

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.053.2

МАМАДЖАНОВА ГУЛЬНОРА СИДИКЖАНОВНА

**ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИММУННЫЙ СТАТУС У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

по специальности 14.01.08-Педиатрия

Душанбе -2021

Работа выполнена на кафедре детских болезней №1 ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Научные консультанты:

Яцык Галина Викторовна

академик РАМН, заслуженный деятель науки,
доктор медицинских наук, профессор

Тишкова Фарида Хаматгалиевна

доктор биологических наук, профессор
зав. вирусологической лабораторией
Научно-исследовательского института
профилактической медицины РТ.

Официальные оппоненты:

Олимова Клавдия Сергеевна - доктор
медицинских наук, профессор, директор
медицинского центра ООО «Зангула»

Джураев Мухаммед Наврузович - доктор
медицинских наук, заведующий кафедрой
аллергологии и иммунологии ГОУ ИПО в
СЗ РТ

Одиназода Азиз Абдусаттор - доктор
медицинских наук, доцент генеральный
директор ГУ «Республиканского научного
центра крови» МЗ СЗН РТ

Оппонирующая организация: Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2021г. в _____ часов на заседании
диссертационного совета 6D. КОА –038 при ГОУ «Таджикском государственном медицинском
университете им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр.
Рудаки, 139, www.tajmedun.tj+992918724088

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

Автореферат разослан « ____ » _____ 2021

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент

Джамолова Р. Дж.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.

Одной из наиболее представительных групп детского населения, требующих пристального внимания педиатров, являются часто болеющие дети (ЧБД) [Альбицкий В.Ю. 1986, Чупак Э.Л. 2018, Y.Zou 2012]. Термин «часто болеющие дети» появился в медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века, обозначая группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем у их сверстников, уровнем заболеваемости. Несмотря на то, что группа ЧБД описана ещё в 1986 году В.Ю.Альбицким и А.А.Барановым, до настоящего времени она представляет большую проблему в педиатрии, как в плане правильной диагностики, так и в плане адекватной терапии. Для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций, их затяжной характер, используется термин «часто и длительно болеющие дети» [Свистушкин В.М. 2014, Коленова И.Е. 2015, Романцов М.Г.2016]. В зарубежной литературе используется термин «пациенты с рекуррентными (recurrence-повторный) респираторными инфекциями» (РРИ) [Adrian Trenholm 2016, N.Farshad 2018]. Так в Великобритании, США к группе детей с РРИ относят пациентов, у которых ОРЗ повторяются в течении года более 8 раз [Гиниятова З.М. 2018, Pruikkonen H.2008].

Задача состоит в правильном и своевременном выявлении в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения часто болеющих детей в сочетании с сопутствующими заболеваниями и без таковых. В решении данной задачи необходим опрос, полное клиническое обследование ребёнка и дополнительное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, а также своевременные консультации узких специалистов. По данным ВОЗ ежегодно вирусной инфекцией болеют каждый третий житель планеты. Около 90% этих инфекций поражают верхние дыхательные пути, лимфоэпителиальное кольцо, вызывают воспаление среднего уха, придаточных пазух, в 20–30% случаев осложняются пневмонией либо обострением хронических заболеваний, аллергическими состояниями [Боярская Л.Н. 2011, Гаращенко Т.И. 2011, Rodrigues L. 2011].

Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей России и СНГ отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-5 случаев в год, а среди подростков - не превышает 2-4 заболеваний на протяжении года [Старцева С.Е. 2015], Авезова Г.С. 2017, Bugin S. 2012]. Следует отметить, что аналогичная ситуация констатирована и в Республике Таджикистан [Умарова З.К. 2016].

Частые заболевания способствуют угнетению различных звеньев иммунной системы. Поэтому иммунологический статус ЧБД характеризуется выраженным снижением уровня

большинства показателей иммунитета и факторов неспецифической защиты [Нагаева Т.А. 2018, Сарбасова Ж.О. 2018, Jesenak M. 2012, Leiva L.E. 2013].

Весьма актуальным является вопрос о проведении профилактических прививок ЧБД [O'Reilly K.M. 2012]. У них, как правило, нарушен календарь прививок, так как эти дети часто страдают заболеваниями, которые не входят в перечень абсолютных противопоказаний, но часто являются основанием для медицинских отводов на длительное время во избежание возникновения поствакцинальных реакций и осложнений. Это препятствует выполнению Национальной программы иммунизации в Республике Таджикистан [Приказ №21; 2008 г. МЗ СЗН РТ]. Отстранение их от прививок значительно увеличивает не иммунную прослойку и способствует росту и более тяжелому течению таких инфекционных заболеваний, как гепатит, корь, краснуха, дифтерия и др., тем самым заставляет обратить внимание на проблему вакцинопрофилактики часто болеющих детей (ЧБД) [Костинов М.П. 2015, Нагаева Т.А. 2018, Silbert T. 2017].

Степень изученности научной задачи. Интерес к проблеме часто болеющих детей напрямую связан с повсеместным ростом заболеваемости и его распространенности во всем мире, в том числе и в Таджикистане, как в городе, так и в сельской местности. Вопрос своевременного выявления факторов риска, способствующих развитию заболеваемости часто болеющих детей и его клиническая оценка возникновения является актуальным, который будет иметь важное научно-практическое значение. Недостаточно изученным является влияния изменения иммунной системы на течение заболевания часто болеющих детей. Показатели клеточного и гуморального иммунитета позволяют выявить дисбаланс в функционировании различных звеньев иммунитета, которые способствуют дальнейшей хронизации соматической патологии и нарушению качества жизни ребёнка.

Единственным способом снижения заболеваемости инфекциями, управляемыми вакцинацией и предотвращение развития эпидемии на современном этапе является 95% охват населения профилактическими прививками. Это означает, что вакцинации подлежат не только здоровые, но и страдающие различными заболеваниями дети. Специфическая профилактика часто болеющих детей является актуальной задачей особенно в группах риска. Не все иммунизированные часто болеющие дети вырабатывают протективный уровень специфических антител. Остаётся недостаточно изученным поствакцинальный иммунитет у часто болеющих детей.

Большое количество работ посвящены часто болеющим детям, но факторы риска, клинические проявления, иммунный статус, влияние вакцинации, и характер формирования

специфического иммунитета ЧБД не достаточно исследованы. Изложенное выше свидетельствует о том, что изучение данных вопросов актуально.

Теоретические и методологические основы исследования. Оценка распространенности проводилась нами по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра. Обследование проводилось круглый год в три этапа, на основании анализа анамнеза жизни, по данным первично-отчетной медицинской документации и анкетирования родителей, методом обращаемости и целевого медицинского осмотра.

Иммунологические исследования проводили методом определения количества популяций лимфоцитов в периферической крови, в соответствии с современной классификацией проводили путем идентификации CD – молекул, экспрессированных на мембране клеток методом непрямой иммунофлюоресценции.

Формирование специфического иммунитета часто болеющих детей на вакцинацию против гепатита «В», дифтерии, к кори и краснухи определялись путём серологического исследования с использованием тестов MurexAnti-HBc (total)-для определения антител класса IgG. Для тестирования IgG антител к кори, IgG антител к краснухи адаптированы и репродуцированы на культурах человеческих диплоидных клеток.

Использовали метод «Реакция нейтрализации в культуре клеток Vero» для определения специфического иммунитета к дифтерии.

Общая характеристика работы

Цель исследования: изучить влияние профилактических прививок на клинико-иммунологическое течение заболеваний у часто болеющих детей города и села Республики Таджикистан, их распространенность и факторы риска.

Объект исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 600 часто болеющих детей в возрасте от 1 месяцев до 16 лет, обратившихся в городские, сельские центры здоровья и выявленные путем целевого медицинского осмотра. Контрольная группа составит 150 практически здоровых детей. Иммунный статус у 68 ЧБД и контрольная группа 20 детей. Качество жизни- 60 ЧБД и контрольная группа-20 детей. Влияние вакцинации нами определялось 566 часто болеющим детям. Из них 286 без и 280 детям после проведенной предварительной подготовки. Для оценки иммуногенности вакцины против гепатита «В» и определения напряженности поствакцинального иммунитета -80 часто болеющим детям города и 86 села, 70 детям контрольной группы. Определение напряженности поствакцинального иммунитета против дифтерии у 50 практически здоровых и 92 часто болеющих детей вакцинированных пентавалентной вакциной, в 16-23 месяца после

ревакцинации АКДС, в 6 лет после ревакцинации АДС. Для тестирования IgG антител к кори, IgG антител к краснухи -146 часто болеющим детям города и 142 детям села.

Предмет исследования. Предметом исследования было влияние профилактических прививок на клиническое течение заболеваний, иммунологический статус у часто болеющих детей города и села Республики Таджикистан.

Задачи исследования:

1. Изучить распространённость, факторы риска, клиническое течение соматических заболеваний и лечение часто болеющих детей в Республике Таджикистан по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра детей города и села.
2. Изучить некоторые параметры иммунного статуса часто болеющих детей.
3. Оценить качество жизни часто болеющих детей.
4. Определить влияние вакцинации на состояние здоровья часто болеющих детей, особенности течения вакцинального процесса и его исход.
5. Оценить динамику формирования поствакцинального специфического иммунитета у часто болеющих детей.

Методы исследования.

1. Проведена выкопировка первичной медицинской документации (ф.112\у, ф. 26)
2. Использованы анамнестические, клинические, лабораторные, (общие анализы крови, мочи и кал и кал на я\глист), бактериологические (посев из носа и зева, крови, мочи, кала) исследования.
3. определены клеточный и гуморальный иммунитет у ЧБД
4. Определены критерии качества жизни, как у здоровых, так и у ЧБД.
5. Инструментальные (ЭКГ, УЗИ органов и систем, Р-графия грудной клетки) по показаниям
6. Проведены серологические исследования: реакция нейтрализации (РН) и иммуноферментный анализ (ИФА) для определения специфического поствакцинального иммунитета.
7. Статистический анализ проводили на ПК с помощью прикладной программы «Statistics 6 "0"».

Область исследования Диссертационная работа выполнена в соответствии с Паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан (РТ) по специальности 14.01.08- Педиатрия.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель

диссертации. Учитывалась распространённость, факторы риска, влияние профилактических прививок на течение соматических заболеваний и иммунный статус у часто болеющих детей города и села, а так же выявление поствакцинальных реакций и выработку специфического иммунитета.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о данной патологии у часто болеющих детей, находившихся под наблюдением в течение 12 лет (с 2000 по 2012 годы) на амбулаторном и стационарном лечении в городских и сельских центрах здоровья, городском медицинском центре.

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.

Научная новизна. Изучена распространённость часто болеющих детей по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра в Республике Таджикистан.

Выявлено, что на селе число часто болеющих детей больше, чем в городе.

Определено влияние эндогенных и экзогенных факторов риска, способствующих возникновению и рецидивированию заболеваний у часто болеющих детей преимущественно со средне-тяжёлой и тяжёлой степенью.

Выявлено снижение иммунного статуса у ЧБД и достоверно доказано, что после проведенной иммунокорректирующей терапии и вакцинации он повышается.

Определены особенности КЖ часто болеющих детей во взаимосвязи с тяжестью заболевания, возрастом пациента и наличием сопутствующей патологии. Установлено, что у детей и их родителей показатели качества жизни до лечения были низкие, которые после проведённой терапевтической коррекции достоверно повысились.

По результатам исследования преимущественное число ЧБД перенесли вакцинацию относительно удовлетворительно с минимальными побочными реакциями. Разработанный алгоритм отражает эффективность предварительной подготовки к вакцинации с улучшением прогноза у ЧБД.

Установлено, что у ЧБД города и села формируется специфический иммунитет на введение вакцин, но сравнительно ниже, чем у детей контрольной группы. Вакцинации ЧБД не противопоказаны, но необходимо их проводить в интеркуррентном периоде, на фоне предварительной подготовки.

Теоретическая значимость исследования. Значимость исследовательской работы заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов, практическими врачами.

Практическая значимость. Полученные результаты по эпидемиологии часто болеющих детей по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра позволят определить распространённость их и разработать комплекс мер по улучшению организации практической помощи детям.

Выявленные факторы риска помогут в проведении профилактических мероприятий частых заболеваний у детей, а также повысить их качество жизни.

Изучены клинико-иммунологические особенности заболеваний у часто болеющих детей и предложено введение в лечение ОРЗ препаратов рекомбинантного интерферона - СС2в .

Обоснована целесообразность проведения предварительной подготовки часто болеющим детям перед вакцинацией с целью понизить частоту поствакцинальных реакций.

Изучена динамика иммунологических сдвигов у часто болеющих детей и предложены дополнительные схемы вакцинации на введение вакцин.

Формирование специфического иммунитета на пентавалентную и краснушно-коревую вакцину у часто болеющих детей указывает на защищённость от инфекций (корь, краснуха, вирусный гепатит «В», дифтерия).

Положения, выносимые на защиту.

- Распространённость ЧБД в городе и на селе Республики Таджикистан.
- Медико-социальные факторы риска способствуют формированию группы ЧБД.
- Выявленные клинические особенности течения заболеваний ЧБД связаны с особенностями клеточного и гуморального звена иммунитета,
- Высокий процент побочных реакций на вакцинацию краснушно-коревой и пентавалентной вакцинами определяет целесообразность проведения предварительной подготовки.
- Определение у ЧБД степени сероконверсии на вакцинацию против вирусного гепатита «В», кори, краснухи, дифтерии дает основание к проведению иммунокоррекции.
- У ЧБД на введение вакцин формируется специфический иммунитет, но он ниже, чем у здоровых детей.
- Предварительная подготовка и проведение иммунизации, соответственно календарю профилактических прививок, способствуют формированию поствакцинального иммунитета.

Личный вклад диссертанта. Автором проведён сбор диссертационного материала, анализ и обзор литературы по теме, осуществлен сбор и систематизация первичных клинических данных ретроспективного этапа и стационарного обследования с динамическим наблюдением и лечением, проведение основной части клинического обследования, статистическая обработка материала отбор детей с формированием анализируемых групп, обработка и интерпретация полученных результатов. Общие лабораторные исследования проведены в лабораториях городского медицинского центра, городских и сельских центрах здоровья, иммунологические исследования в Национальном диагностическом центре под руководством зав. лабораторией иммунологии Рахимовой Т.П. Определение специфического, поствакцинального иммунитета проводилось в лабораториях Таджикского института профилактической медицины под руководством зав. лаборатории вирусологии д.б.н., профессор Тишковой Ф.М.

Апробация работы и информация об использовании её результатов. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены: на 63-ой годичной научно-практической конференции «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» с международным участием, 2014 г., Душанбе; 65-ой научно-практической конференция ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Душанбе 2015, 66-ой годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им.Абуали ибни Сино «Внедрение достижений современной науки в медицину». Душанбе 2016г; на 67-ой годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета им.Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века Взгляд в будущее»; на VI-съезде Акушер-гинекологов и педиатров Душанбе 2017 и 2018г.г; IX Конгрессе педиатров стран СНГ Душанбе 2019; на ежегодной научно – практической конференции в ГОУ ТГМУ посвящённая 80-летию университета 2019г. и в 2020 г.; на заседании кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе 2020, прот. № 3), на заседании межкафедральной экспертной проблемной комиссии по акушерству, гинекологии и педиатрии ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино (Душанбе 10.11.2020г. прот. № 51).

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 50 печатных работ, в том числе – 29 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 214 страницах компьютерного текста, состоит из: введения, обзора литературы, главы материала и методов исследования, 5 глав результатов собственных исследований, обсуждение полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Диссертация иллюстрирована 56 таблицами и 22 рисунками. Список литературы включает 252 источников, из них 121 на русском и 131 на английском языке.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика обследованных лиц и методы исследования

Ретроспективное исследование					
600 часто болеющих детей		150 детей контрольная группа			
263 детей города (мальчиков -131; девочек-132)		(практически здоровые дети)			
337 детей села (мальчиков-151; девочек -186)		71 -мальчиков, 79 девочек			
		75 детей города и 75 детей села			
По возрасту					
0-3 года 240 детей		4-7 лет 220 детей		8-16 лет 140 детей	
По степени тяжести					
легкая степень n=300		средней тяжести n=200 детей		тяжелой степени n=100	
Структура заболевания часто болеющих детей					
хр. заб лор- органов -127	бронхиты- 114	пневмонии- 52	ФНЖКТ- 122	аллергич. забол-ния- 96	сочетанная патология-89
Вакцинация часто болеющих детей города и села					
пентавалентная 146 город 140 село		АКДС 130- город 120- село		АДС 100- город 110- село	
краснушно-коревая 146-город 140- село					
Перспективное исследование			Качественное исследование		
Иммунный статус ЧБД-68			Качество жизни- 60 ЧБД контрольная группа-20 детей		
Специфический иммунитет					
гепатит "В"		краснушно-коревая		дифтерия	
город n=80	село n=86	город n=217	село n=205	92	
Методы исследования					

Тест Murex Anti-HBc (total) -для определения антител класс Ig G к гепатиту "В"	Реакция нейтрализации в культуре клеток "Vero" для определения специфического иммунитета к дифтерии	Серологический методы ИФА для определения специфического иммунитета к кори и краснухи
--	---	---

Рисунок 1.- Дизайн диссертации

Критериями включения в число часто болеющих детей были те дети, которые болели острой респираторной инфекцией 4 и более раз в году до 1 года; 6 и более от 1 года до 3 лет; 5 и более раз в году в возрасте от 3-6 лет и старше 6 лет 4 и более раз в году, бронхитами, пневмониями, функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, аллергическими заболеваниями, хроническими заболеваниями лор-органов (тонзиллит, ринит, назофарингит, отит) и сочетанной патологией (пневмонии, хронический тонзиллит и др.).

Критериями исключения из группы ЧБД служили выявленные стойкие врождённые или приобретенные органические состояния, а для определения КЖ критериями исключения являлись психические расстройства и интеллектуальная недостаточность ЧБД.

Методы исследования

Контингент ЧБД формировался методом отбора по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра, результаты которых позволяли целенаправленно проводить организационно методическую и лечебно- профилактическую работу.

Оценка распространённости проводилась нами по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра детей города и села. Осуществлён ретроспективный анализ историй развития ребёнка (ф. № 112, ф. № 26, ф.63, ф.30), историй болезни ребёнка, истории родов, анкетирования родителей и заполнялась ранее разработанная специальная карта обследования здоровых и больных детей. Клинико-анамнестические методы обследования включали клиническое наблюдение, общие анализы крови, мочи, кала, кал на я/глист. Бактериологическое исследование (посев крови, мочи, кала и мазки на флору из зева, носа) и биохимические анализы крови (СРБ, общий белок, тимол-вероналовая проба) проведены в лабораториях Городского медицинского центра (ГМЦ), городских и сельских центрах здоровья, экспресс лаборатории «XXI-век».

Иммунологические исследования (показатели клеточного и гуморального звена иммунитета) проводились в НИИ гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ, Национальном диагностическом центре (заведующая лабораторией иммунологии - Рахимова Т.П.). *Определяли качество жизни* у часто болеющих детей в возрасте от 5 до 16 лет и их родителей до и после лечения по критериям, предложенным В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым (1986 г.).

Влияние вакцинации и поствакцинальных реакций нами определялось без и после проведенной предварительной подготовки. Предварительная подготовка к вакцинации состояла из предвакцинального, вакцинального и поствакцинального периодов (Таточенко В.К., 2003). *Серологические исследования* проводились на базе Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины (ТНИИПМ) г. Душанбе (зав. лабораторией вирусологии, д.б.н., профессор Тишкова Ф.Х.) для определения формирования специфического иммунитета часто болеющих детей на вакцинацию против вируса гепатита «В», с использованием тестов Murex Anti-HBs (total) - для определения антител класса IgG. Интерпретация полученных результатов проводилась по окончательному значению оптической плотности: $>0,2$ -позитив; $<0,1$ - негатив, которые определяли методом ИФА. Для тестирования IgG - антител к кори и краснухе использовали тест системы ИФА определения напряженности поствакцинального иммунитета на базе вирусологической лаборатории ТНИИПМ. Живая вакцина для активной иммунизации против кори (штамм Эдмонстона-Загреба) еще более ослабленный вирус кори, полученный из штамма Эдмонстона- Эндерс и компонент краснухи это ослабленный штамм Уиста РА 27/3. Вирусные штаммы обеих вакцин адаптированы и репродуцированы на культурах человеческих диплоидных клетках. Для определения специфического иммунитета к дифтерии использован метод «Реакция нейтрализации в культуре клеток Vero». Интерпретацию результатов оценивали по окончательному значению оптической плотности. Уровни защиты: базовая защита -0,01 до 0,1; полная защита - $>0,1$; долгосрочная защита- $>1,0$.

Инструментальные методы исследования органов и систем: рентгенографию грудной клетки проводили 100 детям на рентген аппарате 12П6; УЗИ сердца и внутренних органов VGS 1200 User Guide.

Консультации специалистов проводили в Национальном диагностическом центре и Городском консультативном центре. Для учета и обработки полученных данных были созданы специальные электронные таблицы, куда вносили информацию об анамнезе матери, течении беременности, родов и послеродового периода, а также данные клинического состояния ребёнка, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, проведенных от 1 месяца до 16 лет.

Статистическая обработка результатов

Результаты исследований обработаны с использованием методов анализа средних тенденций, количественных и качественных различий.

Статистический анализ проводили на ПК с помощью прикладной программы «Statistics 6 "0"».

Статистическая значимость между сравниваемыми величинами параметров определяли с

помощью критерия U (непараметрический критерий Манна-Уитни), значимость различия средних показателей.

При множественном анализе зависимых величин использовали Фридмана (Friedman ANOVA), а при парном исследовании зависимых величин - Т-критерий Вилкоксона. Для множественных независимых значений использовали Н-критерий Крускала-Уоллиса, для малых выборок -непараметрический критерий Спирмана, для относительных величин - с помощью критерия χ^2 . Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Нами было осмотрено 26064 ребенка, как по данным обращаемости, так и по данным целевого медицинского осмотра, в возрасте от 1 месяца до 16 лет в городе и на селе Республики Таджикистан

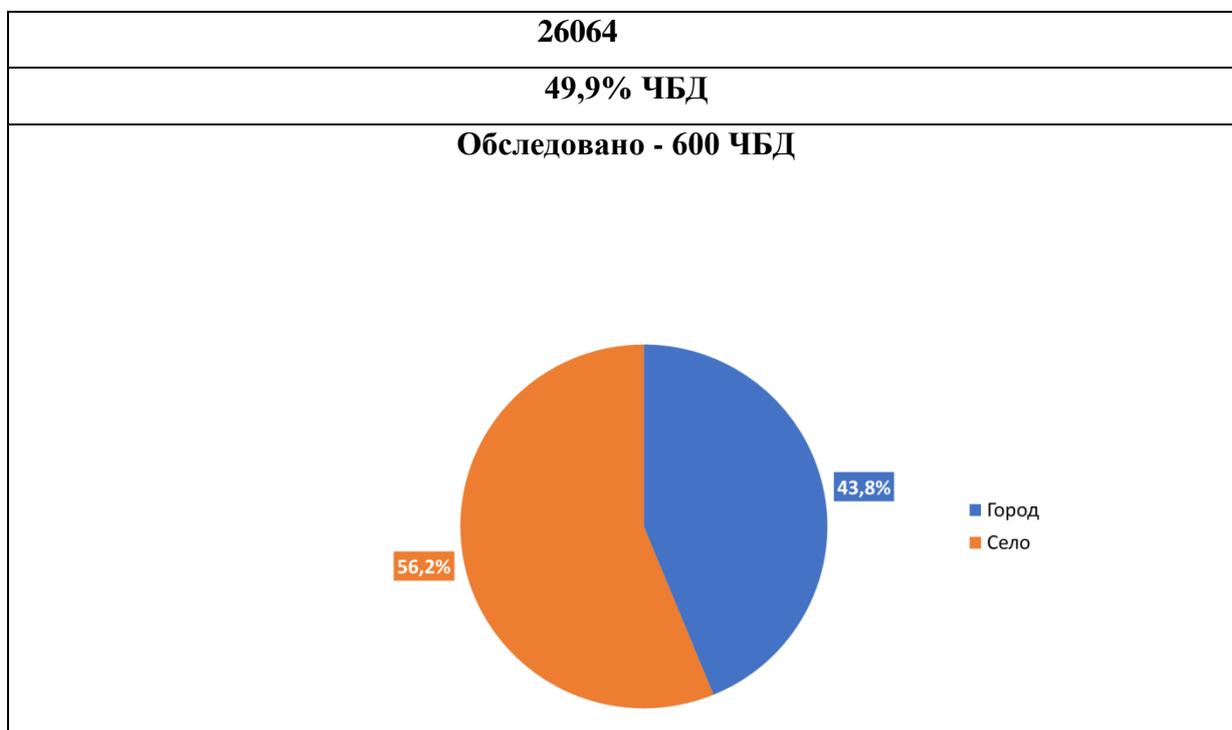


Рисунок 2.- Распространённость часто болеющих детей.

В процессе исследования было выявлено 49,9% часто болеющих детей, однако ретроспективное исследование было проведено 600 часто болеющим детям в возрасте от 1 месяца до 16 лет (из них 263 (43,8%) ребёнка - жители города и 337 (56,2%) детей села), находившихся под наблюдением в течение 12 лет (с 2000 по 2012 годы) на амбулаторном и стационарном лечении в городских и сельских центрах здоровья.

Контрольную группу составили 150 практически здоровых детей (75 детей города и 75 детей села).

В деле успешной организации лечебно-профилактических мероприятий по снижению удельного веса ЧБД большую роль играло изучение факторов риска, влияющих на течение заболевания. Выявленные нами факторы способствовали снижению резистентности организма часто болеющих детей, развитию фоновых заболеваний и хронических очагов инфекции. Такие неблагоприятные факторы, как материнские, как по обращаемости, так и целевому медицинскому осмотру преобладали в городе ($p < 0,001$), что связано с поздней выявляемостью их на селе. Несвоевременно проведенная терапия больных беременных неблагоприятно влияла на плод и способствовала развитию хронической гипоксии плода, внутриутробному инфицированию (цитомегаловирус, хламидиоз и др.), преждевременным родам, рождению недоношенных детей и с задержкой внутриутробного развития ($p < 0,01$). Следует отметить, что беременные женщины, страдающие анемией и гестозами, составляли высокий процент ($p < 0,001$) как в городе, так и на селе. Особенность результатов наших исследований состоит в том, что высокая заболеваемость, осложненное течение беременности, патология пуповины и плаценты ($p < 0,001$), несомненно, усугубляли течение родов, способствовали развитию асфиксии, родовой травмы ($p < 0,05$) как в городе, так и на селе. Именно эти дети были со среднетяжелой и тяжелой степенью заболевания. Этот контингент беременных преобладал на селе, т. к. они не обращались в центр репродуктивного здоровья, им не проводилось своевременное обследование и лечение, что способствовало рождению больных детей.

Социально-биологические, социально-экономические и социально-бытовые факторы способствовали высокой ($p < 0,001$) заболеваемости детей, особенно на селе, из-за неудовлетворительных материально-бытовых условий, наличия большой многодетной семьи, неполной семьи, недостаточного питания во время беременности, в детстве.

Усугублял течение заболевания и характер вскармливания ($p < 0,05$). Число часто болеющих детей раннего возраста преимущественно составляли те, которые находились на частично-грудном и искусственном, нерациональном вскармливании. Многие дети, особенно на селе, в качестве докорма получали цельное коровье молоко и питание с общего стола, которое приводило к развитию фоновых патологических состояний, снижению резистентности организма и частым заболеваниям.

Выявленный отягощенный преморбидный фон усугублял состояние здоровья обследованных детей. В связи с частой заболеваемостью изменялся режим двигательной активности детей, они реже находились на свежем воздухе, что способствовало возникновению фоновых заболеваний (рахит, анемия, дистрофия, $p < 0,01$) и отставанию в физическом и психомоторном развитии. Эти фоновые состояния, в свою очередь, являлись причиной нарушений адаптивных, защитно-приспособительных механизмов, что приводило к иммунодефицитным состояниям и частым болезням. Эти дети преобладали преимущественно на селе ($p < 0,01$), т.к.

им не проводилась своевременная профилактика, диагностика и лечение. Заболевания у них протекали длительно, торпидно и плохо поддавались лечению.

У наблюдаемых детей респираторная инфекция составляла от 70 до 80%. Их возрастающая частота и распространённость обуславливали ведущую роль в формировании хронических очагов инфекции ($p < 0,01$) в респираторном тракте и в других органах и системах, а проведенная терапия способствовала сенсibilизации организма, возникновению соматической патологии и отставанию в психо-физическом развитии часто болеющих детей (рисунок 3).

В свою очередь наличие хронических очагов инфекции способствовало более длительному воздействию вирусов и возникновению респираторных заболеваний, а также обострению имеющихся хронических заболеваний, которые встречались более часто на селе, чем в городе ($p < 0,001$).

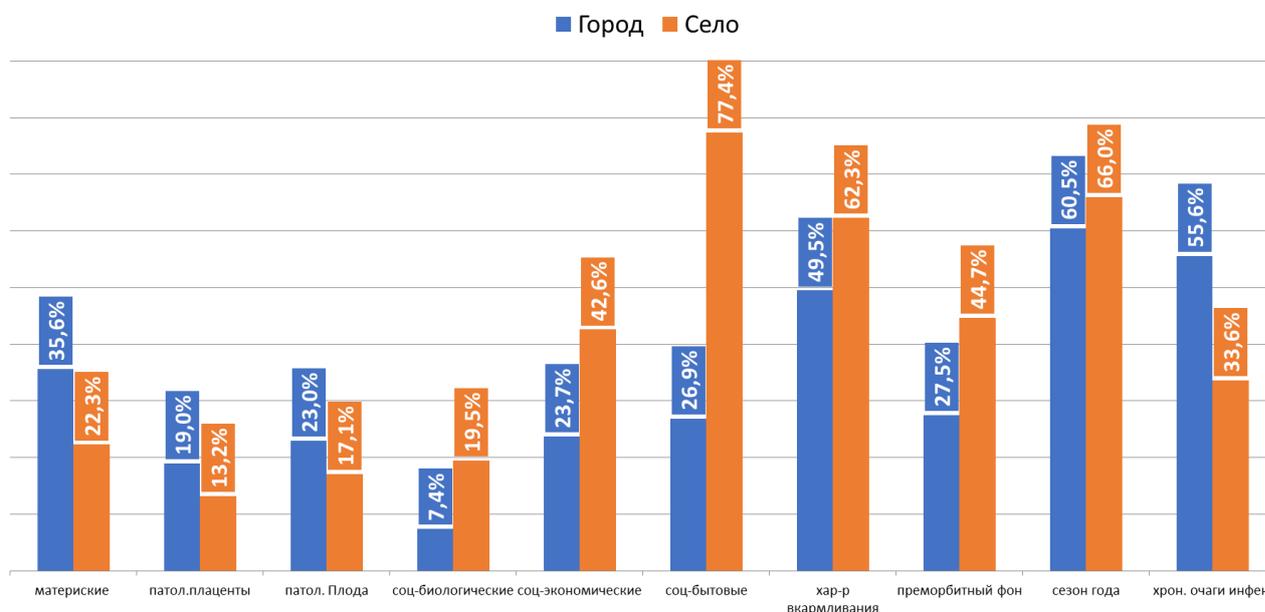


Рисунок 3. -Сравнительная оценка факторов риска у детей города и села.

По нашим данным, обострение заболевания у ЧБД зависело от сезона года. Простудные заболевания и сочетанная патология наблюдались преимущественно в зимне-осеннее время, чаще на селе, чем в городе. В летне-весеннее время преобладали функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта и аллергические состояния также на селе, но разница была статистически не значима.

По структуре заболеваемости из 600 выявленных ЧБД, у детей раннего возраста преимущественно преобладала бронхолёгочная патология и функциональные нарушения ЖКТ.

Аллергические (респираторные аллергии) и хронические заболевания лор-органов, а также сочетанная патология (пневмония, функциональные нарушения ЖКТ+ аллергические и др.) наблюдались в других возрастных группах. По количеству больных преобладали дети села.

Все 600 часто болеющих детей по тяжести заболевания были разделены на три группы: лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая степени.

Длительная хроническая интоксикация организма у ЧБД способствовала развитию астено-невротического состояния, понижению аппетита, дефициту массы тела, что ослабляло защитные силы организма (таблица 1).

Таблица 1.-Структура заболеваемости часто болеющих детей города и села

Заболевания	Город n=263			Село n=337		
	возраст 0-3года	4-7 лет	8-16лет	0-3 года	4-7 лет	8-16 лет
Бронхиты	n=123	n=85	n=55	n=155	n=109	n=73
	35(28,4%)	14(16,5%)	8(14,5%)	44(29,3%)	8(7,3%)	5(6,8%)
Пневмонии	22(17,9%)	6(7,0%)	-	20(12,0%)	3(2,7%)	1(1,4%)
Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта	30(24,5%)	14(16,5%)	8(14,5%)	40(25,8%)	24(22,0%)	6(8,2%)
Аллергические заболевания	16(13,0%)	13(15,2%)	10(18,2%)	23(14,8%)	20(18,5%)	14(19,3%)
Хронические заболевания лор-органов	4(3,2%)	23(27,0%)	22(40,0%)	6(3,9%)	37(33,9%)	35(47,9%)
Сочетанная патология	16(13,0%)	15(21,2%)	7(12,8%)	22(14,2%)	17(15,6%)	12(16,4%)

Характерной особенностью заболеваний у часто болеющих детей является высокая частота их возникновения, склонность к затяжному и рецидивирующему течению вплоть до перехода в непрерывно-рецидивирующую форму. На фоне проведенного лечения у всех детей с лёгкой степенью наступило выздоровление. У детей со средней степенью тяжести наступало длительное выздоровление, а у детей с тяжёлой степенью заболевания приобретали

волнообразный характер и трудно поддавались лечению. Из 100 больных 17% дали хронизацию процесса (хронический тонзиллит, бронхит, пиелонефрит).

Выявленные нами вышеперечисленные факторы и клинические проявления способствовали снижению показателей иммунного статуса у часто болеющих детей, они являются наиболее достоверными признаками развития вторичного иммунодефицита. Нами изучены иммунологические показатели 20 здоровых и 68 часто болеющих детей с различной степенью тяжести заболевания в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Средние показатели иммунограммы у здоровых детей были в пределах нормы.

У ЧБД снижение степени уменьшения содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций зависело от тяжести заболевания (таблица 2).

Таблица 2.-Показатели клеточного и гуморального иммунитета у ЧБД в зависимости от степени тяжести заболевания (M±m)

Маркёр	Контрольная группа n=20	Легкая ст. n=28	Средней ст. n=20	Тяжелая ст. n=20	p
CD3	57,1±1,7	44,2±0,4	38,5±0,3	31,0±0,3	< 0,001
CD4	37,4±3,3	26,6±0,4	25,3±0,3	20,6±0,3	< 0,001
CD8	23,4±1,7	17,6±0,4	17,1±0,3	15,4±0,3	< 0,001
CD16	13,1±0,9	9,39±0,4	10,1±0,3	8,0±0,3	< 0,001
CD20	22,8±1,1	17,9±0,4	17,7±0,3	13,2±0,3	< 0,001
CD25	22,6±0,9	17,3±0,4	15,2±0,3	15,8±0,3	< 0,001
CD71	26,5±1,8	19,4±0,4	13,7±0,3	17,8±0,3	< 0,001
CD95	26,6±1,8	21,3±0,4	19,9±0,2	18,1±0,3	< 0,001
IgA, мг%	198,2±8,4	155,4±0,4	148,2±0,3	139,3±0,3	< 0,001
IgM, мг%	124,9±7,4	120,3±0,4	112,1±0,3	91,0±0,3	< 0,001
IgG, мг%	1278,9±28,6	1220,5±0,4	1092,6±0,3	1069,9±0,3	< 0,001

Примечание: Статистическая значимость различий средних значений показателей в разных группах - множественное сравнение (Н-критерий Крускала-Уоллиса).

У больных с лёгкой степенью ЧБД показатель Т-клеток и их субпопуляций (Тлимфоцитов с различными маркёрами (CD3,CD4,CD16, p<0,001), а также средние содержания IgA, IgM, IgG в сыворотке крови незначительно отличались от аналогичных показателей, полученных в контрольной группе, и носили транзиторный характер. Эти дети были иммуно -компрометированные, которые страдали в большинстве случаев неосложнёнными респираторными инфекциями и функциональными расстройствами ЖКТ

($p < 0,001$). У ЧБД со среднетяжёлой и тяжёлой степенью заболеваний наблюдался дефицит на уровне клеточного иммунитета, что повело к ослаблению всей иммунной активации. Отмечалось сильное снижение как общего звена всех Т-лимфоцитов (CD3; $p < 0,001$), дисбаланс субпопуляций Т-хелперов (CD4; $p < 0,001$) и Т-супрессоров, так и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8; $p < 0,001$). Снижение содержания NK -клеток (CD16; $p < 0,001$) вызывало снижение фагосом, снижение количества фагоцитирующих клеток, которые способствовали развитию вторичных бактериальных инфекций из-за их угнетения ($p < 0,001$). Снизились относительные и абсолютные показатели зрелых В-лимфоцитов (CD20; $p < 0,001$). Низкий уровень клеток, экспрессирующих рецептор (CD25; $p < 0,001$), Т-активированных Т-лимфоцитов (CD71; $p < 0,001$) и показателей апоптоза клеток (CD95; $p < 0,001$), снижение гуморального звена Ig A, M, G свидетельствуют о недостаточной иммунной реакции ($p < 0,001$), что можно интерпретировать, как вторичный иммунодефицит.

В связи с вышеприведенным была проведена неспецифическая стимуляция иммунной системы с использованием иммуномодуляторов (рекомбинантный интерферон- альфа-2b) у часто болеющих детей.

Дети со средней и тяжёлой степенью (40) были разделены на 2 однотипные группы по 20 больных, у которых до лечения наблюдалась картина вторичного иммунодефицита, что было подтверждено средними величинами показателей иммунного статуса у ЧБД (таблица 3).

Таблица 3.- Иммунный статус у часто болеющих детей обеих групп до лечения (M±m)

Маркёр	I группа, n=20	II группа, n=20	p
CD3	38,7±0,2	40,0±0,3	< 0,01
CD4	25,3±0,3	26,1±0,3	> 0,05
CD8	16,1±0,3	14,1±0,3	< 0,001
CD16	8,1±0,3	8,0±0,3	> 0,05
CD20	17,7±0,3	17,8±0,3	> 0,05
CD25	15,3±0,3	15,0±0,3	> 0,05
CD71	17,8±0,3	17,0±0,3	> 0,05
CD95	20,0±0,3	19,0±0,3	< 0,05
IgA, мг%	149,3±0,3	161,0±0,3	< 0,001
IgM, мг%	85,0±0,3	87,5±0,3	< 0,001
IgG, мг%	1049,9±0,3	1050,1±0,3	> 0,05

Примечание: p - статистическая значимость различных показателей I и II групп (Укритерий Манна-Уитни).

Показатели иммунного статуса до лечения были одинаковы, но они статистически были не значимы, что указывало на однородность больных детей в обеих группах.

В первой группе, наряду с базисной терапией, назначался комплекс лечения иммуномодулятором, а во второй группе не использовался иммуномодулятор и проводилась только базисная терапия (таблица 4).

Таблица 4.-Иммунный статус у ЧБД I-II групп через 6 месяцев после лечения (M±m)

Маркёр	I группа, n=20	II группа, n=20	p
CD3	55,6±0,3	43,1±0,3	<0,001
CD4	35,1±0,3	28,3±0,3	<0,001
CD8	21,3±0,3	16,1±0,3	<0,001
CD16	9,0±0,3	7,5±0,3	<0,001
CD20	22,7±0,3	18,5±0,3	<0,001
CD25	21,0±0,3	18,0±0,3	<0,001
CD71	25,8±0,3	22,1±0,3	<0,001
CD95	27,0±0,3	24,0±0,3	<0,001
IgA, мг%	190,1±0,3	160,1±0,3	<0,001
IgM, мг%	109,1±0,3	90,1±0,3	<0,001
IgG, мг%	1120,1±0,3	1080,1±0,3	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различий между значениями 1 и 2 групп (по U-критерию Манна-Уитни).

Как видно из данных приведенной таблицы, через 6 месяцев после назначенной иммуномодулирующей терапии в комплексе с базисной у детей I группы средние значения показателей лимфоцитов с иммунофаготипами CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, CD95 существенно увеличились ($p < 0,001$). Нарастание количества клеток CD 20 сопровождалось достоверным увеличением содержания IgA и IgM в крови ($p < 0,001$), а содержание IgG увеличилось незначительно ($p < 0,001$). За прошедшие 6 месяцев дети этой группы ни разу не болели ОРВИ, в то время у детей II группы отмечались частые простудные заболевания и даже наблюдались осложнения в виде бронхита и пневмонии. По данным иммунного статуса у детей II-ой группы сохранялся иммунодефицит.

Частая заболеваемость приводит к тому, что процент вакцинированных детей, имеющих различные заболевания очень низкий. Это связано с тем, что многих детей вакцинируют на неблагоприятном фоне, что, по-видимому, обуславливает недостаточную выработку защитных титров антител [Костинов М.П., 2008; Aspinall S. et al., 2012].

Нами проведены иммунологические исследования 33 часто болеющих детей до и после вакцинации через 6 месяцев на пентавалентную и краснушно-коревую вакцины. Вакцинации были проведены избранным детям с разной степенью тяжести в период ремиссии. Из них 20 (60,6%) детей были из группы с лёгкой степенью заболевания, средней тяжести - 8 (24,2%) и тяжёлой - 5 (15,2%). Контрольная группа состояла из 20 здоровых детей.

У детей со средней и тяжёлой степенью заболевания до вакцинации пентавалентной вакциной по сравнению со здоровыми выявлено достоверное снижение клеточного иммунитета CD3, CD4, CD8, CD71, CD95 ($p < 0,001$). В основном это были дети на искусственном вскармливании и наличием респираторного аллергоза. Полученные результаты расценены как признак длительно существующей антигенной стимуляции, «истощающей» как клеточный, так и гуморальные звенья иммунитета, что способствует формированию частых повторных заболеваний у ЧБД и развитию осложнённого течения при вакцинации (как местной, так и общей реакции) [Елисеев М.Ю. с соавт., 2010; Княгина О.Н., 2012].

После вакцинации пентавалентной вакциной через 6 месяцев отмечено достоверное повышение иммунитета Т - и В - лимфоцитов ($p < 0,001$) по сравнению с детьми до вакцинации.

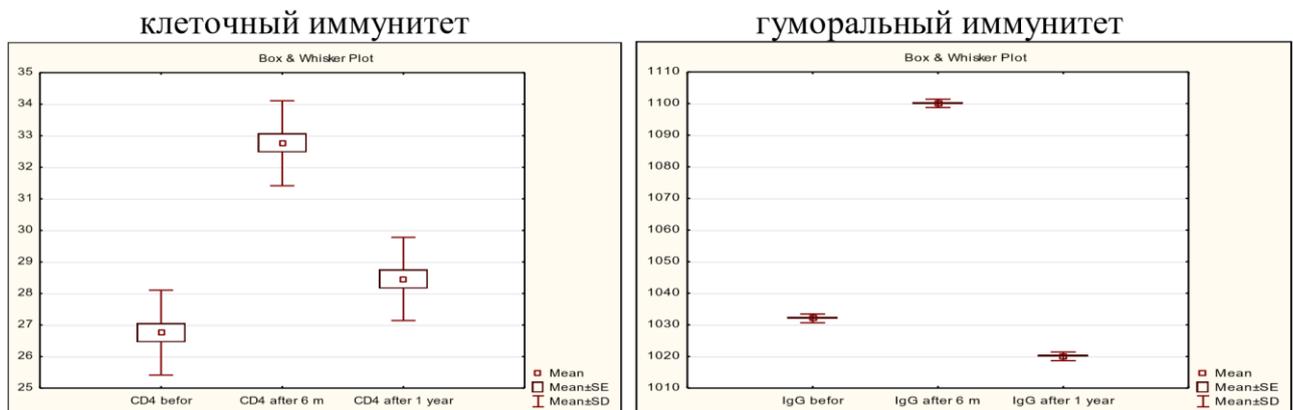


Рисунок 4.- Изменения клеточного и гуморального иммунитета на пентавалентную вакцину у ЧБД в различные сроки.

Через год отмечалось достоверное снижение всех показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета по сравнению со здоровыми детьми, что указывало на выработку нестойкого иммунитета у часто болеющих.

У ЧБД до вакцинации краснушно-коревой вакциной отмечалось достоверное снижение показателей иммунитета по сравнению с данными здоровых детей.

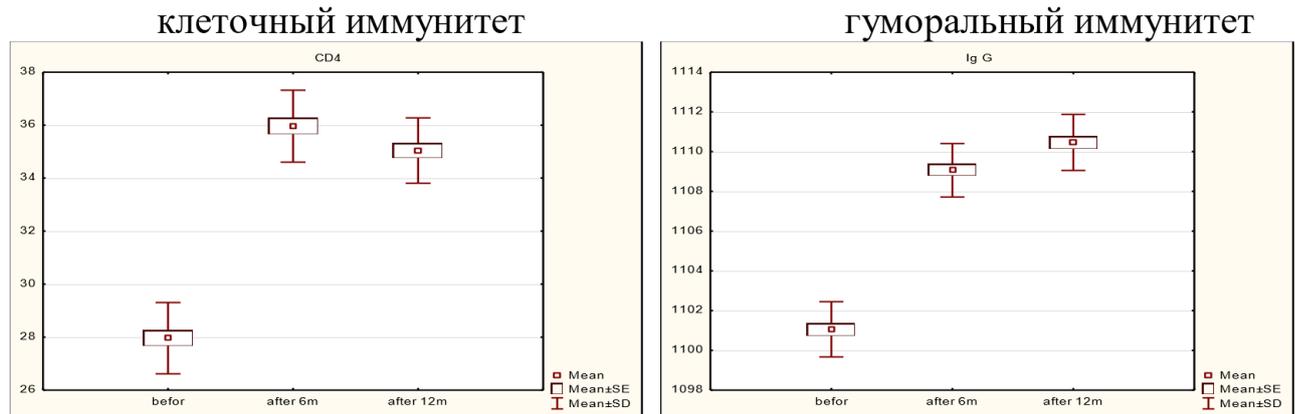


Рисунок 5.- Изменения клеточного и гуморального иммунитета на краснушно – коревую вакцину у часто болеющих детей в разные сроки.

После вакцинации отмечалась положительная динамика как через 6 месяцев, так и после года: достоверно повысились показатели иммунного статуса ($p < 0,001$). В поствакцинальном периоде наблюдалось уменьшение частоты развития осложнений и присоединение интеркуррентных заболеваний, что говорит о высокой иммуногенности данной вакцины.

В последние годы интерес к состоянию здоровья ЧБД и качеству их жизни значительно возрос. У ЧБД исследование позволило установить очевидное влияние состояния здоровья ребёнка на качество жизни. Критерии качества жизни оценивались в процентах (100%): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребёнка. Нами изучены параметры КЖ часто болеющих детей в возрасте от 5 до 16 лет с разной степенью тяжести заболевания и проведен сравнительный анализ этих параметров с аналогичными показателями у здоровых детей. Следует отметить, что в группе здоровых детей выявлены более высокие значения ($p < 0,01$) всех параметров по сравнению с больными, особенно с тяжёлой степенью состояния здоровья. У детей со средней и тяжёлой степенью заболевания было более выраженное снижение всех параметров качества жизни не только по сравнению со здоровыми детьми ($p < 0,01$), но и с детьми с лёгкой степенью заболевания ($p < 0,05$).

Для исследования использовались результаты оценки качества жизни у 60 ЧБД и их родителей до и после лечения. Частые заболевания отмечали все опрошенные дети и родители. По результатам проведённых исследований в период болезни до лечения выявлено, что все параметры КЖ (физические, психологические, уровень самостоятельности, эмоциональное и социальное функционирование, окружающая среда) были снижены, как в результате самооценки, так и при оценке родителями. Проведенные исследования качества жизни у детей

выявили, что этот показатель является важным индикатором состояния здоровья и зависит от тяжести заболевания. Это подтверждается данными интегральной оценки качества жизни.

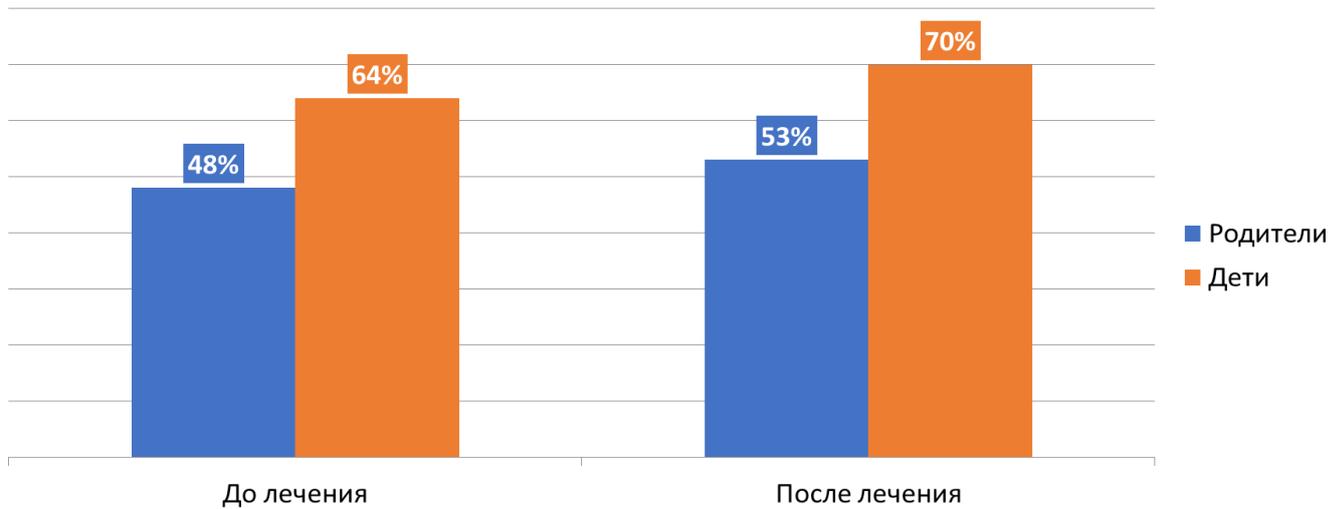


Рисунок 6.- Интегральный показатель качества жизни у часто болеющих детей

Оценка состояния ребёнка по параметрам после проведенной терапии повысилась ($p < 0,001$), как у детей, так и родителей. Эффективность терапии родители отмечали в 64,0% наблюдений, а дети - в 70,0%.

Установление возможных механизмов формирования качества жизни как показателя, имеющего в основном субъективный характер, в условиях объективно существующей болезни является перспективным и многообещающим подходом для определения мероприятий, направленных на улучшение качества жизни человека.

В связи с массовым и многократным применением вакцинных препаратов проблема развития возможных нежелательных последствий от их введения, в частности пентавалентной, АКДС, АДС, краснушно-коревой, продолжает оставаться актуальной [Тишкова Ф.Х. с соавт., 2011; Мазанкова Л.Н. с соавт., 2013; Schmid D.A., 2012].

Нами изучен характер поствакцинальных реакций у 150 практически здоровых детей (контрольная группа) к 4 использованным вакцинам. Эта группа была сопоставлена с основной группой детей по возрасту и по количеству проведенных вакцинаций. По нашим данным, у 12 (8,0%) практически здоровых детей наблюдалась в основном местная вакцинальная реакция в виде отёка, гиперемии и болезненности на месте инъекции, а у 5 (3,3%) из них констатирована аллергическая мелкоточечная сыпь, зудящая, розового цвета на различных участках тела, которая держалась от 1 до 3 дней и исчезала после приёма антигистаминных препаратов.

Нами было изучено влияние трёхкратно проведенной вакцинации пентавалентной вакциной на состояние здоровья 146 ЧБД в интеркуррентном периоде в городе и 142 - на селе без и после предварительной подготовки. Следует подчеркнуть, что предварительная

подготовка проводилась детям, которые ранее были освобождены от вакцинации из-за частых ОРВИ и обострений хронических заболеваний. У матерей этих детей был отягощён акушерский анамнез, наблюдались неблагоприятные материнские факторы, неудовлетворительные материально-бытовые, социальные, биологические и другие факторы.

Большинство часто болеющих детей все три вакцинации перенесли хорошо и отмечалась статистическая значимость различия показателей первой (78,8%; $p < 0,01$) и второй (86,5%; $p < 0,05$) вакцинации по сравнению с таковым при третьей (92,4%), как в городе, так и на селе, что говорит о высокой иммуногенности данной вакцины. Поствакцинальные реакции на все три вакцинации были выше на селе, чем в городе (20,0% против 14,0%; $p < 0,01$).

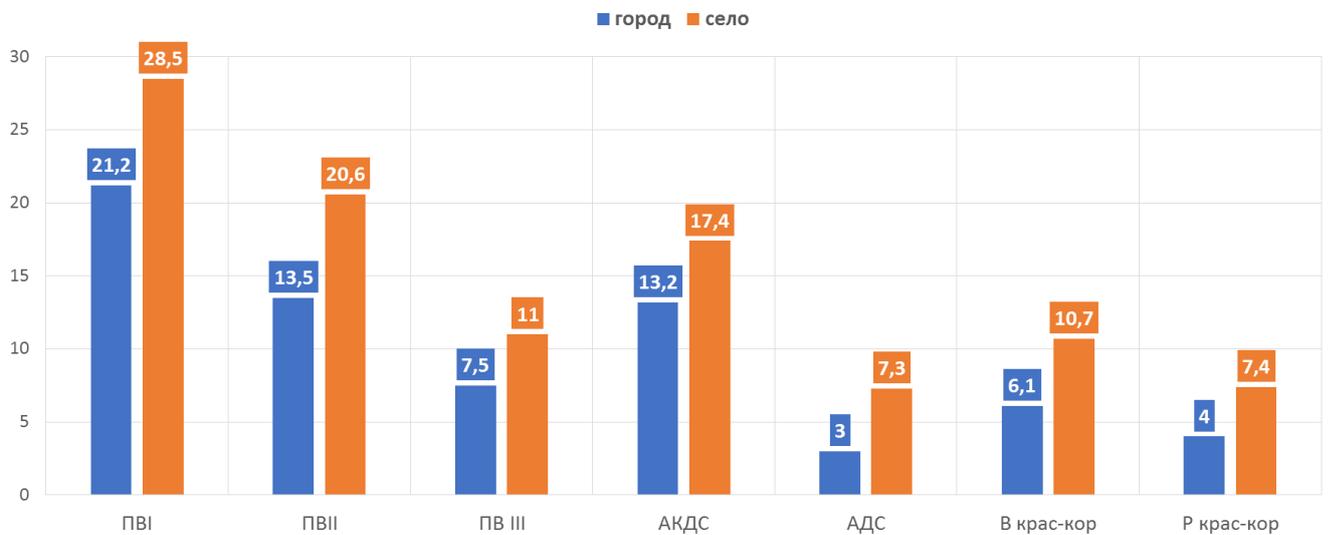


Рисунок 7.- Сравнительная характеристика поствакцинальных реакций у детей города и села.

Нами отмечена зависимость частоты развития поствакцинальных реакций от тяжести заболевания, что совпадает с данными других авторов [Степанов А.А., 2007; Шиманович В.П., 2013; Lin T.Y., 2011]. Так, при лёгкой степени наблюдалась в основном местная реакция (боль, отёк, покраснение на месте инъекции), а при среднетяжёлой и тяжёлой степени отмечались более выраженные изменения: общие (повышение температуры до фебрильных цифр, нарушение сна и аппетита, беспокойство) и токсические (выраженная интоксикация, судорожная готовность) и даже обострение хронических соматических заболеваний (пневмонии, бронхит, функциональные нарушения ЖКТ и их сочетанная патология). У 12,4% часто болеющих детей города и у 17,7% детей села с наличием аллергических диатезов наблюдались респираторные аллергии.

Это связано с тем, что в последнее десятилетие 20 века и в начале 21 века отмечается значительное увеличение количества детей, которые уже с раннего детства в анамнезе имеют различную соматическую, аллергическую патологию, сопровождающуюся развитием

вторичной иммунологической недостаточности [Ярцев М.Н., 2011, Лыткина И.Н. 2013; Morley E.J., 2012]. У большинства детей состояние улучшилось после предварительной подготовки. Поствакцинальные реакции на пентавалентную вакцину уменьшились как в городе, так и на селе, в городе с 14,1 до 3,8% ($p < 0,001$); на селе с 20,0 до 10,9%. Однако сравнительная характеристика показателей детей города и села после предварительной подготовки к вакцинации показала на селе большее число обострений соматических заболеваний, чем в городе (14,1% против 20,0%; $p < 0,01$), что указывает на более тяжёлый контингент детей села. Таким образом, после предварительной подготовки течение вакцинального процесса было более благоприятным, давало ($p < 0,01$) меньше поствакцинальных реакций даже на пентавалентную вакцину, что указывает на эффективность данной методики.

Ревакцинация АКДС была проведена 130 детям города и 120 детям села без и после предварительной подготовки, которую перенесли хорошо ($p < 0,01$). У детей с лёгкой степенью заболевания реакция на АКДС была всего у 1,6% и 1,6% соответственно. Более выраженные нарушения наблюдались у больных со среднетяжёлой и тяжёлой степенью (11,6 и 15,8%; $p < 0,01$), которые наряду с местной реакцией дали обострение заболевания: функциональные нарушения ЖКТ, аллергические заболевания и их сочетания, что и определяло тяжесть заболевания. После предварительной подготовки отмечена положительная динамика ($p < 0,05$). Всего поствакцинальных реакций на АКДС в городе было меньше, чем на селе, но эта разница не была статистически значимой (13,2 и 17,4%; $p > 0,05$).

В возрасте 6-8 лет была проведена ревакцинация АДС 100 часто болеющим детям города и 110 села без и после предварительной подготовки, которые дети перенесли хорошо (97,0 и 92,7% соответственно). Дети города как без, так и после подготовки дали всего 3,0% местной реакции, которая держалась 1-3 дня и прошла самостоятельно. У 7,3% детей села отмечали обострение заболеваний лор-органов и обострение аллергического ринита. У часто болеющих детей, преимущественно села, у которых наблюдалось обострение аллергических заболеваний, значительную роль играли паразитарные инвазии кишечника (лямблиоз, аскаридоз, энтеробиоз и др.), воздействующие как серьёзные иммуносупрессоры, и вызывали сенсibilизацию организма, приводили к нарушению процессов пищеварения и всасывания, что являлось патогенетически значимым фактором [Усенко Д.В., 2011; Блат С.Ф., 2011]. Предварительная подготовка к вакцинации дала положительный эффект. Всего у 2 детей с хроническим тонзиллитом отмечалось обострение заболевания. Сравнительный анализ показал, что дети села ревакцинацию перенесли хуже, чем дети города (7,3% против 3,0%; $p < 0,05$).

Проведенную вакцинацию к вирусу кори и краснухи 146 детям города и 140 села без и после предварительной подготовки перенесли хорошо (93,8,0% против 89,3%; $p < 0,001$). У детей города без предварительной подготовки с лёгкой степенью реакции не было, а у 6,1% со

среднетяжёлой и тяжёлой степенью были реакции и единичное обострение заболеваний. После предварительной подготовки реакции уменьшились до 1,6%. У 15 (10,5%) больных села были местные реакции, из них у 2 были общие реакции (повышение температуры, катаральные явления верхних дыхательных путей). Это больные со среднетяжёлой и тяжёлой степенью заболевания. Основными триггерами были пищевые аллергены (белки коровьего молока, куриного яйца, сладости, цитрусовые, продукты с высокой сенсибилизирующей активностью), что согласуется с данными проведенных исследований других авторов [Марданлы С.Г., 2011]. У этих больных были плохие бытовые условия: холодное и сырое помещение, что способствовало сенсибилизации организма и обострению заболевания, которое характеризовалось круглогодичным, персистирующим течением. После проведенной предварительной подготовки на краснушно-коревую вакцину только у 2 детей констатированы аллергический ринит и функциональные нарушения ЖКТ.

Определённый интерес представляет результат краснушно-коревой ревакцинации у 100 часто болеющих детей города и 95 села без и после предварительной подготовки, которые перенесли вакцинацию хорошо (96,0 и 92,6%). Следует отметить, что у детей города после подготовки статистическая значимость различия показателей ($p < 0,001$) была отмечена у лиц с функциональными нарушениями ЖКТ. У 7,4% детей села, страдающих пищевой и лекарственной аллергией, отмечалось обострение аллергического ринита и фарингита и у 1 больного с сочетанной патологией (хронический тонзиллит и аллергический ринит). Это были дети с отягощённой наследственностью (мать и отец страдали аллергическими заболеваниями). Проведенная предварительная подготовка этой группе детей была эффективна, и только 1 больной дал местную реакцию. Сравнительная характеристика показала, что поствакцинальные реакции наблюдались больше у детей села, чем в городе (7,4% против 4,0%).

Итак, установлено, что поствакцинальные реакции, как в городе, так и на селе, чаще и тяжелее протекали на введение пентавалентной вакцины (20,1% против 14,0%), чем на АКДС ($p < 0,01$), АДС ($p < 0,001$) и на краснушно-коревую вакцину ($p < 0,001$). При анализе выявлено, что у всех детей с поствакцинальной реакцией и обострением соматической патологии выявлен отягощенные ante-, интра- и постнатальный периоды, неблагоприятный преморбидный фон, плохие материально-бытовые условия, особенно у детей села. Это связано с тем, что женщины села во время беременности не обращались вовремя в отделения репродуктивного здоровья, не проводилось своевременное лечение экстрагенитальной и генитальной патологии. У них отмечались отягощенные роды и послеродовой период. Всё это способствовало снижению иммунитета ребёнка, поэтому они часто болели и входили в группу часто болеющих детей. Вышеизложенное диктует необходимость осуществления индивидуального подхода к

проведению профилактических прививок у таких детей и их тщательной подготовки к вакцинации [Воронина О.Л., 2008; Шамшева О.В., 2011; Икоев В.Н., 2013].

Нам представляется актуальным изучение динамики синтеза специфических антител класса IgG к вирусу гепатита «В» у 150 практически здоровых детей, получивших полный курс вакцинации пентавалентной вакциной в возрасте 2-3-4 месяцев. После полного курса вакцинации пентавалентной вакциной через 6 месяцев сероконверсия зарегистрирована у 141 (94,0%) из 150 практически здоровых детей, что, несомненно, говорит о высокой иммуногенности данной вакцины. Полученные данные специфического иммунитета не зависели от места проживания наблюдаемых (город и село). Исследования, проведенные на наличие специфических антител к HBsAg через 24 месяца после вакцинации, установили, что напряжённость иммунитета к ВГВ остается на высоких цифрах - 92,0%. Через 5 лет - имеет тенденцию к снижению (85,0%) и остается в пределах защитного иммунитета.

Проведен анализ уровня поствакцинального иммунитета на пентавалентную вакцину у 180 ЧБД в зависимости от полученной дозы вакцинации. После I-ой вакцинации уровень позитивных анти-HBs определялся у 18,6%, а негативные составляли 81,5%. Протективный уровень антител у ЧБД после II-ой дозы (60,0% против 18,6%; $p < 0,001$) превышал таковой у детей с I-ой вакцинацией, а после III-ей дозы 86,0% против 18,6% ($p < 0,001$). После законченного курса иммунизации 14,0% ЧБД против 6,0% практически здоровых не ответили выработкой специфических антител. При анализе анамнеза были выяснено, что эти дети родились от матерей, имеющих несколько факторов риска, с плохим уходом и материально-бытовыми условиями.

Таким образом, доказано, что у ЧБД каждая последующая вакцинация пентавалентной вакциной способствовала более напряжённому формированию специфического иммунитета против вирусного гепатита «В» и напрямую зависела от кратности вакцинации, но данные были ниже ($p < 0,05$), чем у практически здоровых детей.

Нами проведен анализ уровня специфических антител против ВГВ у 87 ЧБД в различные сроки после вакцинации. Анализ количественного содержания титра специфических антител против ВГВ показал, что со временем их уровень имел тенденцию к снижению. Если количество позитивных антител среди ЧБД к 24 месяцам уменьшилось от 86,0% до 84,0% ($p > 0,05$), то через 5 лет уменьшилось до 80,0% ($p > 0,05$).

Определен уровень концентрации специфических антител к вирусному гепатиту «В» у 87 привитых практически здоровых детей и у 87 ЧБД. У практически здоровых детей отмечен высокий уровень концентрации специфических антител к вирусному гепатиту «В» ($p < 0,01$), а у ЧБД показатели были низкие (от < 10 (до 200 МЕ); $p < 0,05$). Исследования показали, что вакцинация часто болеющих детей сопровождалась формированием менее напряженного

иммунитета против гепатита «В», чем у практически здоровых детей. Изучение иммунологической эффективности вакцинопрофилактики против вирусного гепатита «В» выявило разницу ($p < 0,05$) уровня поствакцинальной сероконверсии у практически здоровых детей и ЧБД.

Проведен сравнительный анализ частоты развития специфических антител к ВГВ у 80 городских и 86 сельских часто болеющих детей с различными соматическими заболеваниями. У всех ЧБД выработался иммунитет к вирусному гепатиту «В», однако проведенный сравнительный анализ полученных результатов между детьми города и села оказался статистически незначимым, в то время как различия с контрольной группой были достоверными ($p < 0,001$). Снижение позитивных и повышение негативных ($p < 0,01$) показателей является прямым признаком, свидетельствующим о снижении иммунитета и о тяжести течения заболевания у ЧБД, что не противоречит данным литературы [Зверев В.В., 2008; Соловьёва И.Л., 2006; Var-On E.S., 2012].

Детям, которым не была проведена вакцинация пентавалентной вакциной в декретированные сроки из-за частых простудных и обострений хронических заболеваний, была осуществлена предварительная подготовка, давшая положительный эффект: повысились позитивные ($p < 0,01$) специфические антитела и снизились негативные ($p < 0,05$), но по сравнению с контрольной группой полной нормализации содержания специфических антител не отмечено как у детей города, так и у детей села, что указывает на снижение иммунитета у ЧБД [Будалина С.В., 2019; Zanetti A.R., 2010].

По данным отечественных и зарубежных авторов [Зверев В.В., 2008; Топтыгина А.П., 2014; Umlauf, B.J., 2012] известно, что до вакцинации во всех возрастных и контрольной группах снижен иммунитет к вирусу кори и краснухи, когда антитела IgG снижаются ниже защитного уровня (< 10 МЕ), в связи с чем детям, в возрасте от 1 до 3 лет и в 6-8 лет проводится вакцинация и ревакцинация краснушно-коревой вакциной в соответствии с календарём прививок.

Нами проведено серологическое обследование для определения напряжённости специфического иммунитета к вирусу кори и краснухи у 150 практически здоровых детей города и села в возрасте от 1 года до 16 лет. Дети были разделены по возрасту на 3 группы: I группа - от 1 до 3 лет - 50 (33,3%), II группа - от 4 до 7 лет - 50 (33,3%) и III группа - от 8 до 16 лет - 50 (33,3%).

В Республике Таджикистан в 2004 г. отмечалась вспышка кори, а в 2007 г.

вспышка краснухи, поэтому всем детям от 1 до 16 лет в 2009 г. была проведена дополнительная вакцинация краснушно-коревой вакциной. Нами отмечена положительная динамика: за последние годы снизилось количество заболевших корью и краснухой.

Нами изучен уровень напряжённости специфического иммунитета к вирусу кори и краснухи по возрастам у здоровых детей.

Во всех возрастных группах позитивный уровень титра специфических антител к вирусу кори высокий. Самой уязвимой группой при изучении напряжённости иммунного ответа к вирусу кори были дети от 1 до 3 лет. У детей первой группы после проведенной вакцинации выявлены антитела к вирусу кори у 84,1%, то есть меньше (84,1% против 98,4% и 94,5% соответственно), чем во II и III группах. Подобные данные отмечены и у детей села, но несколько ниже, чем у детей города ($p > 0,05$). Такие различия связаны с неравномерностью созревания иммунной системы у детей раннего возраста [Топтыгина А.П., 2014]. Уровень иммунитета к вирусу кори достаточно высокий во всех регионах, но в городе он выше (92,0% против 89,6%), чем на селе, что, по-видимому, связано с неудовлетворительными материально-бытовыми, социальными условиями, а также многодетностью, недостаточным уходом за ребёнком.

Результаты исследования показали, что уровень специфических антител класса IgG к вирусу краснухи после проведенной вакцинации во всех возрастных группах и регионах был высоким. Значит, практически здоровые дети имеют защитный уровень антител в связи с проведенной вакцинацией в 2009 г.

По данным полученных результатов, частота Ig G антител к вирусу краснухи в городе была достаточно высокой ($p < 0,01$), что говорит об эффективной выработке иммунитета. Эти дети были с лёгкой и средней тяжестью заболевания, а процент негативных антител наблюдался в основном у больных с тяжёлой степенью и по сравнению с контрольной группой показатели были достоверно высокими ($p < 0,001$). Часто болеющие дети с негативными антителами могут заболеть корью или краснухой, поэтому они должны быть взяты под строгий клинико-серологический контроль и им необходимо проведение дополнительной медицинской иммунизации.

Показатели специфических антител у детей села были ниже, чем у детей города ($p > 0,05$), и это, по-видимому, связано с тем, что заболевания у ЧБД на селе протекали тяжелее в связи с отягощённым преморбитным фоном (гипотрофия, рахит, анемия).

Из-за частых заболеваний в группе часто болеющих детей не проводились профилактические прививки в декретированные сроки, поэтому были разработаны мероприятия предварительной подготовки к вакцинации. Под нашим наблюдением находилось 86 часто болеющих детей из города и 80 из села с различными соматическими заболеваниями,

которым определялся иммунитет без и после предварительной подготовки к вакцинации. Уровень специфического иммунитета у ЧБД при всех соматических заболеваниях по сравнению с контрольной группой снижен, особенно у детей с пневмонией (66,8%), сочетанной патологией (67,0%), аллергическими заболеваниями (66,0%). Иммунный ответ по данным позитивных показателей к вирусу кори - соответственно 68,2 и 64,2% и к вирусу краснухи 71,2 и 70,3% в пределах защитного, но они значительно ниже на селе, чем в городе. А негативные - высокие ($p < 0,001$).

В группе детей, которым была проведена предварительная подготовка у ЧБД как в городе, так и на селе, иммунный ответ повысился к кори и краснухе по сравнению с группой детей, которым не была проведена предварительная подготовка, что подтверждается статистически значимым повышением позитивных показателей ($p < 0,001$) и снижением негативных ($p < 0,01$), что говорит об эффективности предварительной подготовки.

Таким образом, ЧБД нуждаются в проведении предварительной подготовки к вакцинации, так как она эффективна и дает положительную динамику.

После трёхкратной вакцинации пентавалентной вакциной 50 практически здоровым детям определяли формирование специфического противодифтерийного иммунитета через 6 месяцев, через 1 год и 5 лет. Интерпретацию результатов специфических антител против дифтерии провели по окончательному значению оптической плотности уровня защиты: базовая - 0,01 до 0,1; полная защита - $> 0,1$; долгосрочная защита - $> 1,0$.

Через 6 месяцев отмечалось формирование напряжённого поствакцинального иммунитета, что подтверждалось высоким процентом полной (45,8%) и базовой защиты (31,0%). Через год статистически значимо снизилась полная защита (45,8% против 12,1%, $p < 0,001$) и повысилось отсутствие защиты (2,6% против 55,7%, $p < 0,001$), что указывало на выработку нестойкого иммунитета (рис.8).

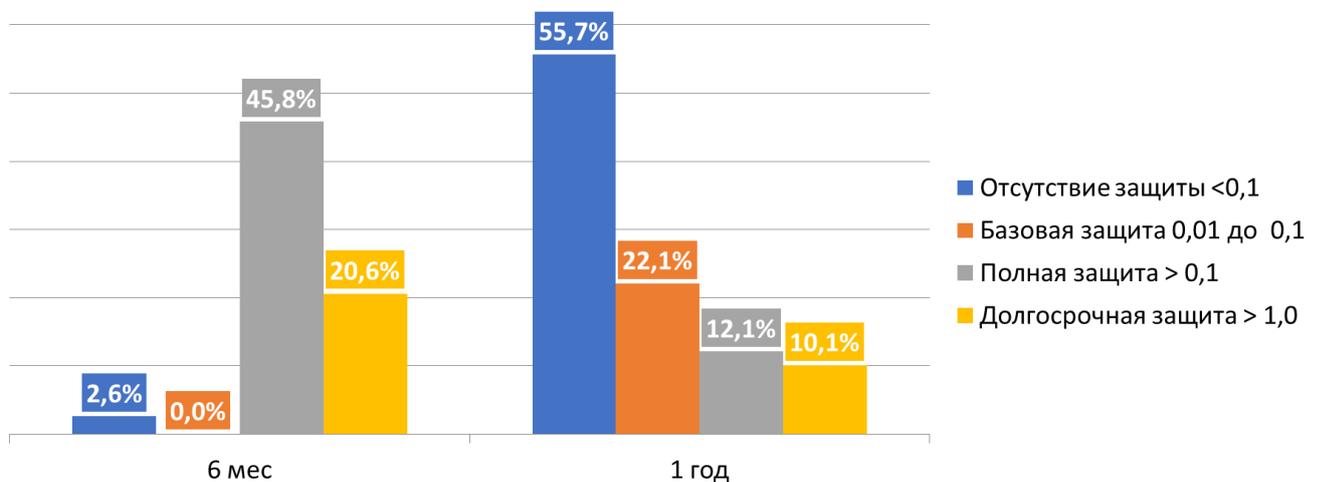


Рисунок 8.- Уровень противодифтерийных антител у практически здоровых детей, вакцинированных пентавалентной вакциной, через 6 мес. и через 1 год.

Поэтому детям в 16-23 месяца проводилась по календарю ревакцинация АКДС. Отмечено, что после ревакцинации как через 6 месяцев, так и через один год отмечалось уменьшение отсутствия защиты (3,0 и 3,5%), и повышение базовой, полной и долгосрочной защиты ($p < 0,01$).

В 6 лет отмечалось повышение показателей подтверждающих отсутствие защиты и снижение всех остальных показателей (23,5% против 10,1, 48,7% против 20,2; 23,5% против 9,9%; $p < 0,01$), в связи с чем по календарю проводилась вторая ревакцинация АДС, после которой противодифтерийный иммунитет повысился. Однако через 5 лет отмечалась тенденция к повышению негативного показателя – отсутствие защиты (30,2%), что указывало на предрасположенность этих детей к заболеванию дифтерией.

Таким образом, вакцинация пентавалентной вакциной и ревакцинация АКДС и АДС эффективны, привитые практически здоровые дети отвечают на них формированием напряжённости поствакцинального иммунитета. Полученные данные не противоречат данным литературы [А.А.Баранов, 2012; О.Ю.Устинова, 2013].

Всем часто болеющим детям (92) со среднетяжёлой и тяжёлой степенью заболевания, которые не были вакцинированы пентавалентной вакциной в декретированные сроки из-за частых заболеваний, вакцинацию проводили в интеркуррентном периоде. Результаты вакцинации показали, что у часто болеющих детей специфический иммунитет к дифтерии выработался через 6 месяцев, но по сравнению со здоровыми детьми показатели отсутствия защиты (10,3% против 2,6%; $p < 0,001$) были выше, а базовая, полная и долгосрочная защита были ниже, но разница между ними не была статистически значимой (рисунок 9).

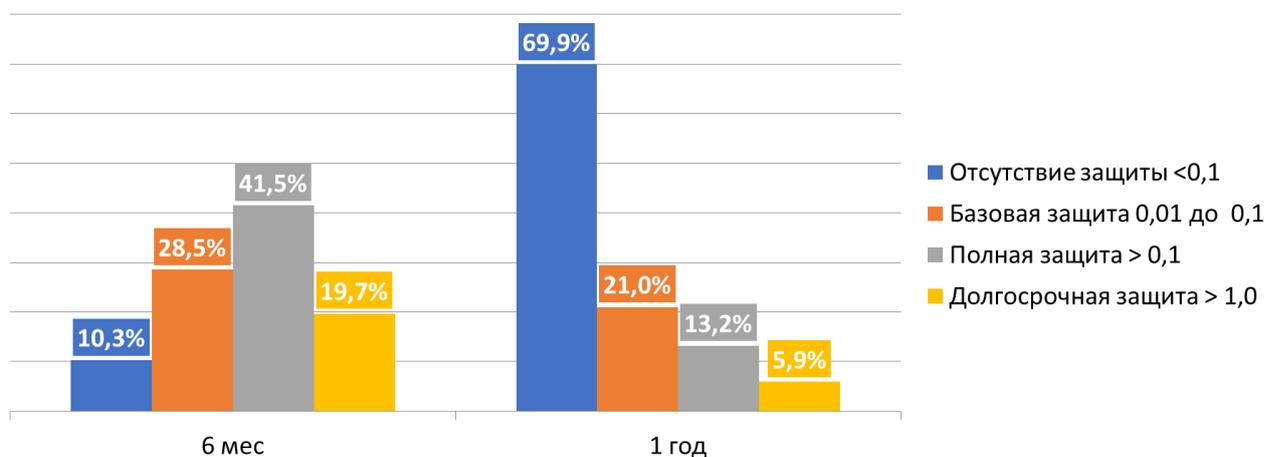


Рисунок 9.- Уровень противодифтерийных антител у ЧБД, вакцинированных пентавалентной вакциной, через 6 мес. и через 1 год.

Через год у ЧБД значительно снизился иммунитет по сравнению с предыдущими данными (через 6 месяцев), увеличилось отсутствие защиты (69,9% против 10,3%, $p < 0,001$), и было выше, чем у здоровых (69,9% против 55,7%), а базовая, полная и долгосрочная защита ($p < 0,001$) были статистически значимо ниже, поэтому всем детям была проведена ревакцинация АКДС.

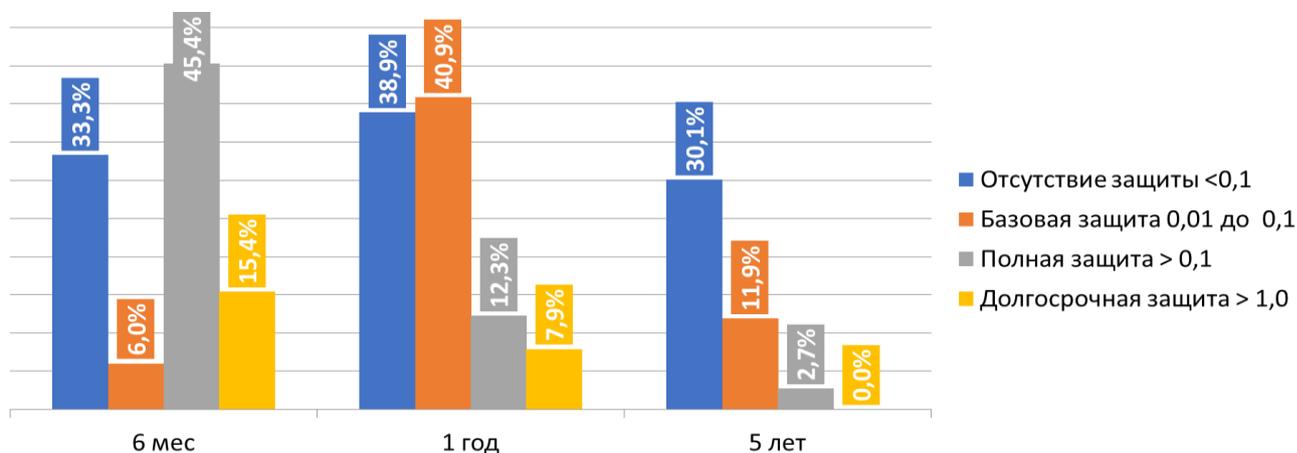


Рисунок 10.- Уровень противодифтерийных антител у ЧБД, вакцинированных АКДС, через 6 мес., 1 год и 5 лет.

У больных этой группы выявлена выработка противодифтерийного иммунитета в результате чего повысилась базовая, полная и долгосрочная защита ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми, у которых через 5 лет отмечена тенденция к снижению иммунитета и нарастание отсутствия защиты (59,8% против 55,3%), как у здоровых детей, так и у больных.

В связи с чем, соответственно календарю прививок была проведена ревакцинация АДС (рисунок 11).

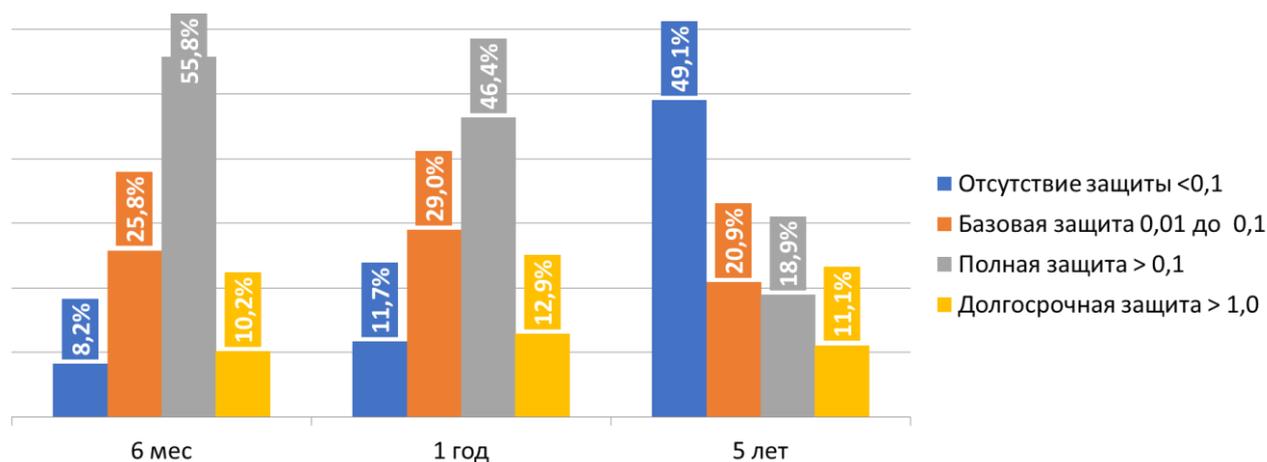


Рисунок 11.- Уровень защиты противодифтерийных антител у ЧБД, вакцинированных АДС, через 6 мес., 1 год и 5 лет.

Полученные результаты были такими же, как и после АКДС вакцинации, что подтверждается и другими авторами [Таточенко В.К., 2016; Lin T.Y., et al., 2017]. Через 5 лет у

часто болеющих детей отмечено значительно большее снижение иммунитета, чем у здоровых ($p < 0,001$). Поэтому в 2011-2012 г. в РТ была проведена дополнительная ревакцинация АДС.

Таким образом, проведение профилактических прививок (пентавалентная вакцина, АКДС, АДС) необходимо часто болеющим детям, на что указывают данные базовой и полной защиты.

Под нашим наблюдением находились 72 ЧБД с различными нозологическими формами заболевания, в связи с чем был проведен суммарный сравнительный анализ напряженности поствакцинального противодифтерийного иммунитета у больных детей на пентавалентную вакцину, АКДС и АДС без и после предварительной подготовки. После предварительной подготовки специфический иммунитет увеличился на все вакцины (пентавалентная, АКДС, АДС), возросла базовая, полная, долгосрочная защиты ($p < 0,001$). А показатели отсутствия защиты уменьшились ($p < 0,001$), что указывало на необходимость проведения предварительной подготовки ЧБД перед вакцинацией. У часто болеющих детей без предварительной подготовки иммунитет был ниже, чем после предварительной подготовки.

В ходе углубленного серологического обследования ЧБД были выявлены новые данные по формированию специфического иммунитета, дополняющие данные литературы [Ботвиньева В.В., 2012; Самсыгина Г.А., 2019; Dutta A.K., 2009; Kurugol Z., 2011], которые указывают на необходимость соответствующих показаний, подбора больных и дальнейшего катamnестического наблюдения за ними.

Итак, вакцинация часто болеющих детей эффективна и безопасна. Специфический иммунитет на вакцинацию у ЧБД вырабатывается в пределах защитного, но он статистически ниже ($p < 0,001$), чем у здоровых детей. Иммунизацию ЧБД следует проводить всеми вакцинами согласно календарю прививок, а также рекомендовать им дополнительные прививки против гриппа, пневмококковой, гемофильной, менингококковой инфекций, т.к. эти дети более подвержены инфицированию, чем здоровые [Семененко Т.А., 2012; Griffiths U.K., 2009; Aspinall S., 2012]. Однако в тех случаях, когда очередной эпизод респираторной инфекции или обострения основного заболевания совпадает с декретируемым сроком планового календаря прививок, требуется перенести вакцинацию на более позднее время.

Для профилактики поствакцинальных реакций, обострения основных и наложения интеркуррентных заболеваний необходимо часто болеющим детям проведение перед вакцинацией предварительной подготовки.

Заключение

Основные полученные результаты

1. В процессе проведенного исследования было отмечено, что на селе (56,2%) часто болеющих детей достоверно больше, чем в городе (43,8%), что связано с более поздней обращаемостью за медицинской помощью.[1-А, 4-А, 12-А, 33-А, 36-А].
2. У женщин с отягощённым соматическим и гинекологическим анамнезом беременность часто сопровождалась осложнениями (угроза прерывания, воспалительные заболевания половых органов и др.), что приводило к несоответствию зрелости плаценты сроку гестации, формированию плацентарной недостаточности, патологии пуповины и течения родов. Всё это способствовало запаздыванию созревания иммунной системы плода и нарушению функционирования респираторного, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем [2-А,3-А,5-А,12-А,22-А,25-А,34-А,41-А].
3. По структуре заболеваемости у ЧБД отмечались бронхолёгочная патология, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, аллергические, хронические заболевания лор-органов и сочетанная патология. Характерной особенностью заболеваний у часто болеющих детей являлась высокая частота их возникновения и склонность к затяжному и рецидивирующему течению вплоть до непрерывно-рецидивирующего у больных со среднетяжёлой и тяжёлой степенью [4-А,8-А,19-А,22-А,23-А,26-А,35-А,47-А,50-А].
4. У часто болеющих детей до вакцинации пентавалентной, АКДС, АДС и краснушно-коревой вакциной по сравнению с практически здоровыми детьми отмечается достоверное снижение уровня Т- и В - лимфоцитов, Ig A, IgM, IgG, что сопряжено с частой вирусной антигенной стимуляцией, истощающей иммунорегулирующие механизмы и требующей иммунокорректирующей терапии[6-А,7-А,9-А,17-А,20-А,30-А,32-А].
5. Степень нарушения качества жизни, как в целом, так и отдельных его компонентов, значимо отличается при различных соматических и хронических заболеваниях, может служить интегральным критерием состояния здоровья детской популяции, основанным на субъективной оценке физического, психологического и социального благополучия и широко использоваться в педиатрической науке и практике[8-А,13-А,16-А,29-А,37-А,41-А].
6. У часто болеющих детей после введения пентавалентной, АКДС и АДС вакцин в отличие от практически здоровых детей нами отмечались помимо местной аллергической и общие реакции. При проведении краснушно-коревой вакцинации отмечались специфические реакции[7-А, 9-А,11-А, 15-А, 17-А,21-А, 30-А,45-А].
7. Частота поствакцинальных реакций у ЧБД села выше, чем у городских, и ассоциирована с более высоким удельным весом сопутствующей соматической патологии.

Предварительная подготовка уменьшает удельный вес поствакцинальных реакций у ЧБД[9-А,11-А,17-А,20-А,32-А,43-А].

8. Проведенное серологическое исследование показало, что иммунитет против гепатита, кори, краснухи и дифтерии у практически здоровых детей после вакцинации в различные возрастные периоды и по регионам выше, что связано с проведенной дополнительной иммунизацией против кори в 2007 году, против кори и краснухи в 2009 году и против дифтерии в 2012 году. У часто болеющих детей города и села формируется специфический иммунитет, который, однако, не достигает показателей контрольной группы[2-А,6-А, 7-А, 9-А,11-А,15-А,18-А,20-А, 32-А].

9. Катамнестическое наблюдение ЧБД в течение 5 лет показало достоверное снижение специфических антител против вирусного гепатита, кори, краснухи и дифтерии, требующее проведения каждые 5 лет дополнительной иммунизации детям группы высокого риска с предварительной подготовкой до вакцинации[4-А,10-А,18-А,21-А,32-А,34-А,40-А,43-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При организации педиатрической службы необходимо брать на диспансерный учёт часто болеющих детей с высокой степенью риска по частой заболеваемости.

2. Женщинам детородного возраста, имеющих факторы риска на этапе планирования семьи и при постановке на учёт в центры репродуктивного здоровья, должны проводиться своевременные лечебно-профилактические мероприятия с целью уменьшения внутриутробных и послеродовых заболеваний у детей.

3. Выявленные нарушения КЖ детей различных медико-социальных групп из числа часто болеющих свидетельствуют о необходимости включения этого показателя в программу их обследования для оптимизации медицинской помощи данного контингента.

4. Часто болеющим детям перед вакцинацией во избежание развития поствакцинальных реакций необходимо проведение комплексного обследования и проведение предварительной подготовки.

5. Необходимо учитывать все виды реакции на пентавалентную, АКДС, АДС, краснушно-коревую вакцину, выяснить причины их возникновения, проводить своевременную терапию, и учитывать при последующей вакцинации.

6. Учитывая, что со временем напряжённость иммунитета снижается, необходимо каждые 5 лет всем детям, включая часто болеющих, проводить дополнительную медицинскую

иммунизацию против вирусного гепатита, кори, краснухи и дифтерии, что будет способствовать снижению уровня инфекционных заболеваний.

Список публикаций соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] Мамаджанова Г.С. Влияние фоновых состояний и очагов хронической инфекции на формирование контингента часто болеющих детей./Г.С.Мамаджанова, О.В.Новикова// Вестник Авиценны («ПаёмиСино»).-2006.- №1-2. -С.67-69.
- [2-А] Мамаджанова Г.С. Характеристика специфического иммунного ответа детей с гипотрофией, получивших полный курс вакцинации против гепатита В и других инфекций /Г.С.Мамаджанова, М.Д.Ёдгорова, // Вестник Авиценны («ПаёмиСино»).- Душанбе.-2007.- №3-4.-С.155-158.
- [3-А] Мамаджанова Г.С. Факторы риска по развитию цитомегаловирусной инфекции и их клинические особенности / Г.С.Мамаджанова, Н.Ш.Самиева, Н.Д.Саидмурадова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»). - Душанбе.-2008.- №4.-С.71-74.
- [4-А] Мамаджанова Г.С. Клиническая характеристика часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова // Вестник Авиценны («ПаёмиСино»). -Душанбе.-2011.- №1.-С.70-75.
- [5-А] Мамаджанова Г.С. Основные факторы риска, предрасполагающие к развитию рахита / Г.С. Мамаджанова // Вестник Авиценны («Паёми Сино»).- Душанбе.-2011.-№1.-С.84-87.
- [6-А]Мамаджанова Г.С. Сравнительный анализ формирования противокорревого иммунитета у часто болеющих и практически здоровых детей раннего возраста /Г.С.Мамаджанова, Ф.М.Гишкова/ /Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе.-2011.-№2.-С.71-75
- [7-А] Мамаджанова Г.С. Влияние вакцинации на состояние здоровья часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова// Здравоохранение Таджикистана. -Душанбе.-2011.-№3. -С. 61-65.
- [8-А] Мамаджанова Г.С. Клинико-иммунологические особенности хронической патологии носоглотки и иммунотерапия у часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова, С.Ф.Хайдарова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»).- Душанбе.-2012.-№ 1. -С.121-124.
- [9-А] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического и поствакцинального иммунитета у детей с аллергодерматозами, вакцинированных пентавалентной вакциной/ Г.С.Мамаджанова, З.К. Умарова, У.Х. Рахимова// Здравоохранение Таджикистана. -Душанбе.-2013.-№1.- С.52-56.
- [10-А] Мамаджанова Г.С. Оценка уровня иммунитета к дифтерии у здоровых и часто болеющих детей. /Г.С.Мамаджанова/ / Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе.- 2013.-№2.-С. 64-68.
- [11-А] Мамаджанова Г.С. Влияние краснушно-коревой и пентавалентной вакцинации на

состояние здоровья часто болеющих детей/Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова, М.Д.Ёдгорова// Вестник Авиценны («ПаемиСино»). -Душанбе.-2013.-.№2.-С.144-148.

[12-А] Мамаджанова Г.С. Факторы риска, клиника, диагностика и лечение часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№2.-С.177-182.

[13-А] Мамаджанова Г.С. Оценка качества жизни часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова, З.К. Умарова/ / Вестник педагогического университета .-2014.-.№2(57).-С.257-260.

[14-А] Мамаджанова Г.С. Иммунная система у часто болеющих детей (обзор литературы). /Г.С.Мамаджанова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№2(57).-С.166-176.

[15-А] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического иммунитета к вирусам кори и краснухи у здоровых детей. /Г.С.Мамаджанова// Здравоохранение Таджикистана.-Душанбе.-2014.-.№2.-С.68-72

[16-А] Мамаджанова Г.С. Иммунный статус у детей с атопическим дерматитом страдающих хламидийной и цитомегаловирусной инфекцией./Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова, У.Х.Рахимова, С.Ф. Хайдарова, З.Р. Рахматуллоева// Вестник педагогического университета .-2014.-.№5(60).-С.173-175.

[17-А] Мамаджанова Г.С. Опыт вакцинации детей с алергодерматозами в различные периоды заболевания /З.К.Умарова, Г.С.Мамаджанова, У.Х.Рахимова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№5(60).-С.176-180.

[18-А] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического иммунитета против гепатита «В» у часто болеющих детей /Г.С. Мамаджанова// Вестник Авиценны «Паеми Сино».- Душанбе.-2015.- №2.-С.109-113

[19-А] Мамаджанова Г.С. Клинические проявления локализованных форм респираторной хламидиозной инфекции./ С.Ф.Хайдарова, Г.С, Мамаджанова, З.К.Умарова// Здравоохранение Таджикистана.-Душанбе.-2015.-.№1.-С.77-79.

[20-А] Мамаджанова Г.С. Вакцинопрофилактика у часто болеющих детей с респираторными алергозами/ Г.С.Мамаджанова// Вестник педагогического университета.-2015.-.№2 (66).-С.145-148.

[21-А] Мамаджанова Г.С. Напряжённость специфического иммунитета к вирусу кори и краснухи у практически здоровых детей/ Г.С.Мамаджанова // Вестник педагогического университета .-2015.-.№3 (68).-С.141-144.

[22-А] Мамаджанова Г.С. Клинико-иммунологическая характеристика атопического дерматита у детей в условиях жаркого климата/ З.К.Умарова, М.П.Носирова, У.Х.Рахимова// Ж. Современные проблемы науки и образования -Москва.-2016.-.№ 668.-С.101-107

[23-А] Мамаджанова Г.С. Факторы риска, способствующие развитию и клиническим проявлениям цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста/ З.К. Умарова//

Здравоохранение Таджикистана.-2016.-№2 (232).-С.31-36

[24-А] Мамаджанова Г.С. Топическая терапия атопического дерматита у детей /Г.С.Мамаджанова // Здравоохранение Таджикистана.-2018.-№3.- С.38-43

[25-А] Мамаджанова Г.С. Некоторые клинико - иммунологические аспекты у часто болеющих детей с гипотрофией/З.К. Умарова , М.Д.Ёдгорова, М.П. Носирова// Вестник Авиценны Паёми Сино .-2017.-№2.-С. 67-71.

[26-А] Мамаджанова Г.С. Арзёбии инкишофи чисмони ва психотики дар кудакони зуд-зуд беморшаванда ва кудакони солим/ Г.С.Мамаджанова // Авчи Зухал.-2018.- №3.-С56-59

[27-А] Мамаджанова Г.С. Лечебные, профилактические, и оздоровительные мероприятия ЧБД / Г.С.Мамаджанова/ Авчи Зухал -2019.- №1.-С.34-38.

[28-А] Мамаджанова Г.С. Гизо ва табобати кудакони дорои ихтилолҳои функционалии хозима/ Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова // Авчи Зухал.-2019.-№ 3.-С. 34-35

[29-А] Мамаджанова Г.С. Особенности клиники и лечение кишечных и внекишечных проявлений лямблиоза у детей// Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Здравоохранение Таджикистана.-2020.-№2.-С.50-54

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[30-А] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического противокореевого иммунитета у часто болеющих детей Актуальные вопросы семейной медицины./ З.К.Умарова, О.В.Новикова / Сб. тез. 55-ой год. науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. –Душанбе.-2007.-С.183-185

[31-А] Мамаджанова Г.С. Противовирусные препараты в лечении и профилактике простудных заболеваний у часто болеющих детей/ Г.С. Мамаджанова, Н.Ш.Абдуллаева, С.Ф.Хайдарова // Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества. Сб. статей 57ой год. науч-практ. конф. с межд. участием, посвящ. 70-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе.- 2009.-С.38-40.

[32-А] Мамаджанова Г.С. Влияние вакцины на состояние здоровья практически здоровых новорожденных /Г.С.Мамаджанова/ Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- Душанбе.- 2010.- №2.-С.17-20.

[33-А] Мамаджанова Г.С. Состояние здоровья и реактивность часто болеющих детей лечебные, профилактические и оздоровительные мероприятия /Г.С.Мамаджанова// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - Душанбе.-2010.-№4.-С.20-25.

[34-А] Мамаджанова Г.С. Иммунотерапия часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова// Роль медицинской науки в оздоровлении общества. Сб. тез. год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 20-летию государственной независимости. РТ. -Душанбе.-2011.- С.151-152.

- [35-А] Мамаджанова Г.С. Клинические особенности и комплексная терапия часто болеющих детей страдающих функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта/ Г.С.Мамаджанова// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- Душанбе.-2011.-№2 (10) .- С.17-21.
- [36-А] Мамаджанова Г.С. Группы и типы часто болеющих детей. /Г.С. Мамаджанова Мат. V-го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана – Душанбе.- 2010.- С.83-86
- [37-А] Мамаджанова Г.С. Клинико-лабораторные особенности периода ранней адаптации новорожденных детей от матерей с патологией органов мочевой системы / М.Н.Хотамова, Г.С. Мамаджанова, Х.Д.Аминов // Мать и дитя. -Душанбе. -2011.-№4.-С.74-78.
- [38-А] Мамаджанова Г.С. Комплексная терапия часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова/ /Роль медицинской науки в оздоровлении общества. Сб. тез. 59 год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 20- летию Государственной независимости РТ.- Душанбе.- 2011.- С.151-152.
- [39-А] Mamadjanova G.S. Physical development and structure of the disease among young children in large families of rural freas/ Mamadjanova G.S., Z.K.Umarova, M.P.Nosirova, A.E.Hudoynazarov// Abstracts of XI congress of pediatricians of Eurasian countries.-Dushanbe.-2011-P.124-125.
- [40-А] Мамаджанова Г.С. Эффективность препарата «Виферон» для лечения и профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей./Г.С.Мамаджанова, З.А.Бадалова, М.М.Махмудова// Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сб. тез. 60 - ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 80-летию со дня рождения чл.-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки.-Душанбе.-2012.-С.257-258.
- [41-А] Мамаджанова Г.С. Факторы, способствующие развитию внутриутробной инфекции/ Г.С. Мамаджанова, З.К.Умарова С.Ф.Хайдарова// Теоритические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сб. тез. год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 80-летию со дня рождения. член.-корр. РАМН проф. Ю.Б.Исхаки .- Душанбе.- 2012.-С.331-333
- [42-А] Мамаджанова Г.С. Лечение дисбактериоза у детей /Г.С.Мамаджанова З.Р.Рахматуллаева, З.К. Умарова, Д.А. Мукарамова// Вклад медицинских наук в практическое здравоохранения. Сб. науч.статей 61-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с междун.участием.- Душанбе.-2013.-С.212-214.
- [43-А] Мамаджанова Г.С. Изучение влияния пентавалентной вакцины на здоровье часто болеющих детей в интеркуррентном периоде /Г.С. Мамаджанова,, З.А.Бадалова// Антибиотики и антибиотикорезистентность. Материалы I Среднеазиатского конгресса МАКМАХ. Медицина и экология.-2014.-№1(приложение). - С.39-40.
- [44-А] Мамаджанова Г.С. Часто болеющие дети - лечебные, профилактические мероприятия

/Г.С.Мамаджанова // Сб. тез. 62-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 20-летию Конституции РТ. -Душанбе. -2014.- С.52-53.

[45-А] Мамаджанова Г.С. Поствакцинальные реакции часто болеющих детей /Г.С.Мамаджановой Н.Ш.Самиева, М.М.Махмудова, З.А.Бадалова.// Сб. тез. 62-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвящ. 20-летию Конституции РТ. -Душанбе. -2014.- С.50-51.

[46-А] Мамаджанова Г.С. Применение адаптированных детских смесей на основе сои в профилактике пищевой аллергии у детей раннего возраста /Г.С.Мамаджанова,З.К.Умарова, У.Х.Рахимова// Роль доказательной медицины в повышении качества медицинской помощи и медицинского образования. Респ. научн.-практич. конф.-Душанбе.-2014.-С.109-110.

[47-А] Мамаджанова Г.С. Клиника и лечение аномалии конституции у детей, перенесших перинатальную энцефалопатию. /Г.С.Мамаджанова, У.Х.Рахимова, З.К.Умарова// Доклады Академии наук Республики Таджикистан.-2014.-Т.57, №4.-С.333-337.

[48-А] Мамаджанова Г.С. Клиника и лечение кишечного амёбиаза у детей разных возрастных групп / Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Журнал Инфектологии.-2020.-С.108-109

[49-А] Мамаджанова Г.С. Поражение центральной нервной системы при стафилококковом энтероколите у детей раннего возраста / Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Журнал Инфектологии.-2020.-С.108-109

[50-А] Мамаджанова Г.С. Фоновые состояния у детей раннего возраста усугубляющие течение бронхолегочной патологии / Г.С. Мамаджанова, З.К. Умарова, Г.М. Саидмурадова// Глобальная экономика в XIX веке: роль биотехнологий и цифровых технологий.-2020.-С.277-279

Предварительная подготовка к вакцинации часто болеющих детей (алгоритм)

Режим дня	Диета	Выявление и санация хронических очагов инфекции	Медикаментозное лечение
<p>1. За две недели до прививки не посещение детских учреждений.</p> <p>2. Достаточное пребывание на свежем воздухе.</p> <p>3. Удлиненный ночной сон (9 часов) и дневной сон (1,5-2 часа).</p> <p>4. Температура воздуха в помещении 24⁰С, влажность воздуха не ниже 40%.</p>	<p>1. Преимущественно грудное вскармливание со своевременным введением прикормов.</p> <p>2. Гипоаллергенная диета (исключить цитрусовые, шоколад, орехи) за 7 дней до и 7 дней после вакцинации.</p> <p>3. Достаточное количество белка соответственно возрасту (мясо, творог, сыр).</p> <p>4. Свежие фрукты и овощи.</p> <p>5. Прием малыми порциями раз в сутки в соответствии с биологическим возрастом.</p>	<p>1. Хронический тонзиллит, фарингит и отит (орошение зева бактерицидными препаратами).</p> <p>2. Лечение кариеса зубов и глистной инвазии</p>	<p>1. Антигистаминные препараты (фенкарол, диазолин, фенистил и др. в течение 5-7 дней).</p> <p>2. Иммуномодуляторы (анаферон, виферон, интерферон, циклоферон).</p> <p>3. Биостимуляторы (экстракт элеутерококка, настойка корня женьшеня)</p> <p>4. Неспецифическая гипосенсибилизация (препараты кальция, интал, глицерам, кетотифен.).</p> <p>5. Витаминотерапия (С и группы В).</p> <p>6. Фитотерапия (поить отваром шиповника, ромашки).</p>

Вакцинальный период - период ремиссии после введения вакцин и последующие 10-14 дней после прививки

1. Вакцинация назначается в утренние часы.

Осмотр врача иммунолога.

Термометрия.

4. Назначение антигистаминных препаратов два раза в день. (от 4 до 7 дней).

5. Наблюдение медицинской сестры и врача в течение 1,5 часа.

6. Продолжить незаконченное медикаментозное лечение.

Поствакцинальный период

1. В течение 1,5 мес. после вакцинации по показаниям симптоматическое лечение.
2. Определение сроков следующих вакцинных препаратов.
3. Профилактика и лечение гипотрофии, рахита, анемии.
4. Реабилитационные мероприятия (дыхательная и лечебная гимнастика, занятия спортом.)
5. Диспансерное наблюдение в течение 5 лет.

Рисунок.-12. Алгоритм подготовки к вакцинации

Список сокращений

АКДС – вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая

АДС – анатоксин против столбняка и дифтерии **ВГВ** – вирусный гепатит «В»

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИФА – иммуноферментный анализ

КЖ – качество жизни

МЗ – министерство здравоохранения

ОП – оптическая плотность

ОРЗ – острые респираторные заболевания

РРИ – рекуррентные респираторные инфекции

РН – реакция нейтрализация

РТ – Республика Таджикистана

СЗН – социальной защиты населения

ТНИИПМ – Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины

ФНЖКТ – функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта

ЧБД – часто болеющие дети

CD 3 – (Т – лимфоциты)

CD 4 – (Т – хелперы)

CD 8 – (Т – супрессоры) **CD 20** – (В – лимфоциты) **CD 25** – (рецептор к IL-2)

CD 75 – (рецептор пролиферации)

CD 95 – (апоптоз)

IgA – иммуноглобулин А

IgM – иммуноглобулин М

IgG – иммуноглобулин G

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

УДК 616.053.2

МАМАДҚОНОВА ГУЛНОРА СИДИҚҚОНОВА

**ТАЪСИРИ ЭМГУЗАРОНИҲОИ ПРОФИЛАКТИКӢ БА ҚАРАӢНИ КЛИНИКИИ
БЕМОРИ ВА МАҚОМИ МАСУНИ ДАР ҚӢДАКONI ЗУД-ЗУД БЕМОРШАВАНДАИ
ҚУМҲУРИИ ТОЧИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти

дараҷаи илмии доктори илмҳои тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.08-Тибби атфол

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

Мушовирони илмӣ :

Ятсик Галина Викторовна академики АИТР,
ходими шоистаи илм, доктори илмҳои тиб,
профессор
Тишкова Фарида Хаматгалиевна
доктори илмҳои биологӣ, профессор, мудири
шӯъбаи вирусологӣ

Муқарризи расмӣ:

Олимова Клавдия Сергеевна- доктори
илмҳои тиб, профессор, директори ҶДММ
Маркази тиббӣ «Зангула»
Ҷураев Муҳаммед Наврузович- доктори
илмҳои тиб, мудири кафедраи аллергология
ва иммунология МДТ Донишкадаи тақсилоти
баъдидипломи дар соҳаи тандурустӣ ҶТ
Одиназода Азиз Абдусаттор - доктори
илмҳои тиб, дотсент, директори генералии
Маркази илмии Ҷумҳуриявии хун"

Муассисаи пешбар: Маркази рушди касбии таҳасусии кормандон тиббӣ ВТ ҶТ

Ҳимояи диссертатсия « ____ » _____ 2021 соати _____ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D. КОА –038 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х.Рӯдакӣ 139, www.tajmedun.tj+992918724088.

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

Автореферат « ____ » _____ 2021 ирсол шудааст.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ

номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷамолова Р.Ҷ.

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Яке аз гурӯҳҳои хеле сершумори аҳолии кӯдаконе, ки ба таваччуҳи чиддии табибони атфол эҳтиёҷдоранд, «кӯдакони зуд-зуд беморшаванда» (КЗБ) мебошанд [Албитский В.Ю. 1986, Чупак Э.Л. 2018, Y.Zou 2012]. Истилоҳи «кӯдакони зуд-зуд беморшаванда» дар нимаи якуми солҳои 80 - уми асри гузашта дар адабиёти илмии тиббӣ пайдо гардид. Он ба гурӯҳи кӯдаконе мансуб аст, ки ҳангоми мушоҳидаи диспансерӣ бо сатҳи баландтари беморшавӣ нисбат ба ҳамсолони худ фарқ мекарданд. Сарфи назар аз он, ки гурӯҳи КЗБ ҳанӯз соли 1986 аз тарафи В.Ю. Албитский ва А.А.Баранов тавсиф шуда буд, то кунун он ҳамчун проблемаи чиддӣ дар тибби атфол ҳам аз лиҳози ташхиси дуруст ва ҳам аз ҷиҳати табобати муносиб боқӣ мемонад. Барои он ки вижагии ҷараёни сироятҳои роҳҳои нафаскашӣ ва ҷанбаи давомдори он таъкид гардад, истилоҳи «кӯдакони зуд-зуд ва бардавом беморшаванда» истифода мегардад [Свистушкин В.М. 2014, Коленова И.Е.2015, Романцов М.Г.2016]. Дар адабиёти хориҷӣ истилоҳи «беморони дорои сироятҳои рекуррентии респираторӣ (recurrence - такрорӣ)» (БРР) ба қор бурда мешавад [Adrian Trenholm 2016, N.Farshad 2018]. Чунончи, дар Британияи Кабир ва ИМА ба гурӯҳи кӯдакони дорои БРР беморонеро дохил мекунанд, ки онҳо дар муддати як сол бештар аз 8 бор ба бемориҳои шадиди роҳҳои нафаскашӣ гирифта мешаванд [Гиниятова З.М. 2018, Pruikkonen H.2008].

Вазифа аз дуруст ва сари вақт дар марҳилаи амбулаторию дармонгоҳии тандурустӣ ошкор намудани кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳ шуда ва бидуни онҳо иборат мебошад. Дар ҳалли масъалаи мазкур пурсиш, муоинаи пурраи клиникаи кӯдак ва таҳқиқоти иловагии клиникаю озмоишгоҳӣ ва (афзорӣ) инструменталӣ, инчунин машварати бамавқеи мутахассисони махсус зарур аст. Аз рӯи маълумоти Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) ҳамасола ҳар як бошандаи сеюми сайёра ба бемории сирояти вирусӣ мубтало мегардад. Тақрибан 90%-и сироятҳои мазкур ба роҳҳои болоии нафаскашӣ, ҳалқаи лимфоэпителиалӣ осеб расонида, боиси илтиҳоби гӯши мобайнӣ, ҷавфҳои иловагӣ мегарданд, дар 20-30%-и ҳолатҳо бо илтиҳоби шуш ё шиддатёбии бемориҳои музмин, ҳолатҳои аллергияи оризанок мегарданд [Боярская Л.Н. 2011, Гарашенко Т.И. 2011, Rodrigues L. 2011].

Ҳадди аксари гирифташавӣ ба сироятҳои шадиди роҳҳои нафас (СШРН) дар миёни кӯдакон дар Россия ва кишварҳои ИДМ дар синни аз 6-моҳагӣ то 6-солагӣ ба қайд гирифта шуда, аз 4 то 6 беморро дар як сол ташкил медиҳад. Дар миёни мактаббачагон беморӣ то 2-5 ҳолат дар як сол қоҳиш меёбад ва дар байни наврасон аз 2-4 беморӣ зиёд нест. [Стартсева С.Е. 2015,

Авезова Г.С. 2017], Bugin S. 2012]. Қобили қайд аст, ки ҳамин гуна ҳолат дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳам муқаррар карда шудааст [Умарова З.К. 2016].

Беморшавиҳои зуд-зуд рухдиҳанда ба афсурдагии ҳалқаҳои гуногуни системаи масунӣ мусоидат менамоянд. Бинобар ин, мақоми масуниятшиносии КЗБ бо коҳишҳои возеҳи сатҳи аксарияти нишондиҳандаҳои масуният ва омилҳои ҳифозати ғайримахсус тавсиф мегардад [Нагаева Т.А. 2018, Сарбасова Ж.О. 2018, Jesenak M. 2012, Leiva L.E. 2013].

Масъалаи гузаронидани эмгузарониҳои профилактикии КЗБ басо мубрам мебошад [O'Reilly K.M. 2012]. Дар ин гуна кӯдакон тақвими эмгузарониҳо ҳалалдор гардидааст, зеро онҳо аксаран ба беморӣҳои гирифтор мешаванд, ки ба феҳристи зиддинишондодҳои мутлақ шомил нестанд, аммо аксар вақт барои радкунии ба таъхир андохтани амалҳои тиббӣ чихати пешгирии пайдоиши воқунишҳо ва оризаҳои баъдиэмгузаронӣ асос шуда метавонанд. Чунин ҳолат ба иҷрои Барномаи миллии масуникунонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (фармоиши ВТ ва ҲИА ҚТ №21, соли 2008) монеа эҷод мекунад. Аз эмгузаронӣ дур кардани онҳо миқдори шахсони эмнашударо афзуда, боиси болоравӣ ва чараёни боз ҳам вазнинтари беморӣҳои сироятӣ аз қабилҳои гепатит, сурхак, сурхакон, дифтерия ва ғайра мегардад ва бо ҳамин маҷбур месозад, ки ба проблемаи эмгузарониҳои профилактикии КЗБ тавачҷуҳ карда шавад [Костинов М.П. 2015, Нагаева Т.А. 2018, Cilbert T 2017].

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Тавачҷуҳ ба проблемаи кӯдакони зуд-зуд беморшаванда бевосита бо афзоиши беморшавии саросарӣ ва паҳншавии он дар тамоми ҷаҳон, аз ҷумла дар Тоҷикистон, чӣ дар шаҳр ва чӣ дар деҳот алоқаманд мебошад. Масъалаи сари вақт ошкорсозии омилҳои хатари мусоидаткунанда ба инкишофи беморшавии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ва арзёбии клиникаи пайдошавии он басо мубрам буда, аз аҳамияти илмию амалӣ бархӯрдор аст. Таъсири тағйирёбии системаи масунӣ ба чараёни беморӣҳои кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст. Нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ имкон медиҳанд, ки номувозинатӣ дар фаъолияти ҳалқаҳои гуногуни масуният, ки ба музминшавии минбаъдаи патологияи соматикӣ ва ихтилоли сифати ҳаёти кӯдак мусоидат мекунанд, ошкор карда шавад.

Ягона усули коҳишдиҳии беморӣҳои сироятӣ бо эмгузарониҳои идорашаванда ва пешгирии паҳншавии эпидемия дар марҳилаи кунунӣ фарогирии 95%-и аҳоли бо эмгузарониҳои профилактикӣ мебошад. Ин маънои онро дорад, ки ба эмгузаронӣ на танҳо кӯдакони солим, балки кӯдакони гирифтори беморӣҳои гуногун низ бояд фаро гирифта шаванд. Профилактикаи махсуси кӯдакони зуд-зуд беморшаванда вазифаи мубрам, ҳосатан дар гурӯҳҳои хатар мебошад. На ҳамаи масунишудагон аз ҷумлаи кӯдакони зуд-зуд беморшаванда савияи

ҳифозатии подтанҳои махсусро тавсия мекунад. Масунияти баъдиэмгузаронии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст.

Теъдоди зиёди таҳқиқот ба кӯдакони зуд-зуд беморшаванда бахшида шуда бошанд ҳам, аммо омилҳои хатар, зуҳуроти клиникӣ, мақоми масунӣ, таъсири эмгузаронӣ ва ҷанбаи ташаккулёбии масунияти махсуси КЗБ ҳанӯз ба қадри кофӣ мавриди омӯзиш қарор нагирифтаанд. Гуфтаҳои боло шаҳодат медиҳанд, ки омӯзиши масъалаҳои мазкур хеле мубрам мебошанд.

Замимаҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. тарафи мо баҳогузорӣ ба паҳншавии беморӣ аз рӯи маълумоти мурочиатҳо ва муоинаҳои тиббии мақсаднок роҳандозӣ гардид. Таҳқиқот тамоми сол дар се марҳила дар асоси таҳлили анамнези зиндагӣ, аз рӯи маълумоти ҳуҷҷатгузори аввалияи ҳисоботи тиббӣ ва анкетагузаронии падару модарон, бо усули мурочиатҳо ва муоинаҳои тиббии мақсаднок баргузор шуд.

Таҳқиқоти масуниятшиносӣ бо усули муайянкунии миқдори популятсияи лимфоситҳо дар хуни канорӣ, мутобиқи таснифи муосир бо роҳи ҳаммонандкунии CD – молекулҳо дар мембранаи ҳуҷайраҳо бо методи иммунофлюоресенсияи бавосита гузаронида шуданд.

Ташаккулёбии масунияти махсуси кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ба эмгузаронии зидди гепатити «В», гулӯзиндонак, сурхак ва сурхакон бо роҳи таҳқиқоти серологӣ бо истифодаи тестҳои MurexAnti-HBc (total)- барои муайянкунии подтанҳои синфи IgG муайян карда шуданд. Барои санҷиши тести IgG - подтанҳо ба сурхак, IgG - подтанҳо ба сурхакон дар киштҳои ҳуҷайраҳои диплоиди мутобиқ ва репродуктивии одамон буданд.

Барои муайянкунии масунияти махсус ба дифтерия аз усули «Вокуниши беасарсозӣ дар кишти ҳуҷайраҳои Vero» ба кор бурда шуд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: омӯختани таъсири эмгузарониҳои профилактикӣ ба чараёни клиникаю масуниятшиносии бемориҳо дар кӯдакони бештар беморшавандаи шаҳру деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон, паҳншавӣ ва омилҳои хатари онҳо.

Объекти таҳқиқот: мо таҳлили ретроспективии 600 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи аз 1-моҳа то 16-соларо, ки ба марказҳои саломатии шаҳру деҳот мурочиат карда ва бо роҳи муоинаҳои тиббии мақсаднок ошкор шуда буданд, роҳандозӣ намудем. Гурӯҳи назоратӣ аз 150 нафар кӯдакони амалан солим иборат буд. Мақоми масунӣ: дар 68 нафар КЗБ ва дар 20 нафар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ. Сифати ҳаёт - 60 нафар КББ ва 20 нафар

кўдакони гурўҳи назоратӣ. Таъсири эмгузарониро мо дар 566 нафар кўдакони зуд-зуд беморшаванда муайян намудем. Аз онҳо 268 нафар бидуни омодагии пешакӣ ва 280 нафар баъди омодагӣ буданд. Барои арзёбии масуниятнокии эмгузаронии зидди гепатит ва муайянкунии шиддатнокии масунияти баъдиэмгузаронӣ дар 80 нафар кўдакони зуд-зуд беморшавандаи шахрӣ ва 86 нафар чунин кўдакони деҳотӣ ва 70 нафар кўдакони гурўҳи назоратӣ муайян карда шуданд. Муайянкунии шиддатнокии масунияти баъдиэмгузаронии зидди дифтерия дар 50 нафар кўдакони амалан солим ва 92 нафар кўдакони зуд-зуд беморшавандаи эмгузаронидашуда тавассути вақсинаи пентавалентӣ дар 16-23 моҳ баъди бозэмгузаронии ВСДК, дар 6 сол баъди бозэмгузаронии АКД амалӣ гардид. Барои санчиши тести IgG - подтанҳо ба сурхак, IgG – подтанҳои зидди сурхакон дар 146 нафар кўдакони бештар беморшавандаи шахрӣ ва 142 нафар кўдакони деҳотӣ интиҳоб шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот: кўдакони зуд-зуд беморшавандаи шахрҳо ва деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва таъсири эмгузарониҳо ба чараёни клиникаи бемориҳо, мақоми масуниятшиносӣ мавзӯи таҳқиқот мебошанд.

Вазифаи таҳқиқот:

1. Омӯхтани паҳншавӣ, омилҳои хатар, чараёни клиникаи бемориҳои соматикӣ ва муолиҷаи кўдакони зуд-зуд беморшаванда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи маълумоти мурочиат ва муоинаҳои тиббии мақсадноки кўдакони шахр ва деҳот.
2. Омӯхтани баъзе параметрҳои мақоми масунии кўдакони зуд-зуд беморшаванда.
3. Баҳогузори сифати ҳаётии кўдакони зуд-зуд беморшаванда.
4. Муайян кардани таъсири эмгузаронӣ ба ҳолати саломатии кўдакони зуд-зуд беморшаванда, хусусиятҳои чараёни раванди эмгузаронӣ ва натиҷаи он.
5. Баҳогузори динамикаи ташаккулёбии масунияти махсуси баъдиэмгузаронӣ дар кўдакони зуд-зуд беморшаванда.

Усулҳои таҳқиқот

1. Нусхабардории ҳуҷҷатгузори тиббии аввалия (ф.112\у, ф. 26) гузаронида шуд.
2. Таҳқиқоти анамнезӣ, клиникӣ, озмоишгоҳӣ (таҳлилҳои умумии хун, пешоб, наҷосат ва наҷосати барои тухми кичча), бактериологӣ (кишт аз бинӣ ва ҳалқ, хун, пешоб ва наҷосат) истифода гардид.
3. Масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар КЗБ муайян карда шуд.
4. Меъёрҳои сифати ҳаёти ҳам кўдакони солим ва ҳам КЗБ муайян гардид.
5. Методҳои инструменталӣ (ЭКГ, ТУС-и узвҳо ва системаҳои организм, R-графияи қафаси сина) аз рӯйи нишондодҳо анҷом дода шуд.

6. Таҳқиқоти зардобӣ: вокуниши беасарсозӣ (ВБ) ва таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) барои муайянкунии масунияти махсуси баъдиэмгузарон баргузор гардид.

7. Таҳлили омори дар КШ бо ёрии барномаҳои амалии «Statistics 6 "0"» гузаронида шуд.

Соҳаи таҳқиқот. Ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.08. - Тибби атфол мувофиқат мекунад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таълифи диссертатсия аз рӯйи марҳилаҳо амалӣ гардид. Дар марҳилаи аввал, муаллифи диссертатсия адабиёти ба проблемаи мазкур бахшидашударо мавриди омӯзиш қарор дод. Сипас, мавзӯ ва мақсади диссертатсия танзим гардид. Масъалаҳои паҳншавӣ, омилҳои хатар, таъсири эмгузарониҳои профилактикӣ ба чараҳои бемориҳои соматикӣ ва мақоми масунии кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи шахр ва деҳот, инчунин ошкорсозии вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ ва коркарди масунияти махсус ба назар гирифта шуд.

Заминаи асосии иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ. Дар таҳқиқот иттилоот (мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, маводи конференсияҳо, симпозиумҳо) дар бораи патологияи мазкури кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дар муддати 12 сол (аз 2000 то 2012) таҳти мушоҳида қарордошта ҳангоми муолиҷаи амбулаторӣ ва беморхонавӣ дар марказҳои саломатии шахру деҳот ва маркази тиббии шахрӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Эътимоднокии маълумоти диссертатсия бо ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои пажӯҳиш ва интишороти муаллиф тасдиқ мегардад. Натиҷагириҳо ва тавсияҳо дар замина таҳлили илмӣ натиҷаҳои таҳқиқот асос ёфтаанд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Паҳншавии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда аз рӯйи маълумоти мурочиат ва муоинаҳои тиббии мақсаднок дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мавриди омӯзиш қарор гирифтааст. Ошкор гардидааст, ки дар деҳот шумораи кӯдакони бемор нисбат ба шахр зиёдтар мебошанд.

Таъсири омилҳои эндогенӣ ва экзогенӣ хатари мусоидаткунанда ба пайдошавӣ ва такроршавии беморӣ дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда аксаран, бо дараҷаи миёнавазнин ва вазнин зоҳир мегарданд.

Қоҳишҳои мақоми масунӣ дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (КЗБ) ошкор гардида ва боэътимод исбот гардидааст, ки баъди табобати ислоҳи масуният ва эмгузаронӣ мақоми мазкур баланд мешавад.

Хусусиятҳои сифати ҳаёти (СҲ) кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дар алоқамандӣ бо вазнинии беморӣ, синни бемор ва мавҷуд будани патологияи ҳамроҳ шуда муайян карда шуд. Муқаррар гардид, ки нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти кӯдакон ва падару модарони онҳо то

муолича дар сатҳи паст қарор доштааст, ки баъди баргузори табобати тасҳеҳӣ боэътимод афзоиш кардааст.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқот шумораи зиёди кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (КЗБ) эмгузарониро нисбатан қаноатбахш, бо ҳадди камтари вокунишҳои иловагӣ аз саргузаронидаанд. Алгоритми таҳияшуда самаранокии омодагии пешакиро ба эмгузаронӣ бо беҳшавии пешгӯӣ дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (КЗБ) инъикос менамояд.

Муқаррар гардидааст, ки дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (КЗБ) шаҳр ва деҳот масунияти махсус ба эмгузаронӣ нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ пасттар будааст. Эмгузаронии кӯдакони бештар беморшаванда (КЗБ) зиддинишондод нест, аммо зарур аст, ки онро дар давраи интеркуррентӣ, дар пасманзари тайёрии пешакӣ баргузор намуд.

Аҳаммияти амали таҳқиқот. Натиҷаҳои бадастомада оид ба эпидемиологияи КЗБ аз рӯйи маълумоти мурочиатӣ ва муоинаҳои тиббии мақсаднок имкон медиҳад, ки паҳншавии онҳо муайян карда шавад ва мачмӯи тадбирҳои беҳсозии ташкили ёрии амалӣ ба кӯдакон таҳия карда шавад.

Омилҳои хатари ошкоргардида дар баргузори чорабиниҳои профилактикии бемориҳои бештар гирифташавандаи кӯдакон, инчунин баланд бардоштани сифати ҳаёти онҳо ёрӣ мерасонанд.

Вижагиҳои клиникаи масуниятшиносии бемориҳо дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда омӯхта шуда, дар муолиҷаи сироятҳои шадиди роҳҳои нафаскашӣ (СШРН) ворид сохтани доруи рекомбинанти интерферон -СС2в пешниҳод гардидааст.

Мақсаднокии баргузори пешакӣ тайёр кардани КЗБ пеш аз эмгузаронӣ бо мақсади коҳиш додани басомади вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ асоснок карда шудааст.

Динамикаи тағйироти масуният дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда омӯхта шуда, схемаи иловагии эмгузаронӣ барои воридкунии ваксина пешниҳод гардидааст. Ташаккулёбии масунияти махсус ба ваксинаи пентавалентӣ ва сурхаку сурхакон дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда муҳофизат аз сироятҳоро (сурхак, сурхакон, гепатити вирусии «В», дифтерия) нишон медиҳад.

Нуктаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

- Паҳншавии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (КЗБ) дар шаҳр ва деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон.
- Омилҳои тиббии иҷтимоии хатари ба ташаккулёбии гурӯҳҳои кӯдакони бештар беморшаванда (КЗБ) мусоидат кунанда.
- Вижагиҳои ошкоргардидаи клиникаи чараёнибемориҳои КЗБ бо вижагиҳои масунияти ҳалқаи ҳучайравӣ ва гуморалӣ робита доранд.

- Фоизи баланди вокунишҳои иловагӣ ба эмгузаронӣ бо вакцинаи пентавалентӣ ва сурхаку сурхакон мақсаднокии баргузори омодагии пешакиро муайян мекунад.
- Дар КЗБ муайян шудани дараҷаи сероконверсия ба эмгузаронии зидди гепатити вирусии «В», сурхак, сурхакон, дифтерия баргузори тасҳеҳи масуниятро асоснок месозад.
- Дар КЗБ ба эмгузаронӣ масунияти махсус ташаккул меёбад, вале он нисбат ба кӯдакони солим пасттар мебошад.
- Тайёрии пешакӣ ва баргузори масунисозӣ мутобиқ бо тақвими эмгузарониҳои профилактикӣ ба ташаккули масунияти баъдиэмгузаронӣ мусоидат мекунад.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия. Аз тарафи муаллиф чамъоварии маводи диссертатсионӣ, таҳлил ва шарҳу тафсири адабиёт, андухтан ва танзими маълумоти аввалияи клиникии марҳилаи ретроспективӣ ва таҳқиқоти беморхонавӣ бо мушоҳидаҳои динамикӣ ва муолиҷа, баргузори бахши асосии таҳқиқоти клиникӣ, коркарди омории мавод, интиҳоб карда гирифтани кӯдакон бо ташкил додани гурӯҳҳои таҳлилшаванда, коркард ва тавзеҳоти натиҷаҳои бадастомада анҷом дода шуд. Таҳқиқоти умумии озмоишгоҳӣ дар озмоишгоҳҳои маркази саломатии шаҳрӣ, марказҳои саломатии шаҳрию деҳот, пажӯҳишҳои масуниятшиносӣ дар Маркази миллии ташхис таҳти раҳбарии мудирӣ озмоишгоҳ Раҳимова Т.П. гузаронида шуданд. Муайянкунии масунияти махсус ва баъдиэмгузаронӣ дар озмоишгоҳҳои Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон таҳти раҳбарии мудирӣ озмоишгоҳи вирусология д.и.б., профессор Тишкова Ф.М. баргузор шуданд.

Тасвиби таҳқиқот ва иттилоот дар бораи истифодаи натиҷаҳои он

Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи 63-юми солонаи илмию амалии «Саҳми илми тиб дар солимгардонии оила» бо иштироки байналмилалӣ, соли 2014, ш. Душанбе; конференсияи 65-уми солонаи илмию амалии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Таҳқиқоти бунёдӣ ва амалӣ дар ҷаҳони муосир», соли 2015, ш. Душанбе; конференсияи 66-уми солонаи илмию амалии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Татбиқи дастовардҳои илми муосир дар тиб», соли 2016; ш. Душанбе, конференсияи 67-уми солонаи илмию амалии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино «Илми тиб дар асри ХХI. Нигоҳ ба оянда»; анҷумани VI акушер-гинекологҳо ва табибони атфоли Душанбе, солҳои 2017 ва 2018; Конгресси IX табибони атфоли ИДМ, ш. Душанбе, соли 2019; конференсияи солонаи илмию амалии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино бахшида ба 80 - солагии донишгоҳ, солҳои 2019 ва 2020; маҷлиси кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (ш. Душанбе 2020, протоколи №3) дар ҷаласаи комиссияи байниидоравии проблемавии экспертӣ

оид ба акушерӣ, гинекология ва педиатрияи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе 10.11.2020, прот. No 51). гузориш ва мавриди муҳокима қарор дода шудааст.

Интишороти натиҷаҳои диссертатсия

Аз рӯйи мавзӯи диссертатсия 50 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 29 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи феҳристи тавсиянамудаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таъб расидаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия

Диссертатсия дар 228 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, шарҳу тафсири адабиёти илмӣ, 5 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худии муаллиф, мавод ва методҳои таҳқиқот, муҳокимаи натиҷаҳои бадастомада, хулоса, натиҷагириҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёт иборат мебошад. Дар диссертатсия 56 ҷадвал ва 22 расм мавҷуд буда, феҳристи адабиёт 253 номгӯи маъхазҳо, аз ҷумла 121 номгӯӣ ба забони русӣ ва 132 номгӯӣ ба забони англисиро дар бар мегирад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифномаи шахсони таҳқиқшаванда ва методҳои таҳқиқот

Таҳқиқоти ретроспективӣ					
600 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда			150 нафар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ (кӯдакони амалан солим)		
263 нафар кӯдакони шахрӣ (писарҳо - 131; духтарҳо - 132)			71- писарҳо, 79- духтарҳо		
337 нафар кӯдакони деҳот (писарҳо - 151; духтарҳо - 186)			75 кӯдакони шахр ва 75 кӯдакони деҳот		
Аз рӯйи синну сол					
0-3 - сола 240 нафар		4-7- сола 220 нафар		8-16 -сола 140 нафар	
Аз рӯйи дараҷаи вазнинӣ					
дараҷаи сабук n=300		миёнавазнин n=200 детей		дараҷаи вазнин n=100	
Соҳтори бемориҳои кӯдакони бештар беморшаванда					
бем. музмини узвҳои гӯшу гӯлу ва бинӣ - 127	илтиҳоби бронхҳо- 114	илтиҳоби шуш-52	ИФҚМР- 122	Бемориҳои аллергӣ-96	патологияҳои ҳамроҳ-89
Эмгузаронии кӯдакони бештар беморшавандаи шахрҳо ва деҳот					
пентавалентӣ 146 - шахрӣ 140 - деҳотӣ		ВСДК 130- шахрӣ 120- деҳотӣ	АҚД 100- шахрӣ 110- деҳотӣ	сурхаку сурхаконӣ 146- шахрӣ 140- деҳотӣ	
Таҳқиқоти дурнамоӣ			Таҳқиқоти сифатӣ		
Мақоми масунии КББ - 68 нафар			Сифати ҳаёт - 60 нафар КББ гурӯҳи назоратӣ - 20 нафар кӯдак		
Масунияти махсус					

гепатити "В"		сурхаку сурхақонӣ		дифтерия
шаҳрӣ n=80	деҳотӣ n=86	шаҳрӣ n=217	деҳотӣ n=205	n=92
Методҳои таҳқиқот				
Тести Murex Anti-HBc (total) -барои муайянкунии подтани синфи Ig G ба гепатити "В"		Вокуниси беасарсозӣ дар парвардаи ҳуҷайраҳои "Vero" барои муайянкунии масунияти махсус ба дифтерия		Методи зардобшиносии ИФА барои муайянкунии масунияти махсус ба сурхак ва сурхақон

Расми 1.- Дизайни диссертатсия

Меъёрҳои воридкунӣ ба гурӯҳи кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ҳамон кӯдаконе буданд, ки ба бемориҳои шадиди сироятии роҳҳои нафаскашӣ 4 бор ё бештар аз он дар як сол гирифтор шуданд; 6 бор ва бештар аз он кӯдакони аз 1 то 6 - сола; 5 бор ва бештар аз он кӯдакони 3-6-сола ва аз 6-сола боло 4 бор ва бештар аз он дар як сол, ба илтиҳоби бронхҳо, илтиҳоби шуш, ихтилолотии функционалии ҷиҳози меъдаю рӯда, бемориҳои аллергия, бемориҳои музминии узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ (тонзиллит, ринит, назофарингит, отит) ва патологияи ҳамроҳ (илтиҳоби шуш, тонзиллити музмин ва ғайра) гирифтор мешуданд.

Меъёрҳои истисно аз гурӯҳи КЗБ ҳолатҳои ошкоргардидаи устувори модарзодӣ ва ё иқтисобии органикӣ хизмат карданд, вале барои муайянкунии сифати ҳаёт меъёрҳои истисно ихтилолотии равонӣ ва норасоии ақлонии КЗБ ба шумор мерафт.

Методҳои таҳқиқот

Гурӯҳи КЗБ бо методи интиҳоб карда гирифташуда аз рӯйи маълумоти мурочиатӣ ва муоинаи тиббии мақсаднок, ки натиҷаҳои онҳо ба таври мақсаднок гузаронидани корҳои ташкилию методӣ ва муолиҷавию профилактикиро имконпазир намуданд, ташаккул дода шуд.

Арзёбии паҳншавӣ аз тарафи мо аз рӯйи маълумоти мурочиатӣ ва муоинаи тиббии мақсадноки кӯдакони шаҳрҳо ва деҳот гузаронида шуд. Таҳлили ретроспективии таърихи инкишофёбии тифл (ф. № 112, ф. № 26, ф.63, ф.30), таърихи бемории кӯдак, таърихи таваллуд, анкетагузаронии падару модарон амалӣ гардида, варақаи махсуси пешаки коркардшудаи таҳқиқоти кӯдакони солим ва бемор пур карда шуд. Методҳои клиникӣ анамнезии таҳқиқот мушоҳидаи клиникӣ, таҳлили умумии хун, пешоб, начосат ва начосат барои тухми киччаро дар бар мегирифт. Таҳлилҳои бактериологӣ (кишти хун, пешоб, начосат ва андуда барои флора аз бинӣ ва ҳалқ) ва таҳлилҳои биохимиявии хун (СБР, сафедаи умумӣ, намунаи тимолвероналӣ) дар озмоишгоҳҳои Маркази саломатии шаҳрии Душанбе (МСШ), марказҳои саломатии шаҳрию деҳотӣ, экспресс озмоишгоҳи «асри XXI» гузаронида шуданд.

Таҳқиқоти иммунологӣ (нишондиҳандаҳои звенои ҳуҷайравӣ ва гуморалии масуният) дар Пажӯҳишгоҳи гастроэнрологии ВТ ва ҲИА ҚТ, Маркази миллии тиббӣ (мудирӣ озмоишгоҳ Раҳимова Т.П.) анҷом дода шуданд. Сифати ҳаёти кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дар синни

аз 5 то 16 - солагӣ ва падару модарони онҳоро қабл ва баъд аз муолиҷа тибқи меъёрҳои пешниҳоднамудаи В.Ю. Албитский ва А.А. Баранов (соли 1986) муайян карда шуд.

Таъсири эмгузаронӣ ва вокунишҳои баъдиэмгузарониро мо бо баргузори омодагии пешакӣ ва бидуни он муайян кардем. Омодагии пешакӣ ба эмгузаронӣ аз давраҳои пешазэмгузаронӣ, эмгузаронӣ ва баъдиэмгузаронӣ иборат мешуд (Таточенко В.К., 2003).

Таҳқиқоти серологӣ дар заминаи Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон (ПТПТ) ш. Душанбе (мудирӣ озмоишгоҳи вирусологӣ д.и.б. профессор Тишкова Ф.Х.) барои муайянкунии ташаккулёбии масунияти махсуси кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ба эмгузаронии зидди вируси гепатити чигар «В», бо истифодаи тестҳои Murex Anti-HBs (total) - ҷиҳати муайянкунии подтанҳои синфи IgG баргузор карда шуданд. Шарҳу тафсири натиҷаҳои ҳосилгардида аз рӯйи қимати ниҳии зичии оптикӣ: $>0,2$ -мусбат; $<0,1$ - манфӣ, ки бо методи ТИФ ташхис гардид. Барои санҷиши тести подтани IgG ба сурхак ва сурхакон тести низоми ТИФ барои муайянкунии шиддатнокии масунияти баъдиэмгузаронӣ дар заминаи озмоишгоҳи вирусологии ПТПТ истифода гардид. Ваксинаи зинда барои масунисозии зидди сурхак (штамми Эдмонстон-Загреб) вируси боз ҳам заифгардидаи сурхаки бадастомада аз штамми Эдмонстон - Эндерс ва ҷузъи сурхакон ин штамми заифгардидаи Уист РА 27/3 ба кор бурда шуданд. Штаммҳои вирусии ҳар ду вакцина ба киштҳои ҳуҷайраҳои диплоидии инсон мувофиқ ва бозтавлид гардидаанд. Барои муайянкунии масунияти махсус ба дифтерия методи «Вокуниши беасарсозӣ дар кишти ҳуҷайраҳои Vero» истифода шуд. Шарҳу тафсири натиҷаҳо аз рӯйи қимати ниҳии зичии оптикӣ муайян гардид. Зинаҳои ҳифозат: ҳифозати заминавӣ - 0,01 то 0,1; ҳифозати пурра - $>0,1$; ҳифозати дарозмӯҳлат - $>1,0$.

Методҳои афзории усулҳои инструменталии таҳқиқоти узвҳо ва системаҳои организм: рентгенографияи қафаси синаи 100 нафар кӯдакон дар дастгоҳи рентгении 12П6; ТУС -и дил ва узвҳои дохилии бадан дар дастгоҳи VGS 1200 User Guide анҷом дода шуд.

Машваратҳои мутахассисон дар Маркази миллии тиббӣ ва Маркази машваратии шахрӣ баргузор гардиданд. Барои баҳисобгирӣ ва коркарди маълумоти бадастомада чадвалҳои махсуси электронӣ мураттаб шуда буданд, ки ба онҳо иттилоот дар бораи анамнези модар, ҷараёни ҳомиладорӣ, таваллудкунӣ, давраи баъди таваллуд, инчунин маълумоти ҳолати клиникии кӯдак, натиҷаҳои методҳои таҳқиқоти озмоишӣ ва афзории аз 1-моҳагӣ то 16 -солагӣ ворид карда мешуданд.

Коркарди омории натиҷаҳо

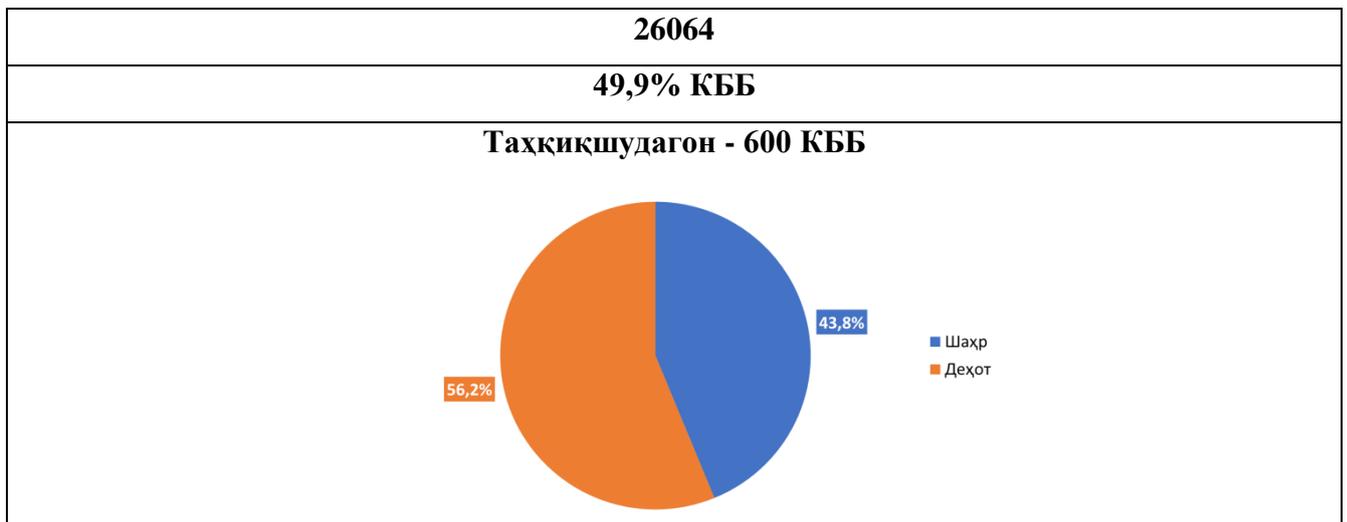
Натиҷаҳои таҳқиқот бо истифодаи методҳои таҳлили тамоюлотии миёна, тафовутҳои миқдорӣ ва сифатӣ коркард шуданд. Таҳлили омории дар КШ бо ёрии барномаи амалии

«Statistics 6 "0" анҷом дода шуд. Қимати оморӣ миёни бузургҳои муқоисашаванда бо ёрии меъёри U (меъёри ғайриҷаннакии Манн-Уитни) тафовути бузургҳои нишондиҳандаҳои миёна муайян гардиданд.

Ҳангоми таҳлили сершумори бузургҳои вобаста аз методи Фридман (Friedman ANOVA), ҳангоми таҳқиқоти бузургҳои ҷуфт бошад, аз Т-меъёри Вилкоксон истифода шуд. Барои қиматҳои сершумори мустақил Н- меъёри Крускал Уоллис, барои намунаҳои хурд-меъёри ғайриҷаннакии Спирман истифода шуда, барои бузургҳои нисбӣ - бо ёрии -аз меъёри χ^2 Гипотезаи сифрӣ ҳангоми $p < 0.05$ рад карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Мо дар ҷараёни таҳқиқот 26064 нафар кӯдаки аз 1- моҳа то 16 - солаи шаҳрию деҳотию Ҷумҳурии Тоҷикистонро аз рӯи маълумоти мурочиат ва маълумоти муоинаи тиббии мқсаднок муоина намудем (расми 2).



Расми 2- Паҳншавии кӯдакони бештар беморшаванда

Дар раванди таҳқиқот 49,9% кӯдакони бештар беморшаванда ошқор гардид, аммо таҳқиқоти ретроспективӣ бо 600 нафар кӯдакони бештар беморшаванда дар синни аз 1- моҳагӣ то 16- солагӣ (аз онҳо 263 нафар (43,8%)) - сокинони шаҳрҳо ва 337 нафар (56,2%) кӯдакони деҳот, муддати 12 сол (солҳои 2000-2012) таҳти мушоҳида қарордошта дар марказҳои саломатии шаҳрҳо ва деҳот анҷом дода шуд.

Гурӯҳи назорати 150 нафар кӯдакони амалан солим (75 нафар аз шаҳр ва 75 нафар аз деҳот) ташкил дод.

Дар кори ташкили бобарори ҷорабиниҳои муолиҷавию профилактикӣ оид ба коҳишёбии вазни нисбии КЗБ омӯзиши омилҳои хатари таъсиррасон ба ҷараёни беморӣ нақши муҳимро иффо намуд. Омилҳои ошқорнамудаи мо ба коҳишёбии муқовиматнокии организми кӯдакони

зуд-зуд беморшаванда, пайдошавии бемориҳои заминавӣ ва манбаъҳои музмини сироятҳо мусоидат намуданд. Чунин омилҳои номусоид, аз қабилӣ модарӣ, ҳам аз рӯйи мурочиатҳо ва ҳам аз рӯйи муоинаҳои тиббии мақсаднок, дар шаҳр афзалият ($p < 0,001$) доштанд, ки он ба ошкоршавии дери онҳо дар деҳот алоқамандӣ дошт. Сари вақт гузаронида нашудани табобати ҳомиладорони бемор ба тифл таъсири номусоид расонида, ба пайдошавии гипоксияи тифл, сироятнокшавии дохилибатнӣ (ситомегаловирус, хламидиоз ва ғайра), таваллудҳои пешазмуҳлат, таваллудшавии тифлҳои норасида ва бо таъхирё бии инкишофи дохилибатнӣ ($p < 0,01$) боис мегардад. Бояд қайд намуд, ки занони ҳомилаи осебдида аз камхунӣ ва ҷараёнҳои номуътадили ҳомилагӣ фоизи баландро ҳам дар шаҳр ва ҳам дар деҳот ($p < 0,001$) ташкил мекарданд. Вижагии натиҷаҳои таҳқиқоти мо дар он аст, ки беморшавии барзиёд, оризанокшавии ҷараёни ҳомилагӣ, патологияи ноф ва машина ($p < 0,001$), бешубҳа ҷараёни таваллудшавиро вазнин сохта, ба пайдошавии асфиксия, осеби таваллудӣ ($p < 0,05$) ҳам дар шаҳрҳо ва ҳам дар деҳот мусоидат мекунад. Маҳз ҳамин кўдакон гирифтори бемориҳои вазнин ва миёнавазнин буданд. Ин гурӯҳи ҳомиладорон дар деҳот бартарӣ доштанд, зеро онҳо ба марказҳои саломатии наслварӣ мурочиат намекарданд, онҳо мавриди таҳқиқоти саривақтӣ ва муолиҷа қарор намегирифтанд, ки омилҳо боиси таваллуди атфоли бемор мегардид.

Омилҳои иҷтимоию биологӣ, иҷтимоию иқтисодӣ ва иҷтимоию маишӣ ба дараҷаи баланди беморшавии кўдакон, махсусан, дар деҳот бо сабаби шароити ғайриқаноатбахши моддию маишӣ, зиёд будан оилаҳои серфарзанд, оилаҳои нопурра, ғизохӯрии ғайриқофӣ дар вақти ҳомилагӣ, дар кўдакӣ мусоидат менамуданд.

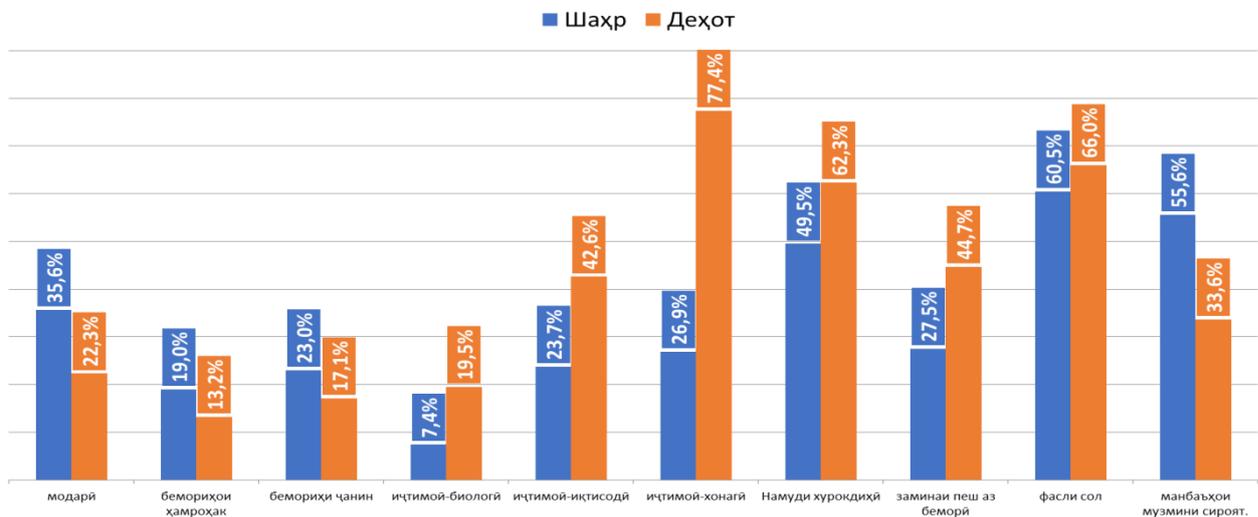
Ҷараёни бемориҳоро ҷанбаи хўрокдиҳӣ ҳам ($p < 0,05$) табоҳ менамоя. Теъдоди кўдакони зуд-зуд беморшавандаи хурдсолро аксаран онҳое ташкил доданд, ки қисман сина мемакиданд, ба онҳо хўроки сунъӣ ва ғайриоқилона дода мешуд. Бисёр кўдакон, махсусан дар деҳот, ба сифати хўрокдиҳии иловагӣ шири модагов ва аз дастурхони умумӣ меҳўрданд, ки он ба инкишофи ҳолатҳои пасманзари патологӣ, коҳишёбии муқовиматнокии организм ва беморшавиҳои бештар боис мегардид.

Заминаи вазниншудаи преморбидии ошкоргардида ҳолати кўдакони таҳқиқшавандаро вазнин месохт. Дар робита бо зуд-зуд беморшавӣ речаи фаъолнокии ҳаракатии кўдакон тағйир ёфт, онҳо камтар дар муҳити ҳавои тоза қарор мегирифтанд, ки он ба пайдошавии бемориҳои заминавӣ (рахит, камхунӣ, ихтилоли ғизохӯрӣ $p < 0,01$) ва ақибмонӣ дар инкишофи равонию ҳаракатӣ мусоидат мекунад. Ин ҳолатҳои заминавӣ, дар навбати худ, сабаби ихтилоли механизмҳои мутобиқшавӣ, ҳифозатӣ мутобиқатӣ буда, ба ҳолатҳои норасоии масунӣ ва бештар беморшавӣ боис мегардид. Ин гуна кўдакон дар деҳот афзалият доштанд ($p < 0,01$), зеро

бо онҳо профилактикаи саривактӣ, ташхис ва муолича гузаронида намешуд. Бемории онҳо тўлонӣ, мубҳам идома ёфта, хуб муолича намешуд.

Дар кўдакони мушоҳидашаванда сирояти роҳҳои нафаскашӣ аз 70 то 80%-ро ташкил меод. Басомади афзоянда ва паҳншави онҳо дар ташаккулёбии манбаъҳои музмини сироятҳои роҳи нафаскашӣ ($p < 0,01$) ва дар узвҳои системаҳои дигари организм вобастагӣ дошта, таъбири гузаронидашуда ба ҳассосияти организм, пайдошавии патологияҳои соматикӣ ва ақибмонӣ дар инкишофи ҷисмонӣ равоии кўдакони бемор мусоидат менамуд (расми 3).

Дар навбати худ, мавҷуд будани манбаъҳои музмини сироятҳо ба таъсиррасонии боз ҳам бардавомтари вирусҳо ва пайдошавии бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ, инчунин шиддатнокшавии бемориҳои музмини мавҷудбуда, ки дар деҳот нисбат ба шаҳрҳо бештар ($p < 0,001$) ба назар мерасиданд, мусоидат мекарданд.



Расми 3 – Баҳогузори муқоисавии омилҳои хатар дар кўдакони шаҳр ва деҳот

Аз рӯи маълумоти мо шиддатнокшавии бемориҳо дар КЗБ ба фасли сол вобаста мебошад. Бемориҳои шамолхӯрдагӣ ва патологияи ҳамроҳ, аксаран дар фасли зимистону тирамоҳ бештар дар деҳот нисбат ба шаҳрҳо ба мушоҳида мерасанд. Дар мавсими тобистону баҳорон бемориҳои функционалии системаи меъдаю рӯда ва ҳолатҳои алергӣ, ҳамчунин дар деҳот бартарӣ доштанд, аммо тафовут аз лиҳози омӯри қобили мулоҳиза набуд.

Аз рӯи сохтори беморшавӣ аз 600 нафар КЗБ ошкоргардида дар кўдакони синни хурдсол, аксаран патологияи бронхушӯшӣ ва ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима бартарӣ доштанд (ҷадвали 1).

Бемориҳои алергӣ (аллергенҳои нафаскашӣ) ва музмини узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ, инчунин патологияи ҳамроҳ (илтиҳоби шуш, ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима + бемориҳои

аллергӣ ва ғайра дар гурӯҳҳои синнусолии дигар ҳам ба мушоҳида расиданд. Аз рӯйи миқдор кӯдакони деҳот аксарият буданд.

Ҳамаи 600 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда аз рӯйи вазнинии беморӣ ба се гурӯҳ: дарачаи сабук, миёнавазнин ва вазнин ҷудо карда шуда буданд.

Заҳролудшавии тӯлонии музмини организм дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ба пайдошавии ҳолати астено - невротикӣ, коҳишёбии иштиҳо, норасоии вазни бадан мусоидат намуд, ки қувваҳои ҳифозатии организмро заиф намуд.

Ҷадвали 1.- Сохтори беморшавии кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи шахр ва деҳот

Беморӣ	шаҳр n=263			деҳа n=337		
	0-3-сола	4-7 - сола	8-16-сола	0-3 -сола	4-7 -сола	8-16 лет
Синну сол						
Илтиҳоби бронхҳо	n=123 35(28,4%)	n=85 14(16,5%)	n=55 8(14,5%)	n=155 44(29,3%)	n=109 8(7,3%)	n=73 5(6,8%)
Илтиҳоби шуш	22(17,9%)	6(7,0%)	-	20(12,0%)	3(2,7%)	1(1,4%)
Ихтилолотии функционалии роҳи ҳозима	30(24,5%)	14(16,5%)	8(14,5%)	40(25,8%)	24(22,0%)	6(8,2%)
Бемориҳои аллергия	16(13,0%)	13(15,2%)	10(18,2%)	23(14,8%)	20(18,5%)	14(19,3%)
Бемориҳои музмини узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ	4(3,2%)	23(27,0%)	22(40,0%)	6(3,9%)	37(33,9%)	35(47,9%)
Патологияи ҳамроҳ	16(13,0%)	15(21,2%)	7(12,8%)	22(14,2%)	17(15,6%)	12(16,4%)

Вижагии хоси бемориҳо дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда басомади баланди пайдошавии онҳо, тамоюл ба чараёни давомдор ва такроршаванда то ҳадди гузариш ба шакли тулкашидаву такроршаванда ба ҳисоб меравад. Дар заминаи муолиҷаи баргузоршуда дар ҳамаи кӯдакони гирифтори дарачаи сабук сихатшавӣ фаро расид. Дар кӯдакони гирифтори дарачаи миёнавазнин беморӣ хусусияти мавҷмонанд пайдо карда, ба душворӣ муолиҷа шуд. Аз 100 нафар бемор 17%-и онҳо ба раванди музминшавӣ (тонзиллити музмин, илтиҳоби бронхҳо, пиелонефрит) мубтало шуданд.

Омилҳои аз тарафи мо ошкоргардидаи номбурда ва зуҳуроти клиникӣ ба коҳишёбии нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ дар кӯдакони бештар беморшаванда мусоидат намуданд, онҳо аломатҳои бештар боэтимоди инкишофи норасоии дувуми масунӣ мебошанд. Мо

нишондиҳандаҳои масуниятшиносии 20 нафар кўдаки солим ва 68 нафар кўдаки зуд-зуд беморшавандаи гирифтори дараҷаҳои гуногуни бемориро дар синни аз 1-моҳа то 3-сола мавриди омӯзиш қарор додем. Нишондиҳандаҳои миёнаи имуннограммаи кўдакони солим дар ҳудуди меъёр қарор доштанд.

Дар КЗБ коҳишёбии дараҷаи камшавии муҳтавои Т-лимфоситҳо ва зерпопулятсияи онҳо ба вазнинии беморӣ вобаста буд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалии КЗБ вобаста аз дараҷаи вазнинии беморӣ

Маркёрҳо	Гурӯҳи назоратӣ	Дараҷаи сабук	Дараҷаи миёнавазнин	Дараҷаи вазнин	p
	n=20	n=28	n=20	n=20	
CD3	57,1±1,7	44,2±0,4	38,5±0,3	31,0±0,3	< 0,001
CD4	37,4±3,3	26,6±0,4	25,3±0,3	20,6±0,3	< 0,001
CD8	23,4±1,7	17,6±0,4	17,1±0,3	15,4±0,3	< 0,001
CD16	13,1±0,9	9,39±0,4	10,1±0,3	8,0±0,3	< 0,001
CD20	22,8±1,1	17,9±0,4	17,7±0,3	13,2±0,3	< 0,001
CD25	22,6±0,9	17,3±0,4	15,2±0,3	15,8±0,3	< 0,001
CD71	26,5±1,8	19,4±0,4	13,7±0,3	17,8±0,3	< 0,001
CD95	26,6±1,8	21,3±0,4	19,9±0,2	18,1±0,3	< 0,001
IgA, мг%	198,2±8,4	155,4±0,4	148,2±0,3	139,3±0,3	< 0,001
IgM, мг%	124,9±7,4	120,3±0,4	112,1±0,3	91,0±0,3	< 0,001
IgG, мг%	1278,9±28,6	1220,5±0,4	1092,6±0,3	1069,9±0,3	< 0,001

Эзоҳ: Қимати тафовутҳои омории қиматҳои миёнаи нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳои гуногун - муқоисаи маҷмӯӣ (Н-меъёри Крускал Уоллис).

Дар беморони гирифтори дараҷаи сабуки кўдакони зуд-зуд беморшаванда нишондиҳандаи Т-ҳуҷайраҳо ва зерпопулятсияҳо (Т-лимфоситҳо бо маркёрҳои гуногун (CD3,CD4,CD16, p<0,001), инчунин муҳтавои миёнаи IgA, IgM, IgG) дар зардоби хун аз ҳамон гуна нишондиҳандаҳои дар гурӯҳи назоратӣ бадастомада ба қадри ночиз тафовут доштанд ва ҷанбаи гузаришӣ доштанд. Ин кўдакон аз лиҳози имунӣ беъътиборшуда буданд, ки дар аксарияти ҳолатҳо ба сироятҳои ғайриаворизии роҳҳои нафаскашӣ ва ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима (p<0,001) мубтало буданд. Дар КЗБ гирифтори дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнинии бемориро дар зинаи масунияти

хучайравӣ норасой ба мушоҳида мерасид, ки он ба заифшавии тамоми фаъолнокии масунӣ боис гардид. Коҳишёбии шадиди ҳам званои умумии ҳамаи Т-лимфоситҳо (CD3; $p < 0,001$), номувозинатии зерпопулятсияҳои Т-хелперҳо (CD4; $p < 0,001$) ва Т-супрессорҳо ва ҳам Т-лимфоситҳои ситотоксикӣ (CD8; $p < 0,001$) ба қайд гирифта шуд. Коҳишёбии муҳтавои NK - хучайраҳо (CD16; $p < 0,001$) боиси коҳишёбии фагос, коҳишёбии миқдори хучайраҳои фурукашанда гардид, ки ба пайдошавии сироятҳои сонавии бактериявӣ бо сабаби афсурдагии онҳо ($p < 0,001$) мусоидат намуданд. Нишондиҳандаҳои нисбӣ ва мутлақи В-лимфоситҳо (CD20; $p < 0,001$) коҳиш ёфтанд. Сатҳи пасти хучайраҳои ретсепторҳои возеҳкунанда (CD25; $p < 0,001$), Т-фаъолгардидаи Т-лимфоситҳо (CD71; $p < 0,001$) ва нишондиҳандаҳои апаптози табиӣ хучайраҳо (CD95; $p < 0,001$), коҳишёбии званои гуморалии Ig A, M, G аз вокуниши норасоии масунӣ ($p < 0,001$) шаҳодат медиҳад, ки онро метавон ҳамчун норасоии масунии дувумӣ тавзеҳ намуд.

Дар робита бо гуфтаҳои боло барангезиши ғайримахсуси системаи масунӣ бо истифодаи масуниятангезандаҳо (интерферони рекомбинантӣ - алфа-2 б) дар кӯдакони бештар беморшаванда роҳандозӣ гардид.

Кӯдакони дарачаҳои миёнавазнин ва вазнин (40) ба 2 гурӯҳи якнавъ бо 20 нафарӣ бемор, ки то замони муолиҷа дар онҳо манзараи норасоии масунии дувум мушоҳида мешуд ва он бо бузургиҳои миёнаи нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ дар КЗБ (ҷадвали 3) тасдиқ мешавад.

Ҷадвали 3.- Мақоми масунии кӯдакони бештар беморшавандаи ҳар ду гурӯҳ то замони муолиҷа

Маркёрҳо	Гурӯҳи I, n=20	Гурӯҳи II, n=20	p
CD3	38,7±0,2	40,0±0,3	< 0,01
CD4	25,3±0,3	26,1±0,3	> 0,05
CD8	16,1±0,3	14,1±0,3	< 0,001
CD16	8,1±0,3	8,0±0,3	> 0,05
CD20	17,7±0,3	17,8±0,3	> 0,05
CD25	15,3±0,3	15,0±0,3	> 0,05
CD71	17,8±0,3	17,0±0,3	> 0,05
CD95	20,0±0,3	19,0±0,3	< 0,05
IgA, мг%	149,3±0,3	161,0±0,3	< 0,001
IgM, мг%	85,0±0,3	87,5±0,3	< 0,001
IgG, мг%	1049,9±0,3	1050,1±0,3	> 0,05

Эзох: p - қимати тафовутҳои оморӣ нишондиҳандаҳои гуногун дар гурӯҳҳои I ва II (аз рӯйи U- меёри Манн-Уитни)

Нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ то замони беморӣ яқсон буданд, аммо онҳо аз лиҳози оморӣ аҳамият надоштанд, ки ҳамгунии кўдакони беморро дар ҳар ду гурӯҳ нишон меод.

Дар гурӯҳи якум, ҳамзамон бо табобати заминавӣ маҷмӯи муолиҷа бо масуниятангезанда таъйин гардид, дар гурӯҳи дуюм бошад, масуниятангезанда истифода нагардид ва танҳо муолиҷаи заминавӣ (ҷадвали 4) гузаронида шуд.

Ҷадвали 4.- Мақоми масунии КЗБ гурӯҳҳои I-II баъд аз 6 моҳи муолиҷа

Маркёрҳо	Гурӯҳи I, n=20	Гурӯҳи II, n=20	p
CD3	55,6±0,3	43,1±0,3	<0,001
CD4	35,1±0,3	28,3±0,3	<0,001
CD8	21,3±0,3	16,1±0,3	<0,001
CD16	9,0±0,3	7,5±0,3	<0,001
CD20	22,7±0,3	18,5±0,3	<0,001
CD25	21,0±0,3	18,0±0,3	<0,001
CD71	25,8±0,3	22,1±0,3	<0,001
CD95	27,0±0,3	24,0±0,3	<0,001
IgA, мг%	190,1±0,3	160,1±0,3	<0,001
IgM, мг%	109,1±0,3	90,1±0,3	<0,001
IgG, мг%	1120,1±0,3	1080,1±0,3	<0,001

Эзох: p - қимати тафовутҳои оморӣ миёни қиматҳои гурӯҳҳои I ва II (аз рӯйи U- меёри Манн-Уитни)

Тавре ки аз маълумоти ҷадвал дида мешавад, баъди 6 моҳи таъйин гардидани табобати масуниятангезанда дар маҷмӯъ бо муолиҷаи заминавӣ дар кўдакони гурӯҳи I қиматҳои миёнаи нишондиҳандаҳои лимфоситҳо бо иммуннофаготипҳои CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, CD95 ба таври назаррас афзоиш ёфтаанд ($p < 0,001$). Болоравии миқдори ҳуҷайраҳои CD20 бо афзоиши боэътимоди муҳтавои IgA ва IgM дар хун ($p < 0,001$) ҳамроҳ буд, муҳтавои IgG бошад, ба андозаи ночиз ($p < 0,001$) афзоиш дошт. Дар муддати 6 моҳи муолиҷа кўдакони гурӯҳи мазкур боре ҳам ба СШРН гирифта нашуданд, дар ҳоле ки дар кўдакони гурӯҳи II бештар беморҳои шамолхўрдагӣ ба қайд гирифта шуда, ҳатто оризаҳо дар шакли

илтиҳоби бронхҳо ва илтиҳобти шуш ба мушоҳида расидаанд. Аз рӯйи маълумоти мақоми масунӣ дар кӯдакони гурӯҳи II норасоии масунӣ мавҷуд будааст.

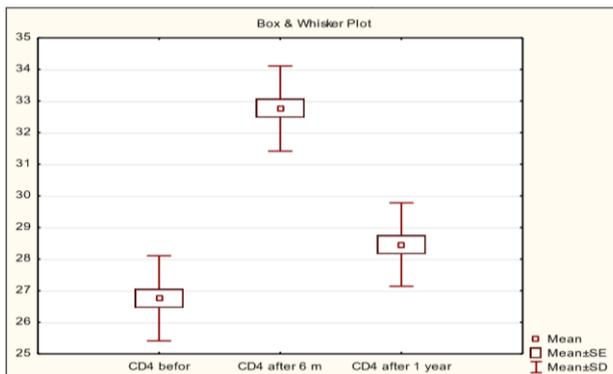
Бештар беморшавӣ боиси он мегардад, ки фоизи кӯдакони эмгузаронишудаи гирифтори бемориҳои гуногун хеле паст будааст. Ин ба он алоқаманд аст, ки бисёр кӯдаконро дар пасманзари номусоид эмгузаронӣ мекунанд, ки эҳтимолан, боиси коркарди нокифояи титрҳои ҳифозатии подтанҳо мегардад [Костинов М.П., 2008; Aspinall S. et al., 2012].

Аз тарафи мо таҳқиқоти масуниятшиносии 33 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда қабл ва баъд аз эмгузаронӣ пас аз 6 моҳ бо вакцинаи пентавалентӣ ва сурхаку сурхакон анҷом дода шуд. Эмгузаронӣ дар кӯдакони интиҳобшудаи гирифтори дараҷаҳои гуногуни вазнинии беморӣ дар давраи таҳфифи ремиссияи беморӣ гузаронида шуд. Аз онҳо 20 нафар (60,6%) кӯдакон аз гурӯҳи дараҷаи сабуки беморӣ, 8 нафар (24,2%) - дараҷаи миёнавазнин ва 5 нафар (15,2%) дараҷаи вазнин буданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 20 нафар кӯдакони солим иборат буд.

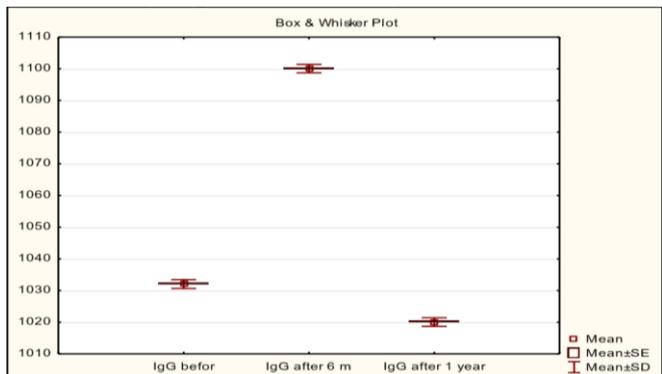
Дар кӯдакони гирифтори дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнинии беморӣ дар муқоиса бо кӯдакони солим коҳишёбии муътамади масуниятии ҳуҷайравии CD3, CD4, CD8, CD71, CD95 ($p < 0,001$) ошкор гардидааст. Онҳо, асосан, кӯдаконе буданд, ки ғизои сунӣ истеъмол мекарданд ва аллергияи роҳи нафаскашӣ доштанд. Натиҷаҳои бадастомада ҳамчун нишонаи мавҷудияти барангезиши бардавоми подтании «табоҳкунандаи» ҳам ҳалқаи ҳуҷайравӣ ва ҳам ҳалқаи гуморалӣ арзёбӣ шудаанд, ки ба ташаккулёбии бемориҳои зуд-зуд такроршаванда дар КЗБ ва пайдошавии чараёнҳои оризанок ҳангоми эмгузаронӣ (ҳам воқуниши мавқеӣ ва ҳам воқуниши умумӣ) мусоидат менамояд [Елисеев М.Ю. бо ҳаммуаллифон, 2010; Княгина О.Н., 2012].

Баъди эмгузаронӣ бо вакцинаи пентивалентӣ пас аз 6 моҳ болоравии боэътимоди масуниятии Т-ва В - лимфоситҳо ($p < 0,001$) дар муқоиса бо кӯдакон то замони эмгузаронӣ ба қайд гирифта шуд (расми 4).

масуниятии ҳуҷайравӣ

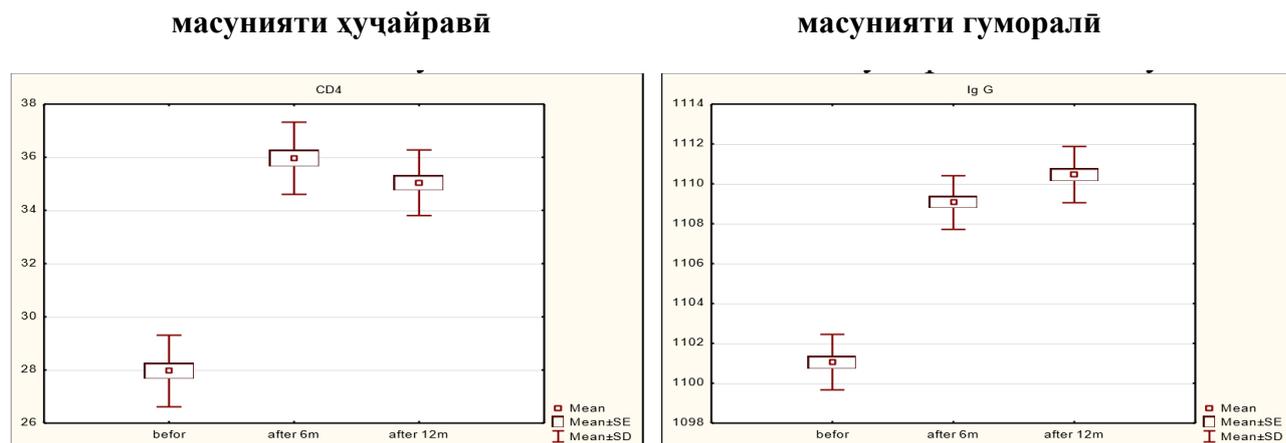


масуниятии гуморалӣ



Расми 4 - Тағйирёбии масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ба вакцинаи пентивалентӣ дар КЗБ дар муҳлатҳои гуногун

Баъди як сол коҳишёбии боэътимоди ҳамаи нишондиҳандаҳои масунияти ҳам ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ дар муқоиса бо кӯдакони солим ба қайд гирифта шуд, ки ин ҳосилшавии масунияти ноустуворро дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда нишон меод. Дар КЗБ то замони эмгузаронии сурхаку сурхакон коҳишёбии боэътимоди нишондиҳандаҳои масуният дар муқоиса бо маълумоти кӯдакони солим ба қайд гирифта шудааст.



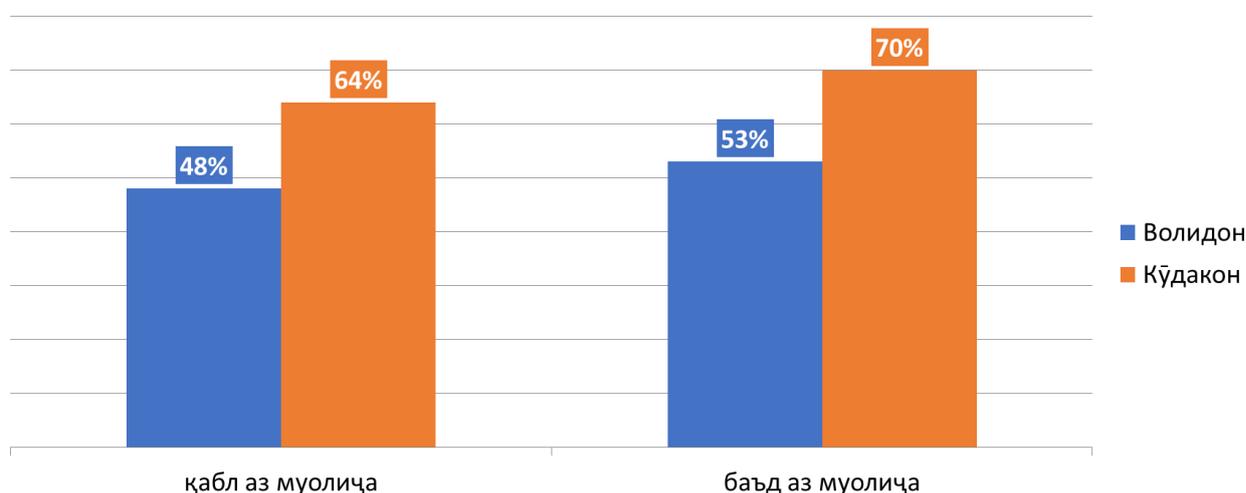
Расми 5 - Тағйирёбии масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ба вакцинаи сурхакону сурхаку кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дар муҳлатҳои гуногун

Пас аз эмгузаронӣ, ҳам баъди 6 моҳ ва ҳам пас аз як сол, динамикаи мусбат ба назар расид: нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ боэътимод ($p < 0,001$) афзоиш меёфт. Дар давраи баъди эмгузаронӣ коҳишёбии басомади инкишофи оризаҳо ва ҳамроҳшавии бемориҳои интеркуррентӣ ба мушоҳида расид, ки аз масуниятотфарии баланди вакцинаи мазкур гувоҳӣ медиҳад.

Солҳои охир таваччуҳ ба ҳолати саломатии КЗБ ва сифати ҳаёти онҳо ба таври назаррас афзудааст. Дар КЗБ таҳқиқот имкон дод, ки таъсири ошкорои ҳолати саломатии кӯдак ба сифати ҳаёти ӯ муқаррар гардад. Меъёрҳои сифати ҳаёт бо фоиз (100%) арзёбӣ мешуд: бузургии чамбастӣ ҳар қадар баландтар бошад, сифати ҳаёти кӯдак ҳамон қадар беҳтар мешавад. Мо параметрҳои СХ кӯдакони зуд-зуд беморшавандаро дар синни аз 5 то 16-сола бо дараҷаҳои гуногуни вазнинии беморӣ мавриди омӯзиш қарор додем ва таҳлили муқоисавии параметрҳои мазкур бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои кӯдакони солим анҷом дода шуд. Бояд қайд намуд, ки дар гурӯҳи кӯдакони солим қиматҳои боз ҳам баландтари ($p < 0,01$) ҳамаи параметрҳо дар муқоиса бо беморон махсусан, гирифтори дараҷаи вазнини ҳолати саломатӣ буда ошкор гардид. Дар кӯдакони гирифтори дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнини бемориҳо коҳишёбии ҳамаи параметрҳои сифати ҳаёт, на танҳо дар муқоиса бо кӯдакони

солим ($p < 0,01$), балки бо кўдакони гирифтори дарачаи сабуки беморӣ низ ($p < 0,05$) мушоҳида мешуд.

Барои таҳқиқот натиҷаҳои баҳогузорӣ ба сифати ҳаёт дар 60 нафар КББ ва падару модарони онҳо қабл ва баъд аз муолиҷа истифода гардиданд. Бемориҳои бештар дар ҳамаи кўдакони пурсидашуда ва падару модарони онҳо ба қайд гирифта шуданд. Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомёфта дар давраи беморӣ то муолиҷаи он ошкор гардид, ки ҳамаи параметрҳои СХ (чисмонӣ, психологӣ, сатҳи мустақилият, фаъолияти эмотсионалӣ ва иҷтимоӣ, муҳити атроф) ҳам дар натиҷаи худбаҳодиҳӣ ва ҳам ҳангоми баҳодиҳии падару модарон коҳиш ёфтаанд. Таҳқиқоти сифати ҳаёти кўдакон ошкор сохтанд, ки нишондиҳандаи мазкур шохиси муҳимми ҳолати саломатӣ аст ва аз вазнинии беморӣ вобаста мебошад. Нуктаи мазкурро маълумоти баҳодиҳии интегралӣ сифати ҳаёт тасдиқ менамояд (расми 6).



Расми 6. - Нишондиҳандаи интегралӣ СХ кўдакони зуд-зуд беморшаванда

Арзёбии ҳолати кўдак аз рӯйи параметрҳо баъд аз табобат ҳам дар кўдакон ва ҳам дар падару модарон ($p < 0,001$) баланд шудааст. Самаранокии табobati падару модарон дар 64,0%, кўдакон бошад, дар 70,0% мушоҳидаҳо ба қайд гирифта шуд.

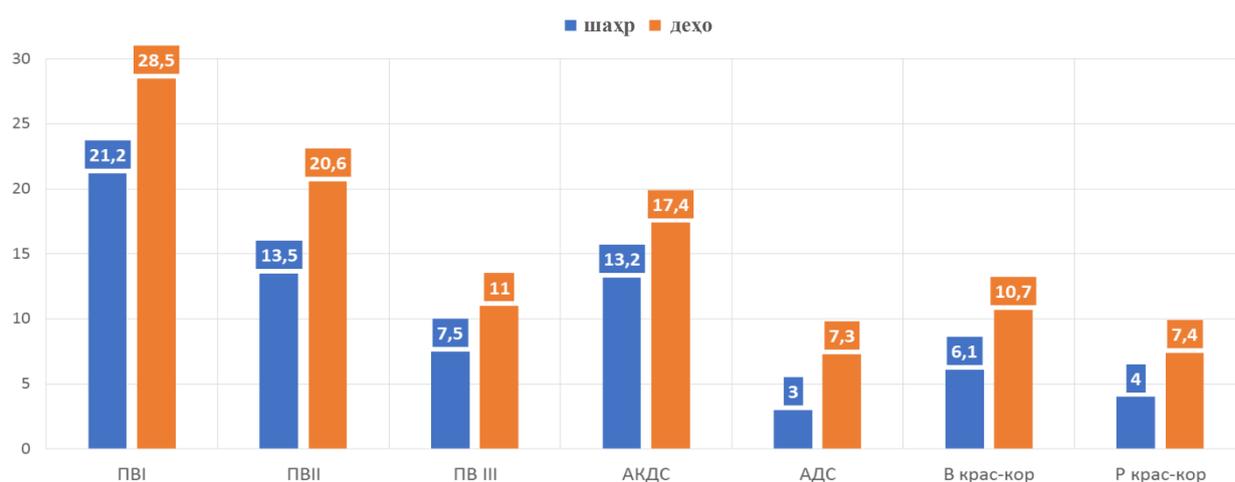
Муқаррар намудани механизмҳои имконпазири ташаккулёбии сифати ҳаёт ҳамчун нишондиҳандаи асосан дорои ҷанбаи субъективӣ дар шароити бемории объективан мавҷудбуда равиши ояндадор ва бисёр умедбахш барои муайянкунии тадбирҳои ба беҳсозии сифати ҳаёти инсон нигаронидашуда мебошад.

Дар робита бо корбурдиоммавӣ ва ҷандинбораи доруҳои ваксинӣ проблемаи пайдошавии пайомадҳои эҳтимолии ноговор аз воридсозии онҳо, аз ҷумла ваксинаи пентивалентӣ ВСКД, АКД, сурхакону сурхакӣ ҳанӯз ҳам мубрам боқӣ мемонад [Тишкова Ф.Х. бо ҳаммуаллифон, 2011; Мазанкова Л.Н. бо ҳаммуаллифон, 2013; Schmid D.A., 2012].

Мо хусусиятҳои вокунишҳои баъдиэмгузарониро дар 150 нафар кӯдакони амалан солим (гурӯҳи назоратӣ) нисбат ба 4 вакцинаҳои истифодашуда мавриди омӯзиш қарор додем. Аз рӯйи маълумоти мо дар 12 нафар (8,0%) кӯдакони солим, асосан вокуниши мавзеии вакцинали дар намуди варам, пурхунӣ ва эҳсоси дард дар мавзеи эмгузаронӣ, дар 5 нафар (3,3%)-и онҳо бошад доначаҳои хурднуктаи аллергӣ, хоришдор, ранги гулобӣ дар нуқтаҳои гуногуни бадан, ки муддати аз 1 то 3 рӯз идома дошта, баъди қабули доруҳои зиддигистаминӣ аз миён рафтааст.

Аз тарафи мо таъсири эмгузаронии секарата бо вакцинаи пентавалентӣ ба ҳолати саломатии 146 нафар КЗБ дар давраи интеркуррентӣ дар шаҳр ва 142 нафар дар деҳот бидуни омодагии пешакӣ ва баъд аз он мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Лозим ба таъкид аст, ки омодагии пешакӣ дар кӯдаконе гузаронида шуда буд, ки бо сабаби зуд-зуд гирифта шудан ба СШРН ва шиддатнокшавии бемориҳои музмин аз эмгузаронӣ озод карда шуда буданд. Дар модарони ин кӯдакон анамнези акушерӣ вазнин буда, омилҳои номусоиди модарӣ мушоҳида мешуд ва омилҳои моддию маишӣ, иҷтимоӣ, биологӣ ва ғайра ғайриқаноатбахш буданд.

Аксарияти кӯдакони зуд-зуд беморшаванда ҳар се эмгузарониро ба хубӣ сипарӣ намуданд ва қимати омории тафовутҳои эмгузаронии якум (78,8%; $p < 0,01$) ва дуюм (86,5%; $p < 0,05$) дар муқоиса бо эмгузаронии сеюм (92,4%) ҳам дар шаҳр ва ҳам дар деҳот ба қайд гирифта шудааст, ки баёнгари масуниятофарии баланди вакцинаи мазкур мебошад. Вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ ба ҳар се эмгузаронӣ дар деҳот нисбат ба шаҳрҳо (20,0% дар муқобили 14,0%; $p < 0,01$) баландтар будааст (расми 7).



Расми 7. - Таъсири муқоисавии вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ дар кӯдакони шаҳр ва деҳот

Аз тарафи мо вобастагии басомади пайдошавии вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ аз вазнинии бемориҳо ба қайд гирифта шуд, ки бо маълумоти муаллифони дигар мутобиқат дорад

[Степанов А.А., 2007; Шиманович В.П., 2013; Lin T.Y., 2011]. Чунончи, хангоми дараҷаи сабук, асосан вокуниши мавзей (эҳсоси дард, варам, сурхшавӣ дар мавзеи эмгузаронӣ), хангоми дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнин бошад, тағйироти возеҳтар: умумӣ (баландшавии ҳарорат то рақамҳои фебрилӣ, халалдоршавии иштиҳо, нооромӣ) ва токсикӣ (заҳролудшавии возеҳ, омодагӣ ба ихтилоҷ) ва ҳатто шиддатнокшавии бемориҳои музмини соматикӣ (илтиҳоби шуш, илтиҳоби бронхҳо, ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима ва патологияи ҳомроҳи онҳо) ба мушоҳида расид. Дар 12,4% кӯдакони бештар беморшавандаи шаҳр ва дар 17,7%-и чунин кӯдакони деҳотӣ дорои диатезҳои алергӣ алергозҳои роҳҳои нафаскашӣ (респираторӣ) ба назар расид.

Ин аз он алоқаманд аст, ки дар даҳсолаҳои охири асри XX ва ибтидои асри XXI афзоиши назарраси миқдори кӯдаконе ба қайд гирифта шудаанд, ки ханӯз дар хурдсолӣ дар анамнезашон дорои патологияҳои гуногуни соматикӣ, патологияи алергии ҳамроҳ бо пайдошавии норасоии сонавии масуниятшиносӣ будаанд [Литкина И.Н., 2013; Яртсев М.Н., 2006; Morley E.J., 2012]. Баъди омодагии пешакӣ ҳолати аксарияти кӯдакон бештар гардид. Вокунишҳои баъдиэмгузаронии вакцинаи пентавалентӣ ҳам дар деҳот ва ҳам дар шаҳркам шудааст, дар шаҳр аз 14,1 то 3,8% ($p < 0,001$); дар деҳа аз 20,0 то 10,9%. Аммо тавсифи муқоисавии нишондиҳандаҳои кӯдакони шаҳр ва деҳот баъд аз омодагии пешакӣ ба эмгузаронӣ дар деҳот нисбат ба шаҳр миқдори зиёди шиддатнокшавии бемориҳои соматикиро (14,1% дар муқобили 20,0%; $p < 0,01$) нишон дод, ки он ба гурӯҳи бештар вазнини кӯдакони деҳот далолат мекунад. Ҳамин тавр, баъди омодагии пешакӣ чараёни раванди эмгузаронӣ бештар мусоид буда, камтар вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ ($p < 0,01$), ҳатто ба вакцинаи пентавалентӣ ба миён овард, ки самаранокии методикаи мазкурро собит менамояд. Ревоксинатсияи ВСДК бо 130 нафар кӯдакони шаҳр ва 120 нафар кӯдакони деҳот баъди омодагии пешакӣ ва бидуни он амалӣ карда шуд, ки онро хуб ($p < 0,01$) таҳаммул карданд. Дар кӯдакони гирифтори дараҷаи сабуки беморӣ вокуниш ба ВСДК ҳамагӣ дар 1,6% ва 1,6% мутаносибан будааст. Ихтилолоти бештар возеҳ дар беморони гирифтори дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнин (11,6 ва 15,8%; $p < 0,01$), ҳамзамон бо вокуниши мавзей бемориҳоро шиддатнок намуданд: ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима, бемориҳои алергӣ ва маҷмӯи онҳо буданд, ки вазнинии бемориро муайян намуд. Баъди омодагии пешакӣ динамикаи мусбат ($p < 0,05$) ба қайд гирифта шуд. Ҳамагӣ вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ ба ВСДК дар шаҳр нисбат ба деҳот камтар буд, аммо ин тафовут аз лиҳози оморӣ аҳамиятнок ($13,2$ ва $17,4\%$; $p > 0,05$) набуд.

Дар синни 6-8-солагӣ реваксинатсияи АДС дар 100 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи шаҳр ва 110 нафар кӯдакони деҳот баъди омодагии пешакӣ ва бидуни он гузаронида шуд, ки кӯдакон онро хуб (мутаносибан 97,0 ва 92,7%) таҳаммул намуданд.

Кўдакони шахрӣ ҳам баъди омодагии пешакӣ ва ҳам бидуни он ҳамаги 3,0% вокуниши мавзей доданд, ки 1-3 рӯз идома ёфта, худ ба худ гузашт. Дар 7,3% кўдакони деҳотӣ шиддатнокшавии бемориҳои узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ва ринити алергӣ ба назар расид. Дар кўдакони зуд-зуд беморшавандаи асосан дар деҳот, ки дар онҳо шиддатнокшавии бемориҳои алергӣ ба мушоҳида мерасид сироятҳои ангалии рӯда (лямблиоз, аскаридоз, энтеробиоз ва ғайра) нақши муҳим доштанд, ки ҳамчун иммуносупрессори ҷиддии таъсиррасон, боиси ҳассосиятноксозии организм гардиданд ва сабаби халалдоршавии равандҳои ҳазми таом ва чаббиш шуданд, ки омили муҳими патогенетикӣ ба ҳисоб мерафт [Усенко Д.В., 2011; Блат С.Ф., 2011]. Омодагии пешакӣ ба эмгузаронӣ самараи мусбат бахшид. Ҳамагӣ дар 2 нафар кўдаки гирифтори тонзиллити музмин шиддатнокшавии беморӣ ба қайд гирифта шуд. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки кўдакони деҳот реваксинатсияро нисбат ба кўдакони шахр (7,3% дар муқобили 3,0%; $p < 0,05$) бадтар таҳаммул намуданд.

Эмгузаронӣ барои вируси сурхак ва сурхаконро 146 нафар кўдакони шахр ва 140 нафар кўдакони деҳот баъди омодагии пешакӣ ва ҳам бидуни он (93,8,0% дар муқобили 89,3%; $p < 0,001$) хуб таҳаммул карданд. Дар кўдакони шахр бидуни омодагии пешакӣ бо дараҷаи сабук вокуниш набуд, дар 6,1% кўдакони гирифтори дараҷаи миёнавазнин ва вазнин вокунишҳо ва шиддатнокшавии ҷудоғонаи бемориҳо ба назар мерасид. Пас аз омодагии пешакӣ вокунишҳо то 1,6% коҳиш ёфтанд. Дар 15 нафар (10,5%) беморони деҳот вокунишҳои мавзей буданд, аз ҷумлаи онҳо дар 2 нафар вокуниши умумӣ (баландшавии ҳарорат, падидаҳои (катаралии) назлавии роҳҳои болоии нафаскашӣ) буданд. Инҳо беморони гирифтори дараҷаҳои миёнавазнин ва вазнин буданд. Триггерҳои асосӣ алергенҳои ғизоӣ (сафедаҳои шири модагов, тухми мурғ, шириниҳо, меваҳои ситрусӣ, маҳсулоти дорои ғайроҷуғрофияи ҳассосиятофар) буданд, ки бо маълумоти дар таҳқиқоти муаллифони дигар овардашуда мувофиқат мекунанд [Марданлы С.Г., 2011]. Шароити маишии ин беморон хуб набуд: манзили сарду намнок, ки ба ҳассосиятнокшавии организм ва шиддатнокшавии бемориҳои тамоми сол ҷараёнбанда ва доимибуда мусоидат мекард. Баъд аз омодагии пешакӣ гузаронидашуда барои вакцинаи сурхаку сурхакон танҳо дар 2 нафар кўдак ринити алергӣ ва ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима муқаррар карда шуд.

Натиҷаи реваксинатсияи сурхаку сурхакон дар 100 нафар кўдакони зуд-зуд беморшавандаи шахр ва 95 нафар кўдакони деҳот баъди омодагии пешакӣ ва бидуни он, ки эмгузарониро хуб (96,0 и 92,6%) таҳаммул карда буданд, мавриди таваҷҷуҳи муайян қарор дорад. Бояд қайд намуд, ки дар кўдакони шахрӣ баъди омодагӣ қимати тафовути нишондиҳандаҳо ($p < 0,001$) дар шахсони гирифтори ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима ба

назар расид. Дар 7,4%-и кўдакони деҳот мубтало ба аллергияи ғизой ва доруй шиддатнокшавии ринити аллергӣ ва фарингит ва дар 1 нафар бемори гирифтори патологияи маҷмӯӣ (тонзиллити музмин ва ринити аллергӣ) ба қайд гирифта шуд. Инҳо кўдакони дорои ирсияти вазниншуда буданд (модар ва падар ба бемориҳои аллергӣ мубтало буданд). Омодагии пешакии гузаронидашудаи ин гурӯҳи кўдакон самаранок буд ва танҳо 1 нафар бемор воқуниши мавзей нишон дод. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ, аксаран дар кўдакони деҳот нисбат ба шаҳр (7,4% дар муқобили 4,0%) ба мушоҳида расид.

Инак, муқаррар гардид, ки воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ, чи дар шаҳр ва чи дар деҳот бештар ва вазнинтар ҳангоми ворид кардани вакцинаи пентавалентӣ ((20,1% дар муқобили 14,0%), нисбат ба ВСДК ($p < 0,01$), АКД ($p < 0,001$) ва ба ваксини сурхаку сурхакон ($p < 0,001$) ҷараён доштааст. Ҳангоми таҳлил ошкор гардид, ки дар ҳамаи кўдакони дорои воқуниши баъдиэмгузаронӣ ва шиддатнокшавии патологияи соматикӣ давраҳои афсурдакунандаи анте-, интра- ва постнаталӣ, заминаи преморбидии номусоид, шароити нохуби моддию маишӣ, махсусан дар кўдакони деҳот ташхис шудааст. Ин ба он иртибот дорад, ки қанони деҳот ҳангоми ҳомилагӣ сари вақт ба шубҳаи солимии репродуктивӣ муроҷиат накардаанд, муолиҷаи патологияҳои экстрагениталӣ ва генитиро анҷом надовдаанд. Дар онҳо давраҳои таваллудкунӣ ва баъдитаваллудкунии вазнин ба қайд гирифта шудааст. Ин ҳама ба коҳишҳои масунияти тифл мусоидат кардааст, бинобар ин онҳо бештар бемор мешуданд ва ба гурӯҳи кўдакони зуд-зуд беморшаванда дохил мешуданд. Гуфтаҳои боло зарурати амалисозии равиши инфиродии баргузориҳои эмгузаронӣҳои профилактикии ин гуна кўдакон ва омодагии ҷиддии онҳоро ба эмгузаронӣ тақозо менамояд [Воронина О.Л., 2008; Шамшева О.В., 2011; Икеев В.Н., 2013].

Ба назари мо омӯзиши динамикаи синтези подтанҳои махсуси синфи IgG ба вируси гепатити «В» дар 150 нафар кўдакони амалан солими давраи пурраи эмгузаронии вакцинаи пентавалентиро дарёфткарда дар синни 2-3-4-моҳагӣ мубрам мебошад. Баъди давраи пурраи эмгузаронии вакцинаи пентавалентӣ пас аз 6 моҳи сероконверсия дар 141 нафар (94,0%), аз ҷумлаи 150 нафар кўдакони солим ба қайд гирифта шудааст, ки бешубҳа дар бораи иммуногении баланди вакцинаи мазкур шаҳодат медиҳад. Маълумоти бадастомадаи масунияти махсус аз маҳалли зисти мушоҳидашавандагон (шаҳр ё деҳа) вобастагӣ надошт. Таҳқиқоти анҷомёфта дар мавриди мавҷудияти подтанҳои махсус нисбат ба HBsAg пас аз 24 моҳи баъди эмгузаронӣ, муқаррар намуданд, ки шиддатнокии масуният нисбат ба ГВВ дар рақамҳои баланд -92,0% боқӣ мемонад. Баъди 5 сол тамоюл ба коҳишҳои (85%) дорад ва дар ҳудуди масунияти ҳифозатӣ мемонад.

Таҳлили сатҳи масунияти баъдиэмгузаронӣ ба вакцинаи пентавалентӣ дар 180 нафар КЗБ вобаста ба вояи эмгузаронии анҷомёфта гузаронида шуд. Баъди эмгузаронии I савияи зидди- HBs -и мусбат дар 18,6%, HBs - и манфӣ бошад, 81, 5%-ро ташкил меод. Савияи ҳифозатии подтанҳо дар КББ баъди вояи II (60,0% дар муқобили 18,6%; $p < 0,001$) ҳамин нишондиҳандаро дар кӯдакони дорои эмгузаронии I, баъди вояи III 86,0% дар муқобили 18,6% ($p < 0,001$) барзиёд буд. Пас аз давраи хатмшудаи масунсозӣ 14,0% КЗБ дар муқобили 6,0% кӯдакони амалан солим бо коркарди подтанҳои махсус посух надоданд. Ҳангоми таҳлили анамнез равшан гардид, ки ин кӯдакон аз модарони дорои якчанд омилҳои хатар, бо нигоҳубин ва шароити моддию маишии табоҳ таваллуд шудаанд.

Ҳамин тавр, исбот шудааст, ки дар КЗБ ҳар як эмгузаронии минбаъдаи вакцинаи пентавалентӣ ба ташаккулёбии бештар шиддатноки масунияти махсус бар зидди гепатити вирусии «В» мусоидат намуда, бевосита аз такроршавии эмгузаронӣ вобастагӣ дошт, аммо нишондодҳо нисбат ба кӯдакони амалан солим ($p < 0,05$) пасттар буд.

Аз тарафи мо таҳлили савияи подтанҳои махсуси зидди ГВВ дар 87 нафар КЗБ дар муҳлатҳои гуногун баъди эмгузаронӣ анҷом дода шуд. Таҳлили муҳтавои миқдории титрҳои подтанҳои зидди ГВВ нишон дод, ки бо мурури замон савияи онҳо ба коҳишёрӣ тамоюл доштааст. Агар миқдори подтанҳои мусбат дар миёни КЗБ то 24 моҳ аз 86,0% то 84,0% ($p > 0,05$) коҳиш ёфта бошад, пас баъди 5 сол он то 80,0% ($p > 0,05$) коҳиш ёфтааст.

Савияи ҷамъшавии подтанҳои махсус ба вируси гепатити «В» дар 87 нафар кӯдакони амалан солими эмгузаронишуда ва дар 87 нафар КББ муайян карда шуд. Дар кӯдакони амалан солим сатҳи баланди ҷамъшавии подтанҳои махсус ба вируси гепатити «В» ($p < 0,01$), дар КЗБ бошад, нишондиҳандаҳо дар савияи паст аз < 10 (то 200 МЕ); $p < 0,05$) қарор доштанд. Таҳқиқот нишон доданд, ки эмгузаронии кӯдакони бештар беморшаванда бо ташаккулёбии масунияти камтар шиддатноки зидди гепатити «В» нисбат ба кӯдакони амалан солим ҳамроҳ мебошад. Омӯзиши самаранокии профилактикаи эмгузаронии масуниятшиносии зидди гепатити вирусии «В» тафовути ($p < 0,05$) савияи сероконверсияи баъдиэмгузарониро дар кӯдакони амалан солим ва КЗБ ошкор намуд.

Таҳлили муқоисавии басомади рушди подтанҳои махсус ба ГВВ дар 80 нафар кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи шаҳр ва 86 нафар кӯдакони деҳоти гирифтори бемориҳои соматикӣ гузаронида шуд. Дар ҳамаи КЗБ масуният ба гепатити вирусии «В» ҳосил гардид, аммо таҳлили муқоисавии анҷомёфтаи натиҷаҳои бадастомадаи миёни кӯдакони шаҳр ва деҳот аз лиҳози омӯри ночиз баромад, дар сурате ки тафовут бо гурӯҳи назоратӣ ($p < 0,001$) боэътимод буд.

Коҳишѐбии нишондиҳандаҳои мусбат ва манфӣ ($p < 0,01$) нишоиаи бевоситаи шаҳодатдиҳандаи коҳишѐбии масуният ва вазнинии чараѐни беморӣ дар КЗБ мебошад, ки бо маълумоти адабиѐти соҳавии илмӣ муҳолифат надорад [Зверев В.В., 2008; Соловьѐва И.Л., 2006; Ваг-Он Е.С., 2012].

Ба кўдаконе, ки бо онҳо эмгузаронии ваксинаи пентавалентӣ дар муҳлатҳои муқарраршуда бо сабаби бемориҳои бештари шамолхўрдагӣ ва шиддатѐбии бемориҳои музмин амалӣ карда нашуда буд, омодагии пешакӣ гузаронида шуд, ки самараи мусбат дод: подтанҳои махсуси мусбат ($p < 0,01$) афзоиш ва подтанҳои манфӣ бошад, ($p < 0,05$) коҳиш ѐфтанд, аммо дар муқоиса бо гурўҳи назоратӣ муътадилшавии муҳтавои подтанҳои махсус, ҳам дар кўдакони шаҳрӣ ва ҳам дар кўдакони деҳотӣ ба назар расидааст, ки коҳишѐбии масуниятро дар КЗБ нишон медиҳад [Будалина С.В., 2009; Zanetti A.R., 2010].

Аз маълумоти муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ [Зверев В.В., 2008; Топтигина А.П., 2014; Umlauf, В.Л., 2012] маълум аст, ки то эмгузаронӣ дар ҳамаи гурўҳҳои синнусолӣ ва назоратӣ масуният ба вирусӣ сурхак ва сурхакон коҳиш ѐфтааст, вақте ки подтанҳои IgG аз савияи ҳифозатӣ пастрар коҳиш меѐбанд (< 10 ME), бинобар ҳамин кўдакон дар синни аз 1 то 3 ва 6-8-солагӣ бо ваксинаи сурхаку сурхакон тибқи тақвими эмгузаронӣ ва реваксинатсия мешаванд.

Аз тарафи мо таҳқиқоти серологӣ барои муайянкунии шиддатнокии масунияти махсус ба вирусӣ сурхак ва сурхакон дар 150 нафар кўдакони амалан солими шаҳр ва деҳот аз 1 то 16-сола гузаронида шуд. Кўдакон аз рўйи синну сол ба 3 гурўҳ тақсим карда шуданд: гурўҳи I- аз 1 то 3 сола - 50 (33,3%), гурўҳи II- аз 4 то 7 -сола - 50 (33,3%) ва гурўҳи III - аз 8 то 16 сола - 50(33,3%).

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон соли 2004 хуруҷи бемории сурхак, соли 2007 бошад, хуруҷи сурхакон ба қайд гирифта шуд, соли 2009 ҳамаи кўдакони аз 1 то 16 сола таҳти эмгузаронии иловагии ваксинаи сурхаку сурхаконӣ қарор гирифтанд. Аз тарафи мо динамикаи мусбат мушоҳида карда шуд: солҳои охир миқдори кўдакони гирифтورشуда ба бемориҳои сурхак ва сурхакон коҳиш ѐфт.

Мо савияи шиддатнокии масунияти махсусро ба вирусҳои сурхаку сурхакон аз рўйи синну сол дар кўдакони солим мавриди омўзиш қарор додем.

Дар ҳамаи гурўҳҳои синнусолӣ савияи мусбати титраи подтанҳои мусбат ба вирусҳои сурхак баланд мебошад. Ҳангоми омўзиши шиддатнокии посухи масунӣ ба вирус осебпазиртарин гурўҳ кўдакони аз 1 то 3- сола буданд. Дар кўдакони гурўҳи якум баъди эмгузаронӣ подтанҳо ба вирусӣ сурхак дар 84,1%, яъне нисбат ба гурўҳҳои II ва III (84,1% дар муқобили 98,4% ва 94,5%, мутаносибан) ошкор карда шуданд. Ҳамин гуна маълумот дар

кўдакони деҳот ҳам ба қайд гирифта шуд, аммо онҳо нисбат ба кўдакони шахрӣ андаке камтар ($p>0,05$) буданд. Чунин тафовутҳо бо нобаробарии пухтарасии системаи иммунии кўдакони хурдсол алоқаманд аст [Топтигина А.П., 2014]. Сатҳи масуният ба вируси сурхак дар ҳамаи минтақаҳо хеле баланд аст, аммо дар шахрҳо он баландтар (92,0% дар муқобили 89,6%) нисбат ба деҳот мебошад, ки он эҳтимолан, бо шароити ғайриқаноатбахши моддию маишӣ, иҷтимоӣ, инчунин серфарзандӣ ва камбуди нигоҳубини кўдак иртибот дорад.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки савияи подтанҳои махсуси синфи IgG ба вируси сурхакон баъди эмгузаронӣ дар ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ дар минтақаҳо баланд буд. Ин ба он маъност, ки кўдакони амалан солим дорои савияи ҳифозатии подтанҳо дар робита бо эмгузаронии роҳандозигардида дар соли 2009 будаанд.

Аз рӯйи маълумоти бадастомада, миқдори подтанҳои IgG ба вируси сурхакон дар шахр ба қадри кофӣ зиёд ($p<0,01$) буд, ки он аз ҳосилшавии босамари масуният шаҳодат медиҳад. Ин кўдакони гирифтори бемориҳои дараҷаҳои сабук ва миёнавазнин буданд, ғоизии подтанҳои манфӣ асосан дар беморони дараҷаи вазнин ба мушоҳида мерасид ва дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаҳо боэътимод баланд ($p<0,001$) буданд. Кўдакони зуд-зуд беморшавандаи дорои подтанҳои манфӣ метавонанд ба бемориҳои сурхак ва сурхакон гирифтور шаванд, бинобар ин онҳо бояд таҳти назорати ҷиддии клиникаию серологӣ қарор дошта бошанд, зарур аст, ки бо онҳо иммунизатсияи иловагӣ тиббӣ гузаронида шавад.

Нишондиҳандаҳои подтанҳои махсус дар кўдакони деҳот нисбат ба кўдакони шахр ($p>0,05$) пасттар мебошанд ва ин эҳтимолан бо он иртибот дорад, ки бемориҳо дар КЗБ дар деҳот бо сабаби заминаи вазнини преморбидӣ (лоғарӣ, рахит, камхунӣ) чараён доштаанд.

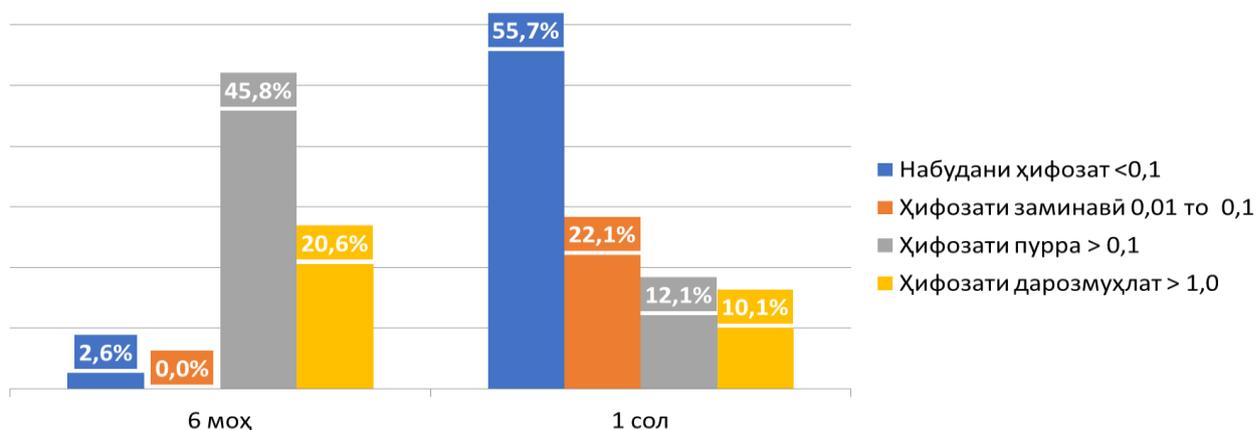
Бо сабаби бемориҳои зиёд дар гурӯҳи кўдакони зуд-зуд беморшаванда эмгузарониҳои профилактикӣ дар муҳлатҳои муқарраргардида гузаронида нашуд, бинобар ин тадбирҳои омодагии пешакӣ ба эмгузаронӣ таҳия шуданд. Дар таҳти мушоҳидаи мо 86 нафар кўдакони зуд-зуд беморшавандаи шахр ва 80 нафар кўдакони деҳоти гирифтори бемориҳои гуногуни соматикӣ қарор доштанд, ки ба онҳо масуният баъди омодагии пешакӣ ва бидуни он ба эмгузаронӣ муайян карда шуд. Савияи масунияти махсус дар КЗБ ҳангоми ҳамаи бемориҳои соматикӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, махсусан кўдакони гирифтори илтиҳоби шуш (66,8%), патологияи ҳамроҳ (67,0%), бемориҳои аллергӣ (66,0%) паст буд. Посухи масуний аз рӯйи маълумоти нишондиҳандаҳои мусбат ба вируси сурхак мутаносибан, 68,2% ва 64,2% ва ба вируси сурхакон 71,2% ва 70,3% дар ҳудуди ҳифозатӣ буд, аммо дар деҳот нисбат ба шахр хеле пасттар будааст. Аммо нишондиҳандаҳои манфӣ ($p<0,001$) баланд буданд.

Дар гурӯҳи кӯдаконе, ки бо онҳо омодагии пешакӣ дар КЗБ, ҳам дар шаҳр ва ҳам дар деҳот гузаронида шуда буд, посухи масунӣ нисбат ба сурхак ва сурхакон дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдаконе, ки бо онҳо омодагии пешакӣ гузаронида нашуда буд, баланд гардид, ки он бо афзоиши аз лиҳози омили қиматноки нишондиҳандаҳои мусбат ($p < 0,001$) ва пастшавии нишондиҳандаҳои манфӣ ($p < 0,01$), тасдиқ мешавад ва он самаранокии омодагии пешакиро нишон медиҳад.

Ҳамин тавр, КЗБ ба гузаронидани омодагии пешакӣ ба эмгузаронӣ ниёз доранд, зеро он самаранок аст ва динамикаи мусбат дорад.

Пас аз эмгузаронии секарата бо вакцинаи пентавалентии 50 нафар кӯдакони амалан солим, ташаккулёбии масунияти махсуси зидди дифтерӣ баъди 6- моҳ, 1- сол ва 5- сол муайян карда шуд. Тағйироти натиҷаҳои подтанҳои махсуси зидди дифтерия аз рӯйи қимати ниҳони зичии оптикӣ савияи ҳифозат: заминавӣ аз 0,01 то 0,1; ҳифозати пурра - $> 0,1$; ҳифозати дарозмӯҳлат - $> 1,0$ гузаронида шуданд.

Баъд аз 6 моҳ ташаккулёбии масунияти шиддатноки баъдиэмгузаронӣ ба қайд гирифта шуд, ки бо фоизи баланди ҳифозати пурра (45,8% дар муқобили 12,1%, $p < 0,001$) ва набудани ҳифозат (2,6% дар муқобили 55,7%, $p < 0,001$) коҳиш ёфт ва он аз ҳосилшавии масунияти нопойдор далолат мекард (расми 8)



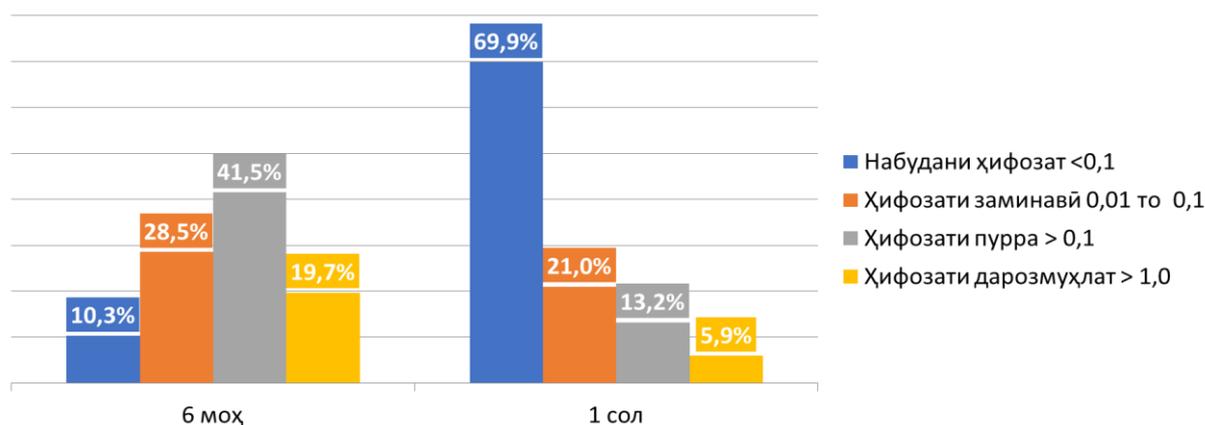
Расми 8.- Сатҳии подтанҳои зиддидифтерӣ дар кӯдакони амалан солими эмгузаронигардида бо вакцинаи пентавалентӣ баъди 6 моҳ ва 1 сол

Бинобар ҳамин, реваксинатсияи ВСДК аз рӯйи тақвим бо кӯдакон дар 16-23-моҳагӣ гузаронида шуд. Қайд гардид, ки баъди реваксинатсия, ҳам баъди 6 моҳ ва ҳам баъди 1 сол камшавии набудани ҳифозат (3,0 ва 3,5%), ва болоравии ҳифозати заминавӣ, пурра ва дарозмӯҳлат ($p < 0,01$) ба назар расид.

Дар 6-солагӣ баландшавии нишондиҳандаҳои тасдиқкунандаи набудани ҳифозат ва коҳишёбии ҳамаи дигар нишондиҳандаҳо (23,5% дар муқобили 10,1, 48,7% дар муқобили 20,2; 23,5% дар муқобили 9,9%; $p<0,01$) ба қайд гирифта шуд, ки дар ин робита аз рӯи тақвим реваксинатсияи дуҷуми АКД гузаронида шуд ва баъди он масунияти зиддидифтерӣ баланд гардид. Аммо баъди 5 сол тамоюл ба болоравии нишондиҳандаи манфӣ - набудани ҳифозат (30,2%) ба назар расид, ки аз мутамоил будани ин кӯдакон ба бемории дифтерия далолат мекард.

Ҳамин тавр, эмгузаронии вакцинаи пентавалентӣ ва реваксинатсияи ВСДК ва АКД самаранок мебошанд, кӯдакони эмгузаронишудаи амалан солим ба онҳо бо ташаккулёбии шиддатноки масунияти баъдиэмгузаронӣ посух медиҳанд. Маълумоти бадастомада бо иттилооти адабиёти соҳавӣ мувофиқат мекунад [А.А.Баранов, 2007; О.Ю.Устинова ва ғайра.,2013].

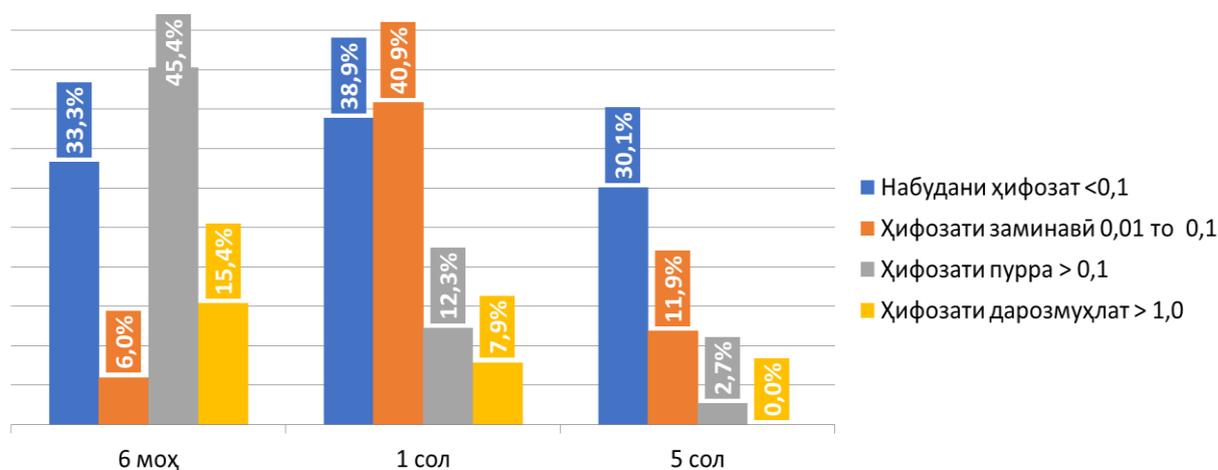
Ҳамаи кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи (92 нафар) гирифтори дарачаҳои миёнавазнин ва вазнини беморӣ, ки бо вакцинаи пентавалентӣ дар муҳлатҳои муқарраргардида бо сабаби бемориҳои зиёд эмгузаронӣ нашуда буданд, дар давраи интеркуррентӣ эмгузаронӣ гардиданд. Натиҷаҳои эмгузаронӣ нишон доданд, ки дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда масунияти махсус ба дифтерия баъд аз 6 моҳ ҳосил гардид, аммо дар муқоиса бо кӯдакони солим нишондиҳандаҳои набудани ҳифозат (10,3% дар муқобили 2,6%; $p<0,001$) баланд буд, ҳифозати заминавӣ ва дарозмуддат бошад, пасттар буд, аммо тафовути байни онҳо аз лиҳози оморӣ аҳамият надошт (расми 9).



Расми 9.- Сатҳи подтанҳои зиддидифтерӣ дар КЗБ, ки бо вакцинаи пентавалентӣ баъди 6 моҳ ва 1 сол ваксинатсия шуданд.

Баъди як сол дар КЗБ масуният дар муқоиса бо маълумоти пешина (баъди 6 моҳ) хеле коҳиш ёфт, набудани ҳифозат (69,9% дар муқобили 10,3%, $p<0,001$) ва нисбат ба кӯдакони солим (69,9% дар муқобили 55,7%) афзоиш намуд, ҳифозати заминавӣ, пурра ва дарозмуҳлат

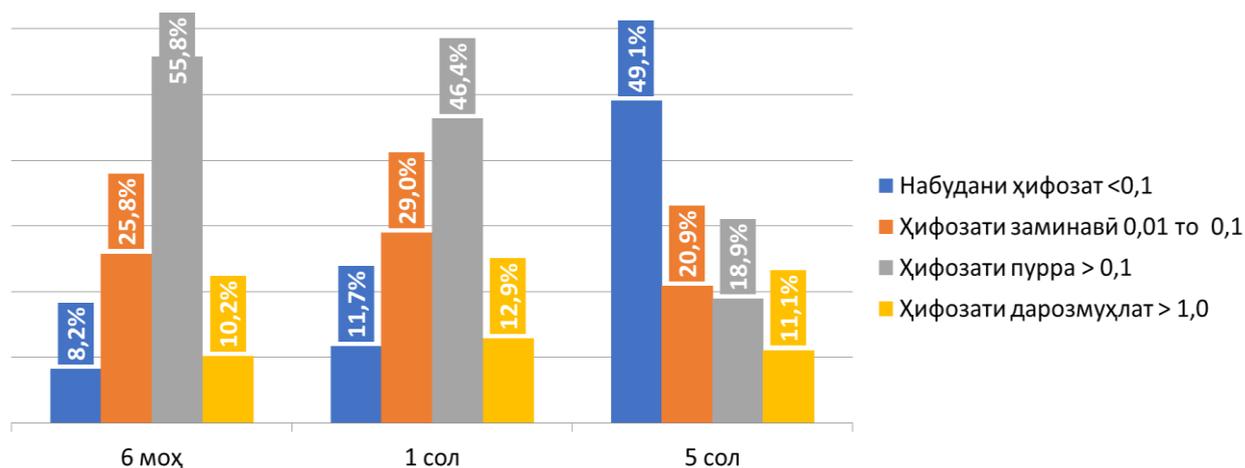
бошад, ($p < 0,001$) аз лихозии оморӣ пастигар буд, бинобар ин, ҳамаи кӯдакон мавриди реваксинатсияи ВСКД қарор гирифтанд.



Расми 10. - Сатҳи подтанҳои зиддидифтерӣ дар КЗБ, ки бо ВСКД баъди 6 моҳ ва 1 сол ва 5 сол вақсинатсия шуданд.

Дар беморони гурӯҳи мазкур ҳосилшавии масунияти зиддидифтерӣ ошкор гардид, ки дар натиҷаи он ҳифозати заминавӣ, пурра ва дарозмуҳлат ($p < 0,001$) дар муқоиса бо кӯдакони солим баланд шудааст, дар онҳо баъди 5 сол тамоюл ба коҳишёбии масуният ва афзоиши набудани ҳифозат (59,8% дар муқобили 55,3%), ҳам дар кӯдакони солим ва ҳам дар беморон ба қайд гирифта шудааст.

Дар ин робита, мутаносибан тибқи тақвими эмгузарониҳо, реваксинатсияи АКД гузаронида шуд (расми 11).



Расми 11.- Сатҳи подтанҳои зиддидифтерӣ дар КЗБ, ки ба АКД баъди 6 моҳ ва 1 сол ва 5 сол вақсинатсия шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ба натиҷаҳои баъди эмгузарониҳои ВСКД ҳосилгардида монад буданд, ки аз тарафи муаллифони дигар ҳам тасдиқ шудааст [Таточенко В.К., 2006; Lin T.Y., et al., 2007]. Баъди 5 сол дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда коҳишёбии хеле назарраси масуният

нисбат ба кўдакони солим ($p < 0,001$) ба қайд гирифта шуд. Бинобар ин, дар солҳои 2011-2012 реваксинацияи иловагии АКД амалӣ гардид.

Ҳамин тавр, эмгузарониҳои профилактикӣ (ваксинаи пентавалентӣ, ВСКД, АКД) барои кўдакони зуд-зуд беморшаванда зарур аст, ки ба ин маълумоти ҳифозатҳои заминавӣ ва пурра далолат мекунад.

Дар таҳти мушоҳидаи мо 72 нафар КЗБ бо шаклҳои гуногуни нозологии беморӣ қарор доштанд, дар ин робита таҳлили маҷмӯии муқоисавии шиддатнокии масунияти баъдиэмгузаронии зиддидифтерӣ дар кўдакони бемор ба ваксинаи пентавалентӣ, ВСКД, АКД бо омодагии пешакӣ ва бидуни он баргузор гардид. Баъди омодагии пешазмасуниятии махсус ба ҳамаи вакцинаҳо (ваксинаи пентавалентӣ, ВСКД, АКД) афзоиш намуда, ҳифозати заминавӣ, пурра ва дарозмуҳлат ($p < 0,001$) зиёд гардид. Нишондиҳандаҳои набудани ҳифозат коҳиш ёфтанд ($p < 0,001$), ки он зарурати баргузори омодагии пешакии КББ-ро пеш аз эмгузаронӣ нишон меод. Дар кўдакони бештар беморшавандаи бидуни омодагии пешакӣ масуният нисбат ба баъди омодагии пешакӣ пасттар буд.

Дар чараёни таҳқиқоти амиқи зардобшиносии КББ маълумоти нав оид ба ташаккулёбии масунияти махсус ошкор шуданд, ки маълумоти адабиёти соҳавиро [Ботвинева В.В., 2009; Самсигина Г.А., 2009; Dutta A.K., 2009; Kurugol Z., 2011] такмил намуда, ба зарурати нишондодҳои марбута, интихоби беморон ва мушоҳидаи минбаъдаи якумрӣ аз болои ҳаёти онҳоро далолат мекунад.

Инак, эмгузаронии кўдакони бештар беморшаванда босамар ва бехатар мебошад. Масунияти махсус ба эмгузаронӣ дар КББ дар ҳудуди ҳифозат, аммо аз лиҳози омӯрӣ пасттар ($p < 0,001$) нисбат ба кўдакони солим ҳосил карда мешавад. Масунисозии КББ - ро бояд бо тамоми вакцинаҳо тибқи тақвими эмгузарониҳо гузаронида, инчунин ба онҳо эмгузарониҳои иловагӣ бар зидди зуком, сироятҳои пневмококкӣ, гемофилӣ, менингококкӣ тавсия намуд, чунки ин кўдакон нисбат ба кўдакони солим нисбат ба сироятҳо осебпазир мебошанд [Семененко Т.А., 2012; Griffiths U.K., 2009; Aspinall S., 2012. Аммо дар он ҳолатҳо, ки сирояти роҳҳои нафаскашӣ падидаи навбатӣ ё шадидшавии бемории асосӣ бо муҳлати муқарраршудаи тақвими нақшавии эмгузарониҳо рост меояд, тақозо мешавад, ки эмгузаронӣ ба муҳлати дертар мавқуф гузошта шавад.

Барои профилактикаи воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ, шиддатнокшавии бемориҳои асосӣ ва иловагии интеркуррентӣ зарур аст, ки бо кўдакони бештар беморшаванда омодагии пешакӣ гузаронида шавад.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои ҳосилшудаи таҳқиқот

1. Дар раванди таҳқиқоти диссертатсионӣ муайян карда шуд, ки дар деҳот кӯдакони зуд-зуд беморшаванда (56,2%) нисбат ба шаҳр (43,8%) боэътимод зиёд мебошанд, ки он аз дертар мурочиат кардани онҳо барои ёрии тиббӣ вобастагӣ дорад [1-М, 4-М, 12-М, 33-М, 36-М].
2. Дар занони дорои анамнези вазнини соматикӣ ва гинекологӣ ҳомилагӣ аксар бо оризаҳо ҳамроҳ мебошад (хатари қатъ шудан, бемориҳои илтиҳобии аъзои чинсӣ ва ғайра), ки он ба номувофиқатии балоғати машина ба муҳлати ҳомиладорӣ, ташаккулёбии норасоии машинавӣ, патологияи ноф ва чараёни таваллудкунӣ боис мегардад. Ин ҳама ба таъсири балоғати системаи масунии тифл ва ҳалалдоршавии фаъолияти системаи респираторӣ, роҳи ҳозима ва ғайра мусоидат кард [2-М,3-М,5-М,12-М,22-М,25-М,34-М,41-М].
3. Аз рӯйи сохтори беморшавӣ дар КЗБ патологияи шушу бронхҳо, ихтилолоти функционалии роҳи ҳозима, бемориҳои аллергӣ, бемориҳои музмини гӯшу гулӯ ва бинӣ ва патологияи маҷмӯӣ ба назар расиданд. Вижагии хоси бемориҳои кӯдакони зуд-зуд беморшаванда басомади баланди пайдошавии онҳо, тамоюл ба чараёни давомдор ва такроршаванда то бефосила-такроршаванда дар беморони гирифтори драҷаҳои миёнавазнин ва вазнини беморӣ мебошанд [4-М,8-М,19-М,22-М,23-М,26-М,35-М,47-М,50-М].
4. Дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда то эмгузаронии пентавалентӣ, ВСКД, АКД ва сурҳаку сурҳакон дар муқоиса бо кӯдакони амалан солим коҳишёбии боэътимоди савияи Т- ва В-лимфоситҳо, Ig A, IgM, IgG, ба назар расид, ки ҳамроҳ бо барангезиши бештари вирусии подтании табоҳсозандаи механизмҳои масунитанзимӣ ва тақозокунандаи табобати масунитасҳеҳкунанда аст [6-М,7-М,9-М,17-М,20-М,30-М,32-М].
5. Дараҷаи ихтилоли сифати ҳаёт, ҳам ба таври умумӣ ва ҳам чузъҳои алоҳидаи он ҳангоми бемориҳои соматикӣ ва музмин ба таври назаррас фарқ мекунад, он метавонад ҳамчун меъёри интегралӣ ҳолати саломатии популятсияи кӯдакон, ки ба арзёбии субъективии офияти ҷисмонӣ, психологӣ ва иҷтимоӣ асос ёфта дар илми амалия тиббӣ атфол ва ба таври васеъ истифода гардад [8-М,13-М,16-М,29-М,37-М,41-М].
6. Дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда баъди ворид намудани вакцинаҳои пентавалентии ВСКД ва АКД дар тафовут аз кӯдакони амалан солим аз тарафи мо ба ғайр аз аллергияи мавзей вқунишҳои умумӣ ҳам ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми гузаронидани эмгузаронии сурҳаку сурҳаконӣ воқунишҳои махсус ба назар расиданд [7-М, 9-М,11-М, 15-М, 17-М,21-М, 30-М,45-М].
7. Басомади воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ дар КЗБ деҳот нисбат ба шаҳр баландтар буда, он бо вазни нисбии баландтари патологияи ҳамроҳ иртибот дорад. Омодагии пешакӣ вазни

нисбии вокунишҳои баъдиэмгузарониро дар КЗБ коҳиш медиҳад. [9-М,11-М,17-М,20-М,32-М,43-М].

8. Таҳқиқоти серологии гузаронидашуда нишон дод, ки масунияти зидди гепатит, сурхак, сурхакон ва дифтерия дар кӯдакони амалан солим баъди эмгузаронӣ дар давраҳои гуногуни синнусолӣ ва аз рӯйи минтақаҳо баландтар аст, ки он бо масунисозии иловагии зидди сурхак дар соли 2007 ва бар зидди сурхаку сурхакон дар соли 2009 ва зидди дифтерия дар соли 2012 алоқамандӣ дорад. Дар кӯдакони бештар беморшавандаи шахр ва деҳот масунияти махсус ташаккул ёбад ҳам, аммо ба нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ баробар намешавад [2-М,6-М, 7-М, 9-М,11-М,15-М,18-М,20-М, 32-М].
9. Мушоҳидаи катамнезии КЗБ дар муддати 5 сол коҳишёбии боэътимоди подтанҳои махсуси зидди гепатити вирусӣ, сурхак, сурхакон ва дифтерияро нишон дод, ки ҳар 5 сол масунисозии иловагии кӯдакони гурӯҳи дорои хатари баландро бо омодагии пешакии тоэмгузаронӣ тақозо дорад [4-М,10-М,18-М,21-М,32-М,34-М,40-М,43-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

1. Ҳангоми ташкил додани хадамоти тибби атфол зарур аст, ки кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи дорои дараҷаи баланди хатар оид ба беморшавӣ ба қайди диспансерӣ гирифта шаванд.
2. Бо занони синни репродуктивӣ, ки дорои омили хатар мебошанд, дар марҳилаи банақшагирии оила ва ҳангоми ба қайд гирифтани дар маркази солимии репродуктивӣ бояд тадбирҳои саривақтии муолиҷавию профилактикӣ бо мақсади коҳиш додани бемориҳои дохилибатнӣ ва баъдитаваллудшавии кӯдакон гузаронида шаванд.
3. Ихтилолотҳои ошкоршудаи сифати ҳаёти кӯдакони гурӯҳҳои тиббию иҷтимоии гуногун аз ҷумлаи бештар беморшавандаҳо дар бораи шомилсозии ин нишондиҳанда дар барномаи таҳқиқи онҳо барои муносибсозии ёрии тиббии гурӯҳи мазкур шаҳодат медиҳад.
4. Ба кӯдакони зуд-зуд беморшаванда қабл аз эмгузаронӣ барои пешгирӣ кардани вокунишҳои баъдиэмгузаронӣ гузаронидани таҳқиқоти маҷмӯӣ ва амалӣ намудани омодагии пешакӣ зарур доништа мешавад.
5. Зарур аст, ки ҳамаи намудҳои вокуниш ба вакцинаи пентавалентӣ, ВСКД, АКД, сурхаку сурхакон ба назар гирифта шуда, сабаби пайдошавии онҳо равшан гардад, таъобати саривақтӣ анҷом гирифта, инҳо ҳангоми эмгузаронии минбаъда ба назар гирифта шаванд.
6. Бо дарназардошти он ки бо мурури замон шиддатнокии масуният коҳиш меёбад, зарур аст, ки баъд аз ҳар 5 сол ҳамаи кӯдакон, аз ҷумла бештар беморшавандаҳо мавриди масунисозии иловагии тиббӣ бар зидди гепатит, сурхак, сурхакон ва дифтерия қарор дода шаванд, ки он ба коҳишёбии сатҳи бемориҳои сироятӣ мусоидат мекунад.

Фехристи интишороти довталаби унвони илмӣ

Маколаҳои дар маҳаллаҳои тақризшаванда

- [1-М] Мамаджанова Г.С. Влияние фоновых состояний и очагов хронической инфекции на формирование контингента часто болеющих детей./Г.С.Мамаджанова, О.В.Новикова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»).-2006.- №1-2. -С.67-69.
- [2-М] Мамаджанова Г.С. Характеристика специфического иммунного ответа детей с гипотрофией, получивших полный курс вакцинации против гепатита В и других инфекций /Г.С.Мамаджанова, М.Д.Ёдгорова, // Вестник Авиценны («Паёми Сино»). Душанбе.-2007.- №3-4.-С.155-158.
- [3-М] Мамаджанова Г.С. Факторы риска по развитию цитомегаловирусной инфекции и их клинические особенности / Г.С.Мамаджанова, Н.Ш.Самиева, Н.Д.Саидмурадова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»). - Душанбе.-2008.- №4.-С.71-74.
- [4-М] Мамаджанова Г.С. Клиническая характеристика часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова // Вестник Авиценны («Паёми Сино»). Душанбе.-2011. №1.-С.70-75.
- [5-М] Мамаджанова Г.С. Основные факторы риска, предрасполагающие к развитию рахита / Г.С.Мамаджанова, // Вестник Авиценны («Паёми Сино»). Душанбе.-2011.-№1.-С.84-87.
- [6-М]Мамаджанова Г.С. Сравнительный анализ формирования противокорревого иммунитета у часто болеющих и практически здоровых детей раннего возраста /Г.С.Мамаджанова, Ф.М.Тишкова/ /Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе.-2011.№2.С.71-75
- [7-М] Мамаджанова Г.С. Влияние вакцинации на состояние здоровья часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова// Здравоохранение Таджикистана. Душанбе.-2011.-№3. -С. 61-65.
- [8-М] Мамаджанова Г.С. Клинико-иммунологические особенности хронической патологии носоглотки и иммунотерапия у часто болеющих детей./Г.С.Мамаджанова, С.Ф.Хайдарова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»). Душанбе.-2012.-№ 1. -С.121-124.
- [9-М] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического и поствакцинального иммунитета у детей с аллергодерматозами, вакцинированных пентавалентной вакциной/ Г.С.Мамаджанова, З.К. Умарова, У.Х. Рахимова// Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе.-2013.-№1.- С.52-56.
- [10-М] Мамаджанова Г.С. Оценка уровня иммунитета к дифтерии у здоровых и часто болеющих детей. /Г.С.Мамаджанова/ / Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе.- 2013.-№2.- С. 64-68.
- [11-М] Мамаджанова Г.С. Влияние краснушно-коревой и пентавалентной вакцинации на состояние здоровья часто болеющих детей/Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова, М.Д.Ёдгорова// Вестник Авиценны («Паёми Сино»). Душанбе.-2013.-.№2.-С.144-148.
- [12-М] Мамаджанова Г.С. Факторы риска, клиника, диагностика и лечение часто болеющих

детей /Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№2.- С.177-182.

[13-М] Мамаджанова Г.С. Оценка качества жизни часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова, З.К. Умарова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№2(57).-С.257-260.

[14-М] Мамаджанова Г.С. Иммунная система у часто болеющих детей (обзор литературы). /Г.С.Мамаджанова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№2(57).-С.166-176.

[15-М] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического иммунитета к вирусам кори и краснухи у здоровых детей. /Г.С.Мамаджанова// Здоровоохранение Таджикистана.-Душанбе.-2014.-.№2.-С.68-72

[16-М] Мамаджанова Г.С. Иммунный статус у детей с атопическим дерматитом страдающих хламидийной и цитомегаловирусной инфекцией./Г.С.Мамаджанова, З.К.Умарова, У.Х.Рахимова, С.Ф. Хайдарова, З.Р. Рахматуллоева// Вестник педагогического университета .-2014.-.№5(60).-С.173-175.

[17-М] Мамаджанова Г.С. Опыт вакцинации детей с аллергодерматозами в различные периоды заболевания. /З.К.Умарова, Г.С.Мамаджанова, У.Х.Рахимова// Вестник педагогического университета .-2014.-.№5(60).-С.176-180.

[18-М] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического иммунитета против гепатита «В» у часто болеющих детей /Г.С. Мамаджанова// Вестник Авиценны «Паеми Сино».- Душанбе.-2015.- №2.-С.109-113

[19-М] Мамаджанова Г.С. Клинические проявления локализованных форм респираторной хламидиозной инфекции./ С.Ф.Хайдарова, Г.С, Мамаджанова, З.К.Умарова// Здоровоохранение Таджикистана.-Душанбе.-2015.-.№1.-С.77-79.

[20-М] Мамаджанова Г.С. Вакцинопрофилактика у часто болеющих детей с респираторными аллергиями/ Г.С.Мамаджанова// Вестник педагогического университета.-2015.-.№2 (66).-С.145-148.

[21-М] Мамаджанова Г.С. Напряжённость специфического иммунитета к вирусу кори и краснухи у практически здоровых детей/ Г.С.Мамаджанова // Вестник педагогического университета .-2015.-.№3 (68).-С.141-144.

[22-М] Мамаджанова Г.С. Клинико-иммунологическая характеристика атопического дерматита у детей в условиях жаркого климата/ З.К.Умарова, М.П.Носирова, У.Х.Рахимова// Ж. Современные проблемы науки и образования -Москва.-2016.-№ 668.-С.101-107

[23-М] Мамаджанова Г.С. Факторы риска, способствующие развитию и клиническим проявлениям цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста/ З.К. Умарова// Здоровоохранение Таджикистана.-2016-№2 (232).-с.31-36

- [24-М] Мамаджанова Г.С. Топическая терапия атопического дерматита у детей /Г.С.Мамаджанова // Здоровоохранение Таджикистана.-2018.-№3.- С.38-43
- [25-М] Мамаджанова Г.С. Некоторые клиничко - иммунологические аспекты у часто болеющих детей с гипотрофией/З.К. Умарова ,М.Д.Ёдгорова, М.П. Носирова// Вестник Авиценны Паёми Сино .-2017.№2.-С. 67-71.
- [26-М] Мамаджанова Г.С. Арзёбии инкишофи чисмони ва психотики дар кудакони зуд-зуд беморшаванда ва кудакони солим Авчи Зухал.-2018.- №3.-С56-59
- [27-М] Мамаджанова Г.С. Лечебные, профилактические, и оздоровительные мероприятия ЧБД//: Авчи Зухал.-2019.- №1.-С.34-38.
- [28-М] Мамаджанова Г.С. Гизо ва табобати кудакони дорой ихтилолҳои функционалии хозима// М. Авчи Зухал.-2019.-№ 3.-С. 34-35
- [29-М] Мамаджанова Г.С. Особенности клиники и лечение кишечных и внекишечных проявлений лямблиоза у детей// Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Здоровоохранение Таджикистана.-2020.-№2.-с.50-54

Мақолаҳо ва фишурдаи мақолаҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо

- [30-М] Мамаджанова Г.С. Формирование специфического противокорревого иммунитета у часто болеющих детей Актуальные вопросы семейной медицины./ З.К.Умарова, О.В.Новикова / Сб. тез. 55-ой год. науч.-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе: 2007.-с.183-185
- [31-М] Мамаджанова Г.С. Противовирусные препараты в лечении и профилактике простудных заболеваний у часто болеющих детей/ Г.С. Мамаджанова, Н.Ш.Абдуллаева, С.Ф.Хайдарова // Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества. Сб. статей 57ой год. науч-практ. конф. с межд. участием, посвящ. 70-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. -Душанбе.- 2009.-С.38-40.
- [32-М] Мамаджанова Г.С. Влияние вакцины на состояние здоровья практически здоровых новорожденных /Г.С.Мамаджанова/ Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- Душанбе.- 2010.- №2.-С.17-20.
- [33-М] Мамаджанова Г.С. Состояние здоровья и реактивность часто болеющих детей лечебные, профилактические и оздоровительные мероприятия /Г.С.Мамаджанова// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - Душанбе.-2010.-№4-С.20-25.
- [34-М] Мамаджанова Г.С. Иммунотерапия часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова// Роль медицинской науки в оздоровлении общества. Сб. тез. год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 20-летию государственной независимости. РТ. Душанбе.-2011 .- С.151-152.
- [35-М] Мамаджанова Г.С. Клинические особенности и комплексная терапия часто болеющих

детей страдающих функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта/ Г.С.Мамаджанова// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- Душанбе.-2011.-№2 (10) .- С.17-21.

[36-М] Мамаджанова Г.С. Группы и типы часто болеющих детей. /Г.С. Мамаджанова Мат. V-го съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана - Душанбе; 2010- с.83-86

[37-М] Мамаджанова Г.С. Клинико-лабораторные особенности периода ранней адаптации новорожденных детей от матерей с патологией органов мочевой системы / М.Н.Хотамова, Г.С. Мамаджанова, Х.Д.Аминов // Мать и дитя. -Душанбе. -2011.-№4.-С.74-78.

[38-А] Мамаджанова Г.С. Комплексная терапия часто болеющих детей /Г.С.Мамаджанова/ /Роль медицинской науки в оздоровлении общества. Сб. тез. 59 год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 20- летию Государственной независимости. РТ.- Душанбе.-2011.- С.151-152.

[39-М] Mamadjanova G.S. Physical development and structure of the disease among young children in large families of rural freas/ Mamadjanova G.S., Z.K.Umarova, M.P.Nosirova, A.E.Hudoynazarov// Abstracts of XI congress of pediatricians of Eurasian countries.-Dushanbe.-2011-P.124-125.

[40-М] Мамаджанова Г.С. Эффективность препарата «Виферон» для лечения и профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей./Г.С.Мамаджанова, З.А.Бадалова, М.М.Махмудова// Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сб. тез. 60 - ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 80- летию со дня рождения чл.-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки.-2012.-С.257-258.

[41-М] Мамаджанова Г.С. Факторы, способствующие развитию внутриутробной инфекции/ З.К.Умарова С.Ф.Хайдарова// Теоритические и практические аспекты развития современной медицинской науки. Сб. тез. год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 80-летию со дня рождения. член.-корр. РАМН проф. Ю.Б.Исхаки ; Душанбе-2012.С.331-333

[42-М] Мамаджанова Г.С. Лечение дисбактериоза у детей /Г.С.Мамаджанова З.Р.Рахматуллаева, З.К. Умарова, Д.А. Мукарамова// Вклад медицинских наук в практическое здравоохранения. Сб. науч.статей 61-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с междун.участием.-2013.-С.212-214.

[43-М] Мамаджанова Г.С. Изучение влияния пентавалентной вакцины на здоровье часто болеющих детей в интеркуррентном периоде /Г.С. Мамаджанова,, З.А.Бадалова// Антибиотики и антибиотикорезистентность. Материалы I Среднеазиатского конгресса МАКМАХ. Медицина и экология.2014.-№1(приложение). - 2014.- С.39-40.

[44-М] Мамаджанова Г.С. Часто болеющие дети - лечебные, профилактические мероприятия

/Г.С.Мамаджанова // Сб. тез. 62-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 20-летию Конституции РТ. Душанбе. -2014.- С.52-53.

[45-А] Мамаджанова Г.С. Поствакцинальные реакции часто болеющих детей /Г.С.Мамаджановой Н.Ш.Самиева, М.М.Махмудова, З.А.Бадалова.// Сб. тез. 62-ой год. научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвящ. 20-летию Конституции РТ. -Душанбе. - 2014.- С.50-51.

[46-М] Мамаджанова Г.С. Применение адаптированных детских смесей на основе сои в профилактике пищевой аллергии у детей раннего возраста /Г.С.Мамаджанова,З.К.Умарова, У.Х.Рахимова// Роль доказательной медицины в повышении качества медицинской помощи и медицинского образования. Респ. научн.-практич. конф..-Душанбе.-2014.-С.109-110.

[47-М] Мамаджанова Г.С. Клиника и лечение аномалии конституции у детей, перенесших перинатальную энцефалопатию. /Г.С.Мамаджанова, У.Х.Рахимова, З.К.Умарова// Доклады Академии наук Республики Таджикистан.-2014.-Т.57, №4.С.333-337.

[48-М] Мамаджанова Г.С. Клиника и лечение кишечного амёбиаза у детей разных возрастных групп / Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Журнал Инфектологии.-2020.-С.108-109

[49-М] Мамаджанова Г.С. Поражение центральной нервной системы при стафилококковом энтероколите у детей раннего возраста / Г.М. Саидмурадова, Г.С.Мамаджанова// Журнал Инфектологии.-2020.-С.108-109

[50-М] Мамаджанова Г.С. Фоновые состояния у детей раннего возраста усугубляющие течение бронхолегочной патологии / Г.С. Мамаджанова, З.К. Умарова, Г.М. Саидмурадова// Глобальная экономика в XIX веке: роль биотехнологий и цифровых технологий.-2020.-С.277-279

Омодагии пешакӣ ба эмгузаронии кӯдакони бештар беморшаванда

(алгоритм)

Речаи рӯз	Парҳез	Ошкорсозӣ ва дармони манбаъҳои музмини сироят	Муолиҷаи дорӯӣ
1. Ду ҳафта пеш аз эмгузаронӣ нарафтган ба муассисаҳои кӯдакона.	1.Бештар макондани шири сина бо ғизодиҳии иловагии саривактӣ.	1. Тонзиллити музмин, фарингит ва отит (дар ҳалқ коштани дорӯҳои микробкуш.	Дорӯҳои антигистаминӣ (фенкарол, диазолин, фенистил ва ғайра дар муддати 5-7 рӯз).
2. Ба қадри кофӣ дар ҳавои тоза будан.	1. Парҳези гипоаллергенӣ (худдорӣ аз истеъмоли меваҳои ситрусӣ, шоколад, донагиҳо) 7 рӯз қабл ва	2.Муолиҷаи кариеси дандонҳо	1. Масуниятангезандаҳо (анаферон, виферон, интерферон, сиклоферон).
3. Хоби	7 рӯз баъд аз		3.Барангезандаҳои биологӣ (чавҳари элеутерококк, қиёми

бардавоми шабона (9 соат ва хоби рӯзона (1,5-2 соат). 4. Ҳарорати ҳаво дар дохили бино 24 ⁰ С, рутубати ҳаво на камтар аз 40%.	эмгузаронӣ. 2. Микдори кофии сафеда мувофиқи синнусол (гўшт, творог, панир). 3. Мева ва сабзавоти тару тоза. 5.Истеъмоли ғизо бо микдори кам дар шабонарӯз мутобиқи синну соли биологӣ..	ва сирояти кирми меъда	решаи гиёҳи женшен) 4. Коҳиши ҳассосияти ғайримахсус (дорухои калсий, интал, глицерам, кетотифен.). 5 Табобати витаминӣ (С ва гурӯҳи В). 6.Гиёҳдармонӣ (нӯшонидани шарбати хуч, бобуна).
---	--	------------------------	---

Давраи эмгузаронӣ - давраи илтиём баъди ворид кардани вакцинаҳо ва 10-14 рӯзи баъди эмгузаронӣ

1. Эмгузаронӣ дар соатҳои субҳгоҳӣ таъйин карда мешавад.
2. Муоинаи табиби масуниятшинос.
3. Андозагирии ҳарорат.
4. Таъйин кардани дорухои зиддигистминӣ ду бор дар як рӯз (аз 4 то 7 рӯз).
5. Мушоҳидаи ҳамшираи тиббӣ ва табиб дар муддати 1,5 соат.
6. Идома додани муолиҷаи доруии тамомнашуда

Давраи баъди эмгузаронӣ

1. Муолиҷа дар муддати 1,5 моҳ баъдиэмгузаронӣ аз рӯйи нишондихандаҳои муоинаи симптоматикӣ.
2. Муайянкунии муҳлатҳои дорухои минбаъдаи ваксинӣ.
3. Профилактика ва муолиҷаи лоғарӣ, рахит, камхунӣ.
4. Тадбирҳои офиятбахшӣ (гимнастикаи нафаскашӣ ва муолиҷавӣ, машғул шудан ба варзиш)
5. Мушоҳидаи диспансерӣ дар муддати 5 сол.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО

АКД - анатоксини зидди кузоз ва дифтерия

БРР- беморони рекуррентии респираторӣ

ВСДК - вакцинаи сулфакабудуку дифтерию кузозии чабидашавандаи моеъ

ГВВ -гепатити вирусии «В»

ТУТ - Ташкилоти умумичахонии тандурустӣ

ЦМР - чиҳози меъдаю рӯда

ТИФ - таҳлили иммуноферментӣ

СҲ - сифати ҳаёт

ВТ - Вазорати тандурустӣ

ЗО -зичии оптикӣ

СШРН - сироятҳои шадиди роҳҳои нафаскашӣ

ҚТ -Чумхурии Тоҷикистон

ҲИА - ҳифзи иҷтимоии аҳоли

ПТПТ - Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон

ИФҚМР - ихтилолотии функционалии чихози меъдаю рӯда

КЗБ - кӯдакони зуд-зуд беморшаванда

CD 3 – (Т – лимфоситҳо)

CD 4 – (Т – хелперҳо)

CD 8 – (Т – супрессорҳо)

CD 20 – (В – лимфоситҳо)

CD 25 – (ретсептор ба IL-2)

CD 75 – (ретсептори пролифератсия)

CD 95 – (апоптоз)

IgA – иммуноглобулини А

IgM – иммуноглобулини М

IgG – иммуноглобулини G

АННОТАЦИЯ**Мамаджанова Гульнора Сидикжановна****ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИММУННЫЙ СТАТУС У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Ключевые слова: часто болеющие дети, профилактические прививки, вакцинация, иммунитет, напряженность иммунитета,

Цель исследования: изучить влияние профилактических прививок на клинико-иммунологическое течение заболеваний у часто болеющих детей города и села Республики Таджикистан, их распространённость и факторы риска.

Методы исследования: Проведена выкопировка первичной медицинской ии (ф.112\у, ф. 26) . Используются анамнестические, клинические, лабораторные, (общие анализы крови, мочи и кал и кал на я\глист), бактериологические (посев из носа и зева, крови, мочи, кала) исследования. определены клеточный и гуморальный иммунитет у ЧБД

Определены критерии качества жизни, как у здоровых, так и у ЧБД. Инструментальные (ЭКГ, УЗИ органов и систем, R-графия грудной клетки) по показаниям .Проведены серологические исследования: реакция нейтрализации (РН) и иммуноферментный анализ (ИФА) для определения специфического поствакцинального иммунитета.

Полученные результаты и их новизна Полученные результаты по эпидемиологии часто болеющих детей по данным обращаемости и целевого медицинского осмотра позволят определить распространённость их и разработать комплекс мер по улучшению организации практической помощи детям. Выявленные факторы риска помогут в проведении профилактических мероприятий частых заболеваний у детей, а также повысить их качество жизни. Изучены клинико-иммунологические особенности заболеваний у часто болеющих детей и предложено введение в лечение ОРЗ препаратов рекомбинантного интерферона - СС2в .Обоснована целесообразность проведения предварительной подготовки часто болеющим детям перед вакцинацией с целью понизить частоту поствакцинальных реакций. Изучена динамика иммунологических сдвигов у часто болеющих детей и предложены дополнительные схемы вакцинации на введение вакцин .Формирование специфического иммунитета на пентавалентную и краснушно-коревую вакцину у часто болеющих детей указывает на защищённость от инфекций (корь, краснуха, вирусный гепатит «В», дифтерия)..

Рекомендации по использованию

При организации педиатрической службы необходимо брать на диспансерный учёт часто болеющих детей с высокой степенью риска по частой заболеваемости.

Женщинам детородного возраста, имеющих факторы риска на этапе планирования семьи и при постановке на учёт в центры репродуктивного здоровья, должны проводиться своевременные лечебно-профилактические мероприятия с целью уменьшения внутриутробных и послеродовых заболеваний у детей.

Выявленные нарушения КЖ детей различных медико-социальных групп из числа часто болеющих свидетельствуют о необходимости включения этого показателя в программу их обследования для оптимизации медицинской помощи данного контингента. Часто болеющим детям перед вакцинацией во избежание развития поствакцинальных реакций необходимо проведение комплексного обследования и проведение предварительной подготовки.

Необходимо учитывать все виды реакции на пентавалентную, АКДС, АДС, краснушно-коревую вакцину, выяснить причины их возникновения, проводить своевременную терапию, и учитывать при последующей вакцинации.

Учитывая, что со временем напряжённость иммунитета снижается, необходимо каждые 5 лет всем детям, включая часто болеющих, проводить дополнительную медицинскую иммунизацию против вирусного гепатита, кори, краснухи и дифтерии, что будет способствовать снижению уровня инфекционных заболеваний.

Область применения: Педиатрия, Неонатология, Иммунология

АННОТАТСИЯ

Мамадҷонова Гулнора Сидиқҷонова

«ТАЪСИРИ ЭМГУЗАРОНИҲОИ ПРОФИЛАКТИКӢ БА ЧАРАӢНИ КЛИНИКИИ БЕМОРИӢ ВА МАҚОМИ МАСУНИӢ ДАР КӢДАКОНИ ЗУД-ЗУД БЕМОРШАВАНДАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»

Вожаҳои калидӣ: кӯдакони зуд-зуд беморшаванда, эмгузарониҳои профилактикӣ, эмгузаронӣ, масуният, шиддатнокии масуният, сифати ҳаёт, воқуниши баъдиэмгузаронӣ

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани паҳншавӣ, омилҳои хатар, чараҳои клиникаию масуниятшиносӣ ва муолиҷаи бемориҳои соматикӣ ва чараҳои раванди эмгузаронӣ дар кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи шаҳри деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷ: Нусхабардории ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббӣ (ф.112/у, ф.26) . Таҳқиқоти анамнезӣ, клиникӣ, озмоишгоҳӣ (таҳлили умумии хун, пешоб ва наҷосат ва наҷосат барои тухми кичча), биологӣ (киштаҳо аз бинӣ ва ҳалқ, хун, пешоб, наҷосат), муайянкунии масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалии КЗБ.

Муайянкунии меъёрҳои сифати ҳаёт ҳам дар кӯдакони солим ва ҳам дар КЗБ. Методҳои афзорӣ (ЭКГ, ТУЗ - и узвҳо ва ҷиҳозҳои организм, аксбардории рентгении қафаси сина) аз рӯйи нишондодҳо.

Таҳқиқоти серологӣ: воқуниши беасарсозӣ (ВБ) ва таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) барои муайянкунии масунияти махсуси баъдиэмгузаронӣ амалӣ гардид.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағгонии онҳо. Натиҷаҳои бадастомада оид ба эпидемиологияи кӯдакони зуд-зуд беморшаванда аз рӯйи маълумоти мурочиат ва муоинаи тиббии мақсаднок муайянкунии паҳншавии онҳо ва коркарди маҷмӯи тадбирҳо оид ба беҳсозии ташкили расондани ёри амалӣ ба кӯдаконро имконпазир менамояд. Омилҳои ошкоргардида ба баргузориҳои чорабиниҳои профилактикии бемориҳои бештари кӯдакон, инчунин баланд бардоштани сифати ҳаёти онҳо мусоидат мекунанд. Вижагиҳои клиникаию масуниятшиносии бемориҳо дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда омӯхта шуда, ворид намудани доруҳои интерферони рекомбинантӣ - СС2в дар муолиҷаи СШРН пешниҳод гардидааст. Мақсаднокии гузаронидани омодагии пешакии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда қабл аз эмгузаронӣ бо мақсади коҳиш додани басомади воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ асоснок гардидааст. Динамикаи тағйироти масуниятшиносӣ дар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда омӯхта шуда, нақшаҳои иловагии эмгузаронӣ ва воридсозии вакцинаҳо пешниҳод шудааст. Ташаккулёбии масунияти махсус ба вакцинаи пентавалентӣ ва сурхаку сурхаконӣ дар кӯдакони бештар беморшаванда ба ҳифозат аз сироятҳо (сурхак, сурхакон, гепатити вирусии «В», дифтерия) далолат мекунад.

Тавсияҳо барои истифода

Ҳангоми ташкил додани хадмоти тибби атфол зарур аст, ки кӯдакони зуд-зуд беморшаванда бо дараҷаи баланди хатари оид ба беморшавӣ ба қайди диспансерӣ гирифта шаванд.

Бо занони синни репродуктивӣ, ки дорои омили хатар мебошанд, дар марҳилаи банақшагирии оила ва ҳангоми ба қайд гирифтани дар маркази солимии репродуктивӣ бояд тадбирҳои саривақтии муолиҷавию профилактикӣ бо мақсади коҳиш додани бемориҳои дохилибатнӣ ва баъди таваллудшавии кӯдакон гузаронида шаванд.

Ошкоршавии ихтилолоти сифати ҳаёти кӯдакони гурӯҳҳои гуногуни тиббию иҷтимоӣ аз ҷумлаи бештар беморшавандаҳо дар бораи шомилсозии ин нишондиҳанда ба барномаи таҳқиқи онҳо чиҳати муносибсозии ёрии тиббии гурӯҳи мазкур шаҳодат медиҳад. Ба кӯдакони зуд-зуд беморшаванда қабл аз эмгузаронӣ барои пешгирӣ кардани воқунишҳои баъдиэмгузаронӣ гузаронидани таҳқиқоти маҷмӯӣ ва амалӣ намудани омодагии пешакӣ зарур доништа мешавад.

Зарур аст, ки ҳамаи намудҳои воқуниш ба вакцинаи пентавалентӣ, ВСКД, АКД, сурхаку сурхакон ба назар гирифта шуда, сабаби пайдошавии онҳо равшан гардад, таъобати саривақтӣ анҷом ёфта, инҳо ҳангоми эмгузаронии минбаъда ба назар гирифта шаванд.

Бо дарназардошти он ки бо мурури замон масуният коҳиш меёбад, зарур аст, ки баъд аз ҳар 5 сол ҳамаи кӯдакон, аз ҷумла бештар кӯдакони зуд-зуд беморшаванда, мавриди масунисозии иловагии тиббӣ бар зидди гепатит, сурхак, сурхакон ва дифтерия қарор дода шаванд, ки он ба коҳишёбии сатҳи бемориҳои сироятӣ мусоидат мекунад.

Соҳаи қорбурд: тибби атфол, неонатология, масуниятшиносӣ

ANNOTATION

Mamadjonova Gulnora Sidikjanovna

INFLUENCE OF PREVENTIVE VACCINATIONS ON THE CLINICAL COURSE OF DISEASES AND IMMUNE STATUS OF FREQUENTLY SICK CHILDREN OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Key words: frequently ill children, preventive vaccinations, vaccination, immunity, immunity intensity,

Objective of the study: to study the effect of preventive vaccinations on the clinical and immunological course of diseases in frequently ill children of the city and village of the republic of tajikistan, their prevalence and risk factors.

Research methods: A copy of primary medical research was carried out (f.112 \ u, f. 26). Used anamnestic, clinical, laboratory, (general tests of blood, urine and feces and feces for I \ worm), bacteriological (culture from the nose and throat, blood, urine, feces) studies. determined cellular and humoral immunity in BWD

Criteria for the quality of life have been determined for both healthy people and BWD. Instrumental (ECG, ultrasound of organs and systems, chest R-graph) according to indications. Serological studies were carried out: neutralization reaction (RN) and enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) to determine specific post-vaccination immunity.

The results obtained and their novelty. The results obtained on the epidemiology of frequently ill children according to the data on referrals and targeted medical examination will allow us to determine their prevalence and develop a set of measures to improve the organization of practical assistance to children. The identified risk factors will help in carrying out preventive measures for frequent illnesses in children, as well as improve their quality of life. The clinical and immunological features of diseases in frequently ill children were studied and the introduction of recombinant drugs into the treatment of acute respiratory infections was proposed. preparations of recombinant interferon - CC2v. The expediency of carrying out preliminary preparation for frequently ill children before vaccination in order to reduce the frequency of post-vaccination reactions has been substantiated. The dynamics of immunological changes in frequently ill children was studied and additional vaccination schemes for the administration of vaccines were proposed. The formation of specific immunity for pentavalent and rubella measles vaccine in children who are often ill indicates protection against infections (measles, rubella, viral hepatitis B, diphtheria) ..

Recommendations for use. When organizing a pediatric service, it is necessary to take on a dispensary registration of children who are often ill with a high degree of risk for frequent morbidity.

Women of childbearing age who have risk factors at the stage of family planning and when registering with reproductive health centers should take timely preventive and therapeutic measures in order to reduce intrauterine and postnatal diseases in children. The revealed QOL disorders in children of various medical and social groups from among the frequently ill indicate the need to include this indicator in the program of their examination in order to optimize the medical care of this contingent. Often sick children before vaccination in order to avoid the development of post-vaccination reactions, it is necessary to conduct a comprehensive examination and conduct preliminary preparation.

It is necessary to take into account all types of reactions to pentavalent, DPT, ADS, rubella-measles vaccine, find out the causes of their occurrence, carry out timely therapy, and take into account during subsequent vaccination.

Given that over time, the strength of the immune system decreases, it is necessary every 5 years for all children, including those who are often ill, to carry out additional medical immunization against viral hepatitis, measles, rubella and diphtheria, which will help reduce the level of infectious diseases.

Applications: Pediatrics, Neonatology,, Immunology