

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
ЭНЕНИ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУ**

Д 14.20.609 диссертациялык кеңеш

Кол жазма укугунда
УДК 616.24-002.153.091.8-053

АЛИЕВА ЖАНАР КАПЕШОВНА

**КӨП БАЛАЛУУ ҮЙ БҮЛӨЛӨРДӨГҮ ЖАШ БАЛДАРДАРДА
КЛИНИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ ЖОК ӨПКӨНҮН СЕЗГЕНҮҮСҮНҮН
КЛИНИКАЛЫК ӨТҮҮСҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ ЖАНА ӨРЧҮШҮНҮН
ТОБОКЕЛДИК ФАКТОРУ**

14.01.08 – педиатрия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу
үчүн жазылган диссертациянын
Авторефераты

Бишкек – 2022

Иш И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын балдар ооруларынын пропедевтикасы кафедрасында аткарылган.

Илимий жетекчи:

Боконбаева Сырга Джоомартовна
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Кыргыз-Россия Славян университетинин
педиатрия кафедрасынын башчысы

Расмий оппоненттер:

Ашералиев Мухтар Есенжанович
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министрлигинин Эне жана баланы коргоо
улуттук борборунун аллергология бөлүмүнүн
башчысы

Борякин Юрий Васильевич
медицина илимдеринин кандидаты, доцент
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясынын академик Д. К.
Кудаяров атындагы неонатология курсу менен
госпиталдык педиатрия кафедрасынын доценти
Эл аралык жогорку медицина мектеби,
педиатрия, акушерства жана гинекология
кафедрасы (700254, Бишкек шаары, Интергельпо
1 көчөсү)

Жетектөөчү уюм:

Диссертация 2022-жылы 20-майда саат 13:00дө И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын изденип алууга диссертацияларды коргоо боюнча Д 14.20.609 диссертациялык кеңештин отурумунда жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунда корголот, дареги: Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92, 720020, жыйындар залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/142-bnh-vll-gmr>

Диссертация менен И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев к., 92) жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун (720038, Бишкек ш., Ахунбаев к., 190) китепканаларынан жана <http://kgma.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 19-апрель 2022-жылы таратылды.

Диссертациялык кеңештин окумуштуулар катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты, доцент

А. Ж. Болотбекова

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Балдар ооруларынын жана өлүмүн катталышынын түзүмүндө жетектөөчү орунду өпкөнүн сезгениши ээлейт. Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун маалыматы боюнча дүйнө жүзүндө балдар өлүмүнүн бардык учурларынын ичинен 15% түзөт. Ошого байланыштуу, Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму өпкөнүн сезгенишин балдар өлүмүнүн негизги себеби катары жарыялаган жана “Өпкөнүн сезгенишин алдын алуу жана аны менен күрөшүү боюнча кадамдардын глобалдык планын” (2009) жар салды. Өнүккөн өлкөлөргө караганда, социалдык-экономикалык деңгээли төмөнкү мамлекеттерде жаш балдардын өпкөнүн сезгенишинен көз жумушу, 3-5 эсеге көптүк кылат. КМШ өлкөлөрүндө окшош кырдаал байкалат.

Өпкөнүн сезгенишинин этиоструктурасы өзгөрмөлүү жана аймактык, жаш курактык ачык көз карандылыкка ээ [Баранов А. А. 2008, Самсыгина Г. А. 2002, Шабалов Н. П. 2011, Таточенко В. К. 2009]. Кенже курактагы балдарда оорунун диагностикалык верификациясы кыйын. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкө сезгенүүсүнүн этиоструктурасынын өзгөчөлүгү жөнүндө маалымат жок. Дарылоо көпчүлүк учурда “байкап көрүү жана катачылык” ыкмасында, көптөгөн антибиотиктерди алмаштыруу менен эмпирикалык түрдө жүргүзүлөт, бул экономикалык жактан чыгым алып келип, балдардын аллергияциясын, дизбактериозду, иммунитеттин түшүүсүн, этиотроптук патогендердин антибиотикорезистенттик өнүгүүсүн чакырат. Ошондуктан жаш балдардын ооруларында натыйжалуу багытталган этиотроптук терапияны иштеп чыгуу үчүн клиникалык-лаборатордук диагностика ыкмаларын кеңейтүү жана өркүндөтүү, оорунун регионалдык этиоструктурасына мониторинг жүргүзүү өзгөчө маанилүү болуп эсептелет.

Өпкөнүн сезгенүүсүнүн өөрчүшүндө организмдин иммундук жооп кайтаруусун жөнгө салуучу цитокинин маанилүү роль ойнойт. Жаш балдардагы өпкөнүн сезгенүүсүнүн оор, экинчи иммунологиялык жетишсиздигинде клеткалык супрессия жана иммунитеттин гуморалогиялык звеносунун активдеши байкалат [Мусалимова Г. Г., Саперова В. Н., Карзакова Л. М., 2004, Зуева О. С. 2007, Самсыгина Г. А. 2002, Шабалов Н. П. 2011, Таточенко В. К. 2009]. Бирок, көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарындагы өпкөнүн сезгенүү оорусуна иммундук жооптун өзгөчөлүгү жөнүндө маалыматтар жок.

Белгилүү болгондой, кенже курактагы балдардын саламаттыгынын абалына, оору жана өлүмдүн катталышына тобокелдиктердин экологиялык факторлорунун: медико-биологиялык, климаттык-географиялык, техногендик, антропогендик жана социалдык чоң комплекси таасирин тийгизет [Алексеев В. П. 2001, Боконбаева С. Дж., 2009, 2016, Алдашева Н. Н., 2009, Каракеева Г. Ж., 2011, Нуржанова С. Т., 2015]. Ошол эле кезде, жаш балдарда өпкөнүн сезгенишинин өнүгүүсү жана оор өтүшүнүн тобокелдиктеринде көп балалуу үй бүлөлөрдүн ролу жөнүндө маалымат жок. Илимий негизделген

профилактикалык иш-чараларды кеңейтүү үчүн балдардын ооруларында предикторлорду комплекстүү изилдөө жана ранжирлөө актуалдуу.

Белгилүү болгондой, клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык картинасы жаш курактык өзгөчөлүккө ээ. Балдардын 3 жашка чейинки курагында оору оор өтүп, дем алуунун жетишсиздиги, токсикалык, кардиоваскулярдык синдром, синпневмониялык плеврит ж.б. менен коштолот (Корнеев В.Г., Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д., 2004., Безлер Ж.А. 2011г). Бирок көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарында оорукандан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык өтүүсү жана натыйжасынын өзгөчөлүгү изилдене элек.

Диссертациянын темасынын илимий мекемелердеги ири илимий программалар, негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы. Аталган диссертациялык иш демилгелүү болуп эсептелет.

Изилдөөнүн максаты: этиопатогендик жана клиникалык-лабораториялык өзгөчөлүктүн негизинде, профилактикалык жана дарылоо-диагностикалык программаларды оптимизациялоо үчүн, көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өрчүшүн жана натыйжасын божомолдоо мүмкүнчүлүгүн кеңейтүү

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Заманбап этапта көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн регионалдык этиоструктурасын изилдөө.

2. Педиатриялык практикада колдонулган антибиотиктерге карата регионалдык пневмотроптук патогендердин сезгичтигин таап чыгуу.

3. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарыда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өрчүүсүнүн татаалдашуусу, натыйжасы жана өнүгүшүндөгү чөйрөлүк предиктор тобокелдигин аныктоо жана алардын рангалык маанисин баалоо.

4. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өрчүүсүнүн клиника-лабораториялык өзгөчөлүгүн таап чыгуу.

5. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өнүгүшүнүн генезинде сезгенүүгө каршы цитокиндердин ролун тактоо.

Алынган натыйжанын илимий жаңылыгы

- Клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктурасын изилдөөдө биринчи жолу комплекстик: микробиологиялык, ИФА жана ПЧР изилдөө методдору жүргүзүлдү. Жаш балдардын клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктурасынын регионалдык өзгөчөлүгүнүн заманбап этабында оору көрсөткүчү бар флора (81,6%, $p < 0,001$): стрептококктор (57,14%) жана стафилококктор (42,86%, $p > 0,05$) (81,6) үстөмдүк кылаары аныкталды. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарында көпчүлүк учурда, стрептококк патогендик штаммы (Str. Pneumoniae и Str. Pyogenes) төлдөөрү анык жана 2,6 эсеге

көбүрөөк стрептококктордун уругунун басымдуу болуусу (в 72,22%) менен микст-инфекция кездешет. *Streptococcus pyogenes* – өтө патогендик штамм - көп балалуу үй бүлөлөрдө гана уруктанат. *Staphylococcus haemolyticus* жана *Staphylococcus aureus* – патогендик штамы эки топтогу тең балдарда бирдей катышта (30,6% жана 35,2%, $p>0,05$) уруктанат.

- Практикалык педиатрияда кеңири колдонулган дээрлик бардык антибиотиктерге карата микробдук флоранын этиологиялык маанисинин резистенттүүлүгү жогору экендиги тастыкталды. Эмпирикалык стар-терапия катары колдонууга мүмкүн болгон оксациллин, амоксиклав, ампициллин сульбактамына, макролид, аминглюзид жана цефалоспориндин 2 жана 3-муунуна карата сезгичтиги сакталууда. Пневмотроптук патогендердин жогорку сезимталдуулугу (90 - 100% дан $МИК \leq 0,25$ тен ≤ 1 ге чейин) көп балалуу үй бүлөлөрдүн стационардагы ооруп жаткан балдарына карата колдонууга сунушталган карбапенемам жана гликопептидамга карата аныкталат.
- Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарындагы клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүн ишке ашырган божомолдоого маанилүү педикторлору алгачкы жолу аныкталды жана ранжирлөө жүргүзүлдү. Медика-биологиялык предикторлордон эң эле маанилүүсү: акушердик анамнез менен коштолгон медициналык аборт ($OR = 12,5$), төрт учурундагы узакка созулган суусуз аралык ($OR=7,5$), экстемалдык кыска интергенетикалык аралык ($OR=8,9$), төрөт мезгилиндеги алсыздык ($OR=7,3$). Оциалдык педикторлордун ичинен жогорку тастыкталганы: көп балалуулук ($OR=3,78$), материалдык-тиричилик шарттарынын канаатандырбагандыгы ($OR=3,22$).
- Изилдөөгө алынган балдарда эң көп тобокелдик факторлорунан: жасалма тамактандыруу ($OR=5,28$), ЭКД ($OR=3,09$), ВПС ($OR=2,81$), рахит ($OR=2,31$) жана БЭН ($OR=2,19$) далилденди.
- Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык анык ($p<0,001$) өзгөчөлүгү болуп: эң көп байкалган ($p<0,01$), узакка созулган өз алдынча амбулатордук дарылануу менен оорунун күчөп кеткен анамнези, өмүр үчүн коркунуч туулган белгилери менен (балдар эмбейт, ичпейт, эс-учун жоготот, тарамышы тартылат) кеч госпитализация эсептелери белгиленди. Өпкө сезгенүүсүнүн физикалдык көрүнүүсүндө: перкутордук үн, дем алуунун солгундашы, майда көбүктүү кырылдоо, крепитация жана 1,17 эсе көп өлүмдүн катталышы көбүрөөк белгиленди. Аларда өпкөнүн сезгениши ДН, ССН симптомдору менен өткөн оор деңгээли, өпкөнүн инфильтраттарынын кеңири жайылган сезгениши (очоктук-кошулган, сегментардык, жарым сегментардык) менен коштолуусу, өпкөдө (обсцедировка, плеврит), өпкөдөн сырткаркы (нейтротоксикоз) татаалдашуусу анык байкалат. Оору өтө каныккан лейкоцитоз, нейтрофилез, таякча-өзөктүн сол тарапка кыйшайуусу, СОЭнин

тездеши, С-реактивдик белоктун жана прокальцитониндин жогорку көрсөткүчү ($p < 0,001$) менен байкалат.

- Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өнүгүү генези тутумдуу сезгенүү процессине мүнөздүү болгон, иммунитеттин гуморалдык звеносунун клеткалык жана дисфункциялык депрессиясы түрүндө, иммундук жооп берүүсүнүн адекватсыздыгы байкалары алгачкылардан болуп белгиленди.

Алыгынган жыйынтыктардын практикалык мааниси

1. Жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктурасынын алынган регионалдык өзгөчөлүгү амбулатордук жана стационардык шарттагы этиотроптук терапиянын өз убагындагы жана натыйжалуу мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтет.

2. Белгиленген жогорку тастыкталган преикторлор өз учурундагы дарылоо-профилактикалык иш-чараларды жүргүзүү үчүн, оорунун жүрүшүндө өнүгүүсүн, өтүшүнүн оордугун жана оорунун натыйжасынын ыктымалдуулугун божомолдоого мүмкүндүк берет

3. Практикалык саламаттыкты сактоо үчүн төмөнкү сунуштар негизделди:

- микрофлорага мониторинг жүргүзүүдө тастыкталган маанилүү, бирок азыраак чыгым жумшалган – ИФА ыкмасын колдонуу;

- антибиотикограммга регионалдык мониторинг жүргүзүү;

- көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарын «салмактуу өтүүсү жана натыйжасы менен болгон өпкөнүн сезгенишинин өнүгүүсүндө жогорулаган медико-биологиялык жана социалдык» диспансердик топторго бөлүү;

- балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн оордугун баалоо үчүн негизги критерийлерди пайдалануу зарылдыгы;

- дем алуу жетишсиздигинин деңгээлин баалоодо жагымсыз симптомдорду божомолдоо катары, “брадипноэни” максатка ылайык кошуу.

Алынган жыйынтыктардын экономикалык мааниси

1. Изилдөөнүн жыйынтыгын ишке киргизүү “тобокелдик тобундагы” балдарды эрте госпитализациялоонун эсебинен, оорунун оор өтүшүн төмөндөтүү менен экономикалык натыйжалуулукка ээ болот. Ооруканалардын базалык маалыматтары боюнча реанимация бөлүмүндө жатуунун алгачкы биринчи күнү –1000 сом, ал эми соматикалык бөлүмдөрдө – 500 сомду түзөт. Байкалгандай, үй бүлөнүн госпитализацияга чейинки этабындагы экономикалык чыгымды эске албаганда, экономикалык чыгым 2 эсеге төмөндөйт.

2. Айкын болгон ПЧР жана ИФАнын жыйынтыгынын иденттүүлүгү практикалык саламаттыкты сактоо үчүн ВП – ИФАнын этиоструктурасынын диагностикасынын эң үнөмдүү болгон методун сунуштоого мүмкүндүк берет. Бир бейтаптын 8 атиптүү пневмопатогендерине изилдөө жүргүзүү, ПЧР методу менен 3760 сом, ал эми ИФА - 2728 сом турат. Байкалгандай, бир гана бейтап үчүн үнөмдөө 1032 сомду түзөт.

Коргоого коюлган диссертациянын негизги жоболору:

1. Изилдөөнүн комплекстүү методу (флуоресценттик детекция, ПЧР жана ИФА), буга чейинки антибиотикалык терепия болгондугуна карабай, пневмотроптук патогендерди 100% идентификациялоо жүргүзүүгө мүмкүндүк берет.

2. Заманбап этапта көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктура жана предикторлордо тастыкталган сезилерлик айырмачылык бар. Микробдук флоранын жогорку патогендик штаммдарынын үстөмдүк кылуусу байкалат. Рутиндик эмпирикалык антибактериалдык терапия заманбап пневмотроптук патогендердин бактерияга жогорку туруктуулугунан улам натыйжасыз.

3. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн жаш балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык картинасы өзгөчөлүккө ээ. Бул оорунун өмүр үчүн коркунуч жараткан, интоксикация симптомдору байкалган, оор ДН, ССН, өпкө ооруларынын татаалдашуусу, өпкөдөгү инфильтраттардын кеңири сезгенүүсү, кандагы сезгенүү процессинин маркёрлорунун өтө байкалган белгилери менен оор өтүүсү.

4. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү ооруган балдарда клеткалык иммунитеттин: сезгенүүгө каршы: жалпы лимфоциттер - $CD3^+$ ($p < 0,001$), Т-лимфоциттер-хелперлер - $CD4^+$ ($p < 0,01$) жана сезгенүүгө каршы медиаторлор: Т-лимфоцит-супрессор (CD8), Т-лимфоцит-киллер (CD3-HLA-DR) жана активдешкен В-лимфоцит (CD19) көрсөткүчтөрү төмөндөгөн түрдөгү сезилерлик иммунодепрессия байкалат. Иммунодепрессиянын маанилүү көрсөткүчтөрү болуп иммунитеттин гуморалдык звеносунун активациясынын жок болушу эсептелет. Демек, көп балалуу үй бүлөнүн балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн генезинде иммунитеттин клеткалык депрессия жана гуморалдык дисфункциянын звеносу маанилүү роль ойнойт.

Изденүүчүнүн жеке салымы

Ишти аткаруунун жүрүшүндө автор тарабынан динамикалык клиникалык жана бактериологиялык изилдөөлөр үчүн материал жыйналган, гематологиялык жана иммунологиялык изилдөөлөр үчүн кан пробалары топтолгон, атайын формула боюнча рангалык маанилүүлүгү өз алдынча эсептелген, ошондой эле материалдарга статистикалык обработка, изилдөөлөр жүргүзүлгөн.

Диссертациянын жыйынтыгынын апробацияланышы

Изилдөөнүн негизги жоболору: Ар жыл сайын өтүүчү V Эл аралык “Медицинанын актуалдуу маселелери” илимий-практикалык конференциясында (Азербайжан, Баку. 2016); Студенттердин жана жаш окумуштуулардын VII илимий конференциясында (Актөбө, 2017); VI Эл аралык “Медицинанын актуалдуу маселелери” илимий-практикалык конференциясында (Азербайжан, Баку. 2017); Абуали Ибн Сина атындагы Тажик мамлекеттик медициналык университетинин 65-жылдык эл аралык илимий-практикалык конференциясында; Россия табият таануу

академиясынын жазгы сессиясында (Москва, 2018) баяндамалар жасалып жана талкууланган.

Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда толук жарыяланышы. Диссертациянын темасы боюнча 8 басма табак көлөмүндөгү эмгек, анын ичинде 4 басылма КР ЖАК сунуштаган басылмаларында, 4 эмгек Скопус жана РИНЦ системасында индексцияланган чет элдик басылмаларда жарык көргөн.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү

Диссертация киришүүдөн, адабияттардын обзорун камтыган үч баптан, изилдөөнүн материал жана методдорунан, жеке изилдөөлөрдүн жыйынтыгынан жана алардын талкуусунан, корутундудан, практикалык сунуштан, колдонулган адабияттардын тизмесинен турат.

Изилдөөнүн материалдары 132 бетте берилген. Иш 40 таблица жана 7 сүрөт менен иллюстрацияланган. Адабияттардын көрсөткүчү 202 орус тилдүү жана 93 чет элдик авторлордун эмгектерин камтыйт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын **киришүүсүндө** изилдөөнүн актуалдуулугу жана аны жүргүзүүнүн зарылдыгынын жоболору, максаты, милдеттери, илимий жаңылыгы, иштин практикалык мааниси жана диссертациялык иштин коргоого коюлган жоболорунан турат.

1-бап. Адабияттардын обзору. Жаш балдардын клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүндө, оорунун өнүгүү тобокелдиктеринин факторуна, клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүгүнө, иммунологиялык статусуна клиникалык-лаборатордук диагностика жүргүзүүнүн заманбап абалын чагылдыруучу басылмаларда анализ берилди.

2-бап. Изилдөөнүн материалдары жана методдору берилди

Изилдөө Хельсинк декларациясынын (WMA, 1964) принциптерине жана “Европанын бейтаптарынын укугун камсыз кылуу жаатындагы саясаты жөнүндөгү декларацияга” (WHO/EURO, 1994) шайкеш Астана шаарындагы ПХВ №1-ШББнын ГКП балдар стационарынын, №2-ШББнын ПХВсында жана №2-АОБнын базасында жүргүзүлдү. Бардык балдардын ата-энелерине изилдөөнүн максаты жана методдору жөнүндө маалымдалып жана алардын жазуу жүзүндөгү макулдугу менен ишке ашты. Изилдөө 2 ретроспективдик жана проспективдик ыкмада жүргүзүлдү.

2010-жылдан 2014-жылга чейин Астана шаарындагы №2-ШББда стационардык дарыланууда жаткан ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарынын 200 бейтап баракчасына рептрспективдик анализ жүргүзүлдү.

Проспективдик изилдөө кенже курактагы балдардын клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган 179 бейтапта жүргүзүлдү. Бардык ооруган балдар 2 топко бөлүндү:

1. Негизги топ (1чи) – көп балалуу үй бүлөлөрдөн ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгениши менен жабыркаган 118 бала

2. Текшерүү тобу (2чи) – аз балалуу үй бүлөлөрдөн ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган 61 бала.

Көп балалууга үй бүлөлөргө 4 жана андан ашык, ал эми аз балалуу үй бүлөлөргө 4 балага чейинки үй бүлөлөр киргизилди.

Изилдөө төмөнкү методдорду колдонуу менен жүргүзүлдү:

1. *Клиника-анамнестикалык изилдөө методу* 22-пунктту ичине алган биз иштеп чыккан «Клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн менен жабыркаган жаш балдарга клиникалык кароо жүргүзүүнүн картасы» анкетасынын негизинде жүргүзүлдү. ERS жана адаптацияланган Россия респиратордук коому сунуштаган (2015), жаш курагына карата балдардагы клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн татаал өтүүсүн баалоонун негизги критерийи колдонулду. Өпкөнүн сезгенишинин татаал өтүүсүнүн классификациясы, коркунучтуу белгилеринин болушуна жана дем алуунун жетишсиздигинин деңгээлине жараша, «Балдарга стационардык жардам көрсөтүү» чөнтөк маалымдамасы боюнча бааланды (БДССУ, 2012).

2. *Изилдөөнүн лаборатордук методу:*

Балдарга бейтапканага түшкөн мезгилде жана динамикада кандын клиникалык (Sysmex LS-100 автоматтык гематологиялык анализатору) (Япония) жана лейкоцитардук формуланын эсеби менен жана эритроциттердин чөгүшүнүн ылдамдыгын (СОЭ) аныктаган Huma Count 5L (Германия), зааранын жалпы анализи (CL-500 автоматтык анализатору, АКШ) жана «Siemens» компаниясы өндүргөн «Clinitek Status» анализи жүргүзүлдү. С-реактивдик белоктун деңгээлин аныктаган Германия өндүргөн «Humalyzer 2000», «ABL 9180» анализатору жүргүзүлдү.

3. *Инструменталдык изилдөө*

Бейтапканага түшкөндө жана динамикасында рентгенодиагностикалык теле башкаруучу комплекстин (Multix pro Siemens и DX-300 A GFA) жардамы менен төш клеталарынын органдарына рентгенография жасалды. Абалы оор балдарга Siemens Somatom Definition AS аппаратында төш клеткаларына компьютердик томография, OLYMPUS BF-MP60 фибробронхоскопто бронхоскопия жүргүзүлдү.

Коштогон патологияны жана тубаса кемтиктин өөрчүсүн аныктоо үчүн ар кандай функционалдык изилдөө методдору: ЭКГ, эхокардиография, нейросонография, курсак көңдөйүнүн органдарына, бөйрөк, уйку бездерине ультра үндүү диагностика жүргүзүлдү. Бейтапканага түшкөндөн кийин өпкөнүн сезгенишине шектелген бардык бейтаптардын төш органдарына рентгенография жүргүзүлдү.

4. *Иммунологиялык изилдөөлөр* 50 бейтап балага жүргүзүлдү. Иммунологиялык статусту изилдөө үчүн дары ийнесин алгандан кийин, ата-энелердин макулдугу менен венадан кан алуу жүргүзүлдү. Венадан кан алуу 2 суткада ишке ашырылды. Иммунитеттин көрсөткүчтөрүн баалоо максатында перивериалдык кандын лимфоциттеринин субпопуляциялык курамы: CD3+ (Т-лимфоциттер), CD4+ (Т-хелперлер), CD8+ (Т-супрессорлор), иммуножөнгө салуучу индекс (CD4/CD8), CD19+ (NK-клеткалар, активдешкен В-лимфоциттери) жана CD3-HLA-DR (Т-лимфоциттер-киллерлер) изилденди.

Кандын сары суусундагы А, М, G иммуноглобулинддерге ADVIA CENTAUR CR иммунодиагностикалык анализатордо изилдөө жүргүзүлдү.

5. *Молекулярдык-генетикалык изилдөө* 35 бейтапка жүргүзүлдү. (Real-Time ПЦР). Rotor-GeneTM6000 реалдуу убакыттын режиминде ПЦР – «Bio-RadiQ 5» жана «Rotor-Gene Q» амплификаторлорду колдонуу менен ПЦР диагностикасы жүргүзүлдү.

6. *Микробиологиялык изилдөө*

Бардык 163 бейтапка антибиотиктерге карата сезимталдуулугун аныктоо менен какырык же трахеобронхалдык аспираторлорго WALK AWAY «Siemens Diagnostics» микробиологиялык анализаторунда бактериалдык изилдөө жүргүзүлдү. Бул заманбап автоматтык анализатор 4 саатта микроорганизмдерге идентификация жүргүзүүгө жана 4-24 саатта антибактериалдык дары-дармекке алардын сезимталдуулугун аныктоого мүмкүндүк берет. Тесттен өткөргөн спектр өз ичине 360 микроорганизмдерди камтыйт. Анализатор заманбап флуоресценттик детекция методунда колдонулат. Идентификация бир эле убакытта 30 реакциядан ашык микроорганизмдерди биотиптештирүүнүн патенттик системасынын негизинде жүргүзүлөт, бул натыйжанын жогорку спецификалдуулугун жана аныктыгын камсыздайт.

163 балага трахеадагы какырык жана былжырларга бактериалдык изилдөө жүргүзүлдү. Бактериалдык проба бала стационарга түшкөндөн тартып, асептикалык шартта антибиотик жазылаганга чейин, алдын ала даярдалган стерилдүү пробирка жана флакондорго алынган. Какырыкты алуу, ооз көңдөйүн 0,9% NaCl эритмеси сиңирилген стерилдүү даки менен тилдин тамырын басып, жөтөл чакыргандан кийин жүргүзүлгөн. Трахеядан аралашма стерилдүү аспирациондук катетердин жардамы менен трахеобронхалдын катмарынан алынган. Материалды жана анын уругун алгандын аралыгындагы интервал 2 сааттан ашкан жок. Антибиотиктин минималдык ингибациялык концентрациясы - МИК изилденди. МИК канчалык төмөн болсо, табылган микроорганизмге карата антибиоттик ошончолук күчтүү болот.

7. *Иммуноферменттик анализ (ИФА)* 35 бейтаптын канынын сары суусунан жүргүзүлдү. BioRad-680 (АКШ) микропланшеттери жана иммуноферменттик анализаторлор (ImmunoChem-2100-микропланшеттик фотометр) үчүн фотометрде Vector Best (Новосибирск ш.) тест-системасын жана 96 чуңкур планшеттеги сигналды саноо үчүн арналган иммуноферменттик анализаторду (ImmunoChem-2100-микропланшеттик фотометр) колдонуу менен IgM жана IgG к Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae жана Chlamydia psittaci антителалар классы изилденди.

8. *Изилдөө жыйынтыктарын статистикалык иштен чыгуу*

Маалыматтарга статистикалык анализ «SPSS 16» программасын колдонуу менен аткарылды. Изилдөө процессинде алынган выкопировдук картадан башка бардык маалыматтар, анын жардамы менен статистикалык обработкага кабылган (сыпаттама статистика, орто арифметикалык тандоо, орто арифметическалык катачылык, Студенттин критерийинин

ишенимдүүлүгү) SPSS 16.0 статистикалык программалык камсыздоо пакети таблицасына киргизилген. Тиешелүү көрсөткүчтөрдүн ишенимдүүлүгү төмөнкү код менен * - $p < 0,05$ (95,0%); ** - $p < 0,01$ (99,0%); *** - $p < 0,001$ (99,9 %). коддоштурулган.

Медицинада тастыкталган методдордун жардамы менен (Кельмансон А.И., 2004) сезимталдуулукка (Se), спецификалуулукка (Sp), (PV^+) оң жыйынтыгынын болжолдуу маанисине тесттер эсептелип чыкты. Алардын жогорку көрсөткүчтөрү (90-95%) ишенимдүү сезимтал жана спецификалуу деп бааланды. Оң натыйжа көрсөткөн тесттин диагностикалык натыйжалуулугу 0,5 ашыгыраак деп эсептелди. Тобокелдик факторунун таасирине оң натыйжанын катары мүмкүндүк мамилесинин көрсөткүчү (OR) 1,0 эсептелди.

3-бап. Жеке изилдөөлөрдүн жыйынтыгы жана аларга талкуу жүргүзүү.

3.1. Ретроспективдик изилдөө.

Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган балдардын бейтап баянына жүргүзүлгөн анализ, көпчүлүк балдар бейтапканага жатканга чейин дарыгердин көрсөтмөсү боюнча (59,0%, $p < 0,05$) дарыланбагандыгын жана стационарларга өтө кеч: оору башталгандан кийин 6-9 жана андан көп күндөн кийин (89,0%, $p < 0,001$) жаткырылгандыгын көрсөттү. Бейтапканага жаткандардын ичинен басымдуусу эркек балдар ($p < 0,01$) болду. Оору көбүнчө орто оор формада (3.1-табл.; 3.1 сүр.) өттү.

Оорунун фонунан көбүнчө ЖДА (43,0%, $p < 0,01$), андан кийин БЭН (31,5%, $p < 0,05$) жана сейрек рахит (20,5%). катталды. Клиникада өпкөнүн татаалдашуусу: БОС (66,50%) жана ДН (34,0%), жана өпкөнүн оорулары: ССН (17,50%) жана нейротоксикоз (13,50%) басымдуулук кылды. Өлүм менен коштолуу 3,0% түздү. Рентгенологиялык изилдөөдө эки тараптуу очоктук өпкөнүн сезгенүүсү басымдуу (58,5%, $p < 0,001$), андан кийин оң тараптын очоктук сезгенүүсү (22,0%, $p < 0,01$), сейрек эки тараптуу очоктук-аралашма өпкөнүн сезгенүүсү (8,5%, $p < 0,05$) болгону анык болду.

Ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктурасында көбүнчө ($p < 0,001$) оору көрсөткүчү бар флора байкалганы анык болду.

Демек, ретроспективдик анализ көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган бейтаптарда ата-энелердин узакка созулган өз алдынча амбулатордук дарылоо менен, кеч бейтапканага кайрылуусунда оорунун татаал анамнези байкалат деген тыянак чыгарууга мүмкүндүк берет. Бейтаптардын басымдуусу эркек балдар болду. Изилдөөчүлөрдүн маалыматы боюнча, бул эркек балдарда инфекциялык агентке карата резистенттүүлүк төмөн экендигин түшүндүрөт, анткени иммуноглобулиндердин синтези Х-хромосомалары менен байланышта, ошондуктан кыздарда Х-хромосомалардын бириндеги мутациянын болушу, башкалардын эсебинен компенсацияланышы мүмкүн. Оорунун өтүүсүнүн оордугу боюнча преморбиддик салмактануунун: анемия, БЭН жана рахиттин фонунда,

ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн орточо оордуктагы деңгээли көбүрөөк байкалды.

3.2. Проспективдик изилдөө. Кенже курактагы балдарда ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн өөрчүүсүнүн тобокелдик факторлору

Көп балалуу жана аз балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы балдардарына клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өөрчүшүндөгү тобокелдиктин экологиялык факторлорлорунун комплексине салыштырма анализ жүргүздүк. Клиникалык белгилери жок өпкө сезгенүүсүнүн өөрчүү тобокелдигинин курактык тобуна 1 жашка чыга элек балдарга (83, 24% каршы 16,76%, $p<0,001$) караганда, 1 жаштан 3 жашка чейинки балдар көбүрөөк кирери белгиленди.

Жалпысынан жана негизги топто балдардын жынысы боюнча аныкталган айырма жок ($p>0,05$). Текшерүү топторунда эркек балдар басымдуу болору аныкталды ($p<0,01$). Демек, клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өөрчүсүнүн тобокелдик курактык тобу 1 жаштан 3 жашка чейинки балдар. Ретроспективдик изилдөөдө эркек балдар басымдуу болгондугуна карабай, балдардын жынысы боюнча тастыкталган айырма ($p>0,05$) белгиленген эмес.

Энелерде жалпысынан жаш курактык курамы боюнча оптималдуу фертилдик курактагы энелер басымдуулук ($p<0,001$) кылат.

Негизги топто улуу курактагы энелер 7,2 эсеге көптүк ($p<0,001$) кылат. Аларда медициналык бойдон алдыруу (8 эсе), өөрчүбөгөн кош бойлуулук (4 эсе), кош бойлуулуктун алгачкы мезгилиндеги бойдон түшүү (1,5 эсе) сыяктуу акушердик анамнези ($p<0,001$) менен көбүрөөк коштолгон, ал эми түйүлдүктүн антителалык өлүүсү негизги топтогу энелерде гана табылган.

Негизги топто улуу муундагы энелер 7,2 эсеге көп.

Көп балалуу энелерде, аз балалуу энелерге караганда экстремалдык кыска (1 жылга чейин) интервал (ИИ) 5,7 эсе, ал эми кыска (2 жылга чейин) интервал 1,3 эсе көбүрөөк ($p<0,05$) байкалат.

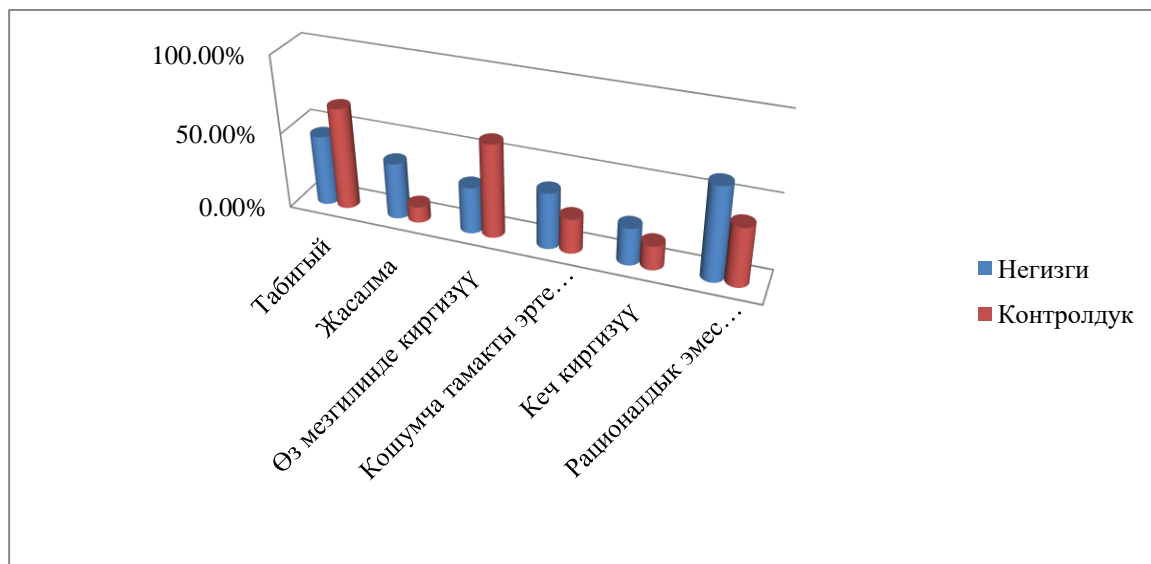
Көп балалуу энелерде текшерүү тобундагы энелерге караганда кош бойлуулуктун жүрүшүндө аз кандуулук (55,85% каршы 26,3%, $p<0,01$), КРВИ (23,42% против 19,2%, $p<0,05$), түйүлдүктүн суусунун патологиясы, көбүнчө суунун көп болушу (37,4% каршы 17,5%, $p<0,01$), түйүлдүктүн гипокциясы (48,65% каршы 24,6%, $p<0,01$), урогенталдык патологиясы (55,86% каршы 24,57%, $p<0,01$) менен коштолот.

Төрөт маалында да негизги топтогу энелерде: аз кандуулук, түйүлдүктүн суусунун патологиясы, түйүлдүккө коркунуч жараткан абал ($p<0,01$) кырдаалды оорлоторуу анык болду. Аларда көбүнчө бойдон түшүү коркунучу (2,5 эсе), преэклампсия (4,9 эсе), фетоплацентардык кемтик (1,7 эсе), түйүлдүктүн абалына кооптуу абал 2 эсе көбүрөөк байкалаары белгиленет.

Бейтап балдардын преморбиддик фонунда салыштырма анализди изилдөөдө, дээрлик бардык патология көп балалуу үй бүлөлөрдүн ооруган балдарында көптүк кылат. Анын ичинен, негизги топтордо көбүнчө ЭН ($p<0,01$), ЖДА ($p<0,05$) көп кездешет. 2,9 эсе көбүрөөк эксудативдик-

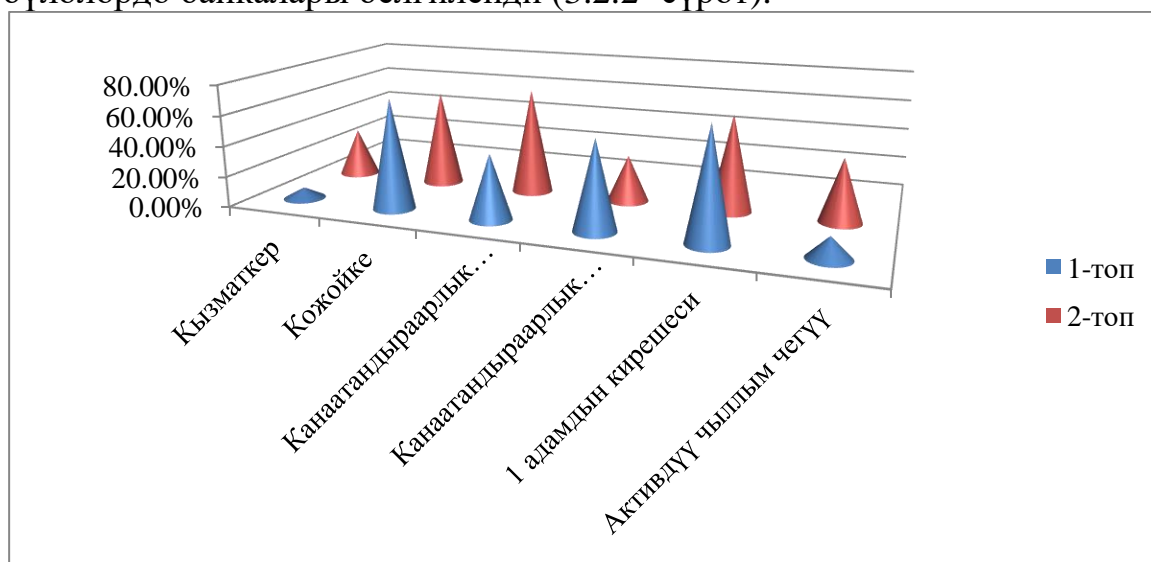
катаралдык диатез, 2,3 эсе көбүрөөк ВПС, 2 эсе көбүрөөк рахит жана ВПР катталат.

Негизги топтогу балдар табигый эмизүүнү аз ($p < 0,05$) алат, көбүнчө ($p < 0,01$) кошумча тамакты киргизүү мөөнөтү бузулат жана рационалдык эмес азыктануу белгиленет (3.2.1- сүрөт)



3.2.1-сүрөт - Көп балалуу жана аз балалуу үй бүлөлөрдөгү балдарды тамактандыруунун мүнөзү.

Социалдык тобокелдиктердин аныктыгы да көбүнчө ($p < 0,01$) көп балалуу үй бүлөлөрдө байкалары белгиленди (3.2.2- сүрөт).



3.2.2-сүрөт - Көп жана аз балалуу үй бүлөлөрдөгү социалдык тобокелдиктер.

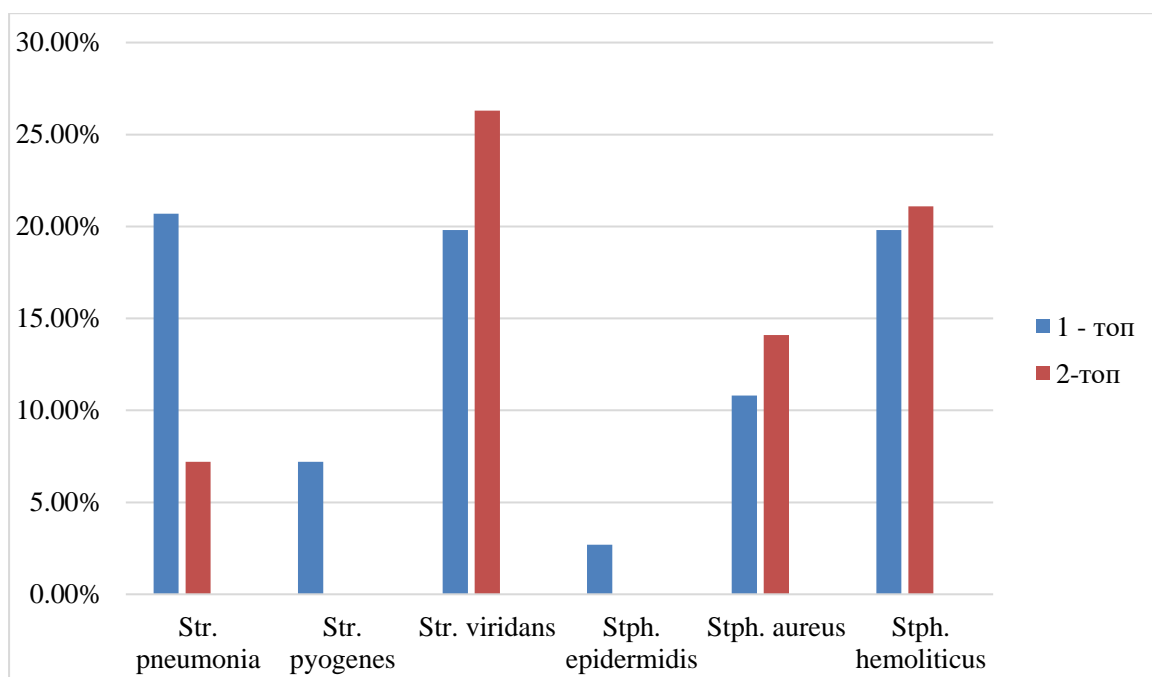
Изилдөөнүн кийинки этабында жаш балдардын клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн ишке ашуусу боюнча изилденген бардык медицина-биологиялык жана социалдык факторлорго ранжирлөө жүргүзүлдү. Таблицада жогорку тастыкталган мүнөзгө ээ, тобокелдиктер келтирилди (3.2.1-табл.)

3.2.1-таблица - Кенже курактагы балдардын ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенишинин өөрчүүсүндөгү өзгөчө мааниге ээ болгон медика-биологиялык жана социалдык тобокелдиктер педикторлору

Тобокелдиктер фактору	Se	SP	PV+	PV-	J	OR
1. Медициналык аборт	28%	97%	90%	57%	0,62	12,5
2. 35 жаштан жогорку жаш курак	38%	95%	88%	60%	0,66	11,6
3. Кайталанган кош бойлуулук	100%	47%	65%	100%	0,73	10,0
4. Узакка созулган с/к	32%	95%	86%	58%	0,63	8,9
5. Экстремалдык кыска ИИ	79%	97%	86%	54%	19,4	7,5
6. Төрт мезгилиндеги алсыздык	28%	95%	84%	56%	0,61	7,3
7. Эненин 2ден ашык оору менен жабыркоосу	77%	67%	70%	74%	0,72	6,79
8. Оперативдик төрөткө уруксат берүү	50%	86%	78%	63%	0,68	6,14
9. Түйүлдүккө коркунуч келтирген абал	76%	95%	93%	79%	0,85	6,1
10. Жасалма тамактандыруу	37%	90%	78%	58%	0,63	5,28
11. Энелердин УГО	70%	67%	67%	69%	0,68	4,73
12. Көп балалуулук	66%	66%	66,1	66,08	0,66	3,78
13. Энелердин ТЖА	56%	74%	68%	62%	0,65	3,62
14. Канааттандырбаган материалдык тиричилик шарт	58%	70%	45%	62%	0,64	3,22
15. ТЖО	8%	97%	72%	51%	0,52	2,81
16. Рахит	21%	90%	67%	53%	0,55	2,39
17. БЭК	52%	67%	61%	58%	0,59	2,19

Кенже курактагы балдардын ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенишинин этиоструктурасы. Микробиологиялык изилдөөдө жалпы (81,60%) жана анын ичинен топтор боюнча (81,08% и 82,69%) кенже курактагы балдардын ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенишинин этиоструктурасында оору көрсөткүчү бар флора басымдуулук кылары анык экендиги ($p < 0,001$) белгиленди. Калган пневмотроптук патогендер 18,4 % гана түзөт. Оору көрсөткүчү бар флорадан болжол менен бирдей катышта (57,14% жана 42,86%, $p > 0,05$) стрептококк жана стафилококк уруктанат. Азайуу тартибинин жыштыгы боюнча аралаш флора (11,04%, $p < 0,001$) жана сейрек учурларда - оору көрсөткүчү жок флора жана кандида уруктанат.

Оорунун этиоструктурасын салыштырып изилдөөдө негизги топто 3,8 эсе, текшерүү тобунан көбүрөөк стрептококк - *Streptococcus pneumonia* (20,70% каршы 7,2%, $p < 0,001$). патогендик штаммы аныкталат. *Streptococcus pyogenes* – патогендик штаммы (в 7,20%) негизги топтун балдарында гана көбүрөөк уруктанат. Стрептококк микст-инфекцияларда, текшерүү тобуна караганда негизги топтордо 1,4 эсеге негизги топтордо басымдылуулук кылары байкалат. Эки топто тең бирдей жыштыкта (30,6% каршы 35,2%, $p > 0,05$) стафилококк патогендик штаммы (*Staf. Aureus, hemolyticus*) уруктанат (3.2.3-сүрөт).



3.2.3-сүрөт - Бейтап балдардагы клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн салыштырма этиоструктурасы.

ИФА жана ПЧР изилдөө методдору атиптеги пневмопатогендерди (хламидия, микоплазма, цитомегаловирустук жана герпетикалык инфекциялар) аз учурларда таап чыгат (3.2.2-табл.).

3.2.2-таблица - Атиптеги флорага карата ПЧР жана ИФанын салыштырма маалыматы

Топтор	1-топ		2-топ	
	ПЧР	ИФА (Ig G)	ПЧР	ИФА (Ig G)
Chlamydia pneumonia	2(10%)	2(10%)	-	-
Chlamydia trachomatis	-	-	-	-
Mycoplasma pneumonia	1(5,0%)	-	-	-
Mycoplasma hominis	-	-	-	-
CMV	3(15%)	3(15%)	1(6,6%)	1 (6,6%)
HSV I	1(5,0%)	2(10%)	1(6,6%)	1 (6,6%)
HSV I I	-	-	-	-
Toxoplasma gondii	-	3(15%)	-	2(13,3%)
Ureaplasma	-	сомн.2(10%) полож.1(5%)	-	1(6,6%)

Таблицада көрүнгөндөй ПЧР жана ИФА дээрлик иденттүү жыйынтык бергендиктен, практикалык саламаттыкты сактоо үчүн ИФАны – жеткиликтүү жана аз чыгымды талап кылган изилдөө методу катары сунуштоого мүмкүндүк берет.

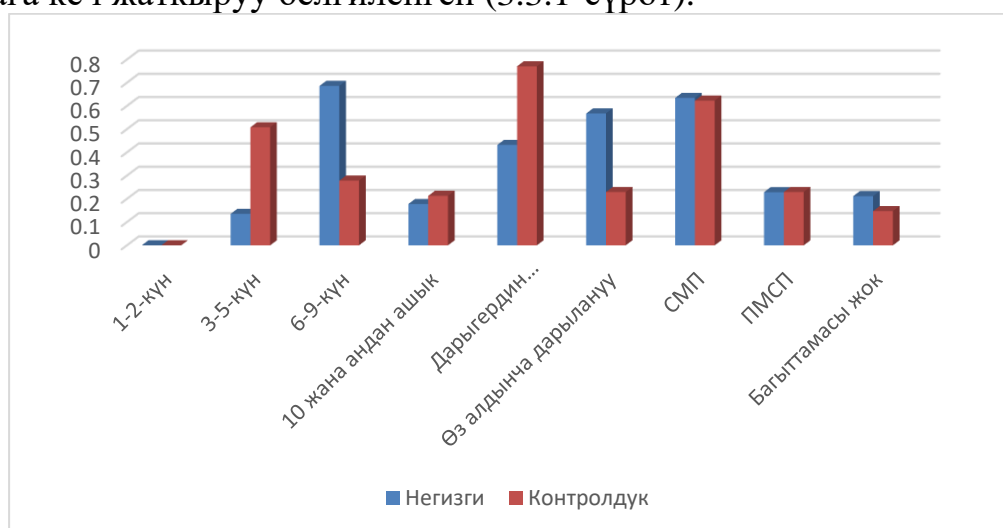
Бактериялык терапияга этиотроптук микроорганизмдердин сезимталдуулугун изилдөөдө алардын пенициллиндин бардык түрүнө карата резистенттүүлүгү жогору экендиги белгилүү болду. Жогорку сезимталдуулук оксациллинге (91-94%, МИК \leq 0,25), орточо – амоксиклавга (77,7-80%, МИК \leq 4/2) жана ампициллин сульбактамго (60-61%, \leq 8) гана сакталды.

Цефалоспориноидерден жогорку сезимталдуурагы цефалоспориноидын 2-чи жана 3-чү мууну: цефтриаксон (100%, МИК \leq 0,25), андан кийин – цефтазидим, цефепим жана цефамедде (90-93,4%, МИК \leq 1,0) байкалды.

Цефалоспориноидердин (цефалексин, цефуросим) таблетка түрүндөгүсү орточо сезимталдуу (65-87%), бирок жогору МИКке (4,8-8,0) ээ, бул анын натыйжалуулугун төмөндөтөт. Микроорганизмдердин мезимталдуулугу аминогликозиддерден – амикацинде (92-95%, МИК \leq 1,0,) макролиддерден – эритромицинде (94-97%, МИК \leq 0,5), азитромицинде (71-75%, МИК \leq 8) сакталат. Дээрлик бардык цефалоспориноид, фторхинолон, карбопенем, гликопептид, тазобактам, даптомицин, рифампициноидер пневмотроптук патогенге ээ.

3.3. Кенже курактагы балдардагы ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык өтүүсүнүн өзгөчөлүгү

Көп балалуу үй бүлөлөрдө оорунун татаалдашкан анамнези: узакка созулган амбулатордук өз алдынча жана көп учурда багытта масы жок, бейтапты ооруканага кеч жаткыруу белгиленген (3.3.1-сүрөт).



3.3.1-сүрөт - Изилденген топтордо оорунун анамнезин салыштыруу.

Клиникалык картинаны анализдөөдө оорунун бир катар негизги симптомдору изилдөөгө алынган бардык балдарда 100% байкалды. Ал 3 күнгө созулган калчылдоо, жүрүм-турумдагы өзгөрүү (тынч кетүү, шалдыроо), уйкунун бузулушу, тамакка табиттин начарлашы. Коркунучтуу симптомдордон балдар көбүнчө суюктук ичпейт, эмчек эмбейт ($p<0,001$), аң-сезиминин бузулуусу ($p<0,01$), калчылдоо (в 8,38%) байкалат. Интоксикация симптомдоруна теринин мрамордук өңгө келиши, кулгунуу, ($p<0,001$) теринин бозорушу байкалат. Оор дем алуунун жетишсиздик белгилери дээрлик бирдей катышта ($p>0,05$), диффуздук цианоз, тахипноэ жана төш клеткаларынын төмөнкү жарымы ичти көздөй тартылганы байкалат. Оорураак формасында кырылдаган дем алуу ($p<0,01$) жана брадипноэ ($p<0,001$) байкалат.

Дээрлик бирдей катышта ($p>0,05$) перкутордук үндүн кыскарышы түрүндөгү физикалык өзгөрүү, көбүктүү кырылдоо менен алсыз дем алуу

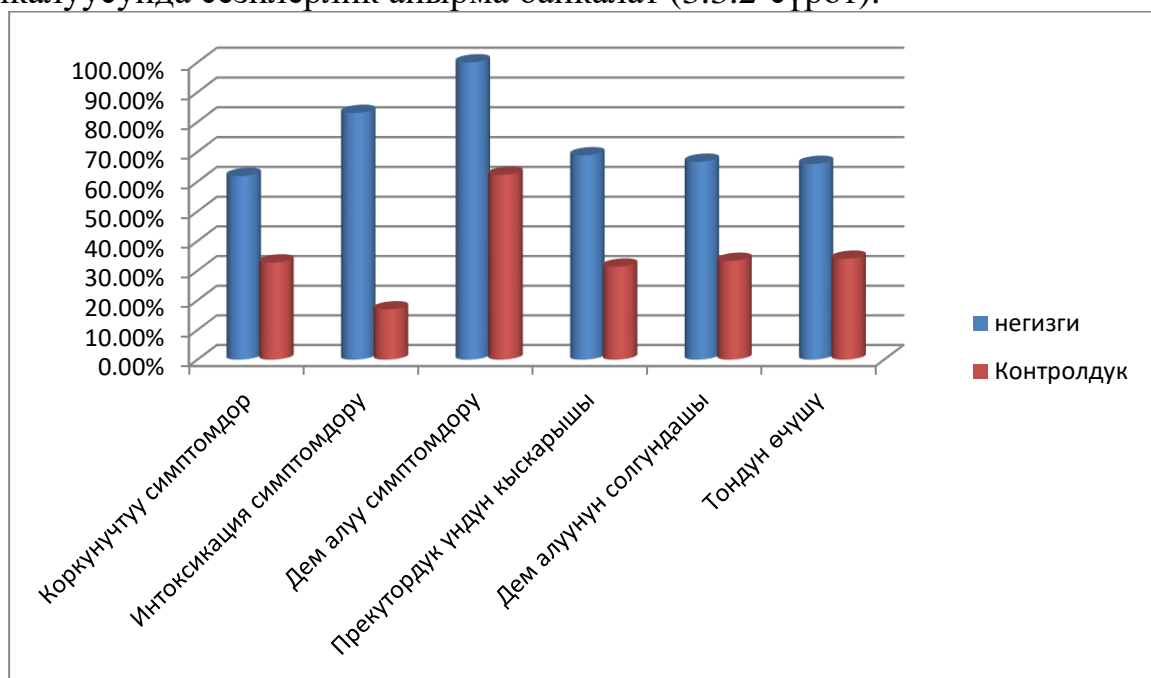
жана крепитация же кургак ышкырган кырылдоо менен крепитация байкалат. ССС тарабынан көбүнчө жүрөктүн систоликалык шумуна караганда, тондун үнүнүн өчүшү ($p < 0,05$) байкалат (3.3.1-табл.).

3.3.1-таблица - Изилденген топтордун балдарындагы клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык көрүнүшү

Топтор	Баары	Негизги	Текшерүү
Бардыгы	179 (100%)	118 (65,92%)	61 (34,08%)
2. Коркунучтуу симптомдор: -Эмбейт, суюктук ичпейт - Уйкуга тартуу/эс-учун жоготуу - Калчылдоо	44 (24,58%) 34 (18,99%) 15 (8,38%)	33 (75,0%)* 28 (82,35%) 12 (80,0%)	11 (25,0%) 6 (17,64%) 3 (20,0%)
3. Интоксикация симптомдору: - Кулгунуу - Кусуу - Теринин бозорушу - Теринин мрамордук өңгө келиши	23 (12,85%) 8 (4,47%) 83 (46,37%) 24 (13,40%)	19 (82,61%) 5 (62,5%) 57 (68,67%)* 17 (70,83%)	4 (17,39%) 3 (37,5%) 26 (31,33%) 7 (29,17%)
4. Оор ДН симптомдору - ЧД мүнөтүнө 30дан кем эмес /апноэ - ЧД мүнөтүнө 60 тан жогору - Кыркыраган дем алуу - Төш клеткасынын ичти карай тартылуусу - Борбордук цианоз	14 (7,82%)* 78 (43,57%) 23 (12,85%) 68 (37,99%) 78 (43,57%)	9 (64,28%) 52 (66,66%)* 16 (69,56%) 49(72,06%)* 54 (69,23%)*	5 (35,72%) 26 (33,33%) 7 (30,43%) 19 (27,94%) 24 (30,76%)
1. Физикалдык маалымат: - Перкутордук үндүн кыскарышы - Кыскаруу+ кутуча көлөкө - Дем алуунун солгундашы, крепитация менен майда көбүктүү кырылдоо - Кургак ышкырган кырылдоо+ крепитация	102 (56,98%) 73 (40,78%) 99 (55,31%) 76 (42,46%)	70 (68,63%)* 48 (65,75%)* 66 (66,66%)* 52 (68,42%)*	32 (31,37%) 25 (34,24%) 33 (33,33%) 24 (31,58%)
СССтин абалы: - Жүрөктүн тонунун үнүнүн өчүшү - Систоликалык дабыш	47 (26,25%) 28 (15,64%)	31 (65,96%)* 23 (82,14%)	16 (34,04%) 5 (17,86%)
Боор: - 1,5-3см - 3 см чоң	43 (24,02%) 3 (1,11%)	27 (62,79%)* 2 (66,67%)	16 (37,21%) 1 (33,33%)

Өт			
I деңгээл +1,0 см;	35 (19,55%)	22 (62,86%)**	13 (37,14%)
II деңгээл + 2,0 см	18 (10,05%)	12 (66,66%)	8 (44,44%)
III деңгээл+ 3,0 см	4 (3,38%)	3 (75%)	1 (25%)
Диурез:			
Полиурия	-	-	-
Олигоурия	-	-	-
Анурия	5 (2,79%)	4 (80%)	1 (20%)
8. Заң:			
Диспепсия	29 (16,20%)	19 (65,52%)**	10 (34,48%)
Ич катуу	24 (13,40%)	17 (70,84%)	7 (29,16%)

Салыштырма изилдөөдө көп балалуу жана аз балалуу үй бүлөлөрдүн балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык байкалуусунда сезилерлик айырма байкалат (3.3.2-сүрөт).



3.3.2-сүрөт - Негизги жана контролдук топторундагы балдардын ооруканадан сырткаркы өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык маалыматты.

Негизги топтогу клиникадагы бейтап балдарда көп учурда ($p < 0,001$) жашоого коркунуч келтирген симптомдор (балдар эмбейт, суюктук ичпейт, аң-сезими эс учун жоготконго чейин бузулуу, калчылдоо), каныккан интоксикация белгилери, дем алуунун кыйындашы, көбүнчө перкутордук үндүн кыскарышы, майда көбүктүү кырылдак, крепитация коштолгон алсыз дем алуу, ССС тарабынан өзгөрүүлөр байкалат.

Аларда көбүнчө ($p<0,01$) өпкө жана өпкө ооруларынын татаалдашуусу болот. Ал эми ателектаз негизги топтун балдарында гана байкалат (3.3.2-табл.).

3.3.2-таблица - Өпкөнүн сезгенүүсүнүн өпкө жана өпкө ооруларынын татаалдашуусу

Топтор	Негизги	Контролдук	Бардыгы
Өпкөнүн :			
- ДН	118 (65,92%)**	61 (34,08%)	179 (100%)
- БОС	55 (68,75%)**	25 (31,25%)	80 (44,69%)
- Ириңдүү	20 (71,42%)	3 (10,71%)	28 (15,64%)
-Ателектаз	3 (100%)	-	3 (1,67%)
Өпкөдөн сырткаркы татаалдашуу:			
- ССН	17 (68,0%)**	8 (32,0% %)	25 (13,96%)
- Нейротоксикоз	24 (72,73%)	9 (27,27%)	33 (18,44%)

Рентгенологиялык изилдөөдө балдарда жалпысынан 2 тараптуу очоктук өпкөнүн сезгенүүсү ($p<0,001$), басымдуулук кылат, аз санда 2 тараптуу очоктук-аралашма, андан ары ($p<0,05$) полисегментардык өпкөнүн сезгенүүсү байкалат (3.3.3-табл.).

3.3.3-таблица - Балдардын клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн рентгенологиялык көрсөткүчү

Топтор	Негизги	Контролдук	ардыгы
Оң тараптуу очоктук	5 (4,24%)	9 (14,75%)	14 (7,82%)
Сол тараптуу очоктук	1 (0,85%)	1 (1,64%)	2 (1,12%)
2 тараптуу очоктук	67 (59,82%)	45 (40,17%)*	112 (62,57%***
2 тараптуу очоктук-аралашма	25 (89,28%)	3 (10,71%)	28 (15,64%)**
Сегментардык	4 (3,39%)	2 (3,27%)	6 (3,35%)
Полисегментардык	15 (93,75%)	1 (6,25%)	16 (8,94%)
Интерстициалдык	1 (0,85%)	-	1 (0,56%)
Бардыгы	118 (100%)	61 (100%)	179 (100%)

Бирок өпкөнүн кеңири сезгенген инфильтраттары негизги топтун балдарынан чыгат. Анткени аларда 4,3 эсе көп 2 тараптуу очоктук-аралашма өпкөнүн сезгенүүсү, 15 эсе көп – полисегментардык өпкөнүн сезгенүүсү байкалат.

Негизги топтун бейтап балдарынын канынын анализинде аз балалуу үй бүлөлөрдүн балдарына караганда, ЖДАнын жыштыгы оор деңгээлге чейин жогору, жогорку лейкоцитоз ($p<0,01$), оң тарапка жылган таякча-ядролуу ($p<0,001$) каныккан нейтрофиллез жана СОЭнин ($p<0,001$) сезилерлик тездеши анык ($p<0,001$) билинет (3.3.4-табл.).

3.3.4-таблица - Клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган балдардын канынын перифералдык көрсөткүчү

Топтор	Негизги	Контролдук	Баары
Саны	102	46	148
1. Гемоглобин: 110 – 70 г/л Ниже 70 г/л	45 (72,58%)* 5 (4,90%)	17 (27,42%)	62 (41,89%) 5 (3,38%)
2. Эритроциттер: 3,5 – 2,5х10 ¹² /л менее 2,5х10 ¹² /л	48 (47,06%) 2 (1,96%)	22 (47,83%)	70 (47,29%) 2 (1,35%)
Лейкоциттер: 10,1–15,0х10 ⁹ /л 15,0 -20,0х10 ⁹ /л < 4,0х10 ⁹ /л	26 (25,49%) 70 (70,0%)* 6 (5,88%)	15 (32,61%) 30 (30,0%) 1 (2,18%)	41 (27,70%) 100 (67,57%)* 7 (4,73%)
4.Лейкоформула - нейтрофиллөз - оңго жылуусу	32 (31,37%) 57 (55,83%)*	19 (41,31%) 15 (32,61%)	51 (34,46%) 72 (48,65%)
5.СОЭ: 11-15 мм/ч 16-20 мм/ч >20 мм/ч	4 (3,92%) 50(49,02%)* 48 (47,06%)	13 (28,26%) 12 (26,09%) 21 (45,65%)	17 (11,48%) 62 (41,90%)* 69 (46,62%)*

Жалпысынан ооруган балдарда сезгенүү процессинин ($p < 0,05$) маркёру жогорулаган. Бирок контролдук топтун балдарына караганда, негизги топтун балдарында ишенимдүү жогору ($p < 0,05$) (3.3.5-табл.).

3.3.5-таблица - Бейтаптардагы С-реактивдик белоктун жана прокальцитониндин көрсөткүчү

Топтор	Негизги	Контролдук	Жалпы	Норма
С-реактивдик белок	7,53±0,58*	5,99±0,92	7,02±0,49*	0-5мг/мл
Прокальцитонин	3,14±0,23*	2,46±0,20	3,01±0,19	0,5-2 нг/мл

Бейтаптарды изилдеген топтордогу кенже курактагы балдарда клиникалык көрсөткүчү жок өпкөнүн сезгенүүсүн диагностикадан өткөрүүнүн дифференциалдык таблицасын иштеп чыктык (3.3.6-табл.).

3.3.6-таблица - Изилденген топтордогу балдардын клиникалык көрсөткүчү жок өпкөнүн сезгенүүсүнө дифференциалдык-диагностикалык таблицасы

	Көп балалуу	Аз балалуу
1 Этиоструктура:		
- Стрептококк пневмания	++	+
- Стрептококк пиогендик	++++	-
- Хламидия пневмония	++++	-
- Микоплазма пневмония	++++	-
- Цитомегаловирус	++	+
2. Коркунучтуу симптомдор:		
-Эмбейт, суюктук ичпейт	+++	+

- Уйкусурайт/эстен тануу (кома)	++++	+
- Карышуу	++++	+
3. Симптоммы интоксикации:		
- Кулгуу	++++	+
- Кусуу	+++	++
- Теринин бозорушу	+++	++
- Теринин мрамордук өңгө келиши	+++	+
4. ДН оор өтүүсүнүн симптомдору		
- ЧД мүнөтүнө 30дан кем эмес /апноэ	++	+
- ЧД мүнөтүнө 60тан жогору	++	+
- Кыркараган дем алуу	++	+
- Төш клеткасынын байкалган тартылуусу	+++	+
- Борбордук цианоз	++	+
5. Физикалдык маалымат:		
- Перкутордук үндүн кыскарышы	++	+
- Кыскаруу+коробокадай өң	++	+
- Крепитация менен майда көбүктүү кырылдоо, алсызданган дем алуу	++	+
- Кургак ышкырган кыркыроо+ крепитация	++	+
6. Кандын көрсөткүчү		
Гемоглобин: 110 – 70 г/л	+++	+
Лейкоцитоз 15,0 -20,0x10 ⁹ /л ашык	+++	+
Нейтрофиллөз	++	+
Лейкоформуланын сол жакка жылуусу	+++	+
СОЭ 16-20 мм/ч ашык	+++	+
7. Рентгенология:		
2 тараптуу очоктук-аралаш өпкөнүн сезгенүүсү	++++	+
Полисегментардык өпкөнүн сезгенүүсү	++++	+
С-реактивдик белок	++	+
Прокальцитонин	++	+

Эскертүү: «+» - айырмачылыгы 25% чейин, «++» - 50% чейин, «+++» - 75% чейин, «++++» - выше 75%.

Негизги жана контролдук топтогу бейтаптардын иммунологиялык статусун изилдөөдө сезилерлик айырма байкалды (3.3.7-табл.).

3.3.7-таблица - Бейтаптын иммундук статусунун көрсөткүчү

Топтор	Негизги	Контролдук	Бардыгы	Норма
CD3 ⁺	39,87±1,87***	51,54±2,56	44,54±1,71	58-69%
CD4 ⁺	29,56±0,94**	36,85±1,44	32,47±0,95	38-50%
CD8 ⁺	22,8±0,92	22,0±0,65	22,48±0,60	18-25%
CD 4/CD 8	1,15±0,08*	1,75±0,15	1,17±0,09	1,25 – 2,5
CD19	18,98±2,44	15,62±1,98	17,63±1,66	14 - 44
CD3-HLA-DR	15,92±1,7*	10,65±1,46	13,83±1,22	-

Ig A	0,84±0,02г/л	1,8±0,33 г/л	1,17±0,14 г/л	0,9-4,74 г/л
IgM	1,59±0,13 г/л	1,73±0,15 г/л	1,64±0,09г/л	0,48-2,5 г/л
IgG	13,63±0,54 г/л	12,3±0,73 г/л	13,09±0,44 г/л	6,81-16,40 г/л

Негизги топтогу бейтап балдарда: CD3⁺(p<0,001), CD4⁺ (p<0,01) жана CD4/CD8 (p<0,05) төмөндөгөн. Ошол эле кезде сезгенүүгө каршы медиаторлордун активдеши жок: Т-лимфоциттер-супрессорлор (CD8), Т-лимфоциттер-киллерлер (CD3-HLA-DR) жана активдешкен В-лимфоциттер (CD19) төмөнкү чектин нормасында турат, демек, иммунитеттин клеткалык звеносунун, системалык сезгенүү процессинин өнүгүү тобокелдигинин депрессиясы катары баалоого болот. Ig A и Ig M (p<0,05), деңгээли айкын төмөндөгөн, бул негизги топтогу балдардын иммунитетинин гуморолдук звеносунун дисфункциясын тастыктайт.

КОРУТУНДУ

1. Жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиоструктурасынын регионалдык өзгөчөлүгү болуп, оору көрсөткүчү бар флора: стрептококк жана ставликокктун (57,14% и 42,86%, p>0,05) басымдуу болушу (81,6%, p<0,001) эсептелет. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарында көбүнчө (p<0,01) стрептококк (St. Pneumonia, St.Pyogenes) патогендик штаммы уруктанат жана микст-инфекция 2,6 эсе кездешери анык. Атиптүү пневмопатогендик микроорганизмдер: (хламидии, микоплазмы) анчалык мааниге ээ эмес.
2. Пневмотроптук микроорганизмдердин оксациллин (91-94%, МИК<=0,25), амоксиклав (77,7-80%, МИК<=4,2) жана ампициллин сульбактамын (60-61%, МИК<=8) кошпогондо, пенициллинге жогорку резистенттүүлүгү аныкталды. Пневмопатогендердин жогорку сезимталдуулугу бардык аминогликозид, макролид, цефалоспориндин 2чи жана 3чү муунуна, фторхинолон, карбопенем жана башка резервдеги антибиотиктерге сакталууда.
3. Тобокелдик факторлорунан рангалык мааниге ээ болгону оорунун ишке ашышында жогорку тастыкталган мүнөздөмөгө: татаалдашкан акушердик анамнез (OR=12,5), төрөт учурундагы узакка созулган суусуз аралык, (OR=8,9), экстремалдык кыска интергенетикалык интервал (OR=7,5), төрөт мезгилиндеги алсыздык (OR=7,3), төрөт учурудагы түйүлдүккө коркунуч келген абал (OR=6,1), көп балалуулук (OR=3,78), жасалма тамактандыруу (OR=5,28), канаатандырбаган материалдык-тиричилик шарты (OR=3,22), ЭКД түрдө жагымсыз преморбиддик фон (OR=3,09), ВПС (OR=2,81), рахит (OR=2,31) жана БЭН (OR=2,19) ээлик кылат.
4. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарындагы клиникалык белгилери байкалбаган өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык өзгөчөлүгү болуп: оорунун анамнез менен коштолушу: узакка созулган амбулатордук өз алдынча дарылануу, өмүр үчүн коркунуч жараткан клиникалык симптомдору менен кеч бейтапканага түшүшү эсептелет. ДН, ССН жана каныккан интоксикация симптомдору,

өпкөнүн инфилтраттарынын кеңири сезгенүүсү өпкө оорулары жана өпкөдөн башка оорулардын коштолуусу менен ($p < 0,001$) оору оор деңгээлде өтөт. Лейкоцитоз, нейтрофиллөз, өзөктүк таякчанын солго жылуусу, СОЭнин тездеши, С-реактивдик белоктун жана прокальцитониндин көрсөткүчтөрү абдан байкалат

5. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарында клиникалык көрсөткүчү жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өөрчүүсүнүн генезинде системалуу сезгенүү процесси жана иммундук жооптун адекваттуу эместиги үчүн мүнөздүү иммунитеттин клеткалык да, гуморалдык да звенелорунда депрессия байкалат, бул оорунун клиникалык өтүүсүнүн жана натыйжасынын оорлошун шарттайт.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМА

1. Кенже курактагы балдарда өпкөнүн сезгенүүсүн божомолдоо жана алдын алуу максатында:

1.1. Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда өпкөнүн сезгенүүсүнүн тобокелдиктеринин медицина-биологиялык жана социалдык факторлорунун негизинде, кош бойлуулар арасында тобокелдик топторун түзүү.

1.2. Тобокелдик-факторлорунун терс кесепеттерин төмөндөтүүгө багытталган, тобокелдик тобундагы кош бойлууларга, алардын диспансердик кароодо турушу үчүн, индивидуалдык пландарды иштеп чыгуу

2. Кенже жаш курактагы балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн этиологиясын тактоо максатында:

2.1. Көп балалуу үй бүлөлөрдүн кенже курактагы бардык балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүн божомолдоо жана алдын алуу максатында, клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүн алдын алуу боюнча жеке иштелип чыккан план менен диспансердик тобокелдик тобуна киргизүү.

2.2. Клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган бардык жаш балдардын какырыгына бактериологиялык изилдөө, микрофлорага динамикалык мониторинг жүргүзүү, антибиотикке сезимталдуулугун аныктоо.

2.3. Респиратордук вирусту жана атиптүү оору козгогучту аныктоо үчүн ИФА жана ПЧР методдорун клиникалык практикада кеңири киргизүү сунушталат.

2.4. Жаш балдарда клиникалык оорунун белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн оордук деңгээлин аныктоо үчүн «Балдарга стационардык жардам көрсөтүү» чөнтөк маалымдамасын колдонуу (БДССУ, 2012).

ДИССЕТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Алиева Ж.К.** Антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность к современным лекарственным препаратам у детей с заболеваниями органов дыхания. г. Астаны [Текст] / М.Г. Гатауова, А.Б. Беспалько и соавт// Астана медициналық журналы - 2011. №2. С.- 84-87.
2. **Алиева Ж.К.** Заболеваемость детей грудного возраста г. Астаны [Текст]/ . Ж.К Алиева // Журнал Валеология. АО « МҮА»- 2011. №3. С.-99-101.
- 3 **Алиева Ж.К.** Ерте жастағы балалардың жедел пневмониясының этиологиялық құрылымы [Текст] /.Р.К. Капарова // Валеология журналы. АО « МҮА»- 2011. №3.С53-57.
4. **Алиева Ж.К.** Ретроспективный анализ острой пневмонии у детей раннего возраста из многодетных семей. [Текст] / Ж.К Алиева// Collgvium-gournal, Польша. Варшава. 2017. №7. С14-16.
5. **Алиева Ж.К.** Медико-биологические и социальные факторы риска развития внебольничных пневмоний у детей раннего возраста из многодетных семей. [Текст] / Ж.К Алиева// Collgvium-gournal, Польша Варшава- 2017. №7. С.-17-18.
6. **Алиева Ж.К.** Роль антибактериальной карты в рационализации антибактериальной терапии при внебольничных пневмониях у детей. [Текст] / Б.Р.Турдалина. Д.А Баетшева и соавт, //. «Research journal pharmaceuticals biological and chemical sciences». Индия.- November – December 2016. RJPBCS 7(6) Page No. 3160 -3168.
7. **Алиева Ж.К.** Клинико-морфологическая характеристика пневмонии у детей раннего возраста [Текст] / С. Дж. Боконбаева // Актуальные вопросы современной науки Россия. 2017. №3. С.-16-21.
8. **Алиева Ж.К.** Иммунологические особенности детей раннего возраста у детей раннего возраста из многодетных семей с острыми пневмониями [Текст] / Ж.К Алиева// Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире Сборник научных статьи 65 годичной международной научно – практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абдуали ибни сино Душанбе. Таджикистан – 2017. Том-2. С.- 236.
9. **Алиева Ж.К.** Сравнительная клинико-лабораторная характеристика и исход внебольничных пневмоний у детей раннего возраста г. Астаны. [Текст] / Боконбаева С. Дж., Алиева Ж.К. //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева – 2018. №2.
10. **Алиева Ж.К.** Региональная этиоструктура внебольничных пневмоний у детей раннего возраста из многодетных и малодетных семей [Текст] / Боконбаева С. Дж., Алиева Ж.К. // Collgvium-gournal, Польша Варшава – 2018.г №15.

Ж.К. Алиеванын 14.01.08 – педиатрия адистиги боюнча «Көп балалуу үй бүлөлөрдөгү жаш балдарда клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн клиникалык өтүүсүнүн өзгөчөлүгү жана өрчүшүнүн тобокелдик фактору» аттуу темадагы медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациялык ишинин

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: жаш балдар, көп балалуу үй бүлө, өпкөнүн сезгенүүсү, этиология, тобокелдик факторлору, патогенез, клиника.

Изилдөөнүн объектиси:

1. 2010-2014-жылдардагы клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган көп балалуу үй бүлөлөрдүн балдарынын 200 оорунун тарыхына ретроспективдик изилдөө жүргүзүлдү

2. Көп балалуу жана аз балалуу үй бүлөлөрдүн 2 айдан 3 жашка чейинки курактагы балдарындагы клиникалык белгилери жок курч өткөн өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган 179 бала проспективдик изилдөөгө алынды.

Негизги (1чи) топ – көп балалуу үй бүлөлөрдөн өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган 118 бала.

Контролдук (2чи) топ – аз балалуу үй бүлөлөрдөн 61 бала.

Изилдөөнүн максаты: этиопатогендик жана клиникалык-лабораториялык өзгөчөлүктүн негизинде, профилактикалык жана дарылоо-диагностикалык программаларды оптимизациялоо үчүн, көп балалуу үй бүлөлөрдүн жаш балдарында клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсүнүн өрчүшү жана натыйжасын божомолдоо мүмкүнчүлүгүн кеңейтүү

Изилдөөнүн методдору: клиникалык-анамнестикалык, инструменталдык, лаборатордук, микробиологиялык жана статистикалык методдор.

Изилдөөнүн жыйынтыгы:

1. Ретроспективдик анализ көп балалуу көп балалуу үй бүлөлөрдөгү клиникалык белгилери жок өпкөнүн сезгенүүсү менен жабыркаган жаш балдар бейтапканага жатканга чейин ата-энелери дарыгердин көрсөтмөсү жок өз алдынча амбулатордук дарылоосу жана стационарларга өтө кеч жаткырылгандыгын көрсөттү. Оорунун фонунан көбүнчө ЖДА, андан кийин БЭН жана сейрек рахит катталды. Клиникада өпкөнүн татаалдашуусу: көбүнчө (БОС жана ДН) жана өпкөнүн оорулары (ССН жана нейротоксико) басымдуулук кылды. Этиоструктурада оору көрсөткүчү бар патогендик штамм басымдуу болду.

РЕЗЮМЕ

диссертации Алиевой Жанар Капешовны на тему «Факторы риска развития и особенности клинического течения острых пневмоний у детей раннего возраста из многодетных семей» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.08 – педиатрия.

Ключевые слова: дети раннего возраста, многодетная семья, пневмония, этиология, факторы риска, патогенез, клиника.

Объект исследования:

1. Ретроспективное изучение 200 историй болезней детей с ВП из многодетных семей за 2010-2014 гг.

2. Проспективное исследование 179 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет с острой внебольничной пневмонией из многодетных и малодетных семей. Основная (1-ая) группа - 118 детей с пневмонией из многодетных семей. Контрольная (2-ая) группа - 61 ребёнка из малодетных семей.

Цель исследования: На основе этиопатогенетических и клинико-лабораторных особенностей расширить возможности прогнозирования развития, течения и исхода ВП у детей раннего возраста из многодетных семей для оптимизации профилактических и лечебно-диагностических программ.

Методы исследования: клинико-анамнестические, инструментальные, лабораторные, микробиологические и статистические методы.

Результаты исследования:

1. Ретроспективный анализ выявил, что у больных ВП детей раннего возраста из многодетных семей отмечался отягощённый анамнез заболевания с длительным амбулаторным самолечением родителями и поздней госпитализацией. Чаще отмечались ВП средней степени тяжести на фоне отягощённого преморбидного фона: анемией, БЭН и рахитом. Выявлялись легочные (чаще БОС и ДН) и внелегочные (ССН., нейротоксикоз) осложнения. В этиоструктуре преобладали патогенные штаммы грамположительной микрофлоры

2. Впервые ранжированы доказательно значимые факторы риска реализации заболевания, которые достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдаются в многодетных семьях.

3. На современном этапе в этиоструктуре ВП у детей раннего возраста достоверно преобладает грамположительная флора (81,6%, $p < 0,001$): стрептококки (57,14%) и стафилококки (42,86%, $p > 0,05$). У детей из многодетных семей достоверно чаще ($p < 0,01$) высеваются патогенные штаммы стрептококка (*St. Pneumonia* и *St. Pyogenes*) и в 2,6 раз чаще встречается микст-инфекция с превалированием высева стрептококков (в 72,22%).

Подтверждена высокая чувствительность этиотропных микробов из пенициллинов - к оксациллину (91-94%, МИК $\leq 0,25$), амоксиклаву (77,7-80%, МИК $\leq 4,2$) и ампициллин сульбактаму (60-61%, ≤ 8). Из аминогликозидов чувствительность сохранена к амикацину (92-95%, МИК ≤ 1), гентамицину (85-87,5%, МИК ≤ 4), нетилмицину (64-66,8%, МИК ≤ 8). Высокая чувствительность сохранена: из макролидов - эритромицина (94-97%, МИК $\leq 0,5$), азитромицина (71-75%, МИК ≤ 8), цефалоспоринов 2-го и 3-ьего поколения: цефтриаксона (100%, МИК $\leq 0,25$), цефтазидима, цефепима и цефамеда (90-93,4%, МИК $\leq 1,0$), что позволяет рекомендовать их в качестве эмпирической терапии ВП у детей раннего возраста. Установлено, что у детей из многодетных семей высоко достоверными ($p < 0,001$) особенностями клиники ВП являются: более отягощённый анамнез заболевания, с длительным амбулаторным самолечением, поздней

госпитализацией с признаками опасными для жизни. Заболевание протекает в тяжёлой степени с выраженными ДН, ССН и симптомами интоксикации, с более обширными воспалительными инфильтратами в лёгких (очагово-сливные, сегментарные, полисегментарные), легочными (абсцедирование, плевриты) и внелегочными (ССН, нейротоксикоз) осложнениями ($p<0,001$). Более выражены: лейкоцитоз, нейтрофиллёз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ, показатели С-реактивного белка и прокальцитонина ($p<0,001$).

4. В генезе развития ВП у детей раннего возраста из многодетных семей выявляется депрессия клеточного, и дисфункция гуморального звеньев иммунитета, характерного для системных воспалительных процессов, свидетельствующая о неадекватности иммунного ответа, что и обуславливает тяжесть клинического течения и исхода заболевания.

Рекомендации по использованию: результаты данного исследования следует внедрить в практику стационаров, центров семейной медицины, а также в учебные программы медицинских ВУЗов.

Область применения: Лечебно-профилактические учреждения

SUMMARY

Zhanar Kapeshovna Aliyeva's dissertation on the topic " Risk factors for the development and clinical course of community-acquired pneumonia in young children from large families " for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.08 - pediatrics.

Key words: early age, large family, pneumonia, etiology, risk factors, pathogenesis, clinical features

The object of study:

1. Retrospective study of 200 case histories of children with CAP from large families for 2010-2014.

2. A prospective study of 179 children aged 2 months to 3 years with acute community-acquired pneumonia from large and small families. The main (1st) group - 118 children with pneumonia from large families. . Control (2nd) group - 61 children from small families.

Purpose of the study: Based on etiopathogenetic and clinical and laboratory features, to expand the possibilities of predicting the development, course and outcome of CAP in young children from large families in order to optimize preventive, treatment and diagnostic programs.

Research methods: clinical and anamnestic, instrumental, laboratory, microbiological and statistical methods.

Research results:

1. A retrospective analysis revealed that young children with CAP from large families had a burdened history of the disease with prolonged outpatient self-treatment by parents and late hospitalization. More often, EP of moderate severity was noted against the background of a aggravated premorbid background: anemia, PEU, and rickets. Pulmonary (often biofeedback and DN) and extrapulmonary

(CVF, neurotoxicosis) complications were detected. The etiostructure was dominated by pathogenic strains of gram-positive microflora.

2. For the first time, evidence-based risk factors for the implementation of the disease were ranked, which are significantly more often ($p < 0.001$) observed in families with many children.

3. At the present stage, gram-positive flora (81.6%, $p < 0.001$): streptococci (57.14%) and staphylococci (42.86%, $p > 0.05$) significantly dominate in the etiology of CAP in young children. In children from large families, pathogenic strains of streptococcus (S t . Pneumonia and S t . Pyogenes) are sown significantly more often ($p < 0.01$) and mixed infection occurs 2.6 times more often with a prevalence of streptococci inoculation (in 72.22%). The high sensitivity of etiotropic microbes from penicillins was confirmed - to oxacillin (91-94%, MIC < 0.25), amoxiclav (77.7-80%, MIC < 4.2) and ampicillin sulbactam (60-61%, < 8). Of the aminoglycosides, sensitivity is preserved to amikacin (92-95%, MIC), gentamicin (85-87.5%, MIC < 4), netilmicin (64-66.8%, MIC < 8). High sensitivity is preserved: from macrolides - erythromycin (94-97%, MIC < 0.5), azithromycin (71-75%, MIC < 8), cephalosporins of the 2nd and 3rd generation: ceftriaxone (100%, MIC < 0.25), ceftazidime, cefepime and cefamed (90-93.4%, MIC), which allows us to recommend them as empirical therapy for CAP in young children.

It has been established that in children from large families, highly reliable ($p < 0.001$) features of the CAP clinic are: a more burdened history of the disease, with prolonged outpatient self-treatment, late hospitalization with life-threatening signs. The disease proceeds to a severe degree with severe DN, CHF and symptoms of intoxication, with more extensive inflammatory infiltrates in the lungs (focal-confluent, segmental, polysegmental), pulmonary (abscess formation, pleurisy) and extrapulmonary (CVF, neurotoxicosis) complications ($p < 0.001$). More pronounced: leukocytosis, neutrophilia, stab shift to the left, accelerated ESR, C-reactive protein and procalcitonin ($p < 0.001$).

4. In the genesis of the development of CAP in young children from large families, depression of the cellular and dysfunction of the humoral immunity, characteristic of systemic inflammatory processes, is revealed, indicating an inadequacy of the immune response, which determines the severity of the clinical course and outcome of the disease.

Recommendations for use: the results of this study should be implemented in the practice of hospitals, family medicine centers, as well as in the curricula of medical universities.

Scope: Treatment-and-prophylactic establishments.