), ҳатои стандартӣ миёна (m), нишондиҳандаҳои фоизӣ. Муқоисаи дугонаи нишондодҳои миқдорӣ дар байни гурӯҳҳои мустақил тибқи санҷиши Манн-Уитни, муқоисаи ҷандқарата аз рӯи санҷиши Крускал- Уоллис Н.

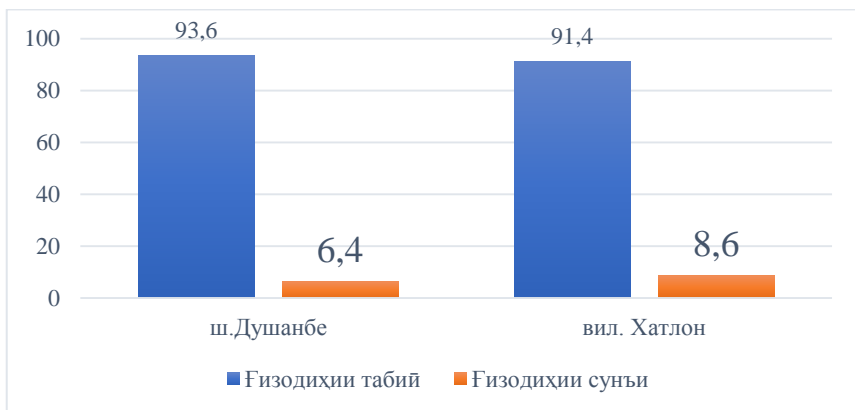
Натиҷаҳои аз таҳқиқот бадастовардашуда. Бо мақсади таҳлили вазъи саломатӣ ва ҳолати нутритивии кӯдакон, инчунин мониторинги

табобат бо ғизоҳои табобатӣ 250 кӯдакони аз 0 то 5 сола, ки аломатҳои норасоии ғизоӣ доштанд, муайян карда шуданд, ки ҳамаи кӯдакон дар минтақаҳои афзалиятнок (вилояти Хатлон ва шаҳри Душанбе) зиндагӣ мекарданд. Дар ҷараёни мониторинги вазъи ғизоии кӯдакони то 5-сола нишондиҳандаҳои зерин муайян карда шуданд - камвазнӣ, ақибмонии рушд ва дараҷаи лоғарӣ. Илова бар ин, вазъи ғизоии кӯдакон, аз ҷумла таҷрибаи ғизодиҳии кӯдакон бо шири модар, ғизои иловагӣ, баҳодиҳии менюи ғизои кӯдак дар давоми рӯз омӯхта шуд. Дараҷаи саломатии кӯдакон ва фарбеҳии онҳо бештар аз синну сол ва дараҷаи маълумотнокии модарон вобастаги дорад.

Ҳамин тариқ, дар раванди таҳқиқот синну соли модарон аз 17 то 49-сола буда, беш аз нисфи онҳо синни то 30-соларо (57%) ташкил меоданд. Вазъи маълумоти модарони кӯдакони пурсишшуда дар расм оварда шудааст, ки зиёда аз 1/3 модарон (38,0%) маълумоти миёнаи нопурра доранд, ҳиссаи маълумоти миёнаи нопурра 41,0%, шумораи бемаълумот ва ки маълумоти ибтидоии нопурра доранд, ҳамагӣ 4,5% ташкил дод. Ҳиссаи занони дорони маълумоти миёна ва олии 13,2%-ро ташкил дод.

Ҳангоми арзёбии сатҳи шуғли модарони кӯдакони муоинашуда маълум гардид, ки дар байни пурсидашудагон зиёда аз 2/3 (66,7%) занони хонашин мебошанд. Дар баробари ин, дар байни 33,3% занони коркун шумораи бештари онҳо — 36,7% дар соҳаи хоҷагии қишлоқ машғул буда, ҳиссаи онҳое, ки дар меҳнати ғайриихтисос 12,4% ташкил медиҳанд.

Дар рафти пурсиш маълум гардид, ки 92,5% модарон ба фарзандони худ шири сина медиҳанд. Дар байни минтақаҳои афзалиятнок фарқияти назаррас мушоҳида карда нашудааст, зеро 93,6% дар Душанбе ва 91,4% дар Хатлон (расми 1).



Расми 1 – Нишондоди сатҳи фарогирии синамакони вобаста ба минтақаҳо

Мутаносибан, ҳиссаи кӯдаконе, ки ғизои сунъӣ мегиранд, тақрибан 10% -ро ташкил доданд.

То 6 моҳ, танҳо 36,7% модарон кӯдаконро танҳо шири сина медиҳанд, аз синни 10 моҳа қариб ҳамаи кӯдакон ҷой менушиданд, то синни 6-моҳа 45,7% кӯдакон ғизои нарм мегирифтанд, танҳо 35,1% кӯдакон аз синни тавсияшуда ба гирифтани ғизои иловагӣ шуруъ карданд ва ҳар як кӯдаки панҷум — баъди 6 моҳи тавсияшуда.

Арзёбии сатҳи дастрасии маълумот оид ба амалияи ғизодиҳи нишон дод, ки манбаи асосии маълумот оид ба ғизо додани кӯдак дар 70,0% кормандони тиб, ҳешовандони наздик (модаркалон, хушдоман, хохарон), маълумот аз ҳамсояҳо ва шиносҳо, ҳамкорон ва дӯстон дар 8,4% гирифта шуда, боқимонда 4,4% дар байни манбаъҳои асосии иттилоот васоити ахбори омма (телевизион, радио, интернет) нишон доданд.

Дар ҚТ қариб ба ҳамаи кӯдакон пас аз таваллуд шири сина дода мешаванд (92,5%). Аз 92,5% модароне, ки фарзандони худро шири сина медоданд, зиёда аз 80% онҳо дар давоми се моҳи аввал танҳо шири сина додаанд. Танҳо 36,7% модарон ба кӯдакони худ то 6 моҳа ва танҳо 5,3% то як сол шири синаи ҳолис-ро идома доданд.

Дар таваллудхона 98,8% модарони шахрӣ ва 95,6% ($p < 0,05$) дар деҳот дар соатҳои аввали ҳаёт ба наводзони худ шири сина дода буданд, ки эҳтимолияти дастрасии кӯдак ба фалла зиёд аст. Аз ин шумор дар давоми соатҳои минбаъдаи баъди таваллуд 89,2%-и наводзони шахрӣ ва 76,4% наводзон дар деҳот шири сина дода шудааст, пас аз 2-6 соат (18,4% ва 31,2%), ва дар муҳлати дертар (2,4% мутаносибан 2,4%) шири сина дода шудааст (расми 2).



Расми 2. – Тамоюли давомнокии синамакони ҳолис

Дар натиҷа, 83% модарони шаҳр ва 78,7% модарони дехот дар давоми якум соати аввали баъди таваллуд дар бораи аҳамият ва зарурати синамаконӣ маълумоти кофӣ доштанд. Бояд гуфт, ки дар байни навзодоне, ки дар давоми як соати баъди таваллуд ба синамаконӣ шуруъ кардаанд, на аз рӯи ҷинси кӯдак, на аз рӯи ҷойи таваллуд ва на аз рӯи ҷойи истиқомат — дар шаҳру дехот тафовути калон ба назар намерасад.

Тафовути амалан аз ҷиҳати омӯри муҳим байни сатҳи огоҳии модарон аз шири модар ва аҳамияти он барои организми кӯдак дар байни пурсидашудагон аз шаҳри Душанбе ва вилояти Хатлон муқаррар карда нашудааст, бинобар ин маълумот ҷамъбаст карда шуд.

Таҳлил нишон дод, ки ақидаи 216 (86,4%) пурсидашудагон онд ба аҳамияти зиёди ширмакӣ яқдилона буда, 32 нафар (12,8%) аҳамияти онро барои инкишофи ҷисмонӣ ақлонӣ кӯдак нишон доданд. Дар баробари ин, 232 (92,8%) модарон қайд кардаанд, ки ширмаконӣ ҳам барои саломатии кӯдак ва ҳам барои модар муҳим аст, 198 нафар (79,2%) қайд намудаанд, ки шири модар аз витамину минералҳо бой мебошад ва 139 нафар (55,6%) бо ҷунин фикр розӣ шуданд, ки вай ба муҳофизати кӯдак аз касалиҳои сирояткунанда мусоидат мекунад. Ҳар 10 модар (n=25) яқдилона дар бораи сарфаи вақт, 7,2% иқтисодӣ, 6% ба бехатарии синамаконӣ тамарқуз кардаанд.

Тақрибан 40% модарон мушқилихоро дар раванди синамаконӣ бо кӯдак алоқаманд медонанд, 27,8% изҳор доштанд, ки миқдори шири хӯрдаро назорат карда наметавонанд, ҳар 5 модар (22,2%) осеби пистони синоро сабаб нишон доданд.

Модароне, ки дар дехот зиндагӣ мекунанд, дар қиёс бо шаҳрӣ (42,0%) мутмаинанд, ки ба кӯдак ҷой додан лозим аст, ҳамчун далели асосӣ (34,8%) онҳо мегӯянд, ки кӯдак ташнагии худро мешиканад. Ақидаи (4,8%) бошад ин риоя намудани анъанаҳои муқарраргардида «ҳамаи аъзоёни оила ҷой менушанд».

Инчунин ба модарон дар бораи усулҳои ширдиҳӣ, ғизоидиҳии иловагӣ ва басомади ғизо сӯҳбат гузаронида шуд. Муайян карда шуд, ки қанони шаҳрӣ нисбат ба модарони дехот бештар аз ҳафтаҳои аввал омехтаи ширро ҳамчун ғизои иловагӣ истифода мебаранд.

Дар давоми ҳафтаи аввали баъд аз таваллуд 232 (92,8%) кӯдак танҳо шири модар истеъмол намуданд, 18 (7,2%) навзод омехтаи ширӣ (шири сунъӣ), оби ширин ё ҷой, шири гов ё буз гирифтанд. Дар баробари ин, шумораи навзодоне, ки ғизо ё моеъи иловагӣ гирифтанд, дар дехот (61,1%) нисбат ба шаҳр (38,9%; $p < 0,001$) хеле зиёд буд.

Ба бисёр кӯдакон то синни 6-моҳагӣ дар баробари гирифтани шири сина боз шири ҳайвонот, об ё ҷой ва дигар моеъ дода мешуд. Дар 2 моҳагӣ бештар аз 9,2%, аз 3 моҳагӣ 15,8 % ва аз шаш моҳагӣ 63,3%. Дар синни 10-моҳагӣ ҳамаи кӯдакон аз дехот об ё ҷой гирифтанд, ки ин назар ба шаҳри Душанбе хеле зиёд аст. Дар баробари ин аксарияти модарон (63,6%) мутмаин

буданд, ки ба кӯдакон ҷой дода шавад. Таҳлили сабабҳои ба кӯдакон додани ҷой муайян кардааст, ки 82,9% модарон, бахусус модарони деҳот, онро барои шикастани ташнагии кӯдак додаанд, 9,4% аз сабаби он, ки тамоми аҳли оила ҷой менӯшанд ва фикр мекунанд, ки кӯдакон низ ҷой нӯшанд ва 11,3% пурсидашудагон ҷавобҳои гуногун додаанд. Сабабҳои асосии ҷой додани онҳо дар байни сокинони шаҳр инҳо буданд: тамоми аъзоёни оила ҷой менӯшанд, барои пешгирии бемории дарди рӯда, ҷойҳои шифобахш барои саломатӣ ва системаи масуният.

Давраи аввали - 19,2% модарон, ворид намудани хӯрокҳои нарм (картошкаи пухта, шавлаҳо) ба парҳези кӯдакон давраи аз 3-5 моҳаро нишон доданд, дар баробари ин дар деҳот назар ба шаҳри Душанбе хӯроки иловагӣ хеле зиёд ҷорӣ карда мешавад. Дар зиёда аз 63% кӯдакон аввалин хӯрокҳои иловагӣ аз хӯрокҳои саҳт ва нимсаҳт ташкил медоданд, синну соли саршавии ғизои иловагӣ бо ин намуди хӯрок 6 моҳро ташкил дод. Дар шаҳри Душанбе 73% кӯдакон аз синни тавсияшаванда ба гирифтани ғизои иловагӣ шурӯъ карданд, ки нисбат ба деҳот 53,3% зиёд аст ($p < 0,01$). Зиёда аз 17% кӯдакон ба гирифтани ғизои иловагӣ дертар аз санаи тавсияшуда шурӯъ карданд. Дар деҳот ин нишондиҳанда нисбат ба шаҳри Душанбе 7,4% зиёд аст.

Дар байни кӯдакони шаҳр ва деҳот дар синну соли, ки ғизои иловагӣ ҷорӣ карда шудааст, фарқияти чиддӣ вучуд надошт: дар деҳот $4,6 \pm 3,3$ моҳ, дар шаҳр $5,5 \pm 3,7$ моҳ.

Таҳлили муқоисавии басомади ғизодиҳии кӯдакон аз рӯи синну соли нишон дод, ки аксарияти кӯдакони аз 12 моҳа боло дар муқоиса бо 40% дар соли аввали ҳаёт басомади кофии ғизои иловагӣ гирифтанд.

Таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки раванди ғизодиҳии кӯдакон дар деҳот нисбат ба шаҳр як қатор хусусиятҳо дорад.

Ба ин маълумотҳо шаҳодат медиҳанд, ки:

- паҳншавии синамакони холис дар шаҳр нисбат ба кӯдакони деҳот хеле баланд буд;

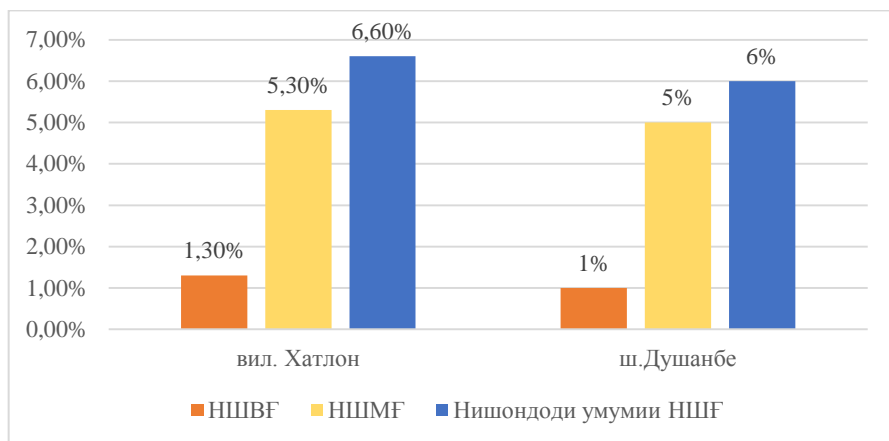
- дар шаҳр шумораи кӯдаконе, ки аз синни тавсияшуда ба гирифтани ғизои иловагӣ шурӯъ мекунанд, нисбат ба деҳот зиёдтар аст;

- танҳо $40,7 \pm 1,5\%$ кӯдаконе, ки дар деҳот зиндагӣ мекунанд, дар муқоиса бо $61 \pm 1,3\%$ кӯдаконе, ки дар шаҳри Душанбе зиндагӣ мекунанд, ғизогери ба миқдори ҳадди ақали ғизо таносуб мебошанд;

- миқдори ғизо дар як шабонарӯз, ки ба басомади ҳадди ақали иҷозатдодашудаи ғизои иловагӣ барои кӯдаки синну соли муайян мувофиқ аст, дар деҳот шумораи кӯдакон нисбат ба шаҳр хеле камтар қабул кардааст.

4 зершакли асосии камғизой вучуд дорад: 1. лоғаршавӣ, 2. қадпаستӣ, 3. камвазнӣ (норасоии вазнӣ бадан) ва 4. норасоии витамину минерал. Дар рафти таҳқиқот ба 3- зершакли камғизой аз 4 нигаронида шудааст.

Дар баробари ин шумораи кӯдаконе, ки нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ ба меъёр мувофиқанд, дар деҳот нисбат ба шаҳри Душанбе каме камтар буд (расми 3).



Расми 3. – Паҳншавии норасоии ғизоӣ

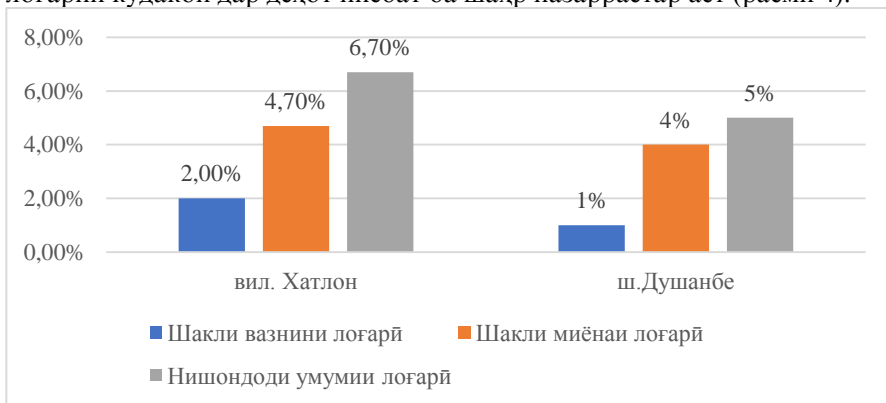
Пас аз таҳлили муқоисавии маълумот оид ба тафовути гендерӣ тафовути ҷиддӣ аз ҷиҳати оморӣ дар паҳншавии норасоии ғизоӣ (7,3% дар писарон ва 5,5% дар духтарон) пайдо нашуд. Дар байни кӯдакони ҳамаи гурӯҳҳои синну сол, кӯдакони камвазн аз ҷиҳати омор аҳамияти калон доштанд. Дар байни фарқиятҳои гендерӣ низ ҳамин тамоюл ба мушоҳида мерасад. Дар байни кӯдакони муоинашуда кӯдакони аз 1 то 3 сола бартарӣ доштанд. Дар байни кӯдаконе, ки ҳам дар деҳот ва ҷи дар шаҳр зиндагӣ мекунанд, кӯдакони навзоди норасоии вазни бадан бартарӣ доранд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки паҳншавии қадпасти, инчунин камвазнии дар кӯдакон аз рӯи ҷинс тағйироти ночиз дорад. Хатари пайдоиши ин шароит дар шаҳри Душанбе камтар аст, аммо дар байни мардон нисбат ба духтарон бештар аст.

Дар байни кӯдакони аз 1 то 3 сола, қадпасти нисбат ба дигар гурӯҳҳои синнусолӣ аз ҷиҳати оморӣ бештар муайян карда мешавад. Паҳншавии бемории қадпасти шадид ва миёна дар байни кӯдакон дар шаҳри Душанбе (8%) нисбат ба Хатлон (13,4%) хеле пасттар аст ва фарқияти байни интиҳобҳо аз ҷиҳати оморӣ муҳим буд. Инчунин дар шумораи писарону духтарон дар байни минтақаҳо тафовути ҷиддӣ ба назар намерасид.

Таҳлили қадпасти аз рӯи гурӯҳҳои синнусолӣ нишон медиҳад, ки кӯдакони аз 0 то 1 ва аз 1 то 3 сола нисбат ба кӯдакони гурӯҳи 3 то 5-сола сатҳи қадпасти каме баландтар аст.

Дар байни минтақаҳои таҳқиқшуда, деҳот ва шаҳр, шиддати лоғарии кӯдакон дар деҳот нисбат ба шаҳр назаррастар аст (расми 4).



Расми 4. – Динамикаи шиддатнокии лоғарӣ вобаста ба минтақа

Аҳамияти гендерӣ ҳам дар минтақа ва ҳам барои аҳамияти умумӣ тақрибан баробар буданд. Таҳлили лоғаршавӣ аз рӯи гурӯҳи синну сол дар паҳншавии гурӯҳҳои синнусолӣ фарқияти ҷиддиро нишон намодааст, аммо, мисли маълумоти қаблӣ, ҳиссаи кӯдакони аз 0 то 3 сола баландтар буда нисбат ба кӯдакони аз 3 то 5 сола тибқи нишондиҳандаҳои муайянкардаи СУТ.

Бояд гуфт, ки қариб ҳамаи вайроншавиҳои ошкоршуда то андозае дар байни кӯдакони сокини деҳот назар ба шаҳр бештар ба қайд гирифта мешаванд. Дар байни ҳама шаклҳои ҳолати ғизоӣ, шакли маъмултарин камғизоӣ аз рӯи намуди қадпасти мебошад (10,7%). Дар сохтори камғизоӣ ҷойи дуҷумро лоғарӣ (6,3%) ишғол намуда, дар ҷойи сеюм камғизоӣ ишғол кардааст, ки дар 5,8 % кӯдакони таҳқиқшуда мушоҳида шудааст.

Натиҷаҳои омӯзиши ҳамаҷонибаи 96 кӯдаки аз 0 то 5 сола бо норасоии шадиди вазнини ғизоӣ арзёбӣ карда шуданд. Ҳамаи кӯдакон дар шӯъбаи махсусгардонидашудаи кӯдакони камвазни МД Маҷмаи тандурустии «Истиклол» барои солҳои 2018-2021 бистарӣ карда шуданд.

Бо гузаронидани таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии кӯдакони мубталои НҶ, вобаста ба ҷойи истиқомат ва ҷинс, якхела будани шумораи писарон 46 (47,9%) ва 50 (52,1%) духтарон муқаррар карда шуд. Кӯдакони аз рӯи ҷойи истиқомат тақсим намуда, маълум гардид, ки 42,7% аз шаҳр, асосан сокинони шаҳри Душанбе ва 57,3% аз деҳот, аз ҷумла дар вилояти Хатлон ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ зиндагӣ мекунанд. Синну соли миёнаи духтароне, ки ба таъбаб қабул карда шудаанд, 11,6 моҳ ва писарон 12,2 моҳро ташкил дод, ки дар

суръати афзоиши фар и калон мушоҳида карда нашоудааст, вазни духтарон нисбат ба писарон 340 грамм кам буд. Инкишофи мутаносиби кӯдакон аз бисёр чихат ба ғизои мувофиқ вобаста аст.

ва пастсифат метавонад ба рушди камғизоӣ мусоидат кунад ва боиси ақиб мондани рушди ҷисмонӣ ва психомоторӣ гардад.

Таҳлили синну соли кӯдаконе, ки ба шуъбаи кӯдакони камвазн барои муолиҷа қабул шудаанд, бо назардошти ҷинс нишон дод, ки дар байни кӯдакони мубталоӣ бемории НШВҒ кӯдакони то яксола (66,7%) зиёданд.

Дар байни 21 (21,9%) кӯдакони синни то 2 - сола 15% зиёд духтарон буданд, шумораи кӯдакони синни сесола амалан аз рӯйи ҷинс фарқ нашофт. Аммо шумораи писарони синни 5 сола нисбат ба духтарон ду баробар зиёд буд.

Раванди тағирёбии НШВҒ чунин системаҳоро ба монанди мубодилаи моддаҳои асосӣ, номутавозунии системаи об-электролитҳо, тағирот дар таркиби бадан, ихтилоли танзими нейрорсихикӣ, номутавозунии системаи эндокринӣ, фишори иммунӣ, ихтилоли дисфункционалии меъдаву рӯдаро дар бар мегирад.

Сабабҳои асосии рушди НШҒ вайроншавии таъмини бадани кӯдак бо ғизои мувофиқ, ки ба синну соли кӯдак мувофиқанд, мебошад. Ҳангоми омӯзиши вазъи ғизоии кӯдакони гурӯҳи 2-юми гирифтори НШВҒ маълум шуд, ки 40 нафар (41,7%) аз онҳо бо ғизои сунъӣ, 42 нафар (43,7%) омехта ва танҳо 14 нафар (14,6%) кӯдак дар давоми се моҳи аввали ҳаёт шири сина мегиранд. Ғайр аз ин, ғайр аз шири онҳо навъҳои гуногуни моеъ ва хӯроки иловагиро (ҷойи ширин, шири гов, оби ҷӯшида, шавла моеъ) гирифтаанд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Ҷанбаи вақти ҷорӣ намудани хӯрокҳои иловагӣ ба синамакони

Синну сол (моҳ)	Кӯдакони гирифтори НШВҒ (n=96)		Гуруҳи назоратӣ (n=50)		p
	Мут.	%	Мут.	%	
1	3	3,1	1	2,0	>0,05*
2	6	6,3	3	6,0	>0,05*
3	12	12,5	1	2,0	<0,05*
4	23	24,0	5	10,0	<0,05*
5	15	15,6	13	26,0	>0,05
6	22	22,9	27	54,0	<0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи санҷиши χ^2 , *аз рӯи санҷиши дақиқи Фишер).

Давомнокии миёнаи синамаконӣ $5,7 \pm 9,4$ моҳро ташкил дод. Басомади гизодихӣ дар аксарияти кӯдакон (61,4%) то пайдоиши ин беморӣ ба басомади тавсияшудаи истеъмоли гизо мувофиқи синну сол мувофиқ набуд. Ҳамзамон, қариб аксарияти кӯдакон (88,6%) бо гизои моеъ аз шиша гизо дода шуданд, ки ин аз арзиши ками энергияи хӯрокҳои иловагӣ шаҳодат медиҳад. Ҳангоми дар беморхона бистарӣ шудан 23,6% модарон ширмакони кӯдакро идома додаанд.

Тавре ки дар боло зикр гардид, сабабҳои асосии рушди НШФ ихтилоли гуногуни дисфункционалии рӯдаю меъда мебошанд. Таҳлил нишон дод, ки дар аксарияти кӯдакон сабаби асосии пайдоиши НШФ сироятҳои шадиди рӯдаҳои гузашта ё ҳозира ($n=55$; 57,3%) ва дарунравии тӯлонӣ (13,9%) мебошад.

беморхона ба миён омадааст, надоштани иштиҳо (78,1%), баъдан йкуни $\geq 37,5^\circ\text{C}$ (61,5%) айд намудаанд.

Пас аз арзёбии бадани кӯдакони НШФ бо микроэлементҳо маълум шуд, ки дар ҳама ҳолатҳои норасоии шадиди гизо нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ норасоии электролитҳои хун мушоҳида мешавад (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Микдори электролитҳо дар зардбаи хун ($M \pm m$)

Нишондиҳанда	Кӯдакони гирифтори НШВФ ($n=96$)	Гуруҳи назоратӣ ($n=50$)	p
K ⁺ ммоль/л	$4,2 \pm 0,8$	$4,7 \pm 1,5$	$>0,05$
Na ⁺ ммоль/л	$127,7 \pm 10,6$	$137,2 \pm 11,8$	$>0,05$
Ca ⁺⁺ ммоль/л	$1,5 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,7$	$<0,01$
P ⁺⁺ ммоль/л	$0,93 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,2$	$<0,01$

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳои кӯдакон (аз рӯи санҷиши Манн-Уитни U)

Гипокалиемия (64,5%) ва гипокалсиемия дар 85,4% кӯдакон ва гипофосфатемия хеле камтар (30,2%) ошкор карда шудаанд.

Сабаби бевоситаи рушди НШВФ аксар вақт сироятҳои шадиди рӯда, дарунравии давомдор буданд.

Дар тасвири клиникӣ, аломатҳои асосии анамнез дар кӯдакон нишонаҳои шамолхӯрии зуд-зуд (БШРН, пневмония), камхунӣ ва сироятҳои шадиди рӯдаҳо, кам шудани иштиҳо, та , хушк шудани пӯст ва , тунуқшав шикастани нохунҳо, нестшавии чарбуи п ст, рахти п ст дар сатҳи дарунии китфҳо ва ронҳо, рағкашии гипокалсимикӣ ва захролудшавӣ (табларза ё гипотермия) ба сирояти бактериявӣ ҳамзамон. Дар 85,4% кӯдакони камғизои сирояти бактериявӣ ҳамзамон ошкор шудааст. Дар байни кӯдакони гирифтори норасоии шадиди гизой,

зухуроти клинӣ рахит дар шакли гиперплазияи остеоидӣ бештар ошкор карда шуданд.

Маълумот аз усулҳои иловагии таҳқиқот инчунин баъзе хусусиятҳои камғизоии шадидро ошкор карданд. Ҳамин тариқ, дар байни кӯдакони гирифтори НШВҒ, сирояти бактериявии ҳамрадиф (пневмонияи шадид, сирояти роҳҳои пешоб) ташхис карда шуд. Дар $11,9 \pm 5,1\%$ кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид ақсуламали мувофи ба раванди илтиҳобӣ дар шакли лейкоцитоз бо нейтрофилияи сегменти мушоҳида карда шуд, ки ин хеле паст аст.

Дар баробари ин, дар ҳамаи кӯдакони омӯхташуда вайроншавии электролитҳо мушоҳида шудааст. Тағйироти глюкозаи хун низ ба ҳамин монанд буда: ҳангоми лоғарӣ гипогликемия дар $37,1\%$ кӯдакон ва қадпастӣ бошад $16,7\%$ ба қайд гирифта шудааст. Гипохолестеринемия дар байни кӯдакони қадпаст ($73,8\%$) нисбат ба кӯдакони лоғар ($48,6\%$) бештар мушоҳида шудааст.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқоти ҳамачонибаи 96 кӯдаки то 5-сола бо НШВҒ нишон доданд, ки омилҳои пешгирикунандаи рушди камғизоӣ маҳорати нокифояи модарон барои нигоҳубини кӯдаки солим ва бемор, ғизои номутаносиб аз лаҳзаи таваллуд (сатҳи пасти синамакониҳои ҳолис, басомади нокифояи ғизо, арзиши пасти энергетикӣ ғизоҳои иловагӣ) мебошад.

Раванди ташкил ва гузаронидани табобат бо истифодабарии доруҳои табобатии ҒТ F-75, F-100 ва ҒТОИ ВР-100 дар 3 марҳила асос ёфтааст. Сарфи назар аз шароите, ки дар он барнома амалӣ карда мешавад, идоракунии норасоии шадиди ғизо бо истифодаи парҳези махсус асос ёфтааст. Аммо, F-75 ва F100-ро танҳо дар шароити статсионарӣ истифода бурдан мумкин аст, дар ҳоле ки ҒТОИ ВР -100 метавонад ҳам дар шароити статсионарӣ ва ҳам дар амбулаторӣ истифода шавад. Ин гурӯҳи доруҳои ҒТ барои афзоиши босуръати вазн дар беморон (зиёда аз 8 г/кг/рӯз) пешбинӣ шудааст.

- Марҳилаи устуворшавӣ. Беморон дар марҳилаи ибтидоии ташаккули НШҒ, вақте ки иштиҳо нигоҳ дошта мешавад, дар заминаи мавҷудияти ҳама гуна нишонаҳои чиддии ин беморӣ, барои муътадил кардани ҳолати онҳо дар беморхона бистарӣ карда мешаванд. Дар тақсмоти зикршуда омехтаи ҒТ F-75 истифода мешавад. Раванди табобат барқарорсозии функсияи муътадили мубодилаи моддаҳо ва тавозуни маводи ғизоӣ ва электролитҳоро дар бар мегирад. Бо вучуди ин, афзоиши босуръати вазн набояд ҳамчун ҳадафи асосӣ муқаррар карда шавад, зарур аст, ки ба принсипи асосии мутобиқшавии организми кӯдак ба истифодаи ин хатти доруҳои ҒТ ноил шавад.
- Марҳилаи гузариш. Баргариӣ ин марҳила мутобиқшавии тадричан бадани кӯдак ба эътидол овардани калорияҳои истеъмолшуда, дар

марҳилаи то барқароршавии функсияҳои физиологӣ мебошад. Дар акси ҳол, эҳтимолияти баланди номутавозунии электролитҳо вучуд дорад. Дар робита ба ин, дар ин марҳила, онҳо тадричан ба истифодаи FT F-100 мегузаранд, ки ба тадричан зиёд шудани вазни беморон мусоидат мекунад. Миқдори истифодашудаи F-100 ба миқдори FT F75, ки дар марҳилаи устуворсозӣ дода шудааст, якхела аст. Азбаски дар натиҷа энергия дар бадан 30% зиёд мешавад, марҳилаи афзоиши вазн оғоз меёбад, ки миқдори миёнаи шабонарӯзии он бояд на камтар аз 5 г / кг / рӯз бошад.

- Марҳилаи барқароршавӣ. Оғози ин марҳиларо метавон лаҳзае ҳисоб кард, ки иштиҳои беморон барқарор мешавад, раванди ба эътидол омадани зуҳуроти клиникӣ тадричан ба анҷом мерасад, ҳам ҳолати соматикӣ ва ҳам рӯҳии кӯдакон бехтар мешавад.

Қобили зикр аст, ки FT F-75 ва F-100 ва FTOI BP-100 ба Ҷумҳурии Тоҷикистон тавассути кӯмаки башардӯстона ворид мешаванд, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун татбиқкунанда ва назорати самаранокӣ баромад мекунад, ки аз ҷониби МД «Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» амалӣ мегардад. Муассисаи зикршуда сатҳи дарёфт, ҷамъоварӣ, сабт ва таҳлили табобат ва барқарорсозии кӯдакони гирифтори НШВФ-ро назорат ва қорбарӣ менамояд.

Ба кӯдакони гурӯҳи 2 (n=96) дар марҳилаи аввал FT F-75 таъин карда шуданд ва баъдтар ҳамаи ин кӯдакон дар марҳилаи гузариш ва марҳилаи устуворшавӣ ба FT F-100 гузаронида шудаанд.

Барои гузаронидани таҳлили муқоисавӣ самаранокии табобат бо истифодаи FT дар марҳилаи барқарорсозӣ, беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд:

- Гурӯҳи 1 (асосӣ) - кӯдаконе, ки FT F-100 ва FTOI BP-100-ро ҳамчун ғизои табобатӣ истифода кардаанд (n=48).
- Гурӯҳи 2 (муқоиса) аз кӯдаконе иборат буд, ки танҳо бо FT F-100 табобат гирифтаанд (n=48).

Усули татбиқи ғизои табобатӣ аз расидани пешакӣ ба марҳилаи эътидол иборат буд, ки истифодаи табобати парҳезӣ бо доруи FT F-75 бо вояи (130 мл/кг/рӯз барои 8 ғизо) иборат буд. Инчунин, дар асоси талаботи Дастури миллий оид ба табобати кӯдакони гирифтори норасоии шадиди вазнин ва миёна ғизоӣ [Душанбе, 2020, - 107 с.], табобати антибиотик, инчунин табобати мувофиқи ҳолатҳои шадид (гипогликемия, гипотермия, камобшав ва ғ.) то барқарор шудани иштиҳо гузаронида шуд. Ин марҳила ба ҳисоби миёна $5 \pm 3,5$ рӯз давом кард. Сипас бемор $3 \pm 5,7$ рӯз дар марҳилаи гузариш бо ҳамон миқдори FT F-100 монд.

Баъдан, дар марҳилаи барқарорсозӣ, ба кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар давоми 3 рӯзи аввал парҳези стандартӣ (FT F-100) таъин карда шуд, пас яке аз вояҳо тадричан бо миқдори эквиваленти (бо ккал) FTOI BP-100

иваз карда шуд. Аз рӯзи 4-уми табобат сар карда, кӯдакон шаш хӯроки алтернативии F-100 ва ВР-100 гирифтанд. Тартиби хӯроқхӯрӣ ҳар рӯз иваз карда шуд, то эҳтимолияти вобастагии вобаста ба вақти хӯрокро аз байн барад. Кӯдакони гурӯҳи муқоисавӣ FT F100-ро ҳамчун терапияи асосӣ ба миқдори 200 мл/кг дар як рӯз барои шаш хӯроқ қабул карданд (ҳар 100 мл F-100 дорои 100 ккал энергия). Истеъмоли умумии энергия дар ҳарду гурӯҳ барои таъмин намудани ҳадди аққал 200 ккал/кг дар як шабонарӯз равона карда шудааст (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Нишондоди кӯдаконе, ки FT F-100 и FTOI ВР-100 мегиранд

Нишондод	Гуруҳи назоратӣ (Кӯдакони солим) (n=50)	БЭН таяжеляя степень n=96		p
		Гуруҳи асосӣ (кӯдаконе, ки FT F-100 + ВР-100) мегиранд (n=48)	гурӯҳи муқоисавӣ (кӯдаконе, ки танҳо FT F-100 мегиранд) (n=48)	
Синну сол (моҳ)	10,0±1,4	15,4±2,8 p ₁ <0,001	8,8±1,0 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Вазн, кг	8,8±1,0	8,6±1,9 p ₁ >0,05	5,2±0,9 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Қад, см	72,1±6,1	77,5±6,0 p ₁ >0,05	65,2±5,2 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01	<0,05
Қад/вазн (Z-Score)	0,24±2,4	-3,8±0,6 p ₁ <0,001	-3,9±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
Варамихои дутарафа	0 (0,0%)	4 (8,3%)	12 (25,0%)	<0,001*
Писар	25 (50,0%)	25 (52,1%)	21 (43,8%)	>0,05*
Духтар	25 (50,0%)	23 (47,9%)	27 (56,2%)	

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳои байни ҳамаи гурӯҳҳои мушоҳидашудаи кӯдакон (аз рӯи санчиши Н-и Крускал-Уоллис, *мувофиқи Q-санчиши Кочран); p₁ - хангоми муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, p₂ - хангоми муқоиса бо гурӯҳи асосӣ (тибқи санчиши Mann-Whitney U).

Дар кӯдаконе, ки дарунравии обдор мавҷуд буданд, маҳлулҳои регидрататсионии даҳонӣ ба таври илова ба миқдори 5 мл/кг дар ҳар 30 дақиқа дар давоми 2 соати аввал, баъд то барқарор шудани начосат 5-10 мл/кг/соат таъин карда мешуданд. Кӯдакони бемор дар як хучраи гарм (25-30°C) қарор доштанд, ки дар он ҷо шамол вучуд надошт, назорати доимӣ ва ҷудокунӣ аз дигар кӯдакон гузаронида мешуд.

Таҷрибаҳои ташкилии нигоҳубини кӯдакони камғизоӣ аз муолиҷаи доруворӣ кӯдакони гирифтори НШВФ иборатанд, ки ба мақсадҳои:

- табобати сирояти бактериявӣ бо антибиотикҳо;
- ислоҳи номутавозунии электролитҳо;
- ислоҳи норасоии витаминҳо ва минералҳо.

Дар муолиҷаи кӯдаконе, ки гирифтори мушкилиҳо ба монанди садмаи септикӣ, гипогликемия, гипотермия, сироятҳои пӯст, сироятҳои роҳҳои нафас ё пешоб, летаргия ё дард, табобат иборат аст аз:

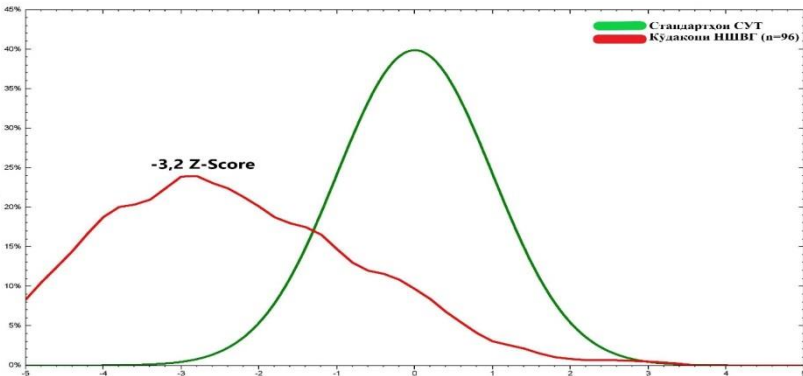
- ампициллин 50 мг/кг д/м ё д/в ҳар 6 соат дар давоми 2 рӯз, баъд амоксициллин 15 мг/кг дар ҳар 8 соат дар давоми 5 рӯз.

Ба ҳисоби миёна, кӯдакони дар беморхона бистарӣ ба меъёрҳои рухсатӣ дар рӯзи 39 бо ҳаёти стандартӣ 3,5 рӯз расиданд. Давомнокии миёнаи будубоши кӯдакон дар беморхона $12,6 \pm 1,5$ рӯзро ташкил дод. Аммо кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ дар беморхона $11,9 \pm 4,0$ дар муқоиса бо $13,4 \pm 4,0$ рӯз хеле камтар буданд.

Афзоиши миёнаи шабонарӯзии вазн дар кӯдаконе, ки ғизои махсуси терапевтии F-100-ро дар якҷоягӣ бо ғизои табобатии ВР-100 гирифтаанд, дар муқоиса бо кӯдаконе, ки танҳо ғизои табобатии F-100 гирифтаанд, хеле баланд буд ($p < 0,001$) $11,7 \pm 0,5$ нисбат ба $10,3 \pm 0,4$, дар ҳоле ки давомнокии бистарӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ камтар буд.

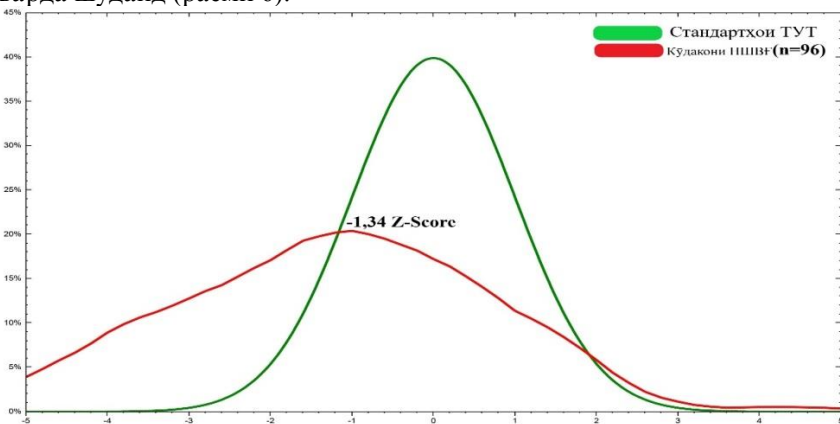
Натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки ҷинси беморон дар ҳар ду гурӯҳ, ки ҳангоми муолиҷа аз муассисаи тиббӣ пас аз табобат вазн зиёд кардаанд, тафовути ҷиддӣ вучуд надорад. Ба ҳамин монанд, дар байни ҷинси ҳамаи кӯдаконе, ки ба муассисаҳои тиббӣ 6 шудаанд, фарқияти ҷиддӣ вучуд надорад. Ин нишон медиҳад, ки ҳеч гуна фарқият вобаста ба ҷинси беморон нест.

Дар марҳилаи ибтидоӣ, пеш аз анҷом додани чорабиниҳои табобатӣ ва фароғатӣ бо истифодаи ғизои омехта (F-100 + ВР-100), Z-Score $< -3,2$ буд, ки ин аз коҳиши баръало вазни бадан шаҳодат медиҳад (расми 5).



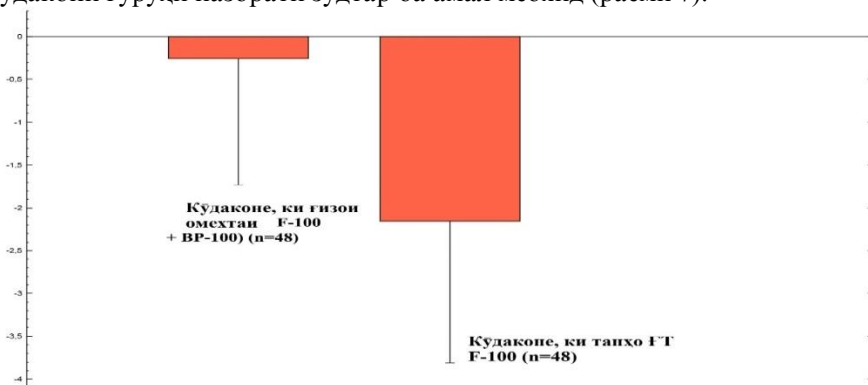
Расми 5. – Хусусиятҳои муқоисавии қад/дароз ба таносуби вазн дар муқоиса бо стандартҳои СУТ (пеш аз табобат)

Дар заминаи таботати комплексӣ, аз ҷумла ислоҳи ихтилоли мубодилаи моддаҳо ва режими муҳофизатӣ, натиҷаҳои назаррас ба даст оварда шуданд (расми 6).



Расми 6. - Динамикаи таносуби қад / дарозӣ ба вазн дар муқоиса бо стандартҳои СУТ (пас аз таботат)

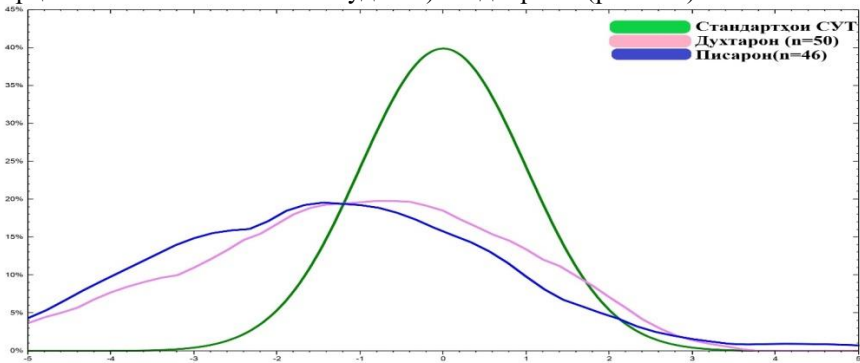
Беҳтар шудани ҳолати умумии кӯдакон аз инҳо шаҳодат медиҳад: динамикаи мусбати қачи вазн, баланд шудани сатҳи гемоглобин ҳангоми ихроҷ, ба эътидол овардани миқдори муғлақи лейкоцитҳо, холестерин ва глюкоза дар зардоби хун. Бояд қайд кард, ки дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ беҳтаршавии ҳолати умумӣ ва ин усулҳои иловагии таҳқиқот нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ зудтар ба амал меоянд (расми 7).



Расми 7. - Динамикаи таносуби қад / дарозӣ ба вазн дар муқоиса бо стандартҳои СУТ (пас аз таботат)

Афзоиши миёнаи шабонарӯзии вазни кӯдакон вобаста ба хусусияти парҳез (хӯроки омехта ё омехтаи махсуси табобатӣ) фарқиятҳои назаррас дошт. Дар байни кӯдаконе, ки ҶТОИ ВР-100-ро дар якҷоягӣ бо ҶТ F-100 гирифтанд, афзоиши вазн нисбат ба бемороне, ки танҳо формулаи махсуси терапевтии F-100 гирифтаанд, зиёдтар буд.

Кӯдакони омӯхташуда бе кам кардани истеъмоли махсуси ҶТ F100 ҶТОИ ВР-100-ро афзалтар донистанд. Истеъмоли баланди энергияе, ки дар гурӯҳи ғизоидиҳии омехта ба даст оварда шудааст, боиси афзоиши миёнаи вазн аз ҳисоби миёнае, ки танҳо бо F100 дар гурӯҳи назорат гирифта шудааст (ки худ аз афзоиши ҳадди ақали вазн, ки дар ин марҳилаи табобат пешбинӣ шудааст) зиёдтар аст (расми 8).



Расми 8. - Динамикаи таносуби қад / дарозӣ ба вазн дар муқоиса бо стандартҳои СУТ (вобаста ба ҷинс)

Миқдори истеъмоли нерӯи ВР-100 нисбат ба F100 хеле васеътар аст. Бартарии F100 метавонад устувории нисбии миқдоре бошад, ки кӯдакон ҳангоми ҳар хӯрок истеъмомол мекунанд.

Дар оянда, омӯзиши дақиқи истифодаи ҶТ дар асоси ВР-100 дар беморхона ва дар хона барои арзёбии хатари истеъмоли нокифояи об зарур аст. ВР-100 дорои об нест ва бояд ҳамеша бо об истеъмомол шавад, то азхудшавиро таъмин кунад ва дегидрататсияро пешгирӣ кунад. Аз ин рӯ, ВР-100 метавонад дар барқарорсозии норасоии шадиди ғизо дар беморхона, амбулаторӣ ва хонагӣ истифода шавад.

Дар пурсиш дар байни оилаҳои кӯдакони гурӯҳи дуҷум мо дарёфтем, ки беш аз 2/3 кӯдакони аз 6 то 23 моҳа (72%) ҳатто ба ғизои каме гуногун, ки ба рушду инкишофи солим мусоидат мекунад, дастрасӣ надоранд. Ҳамчунин бояд гуфт, ки 1/3 кӯдакони ин гурӯҳ (зиёда аз 35%) шири модарро идома медоданд ва дар айни замон ба маҳсулоти ғалладонӣ (гандум, биринҷ, баъзан ҷуворимакка ва ғайра) дастрасӣ доштанд. Нисфи кӯдакон (45%) дар меню меваю сабзавот вучуд надоранд.

Тақрибан 60% хӯрокҳои серғизо ба монанди тухм, моҳӣ ё гӯшт нагирифтаанд.

Ҳамин тариқ, ғизои оқилона маҳз қадамест, ки минбаъд ба рушди мӯътадили ҷисмонӣ ва равонии кӯдак оварда мерасонад, ба баланд бардоштани муқовимат ба бемориҳои сироятӣ мусоидат мекунад ва ба ин васила кор ва устувориро беҳтар мекунад. Мақсади асосии ғизои солим на танҳо пӯшонидани хароҷоти таъминоти ҳаёт, балки мусоидат ба рушди инкишофи дурусти кӯдак мебошад.

Хулоса

1. Дар байни кӯдакони шаҳри Душанбе сатҳи баландтарини бемории НШҒ 3,7/1000 ($\lambda=3,7$), басомади аҳолии 1: 292; дар вилояти Хатлон 1,0/1000 ($\lambda=1,0$), 1:425; дар республика 0,5 ($\lambda=0,5$), 1:2189 [1-М, 3-М, 7-М].

2. Омили асосии хавфи рушди НШҒ индекси пасти саломатии кӯдакон мебошад, ки онҳо бо мавҷудияти аломатҳои клиникалии бемориҳои дисфункционалӣ ва илтиҳобии узвҳои меъдаю рӯда, баъд аз системаи марказии асаб хос аст [3-М, 5-М, 7-М].

3. Барои сокинони деҳот бо барвақт қорӣ намудани хӯроки иловагӣ ба кӯдакони то 4-моҳа, истифодаи моёҳои иловагӣ дар заминаи ширмакӣ хос аст [4-М, 8-М].

4. Қафомонии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии кӯдакони гирифтори НШҒ асосан барои писарон аз рӯи меъёрҳои вазн ва қад, вазн барои синну сол хос аст [1-М, 5-М].

5. Бемориҳои экстрагениталии модар дар давраи ҳомиладорӣ (камхунӣ, гестоз, сироятҳои узвҳои таносулӣ), асосан ба инкишофи НШҒ дар кӯдакон моил мешаванд [1-М, 2-М, 3-М, 5-М, 7-М].

6. Муқаррар карда шудааст, ки ғизои омехта бо истифодаи (F-100+VP-100) ба нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ таъсири судмандтар мерасонад, ки дар он ҷо Z-балҳо то пеш аз табобат -3,2 ва пас аз табобат - 1,3 буд. [3-М, 4-М, 5-М, 13-М, 16-М]

7. Басомади такрори рушди НШҒ дар пайгирӣ аз сатҳи огоҳӣ ва қобилияти модарон оид ба нигоҳубини кӯдак ва ба миқдори зарурӣ бо хӯроки иловагӣ таъмин кардан вобаста аст [4-М, 6-М, 7-М, 8-М, 15-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Ҳангоми арзёбии рушди ҷисмонии кӯдакони то 5-сола бо аломатҳои вайроншавии ҳолати ғизоӣ, инҳирофҳои стандартии индексҳои Z-Score «вазн/синну сол», «вазн/қад» ва «қад ё дарозии бадан/синну сол» истифода бурда мешавад, ки имкон медиҳад, ки шаклҳои гуногуни НШҒ-ро фарқ кунанд.

2. Тағйир додани рафтори модарон оид ба ғизодиҳии навзодон ба паст кардани паҳншавии баланди беморӣ мусоидат мекунад.

3. Дар НШВФ тавсия дода мешавад, ки шароити мусоиди муҳофизатӣ барои чойгир кардани кӯдаки бемор, гузаронидани терапияи ислоҳӣ барои ихтилоли мубодилаи моддаҳо, оғоз кардани ғизоидиҳии барқароркунанда бо истифода аз омехтаҳои FT F100 ва FTOI BP-100.

4. Меъёри объективии арзёбии самаранокии табобат афзоиши вазни зиёда аз 10,5 г/кг дар як шабонаруз мебошад.

Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

1-М Шамсов, Б. А. Оценка нутритивного статуса детей с сахарным диабетом 1-го типа [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – № 3. – С. 66-70.

2-М Шамсов, Б. А. Арзёбии ҳолати мақоми нутритиви дар мавриди кӯдакони синни барвақтии гирифтори нуксонҳои модарзодии дил [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2020. – №1. – С. 95-100.

3-М Шамсов, Б. А. Коррекцияи ҳолати нутритивии кӯдакони синну соли бармаҳал [] // Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2020. – №1. – С. 171-176.

4-М Шамсов, Б. А. Реабилитация детей с недостаточности питания, тяжелой степени [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев, Х. Д. Мирзоев, Ф. А. Файзуллоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – № 3. – С. 73-78.

5-М Шамсов, Б. А. Реабилитатсияи кӯдакони дорои дараҷаи вазнини норасоии ғизо [] / Б. А. Шамсов, З. Н. Набиев [и др.] // Авджи Зухал. – 2021. – №1. – С. 68-72.

6-М Шамсов, Б. А. Норасоии шадидаи ғизоӣ дар байни кӯдакони синни то 5- сола [Матн] / Б. А. Шамсов // Илм ва фановарӣ. – 2021. – №3. – С. 77- 81.

7-М Шамсов, Б. А. Некоторые особенности состояние питания детей городской и сельской местности [] / Б. А. Шамсов // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2022. – Т. 12, № 4(44). – С. 77-85.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

8-М Шамсов Б.А. Влияние вида вскармливания на показатели здоровья детей первого года жизни [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 135-136.

9-М Шамсов Б.А. Влияния грудного вскармливания на физическое развития недоношенных детей первого года жизни с малым весом [] / Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития

и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 246-247.

10-М Шамсов Б.А. Особенности питания детей с сахарным диабетом 1-го типа [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 247.

11-М Шамсов Б.А. Роль инновационного проекта «Scope Coda» в улучшении управления данными у детей с белково-энергетической недостаточностью [Текст] / Б.А. Шамсов, Д.А. Каюмова // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 247-248.

12-М Шамсов Б.А. Пилотирование новых технологий (SCOPE CODA) в рамках проекта по профилактике и лечению острой недостаточности питания средней степени [Текст] / Б.А. Шамсов, Ш. Миралибекова // Материалы IX-го Конгресса педиатров стран СНГ Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания «формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения» И III форума по питанию 10-11 октября соли 2019 Таджикистан, Душанбе С. 265-266.

13-М Шамсов Б.А. Оценка нутритивного статуса детей с хроническим панкреатитом [Текст] / Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019. – №1(41). – С. 26-30.

14-М Шамсов Б.А. Оценка состояния нутритивного статуса у детей грудного и раннего возраста с врожденными пороками сердца [Текст] / Б.А. Шамсов, Ф.А. Файзуллоев, Ш.З. Набиева // Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» 29 июня 2019 г. С. 170-171.

15-М Шамсов Б.А. Организация грудного вскармливания в учреждениях ПМСП [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы 3 - съезда детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан «Современные методы в детской хирургии и интенсивной терапии: достижение, проблемы и пути их решений» Душанбе 2020, С. 190.

16-М Шамсов Б.А. Особенности современного лечения детей с белково-энергетической недостаточностью [Текст] / Б.А. Шамсов // Материалы ежегодной II научно-практической конференции с

международным участием Медико-социальное учение - новое направление в развитии образования, практики и науки (достижения, проблемы и его развитие) в Республике Таджикистан -28 - 29 октябр 2022, С. 52.

Феҳристи ихтисораҳо

АЧ	– Афзоиши ҳисмони
БОЧ	– Барномаи озуқаворӣ чахонӣ
ВМКБ	– Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон
ВТ ва ҲИА	– Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
ҶТ	Тоҷикистон
ҒТ	– Ғизои табобатӣ
ҒТОИ	– Ғизои табобатии омодаи истеъмол
ДМБ	– Давраи миёнаи бозу
ИВБ	– Индекси вазни бадан
КАТС	– Кумаки аввалияи тиббии санитарӣ
МД	– Муассисаи давлатӣ
МҶИКП ва	– Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникаи педиатрӣ ва
ҶК	ҷарроҳии кӯдакона
НҒ	– Норасоии ғизоӣ
НСН	– Норасоии сафедаю-нерӯ
НШҒ	– Норасоии шадиди ғизоӣ
НШВҒ	– Норасоии шадиди вазнини ғизоӣ
СБ	– Синни бармаҳал
СММ	– Созмони милали муттаҳид
ССР	– С – сафедаи реактивӣ
СУТ	– Созмони умумиҷаҳонии тандурусти
ТММҒАТ	– Таҳқиқоти миллии маводи микроэлементҳо дар
	ғизои аҳолии Тоҷикистон
ТОК СММ	– Ташкилоти озуқаворӣ ва кишоварзии СММ
ТС	– Тамоюли стандартӣ
ТТДТ	– Таҳқиқоти тиббӣ-демографии Тоҷикистон
ҶТ	– Ҷумҳурии Тоҷикистон
НҒА	– Height-for-age
GAM	– Global Acute Malnutrition
MAM	– Moderate wasting ё moderate acute malnutrition –
	норасоии шадиди миёнаи ғизоӣ
MUAC	– mid-upper arm circumference
RUTF	– Ready-to-use therapeutic food
RUSF	– Ready-to-use supplementary food
SAM	– Severe acute malnutrition - норасоии шадиди вазнини
	ғизоӣ
WHO	– World Health Organization
WFH	– Weight-for-height - индекси вазн ба қад

АННОТАЦИЯ
Шамсов Бахтовар Абдулхафизович
Нутритивная поддержка детей до 5 лет с белково-энергетической недостаточностью

Ключевые слова: БЭН, нутритивная поддержка, дети, гипотрофия, недостаточность питания, ранний возраст.

Цель. Разработка и оптимизация комплексной программы по профилактике и лечению болезней белково-энергетической недостаточности у детей до 5 лет жизни

Методы исследования. Предметом исследования явились дети, страдающие белково-энергетической недостаточностью (БЭН) различной степени выраженности, проживающие как в сельской местности - Хатлонская область, так и жители г. Душанбе, общее число детей составило 250, а также 96 детей, страдающих тяжелой формой БЭН, находящихся на стационарном лечении в специализированном отделении «терапии детей с тяжелым нарушением питания» (ОТДТНП) ГУ Комплекс здоровья «Истиклол».

Полученные результаты и их новизна. Установлено, самая высокая частота превалентности БЭН среди детей г. Душанбе, 3,7/1000 ($\lambda=3,7$), тогда как в Хатлонской области 1,0/1000 ($\lambda=1,0$) по республике 0,5 ($\lambda=0,5$), популяционная частота БЭН среди детей г. Душанбе составляет 1: 292; в Хатлонской области 1:425; по республике 1:2189.

Определено, что основной фактор риска развития БЭН связан с низким индексом здоровья детей. Выявлено, что каждая 4 мать, проживающая в сельской местности, начинает вводить прикорм детям в возрасте моложе 4 месяцев, около половины матерей, на фоне грудного вскармливания, дополнительно дают детям другие жидкости. Показатели физического развития детей с БЭН свидетельствуют об отставании преимущественно мальчиков по признакам веса к росту, далее несоответствие веса к возрасту, которое характерно для детей младшего возраста (от 1 до 3 лет). Установлено, что к предрасполагающим факторам развития БЭН у детей относятся экстрагенитальные заболевания матери во время беременности (анемия, гестоз, урогенитальные инфекции). Для детей с БЭН характерно наличие клинических признаков дисфункциональных и воспалительных заболеваний со стороны ЖКТ, далее ЦНС. Установлено, что более благотворное влияние на показатели физического развития оказывает комбинированное питание с применением (F-100 + ВР-100), где Z-Score до лечения составляло -3,2 и после лечения - 1,3. Частота рецидивов развития БЭН в катамнезе имеет зависимость от уровня осведомленности и умения матерей ухаживать за ребенком и обеспечивать в необходимом объеме продуктами прикорма.

Рекомендации по использованию. При оценке физического развития у детей до 5 лет с признаками нарушения нутритивного статуса следует использовать стандартные отклонения индексов Z-Score «вес/возраст», «вес/рост» и «рост или длина тела/возраста», что позволит дифференцировать различные формы БЭН. Изменение поведения матерей по адекватной практике кормления детей будет способствовать снижению высокой распространенности болезней. При тяжелой острой БЭН рекомендуется создать охранительные комфортные условия размещения больного ребенка, провести корригирующую терапию обменных нарушений, начать восстановительное кормление с применением комбинированных питательных смесей F100 и ГУТП ВР-100. Объективным критерием оценки эффективности лечения является прибавка веса более 10,5 г/кг/день.

Область применения. Педиатрия, детская анестезиология и реаниматология, детская хирургия.

АННОТАТСИЯИ

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович

Дастгирии нутритивии кӯдакони то 5 сола бо норасоии ғизоӣ

Калимаҳои калидӣ. НШҒ, дастгирии нутритивӣ, кӯдакон, гипотрофия, норасоии ғизоӣ, синну соли бармаҳал.

Мақсади таҳқиқот. Таҳия ва оптимизатсияи барномаи комплекси пешгириӣ ва табобати норасоии ғизоӣ дар кӯдакони то 5-сола.

Усулҳои таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот кӯдакони гирифтори НҒ дараҷаи гуногун буданд, ки дар деҳот - вилояти Хатлон ва ҳам аз шаҳри Душанбе буданд, ки шумораи умумии кӯдакон 250 нафар ва инчунин 96 кӯдаки гирифтори бемории норасоии шадиди вазинии ғизоӣ, ки дар шуъбаи махсуси «кӯдакони камвазни» МД Мачмааи тандурустии «Истиклол» бистарӣ буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва навгонии онҳо. Муайян карда шуд, ки сатҳи баландтарини бемории НШҒ дар байни кӯдакон дар шаҳри Душанбе 3,7/1000 ($\lambda=3,7$), дар вилояти Хатлон 1,0/1000 ($\lambda=1,0$) дар ҷумҳурӣ 0,5 ($\lambda=0,5$), басомади популясионии НҒ дар байни кӯдакон дар шаҳри Душанбе 1:292; дар вилояти Хатлон 1:425; дар ҷумҳурӣ 1:2189. Исбот карда шуд, ки омили асосии хавфи рушди НШҒ бо нишондиҳандаи пасти индекси солимии кӯдакон алоқаманд аст. Муайян карда шуд, ки ҳар 4-ум модари сокини деҳот ба кӯдакони то 4 моҳа ғизоӣ иловагӣ қорӣ мекунад, тақрибан нисфи модарон хангоми ширмакони ба кӯдакон ба таври илова моеъҳои дигар медиҳанд. Нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии кӯдакони гирифтори НШҒ нишон медиҳанд, ки писарон аз ҷиҳати вазн ба қад қафо мемонанд, баъдан номувофики байни вазн ба синну сол ба вучуд меояд, ки барои кӯдакони синну соли бармаҳал (аз 1 то 3 сола) хос мебошад. Муқаррар карда шуд, ки омилҳои, ки ба НШҒ дар кӯдакон оварда мерасонанд ин бемориҳои экстрагениталии модарон хангоми ҳомиладорӣ (камхунӣ, гестоз, сироятҳои урогениталӣ) мебошанд. Ба кӯдакони гирифтори НШҒ аломатҳои клиникӣ дисфунксиявӣ ва бемориҳои илтиҳобии меъдаю рӯда, баъдан майнаи сар хос мебошанд. Муқаррар карда шудааст, ки ғизоӣ омехта бо истифодаи (F-100 + ВР-100) ба нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ таъсири судмандтар мерасонад, ки ТС Z-бал пеш аз табобат -3,2 ва баъд аз табобат - 1,3-ро ташкил дод. Басомади такрори пайдоиши НШҒ дар катамнез аз сатҳи оғоҳӣ ва қобилияти модарон оид ба нигоҳубини кӯдак ва ба миқдори зарурӣ бо ҳӯроки иловагӣ таъмин кардани онҳо вобастаги дорад.

Тавсияҳо барои истифодаи амалӣ. Хангоми арзёбии рушди ҷисмонии кӯдакони то 5-сола бо аломатҳои вайроншавии ҳолати ғизоӣ, инҳирофҳои стандартини индексҳои Z-Score «вазн/синну сол», «вазн/қад» ва «қад ё дарозии бадан/синну сол» истифода бурда мешавад, ки имкон медиҳад, ки шаклҳои гуногуни НШҒ-ро фарқ кунанд. Тағйир додани рафтори модарон оид ба ғизодиҳии навзодон ба паст кардани паҳншавии баланди беморӣ мусоидат мекунад. Дар НШҒ тавсия дода мешавад, ки шароити мусонди муҳофизатӣ барои ҷойгир кардани кӯдаки бемор, гузаронидани терапияи ислоҳӣ барои ихтилоли мубодилаи моддаҳо, оғоз кардани ғизодиҳии барқароркунанда бо истифода аз омехтаҳои FT F100 ва FTOI ВР-100. Меъёри объективии арзёбии самаранокии табобат афзоиши вазни зиёда аз 10,5 г/кг дар як шабонаруз мебошад.

Соҳаи итифода. Педиатрия, анестезиология ва реаниматологияи кӯдакона, ҷарроҳии кӯдакона.

ANNOTATION

Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich

Nutritional support for children under 5 years of age with protein-energy malnutrition

Key words: PEU, nutritional support, children, malnutrition, malnutrition, early age.

Aim. Development and optimization of a comprehensive program for the prevention and treatment of protein-energy malnutrition in children under 5 years of age

Research methods. The subject of the study were children suffering from protein-energy malnutrition (PEM) of varying severity, living both in rural areas - Khatlon region, and residents of Dushanbe, the total number of children was 250, as well as 96 children suffering from severe PEM, who are on inpatient treatment in the specialized department of "Therapy of Children with Severe Malnutrition" (OTDTNP) State Health Complex "Istiklol".

The results obtained and their novelty. It was established that the highest incidence of PEI among children in Dushanbe is 3.7/1000 ($\lambda=3.7$), while in Khatlon region it is 1.0/1000 ($\lambda=1.0$) in the republic 0.5 ($\lambda=0.5$), the population frequency of PEI among children in Dushanbe is 1: 292; in Khatlon region 1:425; in the republic 1:2189. It has been determined that the main risk factor for the development of PEU is associated with a low index of children's health. It was revealed that every 4th mother living in rural areas begins to introduce complementary foods to children under the age of 4 months, about half of the mothers, while breastfeeding, additionally give children other fluids. Indicators of the physical development of children with PEI indicate a lag mainly of boys in terms of weight for height, then a discrepancy in weight for age, which is typical for young children (from 1 to 3 years). It has been established that the predisposing factors for the development of PEI in children include extragenital diseases of the mother during pregnancy (anemia, preeclampsia, urogenital infections). Children with PEI are characterized by the presence of clinical signs of dysfunctional and inflammatory diseases of the gastrointestinal tract, further CNS. It has been established that a more beneficial effect on indicators of physical development has a combined diet with the use of (F-100 + BP-100), where the Z-Score before treatment was -3.2 and after treatment - 1.3. The frequency of relapses in the development of PEU in the catamnesis depends on the level of awareness and ability of mothers to care for the child and provide complementary foods in the required amount.

Recommendations for use. When assessing physical development in children under 5 years of age with signs of impaired nutritional status, the standard deviations of the Z-Score indices "weight/age", "weight/height" and "height or body length/age" should be used, which will allow differentiating different forms of PEI. Changing mothers' behavior towards adequate infant feeding practices will help reduce the high prevalence of disease. In severe acute PEU, it is recommended to create protective comfortable conditions for placing a sick child, conduct corrective therapy for metabolic disorders, and start restorative feeding using combined nutrient mixtures F100 and RUTF BP-100. An objective criterion for evaluating the effectiveness of treatment is weight gain of more than 10.5 g/kg/day.

Application area. Pediatrics, pediatric anesthesiology and resuscitation, pediatric surgery.

Сдано в печать __.__.2023 г.
Разрешено в печать __.__.2023 г.
Бумага офсетная. Формат 60x84 1/16. Объем 4,0 п.л.
Печать офсетная. Тираж ___ экз. Заказ № __.

Издательство «Истеъдод».
734025, г. Душанбе, проспект Рудаки, 36.
Тел.: 221-95-43. E-mail: istedod2010@mail.ru

