

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК: 616-056.716 (575.3)

ДАВЛАТОВ ХОЛМИРЗО БОБОХОНОВИЧ

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ
ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.08 - Педиатрия

Душанбе – 2021

Диссертационная работа выполнена на базе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Научный руководитель:	Талабзода Мухаммадали Сайф – доктор медицинских наук, доцент, декан медицинского факультета Таджикского национального университета
Официальные оппоненты:	Аминов Хусейн Джумаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» Абдуллаева Нодира Шомуратовна - кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник ГУ “Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии” МЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: ГУ «Институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-038 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139; www.tajmedun.tj; +992918724088

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент**

Джамолова Р.Дж.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Начало XXI в. ознаменовалось серьёзной и достаточно актуальной проблемой для системы здравоохранения в масштабе всего мира, это возрастание числа лиц пораженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Многочисленные заключения экспертов показывают, что к началу 2020 г. в целом, в мире проживают более 40 млн. ВИЧ инфицированных. По оценкам экспертов ВОЗ и ЮНЕЙДС, во всем мире общий показатель распространенности числа больных не превышает 1% [Бабахина К.Б.-2015г.].

По заключению экспертов ВОЗ, наиболее неблагоприятными в отношении распространенности ВИЧ продолжают оставаться наиболее густо населенные регионы: это Восточная Европа и Центральная Азия, включая и Республику Таджикистан (РТ), в государствах данного региона отмечается четкая тенденция роста накопительного числа людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. [Афони́на Л.Ю.Ворони́н Е.Е. Покровский В.В.-2015,Борисова О.В. Агафонова О,В.-2017г.].

Все это в будущем непременно поставит человечество перед новой проблемой, совершенно под другим углом обратить внимание на проблему ВИЧ/ СПИД, по новому оценить её последствия с точки зрения медико-социальных, медико-биологических, конечно демографических и экономических аспектов. Все это связано с ростом числа ВИЧ-инфицированных лиц среди беременных женщин и как следствие этого распространение вертикальной трансмиссии инфекции. Все это в конечном итоге непременно приведет к росту числа больных детей и подростков, в совокупности данная проблема приведет в конечном итоге угрозе мировому сообществу и как следствие дальнейшему его развитию [Афони́на Л.Ю,Ворони́н Ю.А.2013, Адамя́н Л.В.2016, Алёхина А.Г., Блесманович А.Е. Петров Ю.А.2018].

Многочисленные исследователи РФ указывают на то, что к концу первой декады 21 века отмечается феминизация эпидемии вируса иммунодефицита, причина тому рост гетеросексуального пути передачи инфекции [Агаджанян В.С. Зотова Н.А.-2014, Бе́ляева В.В.2016]

Исследователи отмечают, тот момент, что подавляющее большинство женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, находятся в активном репродуктивном возрасте (1,2% – в возрасте 25–34 года), их число не превышает 1,5% и их возраст до 35 лет [Бе́ляева В.В., Ади́гамов М.М.2016]. Этот момент, в итоге способствует росту числа детей, матери которых страдают ВИЧ-инфекцией [Афони́на Л.Ю. Ворони́н Е.Е.,Фомин Ю.А.Юрин А.Г.2009]. Несомненно, всё это способствует росту числа больных детей, создавая новую проблему для сектора здравоохранения и государственной системы управления в целом.

На настоящее время в РФ число ВИЧ пораженных около 100 тыс., тогда как из их числа диагнозы ВИЧ-инфекции установлен у более чем – 5 тыс. детей [Афони́на Л.Ю. Ворони́н Е.Е.,Фомин Ю.А.Юрин А.Г.2009]. В тех условиях, когда не проведена профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку возможность вертикальной передачи составляет около 50% [Адамя́н Л.В.,Кузьмин В.Н. Ко́ньшева О.В.2016]. Достигнутые результаты профилактики значительно снижают риск за-

ражения ребенка. Свидетельством указанному является тот факт, что в странах, где налажена профилактическая работа на должном уровне, показатель прямой передачи инфекции не превышает и 2% [Адамян Л.В., Кузьмин В.Н. Конышева О.В.2016].

Анализ результатов сероэпидемиологического надзора за ВИЧ- инфекцией в Таджикистане показал, что на протяжении последних лет распространение ВИЧ-инфекции имеет выраженную тенденцию к росту, преимущественно среди беременных женщин и лиц с высоким риском заболевания ВИЧ-инфекцией.

Процесс течения клинических признаков ВИЧ инфекции у детей имеет свои особенности в зависимости от пути передачи инфекции. Так, при условии если путь заражения был перинатальным, то клиника заболевания протекает более стремительно, чем у детей, у которых путь инфицирования был парентеральным. Отличительной чертой быстрого развития клинической картины связано с тяжелыми формами вторичной инфекции, неврологическими осложнениями и гепатитами.

На скорость генерализации заболевания оказывают влияние некоторые факторы, такие как: показатель вирусной нагрузки, стадия заболевания, показатели CD4 лимфоциты у матери и инфицирование плода на ранних сроках беременности.

Что касается детей, то их состояние зависит от клинического течения, нарушение физического и психомоторного развития и неврологических расстройств.

Следовательно, на сегодняшний день ВИЧ-инфекция и СПИД в целом во всех регионах мира, особенно в странах с развивающейся экономикой, несомненно будет лидировать в структуре высоких показателей детской заболеваемости и смертности.

Степень изученности данной задачи. Диссертационная работа является фрагментом научной темы ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» и посвящена проблеме оценке состояния здоровья детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей.

Охрана здоровья матерей и детей — одно из приоритетных направлений государственной социальной политики, деятельности Правительства Республики Таджикистан на долгосрочную перспективу. В последние годы достигнуты определенные успехи в снижении детской инфекционной заболеваемости, однако проблемы ВИЧ-инфекции у детей, профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, социальной адаптации детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями является наиболее острой и актуальной в РТ.

Анализ результатов сероэпидемиологического надзора за ВИЧ- инфекцией в Таджикистане показало, что на протяжении последних лет распространение ВИЧ-инфекции имеет выраженную тенденцию к росту, преимущественно среди беременных женщин и лиц с высоким риском заболевания ВИЧ-инфекцией.

По данным литературы последние годы отмечается феминизация данного заболевания (соотношение ВИЧ позитивных женщин и мужчин на 1 января 2017 г. составляет 1 : 1,75). Приведенные данные определяют чрезвычайную актуальность изучения факторов риска, влияющих на течение беременности, родов и наконец на состояния плода у ВИЧ-инфицированных женщин. Общий накопительный процент реализации перинатальной ВИЧ-инфекции составил 4,8%. По-

вышение распространенности инфекции в свою очередь способствует увеличению числа случаев беременности среди ВИЧ-позитивных женщин.

Теоретические и методологические основы исследования явилось то, что до сих пор в нашем регионе проблема вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции у детей, эпидемиологическая характеристика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, медико-биологические и социальные факторы, влияющие на ВИЧ-инфицированных беременных, рожениц и родильниц, показатели здоровья ВИЧ-инфицированных новорожденных и детей раннего возраста недостаточно изучены.

Общая характеристика работы

Цель исследования: изучение эпидемиологии вертикальной трансмиссии ВИЧ, ее влияние на течение беременности, течение родов, состояние здоровья новорожденного и ребенка раннего возраста, а также разработка модуля лечения с нутритивной поддержкой.

Объект исследования. Объектом исследования служили ВИЧ-инфицированные беременные, роженицы и родильницы, ВИЧ-инфицированные новорожденные и дети в возрасте до 5-ти лет, состоящие на учёте в ГУ «Душанбинский городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД» а также контрольная группа здоровых детей города Душанбе в возрасте до 5-ти лет.

Предмет исследования. Изучение эпидемиологии, влияние медико-биологических и социальных факторов на ВИЧ-инфицированных беременных, течение беременности и родов, влияние вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции на состояние здоровья детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность ВИЧ у беременных женщин, влияние медико-биологических и социальных факторов на ВИЧ-инфицированных беременных рожениц и родильниц.
2. Изучить влияние перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции на состояния здоровья новорожденных и детей раннего возраста.
3. Оценить физического развития и резистентность организма ВИЧ-инфицированных детей.
4. Разработать модуль лечения с нутритивной поддержкой ВИЧ-инфицированных детей.

Методы исследования. В процессе сбора данных и анализа полученных результатов, по оценке эпидемической ситуации ВИЧ, были использованы данные официальной статистической отчетности. Из представленных базы данных МЗ и СЗН РТ, ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД» (ГУ РЦ СПИД), ГУ «Душанбинский городской центр по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД» нами взаимствована информация по распространённости и заболеваемости вирусом иммунодефицита человека. В процессе работы основные исследования были проведены среди детей с вертикальным (перинатальным) путем передачи.

Область исследования. Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.08 - Педиатрия: областям исследований №1 и №3 (изучение особенности роста физического, нервно-психического развития, состояния функциональных систем детей и подростков. Физиология и общая патология периода новорожденности, раннего, старшего и подросткового возрастов).

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Учитывая особенности воздействия вируса на организм человека, нами было изучено эпидемиология вертикальной трансмиссии ВИЧ, ее влияние на течение беременности, течение родов, состояние здоровья новорожденного и ребенка раннего возраста, а также разработана модель лечения с нутритивной поддержкой.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищенные в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) по данной проблеме. Исследования проводились на базе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗ и СЗН РТ.

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования больных.

Научная новизна. Впервые в Республике Таджикистан проведен многофакторный анализ особенностей течения беременности и родов у женщин с ВИЧ-инфекцией с учетом всех причин, влияющих на ее передачу.

Выявлен переломный момент 2012 г. с (37,2%) в эпидемиологии перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, когда половой путь заражения стал интенсивно нарастать до 57,5% - в 2013 году.

Доказано, что (94,64%) беременных находились в стадии бессимптомного вирусоносительства (II Б), у которых срок инфицирования не пре-вышал 3 года ($p < 0,001$). У женщин, где давность инфицирования было 5 и более лет, имело место стадия персистирующей лимфаденопатии (II В) и стадия вторичных заболеваний (III А-Б).

Доказано, что в полугодовом возрасте наступает «патологический провал», по причине декомпенсации комбинированного иммунодефицита, приводящая к резкому отклонению интегральных показателей здоровья.

Выявлено высокое распространение анемии (94%) у ВИЧ-инфицированных детей, т.е. вирус иммунодефицита воздействует на продукцию эритроцитов, угнетая функцию стволовых клеток.

Доказано, что вирус иммунодефицита снижает "резистентность" (устойчивость) организма к воздействию негативных факторов, определяя плохую адаптацию, наличие элементов повреждения: - предпатология, патология и болезнь, повышая показатели заболеваемости, тяжесть течения и наконец снижение эффективности лечения.

Впервые разработана комплексная программа реабилитации детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, где составной частью является созданная модель интегрированного подхода к нутритивной поддержке.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов в учебный процесс профильных кафедр ТГМУ им. Абуали ибни Сино, в работу отдела детских инфекций ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии, а также в практику центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и отделения ВИЧ/СПИД ГУ «Душанбинская городская клиническая инфекционная больница» и специализированного отделения для ВИЧ-инфицированных детей ГУ «Городская детская клиническая инфекционная больница» г. Душанбе,

Практическая значимость. В процессе выполнения научных исследований была изучена распространенность вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан. Дана оценка медико-биологическим и социальным факторам, влияющим на ВИЧ-позитивных беременных, рожениц и родильниц. Изучены показатели здоровья ВИЧ инфицированных новорождённых и детей раннего возраста. Дана оценка резистентности организма ВИЧ-инфицированного ребенка и нутритивной поддержки данных детей.

Основные положения, выносимые на защиту:

Началом активизации перинатальной трансмиссии ВИЧ инфекции считается 2012 г. когда половой путь заражения превысил (37,2%) и к 2013 г. интенсивность данного пути возросло на 57,5%.

У большинства беременных (94,64%) имело место бессимптомная стадия вирусносительства (II Б), со сроком инфицирования не более 3 лет ($p < 0,001$). Для женщин со сроком инфицирования 5 и более лет, было характерно стадия (II В) - персистирующей лимфоаденопатии, а также стадия (III А-Б) где имели место вторичные заболевания.

Первое полугодие жизни характеризовалось состоянием «патологического провала», в результате развития декомпенсации комбинированного иммунодефицита, способствующий резкому ухудшению показателей здоровья.

ВИЧ-инфекция у детей угнетает красный росток крови воздействуя на стволовые клетки приводя к устойчивой анемии.

Состояние предпатология, патология и болезнь, повышая показатели заболеваемости, тяжесть течения и наконец снижение эффективности лечения являются результатом снижения "резистентности" (устойчивости) организма к воздействию ВИЧ-инфекции.

Стабилизация состояния, снижение активности генерализации инфекции, улучшение показателей физического и психомоторного развития, и снижение неврологических осложнений напрямую зависит от интегрированного подхода к лечению с нутритивной поддержкой.

Личный вклад диссертанта. В процессе выполнения работы автором самостоятельно и в полном объёме выполнены все запланированные виды клинико-эпидемиологических исследований.

Данный процесс включал в себя организацию сбора первичных данных, обобщение, статистическую обработку и анализ с последующей оценкой. Автор непосредственно принимал самое активное участие в разработке дизайн исследования, подготовлены и апробированы аналитические таблицы. Также на систематической основе обобщены результаты лабораторных исследований. По итогам выполнения работы диссертант лично готовил публикации и доклады для презентации.

Апробация работы и информация об использовании её результатов. Результаты исследования доложены и обсуждены на: втором Съезде врачей Республики Таджикистан (Душанбе 29.06.2019 г.), научно-практической конференции «Противодействие снижению угроз распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам в пищевых продуктах» (Душанбе 18.11.2019 г), на IX-ом Конгрессе педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: Проблемы здоровья, развития и питания. Формирования здоровья детей в современных условиях здравоохранения» и III-ем Форум по питанию (Душанбе 10-11. 11.2019 г.), научно-практической конференции «Питание и здоровье детей» (Харьков 17-18 май 2020).

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 5 работ в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан

Объём и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3 глав собственных исследований, результатов исследования и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Материал диссертации изложен на 144 страницах компьютерного текста, включает 23 таблицы, 25 рисунка, и выписки из клинических наблюдений за больными. Указатель литературы содержит 203 источников, в том числе 114 из стран СНГ и 89 из стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Во всех случаях диагноз иммунодефицит человека устанавливался на комиссионной основе, с привлечением основных специалистов сотрудников центра по борьбе с ВИЧ/СПИД. Основанием для постановки диагноза были следующие критерии: сведения эпидемиологического анамнеза, регистрация основных клинических маркеров иммунодефицита человека, результаты серологических исследований на вирус иммунодефицита человека и данные вирусологических исследований (ПЦР на РНК, ДНК ВИЧ), результаты анализов иммунного статуса. По итогам обследования после подтверждения диагноза ребенок ставился на диспансерный учет в ГУ «Душанбинский городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД». Процесс наблюдения и лечения детей, находящихся на диспансерном учете по поводу иммунодефицита человека, а также детей, у кого в анамнезе зарегистрирован перинатальный контакт с ВИЧ-инфекцией, было проведено согласно требований, соответствующих стандартов утвержденных МЗ и СЗН РТ.

Динамическое клинико-лабораторное и инструментальное обследование детей

проводилось по стандарту оказания медицинской помощи детям с вирусом иммунодефицита человека и исходя из индивидуальных клинических показаний с момента постановки на диспансерный учет.

В процессе исследования, которые были проведены с 2011 по 2020 гг. была дана комплексная оценка состояния здоровья детей, включающий динамический мониторинг основных антропометрических данных, произведена оценка физического развития, в процессе наблюдения особое внимание уделялось анализу анамнестических данных и общеклиническим методам обследования.

Нашим исследованием были охвачены 110 детей, возраст которых был в пределах от 1,5 до 5 лет. Распределение детей по группам было следующее:

В 1-ю группу были включены 55 детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией. 2-я группа также состояла из 55 детей, экспонированных к вирусу иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете в ГУ «Душанбинский городской центр по борьбе с ВИЧ/СПИД». Каждая группа включала 28 мальчиков и 27 девочек. Все дети проживали в г. Душанбе.

Анамнестические сведения были получены путем анализа всей доступной медицинской документации: диспансерной карты ребенка в ОЦПС, медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у); амбулаторной карты ребенка (форма №024), выписок из стационаров.

За основу оценки уровня резистентности организма ребенка были использованы данные о частоте случаев ОРВИ в течении года. Показатель индекса резистентности (ИР) рассчитывался по формуле:

$$\text{ИР}(\%) = \frac{\text{Число заболеваний ОРВИ}}{\text{Число месяцев с начала рецидивирования ОРВИ}} \times 100$$

где ИР-индекс резистентности.

Чем ниже был показатель ИР, тем выше была сопротивляемость организма. Так, при условии, если показатель ИР = 33-40 %, то такой результат оценивался как высокий; при ИР = 41-50 – сниженный; при ИР = 51 % и больше – резко сниженный.

Клиническую стадию данной патологии устанавливали согласно классификации В.И. Покровского с коллегами (2001), а определение иммунологических категорий проводилось согласно классификации CDC (1994) [23, 186]

Степень выраженности синдрома интоксикации организма оценивали на основании расчета показателя ЛИИ. Оценка показателя ЛИИ, позволяет определить тяжесть гнойно-воспалительного процесса и степень его прогрессирования.

Для расчета ЛИИ нами была использована формула Я.Я. Кальф-Калифа (Островский В.К., 2011)

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4 \text{ мц.} + 3 \text{ ю.} + 2 \text{ п.} + \text{с.}) \times (\text{пл.кл.} + 1) *}{(\text{лимф.} + \text{мон.}) \times (\text{э.} + 1)}$$

где ЛИИ-лейкоцитарный индекс интоксикации, мц.-миелоциты, ю.-юные нейтрофилы, п.-палочкоядерные нейтрофилы, с.-сегментоядерные нейтрофилы, пл.кл. -плазматические клетки, лимф.-лимфоциты, мон.-моноциты, э.-эозинофилы.

Нормативная величина ЛИИ в зависимости от возраста колеблется от $0,62 \pm 0,09$ до $1 \pm 0,5$ и даже до $1-3$ усл. ед. ЛИИ $2,7-3,7 \pm 0,67$ усл. ед. соответствует

легкой степени интоксикации, $3,6-4,8 \pm 0,53$ усл. ед. - средней степени, $5,8-8,5 \pm 1,4$ - тяжелой степени, ЛИИ $> 8,6$ усл. ед. указывает на крайне тяжелую степень.

Биохимические методы включали: определение уровня АсАт, АлАт, щелочной фосфатазы, общего белка и фракций, билирубина, холестерина, креатинина и мочевины. Определение концентрации железа и глюкозы крови проводилось в рамках динамического наблюдения с использованием рутинных методик [71].

Серологические методы: определение маркеров гепатитов В, С, специфических антител IgM, IgG, HCV, CMV, хламидиям, токсоплазме методом ИФА. Для проведения ИФА-диагностики внутриутробных инфекций (ВУИ) использовался прибор «MultiscanEX» фирмы Тепло electroncorporation, тест - системы VectoTOXO IgM, VectoTOXO IgG, VectoCMVIgM, VectoCMVIgG производства НПО «Вектор» Россия.

Молекулярно-генетические методы: ПЦР крови на CMV, EBV, HCV.

Микробиологические (бактериологические) методы: посевы мочи, испражнений, содержимого из носа, зева, ушных проходов на выявление бактериальной и грибковой микрофлоры с определением чувствительности к антибиотикам, посев кала на дисбактериоз; микроскопическое исследование мочи, кала, содержимого из носа, зева, ушных проходов на выявление грибковой флоры.

Инструментальные методы: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, УЗИ головного мозга, ЭКГ, Эхо-КГ.

Специфические методы диагностики ВИЧ-инфекции (серологические и молекулярно-генетические) проводились на базе ГУ «Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД».

Метод комплексной оценки состояния здоровья детей.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась по шести основным критериям, определяющим здоровье:

1. – Характеристика онтогенеза;
2. – Характеристика физического развития (ФР);
3. – Характеристика нервно-психического развития (НПР);
4. – Характеристика резистентности организма;
5. – Характеристика степени интоксикации организма ребенка;
6. – Наличие или отсутствие коморбидных заболеваний.

Статистическая обработка результатов

Статистическая обработка выполнена на ПК с применением прикладного пакета «Statistica 10» (Stat Soft Inc., США). В работе для абсолютных величин вычислялись средние значения и их стандартная ошибка ($M \pm SE$), для относительных величин – доли (%). Для множественного сравнения независимых выборок абсолютных величин использовали Н-критерий Крускала-Уоллиса, для независимых парных сравнений – U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения относительных величин применялись критерии χ^2 Пирсона, критерий χ^2 с поправкой Йетса (если в одной ячейке число наблюдений < 10) и точный метод Фишера (если в одной ячейке число наблюдений < 5).

Результаты исследования

На протяжении всего периода эпидемии вируса иммунодефицита человека в РТ патологическая поражённость женщин, составило 2438 случаев. Из них у 31,1%, (758) женщин наличие вируса иммунодефицита человека установлена при постановке на учет по беременности. Следовательно, каждая 3-я пациентка была осведомлена о вирусе иммунодефицита человека в процессе беременности. Беременные женщины относятся к группе наиболее уязвимых слоев населения перед вирусом иммунодефицита человека, что негативно влияет на рост вертикального пути передачи ВИЧ.

Всего за 2011 год в ЦРЗ страны было зарегистрировано и взято на учет 218079 женщин по беременности, более (83,8%) 182937 из них были обследованы на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека, положительные результаты установлены у 75 (0,04%).

Из года в год количество обследованных беременных женщин увеличивается, в 2018 году было обследовано 303 624 беременных женщин, что в 1,6 раза больше чем в 2011 г. Показатель выявленных случаев ВИЧ-позитивных беременных женщин, также возросло в 2018 по сравнению с 2011 г. более чем в три раза и составило 231 (0,07%) случаев (таблица 1).

В стадии бессимптомного вирусоносительства (II Б) были (104-94,54%), где срок инфицирования не превышал 3 года. Среди женщин 1-й группы, где давность инфицирования колебался в пределах 5 лет и более, преобладали стадии персистирующей лимфоаденопатии (II В) и стадия вторичных заболеваний (III А-Б).

Таблица 1. -Сводные данные числа обследованных беременных женщин и выявленных случаев заболевания

Год	Количество обследованных	Выявлено ВИЧ+	%
2011	182937	75	0,04
2015	350394	174	0,05
2016	248573	167	0,06
2017	266264	178	0,06
2018	303624	231	0,07
Всего	1351792	825	0,06

Путь родоразрешения в значительной степени предопределяет частоту перинатальной трансмиссии вируса иммунодефицита человека от матери ребенку. Среди всех 758 инфицированных женщин, в 56,0% случаев, роды завершились естественным путем, число оперативных родов – кесарево сечение составило 306 (40,4%) случаев, и только 27 (3,5%) женщин свою беременность завершили абортom. Отмечена тенденция уменьшения числа родов естественным путем, в 2011 г – 44 (58,7%), в 2015 – 92 (52,9%), в тоже время увеличилось число женщин, выбравших оперативный путь родоразрешения в 2011 – 29 (38,1%), в 2015 – 76

(43,7%), такая же тенденция отмечено среди матерей прервавших свою беременность в 2011 - 1 женщина (1,3%), в 2015 -6 (3,4%).

Начиная с 2012 года определяется четкая тенденция изменения пути инфицирования на первый план выходит половой путь, (рисунок 1) тогда как раннее лидировавший инъекционный путь стал резко снижаться. Самый высокий показатель вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека зарегистрирован в 2015 г. (5,6%), что в 2,2 раза больше чем в 2009 г. Вероятной причиной такого роста, является увеличение числа случаев полового пути передачи инфекции, особенно за последние 5 лет, 37,7% в 2012 г. до 73,4% в 2018 г. различия статистически достоверны ($P < 0,001$).

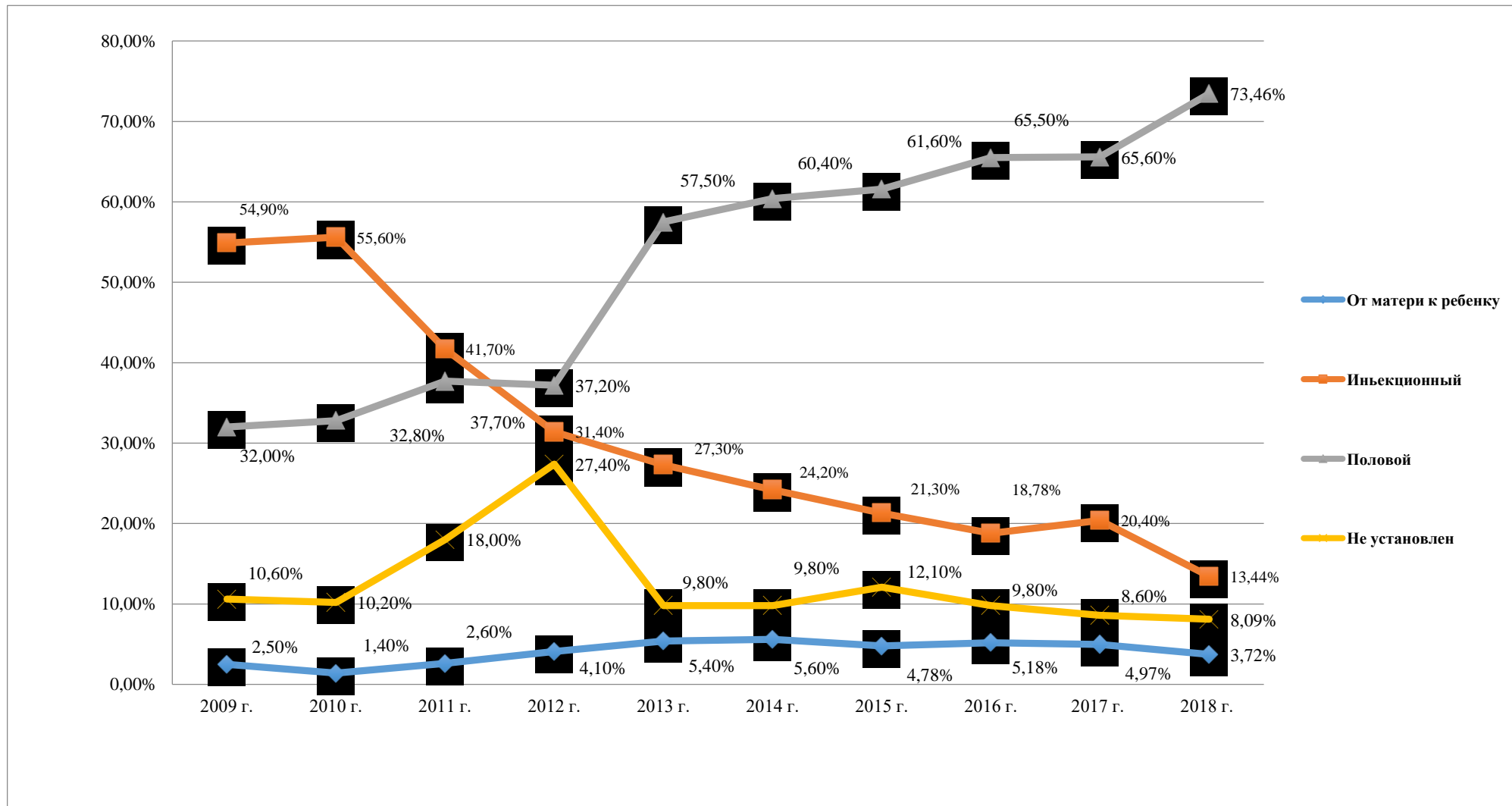


Рисунок 1.- Частота вновь выявленных ВИЧ-положительных случаев в РТ по основным известным путям передачи (2009-2018 гг.)

Оценка здоровья было проведено 110 детям, возраст которых колебался от периода новорожденности до 5 лет. Дети, были разделенных на две основные группы; из них 1-я - 55 пациентов, ВИЧ-инфицирование которых, произошло в перинатальном периоде, 2-я гр. – 55 детей инфицированные вне перинатального периода, и контрольная группа 3-я – 25 практически здоровые дети.

В 9,5% случаев роды завершились оперативно, 22,7% новорожденных родились в асфиксии. Осложненное течения анте-интранатального периода почти у каждого 10 ребенка (9,5%), привело к развитию синдрома внутричерепной гипертензии. Факторы способствующие трансмиссии инфекции от матери ребенку выявлено: (39,0%) преждевременное излитие околоплодных вод, (35,5%) слабость родовой деятельности, (24,9%) эпизиотомия случаев. В первичной реанимационной помощи нуждались (14,8%) детей, в (10,2%) возникала необходимость в проведении повторных реанимационных мероприятиях.

Показатели физического развития: синдром задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу установлено у (41,3%), анемический синдром (49,5%) и врожденные пороки развития (13,1%). В (37,0%) случаев новорожденные были маловесными.

В состоянии тяжелой асфиксии (менее 4 баллов) родились – (12,8%) детей, средней степени тяжести (20,0%) и легкой степени (61,5%).

К самым часто поражаемым органам-мишенью ВИЧ-инфекции относится нервная система.

Данный факт подтверждается тем, что частота поражения лимфоцитов составляет 1/10 000, тогда как в тканях мозга ВИЧ-инфекция поражает каждая сотая клетка.

Нарастающие клинические симптомы поражения нервной системы начинало проявляться с $4,0 \pm 1,5$ мес.

У ВИЧ-инфицированных детей 1-й группы перинатальная энцефалопатия выявлена – (85,6%), во 2-й группе у (77,4%). Каждый третий ребенок из первой группы, страдал гидроцефалией – (38,1%) и синдромом двигательных расстройств (34,5%), тогда как среди детей 2-й группы указанные заболевания выявлялись в 2 раза реже (20,0 % и 21,8% соответственно).

Однако, мышечная дистония (36,2%) и судорожный синдром (21,8%), был чаще характерен детям второй группы.

Выявлена высокая частота задержки психоречевого развития (ЗПРР), (32,7%), задержка психомоторного развития (ЗПМР) (26,3%) больных. Перинатальная ВИЧ-инфекция, существенно влияет на характеристики физического развития детей, способствуя его отставанию относительно показателей физического развития здоровых сверстников и вызывая дисгармоничность с первых месяцев жизни.

Для обследованных детей, преимущественно было характерно дисгармоничное физическое развитие – (78,5%), а гармоничное - лишь (21,5%). Дисгармоничное физическое развитие в большинстве случаев было характерно девочкам (43,1%) у мальчиков (35,4%). В показателях гармоничного развития существенной разницы у ВИЧ-инфицированных детей не отмечено (10,8%) девочек и (10,8%) мальчиков.

В процессе работы нами для индивидуальной оценки показателей физического развития был использован метод сигмальных отклонений роста и массы тела.

Принято считать, когда показатели длины и массы тела пациента укладываются в интервал средней величины $\pm 1,5$, то тогда с большей вероятностью можно говорить о том, что в 93% случаев показатель укладывается в параметры нормально развивающегося ребенка. Ведя динамическое наблюдение за показателями роста (рисунок 2), на протяжении 5 лет установлено, что средний центильный коридор между группами детей наиболее был умеренно отклонен в 2017, когда показатели роста были ближе к средним группам здоровых детей. Тогда как показатели по сигмальным отклонениям были выражены в 2016 г. Полученные результаты свидетельствует о несинхронном нарастании показателей роста у обследованных детей.

Так в 2015 г. средний центильный коридор был равен $-1,81$, с увеличением возраста ребенка анализируемый показатель несколько уплощается. Полученные результаты дают возможность оценить физическое развитие между показателями очень низкая оценка и низкая оценка. Тогда как среднее значение сигмальных отклонений было выражено в 2016 г.

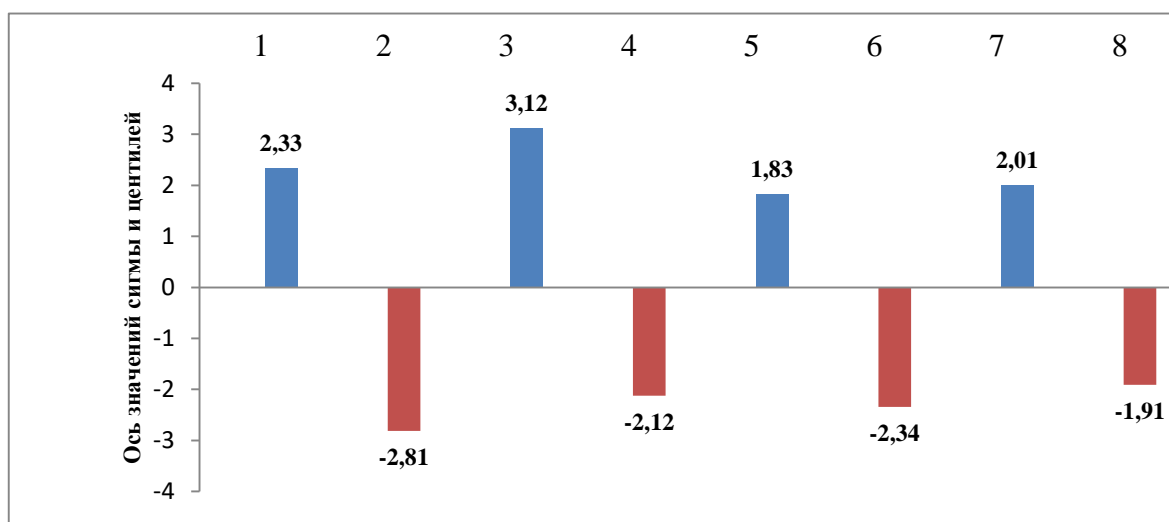


Рисунок 2. - Динамика показателей роста

Примечание: Годы наблюдения; 1 и 2 -2015; 3 и 4-2016; 5 и 6-2017; 7 и 8-2018
Средний центильный коридор 1,3,5,7; Среднее сигмальное отклонение 2,4,6,8.

Показатели по массе тела также имели своеобразную динамику изменений.

Очень низкую массу тела имели 22 (40,3%) дети 1-й группы, во 2-й группе – 9 (16,3%). По нашему мнению, основная причина была связана с характером вскармливания, практически все дети находились на искусственном вскармливании, у этих детей была отмечена плохая усвояемость, свидетельством чего были показатели копрограммы.(таблица 2)

Таблица 2.-Сравнительная характеристика массы тела детей n=110 n(%)

Оценка массы тела	1 группа n= 55	2 группа n= 55	P
Очень низкая	22 (40,3%)	9 (16,3%)	P <0,05
Низкая *	16 (29%)	3 (5,5%)	P<0,05
Ниже среднего	10 (18,1%)	13 (23,6%)	P>0,05
Средняя	7 (12,6%)	15 (27,3%)	P>0,05
Выше среднего	0	10 (18,3%)	
Высокая	0	3 (5,4%)	
Очень высокая	0	2 (3,6%)	

Примечание: P-статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса, * -по точному критерию Фишера).

Анализ оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей за последние два года показало, что в структуре бактериальные инфекции составили (40,8%).

Частота данной инфекции в 2017 г. статистически значима больше чем в 2018 г. На втором месте вирусные инфекции – (30,7%), однако частота данного класса болезней в 2018 г. было выше чем в 2017 г. (35,4% против 25,8%).

Поражение кожи атопическим дерматитом выявлено у (72,0 %) ВИЧ-инфицированных, и во 2-й группе (52,1 %) случаев. В группах обследованных детей анемия в течение первых трех лет жизни достоверно чаще регистрировалась у ВИЧ-инфицированных (57,1 %) по сравнению с ВИЧ-экспонированными детьми (34,7 %), также была высока распространенность патологии ЛОР органов 69,1% и 28,2% соответственно.

Показатель Hb между обследованными группами, где уровень Hb ниже 70 г/л, выявлено у каждого пятого ребенка (18,2%), во 2-й группе таких оказалось – 3,6%.

Показатель заболеваемости ОРВИ в анализируемых группах была практически одинаковой, однако необходимо отметить то, что пневмонией болели только ВИЧ-инфицированные (49,4%) детей.

Существуют две основные точки зрения причин повторных и столь частых респираторных заболеваний у детей с низкой резистентностью организма.

Первая - нарушение функционирования иммунной системы, проявляющееся при неблагоприятных воздействиях ВИЧ- инфекции.

Вторая - генетическая предрасположенность, также реализующаяся под воздействием неблагоприятных условий внешней среды.

Отмечено, что у ВИЧ-инфицированных детей 1-й группы (40,0%) выявлен очень низкий уровень резистентности, исходя из кратности перенесенных острых заболеваний. Статистически достоверно только у (11,4%) детей, данной группы имело место хорошая резистентность, где частота эпизодов ОРВИ не превышало 3-х раз.

Во 2-й группе напротив у (43,3%) имело место хорошая резистентность, тогда как у (10,0%) пациентов регистрируется очень низкая резистентность.

Кратность острых заболеваний особенно высока у ВИЧ-инфицированных пациентов, индекс частоты острых заболеваний составил 1гр.-1,5, а у детей 2-й группы - 0,8-1,2.

Высокие показатели индекса резистентности свидетельствовали о низком уровне сопротивляемости организма ребенка, у детей первой группы показатель ($I_r=0,63\pm 0,077$), частота ОРВИ по сравнению с детьми 2-й группы возростала в разы. Для детей второй группы больше было характерно наличие низкого показателя ($I_r= 0,38\pm 0,05$), частота эпизодов ОРВИ не превышало 5 раз в год.

Лечение детей было эффективным по установленным клинико-иммунологическим и вирусологическим критериям, это выражалось в уменьшении частоты вторичных инфекций, отсутствии прогрессирования иммунодефицита и неопределяемым значениям РНК ВИЧ-1 в плазме крови.

Основным условием назначения химиопрофилактики новорожденному является эпидемиологическая ситуация: когда ВИЧ-статус матери неизвестен, однако имела половой контакт с ВИЧ-позитивным партнером.

Через 8 часов после рождения применяли Азидотимидин (АЗТ, Ретровир, Тимазид, Зидовудин) доза препарата в сиропе составляло 2 мг/кг (что соответствует 0,2 мл/кг в сиропе). Далее - последующие 6 часов в течение 6 недель (Таблица 2)

В тех случаях, когда нет возможности назначить препарат внутрь в виде сиропа, лекарственная форма вводится в виде внутривенного раствора для инъекций из расчета 0,0015 г/кг каждые 6 часов (таблица 3).

Необходимо помнить, что коррекция дозы препарата зависит от изменения массы тела ребенка, такие замеры проводится на еженедельной основе. В тех случаях, когда имеет место перинатальная трансмиссия ВИЧ-инфекции с 6-8 недель до 1 года, возникает необходимость в проведении первичной профилактики пневмоцистной пневмонии (ПП) Триметоприм/ сульфаметоксазолом (Бисептол, Бактрим, Септрим), рабочая доза в сутки составляет по 5 мг/кг внутрь (0,125 мл/кг суспензии), продолжительность курса 3 дня в неделю.

Таблица 3. -Схема расчёта дозировки препаратов для профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции у новорожденных

Препарат	Форма выпуска	Вес ребенка	Расчет	Дозировка
Азидотимидин	Таблетки (300мг)	3 кг 800г	3,8 кг х4 мг- 2р/д	30,4 мг/сут.
АЗТ, зидовудин	Суспензия (50 мг/5мл)			
Ретровир		3,8кг х 4мг-2р/д	3мл/сут	
Ламивудин	Табл (150мг)	3кг 800 г	3,8 х 2мг-2р/д	15, 2мг/сут
Эпивир	Суспензия (10мг/1мл)	3кг 800 г		15мг/1,5мл
Невирапин	Табл 200мг)	3 кг 800 г	3,8 кг х 2мг	7,6 мг/сут
(Вирамун)	Суспензия (50мг/5мл)		3,8кг х 2мг	7,6мг/0,76мл

ВИЧ-инфекция и ограниченный доступ к питанию образуют порочный круг, составными частями данной проблемы является нарушение функции иммунной системы, высокая заболеваемость инфекцией и недостаточное питание.

Причиной всего этого является повышение потребности в питательных веществах при условии ограниченного их доступа. Длительное воздействие данного факта способствует формированию нарушения питания (дистрофии).

В процессе выполнения работы с целью стабилизации состояния ВИЧ-позитивного ребенка улучшения показателей физического, психомоторного развития и здоровья в целом, нами была разработана и внедрена комплексная многокомпонентная программа наблюдения и лечения. Данная программа была направлена на реабилитацию детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией. С целью успешности ее реализации была создана модель интегрированного подхода к нутритивной поддержке и лечебной работе.

Лечебная диета составлялась из расчета 115-125 % суточной возрастной потребности в калориях, назначаемой на протяжении всего периода наблюдения, увеличение калорийности питания осуществлялась преимущественно за счет углеводов и белков. Другим моментом было организация дополнительного приема пищи, дополнительными компонентами было включение фруктов, кисломолочных продуктов, каши адаптированных пробиотиками.

В процессе выполнения работы нами на основании данных литературы и накопленного опыта, разработаны суточные рационы питания для детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Дети данных возрастных групп имеют различные показатели роста и развития, по этой причине и потребности в питательных веществах отличительны. (таблица 4)

Таблица 4. -Режимы питания и размеры порций для ВИЧ-инфицированных детей разного возраста

Возраст	До 2 лет	До 3 лет	До 5 лет
Режим питания	3 основных приема пищи +3 перекуса или приема молока	3 основных приема пищи + 3 перекуса или приема молока	3 основных приема пищи + 2–3 перекуса или приема молока
Компоненты питания -зерновые продукты (крупы, каши), хлебобулочные изделия, картофель, рис, углеводсодержащие продукты	3–4 порции ежедневно 1 порция = ломтика (20 г) хлеба или 20–30 г картофельного пюре или 15 г зерновых хлопьев для завтрака	4–5 порций ежедневно 1 порция = 1 ломтик (40 г) хлеба или 30–60 г картофельного пюре или 15–20 г зерновых хлопьев для завтрака	5 порций ежедневно 1 порция = 1–2 ломтика (40–80 г) хлеба или 60–80 г картофеля или 20–30 г зерновых хлопьев для завтрака
Фрукты и овощи	3–4 порции ежедневно 1 порция овощей (размятых в пюре) = 30 г 1 порция фруктов (мягкой консистенции) = – 1 банан	3–5 порции ежедневно 1 порция овощей = 30–60 г 1 порция фруктов = 1 фрукт(например, одно яблоко) = 80 г	4–5 порции ежедневно 1 порция овощей = 60–80 г 1 порция фруктов = 1 большой фрукт = 100 г
Молоко, сыр, йогурт	500 мл цельного коровьего молока или детской молочной меси или эквивалентного продукта 3–4 порции ежедневно 1 порция =120–150 мл молока или 60 г йогурта или 20 г тертого сыра	350 мл цельного или олу жирного коровьего молока 3 порции ежедневно 1 порция = 150 мл молока или 80 г йогурта или 30 г тертого или нарезанного кубиками сыра	350 мл цельного или полужирного коровьего молока 2–3 порции ежедневно 1 порция = 150 мл молока или 120 г йогурта или 30–40 г сыра
Мясо или рыба или яйца или бобовые или орехи	1–2 порции ежедневно 1 порция = 20–30 фарша или мелко порубленного мяса или –1 сваренное вкрутую яйцо	1–2 порции ежедневно 1 порция = 30–40 г мелко порубленного мяса, или 1 яйцо (70 г), или 30 г бобовых	1–2 порции ежедневно 1 порция = 40–60 г мяса или рыбы или 40-60 г бобовых

Заключение

Основные полученные результаты

1. Число ВИЧ положительных беременных женщин в РТ за последние 10 лет составил 0,06%. До 2012 года основными путями передачи ВИЧ был инъекционный и не уточненный. Начиная с 2012 г. отмечается коренной перелом в эпидемиологии путей передачи ВИЧ, лидирующие позиции как путь передачи инфекции занимает половой. Так, если от общего количество инфицированных на долю полового приходилось 37,2% в 2012 г. то к концу 2018 г. данный показатель увеличился до 73,4%. Отягощенный медико-социальный, гинекологический и акушерский анамнез, возникающие морфологические изменения в плаценте приводящие к развитию фетоплацентарной недостаточности и гемодинамическим нарушениям повышают риск внутриутробной трансмиссии ВИЧ-инфекции. Проблема ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Таджикистане из года в год увеличивается, возникает необходимость проведения динамического наблюдения за течением беременности, процессом родов и их исходами. [5-А,7-А,10-А,11-А].
2. Нарушение физического развития отмечается у всех перинатально ВИЧ-инфицированных детей и характеризуется резкой дисгармоничностью, выраженным патологическим отставанием всех основных параметров, и не исключается вероятность того, что выявленные отклонения являются полиэтиологичным синдромом данного заболевания. [1-А,3-А]. Перинатальный иммунодефицит приводит к снижению резистентности организма ребенка, повышая интенсивность восприятия организмом ребенка инфекций. Среди таких детей, часто регистрируются эпизоды ОРВИ, осложненные изолированными формами бактериальной инфекции, с тенденцией к обострению и генерализации. Все эти факторы существенно влияют на качество жизни и повышают риск летального исхода. [8-А,9-А].
3. Оценивая показатели здоровья ВИЧ инфицированных новорожденных и детей раннего возраста, было установлено, что инфицирование плода и новорожденного проходит в 3 этапа: 1-й этап в процессе антинатального развития, 2-й этап- период родов, и 3-й этап- ранний неонатальный период. У (81,7%) беременность была доношенной, в (40,3%) случаев акушерский анамнез был отягощен. Патология родовой деятельности выявлено (48,9%), слабость родовой деятельности (35,5%), преждевременное излитие около плодных вод (39,0%), преждевременный разрыв плодных оболочек – (25,5%), патологическое предлежание плаценты – (6,7%). В 9,5% случаев роды завершились оперативно, 22,7% новорожденных родились в асфиксии. Синдром задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу установлено у (41,3%), анемический синдром (49,5%) и врожденные пороки развития (13,1%). В (37,0%) случаев новорожденные были маловесными. Осложненное течения анте-интранатального периода почти у каждого 10 ребенка (9,5%), привело к развитию синдрома внутричерепной гипертензии. К самым часто поражаемым органам-мишенью ВИЧ-инфекции относится нервная система. [2-А, 4-А, 6-А].
4. Показатель выживаемости ВИЧ-инфицированных детей зависело от своевременного и правильного назначения АРТ, а также от состояния питания, даже при

условии повышенной вирусной нагрузки и количества лимфоцитов CD4. У ВИЧ-позитивных детей при ограниченных ресурсах, зависящих от социальных условий, потребности в пищевых ингредиентах повышено. Адаптированная нутритивная поддержка ВИЧ-инфицированного ребенка повышает качество жизни и выживаемость детей. [6-А,9-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Расширить доступ 90% женщин, предрасположенных повышенному риску ВИЧ-инфекции включая: девушек и женщин молодого возраста к расширенным услугам по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции.
2. Проводить профилактику заболеваний, приводящих к плацентарной недостаточности, с целью снижения риска внутриутробной трансмиссии ВИЧ-инфекции.
Снижение риска трансмиссии инфекции от матери ребенку, через повышение уровня оказания антенатальной и интранатальной помощи.
3. Проведение оздоровительных мероприятий: (рациональный режим дня, полноценное питание), проведение санитарно-гигиенических мероприятий; исключение пассивного курения; закаливание ребенка (как основного метода повышения сопротивляемости организма различным инфекциям); использование адаптогенов по формированию стойкого иммунитета к болезням.
4. Ранее распознавание поражения нервной системы требует необходимости дальнейшего поиска методов своевременной диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции у детей, направленной на повышение качества жизни. Одним из важных моментов реабилитации таких больных является не только медикаментозная терапия, но и психологическая и социальная помощь.
5. Проводить профилактику хронизации заболеваний через повышение резистентности и снижение сенсбилизации организма ребенка.

Список публикации соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

- [1–А]. Давлатов Х.Б. Некоторые показатели физического развития детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией / А.В. Вохидов, М.С. Талабов // Здоровоохранение Таджикистана. -2018. -№4. -С.156-157.
- [2–А]. Давлатов Х.Б. Характеристика клинического течения бронхолегочной патологии ВИЧ-инфицированных детей / А.В. Вохидов, Р.М Нуров, Р.М Абдурахимов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. -№2. -С.26-31.
- [3–А]. Давлатов Х.Б. Особенности течения перинатального периода у ВИЧ-инфицированных беременных женщин /А.В. Вохидов // Вестник Академии медицинских наук. -2020. - №2. -С.43-48.
- [4–А]. Давлатов Х.Б. Особенности неонатальной адаптации детей от ВИЧ-инфицированных матерей /А.В.Вохидов // Здоровоохранение Таджикистана. -2020. -№4. -С.57-57.
- [5–А]. Давлатов Х.Б. Добровольное медицинское освидетельствование беременных женщин на ВИЧ /А.В.Вохидов, М.С.Талабзода// Научный журнал «Наука и инновация». -2020. - №3. -С.67-71.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

- [6–А]. Давлатов Х.Б., Некоторые показатели состояния здоровья новорожденных с перинатальным контактом ВИЧ- инфекции / А.В. Вохидов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2018 (40). - №4. -С.13-18.
- [7–А]. Давлатов Х.Б., Результаты анкетирования ВИЧ – инфицированных беременных женщин. Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан Вохидов А.В. «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний 29 июня 2019 г. г. Душанбе С.47
- [8–А]. Давлатов Х.Б. Критерии комплексной оценки состояния здоровья ВИЧ-инфицированных детей /А.В. Вохидов // Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино». -2019. -№1. -С.93-96.
- [9–А]. Давлатов Х.Б. Показатели адаптации организма ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от резистентности организма / Вохидов А.В // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2019 (42). - №2. -С.42-46.
- [10–А]. Давлатов Х.Б.,. Факторы, провоцирующие вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку. Вохидов А.В., Хусейнова М.А.// Материалы 3-й международной украинской научно-практической конференции врачей-педиатров «Проблемы питания, диагностика лечение детей с соматической патологией». (17-18 марта 2020 г. Харьков) С.71-73.
- [11–А]. Давлатов Х.Б. Охват беременных женщин добровольным медицинским освидетельствованием на ВИЧ / А.В. Вохидов // Периодически научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка». -2020. Том 12. -№1-2. -С.83-86.

Список сокращений

ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- всемирная организация здравоохранения
ВАК	- высшая аттестационная комиссия
ЗВУР	- задержка внутриутробного развития
ИБ	- иммуноблоттинг
ИР	- индекс резистентности
ИФА	- иммуноферментный анализ
ЛЖВС	- лица живущие с ВИЧ/СПИД
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
МЗ и СЗН РТ	- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
ОРВИ	- острая респираторно вирусная инфекция
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
ПЦР	- полимеразная цепная реакция
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита

**МД "ПАЖУҲИШГОҲИ ИЛМӢ ТАДҚИҚОТИИ ТИББИ
ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН"**

УДК: 616-056.716 (575.3)

ДАВЛАТОВ ХОЛМИРЗО БОБОХОНОВИЧ

**АРЗӢБИИ ВАЗӢИ САЛОМАТИИ КӢДАКОН БО ИНТИҚОЛИ
АМУДИИ СИРОЯТИ ВНМО**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии номзади илмҳои тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.08 – Тибби атфол

Душанбе-2021

Таҳқиқот дар пойгоҳи Муассисаи давлатии "Пажухишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тибии профилактикии Тоҷикистон" иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Талабзода Муҳаммадали Сайф** – доктори илмҳои тиб, дотсент, декани факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муқарризони расмӣ: **Аминов Ҳусейн Ҷумъаевич** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №1 МТД “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Абдуллаева Нодира Шомуратовна- номзади илмҳои тиб, дотсент, ходими калони илмии МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-таҳқиқотии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакон” ВТ ва ҲИА ҶТ

Муассисаи тақриздиханда: МД “Пажухишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____соли 2021 соати _____ дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038, МТД “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139; [www.tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj); +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____с. 2021 ирсол гардид

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент

Ҷамолова Р.Ҷ.

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.

Ибтидои асри XXI дар соҳаи тандурустӣ дар тамоми ҷаҳон бо афзоиши шумораи одамоне, ки гирифтори вируси норасоии масунияти одам (ВНМО) мебошанд, мушкилоти ҷиддӣ ва мубрамро пеш овард. Хулосаҳои сершумори коршиносон нишон медиҳанд, ки то аввали соли 2020, дар маҷмӯъ, дар ҷаҳон зиёда аз 40 миллион нафар сироятёфтаи ВНМО мавҷуданд. Мувофиқи маълумоти мутахассисони ТУТ ва ЮНЭЙДС, дар саросари ҷаҳон паҳншавии шумораи беморон аз 1% зиёд нест [Бабахина К.Б.2015].

Мувофиқи маълумоти мутахассисони ТУТ, аз ҷиҳати паҳншавии ВНМО минтақаҳои сараҳолӣ номусоидтарин боқӣ мондаанд: Аврупои Шарқӣ ва Осиёи Марказӣ, аз ҷумла Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ), дар кишварҳои ин минтақа тамоюли возеҳи афзоиши шумораи умумии шахсони мубталои ВНМО ба қайд гирифта мешавад. [Афони́на Л.Ю. Ворони́н Е.Е. Покровский В.В.2015, Борисова О.В. Агафонова О, В.2017].

Ин ҳама дар оянда ҳатман барои башарият мушкилоти навро эҷод месозад, то инки ба мушкилоти ВНМО/БПНМ аз дигар тараф назар карда шавад, оқибатҳои он аз нав аз нуқтаи назари аспектҳои тиббӣ-иҷтимоӣ, тиббӣ-биологӣ, демографӣ ва албатта иқтисодӣ арзёбӣ гардад. Ин ҳама бо афзоиши шумораи ВНМО-сироят-ёфтагон дар байни занони ҳомиладор ва чун натиҷаи он бо паҳншавии интиқоли амудии сироят алоқаманд мебошад. Ҳамаи ин дар умум ба афзоиши шумораи кӯдакон ва наврасони бемор оварда мерасонад, дар маҷмӯъ мушкилоти мазкур ба таҳдиди ҷомеаи ҷаҳонӣ ва рушди он оварда мерасонад.[Афони́на Л.Ю, Ворони́н Ю.А.2013, Адамян Л.В.2016, Алёхин А.Г., Блесманович А.Е. Петров Ю.А.2018].

Таҳқиқотчиёни сершумори Федератсияи Руссия нишон медиҳанд, ки дар охири даҳаи аввали асри 21, феминизатсияи эпидемияи вируси норасоии масуният ба амал омадааст, сабаби ин афзоиши гетеросексуалии сироят мебошад [Агаджанян В.С. Зотова Н.А.2014, Беляева В.В.2016].

Муҳаққиқон он нуқтаро қайд мекунад, ки аксарияти занони гирифтори ВНМО дар синни фаъоли репродуктивӣ қарор доранд (1,2% - дар синни 25-34), шумораи онҳо аз 1,5% зиёд нест ва синну солашон то 35-сола аст [Беляева В.В., Адигамов М.М.2016]. Ин лаҳза, дар натиҷа, ба афзоиши шумораи кӯдакон мусоидат мекунад, ки модаронашон аз сирояти ВНМО азият мекашанд [Афони́на Л.Ю. Ворони́н Е.Е., Фомин Ю.А. Юрин А.Г.2009]. Бешубҳа, ҳамаи ин ба афзоиши шумораи кӯдакони бемор мусоидат намуда, дар соҳаи тандурустӣ ва дар маҷмӯъ системаи идоракунии давлатӣ мушкилоти нав эҷод мекунад. Дар айни замон, шумораи ВНМО дар Федератсияи Руссия тақрибан 100 ҳазор нафарро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки дар байни онҳо беш аз 5 ҳазор кӯдакон сирояти ВНМО доранд [Афони́на Л.Ю. Ворони́н Е.Е., Фомин Ю.А. Юрин А.Г.2009]. Дар он шароите, ки пешгирии сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак гузаронида нашудааст,

имконияти сирояти амудӣ тақрибан 50% -ро ташкил медиҳад [Л. В. Адамян, В. Н. Кузьмин. Коньшева О.В.2016]. Натиҷаҳои ба дастмадаи пешгирии хатари сироятёбии кӯдакро хеле кам мекунанд. Далели ин он аст, ки дар кишварҳои, ки кори профилактикӣ дар сатҳи зарурӣ ба роҳ монда шудааст, суръати сирояти мустақими сироят аз 2% зиёд нест [Л. В. Адамян, В. Н. Кузьмин. Коньшева О.В.2016]. Натиҷаҳои дастовардҳои пешгирии хавфи сироятёбии кӯдакро хеле паст менамоянд. Далели дар кишварҳои, ки кори пешгирикунанда дар сатҳи зарурӣ ба роҳ монда шудааст, нишондиҳандаи интиқоли бевосита аз 2% ҳам зиёд нест, гувоҳи он мебошад.[Адамян Л.В.,Кузьмин В.Н. Коньшева О.В.2016]

Таҳлили натиҷаҳои назорати серо-эпидемиологии сирояти ВНМО дар Тоҷикистон нишон дод, ки солҳои охир паҳншавии ВНМО тамоюли возеҳи афзоиш дорад, асосан дар байни занони ҳомила ва одамоне, хавфи баланди гирифтورشавӣ ба ВНМО доранд.

Ҷараёни нишонаҳои клиникӣ сирояти ВНМО дар кӯдакон вобаста аз роҳи гузариш хусусиятҳои хоси худро дорад. Ҳамин тавр, ба шарте, ки роҳи сироят перинаталӣ бошад, пас тасвири клиникӣ беморӣ нисбат ба кӯдаконе, ки сирояти онҳо парентерал аст, босуръаттар идома меёбад. Хусусияти фарқкунандаи рушди босуръати тасвири клиникӣ бо шаклҳои шадиди сирояти дуумдараҷа, мушкilotи асаб ва гепатит алоқаманд аст.

Ба сатҳи паҳншавии беморӣ якчанд омилҳо таъсир мерасонанд, ба монанди: сарбории вирусӣ, марҳилаи беморӣ, шумораи лимфоситҳои CD4 дар модар ва сироятёбии ҷанин дар муҳлатҳои бармаҳали ҳомиладорӣ.

Дар мавриди кӯдакон бошад, вазъи онҳо аз ҷараёни клиникӣ, вайроншавии рушди ҷисмонӣ ва психомоторӣ ва ихтилоли асаб вобаста аст.

Аз ин рӯ, имрӯз сирояти ВНМО ва БПНМ дар маҷмӯъ дар тамоми минтақаҳои ҷаҳон, хусусан дар кишварҳои дорои иқтисоди рӯ ба тараққӣ, бешубҳа, дар сохтори нишондиҳандаҳои баланди беморӣ ва фавти кӯдакон пешсаф хоҳад буд.

Дараҷаи азхудшавии масъалаи илмӣ

Кори диссертсионӣ як пораи мавзӯи илмии Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тибии профилактикии Тоҷикистон" буда, ба проблемаи арзёбии вазъи саломатии кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори ВНМО таваллуд шудаанд, бахшида шудааст.

Ҷиғзи саломатии модарон ва кӯдакон яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлатӣ, фаъолияти Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барои дарозмуддат мебошад. Солҳои охир дар самти коҳиш додани бемориҳои сироятии кӯдакон муваффақиятҳои муайян ба даст оварда шуданд, аммо мушкilotи сирояти ВНМО дар кӯдакон, пешгирии сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак, мутобиқшавии иҷтимоии кӯдаконе, ки аз модарони ВНМО таваллуд шудаанд, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мубрам ва шадид ба шумор меравад.

Таҳлили натиҷаҳои назорати серо-эпидемиологии сирояти ВНМО дар Тоҷикистон нишон дод, ки солҳои охир паҳншавии ВНМО тамоюли возеҳи

афзоиш дорад, асосан дар байни занони ҳомила ва одамоне, хавфи баланди гирифтравӣ ба ВНМО доранд.

Тибқи маълумоти адабиёт, солҳои охир феминизатсияи ин беморӣ қайд карда шудааст (таносуби занону мардони ВНМО мусбат ба 1 январи соли 2017 1: 1.75). Ин маълумот аҳамияти фавқулоддаи омӯзиши омилҳои хавфро, ки ба давраи ҳомиладорӣ, таваллуд ва дар ниҳоят, вазъи ҳомила дар занони гирифтори ВНМО таъсир мерасонанд, муайян мекунад. Ҷоизи умумии татбиқи сирояти перинаталии ВНМО 4,8% -ро ташкил дод. Афзоиши паҳншавии сироят дар навбати худ ба афзоиши ҳомиладорӣ дар байни занони гирифтори ВНМО мусоидат мекунад.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот ҳамин аст, ки проблемаи интиқоли амудии сирояти ВНМО дар кӯдакон ҳанӯз ҳам дар манотиқи мо муҳим арзёбӣ мегардад.

Хусусиятҳои эпидемиологии сироятёбии ВНМО аз модар ба кӯдак, омилҳои тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ, ки ба занони ҳомиладори сироятёфтаи ВНМО, занони зоянда ва таваллудкарда, ба нишондиҳандаҳои саломатии кӯдакони навзод ва кӯдакони хурдсоли гирифтори ВНМО таъсир мерасонанд, нокифоя омӯхта шудаанд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши паҳншавии интиқоли амудии ВНМО, таъсири он ба ҷараёни ҳомиладорӣ, ба вазъи саломатии кӯдакони навзод ва синни бармаҳал, инчунин таҳияи модули табобат бо дастгирии ғизоӣ.

Объекти таҳқиқот: объекти таҳқиқот занони ҳомиладор ва таваллудкарда, кӯдакони навзод ва кӯдакони то 5-сола, ки дар қайди Муассисаи давлатии "Маркази мубориза бо ВНМО / БПНМ"-и шаҳри Душанбе қарор доштанд, инчунин гурӯҳи назоратии кӯдакони солими синни то 5-солаи шаҳри Душанбе қарор гирифтанд. Таҳқиқот дар давраи солҳои 2018-2020 дар пойгоҳи МД "ПИТТПТ" гузаронида шуд.

Мавзӯи таҳқиқот: омӯзиши эпидемиология, таъсири омилҳои тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ ба занони ҳомиладори ВНМО-сироятёфта, омӯзиши ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд, таъсири интиқоли амудии сирояти ВНМО ба вазъи саломатии кӯдаконе, ки аз модарони бо ВНМО - сироятёфта таваллуд шудаанд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши паҳншавии ВНМО дар занони ҳомила, омилҳои тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ, ки ба занони ҳомиладор ва занони таваллудкардаи бо ВНМО-сироятёфта таъсир мерасонанд.
2. Омӯзиши инкишофи ҷисмонӣ ва муқовимати бадани кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта.
3. Арзёбии таъсири интиқоли перинаталии ВНМО ба вазъи саломатии кӯдакони навзод ва синни бармаҳал.
4. Таҳияи модули табобат бо дастгирии ғизоӣ барои кӯдакони ВНМО-сироятёфта.

Усулҳои таҳқиқот. Дар раванди ҷамъоварии маълумот ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада, тибқи арзёбии вазъи эпидемиологии ВНМО, маълумотҳои ҳисоботи расмӣ оморӣ истифода шуданд. Маълумот оид ба беморшавӣ ва паҳншавии сирояти ВНМО аз пойгоҳҳои омории Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО / БПНМ", Муассисаи давлатии "Маркази пешгирӣ ва мубориза бо ВНМО/БПНМ" шаҳри Душанбе дастрас гардидааст. Дар ҷараёни кор таҳқиқоти асосӣ дар байни кӯдакони тариқи интиқоли амудӣ (перинаталӣ) сироятёфта гузаронида шуд.

Соҳаи таҳқиқот. Кори диссертатсионӣ тибқи шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.08 –Тибби атфол: самтҳои таҳқиқоти №1 ва №3 (омӯзиши хусусиятҳои афзоиши инкишофи ҷисмонӣ, нейрорсихикӣ, ҳолати системаҳои функционалии кӯдакон ва наврасон. Физиология ва патологияи умумии давраи навзодӣ, барвақтӣ, ва наврасӣ) мувофиқат мекунад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таълифи диссертатсия марҳила ба марҳила сурат гирифтааст. Дар марҳилаи аввал мо адабиёти ин мавзӯро омӯхтем. Сипас мавзӯ ва мақсади рисола муайян гардид. Бо назардошти хусусиятҳои таъсири вирус ба бадани инсон, мо эпидемиологияи интиқоли амудии сирояти ВНМО, таъсири он ба ҷараёни ҳомиладорӣ, ҷараёни таваллуд, ба вазъи саломатии кӯдаки навзод ва хурдсолро омӯхта, инчунин модули табобатро бо дастгирии ғизоӣ таҳия намудем.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар таҳқиқот маълумотҳои (рисолаҳои илмӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсҳо, симпозиумҳо) марбут ба ин масъала омӯхта шуд. Таҳқиқот дар солҳои 2018-2020 дар пойгоҳи Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибӣ профилактикии Тоҷикистон" гузаронида шуданд.

Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро маълумотҳои этимоднок, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводҳои илмӣ нашршуда тасдиқ мекунад. Хулосаҳо ва тавсияҳо тавассути таҳлили илмӣ натиҷаҳои омӯзиши беморон асоснок карда шудааст.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бори аввал таҳлили бисёромилӣ хусусиятҳои ҷараёни ҳомиладорӣ ва зоиши занони гирифтори ВНМО бо назардошти ҳамаи сабабҳои ба интиқоли он таъсиррасон гузаронида шуд.

Давраи ҳалқунанда дар соли 2012 бо (37,2%) дар эпидемиологияи интиқоли перинаталии сирояти ВНМО муайян карда шуд, вақте ки роҳи сироят тариқи алоқаи ҷинсӣ босуръат зиёд шуда, дар соли 2013 ба 57,5% расид.

Исбот карда шуд, ки (94,64%) занони ҳомила дар марҳилаи беаломати вирусҳомилӣ (II В) қарор доранд, ки давраи сироятёбии онҳо аз 3 сол зиёд набуд ($p < 0.001$). Заноне, ки давомнокии сироятёбиашон 5 сол ва аз он

зиёдтар буд, дар марҳилаи лимфаденопатияи музмин (II C) ва марҳилаи бемориҳои дуюмдараҷа (III A-B) қарор доштанд.

Исбот карда шуд, ки дар синни шашмоҳагӣ "нокомии патологӣ" бо сабаби декомпенсатсияи норасоии масунияти бадан рух медиҳад, ки ба инҳирофи шадиди нишондиҳандаҳои интегралӣ саломатӣ оварда мерасонад.

Паҳншавии баланди камхунӣ (94%) дар кӯдакони гирифтори ВНМО ошкор карда шуд, яъне. вируси норасоии масуният ба ҳосилшавии эритроситҳо таъсир расонида, фаъолияти ҳуҷайраҳои бунёдиро бозмедорад.

Исбот шудааст, ки вируси норасоии масуният «муқовимат» -и организмро ба таъсири омилҳои манфӣ коҳиш дода, мутобиқати суст, мавҷудияти унсурҳои зарарро муайян мекунад, ки ин ба афзоиши сатҳи беморӣ, вазнинии ҷараёни беморӣ ва дар ниҳоят коҳиш ёфтани самаранокии табобат оварда мерасонад.

Бори аввал барномаи мукаммали барқарорсозии кӯдакони гирифтори сирояти перинаталӣ ВНМО таҳия карда шудааст, ки қисми таркибии он модели дастгирии ғизоии беморон мебошад.

Аҳамияти назариявии таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола пешниҳодшуда метавонанд дар раванди таълимии донишгоҳҳои тиббӣ, дар раванди таълимии кафедраҳои тахассусии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, дар фаъолияти шӯъбаи сироятҳои кӯдакони МД "МИКЧПЧК", инчунин дар амалияи марказҳои пешгирӣ ва мубориза бо ВНМО / БПНМ, МД "Беморхонаи клиникаи бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе" ва шӯъбаи махсусгардонидашудаи МД "Беморхонаи клиникаи бемориҳои сироятии кӯдакони шаҳри Душанбе" истифода шаванд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Дар раванди гузаронидани тадқиқоти илмӣ, паҳншавии амудии сирояти ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯхта шуд. Таъсири омилҳои тиббӣ биологӣ ва иҷтимоӣ ба занони ҳомиладор ва таваллудкардаи ҳомили ВНМО арзёбӣ карда мешавад. Нишондиҳандаҳои солимии кӯдакони навзод ва кӯдакони хурдсол бо ВНМО омӯхта шуданд. Арзёбии муқовимати организми кӯдаки гирифтори ВНМО гузаронида шуда, дастгирии ғизоии ин кӯдакон пешниҳод шудааст.

Муқаррарот барои мудофия:

Оғози фаъолшавии интиқоли перинаталӣ сирояти ВНМО соли 2012 ҳисобида мешавад, ки роҳи интиқоли ҷинсии сироят аз 37,2% зиёд шуда, дар соли 2013 шиддати он то 57,5% боло рафтааст.

Аксарияти занони ҳомила (94,64%) марҳилаи беаломати ҳомилвирусӣ (II B) доштанд, ки давраи сироятёбии онҳо аз 3 сол зиёд набуд ($p < 0.001$). Барои заноне, ки давраи сироятёбии онҳо 5 сол ва аз он зиёдтар буд, дар марҳилаи (II B) – лимфаденопатияи музмин ва инчунин марҳилаи (III A-B), бо бемориҳои дуюмдараҷа қарор доштанд.

Нимаи аввали ҳаёт бо ҳолати "норасоии патологӣ" тавсиф карда шуд, ки дар натиҷаи рушди декомпенсатсияи норасоии масуният ба яқбора бад шудани нишондиҳандаҳои саломатӣ мусоидат мекунад.

Сирояти ВНМО дар кӯдакон чараёни ҳосилшавии ҳуҷайраҳои сурхи хунро тавассути таъсир расонидан ба ҳуҷайраҳои бунёдӣ бозмедорад ва ба камхунии доимӣ оварда мерасонад.

Ҳолати пеш аз патология, патология ва беморӣ, афзоиши сатҳи беморӣ, вазнинии чараён ва дар ниҳоят, коҳиш ёфтани самаранокии табобат натиҷаи коҳиши "муқовимати" бадан аз таъсири сирояти ВНМО мегардад.

Мӯътадили ҳолат, коҳиш ёфтани паҳншавии сироят, беҳбудии нишондиҳандаҳои рушди ҷисмонӣ ва психомоторӣ ва коҳиш ёфтани оризаҳои системаи асаб бевосита аз усули интегралӣ табобат бо дастгирии ғизоӣ вобаста аст.

Саҳми шахсии диссертант. Дар раванди иҷрои тадқиқот муаллиф мустақилона ва пурра ҳамаи намудҳои таҳқиқоти клиникӣ ва эпидемиологӣ ба нақша гирифташударо иҷро кардааст.

Ин раванд ташкили ҷамъоварии маълумоти ибтидоӣ, ҷамъбастанӣ, коркарди оморӣ ва таҳлилро бо баҳодиҳии минбаъда дар бар мегирад. Муаллиф бевосита дар таҳияи тарҳи таҳқиқот ҷаълона иштирок кардааст; ҷадвалҳои таҳлилий таҳия ва санҷида шудаанд. Инчунин, натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ дар асоси систематикӣ ҷамъбастан карда шудаанд.

Аз рӯи натиҷаҳои кор диссертант шахсан нашрияҳо ва маърузаҳоро барои муаррифӣ омода кардааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Маводҳои таҳқиқот дар Конгресси дуҷуми табибони Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 29 июни соли 2019), конфронси илмӣ-амалӣ «Муқовимат бо коҳиш додани таҳдидҳо ба паҳншавии муқовимати микроорганизмҳо ба доруҳои зидди микробҳо дар хӯрокворӣ» (Душанбе 18 ноябри соли 2019), дар Конгресси IX-уми педиатрҳои кишварҳои ИДМ "Кӯдакон ва ҷомеа: мушкилоти саломатӣ, рушд ва ғизо. Ташаккули саломатии кӯдакон дар шароити муосири тандурустӣ" ва Форуми III оид ба ғизо (Душанбе 10-11.11.2019), конфронси илмӣ ва амалӣ "Ғизо ва саломатии кӯдакон" (Харков 17-18 майи соли 2020) пешниҳод ва муҳокима гардидаанд.

Интишори натиҷаҳои рисолаи илмӣ. Дар асоси маводҳои рисола 11 мақолаи илмӣ ба таърифи расидааст, ки аз он ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои илмӣ, ки онҳоро Комиссияи олии аттестатсионӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои нашри натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ тавсия додааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Рисола аз муқаддима, баррасии адабиёт, мавод ва усули тадқиқот, 3 боби таҳқиқоти шахсӣ, натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва руйхати адабиёт иборат аст. Маводи рисола дар 144 саҳифаи матни компютерӣ пешниҳод карда шудааст, ки 22 ҷадвал, 25 расм ва иқтибосҳоро аз мушоҳидаҳои клиникӣ беморон дар бар мегирад. Феҳристи адабиёт ва маъхазҳо 203 номгуйро дар бар мегирад,

ки 114 номгуй ба муаллифони ватпнӣ ва кишварҳои 89 ИДМ ва 89 номгуй ба муаллифони хоричӣ таалуқ доранд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар ҳама ҳолатҳо ташҳиси норасоии масунияти одам дар асоси комиссия бо ҷалби мутахассисони асосии марказҳои мубориза бо ВНМО/ БПНМ муайян карда шудааст. Ташҳис дар асоси меъёрҳои зерин гузошта шудааст: маълумот аз собиқаи эпидемиологӣ, натиҷаҳои санҷишҳои серологӣ барои вируси норасоии масунияти одам ва маълумот оид ба таҳқиқоти вирусологӣ (РЗП барои КРН ва КДН ВНМО), натиҷаҳои таҳлили вазъи иммунологӣ. Дар асоси натиҷаҳои озмоишҳо кӯдак пас аз тасдиқи ташҳис дар қайди диспансерии Муассисаи давлатии «Маркази мубориза бо ВНМО / БПНМ-и шаҳри Душанбе» ба қайд гирифта шудааст. Раванди мушоҳида ва табобати кӯдаконе, ки дар қайди диспансерӣ меистанд, инчунин кӯдаконе, ки тамоси перинаталӣ бо сирояти ВНМО доранд, тибқи талаботи стандартҳои тасдиқнамудаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ гузаронида шудаанд.

Муоинаи динамикии клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталии кӯдакон аз рӯи стандарти ёрии тиббӣ ба кӯдакони гирифтори вируси норасоии масунияти одам ва бар асоси нишондодҳои клиникии инфиродӣ аз лаҳзаи бақайдгирӣ гузаронида шудааст.

Дар раванди тадқиқот, ки аз соли 2011 то 2020 гузаронида шуданд, арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон, аз ҷумла мониторинги динамикии маълумоти асосии антропометрӣ, арзёбии рушди ҷисмонӣ дода шуд, дар ҷараёни мушоҳида ба таҳлили маълумотҳои анамнестикӣ ва усулҳои муоинаи умумии клиникӣ диққати махсус дода шуд.

Тадқиқоти мо 110 кӯдакро фаро гирифт, ки синнашон аз 1,5 то 5 соларо ташкил медиҳад. Тақсимои кӯдакон ба гурӯҳҳо чунин буд:

Ба гурӯҳи якум- 55 кӯдаки гирифтори сирояти перинаталии ВНМО шомил буданд.

Гурӯҳи дуюмро низ –55 кӯдаки аз модарони гирифтори ВНМО таваллуд шуда, ки дар онҳо ташҳиси сирояти ВНМО ҳануз тасдиқ нашудааст ва дар қайди диспансерии Муассисаи давлатии "Маркази мубориза бо ВНМО / БПНМ-и шаҳри Душанбе" қарор доштанд, иборат буд.

Ба гуруҳи назоратии №3- 25 нафар кӯдакони солими гурӯҳҳои саломатии №1 ва 2 дохил карда шуданд.

Ба ҳар гурӯҳ 28 писар ва 27 духтар шомил буданд. Ҳама кӯдакон дар ш. Душанбе зиндагӣ мекарданд.

Маълумоти анамнестикӣ тавассути таҳлили ҳама ҳуҷҷатҳои мавҷудаи тиббӣ ба даст оварда шудааст: корти диспансерии кӯдак, таърихи беморӣ (шакли №003 / у); корти амбулатории кӯдак (шакли рақами 024), иқтибосҳо аз беморхонаҳо.

Ҳамчун асос барои арзёбии сатҳи муқовимати бадани кӯдак, маълумот дар бораи басомади гирифтورشавӣ ба СШРН дар давоми сол истифода

шудааст. Нишондиҳандаи индекси муқовимат (IR) бо формулаи зерин ҳисоб карда шудааст:

$$\text{ИМ}(\%) = \frac{\text{Шумораи беморшавӣ ба СШРН}}{\text{Шумораи моҳҳо аз оғози СШРН}} \times 100$$

ки дар он ИМ индекси муқовимат аст.

Чи қадаре ки нишондиҳандаи ИМ пасттар бошад, муқовимати бадан ҳамон қадар баландтар аст. Пас, ба шарте, ки нишондиҳандаи IR = 33-40% бошад, пас чунин натиҷа баланд арзёбӣ карда шуд; бо IR = 41-50 - паст ва бо IR = 51% ва бештар – муқовимати хело паст арзёбӣ мегардад.

Марҳилаи клиникаи патологияи мазкур мувофиқи таснифи В.И. Покровский ва диг. (2001) ва муайянкунии категорияҳои иммунологӣ тибқи таснифи CDC (1994) гузаронида шуд [23, 186]

Дараҷаи алоими захролудшавии бадан дар асоси ҳисоб кардани нишондиҳандаи ИЛЗ арзёбӣ карда шуд. Арзёбии нишондиҳандаи ИЛЗ имкон медиҳад, ки вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ ва дараҷаи хуруҷи он муайян карда шавад.

Барои ҳисоб кардани ИЛЗ, мо формулаи Я.Я. Калф-Калифро истифода кардем. (Островский В.К., 2011)

$$\text{ИЛЗ} = \frac{(4 \text{ мс.} + 3 \text{ ч.} + 2 \text{ ч.} + \text{с.}) \times (\text{х.пл.} + 1) *}{(\text{лимф.} + \text{мон.}) \times (\text{э.} + 1)}$$

ки дар он ИЛЗ - нишондиҳандаи лейкоцитии захролудшавӣ, мс-миелоситҳо, ҷ-нейтрофилҳои ҷавон, ҷ-нейтрофилҳои чубчадрой, с-нейтрофилҳои сегментядрой, ҳ-ҳучайраҳои плазматикӣ, лимф.-лимфоситҳо, мон.-моноситҳо, э-эозинофилҳо мебошанд.

Бузургии меъёрии ИЛЗ, вобаста аз синну сол, аз $0,62 \pm 0,09$ то $1 \pm 0,5$ ва ҳатто то 1-3 в.ш. ИЛЗ- $2,7-3,7 \pm 0,67$ в.ш. ба дараҷаи сабуки захролудшавӣ, $3,6-4,8 \pm 0,53$ в.ш. дараҷаи миёна, $5,8-8,5 \pm 1,4$ – дараҷаи вазнин, ИЛЗ > 8.6 в.ш. дараҷаи ниҳоят вазнинро нишон медиҳад.

Усулҳои биохимиявӣ иборат аз: муайян кардани сатҳи АсАт, АлАт, фосфатазаи ишқорӣ, сафедаи умумӣ, ва фраксияҳои билирубин, холестерин, креатинин ва мочевина. Муайян кардани консентратсияи оҳан ва глюкозаи хун дар доираи мушоҳидаи динамикӣ бо истифодаи усулҳои маъмулӣ гузаронида шуд [71].

Усулҳои серологӣ: муайян кардани маркерҳои гепатити В, С, антителаҳои хоси IgM, IgG, HCV, CMV, хламидия, токсоплазма тавассути ТИФ. Барои гузаронидани ташҳиси ТИФ -и сироятҳои дохилибатнӣ (СДБ) дастгоҳи MultiscanEX аз Teplо electroncorporation, VectoТОСНО IgM test VectoТОСНО IgG, VectoCMVIgM, VectoCMVIgG, ки онро NPO Vector Russia истифода бурда шуд.

Усулҳои молекулярӣ-генетикии: РЗП-и хун барои CMV, EBV, HCV

Усулҳои микробиологӣ (бактериологӣ): кишти пешоб, наҷосат, мундариҷа аз бинӣ, гулӯ, каналҳои гӯш ташҳиси микроскопии пешоб, наҷосат, андуда аз бинӣ, гулӯ, гӯш барои муайян кардани флораи замбуруғӣ.

Усулҳои инструменталӣ: рентгени қафаси сина, МУС-и шикам ва гурда, МУС-и мағзи сар, ЭКГ, Эхо-КГ.

Усулҳои махсуси ташхиси сирояти ВНМО (серологӣ ва молекуляр-генетикӣ) дар заминаи Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо ВНМО/БПНМ" гузаронида шуданд.

Усули арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон.

Арзёбии ҳамаҷонибаи вазъи саломатии кӯдакон аз рӯи шаш меъёри асосие, ки саломатиро муайян мекунанд, гузаронида шуд:

1. - Хусусиятҳои онтогенез;
2. - Хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ (ИФ);
3. - Хусусиятҳои инкишофи нейробиологӣ (ИНП);
4. - Хусусиятҳои муқовимати бадан;
5. - Хусусиятҳои дараҷаи захролудшавии бадани кӯдак;
6. - Мавҷуд будан ё набудани бемориҳои ҳамрадиф.

Усулҳои коркарди оморӣ таҳқиқот

Коркарди оморӣ дар компютер бо истифода аз бастаи барномавии Statistica 10 (Stat Soft Inc., ИМА) анҷом дода шуд. Дар кор барои арзишҳои мутлақ, қиматҳои миёна ва хатогии стандартӣ онҳо ($M \pm SE$), барои қиматҳои нисбӣ - таносубҳо (%) ҳисоб карда шуданд. Барои муқоисаи сершумори намунаҳои мустақили арзишҳои мутлақ, санҷиши Крускал-Уоллис, барои муқоисаи ҷуфтҳои мустақил, Манн-Уитни U-тест истифода шудааст. Барои муқоисаи арзишҳои нисбӣ, санҷиши Пирсон χ^2 , санҷиши χ^2 бо ислоҳи Йетс (агар шумораи мушоҳидаҳо дар як чашмак <10) ва усули дақиқи Фишер (агар шумораи мушоҳидаҳо дар як чашмак <5 бошад) истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Дар тамоми давраи эпидемияи вируси норасоии масунияти одам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон паҳншавии беморӣ дар байни занон 2438 ҳолатро ташкил дод. Аз инҳо дар 31,1% (758) ВНМО ҳангоми бақайдгирии ҳомиладорӣ ошкор шудаанд. Аз ин рӯ, ҳар бемори сеюм аз вируси норасоии масунияти одам ҳангоми ҳомиладорӣ огоҳ гардидааст. Занони ҳомила аз ҷумлаи гурӯҳҳои осебпазири аҳоли ба ВНМО маҳсуб мебошанд, ки ин ба афзоиши роҳи амудии сирояти ВНМО таъсири манфӣ мерасонад.

Дар маҷмӯъ, дар соли 2011- 218079 занони ҳомила дар МСР ба қайд гирифта шудаанд, ки зиёда аз (83,8%) 182937 нафари онҳо барои мавҷудияти зиддиҷисмҳо ба вируси норасоии масунияти одам муоина карда шуданд, дар 75 (0,04%) натиҷаҳои мусбӣ муайян карда шуданд.

Сол аз сол шумораи занони ҳомилаи муоинашаванда меафзояд, дар соли 2018 -303 624 занони ҳомиладор аз муоина гузаштанд, ки нисбат ба соли 2011- 1,6 маротиба зиёдтар аст. Нишондиҳандаи ҳолатҳои ошкоргардидаи ҳомиладорони ВНМО-мусбат низ дар соли 2018 нисбат ба соли 2011 се маротиба афзуда, 231 (0,07%) нафарро ташкил дод. (ҷадвали 1)

Дар марҳилаи беаломати вирусҳомилӣ (П Б)-104 (94,54%) ҳомиладорон қарор доштанд, ки дар онҳо давраи сироятбӣ - аз 3 сол зиёд набуд.

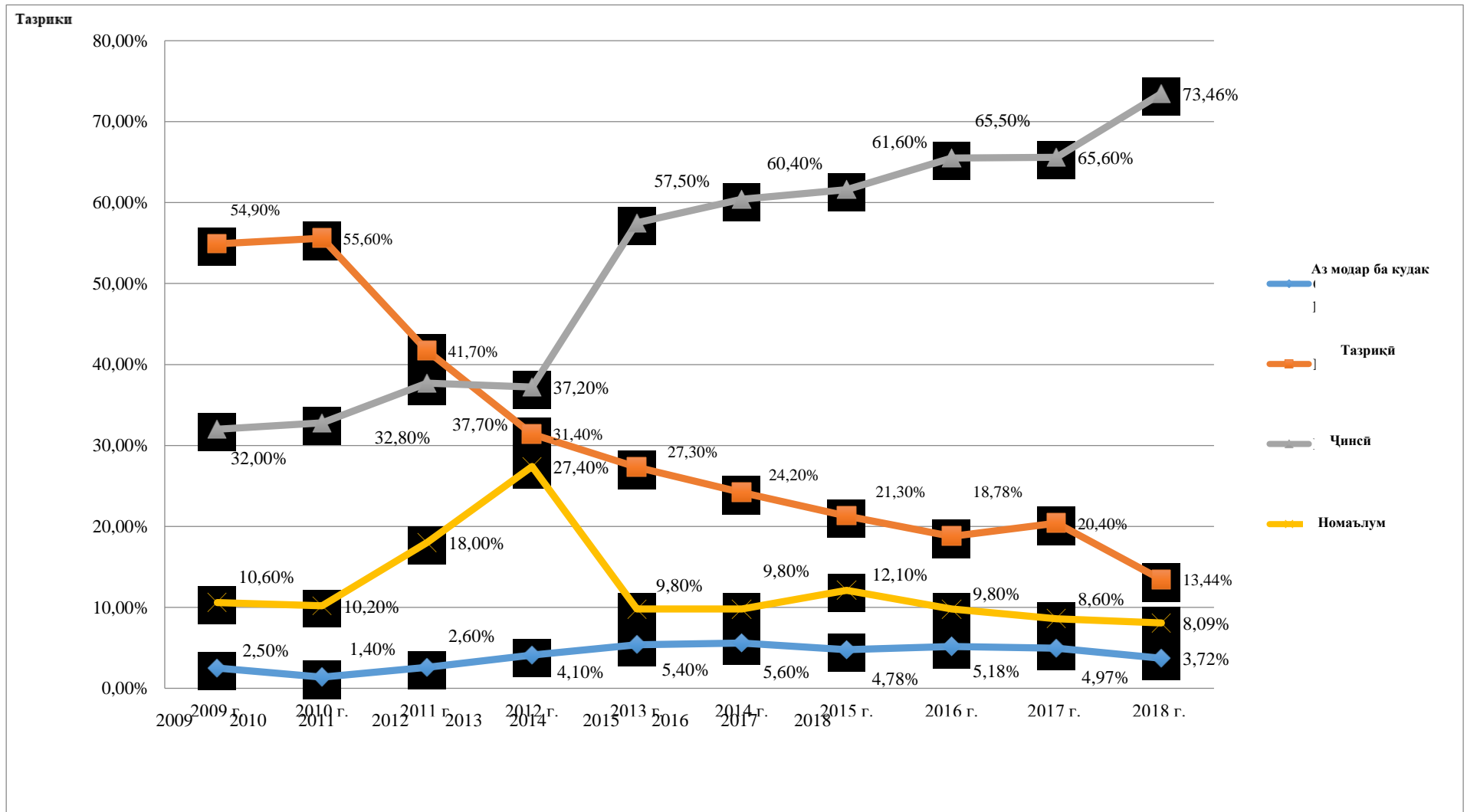
Дар байни занони гурӯҳи 1-ум, ки давомнокии сироят дар тӯли 5 сол ва аз он зиёдтар буд, марҳилаи лимфаденопатияи музмин (II B) ва марҳилаи бемориҳои дуҷумдараҷа (III A-B) хос буданд.

Ҷадвали 1. -Маълумоти мухтасар дар бораи шумораи занони ҳомилаи муоинашуда ва ҳолатҳои ошкорсозии беморӣ.

Сол	Шумораи муоинашудагон	ВНМО+ ошкор гардид	%
2011	182937	75	0,04
2015	350394	174	0,05
2016	248573	167	0,06
2017	266264	178	0,06
2018	303624	231	0,07
Ҷамағӣ	1351792	825	0,06

Роҳи зоиш асосан басомади интиқоли вируси норасоии масунияти одам аз модар ба кӯдакро муайян мекунад. Дар байни 758 занони сироятёфта, дар 56,0% ҳолатҳо таваллуд ба таври табиӣ ба поён расид, шумораи таваллудҳои фаврӣ – буриши қайсарӣ 306 ҳолатро (40,4%) ташкил дод ва танҳо 27 (3,5%) занон исқоти ҳамлро ба анҷом расониданд. Тамоюли коҳиш ёфтани шумораи таваллудҳои табиӣ ба назар мерасид, дар соли 2011 - 44 (58,7%), 2015 - 92 (52,9%), дар айни замон шумораи заноне, ки роҳи ҷарроҳии таваллудро интихоб карданд 2011 - 29 (38,1%), 2015 - 76 (43,7%), зиёд гардида, чунин тамоюл дар байни модароне, ки ҳомиладорӣ худро қатъ кардаанд: дар соли 2011 - 1 зан (1,3%), дар соли 2015 - 6 (3,4%) низ қайд карда шуд.

Оғоз аз соли 2012, тамоюли возеҳи тағйир ёфтани роҳи сироят ба назар мерасад. Роҳи интиқоли ҷинсӣ ба мадди аввал мебарояд, дар ҳоле, ки роҳи интиқоли тазриқии қаблан пешсаф ба яқбора коҳиш ёфтааст. Сатҳи баландтарини интиқоли амудии ВНМО дар соли 2015 ба қайд гирифта шудааст (5,6%), ки ин нисбат ба соли 2009 -2,2 маротиба зиёд аст. Сабаби эҳтимолии зиёдшавии он - афзоиши ҳолатҳои сирояти ҷинсӣ мебошад махсусан дар 5 соли охир, аз 37,7% дар 2012 то 73,4% дар соли 2018.



Расми 1. -Шумораи ҳодисаҳои аз нав ошкоршавии ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон вобаста аз роҳҳои интиқол (солҳои 2009-2018)

Арзёбии вазъи саломатӣ дар 110 кӯдак гузаронида шуд, ки синнашон аз давраи навзод то 5 сола буданд.

Кӯдакон ба ду гурӯҳи асосӣ тақсим карда шуданд; гуруҳи 1-ум - 55 бемор, ки сирояти ВНМО дар давраи перинаталӣ ба амал омадааст ва гуруҳи 2-юм - 55 кӯдак, ки берун аз давраи перинаталӣ сироят ёфтаанд.

Дар 9,5% ҳолатҳо таваллуд тариқи ҷарроҳӣ ба анҷом расида, 22,7% кӯдакони навзод бо асфиксия таваллуд шудаанд. Ҷараёни аворизноки давраи анте-интранаталӣ тақрибан дар ҳар 10 кӯдак (9,5%) боиси пайдоиши алоими фишорбаландии дохили косохонаи сар гардид. Омилҳои, ки ба интиқоли сироят аз модар ба кӯдак мусоидат мекунанд, муайян карда шуданд: (39,0%) ҷоришавии бармаҳали моеъи амниотикӣ, (35,5%) заифии ҷараёни зоиш, (24,9%) ҳолатҳои эпизиотомия. Ба кӯмаки ибтидоии эҳғарӣ (14,8%) кӯдакон, ва (10,2%) кӯдакон ниёз ба ҷораҳои эҳғарии такрорӣ доштанд.

Нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ: алоими боздории афзоиши дохилибатнӣ дар шакли гипотрофия (41,3%), алоими камхунӣ (49,5%) ва нуқсонҳои модарзодӣ (13,1%) ошкор гардид. Дар (37,0%) ҳолатҳо кӯдакон камвазн таваллуд шудаанд.

Дар ҳолати асфиксияи вазнин (камтар аз 4 хол) - (12,8%) кӯдакон, дараҷаи миёна - (20,0%) ва асфиксияи сабук (61,5%) кӯдакон таваллуд шудаанд.

Системаи асаб барои сирояти ВНМО яке аз узвҳои ҳадаф қарор мегирад.

Ин далел бо он шаҳодат медиҳад, ки агар басомади осеби лимфоситҳо 1/10 000 бошад, пас дар бофтаҳои мағзи сар сирояти ВНМО ба ҳар садумин ҳуҷайра таъсир мерасонад. Аломатҳои клиникӣ осеби системаи асаб аллакай аз 4-5 моҳагии кӯдак ба назар мерасиданд.

Дар кӯдакони ВНМО-сироятёфтаи гурӯҳи 1-ум: энсефалопатияи перинаталӣ - (85,4%), дар гурӯҳи 2 - (76,3%) ошкор карда шуд. Ҳар як кӯдаки сеюми гурӯҳи 1-ум гирифтори гидросефалия - (38,1%) ва алоими носомонии ҳаракат (34,5%) буданд, дар ҳоле ки дар байни кӯдакони гурӯҳи 2 ин бемориҳо мутаносибан-2 маротиба камтар (20,0% ва 21,8%) ошкор карда шуданд.

Аммо, дистонияи мушакӣ (36,2%) ва алоими ихтилоҷӣ (21,8%) дар кӯдакони гурӯҳи дуюм бештар ба назар мерасиданд.

Сатҳи баланди боздории инкишофи равонӣ-нутқӣ (БИРН)-32,7%, боздории инкишофи психоморӣ (БИПМ) -26,3% беморон ба қайд гирифта шуданд.

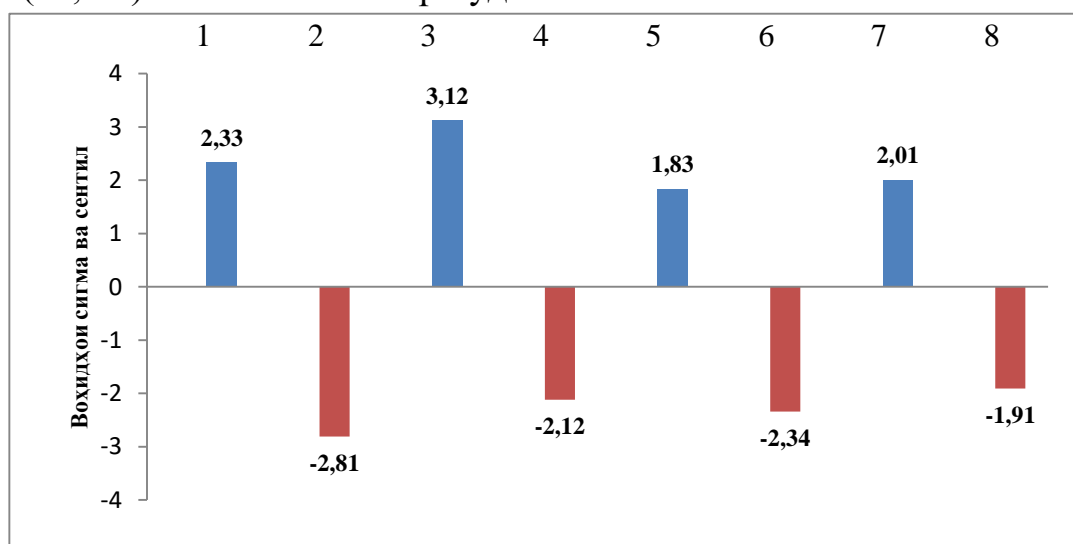
Сирояти перинаталӣ ВНМО ба хусусиятҳои инкишофи ҷисмонӣ кӯдакон ба таври назаррас таъсир расонида, дар ақибмонӣ он дар робита бо нишондиҳандаҳои рушди ҷисмонӣ ҳамсолони солим сахм мегузорад ва аз моҳҳои аввали ҳаёт дисармония ба вучуд меорад.

Барои кӯдакони муоинашуда, инкишофи ҷисмонӣ дисгармоникӣ хос буд - (78,5%) ва инкишофи дуруст - танҳо (21,5%). Рушди ҷисмонӣ диармония дар аксари ҳолатҳо барои духтарон (43,1%) ва писарон (35,4%) х

буд. Дар робита бо инкишофи дуруст, байни писарон (10,8%) ва духтарон (10,8%) фарқи ҷиддӣ вучуд надошт. Дар ҷараёни таҳқиқот барои арзёбии фардии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ усули тамоюли сигмавии қад ва вазни бадан истифода шуд. Маъмулан, агар нишондиҳандаҳои дарозӣ ва вазни бадан дар фосилаи бузургии миёнаи $\pm 1,5$ ҷойгир шавад, он вақт комилан гуфтан мумкин, ки 93% афзоиш аз руи меъёр мебошад. Мушоҳидаи динамикии нишондиҳандаҳои қад (расми 2) дар давоми 5 сол нишон дод, ки долони миёнаи сентилӣ дар байни гуруҳҳо дар соли 2017 каме тамоюл дошт, дар ҳолате, ки нишондиҳандаҳои қад ба гуруҳҳои миёнаи кӯдакони солиим наздик буд. Дар ҳолате, ки тамоюлҳои сигмалӣ дар соли 2016 аёнтар буданд. Натиҷаҳои бадастомада гувоҳи баландшавии нобаробари қади кӯдакони муоинашаванда мебошад.

Ҳамин тариқ, дар соли 2015 долони миёнаи сентилӣ ба -1,81 баробар буд, бо калоншавии кӯдак ин нишондиҳанда ҳамвортар мешавад. Натиҷаҳои бадастомада имконият медиҳанд, ки арзёбии хело паст ва арзёбии паст маълум гардад. Бузургии миёнаи тамоюлҳои сигмалӣ дар соли 2016 аён буд.

Комилан кӯдакони гуруҳи 1-ум дар 22 (40%) ҳолат қадашон хело паст ва дар 8 (14,5%) аз миёна пасттар буд.



Расми 2. – Афзоиши нишондиҳандаҳои қад

Эзоҳ: солҳои мушоҳида: 1-2-2015, 3-4-2016, 5-6-2017, 7-8-2018

Долони миёнаи сентилии 1,3,5,7: тамоюли миёнаи сигмалии 2,4,6,8.

Нишондиҳандаҳои вазни бадан низ тағйиротҳои ба худ хос доштанд.

Вазни бадани 22 (40,3%) кӯдакони гуруҳи 1-ум хеле кам буданд, дар гуруҳи дуввум бошад- 9 (16,3%) Ба андешаи мо сабаби асосӣ ба намуди ғизо алоқаманд буд, чунки тақрибан ҳамаи кӯдакон ғизои сунӣ қабул мекарданд ва онҳо дар ҳазмкунии ғизо иллат доштанд, ки инро нишондиҳандаҳои капрограмма нишон медиҳанд. (ҷадвали 2)

Ҷадвали 2.-Тавсифи муқоисавии вазни бадани кӯдакон =110 (n(%))

Арзёбии вазни бадан	Гуруҳи 1 n= 55	Гуруҳи 2 n= 55	P
Хело паст	22 (40,3%)	9 (16,3%)	P <0,05
Паст*	16 (29%)	3 (5,5%)	P <0,05
Аз миёна паст	10 (18,1%)	13 (23,6%)	P >0,05
Миёна	7 (12,6%)	15 (27,3%)	P >0,05
Аз миёна баланд	0	10 (18,3%)	
Баланд	0	3 (5,4%)	
Хело баланд	0	2 (3,6%)	

Эзоҳ: P-воҳиди омории фарқи нишондиҳандаҳо байни гуруҳҳо (бо ченаки χ^2 бо ислоҳи Йетс, * -бо ченаки аниқӣ Фишер).

Таҳлили сироятҳои оппортунистии кӯдакони гирифтори ВНМО дар ду соли охир нишон дод, ки сохтори сироятҳои бактериявӣ (40,8%) -ро ташкил медиҳад. Басомади ин сироят дар соли 2017 назар ба соли 2018 аз ҷиҳати оморӣ аҳамияти бештар дорад. Сироятҳои вирусӣ дар ҷои дуюм мебошанд (30,7%), аммо басомади ин гуруҳи бемориҳо дар соли 2018 нисбат ба соли 2017 баландтар буд (35,4% нисбат ба 25,8%).

Бемориҳои пӯст дар шакли дерматити атопикӣ дар (72,0%) беморони гирифтори ВНМО ва дар ҳолатҳои гуруҳи 2 (52,1%) ёфт шуданд. Патологияи маъмултарини хун камхунӣ буд [10, 11]. Дар гуруҳҳои кӯдакони муоинашуда, камхунӣ дар се соли аввали ҳаёт дар муқоиса бо кӯдакони гирифтори ВНМО (57,1%) ба қайд гирифта шудааст (34,7%); паҳншавии патологияи узвҳои лор низ 69,1% баланд буд ва мутаносибан 28,2% -ро ташкил дод.

Нишондиҳандаи Hb байни гуруҳҳо, ки сатҳи Hb аз 70 г / л камтар аст, дар ҳар кӯдаки панҷум (18,2%) ёфт, дар гуруҳи 2-юм бошад-3,6% -ро ташкил дод.

Сатҳи гирифторшавӣ ба СШРН дар гуруҳҳои таҳлилшуда тақрибан яксон буд, аммо бояд қайд кард, ки танҳо кӯдакони сироятёфтаи ВНМО (49,4%) пневмония доштанд. Ду нуқтаи назари асосӣ оид ба сабабҳои такроршаванда ва чунин бемориҳои зуд-зуд дар роҳи нафас дар кӯдакони дорой муқовимати бадан паст вучуд доранд.

Якум- ин ҳалалдор шудани системаи масуният аст, ки аз таъсири номатлуби сирояти ВНМО зоҳир мешавад.

Дуввум- тамоюли генетикӣ, ки он низ дар зери таъсири шароити номусоиди беруна амалӣ мешавад.

Қайд карда шуд, ки кӯдакони мубталои ВНМО-и гуруҳи 1 (40,0%) сатҳи пасти муқовимат дар асоси басомади бемориҳои шадид доштанд. Танҳо дар (11,4%) кӯдакони ин гуруҳ муқовимати хуб доштанд, ки басомади эпизодҳои СШРН аз 3 маротиба зиёд набуд. Дар гуруҳи 2, баръакс, (43,3%) муқовимати хуб доштанд, дар ҳоле ки (10,0%) беморон муқовимати хеле паст нишон

доданд.

Басомади бемориҳои шадид хусусан дар беморони гирифтори ВНМО баланд аст, индекси басомади бемориҳои шадиди гуруҳи 1-1,5 ва дар кӯдакони гуруҳи 2 - 0,8-1,2.

Нишондиҳандаҳои баланди индекси муқовимат сатҳи пасти муқовимати бадани кӯдакро нишон доданд, дар кӯдакони гуруҳи якум индикатор ($I_r = 0.63 \pm 0.077$), басомади СШРН нисбат ба кӯдакони гуруҳи дуюм ба таври назаррас афзудааст. Ба кӯдакони гуруҳи дуюм бештар мавҷудияти нишондиҳандаи паст хос буд ($I_r = 0.38 \pm 0.05$), басомади эпизодҳои СШРН дар як сол аз 5 маротиба зиёд набуд.

Табобати кӯдакон аз рӯи меъёрҳои муқарраршудаи клиникӣ, иммунологӣ ва вирусологӣ самарабахш буд, ки ин дар кам шудани басомади сироятҳои дуюмдараҷа, набудани хуруҷи норасоии масуният ва бо кам шудани КНР-и ВНМО дар зардобаи хун ифода ёфт.

Шарти асосии таъин кардани химиопротектика ба кӯдаки навзод ҳолати эпидемиологӣ мебошад: вақте ки таъхиси ВНМО-и модар номаълум нест, аммо вай бо марди ВНМО- мусбат алоқаи ҷинсӣ кардааст. Баъди 8 соати таваллуд Азидотимидин (АЗТ, Ретровир, Тимазид, Зидовудин) вояи дору дар сироп 2 мг/кг (баробари 0,2 мл/кг дар сироп). Минбаъд ҳар 6 соат дар муддати 6 ҳафта (ҷадвали 3).

Бояд дар хотир дошт, ки тағйири вояи дору аз тағйирёбии вазни бадани кӯдак вобаста аст, чунин ченкуниҳо ҳар ҳафта гузаронида мешаванд.

Дар ҳолати ҷой доштани интиқоли амудии сирояти ВНМО аз 6-8 ҳафта то 1-солагии зарурати пешгирии пневмонияи пневмосистӣ пеш меояд. Триметоприм/ сульфаметоксазол (Бисептол, Бактрим, Септрим), вояи шабонарӯзӣ-5 мг/кг нушидан (0,125 мл/кг маҳлул), дар як ҳафта-3 рӯз.

Ҷадвали 3.–Вояи маводҳои дорувории пешгирии интиқоли перинаталӣ сирояти ВНМО барои навзодон

Доруворӣ	Шакли барориш	Вазни кӯдак	Ҳисоб	Воя
Азидоти-мидин	Ҳаб (300мг) Маҳлул (50 мг/5мл)	3 кг 800г	3,8 кг х4 мг-в/к	30,4 мг/р.
АЗТ, зидовудин				
Ретровир		3,8кг х 4мг-2в/к		3мл/р
Ламивудин	Ҳаб (150мг)	3кг 800 г	3,8 х 2мг-2в/к	15, 2мг/р
Эпивир	Маҳлул (10мг/1мл)	3кг 800 г		15мг/1,5мл
Невирапин	Ҳаб 200мг) Маҳлул (50мг/5мл)	3 кг 800 г	3,8 кг х 2мг	7,6 мг/р
(Вирамун)			3,8кг х 2мг	7,6мг/0,76 мл

Сирояти ВНМО ва дастрасии маҳдуд ба ғизо як маҳдудиятро ташкил медиҳад, ки вайроншавии функцияи масунияти бадан, сатҳи баланди бемориҳои сироятӣ ва камғизоӣ мебошад. Сабаби ин ҳама зиёд шудани талабот ба маводи ғизоӣ дар ҳолати мавҷудияти маҳдуд мебошад. Таъсири дарозмуддат ба ин далел ба ташаккули камвазнӣ (дистрофия) мусоидат мекунад. Дар раванди иҷрои кор бо мақсади муътадил гардонидани ҳолати кӯдаки ВНМО-мусбат, беҳбудии инкишофи ҷисмонӣ, психомоторӣ ва умуман саломатии кӯдак мо барномаи маҷмуии серҷузъиёти назорат ва таъбиқоти таҳия намудем. Ин барнома барои барқарорсозии кӯдакони тариқи перинаталӣ ВНМО-сиоятёфта равона шудааст. Бо мақсади таъбиқи муваффақи он шакли муносибати ҳамбастаи дастгирии ғизоӣ ва кори таъбиқоти сохта шуд.

Ғизои терапевтӣ дар асоси 115-125% талабот ба синну соли ҳаррӯза ба калорияҳо, ки дар тамоми давраи мушоҳида муқаррар шудааст, таҳия карда шуд, афзоиши истеъмоли калориянокӣ асосан аз ҳисоби карбогидратҳо ва сафедаҳо амалӣ карда шуд. Нуқтаи дигар ташкили ҳӯроки иловагӣ, ҷузъҳои иловагӣ бо дохил кардани меваҳо, маҳсулоти шири бо пробиотикҳо мутобиқ кардашуда буданд. Дар раванди иҷрои таҳқиқот дар асоси маълумотҳои адабиёт ва таҷриба мо барои кӯдакони синни аз 6-моҳа то 5-сола рӯзи шабонарӯзии ғизо таҳия намудем. Кӯдакони ин синну сол нишондиҳандаҳои мухталифи афзоиш доранд, аз ин рӯ талаботашон ба маводҳои ғизоӣ фарқкунанда мебошад.

Ҷадвали 4. –Речаи ғизо ва ҳаҷми хурук барои кӯдакони синну соли гуногуни ВНМО-сироятёфта

Синну сол	То 2-сола	То 3-сола	То 5-сола
Речаи ғизо	Қабули 3-каратаи ғизо + 3 газак ё қабули шир	Қабули 3-каратаи ғизо + 3 газак ё қабули шир	Қабули 3-каратаи ғизо +2- 3 газак ё қабули шир
Ҷузъиёти ғизо – маҳсулоти донагӣ (ярма, атола), маҳсулоти нонӣ , картошка, биринҷ, маҳсулоти карбогидридӣ	3–4 ҳисса ҳаррӯза. 1 ҳисса= порай нон (20 г) ё 20–30 г картошкаи обпаз ё 15 г пустҳои ғалладона барои хуроки пагоҳӣ	4-5 ҳисса ҳаррӯза. 1 ҳисса= 1 порай нон (40 г) ё 30–60 г картошкаи обпаз ё 15-20 г пустҳои ғалладона барои хуроки пагоҳӣ	5 ҳисса ҳаррӯза. 1 ҳисса= 1-2 порай нон (40-80 г) ё 60–80 г картошкаи обпаз ё 20-30 г пустҳои ғалладона барои хуроки пагоҳӣ
Мева, сабзавот	3–4 ҳисса ҳаррӯза, 1 ҳисса сабзавот (шакли пюре) = 30 г, 1 ҳиссаи мева = – 1 банан	3–5 ҳисса ҳаррӯза. 1ҳисса сабзавот = 30-60 г, 1 ҳиссаи мева =1 мева (масалан 1 себ) = 80 г	4–5 ҳисса ҳаррӯза. 1ҳисса сабзавот = 60-80 г, 1 ҳиссаи мева =1 меваи калон = 100 г
Шир, панир, йогурт	500 мл шири гов ғизои сунъии кӯдакони баробар ба 3–4 ҳиссаи ҳаррӯза, 1ҳисса =120–150 мл шир ё 60 г йогурт ё 20 г панири куфта	350 мл шири гов, 3 ҳиссаи ҳаррӯза, 1ҳисса =150 мл шир ё 80 г йогурт ё 30 г панири куфта	350 мл шири гов, 2-3 ҳиссаи ҳаррӯза, 1ҳисса =150 мл шир ё 120 г йогурт ё 30-40 г панир
Гӯшт ё моҳӣ ё тухм ё лубиёгӣ ё чормағз	1–2 ҳиссаи ҳаррӯза, 1ҳисса= 20–30г гӯшти бурида ё –1тухми обпаз	1–2 ҳиссаи ҳаррӯза, 1ҳисса= 30-40г гӯшти бурида ё –1тухми обпаз (70 г),ё 30 г лубиёгӣ	1–2 ҳисса ҳаррӯза, 1ҳисса = 40–60 г гӯшт ё моҳӣ 40-60 г лубиёгӣ

Хулосаҳо

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Теъдоди занони ҳомилае, ки бо ВНМО сироят ёфтаанд дар 10 соли охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 0,06 % ташкил медиҳад. То соли 2012 роҳҳои асосии сирояти ВНМО ин роҳи таъриқӣ ва номаълум буданд. Шумораи кӯдакони ВНМО аз 2,6% шумораи умумии сироятёфтаҳо зиёд набуд. Аз соли 2012 инчунин дар эпидемиологияи роҳҳои сирояти ВНМО тағйироти кулӣ ба амал омадааст, ки мавқеи пешбарӣ ҳамчун роҳи интиқол-сирояти ҷинсӣ мебошад. Ҳамин тавр, агар аз шумораи умумии сироятёфтагон ҳиссаи ҷинсӣ дар соли 2012 37,2% -ро ташкил карда бошад, пас дар охири соли 2018 ин нишондиҳанда ба 73,4% афзоиш ёфт. Собиқаи вазнини тиббӣ-иҷтимоӣ, гинекологӣ ва акушерӣ, тағйирёбии морфологияи ҳамроҳак, ки боиси инкишофи норасоии фетопласентарӣ ва носомониҳои гемодинамикӣ мегардад, хавфи интиқоли дохилибатнии сирояти ВНМО-ро зиёд мекунад. Мушкилоти занони ҳомиладори ВНМО-сироятёфта дар Тоҷикистон сол аз сол меафзояд, зарурати назорати динамикии ҷараёни ҳомиладорӣ, раванди таваллуд ва натиҷаҳои онҳо ба миён меояд. [5-М,7-М,10-М,11-М].

2. Вайроншавии инкишофи ҷисмонӣ дар ҳама кӯдакони дар давраи перинаталӣ сироятёфта ба мушоҳида мерасад ва бо дисгармонияи шадид, боздории аёни патологияи ҳама ченакҳои асосӣ тавсиф карда мешавад ва истисно нест, ки тағйиротҳои муайяншуда алоими полиетиологияи ин беморӣ мебошанд. Норасоии масунияти перинаталӣ ба коҳиши муқовимати бадани кӯдак оварда мерасонад, шиддати сироятпазирии бадани кӯдак меафзояд. Дар байни чунин кӯдакон, эпизодҳои сироятҳои шадиди роҳҳои нафас аксар вақт ба қайд гирифта мешаванд, ки бо шаклҳои алоҳидаи сирояти бактериявӣ ориза меёбанд ва тамоюли авҷгирӣ ва паҳншавиро доранд. [1-М,3-М]. Ҳамаи ин омилҳо ба сифати зиндагӣ таъсири назаррас мерасонанд ва хавфи маргро зиёд мекунанд. [9-М].

3. Арзёбии нишондиҳандаҳои саломатии навзодони ВНМО-сироятёфта нишон дод, ки сироятёбии ҷанин ва навзод дар 3 марҳила мегузарад. Марҳилаи якум-дар давраи инкишофи антенаталӣ, марҳилаи дуюм-дар давраи зоиш ва марҳилаи сеюм-дар давраи бармаҳали неонаталӣ. Дар (81,7%) ҳолатҳо ҳомиладорӣ расида ва дар (40,3%) ҳолатҳо анамнези акушерӣ аворизнок буд. Патологияи фаъолияти зоиш (48,9%), заифии фаъолияти зоиш (35,5%), ҷоришавии бармаҳали моеъи амниотикӣ (39,0%), даридани бармаҳали қабати ҷанинӣ-(25,5%), ҷойгиршавии патологияи ҳамроҳак (6,7%). Дар (9,5%) ҳолатҳо зоиш тариқи ҷарроҳӣ анҷом ёфт. Дар ҳолати асфиксия 22,7% навзодон таваллуд шудаанд. Алоими қафомонии инкишофи дохилибатнӣ намуди гипотрофӣ дар 41,3%, алоими камхунӣ дар 49,5%, нуқсонҳои инкишофи модарзодӣ дар 13,1% кӯдакон ба назар расид. Дар (37%) ҳолатҳо навзодон камвазн буданд, Ҷараёни аворизноки давраи анте-интранаталӣ қариб дар ҳар 10 кӯдак (9,5%) ба алоими фишорбандии косахонаи сар оварда расонид. Системаи асаб аз ҳама зиёд осеб мебинад. [2-

М, 4-М, 6-М].

4. Нишондоди зинда мондани кӯдакони бо ВНМО-сироятёфта дар аксари ҳолатҳо бевосита аз вазъи ғизо вобаста аст, ҳатто дар сурати зиёд шудани сарбории вирусӣ ва шумораи лимфоситҳои CD4. Дар кӯдакони гирифтори ВНМО, ки вобаста ба шароити иҷтимоӣ захираҳои маҳдуд доранд, талабот ба компонентҳои хӯрок зиёд мешавад. Дастгирии мутобиқшудаи ғизоӣ барои кӯдаки ВНМО-сироятёфта сифати зиндагӣ ва зинда мондани кӯдакониро беҳтар мекунад. [6-М,9-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Васеъ намудани дастрасии 90% занони дорои хатари сирояти ВНМО, аз ҷумла: духтарон ва занони ҷавон, ба хидматҳои васеъ баҳри пешгирии то таммосии сирояти ВНМО.

2. Пешгирии бемориҳои, ки ба норасоии ҳамроҳак оварда мерасонанд, бо мақсади коҳиш додани хавфи интиқоли амудии сирояти ВНМО. Коҳиш додани хатари сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак тавассути баланд бардоштани сатҳи нигоҳубин дар давраи антенаталӣ ва интранаталӣ ҳомиладорӣ .

3. Гузаронидани чорабиниҳои солимгардонӣ (речҳои оқилонаи рӯз; ғизои хуб; гузаронидани чораҳои санитарии гигиенӣ; истисно кардани тамокукашии ғайрифаноӣ; обутобдиҳии бадани кӯдак (ҳамчун усули асосии баланд бардоштани муқовимати бадан ба сироятҳои гуногун); истифодаи адаптогенҳо барои ташаккули масунияти устувор ба бемориҳо.

4. Шинохти барвақтии иллатҳои системаи асаб ҷустуҷӯи минбаъдаи усулҳои ташхиси саривақтӣ ва пешгирии сирояти ВНМО дар кӯдакониро талаб мекунад, ки ба беҳтар кардани сифати зиндагӣ нигаронида шудаанд. Яке аз ҷанбаҳои муҳими барқарорсозии чунин беморон на танҳо таъбири доруворӣ, балки кӯмаки равонӣ ва иҷтимоӣ низ мебошад.

5. Пешгирии бемориҳои музмин тавассути коҳиш додани муқовимат ва афзоиши ҳассоснокии бадани кӯдак.

Феҳристи интишороти илмии доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1–М]. Давлатов Х.Б. Некоторые показатели физического развития детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией / А.В. Вохидов, М.С. Талабов // Здоровоохранение Таджикистана. -2018. -№4. -С.156-157.

[2–М]. Давлатов Х.Б. Характеристика клинического течения бронхолегочной патологии ВИЧ-инфицированных детей / А.В. Вохидов, Р.М Нуров, Р.М Абдурахимов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. -№2. -С.26-31.

[3–М]. Давлатов Х.Б. Особенности течения перинатального периода у ВИЧ-инфицированных беременных женщин /А.В. Вохидов // Вестник Академии медицинских наук. -2020. - №2. -С.43-48.

[4–М]. Давлатов Х.Б. Особенности неонатальной адаптации детей от ВИЧ-инфицированных матерей /А.В.Вохидов // Здоровоохранение Таджикистана. -2020. -№4. -С.57-57.

[5–М]. Давлатов Х.Б. Добровольное медицинское освидетельствование беременных женщин на ВИЧ /А.В.Вохидов, М.С.Талабзода// Научный журнал «Наука и инновация». -2020. - №3. -С.67-71.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

[6–М]. Давлатов Х.Б., Некоторые показатели состояния здоровья новорожденных с перинатальным контактом ВИЧ- инфекции / А.В. Вохидов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2018 (40). - №4. -С.13-18.

[7–М]. Давлатов Х.Б., Результаты анкетирования ВИЧ – инфицированных беременных женщин. Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан Вохидов А.В. «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний 29 июня 2019 г. г. Душанбе С.47

[8–М]. Давлатов Х.Б. Критерии комплексной оценки состояния здоровья ВИЧ-инфицированных детей /А.В. Вохидов // Евразийский медицинский научно-практический журнал «Сино». -2019. -№1. -С.93-96.

[9–М]. Давлатов Х.Б. Показатели адаптации организма ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от резистентности организма / Вохидов А.В // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2019 (42). - №2. -С.42-46.

[10–М]. Давлатов Х.Б.,. Факторы, провоцирующие вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку. Вохидов А.В., Хусейнова М.А.// Материалы 3-й международной украинской научно-практической конференции врачей-педиатров «Проблемы питания, диагностика лечение детей с соматической патологией». (17-18 марта 2020 г. Харьков) С.71-73.

[11–М]. Давлатов Х.Б. Охват беременных женщин добровольным медицинским освидетельствованием на ВИЧ / А.В. Вохидов // Периодически научно-практический медицинский журнал «Здоровье матери и ребенка». -2020. Том 12. -№1-2. -С.83-86.

Феҳристи ихтисораҳо

ВНМО	- Вируси норасоии масунияти одам
ТУТ	- Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
КОА	- Комиссияи олии аттестатсионӣ
БИДБ	- боздории инкишофи дохилибатнӣ
ИБ	- иммуноблотинг
ИМ	- индекси муқовимат
ТИФ	- таҳлили иммуноферментӣ
НЛЗ	- нишондиҳандаи лейкоцитии захролудшавӣ
ВТ ва ҲИА ҚТ	- Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон
СШРН	- сирояти шадиди роҳҳои нафас
КАТС	- кумаки аввалияи тиббию санитарӣ
РЗП	- реаксияи занҷири полимеразӣ
БПНМ	- бемории пайдошудаи норасоии масуният

АННОТАЦИЯ

Давлатов Холмирзо Бобохонович. Оценка состояния здоровья детей при вертикальной трансмиссии ВИЧ - инфекции

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, дети, новорожденные, вертикальная трансмиссия, нутритивная поддержка.

Цель исследования. Изучение частоты распространения ВИЧ у беременных, влияние вертикальной трансмиссии вируса на течение беременности, родов, состояние здоровья новорожденного и детей раннего возраста, а также разработка модуля лечения с нутритивной поддержкой.

Методы исследования и использованная аппаратура. Проводилось эпидемиологический анализ случаев рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей. В процессе исследования была дана комплексная оценка состояния здоровья детей, включающий динамический мониторинг основных антропометрических данных, произведена оценка физического развития, в процессе наблюдения особое внимание уделялось анализу анамнестических данных и общеклиническим методам обследования.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Таджикистан проведен многофакторный анализ особенностей течения беременности и родов у женщин с ВИЧ-инфекцией с учетом всех причин, влияющих на ее передачу.

Доказано, что вирус иммунодефицита снижает резистентность организма к воздействию негативных факторов, определяя плохую адаптацию, наличие элементов повреждения: - предпатология, патология и болезнь, повышая показатели заболеваемости, тяжесть течения и наконец снижение эффективности лечения.

Впервые разработана комплексная программа реабилитации детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, где составной частью является созданная модель интегрированного подхода к нутритивной поддержке.

Рекомендации по использованию. Полученные результаты диктуют необходимость проведения эпидемиологических мероприятий по выявлению и мониторингу ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Проводить профилактику заболеваний, приводящих к плацентарной недостаточности, с целью снижения риска внутриутробной трансмиссии ВИЧ-инфекции. Снижение риска трансмиссии инфекции от матери ребенку, через повышение уровня оказания антенатальной и интранатальной помощи.

Область применения. Педиатрия. Инфекционные болезни. Акушерство-гинекология. Эпидемиология.

АННОТАТСИЯ

Давлатов Холмирзо Бобохонович. Арзёбии вазъи саломатии кӯдакон бо интиқоли амудии сирояти ВНМО

Калидвожаҳо: Сирояти ВНМО, ҳомиладорӣ, кӯдакон, навзодон, интиқоли амудӣ, дастгирии ғизоӣ.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши паҳншави ВНМО дар ҳомиладорон, таъсири интиқоли амудии вирус ба ҷараёни ҳомиладорӣ, вазъи саломатии кӯдакони навзод ва синни бармаҳал, инчунин таҳияи модули табобат бо дастгирии ғизоӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва дастгоҳи истифодашуда. Таҳлили эпидемиологии ҳодисаҳои таваллуди кӯдакон аз модарони бо ВНМО-сироятёфта гузаронида шуд. Дар раванди таҳқиқот баҳои комплекси ҳолати саломатии кӯдакон, бо дарбаргирии мониторинги динамикии маълумотҳои асосии антропометрӣ дода шуд. Баҳои инкишофи физикии кӯдаконро гузаронида, дар раванди назорат ба таҳлили маълумотҳои собиқавӣ ва усулҳои умумиклиникии омӯзиш аҳамияти махсус дода шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағони онҳо. Бори нахуст дар ҚТ омӯзиши бисёромиллаи хусусиятҳои равиши ҳомиладорӣ ва зоиш дар заводи бо ВНМО-сироятёфта бо қайди ҳамаи сабабҳои ба интиқоли он таъсиррасонанда гузаронида шуд. Исбот карда шуд, ки вируси норасоии масунят резистентнокии организмро ба таъсири омилҳои манфӣ паст менамояд ва мутобиқшавии бадро маълум намуда, ҳузури элементҳои маҷруҳ: -ҳолатҳои пешбеморӣ ва беморӣ бо ин нишондоди касалиётро баланд мекунад, равиши бемориро вазнин ва дар анҷом натиҷаи табобатро паст мекунад,

Бори аввал барномаи маҷмуии барқарорсозии саломатии кӯдакон, ки дар давраи перинаталӣ бо ВНМО-сироят ёфтаанд, коркард карда шуд ва қисми асосии он модели нави ҳамгирӣ бо дастгирии ғизоӣ мебошад.

Тавсияҳо барои истифода. Натиҷаҳои бадастомада барои гузаронидани ҷорабиниҳои воғиршиносӣ баҳри пайдо намудан ва мониторинги заводи бо ВНМО-сироятёфта имкон медиҳад. Барои гузаронидаи пешгирии беморӣ, ки ба норасоии платсентарӣ меоранд бо мақсади паст намудани хавфи гузариши дохилибатни сирояти ВНМО зарур аст. Инчунин барои паст кардани хавфи гузариши сироят аз модар ба кӯдак таввасути баланд намудани сатҳи ёрии антенаталӣ ва интранаталӣ тавсия мешавад.

Соҳаи татбиқ. Тибби афғол. Беморҳои сироятӣ. Момодоягӣ. Воғиршиносӣ.

ANNOTATION

Davlatov Kholmirzo Bobokhonovich. Assessment of the health of children with vertical transmission of HIV - infection

Key words: HIV infection, pregnancy, children, newborns, vertical transmission, nutritional support.

Purpose of the study. Study of the frequency of HIV propagation in pregnant women, the effect of the vertical transmission of the virus during pregnancy, childbirth, the state of health of newborns and children of early age, as well as the development of the treatment module with nutritional support.

Research methods and used equipment. Epidemiological analysis of cases of birth of children from HIV-infected mothers was carried out. In the process of the study, a comprehensive assessment of the health of children was given, including dynamic monitoring of the main anthropometric data, an assessment of physical development was made, in the process of observation, special attention was paid to the analysis of the anamnestic data and generalization methods of the survey.

The results obtained and their novelty. For the first time in the Republic of Tajikistan, a multifactorial analysis of the peculiarities of the course of pregnancy and childbirth in women with HIV infection, taking into account all the reasons affecting its transmission.

It has been proven that the immunodeficiency virus reduces the body's resistance to the effects of negative factors, determining poor adaptation, the presence of damaged items: - before pathology, pathology, and illness, increasing the incidence of the incidence, the severity of the flow, and finally reducing the effectiveness of treatment. For the first time, a comprehensive program of rehabilitation of children with perinatal HIV infection was developed, where an integral part is the created model of an integrated approach to nutritional support.

Recommendations for use. The results obtained dictate the need to conduct epidemiological measures to identify and monitor HIV-infected pregnant women. To carry out the prevention of diseases leading to placental insufficiency in order to reduce the risk of intrauterine transmission of HIV infection. Reducing the risk of transmission of infection from mother to child through an increase in the level of provision of antenatal and intrapartum care.

Application area. Pediatrics. Infectious diseases. Obstetrics. Epidemiology.

