

КУЛИЕВ ОЗОДЖОН АБДИРАХМОНОВИЧ

**БОЛАЛАРДА КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИНИНГ
ТАРҚАЛГАНЛИГИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРГА СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ БЎҒИНИ ШАРОИТИДА
ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА ЁРДАМИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(Жиззах вилояти мисолида)**

**14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент
14.00.29- Гематология ва трансфузиология
(тиббиёт фанлари)**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

УДК: 616.155.194.051.2-036.22-082-084(0575.114)

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мўлдарикаси

Отзывание автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Кулиев Озоджон Абдирахмонович

Болаларда камқонлик касаллигининг тарқалганлиги, хавф омиллари ва уларга
соғлиқни сақлашнинг бигламчи бўғини шароитида даволаш-профилактика
ёрдмининг такомиллаштириши (Жиззах вилояти мисолида).....3

Кулиев Озоджон Абдирахмонович

«Распространенность, фактора риска анемии у детей и оптимизация лечебно-
профилактической помощи в условиях первичного звена здравоохранения» (на
примере Джиззакской области).....27

Kuliyev Ozodjon Abdirahmonovich

The prevalence of anemia in children, risk factors and the improvement of treatment and
preventive care in a primary health care.....49

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....53

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАТИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.27.06.2017. Тиб 30.02
РАКАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНИСТИТУТИ

КУЛИЕВ ОЗОДЖОН АБДИРАХМОНОВИЧ

БОЛАЛАРДА КАМКОНЛИК КАСАЛЛИГИНИНГ
ТАРҚАЛГАНЛИГИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА УЛАРГА СОЎЛИҚНИ
САҚЛАШНИНГ БИГЛАМЧИ БУЎГИНИ ШАРОИТИДА
ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА ЁРДАМИНИНГ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШИ
(Жиззах вилояти мисолида)

14.00.33-Жамият саломатлиги. Соғлиқни сақлашда менежмент

14.00.29-Гематология ва трансфузиология
(тиббий фанлари)

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЎГИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ

Тошкент–2019

ишлаб чиқарилаётган ва импорт қилинаётган барча навларни унинг 30 фонзини ташкил қилмоқда. Микроутригентлар билан бойитилган бўлдой унинг аҳолининг таҳминан 56 фонзи истеъмол қилади. Темир етишмасини анемиясининг профилактикасини таъминлаш учун аҳолининг 90 фонзини камраб олиш лозим. Махаллий озик-овқат маҳсулотларининг қимёвий таркиби бўйича маълумотлар мавжуд эмас, бу эса аҳоли учун соғлом овқатланиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишни қийинлаштиради. Табиий ва искуссий шартотлар, илмий анъаналар, демографик ва бошқа ҳусусиятларни ҳисобга олган ҳолда касб ва жинс-ёш гуруҳлари бўйича дифференциалаштирилган овқатланиш меъёрлари ишлаб чиқилмаган², каби камчили ва муаммоларни енши йўллари кўрсатиб ўтилган. Мазкур концепцияда кўрсатилган чора-тадбирлар оналар ва болаларда камқонлиқни қамайтириш, уни эрта олдани олиш, даволаш ва профилактикаси бўйича замонавий дастурларни амалиётга татибик этиш ҳамда соғломлаштириш кўрсаткичлари ошириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли "Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида"ги Фармони, 2017 йил 29 мартдаги ПК-2857-сон "Ўзбекистон Республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 18 декабрдаги ПК-4063-сонли "Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори ҳамда бошқа меърий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг ресублика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. "Тиббиёт ва фармакология" устувор йўналишига мувофиқ баъжарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кузатишларнинг кўрсатишича тижжадлар инвазияси овқат ҳазм қилиш бўзрилишига, камқонлик даражаси ортиши, шунингдек актиний ва жисмоний ривожланишда ортда қолишга олиб келиб боғдалар соғлиғига катта зарар келтиради. Гельминтоз Ўзбекистонда кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланиб паразитар касалликлар умумий сонини 90% дан ортинини ташкил қилади (Абдиев Ф.Т.2007). Камқонлик асосан (47,4%) мактаб ёшгача бўлган гуруҳларда кузатилади, мактаб ёшгачи болаларда эса камқонлик деярли икки баробар кам учрайди (25,4%). Болаларда камқонлик ҳасталигини ўрганиш бўйича олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар, ушбу патологияни турли мамлакатларда учраш

даражаси бир хил эмаслигини ва уни ижтимоий ҳамда экологик омилларга боғлиқлигини аниқлади(Шарманов Т.Ш., 2000). Ўзбекистонда камқонлиқнинг тарқалганлик даражаси фертил ёшдагиларда 33,5% ташкил қилади (Christine Northrop-Clewes, Ronald Nazario, Dilora Suleymanova 2013). Болаларда темир танқислигининг асосий сабаб унинг озук билан бирга организмга етарли микдорда тушмаслиги ва ирак шиллик қавати орқали сўрилишининг бўзрилиши ҳисобланади (Жарикова Л.И., Дронов И.А.2014, Асламан К.С., Пискунова С.Г., Васильева Е.В.2017). Организмда микроутригентлар мувозанати бўзрилишига олиб келувчи сабаб кўп ҳолларда экологик омиллар, қимёвий моддалар билан атроф муҳитнинг ифлосланиши (сув, ҳаво, туپроқ), шунингдек ички омиллар билан боғлиқ (Боев В.Н., 2001).

Ўзбекистонда сўнгги йилларда йилликда камқонлик билан оғриган беморларда касаллиқнинг клиник кўриниши, патогенези масалалари чуқур ўрганилиб уларни ташхислаш ва даволашнинг омидон усуллари ишлаб чиқилганлигига (Қалменов Г.Т., 1992; Дехин А.А., 1993; Чўлпонов И., 1993; Хейфец Л.М., 1996; Атанов О.А., 1997; Бэрлингер Г.Б., Бокарев И.Н., 1998; Тургунов Д.П., 2002; Соликова С.С., 2003; Турев А.Т. Шапкова Г.И., 2003; Бердбаева М.Э., 2005; Бахрамов С.А., 2006; Сулейманова Д.Н., 2007; Каримов Х.Я., Сулейманова Д.Н., 2010) қарамадан, адабиётларда ҳавф омиллари, ижтимоий-гигиеник омиллар, микроутригентлар, фолни кислота ва гелиминтозларнинг камқонлик билан боғлиқлиги комплекс тарзда ўрганилганлиги тўғрисида етарли маълумотлар мавжуд эмас. Шу билан бирга камқонликдан азият чекувчи болаларга кўрсатилаётган даволаш-профилактика ёрдамини ташкиллаштириш, касаллик ҳавф омилларини ўрганиш ва уларнинг олдини олишга қаратилган тадбирларга эътибор етарли даражада эмас. Буларнинг барчаси болаларда камқонлиқнинг тарқалганлиги ва уни келтириб чиқарувчи ҳавф омилларини чуқур ўрганиш, эрта аниқлаш, узлуксиз диспансер кузатуви олиб бориш мақсадига протностик жадвали яратилиш ва унинг омидон профилактикасини ташкил этиш учун мазкур касаллиқни чуқур комплекс равишда ўрганиш зарурлигини билдиради.

Диссертация мавзусининг диссертация баъжарилган олий таълим муассасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институтини илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №011400196 "Атроф муҳит омилларини инобатга олган ҳолда асосий касалликларнинг эрта диагностикаси, давоси ва профилактикаси усулларини ишлаб чиқиш ҳамда такомиллаштириш" дойиҳаси доирасида баъжарилган.

Тадқиқотнинг мақсади соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлини шартотда болалардаги камқонлик касаллигини олдини олиш, барвақт аниқлаш, уларга кўрсатилаётган тиббий-ташқилий, профилактик ёрдамини такомиллаштириш бўйича илмий асосланган чора-тадбирларни ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

Ўзбекистон Республикаси туман кишлоқларида яшовчи болаларда

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 18 декабрдаги ПК-4063-сонли "Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори

камконлик таркалганлигининг ёш ва жинс хусусиятларини баҳолаш;

болаларда камконлик касаллигини шаклланишида микронутриентлар, фоллий кислотаси ва гельминтозларнинг аҳамиятини баҳолаш;

камконлик билан касалланган болалар яшайдиган оилалар турмуш тарзи ҳамда шароитини атрофдаги ўрталаш ва уларга ижтимоий-гигиеник таъсир бериш;

камконлигининг келиб чиқиши ва унинг ривожланишига сабаб бўлувчи етакчи хавф омилларини аниқлаш мақсадда прогностик (баъзорат) жадалини ишлаб чиқиш;

соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлинида болаларда камконлик касаллигини барвақт аниқлаш, ташхислаш, профилактик тадбирларнинг сифати ва самардорлигини ошириш бўйича илмий асосланган тавсиялар ишлаб чиқиш.

Талкикотнинг объекти сифатида камконлик билан касалланган Жиззах вилояти (Ш.Рашидов, Арнасой, Ғаллаорол ва Зарбдор) туманлари ҳудудларида яшовчи 6 оилдан 18 ёшгача бўлган 1388 та болалар олинган.

Талкикотнинг предмети камконлик билан касалланган болалар, камконлигини таркалганлиги, отирик даражаси, соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлинидаги кишлоқ врачлик пунктлари ҳамда оилавий поликлиникаларда уларга кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг сифати ва самардорлиги, касал (халаса турухи) ва соғлом болалар (назорат турухи) яшайдиган оилаларнинг турмуш шароити ҳамда тарзи, хавф омиллари, микронутриентлар, фоллий кислотаси, гельминтозлар.

Талкикотнинг усуллари. Диссертацияда эпидемиологик, ижтимоий-гигиеник, социологик, статистик, клиник-лаборатор талкикот усулларидан фойдаланилган.

Талкикотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

болаларда камконлик келиб чиқиши ва ривожланишини бемор ёши ва жинсига боғлиқлиги тахлил қилиниб, энг кам 0-3 ёшда ($45.5 \pm 1.8^\circ$) ва энг кўп 15-18 ёшли болаларда ($64.1 \pm 1.7^\circ$) учраши, ҳамда камконлик касаллиги ўттир болаларда $60.7 \pm 1.8^\circ$ ва қиз болаларда $61.9 \pm 1.9^\circ$ ни ташкил этишини аниқланган;

микронутриентлар (темир, мис, рух, марганец, кобальт, селен, хром, йод, калций, сурма), фоллий кислотаси ҳамда гельминтозларнинг камконлик билан ўзаро сабаб-оқибат боғлиқлиги шароитида гельминтоз билан хасталанган болалар қонида соғлом болаларга нисбатан кескин қамайиши ($P < 0.05$) асосланган;

болалар ва улар яшайдиган оилаларнинг турмуш тарзи ва шароитини комплекс баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган;

соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлини учун болаларда камконлик касаллигини барвақт аниқлаш, ташхислаш, шунингдек бирламчи ва иккиламчи профилактикаси ҳамда даволаш усуллари бўйича фоллий кислотаси, мис, рух, кобальт, селен, йод, шунингдек антигельминт терапияни қўйиш тавсия этилган.

Талкикотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

муаммага тизимли ёндашган ҳолда болаларда камконлигининг бирламчи, иккиламчи профилактикасини олиб боришга йўналтирилган комплекс илмий дастурни қўллаш ва тарқатилганлигини қамайтириш, мазкур касаллиқнинг олдини олиш самардорлиги ошишига имкон бериш натижалари;

ишлаб чиқилган прогностик жадалини соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлинида хизмат кўрсатувчи умумий амалиёт шифокорлари феолиятига татбиқ этиш, болаларда камконлиқни илк даврларида аниқлаш, уларнинг ёш-тинчлик этиш, болаларда камконлиқни илк даврларида аниқлаш, уларнинг ёш-тинчлик жинс хусусиятларини ва хавф омилларини эътиборга олган ҳолда комплекс индивидуал даволаш ҳамда соғломлаштиришни юқори кўрсаткичларга олиб келиши натижалари;

камконлиқнинг диагностикаси ва даволаш стандартларига тавсия қилинган қўшимча фоллий кислотаси, рух, магний, мис, кобальт ва антигельминт препаратлари мазкур касаллик билан касалланган болаларни соғломлаштириш самардорлигини оширишга ва рецидивлар учрашини 4 баробар қамайтиришга имкон берган.

Талкикот натижаларининг ишончлилиги ишла қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, аналитик, социологик, статистик ва клиник-лаборатор усулларнинг кенг қўлланилганлиги ҳамда олинган натижаларнинг тизимлаштирилганлиги, талкикотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, талкикот натижаларининг ҳаққаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги, шунингдек, чиқарилган ҳудуд ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Талкикот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Талкикот натижаларининг илмий аҳамияти, болаларда камконлиқни илк даврларида аниқлаш, уларнинг ёш-жинс хусусиятларини ва хавф омилларини эътиборга олган ҳолда комплекс индивидуал даволаш ҳамда соғломлаштириш ва профилактик чора-тадбирлар самардорлигини ошириш билан изоҳланган.

Талкикот натижаларининг амалий аҳамияти олинган талкикотлар натижаларида болаларда тарқалган камконлик касаллигини олдини олиш, касалланишлар даражасини қамайтириш, ишлаб чиқилган прогностик жадалини соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлинида хизмат кўрсатувчи умумий амалиёт шифокорлари феолиятига татбиқ этиш, болаларда камконлиқни илк даврларида аниқлаш, уларнинг ёш-жинс хусусиятларини ва хавф омилларини эътиборга олган ҳолда комплекс индивидуал даволаш ҳамда соғломлаштириш чора-тадбирлари билан изоҳланган.

Талкикот натижаларининг жорий қилиниши. Болаларда камконлик касаллигининг тарқалганлигининг тиббий-ижтимоий кйрдалари, хавф омиллари ва уларга соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлинида кўрсатилаётган тиббий ёрдамни янада тақомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

“Болаларда камконлик касаллиги хавф омилларини ва уларни прогностлаш” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш

вазирлигининг 2019 йил 19 апрелдаги 8н-р/163-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома боғлабларда тарқалган камконлик касаллигининг хавфли омилларини прогностлаш, касалликни барвақт аниқлаш ва унинг профилактикасига тизимли ёндашув даражасини ошириш имконини берган. “Дефицит фолиевой кислоты и современная лабораторная диагностика” услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2011 йил 4 августдаги 8н/115-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома инсон организмда фоллий кислотанинг аҳамияти, фоллий кислота етишмаслигига олиб келувчи сабаблар, клиникаси, профилактикаси ва фоллий кислота етишмаслигининг замонавий лаборатория диагностикаси ёрдамида аниқлаш имконини берган;

камконлигининг олдинги олиш, барвақт аниқлаш, тахлиллаш, даволаш ва профилактикасини тиббий-ташқиллий жиҳатдан такомиллаштириш юзасидан олдинги илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан Жиззах вилоятининг Пахтакор ва Дўстлик туманлари марказий поликлиникалари амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 15 майдаги 8Н-Д/110-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши камконлик билан касалланган беморларда унинг асоратларини камайиши, турмуш тарзи ва ҳаёт сифати яхшиланиши, ҳамда бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида мазкур шахслар ва беморларда соғлом турмуш тарзи кўникмаларини шакллантириш каён тадбирларни самарали ташкил этиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманлардан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шундан ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этишга тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 3 та республика, 3 та хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузиллиши ва ҳажми. Диссертация тарқиб кириш, бешта бўб, ҳукоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 119 бетини ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, унинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларида мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг максали, асосий вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, илмий жиҳатдан янгилиги ҳамда амалий натижалари баён қилиниб, олдинги натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг синодан ўтганилиги, жорий қилиниши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузиллишига оид маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг “Боғлабларда камконлик касаллигининг эпидемиологияси, хавф омиллари ва уларни олдинги олиш” деб номланган биринчи бобида камконлик касаллигига замонавий қарашлар, унинг ижтимоий-гигиеник муаммо эканлиги, хасталиқни нафакат катталар баъки боғлаблар орасида ҳам кенг тарқалганлиги, боғлабларда камконлиқнинг юзга келиши ва тарқалишида тиббий-биологик омиллар билан бир қаторда аҳолининг турмуш тарзи, тиббий маданияти муҳим аҳамият касб этаётганлиги, унинг тарқалишида гемопоэза таъсир этувчи микронутриентлар мувозонат бузулиши ҳамда боғлаблар орасида тарқалган гелиминтозларнинг таъсири юқори эканлиги, камконлиқни даволаш ва профилактикаси ҳамда антигелиминт терапиясининг замонавий жиҳатлари ҳақидаги илмий адабиётлар чуқур таҳлил этилган.

Диссертациянинг “Тадқиқот манбалари ва усуллари” деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг материаллари ва усуллари баён қилинган бўлиб, математик солиштирма, таҳлил ҳамда статистика усуллари ёритилган.

Камконлик хасталиги боғлаблар орасида тарқалганлиги, хавф омиллари ва уларга кўрсатилган тиббий ёрдам сифати ҳамда самардорлиги, қластер ва тасодифий танлов усуллари ёрдамида Жиззах вилоятининг Ш.Радийлов, Арпасой, Ғалларол ва Зарбдор туманларида яшовчи боғлаблар орасида ўрганилган.

Буида жами 1388та, 6 ойдан – 18 йилгача боғлабларнинг саломатлик ҳолати уларнинг кишлоқ врачлик пунктлари (КВП)га мурожатлари асосида ўрганилди. Ёрдамчи қайд-ҳисобот ҳужжатларидан олинган маълумотлар махсус ишлаб чиқилган “Кишлоқ боғлаблари орасида камконлик касаллигининг тарқалганлигини ўрганиш картаси” да қайд этилди.

Боғлабларда камконлик касаллигининг тарқалганлигини ҳақиқий кўрсаткичларини аниқлаш учун танлаб олинган боғлаблар орасида махсус тиббий кўрик ўтказилди. Тиббий кўрикда вилоят бош мутахассисларидан ташқари, Тошкент давлат стоматология институтини клиникасининг етакчи мутахассислари ҳам жалб этилди.

Боғлабларда камконлик касаллигининг ёш ва жинсга ҳос хусусиятлари ва отириқ даражасини аниқлашда ЖССТнинг скрининг диагностика механизмидан фойдаланилди. Боғлабларда камконлик касаллиги тарқалганлигини келтириб чиқарувчи ва унинг шаклланишига сабаб бўлувчи хавф омиллари дадилларга асосланган тиббийёт фанининг “Ҳолиса-назорат” усулини қўллаш орқали ўрганилди.

Боғлаблар яшайётган оилаларнинг турмуш тарзи ва шароити ҳамда касалликни келтириб чиқарувчи хавф омилларини ўрганиш учун страта ва тасодифий танлаш йўли билан жами 300 нафар камконлик билан касалланган боғлаблар (ҳолиса гуруҳи) ва 300 нафар бир хил шароитда истиқомат қилган, лекин камконлик билан касалланмаган (назорат гуруҳидати) боғлаблар ва уларнинг оилалари ўрганилди.

Хавф омилларининг касалланиш кўрсаткичига комплекс таъсирини баҳолашда шанслар нисбати, “ваз кoeffициенти”, кўрсаткичларидан

фойдаланилди (Б.Маматкулов 2005, 2013; Б.Маматкулов, И.Рахманова, Жа морт 2011).

“Ходиса-назорат” тадқиқот усули-аналитик тадқиқот усуллардан бири бўлиб, ўрганилаётган саббоб ва оқибат ўртачилиги боғлиқлик оқибатга нисбатан ўрганилади. Бизнинг тадқиқотда 2 та ходиса (камконлик) ва назорат (созлом) гуруҳлари олинди, улар ретроспектив таҳлил қилинди. Натيجала хавф омилларининг камконлигининг кезлиб чиқишига таъсир даражаси ўрганилди.

Ходиса-назорат тадқиқот усулида маълумотларни таҳлил қилиш учун тўрт катэгли жалвалдан фойдаланилди (1 жалвал).

1-Жалвал

Ходиса-назорат тадқиқот усулида шанстар нисбатини ҳисоблаш учун тўрт катэгли жалвал (1-усул)

Учун тўрт катэгли жалвал	Ходиса гуруҳи	Назорат гуруҳи	Ҳисоблаш нисбати	Шанстар нисбати
Хавф омилларининг таъсири бор	a^1	b^2	a^1/b^2	
Хавф омилларининг таъсири йўқ	c^3	d^4	c^3/d^4	$\frac{a^1/b^2}{c^3/d^4}$
	$a+c^{(5)}$	$b+d^{(6)}$		

Изот: 1 – ўрганилаётган ходиса гуруҳи анализларида хавф омилларининг таъсири бор; 2 – ўрганилаётган назорат гуруҳи анализларида хавф омилларининг таъсири бор; 3 – ўрганилаётган ходиса гуруҳи анализларида хавф омилларининг таъсири йўқ; 4 – ўрганилаётган назорат гуруҳи анализларида хавф омилларининг таъсири йўқ; 5 – ходиса гуруҳидан ўтказилган таъсирининг нисбати; 6 – назорат гуруҳидан ўтказилган таъсирининг нисбати.

Жиззах вилоятининг юқорида қайд этилган туманларида истикомат қилувчи 6 ойдан 18 ёшгача бўлган 434 нафар болаларда камконлик касаллигининг клиник жиҳатлари ва ҳозирда қўлланилаётган даволаш стандарти самардорлиги баҳоланган. 134 нафар болаларда эса микронтригентлар дисбаланси ва гелиминтозлар таъсири ўрганилиб, динамикада такомиллаштирилган даволаш услуби қўлланилишидан олдин ва кейин камконлигининг ривожланишига таъсири қўйиладиган текширувлар ёрдамида баҳариланди:

– периферик коннинг кўрсаткичларини гематологик анализаторда ўрганиш; гемоглобин Гемокью услубида аниқланди;

– кон зардобда темир ва ферритин биокимёвий анализаторда ўрганилди;

– кон зардобда фоллий кислотага кўрсаткичлари микробиологик услуб ёрдамида баҳоланди;

– ўзР ФА Ядро Физикаси институтига нейтрон-активацион услубда соч толасининг микроэлементлар спектри ўрганилди;

– эпидемиология ва микробиология юқумли касалликлар илмий текшириш институтига гелиминтларни аниқлаш бўйича таҳлиллар ўтказилди.

– камконлик аниқланмаган 121 нафар болалар назорат гуруҳини ташиқил этили.

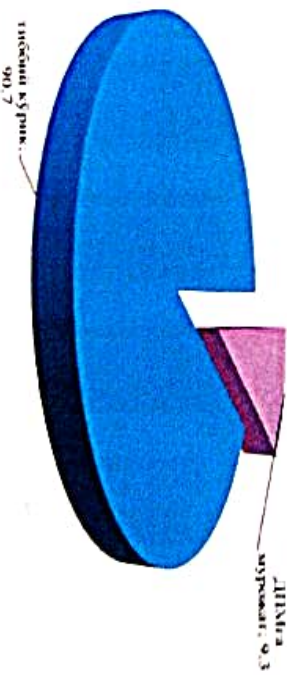
Камконлиқни даволашда амалдаги услуб самардорлиги ва ўтказилган тадқиқот натижасида такомиллаштирилиб таъсия этилган услуб самардорлиги билан киёсий баҳоланди.

Маълумотларни статистик таҳлил этишда дилларга асосланган тиёбёт ва вариацион статистика усуллари қўлланилди: нисбий кийматлар, ўртача катталик, ўртача хатolik, каторларнинг тарқалганлиги билан боғлиқ бўлган ишончлилик четларлари аниқланди. Олинган маълумотларни бир-бирига солиштиришда t-Стьюдент мезони ва фарқларнинг ишончлигини баҳолаш усулларидан, ҳамда ўзаро боғлиқлиқни аниқлашда корреляцион таҳлил ва мослик мезонлари кўрсаткичларидан фойдаланилди.

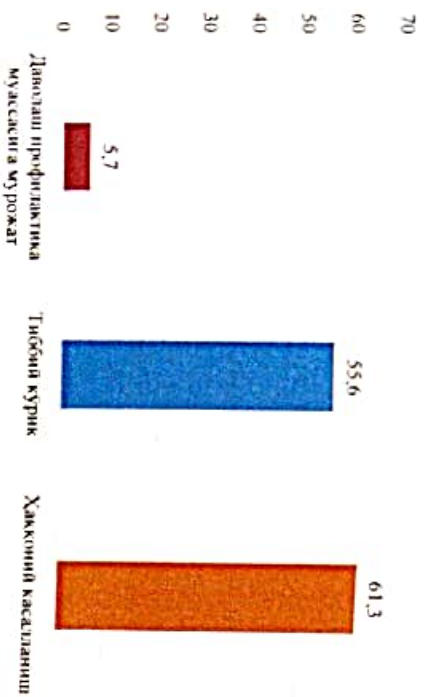
Диссертациянинг “Болалар орасида камконлик касаллигининг тарқалганлиги ва уларга таъсир этувчи хавф омиллари” деб номланган учинчи бўбда камконлик касаллигининг тарқалганлигининг ўзига хос хусусиятлари таъсирланган.

Тадқиқот натижаларига кўра болалар орасида жами аниқланган камконлик касаллигининг бор-йўти 9,3% болаларни тиёбий ёрдам олиши учун даволаш профилактика муассасаларига мурожаатлари пайтда аниқланган бўлса, 90,7% тиёбий кўрик ўтказилганда аниқланди (1-расм). Демак, маълум бўлдики, ҳақиқатдан ҳам камконлик билан касалланган беморларнинг 100 тадан деярли 91 тасида камконлик касаллик бўлишига қарамайдан ушбу касаллик бўйича даволаш-профилактика муассасаларига умуман мурожаат этмапти, умумий амалиёт шифокорлари эса уларни фаол аниқлаш билан шуғулланмапти.

Даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат қилган болаларнинг 100 тасидан $5,7 \pm 0,62$ тасида камконлик касаллиги аниқланган бўлса, тиёбий кўрик ўтказилган 100 та боладан $55,6 \pm 1,8$ та болда камконлик касаллиги аниқланди.



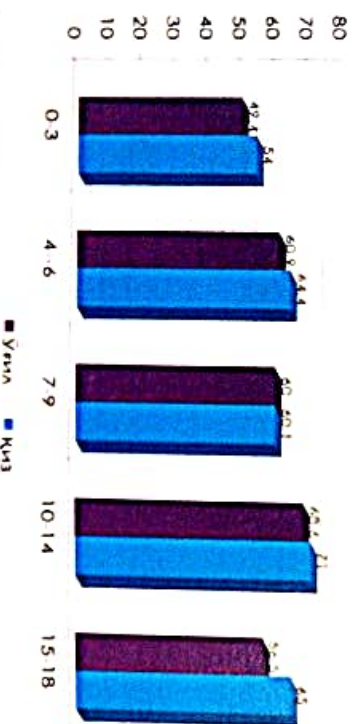
1-Расм. Болаларнинг даволаш-профилактика муассасаларига қилган мурожаатлари ва тиёбий кўрик пайтда аниқланган камконлик касаллиги (%)



2-Расм. Боғаларда камқонлик касаллигининг тарқалганлик даражаси (100 та боғалга)

Шундай қилиб, Жўзах вилояти боғалари орасида камқонлигининг тарқалганлиги, яъни Ҳаққоний касалланган кўрсаткичи 100 та боғалга 61,3±1,3ни ташкил этди. Бизнинг тадқиқотларимиз натижасида аниқланган камқонлик касаллигининг тарқалганлиги Республикада ўтказилган тадқиқотлар (Чўлпонов Н.Р., 1999, Асқаров Д.А., 2001, Шайхова Г.Н., 2003, Джабборовва Ю.К., 2003) натижаларига мос келмоқда.

Камқонлигининг "Ҳаққоний" касалланган кўрсаткичининг энг юқори даражаси 10-14 ёшли боғаларда ($69,6 \pm 1,6\%$) аниқланди. Нисбатан кам даражада камқонлик 0-3 ёшли боғаларда учради ($51,2 \pm 1,7\%$). Қолган ёш гуруҳлари орасида камқонлик тарқалганлигида статистик ишончли фарқ аниқланмади ($P > 0,05$).

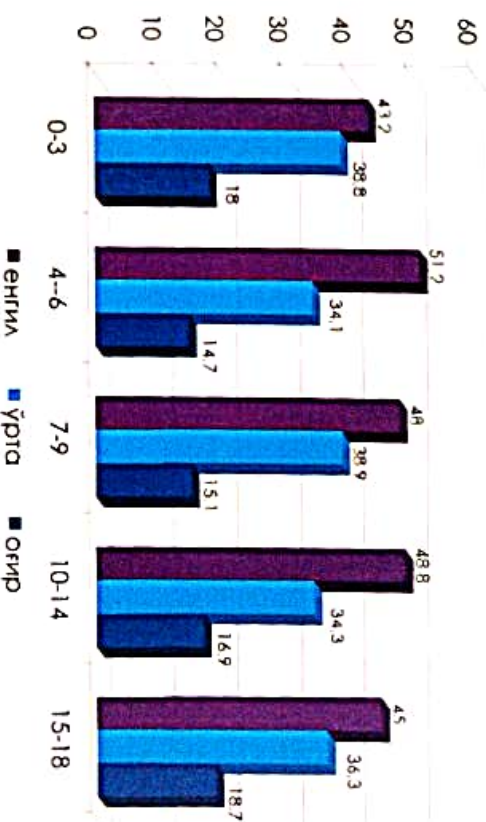


3-Расм. Боғаларда камқонлик касаллигининг ёш ва жинслар гуруҳлари бўйича тарқалганлиги (100 та боғалга нисбатан)

Аммо юқорида келтирилган маълумотлардан шунини таъкидлаш лозимки, Жўзах вилоятида камқонлигининг тарқалганлиги юқори даражада сақланиб қолмоқда. Бу эса соғлиқни сақлашнинг биринчи бўлинида ишловчи шифокорлар камқонлигининг профилактикаси ва ўз вақтида даволаш масалаларида алоҳида эътибор қаратишлари лозимлигини, тақозо этмоқда.

Камқонлик касаллигини ўғил ($60,7 \pm 1,8\%$) ва қиз боғалар ($61,9 \pm 1,9\%$) да ҳамда уларнинг ёш гуруҳларида тарқалганлиги таққосланганда қизларда ўғил боғаларга нисбатан камқонлигининг бирмунча кўпроқ учраётганлигини қайд этиш мумкин. Аммо ҳеч бир ёш гуруҳида улар орасида статистик ишончли фарқ аниқланмади ($P > 0,05$).

Жўзах вилояти боғаларида камқонлик касаллигини қондаги гемоглобин миқдори қараб 3 даражага: енгил (91 г/л ва ундан кам), ўрта ($90-70 \text{ г/л}$), оғир (69 г/л ва ундан кам) бўлиб ўрланди. Вилоятда тадқиқотга жалб этилган ва камқонлик аниқланган боғаларнинг $47,9\%$ ушбу касаллигининг енгил, $35,8\%$ ўрта ва $16,3\%$ оғир даражаси билан касаллангани аниқланди. Касаллигининг енгил даражаси энг кўп 4-6 ёшли боғаларда, оғир даражаси 0-3 ва 15-18 ёшли боғаларда учрашини кўрсатди.



4-Расм. Жўзах вилояти боғаларнинг ёш гуруҳлари орасида тарқалган камқонлик касаллигининг оғирлик даражаси бўйича тақсимланиши (%)

Боғаларда камқонлигининг келиб чиқишига таъсир этувчи нафисмоний-биологик омиллар, онгларнинг яшаш шароити ва турмуш тарзини статистик йўл билан чуқур ўрганиш орқали камқонлигининг келиб чиқишида иштирок этаётган 19та омил танилаб олинди.(2-жадвал)

2-жадвал
Болаларда анемия касаллигининг келиб чиқишига таъсир
этуви ижтимоий-биологик, онанинг яшаш шартоти ва
туруш тарзига боғлиқ омиллар

№	Омиллар	Шанслар нисбати (нисбий хавф)
1	Онанинг ёши	1,6
2	Онанинг ижтимоий ҳолати	2,2
3	Онанинг маълумоти	1,4
4	Боланинг яшаш шартоти	3,0
5	Боланинг овқатланиш тартиби	2,8
6	Нисбик таомлар кун давомида истеъмол қилиниши	1,1
7	Овқатланиш характери	1,8
8	Онлада истеъмол қилиналган унли маҳсулотларнинг баҳолаш	1,6
9	Кўппа маҳсулотлари истеъмол қилиниши	1,1
10	Ўштли маҳсулотлари истеъмол қилиниши	2,8
11	Сўтли маҳсулотлар истеъмол қилиниши	1,0
12	Мева ва сабзавот маҳсулотлари истеъмол қилиниши	1,2
13	Балиқли таомлар истеъмол қилиниши	1,2
14	Бойитилган ун ва нон маҳсулотлари истеъмол қилиниши	1,3
15	Бола чага туғилганлиги	1,1
16	Ҳомилдорлик вақтида онасида камқонлик кузатилиши	3,8
17	Бола кўкрак сўти билан боқилганлиги	2,1
18	Болада гелиминтозлар борлиги	3,9
19	Тартибсиз антибиотикларин қабул қилиниши	2,2

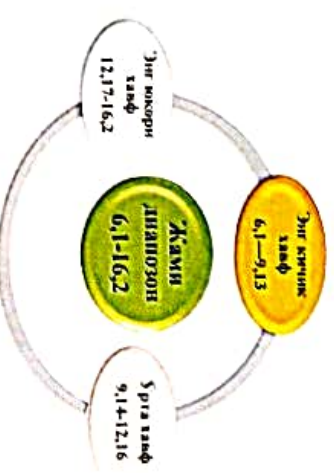
Ушбу омилларнинг ўрнатилаётган натижага таъсирини ишончли эканлигини эътиборга олиш лозим. Бунинг учун статистик йўл-мослик мезонин- χ^2 дан фойдаланиб ўрнатилаётган омилнинг болаларда камқонлик келиб чиқишидаги таъсирини ишончлигини яъни хавфнинг даражасини салмоқини аниқлади. Онанинг ёшини болаларда камқонлик касаллигини келиб чиқишига таъсирини мослик мезонинин- χ^2 ҳисоблаганимизда:

$\chi^2 = 1,51$; $P > 0,05$ катталиқини олди. Ҳудди шундай болаларда камқонликнинг ривожланишига онанинг маълумотини таъсири ўрнатилаётганда $\chi^2 = 1,52$; $P > 0,05$ катталиқка эга бўлди. Онанинг ижтимоий ҳолатини, боланинг яшаш шартотини болаларда камқонлик касаллигининг келиб чиқишига таъсири ўрнатилаётганда тегишли равишда $\chi^2 = 44,77$; $P < 0,001$; $\chi^2 = 48,57$; $P < 0,001$ катталиқлар аниқланди. Юқорида келтирилганлардан кўриниб турибдики, камқонлик келиб чиқишига она ёшининг таъсири ўрнатилаётганда имкониятлар нисбати – 1,6; онанинг маълумотида имкониятлар нисбати – 1,4 ни ташкил этганлигига қарамастан ушбу таъсир ишончли эмаслиги аниқланди.

Онанинг ижтимоий ҳолатига шанслар нисбати – 2,2 ни, боланинг яшаш шартоти – 3,0 ни ташкил этди ва уларнинг ишончлилиги статистик йўл билан исботланди. Лемак, ҳар бир омилни инобатга олиш учун унинг ишончлилик чегарасини баҳолаш лозим. Бунинг учун эса ўрнатилаётган хавф омилларидан фақат имкониятлар нисбати, хавфнинг салмоғи 2,0 дан кам бўлмаган омилларини прогноزلаш, прогнозistik жадалвал тузиш учун таъсия этамиз. Бунинг учун энг кўли билан стақини 8-10 та омилни танлаб олиш старин ҳисобланади (2-жадалвал).

Прогностик жадалвал солда, ишончли, кўтлаш учун олди бўлиши лозим. Таъкикотларимиз натижадаларига кўра болаларда камқонлик касаллигини келиб чиқишида онанинг ижтимоий ҳолати, боланинг яшаш шартоти, боланинг овқатланиш режими, ўштли овқатларини истеъмол қилиниши, чақалоқлик даврида кўкрак сўти билан боқилганлиги, ҳомилдорлик вақтида онада темир таъкислиги камқонлигини мажбул бўлганлиги, болада тижжа касалликларини мажбуллиги ва болани даволаш учун норегулар тарзда антибиотикларин қабул қилганлиги энг муҳим хавф омилларидан бири эканлигини аниқланди. Прогностик жадалвал тузиш учун айнан юқорида қайд этилган омиллар танлаб олинди.

Болаларда камқонлик касаллигини келиб чиқиш хавфининг кичик диапазонлари даражасига қараб уларнинг қудай, диккатини жалб этувчи, ноуш прогноз гуруҳларига ажратилиш мумкин (5-расм).

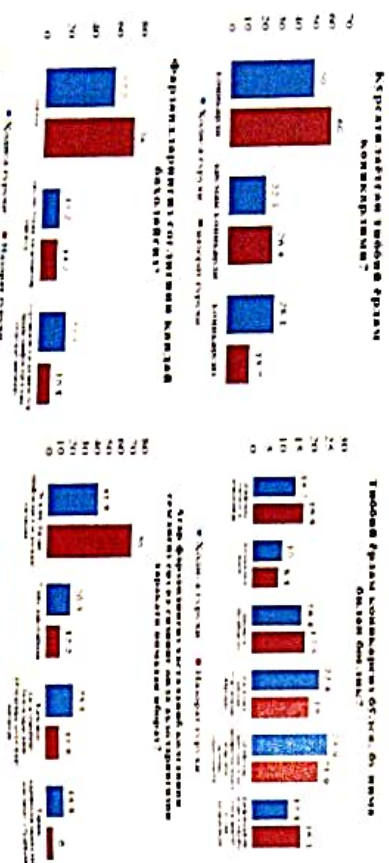


5-расм. Диапазонлар ва болаларда камқонлик касаллигининг келиб чиқиши бўйича хавф гуруҳлари

Демак, болада касаллик хавфи канча кўн бўлса уни ноҳуш прогност турушга кўнунга асос шунча юкори бўлади. Касаллик хавфини аниқлаш тиббий-ижтимоий ва даволаш-профилактик чора-тадбирларни белгилаш учун хар бир алоҳида ҳолатларда сўров-назорат ўтказганда боланинг хавф омиллари белгиланиб, унга тегишли кўрсаткичлар аниқлангандан сўнг прогностик жадвалдан боланинг қайси хавф турушга кириши аниқланади ва унга мос равишда илмий асосланган қарорлар қабул қилинади.

Шундай қилиб, боз ишлаб чиққан прогностик жадвал бодаларда камконлик касаллигини келтиб чиқишда муҳим аҳамиятга эга бўлган хавф омилларида интеграллашган комплекс баҳо бериши имконини беради. Натжада камконлик билан касалланиш эҳтимоли юкори бўлган ёки камконлик билан касалланган беморларни барабарт аниқлаш, ташхислаш-даволаш ишларини ўз вақтида олиб бориш, интеграллашган, индивидуал, дифференциаллашган бирламчи, иккиламчи профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқиш, бодаларни диспансер назоратига олиш ва уларни кузатишда қатта ёрдам беради. Бу эса соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўлишида фаолит кўрсаткичтан умумий амалиёт шифокорларига бодалардаги камконлик касаллигини олдин олши бўйича олиб борилаётган профилактика тадбирларнинг самардорлигини оширишга имкон яратди.

Бундан ташқари тадқиқотларимиз шунини кўрсатдики, оналар аксарият ҳолларда шифокорлар томонидан бодаларга кўрсатилаётган тиббий ёрдамдан қониқиб ҳосил қилмапти (28.1% ва 13.7%). Ушбу ҳолатнинг асосий сабаблари сифатида шифокорларнинг профилактикага етарлича эътибор бермаётгани, касалликлар ҳақида етарли тушунича бермаётгани, беморга бўлган эътиборсизлигини кўрсатмоқда. Оналар бодалар касал бўлганда хар донм ҳам шифокорларга мурожаат этмасдан, ўзлари ёки яқинларининг маслаҳатлари билан бодаларни даволашга ҳаракат қилишмоқда. 61.5% оналар ўзлариди камконлик касаллиги мавжудлигини эътироф этган ҳолда, уларнинг олдин олши, асоратлари ҳақида етарлича тушуничага эга эмаслар (6-расм).



6-расм. Онанинг тиббий ёрдамга ва боланинг саломатлигига берган баҳоси

Диссертациянинг “Бодаларда микроэлементлар дисбаланси, гелиминтозлар ва уларни бодалар камконлиги касаллигининг тарқалганлигидаги аҳамияти” деб номланган тўртинчи бобида камконликка чалинган бодалар соғида темир (40.9±1.7), марганец (8.1±1.7), хром (4.1±0.7), йод (1.9±0.9), сурма (4.3±0.8) микро камконлик аниқланмаган бодалардаги кўрсаткичларга нисбатан анча кам (P<0.05; P<0.01). Миc, рух, кобалт, селен, хром, кадмий кўрсаткичлари орасидаги фарк ишонарсенз эканлиги аниқланди (P>0.05) (3-жадвал).

3-жадвал
Бодаларда МКН кўрсаткичларини ўрганиш
натижалари (M±m)

№	МКН	Камконлик мавжуд бодалар (n=134)	Камконлик аниқланмаган бодалар (n=21)	Ишончлилик чегараси (P)
1.	Темир	40.9±1.7	46.7±1.2	P<0.01
2.	Миc	4.1±1.3	7.5±1.7	P>0.05
3.	Рух	3.7±2.0	10.3±3.5	P>0.05
4.	Марганец	8.1±1.7	14.8±1.2	P<0.01
5.	Кобалт	2.1±0.8	4.0±1.1	P>0.05
6.	Селен	2.4±0.4	4.7±1.1	P>0.05
7.	Хром	4.1±0.7	6.1±0.5	P<0.05
8.	Йод	1.9±0.9	7.8±1.19	P<0.01
9.	Кадмий	0.9±0.1	1.0±0.1	P>0.05
10.	Сурма	4.3±0.8	15.0±0.9	P<0.01

Фоллий кислота еттишмаслиги барча бодаларда етарлича бўлди, аммо уларнинг улуши камконлик мавжуд бодалар орасида ниҳоятда юкори (66.7%) ва бу кўрсаткич камконлигининг ўрта ҳамда оғир даражадаги яқол кузатилади. Соҳ намуналарида микроэлементлар кўрсаткичларини ТТК нинг даражадарига (енгил, ўрта, оғир) боғлиқ ҳолда ўрганилганда 3.1 жадвалда келтирилган натижалар такрорланганлигини туюви бўлди.

3.1-жадвал
микроэлементлар кўрсаткичларини ТТК нинг даражадарига
боғлиқ ҳолда ўрганиш натижалари (M±m)

№	МКН	енгил	ўрта	оғир	Камконлик йўл
1.	Темир	42.1±1.3	43.2±1.7	40.1±1.7	46.7±1.2
2.	Миc	5.1±1.3	4.8±0.8	4.2±1.01	7.5±1.7
3.	Рух	4.7±2.0	5.4±3.6	4.2±1.7	10.3±3.5
4.	Марганец	9.2±1.7	10.2±1.5	8.4±0.6	14.8±1.2
5.	Кобалт	3.1±0.8	2.8±0.6	2.3±0.8	4.0±1.3
6.	Селен	3.4±0.4	3.6±0.6	3.1±0.1	4.7±1.1
7.	Хром	5.1±0.7	5.4±0.9	4.9±0.3	6.1±0.5
8.	Йод	2.9±0.9	2.7±1.1	2.8±0.3	7.8±1.19

Бундан ташқари боғларда камқонликга гельминтозлар кўшилиб келганда микроутриситлар: темир, мис, рух ҳамда фоллий кислотанинг кескин камайиб кетиши кузатилади ($P < 0.05; < 0.01$). 3.2-жадвал

Гельминтоз аниқланган ва аниқланмаган боғларда МКН кўрсаткичларини ўрганиш натижалари, $M \pm m$

№	МКН	Гельминтоз аниқланган боғлар	Гельминтоз аниқланмаган боғлар	Ишонарлилик
1.	Темир	36.9 ± 1.7	44.6 ± 1.9	$P < 0.01$
2.	Мис	3.5 ± 0.3	5.5 ± 0.4	$P < 0.01$
3.	Рух	2.4 ± 0.1	3.0 ± 0.2	$P < 0.01$
4.	Марганец	5.1 ± 1.7	7.8 ± 1.6	$P > 0.05$
5.	Кобальт	1.8 ± 0.8	2.4 ± 0.7	$P > 0.05$

Камқонликка чақинган боғларда гельминтозлар, соғлом боғларда нисбатан 5 марта кўн учраши (мос равишда 25% ва 5%) аниқланди ($P < 0.001$). Бундай ҳолат боғлардаги камқонлик билан гельминтозлар ўрганишда ўзаро боғлиқлик борлигидан далолат беради.

Боғларда 2 ёки 3 та гельминт турларининг кўшилиб келиши камқонлик касаллигини ривожланиш хавфини янада оширади.

Камқонлик ҳолати билан гельминтозлар учраш даражаси орасида тўғри корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди ($r = +0.73 \pm 0.05$).

Боғларда гельминтозлар учрашининг юқорисининг ҳисобга олиб биз амалий соғлиқни сақлаш учун тавсия этилган синамалар ёрдамида гельминтозлар ва паразитозлар билан зарарланиш хавф омиллари борлигини аниқлаш учун сўров усулидан фойдаландик.

Ўтказилган сўров натижаларининг кўрсатишича, инфилтриланмаган боғларда нисбатан инфилтриланган боғларда кўпроқ санитария-гигиена қоидаларига амал қилмасликлари аён бўлди. Бу эса инфилтриланиш хавфини аниқлаш учун боғларда сўров ўтказишнинг аҳамияти, самарадорлиги юқори эканлигини кўрсатди.

Олинган маълумотларнинг кўрсатишича, "ручка ва қаламларни оғинга солиш" олат бўлганда 85.7% ҳолатда, "бармоқларни оғинга солиш" олатида 66.7% ҳолатда, "тирноқларни кесмириш" қабл олатида 55.6% ҳолатда энтеробиоз билан зарарланиш учун, хом қайнатилмаган сув ёки тозаланмаган мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш дымбониз билан зарарланиш учун юқори хавф омилли эканлиги аниқланди.

Сўров ўтказиш натижалари кўрсатишича, гельминтоз ва паразитозлар мавжуд $17.6 \pm 1.7\%$ боғларнинг ҳар бирида 2 ва ундан кўн специфик белгилар қайд этилди. Бу белгилар энг кўн ҳолларда гименоэнтедоз билан боғларда учраб, ҳар бирида 5-7 тагача белгилар аниқланди. Демак, гельминтоз ва паразитозларнинг белги ҳамда симптомларини аниқлаш мақсадида сўров

ўтказиш, тўғри ташхис қўйишга ва патогенетик терапияни тайинлашга имкон яратди.

Гельминтоз аниқланган ва аниқланмаган боғларда МКН кўрсаткичларини ўрганиш темир, мис, рух микроэлементлари бўйича ишонарли натижаларни кўрсатган бўлса, бошқа микроэлементлар параметрлари бўйича ишонарсиз фарқ аниқланди.

4-жадвал

Темир етишмовчилиги камқонлиги мавжуд шаҳар ва қишлоқ боғларда гельминтозларнинг тарқалганлиги (%)

Даволаш-профилактика муассасаси	Кўшилиб келиш ҳолати	Дымбониз	Энтеробиоз	Гименоэнтедоз	Аскаридоз	Жами
Оилавий поликлиника	23.67	19.38	19.59	1.55*	1.32*	65.51*
Қишлоқ врачлик пункти	27.88	15.43	23.65	4.45*	3.67*	75.08*

Эслатма.* – оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пункти кўрсаткичлари орасидаги ишонарли фарқ – $P < 0.01$.

Эҳтимот боғлардаги темир етишмовчилиги камқонлиги ФКЕ билан кўшилиб келар ва бу ҳолат камқонлик мавжуд боғларнинг соғломлаштириш самарасининг пастлиги сабаби бўлиши мумкин. Биз энг мартаба камқонлик мавжуд боғларда ФКЕ кўрсаткичларини яшаш шароити (шаҳар, қишлоқ), ёши ва гельминтозлар билан инфилтриланганлигига боғлиқ ҳолда ўргандик.

Шаҳар ва қишлоқ боғларда ФКЕнинг етишмаслиги ва унинг оғирлик даражалари (%)

Даволаш профилактика муассасаси	Фоллий кислотани етишмаслиги	Енгил даража	Ўрта даража	Оғир даража
Оилавий поликлиника	65.87*	16.45	24.33*	25.09
Қишлоқ врачлик пункти	75.77*	14.72	34.98*	26.07

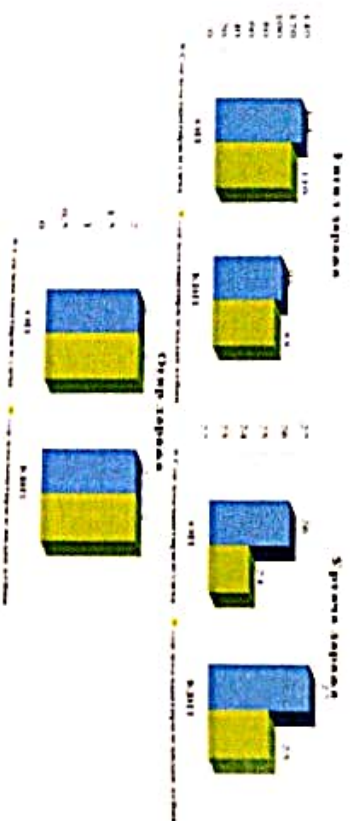
Эслатма.* – Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пункти кўрсаткичлари орасидаги ишонарли фарқ – $P < 0.01$.

Мақтабича ёшдаги болаларда, бошқа ёш гуруҳидошларга нисбатан, санитария-гигиена қоидаларига кўпроқ амал қилмаслик ҳолатларига боғлиқ ҳолда гельминтозлар билан инфицирланганга мойиллик ортқиб боради. Болалар камқонлигини даволаш ва олдини олишда умумий амалиёт шифокорлари гельминтозлар билан инфицирланган масалаларнинг ҳисобга олинимайди, бу ўз навбатида, соғломлаштириш самардорлигини пасайишига олиб келади.

Диссертациянинг "Болаларда камқонлигини ташxisлаш, даволаш ва профилактика стандартларини такомиллаштириш" деб номланган бешинчи бобда камқонлик аниқланган болаларни олганда поликлиника ва кишлоқ врачлик пункти шартлигида диспансер кузатуви оlib бoриш ва соғломлаштириш самардорлигини баҳолаш ҳақидаги маълумотлар келтирилган.

Амалда болалардаги камқонлик ҳолатини даволаш ва олдини олиш масалаларига ёндашиш ҳар доим ҳам илгиривулд, дифференциаллашган тарзда oлиб бoрилмади, кўп ҳолларда шифокор фақат гемоглобин кўрсаткичларига таянган ҳолда камқонлик ташxisини қўлди ва темир препаратларидан иборат монотерапияни тaинидайди. Бундай ёндашиш эса оdatда, керакли натижаларни бермайди. Бундан ташқари, кўпчилик ҳолларда камқонлигининг ҳақиқий сабабни аниқланмайдиган, ёндаш касалликлар эътиборга oлинимайди, ферротерапиянинг дозалари ва мuddатларига риоя қилинмайди, болалар овқатланиши масалаларига ҳам етарlicha ахамият берилмайди.

Болаларни соғломлаштириш масалаларини тахлил қилиш шунинг кўрсаткичи, гемоглобиннинг ўнги кўрсаткичи паст ва амалдаги даволаш мuddажа кўрсаткичи кейин ўртача 5-10 г/л ни ташқил қилди, бу даволаш стандартларида кўрсатилган мuddатларда гемоглобин даражаси тикланишини таъминлай бермайди. Барча ёш гуруҳлари уларга хизмат кўрсатётган ошпазлик поликлиника ва кишлоқ врачлик пунктилардан oлинган кўрсаткичлар бир бирига ўхшаш ҳамда улар орасида ишонарли фарк аниқланмади ($P>0,05$).



7-расм. Болаларда камқонлигини стандарт усулда соғломлаштиришнинг самардорлиги

Шунинг алоҳида қайд этилиши лозимки, камқонлигининг oтир даражаси маъмулда болалар орасида гемоглобин кўрсаткичларининг oлиниши қайди қилинмади, камқонлигининг ўрта oтир даражасида эса соғломлаштириш фақатгина 7-8% гина болаларда қайди этилди. Ёшли даражадаги камқонлик маъмулда болаларнинг 9-10% гина даволаш самараси кузатилади. Болалар орасида камқонлик рeшилвлари жуда юқори (75-90% o).

Камқонликка чалинган болаларни соғломлаштиришнинг паст самардорлиги сабабларидан бири, уларда учраётган гельминтозларни аниқланмаётганлиги ва уларни тахлил этилмаётганлигидир, камқонлик маъмулда болаларнинг 90% да гельминтозларни аниқлашга қаратилган текширувлар oлиб бoрилмагачи, адабиётлар маълумотларига кўра, ушбу кўрсаткич бoр-бўти 10-15% ни ташқил қилди.

Шундай қилиб, соғлиқни сақлаш тизимининг бирлашми бўтинида, камқонлик аниқланган болаларни соғломлаштириш учун хозирги вақтда қўлланилаётган даволаш-профилактика усулларининг самардорлиги жуда ҳам паст. Буларнинг барчаси болаларда камқонлигини даволаш-профилактика ишларининг самардорлигини пастлигини сабабларини аниқлаш ва даволаш стандартларига керакли қўшимчаларни таъсия қилишни тақоза этиди.

Ретроспектив материаллар асосида oлинган натижалар негизида, шунингдек болалардаги МКН ва фoлий кислотаси дисбаланси ҳамда гельминтозлар аниқланишини ўрانشи натижаларига асосланиб биз хозирда амалдаги даволаш стандартларига қўйилган ишқартришларни киритдик:

1. Болаларда камқонлик ташxisланганда гельминтозларни аниқлашга қаратилган текширишлар 100% бажарилиши керак.
2. Камқонлиқни дифференциал диагностикаси зарур бўлганда фoлий кислотасини текширишни амалга ошириш лoзим.
3. Камқонлик аниқланган болалар орасида рух, мис, кобальт, марганец, йод каби МКН танқислиги юқори эканлигини ҳисобга oлиб даволаш жарайишига темир препаратни билан бирига ушбу МКН ни ҳам қўйиш зарур.
4. Камқонлик маъмулда болаларда гельминтозларни кўп тарқатилганлигини эътиборга oлиб, уларда гельминтозлар аниқланганда комплекс терапияга антигельмент препаратларни қўйиш керак.
5. Камқонлик билан касалланган болаларни соғломлаштириш ва уни олдини олиш учун овқатланиш рацционига юқорида келтирилган МКН билан тўйинтирилган овқат маҳсулотларини қўйиш таъсия этилади. Бизлар юқорида кўрсатилган усулб бўйича oқиланган поликлиника ва кишлоқ врачлик пункти шартлигида камқонлик билан касалланган болаларни соғломлаштириш ҳамда бир йил мобайнида диспансер кузатуви ишларини амалга ошириш зарур.

Болалардаги камқонлиқни даволашнинг такомиллаштирилган усулби таъйинилари:

1. Асосий даволаш сифатида ўзида темир, рух, фoлий кислотаси, аскорбин кислотасини тутган "Глобекс" препаратини қўлладик. Камқонлиқни

даволаш курси давомийлиги кўйилганда, камконлиқнинг енгил даражасида 4 ой, ўрта оғирлик даражасида – 5 ой, оғир камконлиқ даражасида – 6 ой, препарат дозаси бемор ёшига ва камконлиқ оғирлиги даражасига мос ҳолда тайинланди.

2. МКН билан бойитилган ушдан тайёрланган нон ва ун маҳсулотларини тайинланди.

3. Антигельминт препарат сифатида ҳар 6 ойда 2 курсдан ёшга оид дозаларда аверсектол таркибига эга препаратни буюрилади.

4. Болалар овқатланиши асоси сифатида ўзр ССВ тоқонидан тасдиқланган ЖССТ тавсиясига кўра – “соғлом овқатланишнинг 12 та тамойили” олинди.

5. Даволаш курси тугатилган сўнг рецидивга қарши терапия тайинланди: ҳафтада бир марта МКН билан бирга темир препаратларини қабул қилиш, квартада бир марта антигельминт препаратларини ва МКН билан бойитилган маҳсулотларни қабул қилиш.

Хозирда кўлланилаётган ва тақомиллаштирилган даволаш усулларини қиссий таъқослаш учун дахлалаш меъонлари сифатида гемоглобин, рецидивлар учраши, ўткир респиратор ва ўткир ичак инфекция касалликлари билан касалланиш кўрсаткичлари олинган Камконлиқка чалинган болалар соғломлаштирилгандан кейин гемоглобин даражаси хозирда кўлланилаётган даволаш усулида 10.02 ± 1.1 г/л ни, тақомиллаштирилган усулда эса 17.2 ± 1.2 г/л ни ташкил қилди ($P < 0.01$). Хозирда кўлланилаётган даво усулида рецидивлар учраш тезлиги 65.8% ни, тақомиллаштирилган даволаш усулида эса 8.2% ни ташкил қилди. ўткир респиратор касалликлари билан касалланиш, мос равишда 42.1% ва 15.5% ни, ўткир ичак инфекциялари билан касалланиш 15.5% ва 4.2% ни ташкил этди. Барча таъқосланаётган кўрсаткичлар орасидаги фарқ ишонарли ($P < 0.01$; $P < 0.01$).

Шундай қилиб, камконлиқ касаллигини даволаш стандартларига фойли қислотаси, мис, рух, селен, йод, кобальт, шунингдек антигельминт терапияни қўйиш, камконлиқка чалинган болаларни соғломлаштириш самардорлигини оширишга ва рецидивлар учрашини қамайтиришга ҳамда соғайиш муҳлатларини қисқартиришга имкон беради. Болалар орасида камконлиқни учрашини қамайтириш ҳамда уш даволаш натижасида ўткир респиратор ва ўткир ичак инфекция касалликлари билан касалланиш кўрсаткичнинг 2-3 марта қамайтириш имконини беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Жинс ва ёшга боғлиқ кишлоқ болалари орасида камконлиқнинг тарқатилган даражаси (100 та болала 61.3 ± 1.7) ташкил этди. Касаллиқ аниқланган болаларнинг 47.9% енгил, 35.8% ўрта оғир ва 16.3% оғир даражасида кайда этилди. Камконлиқ 0-3 ёшда ($45.5 \pm 1.8\%$) энг кам ва 15-18 ёшли болаларда энг кўп ($64.1 \pm 1.7\%$) аниқланди ($P < 0.01$). Камконлиқ касаллиги ўтмиш болаларда

$60.7 \pm 1.8\%$, киз болаларда $61.9 \pm 1.9\%$ ни ташкил этди. аммо улар орасида статистик ишончли фарқ аниқланмади ($P > 0.05$).

2. Камконлиқка чалинган болаларда ушга чалинмаганларга нисбатан кўйилган микронтриент кўрсаткичлари ишонарли тарзда паст бўлиб: темир 40.9 ± 1.7 ва 46.7 ± 1.2 ($P < 0.01$), марганец 8.1 ± 1.7 ва 14.8 ± 1.2 ($P < 0.01$), хром 4.1 ± 0.7 ва 6.1 ± 0.5 ($P < 0.05$), йод 1.9 ± 0.9 ва 7.82 ± 1.19 ($P < 0.01$), сурма 4.3 ± 0.8 ва 15.0 ± 0.9 ($P < 0.01$). Темир, рух, мис микронтриентлари тижжа билан ҳасилланган болаларнинг қонда соғлом болаларга нисбатан кескин қамайишлиги аниқланди ($P < 0.05$).

3. Фойли қислотаси етишмовчилиги камконлиқ билан, гелиминтоз ва ёш билан боғлиқлиги аниқланди: паҳар болалари орасида фойли қислотаси етишмовчилиги (ФКЕ) кишлоқ болаларига нисбатан ишонарли паст, мос равишда 65.87% ва 75.77% ($P < 0.05$). Камконлиги йўқ болаларда фойли қислота етишмовчилиги 66.66% бўлса, камконлиги мавжуд болаларда ишончли равишда юқори бўлди 89.19% ($P < 0.05$). болаларда энг юқори кўрсаткичи $7-14$ ёшда, энг паст кўрсаткич эса 3 ёшга кайда этилди. Гелиминтоз аниқланган болаларда 84.81% , гелиминтози йўқ болаларда эса 66.67% ташкил этди ($P < 0.05$).

4. Болалардаги камконлиқ ҳолати билан гелиментозлар учраш сони ўргасида тўғри кучли корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди (гелиментозларнинг 2 ва ушдан кўп турлари кўшиқиб кетиш ҳолатлар эса 5 баробар кўп учрайди).

5. Ошанинг ижтимоий ҳолати, бошанинг яшаш шароити, овқатланиш тартиби ва сифати, чакалоқни кўйрак сути билан боғлиқлиги, онадаги темир таъминлиги камконлиги, болаларни тижжа касалликлари ва болала даволаш учун пастла-партиш антибиотикларини буюриш болаларда камконлиқ касаллиги келиб чиқишида етакчи хавф омиллари ҳисобланади. Оналарнинг камконлиқ турлисидаги билимлари етарли эмаслиги ҳисобига даволаш-профилактика муассасаларига ўзлари мурожаат этганда $5.7 \pm 0.62\%$ ва биринчи бор тиббий кўрик ўтказилганда эса $55.6 \pm 1.8\%$ камконлиқнинг тарқатилганлиги аниқланди ($P < 0.001$).

6. Таъқиқотта жалб этилган 851та камконлиқка чалинган болаларда унинг келиб чиқишига таъсир этувчи омиллар ўрганилди ва унинг асосида прогнозлик жалбл қилшб чиқилди. бу камконлиқ келиб чиқишида муҳим аҳамиятга эга бўлган хавф омилларига интеграллашган комплекс баҳо бериш имконини беради.

7. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирдамчи бўлинида хозирги вақтда кўлланилаётган даволаш-профилактика усулларининг самардорлиги жуда паст: ёшга боғлиқ ҳолда гемоглобин кўрсаткичлари ўсиш фақат 5.10 ± 0.53 г/л дан 10.23 ± 0.49 г/л гачаи ташкил қилди, бу ҳолат болаларнинг тулук соғломлаштирилиши $7-10\%$ ҳолатгагина таъминлайди, камконлиқ рецидивлари эса $75-90\%$ ҳолатларда кайд қилинди. Темир етишмовчилиги камконлигини

даволаш стандартларига фозий кислотаси, мис, рух, селен, йод, кобальт, шунингдек антигельминт терапияни кўшиш камконликка чапиган боғлаарни соғломлаштириш самарадорлигини оширишга, рецидивлар учрашини камайтиришга, соғайиш муддатларини кискарттиришга имкон беради.

НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
DSC.27.06.2017.TIV.30.02 ПРИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ

АКАДЕМИИ

ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ

КУЛИЕВ ОЗОДЖОН АБДИРАХМОНОВИЧ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ, ФАКТОРЫ РИСКА И
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(на примере Джиззакской области)

14.00.33- Общественное здоровье, Менеджмент в здравоохранении
14.00.29- Гематология и трансфузиология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (РФД) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшем аттестационном комитете при Кабинете Министров Республики Узбекистан под №В2017.2 PhD/Tb190.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте

Авторреферат диссертации на двух языках (узбекском, русском, английском (русское) размещен на веб-странице научного совета (www.tma.uz) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net)

Научный руководитель:

Рыбаев Жасур Алимжанович
доктор медицинских наук, профессор
Сулейманова Дилора Нигматовна
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Байбизанов Абдулмурад Саттарович
доктор медицинских наук, профессор
Мамулова Азиза Жумановна
доктор медицинских наук, профессор

Безопасная организация:

Южно-Китайская медицинская академия

Защита диссертации состоится **21.09.2019 г. в 13.00 часов** на заседании научного совета Д86-27.06.2017 Тб190.02 при Ташкентской медицинской академии (адрес: 100109, Ташкент, Ахматский район, ул. Фарходов, 2, Тел./факс (+99871) 150-78-25, e-mail: tma@mail.ru)

(с диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (электронный адрес: 100109, Ташкент, Ахматский район, ул. Фарходов, 2, Тел./факс (+99871) 150-78-25, e-mail: tma@mail.ru)

Автореферат диссертации размещен **8.09.2019 года** (реферат протокола рассылки № **2** от **8.09.2019** года)



Председатель научного семинара совета по присуждению ученых степеней д.м.н., профессор
Х.Е. Рустамов

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (PhD) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации

Анемия является самой распространенной патологией во всем мире.

Распространение анемии среди населения изучается по тяжести заболеваний: легкой (5-19,9%), средней (20-39,9%) и тяжелой (40% и более). По статистике выявлено, что в мире анемией страдают 1,62 млрд человек, из которых основную часть составляют дети, женщины фертильного возраста и беременные. В странах, где распространены анемии в группах риска превышает 30%. ВОЗ рекомендует проводить профилактические мероприятия в экстремном порядке на уровне правительства¹. Согласно этому каждая страна, исходя из своих социальных, экономических и политических взглядов, должна разработать государственную программу профилактики анемии.

В развитых странах распространенность анемии составляет около 5-15%, а в развивающихся странах достигает 80%. Чаще у детей от 3 лет и подростков. В промышленно развитых странах Европы и Америки распространенность анемии среди детей в возрасте до 5 лет варьирует от 3 до 10%. В Великобритании 30,5% мальчиков школьного возраста и 10,5% девочек страдают анемией. Согласно эпидемиологическим исследованиям в Африке у 45% девочек-подростков выявлена анемия, причем в Эфиопии 65,4% у детей школьного возраста, в Кении распространенность анемии у детей школьного возраста составляет более 70%. Результаты национальных исследований показали, что в Африканские у детей в возрасте до 5 лет выявлено 37,9% случаев анемии, в Китае данный показатель равен 42%. В Индии по результатам антропологического исследования анемия выявлена у 56% девочек-подростков. Около 1360000 случаев анемии зарегистрировано среди населения Российской Федерации, более 50% из них составляет детское население в возрасте от 0 до 18 лет, в Украине встречаемость анемии в разных возрастных группах составляет от 24% до 41,5%, а в Беларуси - 12,2% - 33,3%. Высокая распространенность анемии также наблюдается в странах Центральной Азии.

В нашей стране ведутся меры по изучению распространенности, раннего выявления и улучшения лечебных мероприятий анемии у детей. В частности, в концепции профилактических мероприятий заболеваний, поддержки здорового образа жизни и повышения уровня физической активности населения в 2019 - 2022 гг. указаны пути решения недостатков и проблем, таких как «...Уровень обогащения пшеничной муки микродоэлементами составляет 30% от всей произведенной и импортируемой муки. Пшеничную муку, обогащенную микродоэлементами, употребляют примерно 56 процентов населения. Но, чтобы предотвратить железодефицитную анемию, должно быть охвачено 90% населения. Нет данных о химическом составе местных продуктов питания, что затрудняет разработку населению рекомендаций по

¹ WHO The global prevalence of anaemia in 2011. - Geneva: WHO, 2015. - 43 p

правильному питанию. Не разработаны различные нормы питания для работающих и гендерных возрастных групп с учетом природных и экономических условий, национальных традиций, демографии и других особенностей...». Меры, изложенные в этой Концепции, позволяют внедрить современные программы по снижению, раннему выявлению, лечению и профилактике анемии у матерей и детей, а также улучшить показатели здоровья.

Данное диссертационное исследование в определенной степени способствует решению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», Постановлению Президента Республики Узбекистан от 29 марта 2017 года № ПП-2857 «О мерах по совершенствованию организационной деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан», а также в других нормативно-правовых документах, принятой в данной сфере.

Соответствие диссертационной работы приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Настоящая работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики У. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы.

Как показывают наблюдения, глистные инвазии у детей вызывают нарушение пищеварения, обмена веществ, что способствует развитию анемии, следовательно, и к отставанию психического и физического развития, причиняя большой ущерб здоровью ребенка. В Узбекистане, пациенты с гельминтозами составляют более 90% от общего числа больных с паразитарными заболеваниями (Абдиев Ф.Т., 2007). Анемия чаще всего наблюдается у детей дошкольного возраста (47,4%), у школьников анемия отмечается почти в два раза реже (25,4%). Эпидемиологические исследования по изучению анемии у детей показали, что частота ее возникновения у населения в разных странах не одинакова и зависит от социальных и экологических условий (Шарманов Т.Ш., 2000). Уровень распространенности анемии в Узбекистане составляет 33,5%, при этом анемия чаще встречается у женщин фертильного возраста (Christine Northor-Clewes, Ronald Nazaro, Dilota Sulutalpa 2013). Основной причиной дефицита железа у детей является его недостаточное поступление вместе с питательными веществами и нарушение всасывания через слизистую оболочку кишечника (Жарикова Д.И., Дронов И.А. 2014, Асламиев К.С., Пискунова С.Г., Васильева Е.В. 2017). Факторы внешней среды во многих случаях связаны с плохой экологией, загрязнением окружающей среды (вода, воздух, почва) химическими веществами, а также с внутренними факторами, что приводит к нарушению баланса микроэлементов в организме (Боев В.Н., 2001).

Несмотря на то, что за последние два десятилетия в Узбекистане были тщательно исследованы вопросы клинического проявления, патогенеза анемии у пациентов и разработаны современные методы диагностики и лечения (Калменов Г.Т., 1992; Джени А.А., 1993; Чоппонов И., 1993; Хайфедил Д., 1996; Аташизов О.А., 1997; Берлингер Г.Б., Бокарев И.Н., 1998; Туркунов Д.П., 2002; Соликова С.С., 2003; Тураев А.Т., Шахматова Г.Л., 2003; Бердибаева М.Е., 2005; Бахрамов С.А., 2006; Сулейманова Д.Н., 2007; Каримов Х., Сулейманова Д.Н., 2010), недостаточно данных о комплексной связи анемии с факторами риска, социально-гигиеническими факторами, микроэлементами, фолиевой кислотой и геминтозами. В то же время, недостаточно внимания уделяется организации лечебно-профилактической помощи детям, страдающим анемией, изучению факторов риска и их профилактики. Все это указывает на необходимость углубленного изучения распространенности анемии у детей и факторов риска возникновения, раннего выявления и разработки профилактической карты для непрерывного диспансерного наблюдения и профилактики данной патологии.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего учебного заведения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы Ташкентского государственного стоматологического института № 011400196 по теме "Совершенствование и разработка методов профилактики и лечения основных заболеваний с учетом факторов внешней среды".

Цель исследования: разработка научно обоснованных мер по выявлению и профилактике анемии у детей, совершенствование оказываемой им в условиях первичного звена здравоохранения медико-организационной и профилактической помощи.

Задачи исследования:

- оценка возрастных и гендерных особенностей распространения анемии у детей, проживающих в сельских районах Республики Узбекистан;
- оценка важности микронутриентов, фолиевой кислоты и геминтозов в формировании анемии у детей;
- комплексное изучение условий и образа жизни семей, в которых проживают дети с анемией, и дать им социально-гигиеническую характеристику;
- составление профилактической таблицы с целью определения ведущих факторов риска, способствующих возникновению анемии и ее развития;
- разработка и внедрение в практику научно обоснованных рекомендаций по раннему выявлению, диагностике, повышению качества и эффективности профилактических мероприятий анемии у детей в первичном звене здравоохранения.

Объектом исследования явились 1388 детей с анемией в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, проживающих в районах Жизахской области (Ш.Рашидов, Арнасай, Галларол и Зарбодор).

1. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4063 «О мерах по профилактике инфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» от 18 декабря 2018 года

Предмет и объект исследования. Дети с анемией, распространенность заболевания, степень тяжести, качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой в сельских врачебных пунктах и семейных поликлиниках первичного звена здравоохранения, условия и образ жизни семей, в которых проживают больные (группа инцидентов) и здоровые дети (контрольная группа), факторы риска, микронутриенты (МКН), фолиевая кислота, гельминтозы.

Методы исследования. В диссертационной работе были использованы эпидемиологические, социально-гигиенические, социологические, клинические, лабораторные, статистические методы исследования.

Научная новизна исследований состоит из нижеследующих:

был проведен анализ взаимосвязи возраста и пола больного в происхождении и развитии анемии у детей, и выявлено, что – самый низкий показатель анемии зарегистрирован у детей 0-3 года ($45,5 \pm 1,8\%$) и самый высокий среди детей в возрасте 15-18 лет ($64,1 \pm 1,7\%$) ($P < 0,01$), а также, встречаемость среди мальчиков составляет $60,7 \pm 1,8\%$, а среди девочек $61,9 \pm 1,9\%$;

в условиях взаимосвязи с анемией, обосновано резкое уменьшение микронутриентов (железо, медь, цинк, марганец, кобальт, селен, хром, йод, калий, сурьма), фолиевой кислоты в крови детей с гельминтозами, по сравнению со здоровыми ($P < 0,05$);

разработан комплекс критериев оценки условий проживания и образа жизни детей и семей в которых они проживают.

рекомендовано раннее выявление анемии у детей, диагностика, первичная и вторичная профилактика для первичного звена здравоохранения, а также дообавлении к методам лечения фолиевой кислоты, меди, цинка, селена, йода, кобальта и антигельминтной терапии.

Практическая значимость исследования:

доказано, что применение комплексной научно-обоснованной программы, направленной на первичную и вторичную профилактику анемии у детей, разработанной в результате системного подхода к проблеме, позволит снизить распространенность заболевания, повысить эффективность профилактики анемии;

доказано, что разработанная простотистическая схема, основанная на внедрении ее в деятельность врачей общей практики, работающих в первичном звене здравоохранения, позволит увеличить показатели выявления анемии у детей в ранние периоды, индивидуального комплекса лечения и оздоровления с учетом возрастного-половых особенностей и факторов риска;

диагностика анемии и рекомендации дообавления к стандартам лечения фолиевой кислоты, цинка, магния, меди, кобальта и антигельминтных препаратов позволят повысить эффективность оздоровления детей с анемией и в 4 раза снизить риск развития рецидивов.

Достоверность полученных результатов подтверждается широко использованными в работе аналитическими, социологическими,

статистическими, клиническими, лабораторными методами, а также систематизацией полученных результатов, методической обоснованностью исследований, достаточным количеством больных, сопоставлением результатов с опубликованными и зарубежными исследованиями, а также заключением, подтверждением полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в выявлении анемии у детей в ранние периоды, повышении эффективности индивидуального лечебного и оздоровительного комплекса, с учетом возрастного-половых особенностей и факторов риска, а также профилактических мероприятий.

Практическая значимость результатов исследования заключается в профилактике распространения анемии у детей, снижении уровня заболевания, внедрении разработанной простотистической схемы в деятельность врачей общей практики, работающих в первичном звене здравоохранения, раннем выявлении анемии у детей, индивидуальном лечебном и оздоровительном комплексе, с учетом возрастного-половых особенностей и факторов риска и профилактических мероприятий.

Внедрение результатов исследования: на основании полученных научных результатов по изучению медико-социальных аспектов распространенности анемий у детей, факторов риска и усовершенствования оказания им медицинской помощи на первичном звене здравоохранения;

утверждена методическая рекомендация "Факторы риска анемии у детей и их прогнозирование" (Заключение МЗ РУз от 19 апреля 2019 года 8н-р/163).

Данная методическая рекомендация будет способствовать прогнозированию факторов риска распространения анемии у детей, раннему выявлению заболевания и повышению уровня системного подхода профилактики;

утверждена методическая рекомендация "Дефицит фолиевой кислоты и современная лабораторная диагностика" (Заключение МЗ от 4 августа 2011 г № 8н/115.). Эта методическая рекомендация позволила выявить важность фолиевой кислоты в организме человека, причины, приводящие к дефициту фолиевой кислоты, их клинике и профилактике, а также выявление дефицита фолиевой кислоты с использованием современной лабораторной диагностики;

полученные научные результаты медико-социальной оптимизации раннего выявления, диагностики, лечения и профилактики анемии внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую практику центральных районных поликлиник Пхакторского и Дустанского районов Джизакской области (Заключение МЗ РУз № 8н-д/110от 15 мая 2019 года). Внедрение в практику полученных результатов способствовало уменьшению осложнений, улучшению образа жизни и качества жизни больных анемией, а также эффективно организовать мероприятия по формированию навыков здорового образа жизни у данных лиц в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Апробация работы. Результаты данного исследования обсуждаться на 5 научно-практических конференциях, в том числе 3-х международных и 2-х республиканских конференциях.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них: 6 статей, в том числе 3 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертационных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и необходимость исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Описаны цель, основные задачи, предмет исследования, раскрыты научная и практическая значимость полученных результатов, дана информация о внедрении результатов исследования в практическое здравоохранение, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации "Эпидемиология, факторы риска и профилактика анемии у детей" описаны современные подходы к лечению анемии, проведена оценка распространенности болезни среди взрослых и детей. Показано, что, наряду с медико-биологическими факторами, в возникновении и распространении анемии у детей большое значение имеют образ жизни, медленная и гигиеническая культура населения. Глубоко проанализирована ретроспективная методология научного исследования дисбаланса микронутриентов, влияющих на гемостаз, а также распространенность гельминтозов среди детей. Освещены некоторые современные аспекты лечения и профилактики анемии у детей и принципы антигельминтной терапии.

Во второй главе диссертации "Материалы и методы исследования" описаны материалы и методы исследования, а также методы математического сравнения, анализа и статистики.

Распространенность, факторы риска анемии, качество и эффективность оказываемой детям медленной помощи изучены кластерным, стратным и случайным методами отбора пациентов – жителей города Джизака и детей, проживающих в Ш.Рашидовском, Арнасайском, Галапаральском и Зарбазарском районах.

При этом у 1388 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет изучалось состояние здоровья на основе их обращений в СВП. Первичная запись – данные из отчетных документов, внесенные в специально разработанную "Карту исследования распространенности анемии среди сельских детей".

Среди детей, отобранных для определения фактических показателей распространенности анемии, был проведен специальный медицинский осмотр. Кроме главных специалистов области, к медицинскому осмотру были привлечены ведущие специалисты клиники Ташкентского государственного стоматологического института.

Для выявления анемии у детей использовались диагностические критерии скрининга ВОЗ с учетом возраста и пола, особенностей заболевания, степени тяжести. Факторы риска, способствующие формированию анемии у детей, были изучены с использованием метода "случай-контроль", основанного на доказательствах. Для изучения образа жизни и условий жизни семей, в которых проживают дети, и факторов риска, вызывающих заболевание, путем Sitata и случайного отбора были обследованы всего 300 детей с анемией (группа инцидентов) и 300 детей без анемии (группа контроля), проживающих в сопоставимых условиях, а также их семьи.

При оценке комплексного воздействия факторов риска на показатели заболеваемости использовались показатели коэффициента шансов, "весаго коэффициента" (Маматкулов Б., 2005, 2013; Маматкулов Б., Рахманова Н., Ламорт, 2011).

Метод "инцидент-контроль" представляет собой аналитическое исследование, изучающее связь между изучаемой причиной и следствием в отношении последствий. При этом осуществляются разделение на 2 группы: случай (анемия) и контроль (здоровая), проводятся ретроспективный анализ. Анализируется степень влияния факторов риска на происхождение анемии. При методе исследования инцидент-контроль используется четырехсторонняя таблица для анализа данных (табл. 1).

Таблица 1
Четырехпольная таблица для вычисления отношения шансов при исследовании случаев-контроль

Показатель	Группа случай	Группа контроль	Расчет	Отношение шансов
Есть воздействие факторов риска	a^1	b^2	a^1/b^2	a^1/b^2 c^3/d^4
Нет воздействия факторов риска	c^3	d^4	c^3/d^4	
	$a+c^{(5)}$	$b+d^{(6)}$		

Примечание. 1 – есть воздействие факторов риска в анализе группы случай; 2 – есть воздействие факторов риска в анализе группы контроль; 3 – нет воздействия факторов риска в анализе группы случай; 4 – нет воздействия факторов риска в анализе группы контроль; 5 – общее число респондентов в группе случай; 6 – общее число респондентов в группе контроля.

Клинические особенности анемии у 434 детей в возрасте от 6 месяцев до

18 лет, проживающих в изученных районах Джиказской области, и эффективность применяемого в настоящее время стандарта лечения были изучены до и после проведения комплексной терапии анемии в динамике. Дисбаланс микроэлементов у 134 детей и влияние гелиментозов на развитие анемии оценивались при проведении следующих исследований:

- показатели периферической крови определяли с помощью гематологического анализатора, уровень гемоглобина – методом гемокью;
- содержание сывороточного железа и ферритина определяли с помощью биохимического анализатора;
- показатели фолевой кислоты в сыворотке крови определяли микробиологическим методом;
- микроэлементный спектр волосного волокна изучен в стиле нейтрон-активации в Институте ядерной физики АН РУз.
- определение гелиментов у детей;

121 детей, у которых не выявлена анемия, составила группу контроля. При лечении анемии эффективность применяемого метода была сравнительно оценена с усовершенствованным и рекомендованным методами в итоге проведенных исследований.

При статистическом анализе данных применялись методы доказательной медицины и вариационной статистики. Определяли относительные значения, средние величины, среднюю погрешность, пределы достоверности, связанные с распространением строк. При сопоставлении полученных данных друг с другом использовали t-критерий Стьюдента и методы оценки достоверности различий. При определении взаимосвязи использовали показатели корреляционного анализа и критерии соответствия.

В третьей главе диссертации "Распространенность анемии среди детей и факторы риска, влияющие на нее" описаны особенности распространения анемии.

Согласно результатам исследования, при обращении в лечебно-профилактические учреждения для получения медицинской помощи анемия была выявлена у 9,3% обследованных, при проведении медицинского осмотра – у 88,7% (рис. 1). Это означает, что, несмотря на то, что из 100 пациентов 91 имеет анемию, они не обращаются в лечебно-профилактические учреждения по поводу данного заболевания, а врачи общей практики не занимаются их активным выявлением.

Из 100 детей, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения, анемия выявлена у $5,7 \pm 0,62\%$, а из 100 детей, прошедших медосмотр, – у $55,6 \pm 1,8\%$ (рис. 2).

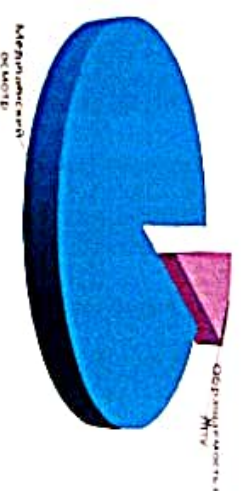


Рис. 1. Анемия, выявленная в ходе медицинских осмотров и при обращении детей в лечебно-профилактические учреждения, %.

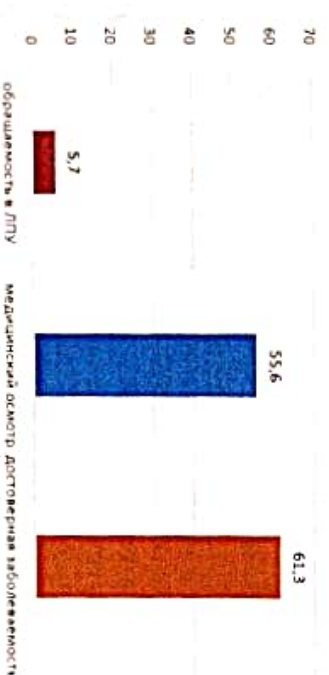


Рис. 2. Распространенность анемии на 100 обследованных детей, %.

Таким образом, распространенность анемии среди детей, проживающих в Джиказской области, то есть показатель истинной заболеваемости, составляет $61,3 \pm 1,3$ на 100 детей. Полученные нами данные о распространенности анемии сопоставимы с результатами исследований, проведенных в нашей республике другими авторами (Чуланов И.Р., Валеев И., 1999; Асадов Д.А., Сухомлинский А.А., 2001; Шайхова Г.Н., 2003; Джаббарова Ю.К., 2003).

Самый высокий уровень заболеваемости "истинной" анемией отмечался у детей 10-14 лет ($69,6 \pm 1,6\%$). Относительно реже анемия встречается у детей в возрасте 0-3 лет ($51,2 \pm 1,7\%$). Статистически достоверных различий в остальных возрастных группах не установлено ($p > 0,05$) (рис. 3).

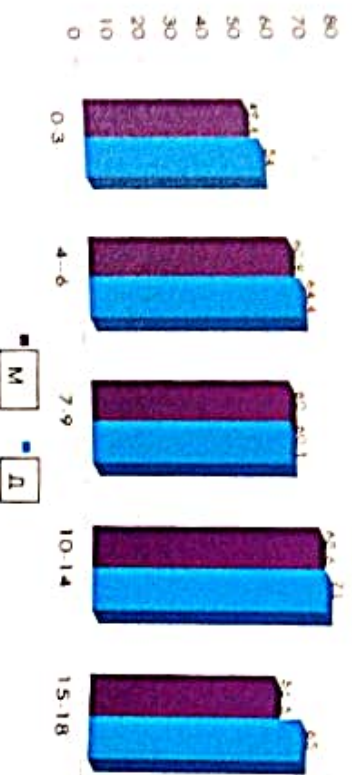


Рис. 3. Распространение анемии у детей в зависимости от возраста и пола (на 100 детей).

Как показывают результаты наших исследований, распространенность анемии в Джизакской области остается на высоком уровне. Очевидно, что врачи, работающие в первичном звене здравоохранения, должны уделять особое внимание вопросам профилактики анемии и ее своевременному лечению.

Что касается распространенности анемии в зависимости от пола обследованных детей, то заболевание среди мальчиков и девочек выявлялось с одинаковой частотой – соответственно у мальчиков $60,7 \pm 1,8$ и у девочек $61,9 \pm 1,9$ %. Кроме того, следует отметить, что как среди девочек, так и среди мальчиков различных возрастных групп достоверного статистического различия в распространенности анемии не выявлено ($p > 0,05$).

При проведении исследований нами было обнаружено, что 47,9% детей, включенных в исследование, страдали анемией легкой степени (уровень Нв 91 г/л и менее), 35,8% – средней (90-70 г/л), 16,3% – тяжелой (69 г/л и менее). Было установлено, что анемия легкой степени тяжести чаще наблюдается у детей 4-6 лет, тяжелой степени – 0-3 и 15-18 лет (рис. 4).

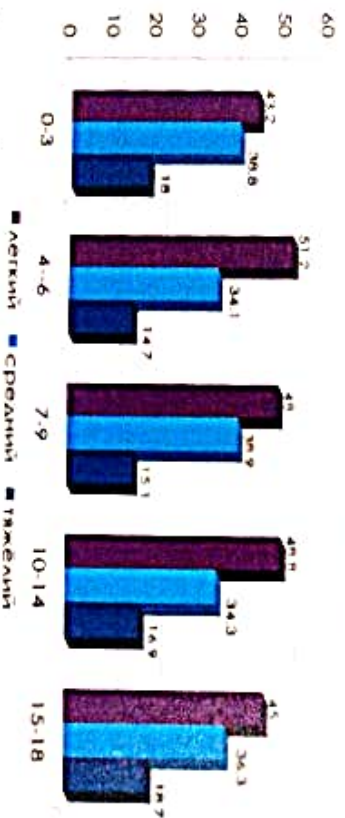


Рис. 4. Распределение анемии по степени тяжести у детей в Джизакской области, %.

Путем углубленного изучения социально-биологических условий было выявлено 19 факторов, в том числе факторы условий и образа жизни, достоверно влияющих на развитие анемии у детей (таблица 2).

Таблица 2.

Факторы, связанные с образом жизни, условиями проживания семьи, и социально-биологические факторы, влияющие на развитие анемии у детей, балл.

№	Факторы	Соотношения шансов (относительный риск)
1	Возраст матери	1,6
2	Социальное положение матери	2,2
3	Образование матери	1,4
4	Условия проживания ребенка	3,0
5	Режим питания ребенка	2,8
6	Употребление горячих блюд в течение дня	1,1
7	Характер питания	1,8
8	Оценка употребления в семье мучных изделий	1,6
9	Употребление круш в семье	1,1
10	Употребление мяса в семье	2,8
11	Употребление молочных продуктов в семье	1,0
12	Употребление фруктов и овощей в семье	1,2
13	Употребление рыбы в семье	1,2
14	Употребление обогащенной муки в семье	1,3
15	Недоношенность ребенка	1,1
16	Наблюдение во время беременности анемии у матери	3,8
17	Продолжительность кормления ребенка материнским молоком	2,1
18	Наличие у ребенка гельминтоза	3,9
19	Безпорядочное употребление антибиотиков	2,2

Достоверность влияния изучаемого фактора на развитие анемии у детей определяли с использованием статистического критерия соответствия χ^2 , то есть учитывали степень риска. При расчете критерия соответствия возраста

матери воздействию анемии на развитие ее у детей χ^2 мы получили: $\chi^2=1,51$ ($p>0,05$). При изучении влияния данных матери на развитие анемии у детей мы получили размер $\chi^2=1,52$ ($p>0,05$). При изучении влияния социального положения матери, условий жизни ребенка на возникновение анемии у детей мы получили соответственно размеры $\chi^2=44,77$ ($p<0,001$) и $\chi^2=48,57$ ($p<0,001$). Как видно из полученных данных, соотношение шансов было равно 1,6; несмотря на то, что доля шансов в данных матери составляла 1,4, но этот эффект был ненадежным.

Отношение шансов в социальном положении матери составляло 2,2, условий жизни ребенка – 3,0, а их надежность была статистически достоверной. Таким образом, чтобы учитывать каждый фактор, необходимо оценить его предел надежности.

Для этого из изученных факторов риска мы рекомендуем прогнозировать только коэффициенты шансов, удельный вес риска которых не ниже 2,0. При составлении прогностической таблицы достаточно учитывать не более 8-10 ведущих факторов (рис. 5).

Прогностическая таблица должна быть простой, надежной и удобной в применении. Результаты наших исследований показали, что важнейшими факторами риска возникновения анемии являются социальное положение матери, условия жизни и режим питания ребенка, употребление мясных продуктов, грудное вскармливание ребенка, наличие железодефицитной анемии у матери, наличие у ребенка заболеваний горлани, нередуцируемый прием антибиотиков при лечении ребенка. Для составления прогностической таблицы были выбраны именно эти факторы.

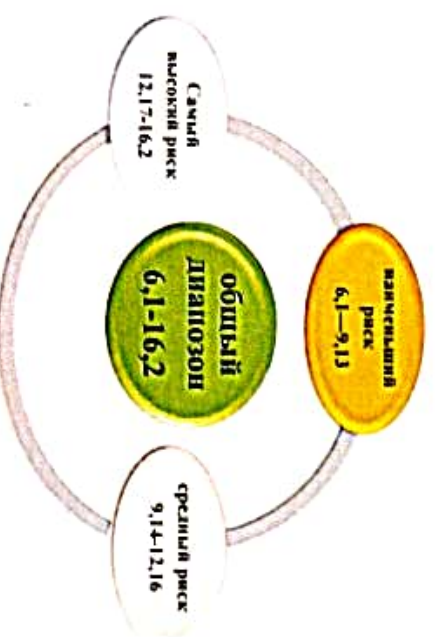


Рис. 5. Диапазоны и группы риска возникновения анемии у детей

Таким образом, чем выше риск заболевания у ребенка, тем больше оснований для включения его в группу неблагоприятных прогнозов. В каждом конкретном случае при проведении обследования и контроля оценивается

степень риска заболевания, что помогает выбрать медико-социальные и лечебно-профилактические мероприятия. После определения соответствующих показателей из прогностического графика определяется, к какой группе риска относится ребенок, и соответственно принимаются научно обоснованные решения.

Таким образом, разработанная нами прогностическая таблица позволяет дать комплексную оценку, интегрированную с факторами риска, которые имеют важное значение в возникновении анемии у детей. У пациентов с высокой вероятностью заболевания анемией или с анемией необходимо проведение своевременных интегрированных, индивидуальных, дифференцированных первичных и вторичных профилактических мероприятий, а также диспансерное наблюдение в дальнейшем. Это позволит врачам общей практики, работающим в первичном звене здравоохранения, повысить эффективность проводимых профилактических мероприятий по профилактике анемии у детей.

Наши исследования показали, что большинство матерей не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой врачами детям (28,1 и 13,7%). В основном врачи уделяют недостаточно внимания профилактике, игнорируют жалобы пациентов. В связи с этим многие матери не всегда обращаются к врачам, когда дети болеют, они пытаются лечить детей самостоятельно, следуя советам родственников или знакомых. 61,5% матерей признавали, что у них есть анемия, не понимают ее значения, не обращают должного внимания на профилактику и лечение осложнений.

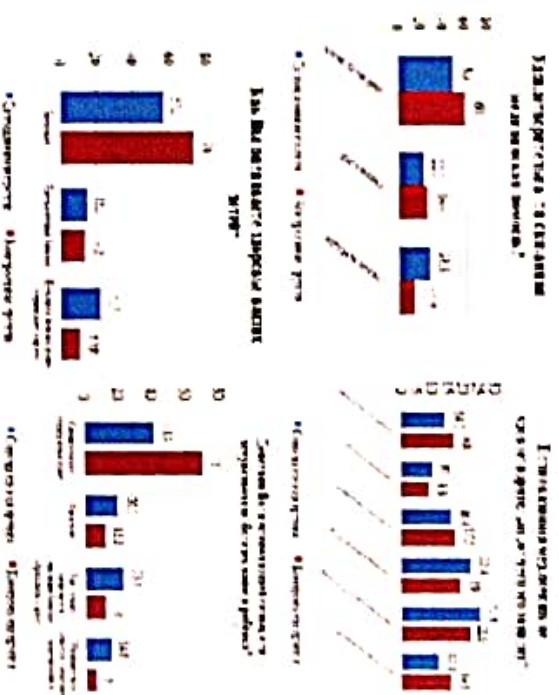


Рис. 6. Материнская оценка за оказания медицинской помощи и здоровья ребенка

В четвертой главе диссертации "Значение микронутриентного дисбаланса у детей, гельминтозов и их влияние на развитие анемии у детей" показано, что количество железа ($40,9 \pm 1,7$), марганца ($8,1 \pm 1,7$), хрома ($4,1 \pm 0,7$), йода ($1,9 \pm 0,9$), сурьмы ($4,3 \pm 0,8$) в волосах у детей, страдающих анемией, значительно меньше, чем у детей, у которых нет анемии ($R < 0,05$; $< 0,01$). Установлено, что разница между уровнем меди, цинка, кобальта, селена, хрома, кадмия является достоверной ($p > 0,05$) (3-таблица).

Дефицит фолиевой кислоты определяется достаточно часто у всех детей, но его доля чрезвычайно высока среди детей с анемией (66,7%), особенно при анемии средней и тяжелой степени.

В тех случаях, когда анемия у детей сопровождается гельминтозами, наблюдается резкое повышение уровня МКН: железа, меди, цинка, а также наблюдается недостаточность фолиевой кислоты ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

Среди детей, страдающих анемией, гельминтозы обнаруживались в 5 раз чаще, чем среди здоровых детей – соответственно у 25 и 5% ($p < 0,001$), что указывает на наличие взаимосвязи между этими заболеваниями.

Таблица 3

Результаты показателей микронутриентов у детей (М±m)

№	МКН	Дети с анемией (n=134)	Дети, у которых анемия не определялась (n=21)	Граница достоверности (P)
1.	Железо	$40,9 \pm 1,7$	$46,7 \pm 1,2$	$P < 0,01$
2.	Медь	$4,1 \pm 1,3$	$7,5 \pm 1,7$	$P > 0,05$
3.	Цинк	$3,7 \pm 2,0$	$10,3 \pm 3,5$	$P > 0,05$
4.	Марганец	$8,1 \pm 1,7$	$14,8 \pm 1,2$	$P < 0,01$
5.	Кобальт	$2,1 \pm 0,8$	$4,0 \pm 1,1$	$P > 0,05$
6.	Селен	$2,4 \pm 0,4$	$4,7 \pm 1,1$	$P > 0,05$
7.	Хром	$4,1 \pm 0,7$	$6,1 \pm 0,5$	$P < 0,05$
8.	Йод	$1,9 \pm 0,9$	$7,82 \pm 1,19$	$P < 0,01$
9.	Кадмий	$0,9 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,1$	$P > 0,05$
10.	Сурьма	$4,3 \pm 0,8$	$15,0 \pm 0,9$	$P < 0,01$

Изучение параметров питательных микроэлементов в образцах волос в зависимости от уровня ЖДА (легкая, средняя, тяжелая), результаты приведены в таблице

Таблица 3.1
Результаты исследования параметров микроэлементов на основе ЖДА(М±m)

№	МКН	Уровень анемии			Уровень анемии
		легкий	легкий	легкий	
1.	Железо	$42,1 \pm 1,3$	$43,2 \pm 1,7$	$40,1 \pm 1,7$	$46,7 \pm 1,2$
2.	Медь	$5,1 \pm 1,3$	$4,8 \pm 0,8$	$4,2 \pm 1,01$	$7,5 \pm 1,7$
3.	Цинк	$4,7 \pm 2,0$	$5,4 \pm 3,6$	$4,2 \pm 1,7$	$10,3 \pm 3,5$
4.	Марганец	$9,2 \pm 1,7$	$10,2 \pm 1,5$	$8,4 \pm 0,6$	$14,8 \pm 1,2$
5.	Кобальт	$3,1 \pm 0,8$	$2,8 \pm 0,6$	$2,3 \pm 0,8$	$4,0 \pm 1,3$
6.	Селен	$3,4 \pm 0,4$	$3,6 \pm 0,6$	$3,1 \pm 0,1$	$4,7 \pm 1,1$
7.	Хром	$5,1 \pm 0,7$	$5,4 \pm 0,9$	$4,9 \pm 0,3$	$6,1 \pm 0,5$
8.	Йод	$2,9 \pm 0,9$	$2,7 \pm 1,1$	$2,8 \pm 0,3$	$7,82 \pm 1,19$

Присоединение 2-х или 3-х видов гельминтов у детей еще больше увеличивает риск развития анемии. Обнаружена прямая корреляционная связь между анемией у детей и частотой возникновения гельминтозов ($r = +0,73 \pm 0,05$). Учитывая значительную распространенность гельминтозов у детей в нашем регионе, мы использовали метод тестирования, чтобы определить факторы риска заражения гельминтозами и паразитами с помощью тестов, рекомендованных для практического здравоохранения.

Таблица 3.2

Результаты исследования параметров МКН у детей с и без гельминтизации, М±m

№	МКН	Дети с гельминтозом	Дети без гельминтоза	Достоверность
1.	Железо	$36,9 \pm 1,7$	$44,6 \pm 1,9$	$P < 0,01$
2.	Медь	$3,5 \pm 0,3$	$5,5 \pm 0,4$	$P < 0,01$
3.	Цинк	$2,4 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,2$	$P < 0,01$
4.	Марганец	$5,1 \pm 1,7$	$7,8 \pm 1,6$	$P > 0,05$
5.	Кобальт	$1,8 \pm 0,8$	$2,4 \pm 0,7$	$P > 0,05$

Результаты тестирования показали, что инфицированные дети, в отличие от неинфицированных, не соблюдают санитарно-гигиенические правила, что указывает на важность тестирования детей для оценки риска инфицирования. Так, удалось выяснить, что 85,7% обследованных имели привычку грызть ручки или карандаши; 66,7% – брать пальцы в рот; 55,6% – грызть ногти, что является факторами высокого риска заражения энтеробиозом. Употребление некипяченой воды, несмытых фруктов и овощей служит фактором высокого риска заражения лямблиозом.

При тестировании у $17,6 \pm 1,7\%$ детей с гельминтозами и паразитами были выявлены 2 специфических симптома и синдрома и более. Эти симптомы и синдромы чаще встречались у детей с гименолепидозом. У каждого пациента было обнаружено до 5-7 симптомов и синдромов. Это означает, что

тестирование с целью выявления симптомов и синдромов гельминтоза и паразитоза позволяет правильно диагностировать и назначать патогенетически обоснованное лечение.

У детей с и без заметного дегельминтизации исследование эффективности МКИ показало достоверные результаты по железу, меди, цинку и микроэлементам, а разница в других параметрах питательных микроэлементов оказалась незначительной.

Таблица 4
Распространенность гельминтов у городских и сельских детей с железодефицитной анемией (%)

Лечебно-прикладные учреждения	Случаи совместного заражения	Лямблиоз	Энтеробиоз	Гименолипедоз	Аскаридоз	Общее
Семейная поликлиника	23,67	19,38	19,59	1,55*	1,32*	65,51*
Сельский врачебный пункт	27,88	15,43	23,65	4,45*	3,67*	75,08*

Примечание.* – Достоверная разница между показателями семейной поликлиники и сельского врачебного пункта - $P < 0,01$.

Возможно, что железодефицитная анемия у детей была связана с ФКЕ, что может быть связано с низкой эффективностью реидитации детей с анемией. Впервые мы изучали ФКЕ у детей с анемией, в зависимости от условий жизни (городские, сельские), возраста и зараженности гельминтозом.

Таблица 5
Дефицит и степень выраженности ФКЕ у городских и сельских детей (%)

ЛПУ	Недостаточность фоллиевой кислоты	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Семейная поликлиника	65,87*	16,45	24,33*	25,09
СВП	75,77*	14,72	34,98*	26,07

Примечание.* - достоверная разница между показателями семейной поликлиники и сельского врачебного пункта - $P < 0,01$.

У детей дошкольного возраста, в отличие от детей других возрастных групп, частота инфицированности гельминтами резко возросла, в связи с

тем, что эти дети не соблюдали санитарно-гигиенические правила. При лечении и профилактике анемии у детей врачи общей практики не учитывают инфицированность, гельминтозами, что, в свою очередь, привело к снижению эффективности оздоровительных мероприятий.

В пятой главе диссертации "Улучшение стандартов диагностики, лечения и профилактики анемии у детей" приводятся сведения об оценке эффективности диспансерного наблюдения и оздоровления детей с анемией в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта.

На практике подход к профилактике и лечению состояния анемии у детей не всегда осуществляется индивидуально, дифференцированно. В большинстве случаев врач диагностирует анемию, только учитывая уровень гемоглобина, и назначает монотерапию, состоящую из препаратов железа, которая, как правило, не дает эффекта.

Анализ проблем оздоровления детей показал, что показатель роста гемоглобина ниткий и после курса лечения в среднем составил 5-10 г/л, что не позволяет восстановить уровень гемоглобина в сроки, предусмотренные стандартами лечения. Результаты лечения, полученные в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах, в которых обслуживаются лица всех возрастных групп, были сопоставимы, но без достоверной разницы ($P > 0,05$).

Следует особо отметить, что среди детей с анемией тяжелой степени увеличения содержания гемоглобина достичь не удалось, а при анемии средней степени тяжести улучшение состояния отмечалось только у 7-8% детей. Даже среди детей с легкой степенью анемии положительный эффект лечения зарегистрирован только у 9-10%. При этом наблюдался высокий процент рецидивов (75-90%).

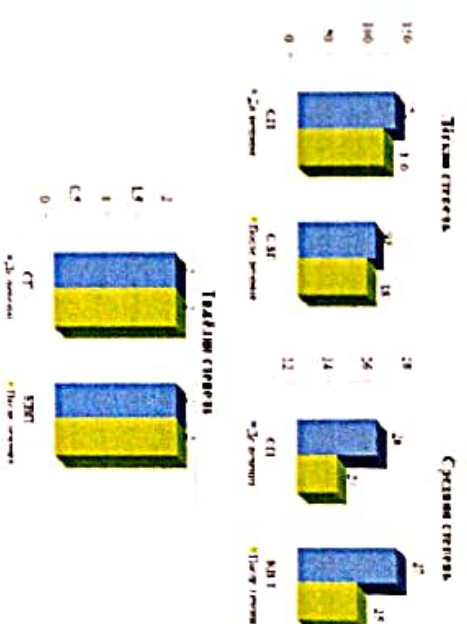


рис.7. Эффективность оздоровления стандартного лечения анемии у детей

Одна из причин низкой эффективности оздоровления детей с анемией заключается в том, что гельминтозы у них не обнаруживаются, 90% детей с анемией не были обследованы на наличие гельминтов, по данным литературы, этот показатель составляет всего 10-15%.

Таким образом, эффективность методов лечения и профилактики, применяемых в настоящее время для лечения детей с анемией в первичном звене системы здравоохранения, невысока. Необходима оценка столь низкой эффективности лечебно-профилактической работы среди детей с анемией и разработка современных стандартов лечения.

Основываясь на результатах, полученных при ретроспективном изучении материала, а также данных исследования дисбаланса МКП и фолиевой кислоты, с учетом частого выявления гельминтозов при анемии у детей, мы внесли следующие изменения в существующие стандарты лечения:

1. У всех детей с анемией необходимо проводить 100% исследования, направленные на выявление гельминтов.

2. При необходимости дифференциальной диагностики анемии необходимо определять содержание фолиевой кислоты.

3. При проведении лечения детям с анемией, учитывая высокую частоту недостаточности МКП, помимо препаратов железа, дополнительно следует назначать препараты, содержащие цинк, медь, кобальт, марганец, йод.

4. Учитывая, что анемии у детей часто сопутствуют различные гельминтозы, комплексная терапия должна включать антигельминтные препараты.

5. Для оздоровления детей, страдающих анемией, а также с целью ее профилактики в рацион питания рекомендуется добавлять продукты, насыщенные вышеперечисленным МКП. В условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта необходимо диспансерное наблюдение за детьми, страдающими анемией, в течение года.

Принципы улучшенного метода лечения анемии у детей:

1. В качестве основного лечения использовали препарат глюбекс, который содержит железо, цинк, фолиевую и аскорбиновую кислоту.

Продолжительность курса лечения при легкой степени анемии – 4 месяца, при средней степени тяжести – 5 месяцев, при тяжелой степени – 6 месяцев. Доза препарата зависела от возраста пациента и степени тяжести анемии.

2. Назначение хлебных и мучных изделий, обогащенных МКП.

3. В качестве антигельминтного препарата назначают Кюраворм в возрастных дозировках по 2 курса каждые 6 месяцев.

4. В качестве основы детского питания были приняты рекомендации ВОЗ, одобренные ССВ РУз "12 принципов здорового питания".

5. После окончания курса лечения назначают противорецидивную терапию: один раз в неделю препараты железа вместе с МКП, один раз в квартал – антигельминтные препараты и продукты, обогащенные МКБ.

В качестве критериев оценки эффективности традиционных и улучшенных методов лечения были взяты показатели гемоглобина, сроки

возникновения рецидивов, наличие острых респираторных заболеваний и острых кишечных инфекций. Приrost уровня гемоглобина после оздоровления детей, страдающих анемией, составил $10,02 \pm 1,1$ г/л после традиционного лечения и $17,2 \pm 1,2$ г/л после комплексной терапии ($p < 0,01$). После традиционного лечения рецидивы наблюдались у 65,8% обследованных детей, после комплексной терапии – у 8,2%, острые респираторные заболевания отмечались соответственно у 42,1 и 15,5% детей, острые кишечные инфекции – у 15,5 и 4,2%. Разница между всеми сравнимыми показателями достоверна ($p < 0,01$; $p < 0,01$).

Таким образом, комплексная терапия, включающая фолиевую кислоту, медь, цинк, селен, йод, кобальт, а также прием антигельминтных препаратов, позволяет повысить эффективность лечения детей с анемией, уменьшить количество рецидивов, сократить сроки восстановления. Комплексное лечение привело к снижению заболеваемости острыми респираторными заболеваниями и острыми кишечными инфекциями среди детей в 2-3 раза.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность анемии среди сельских детей ($61,3 \pm 1,7$ на 100 детей) остается на высоком уровне. Заболеваемость анемией у детей составила 47,9%, при этом анемия легкой степени тяжести выявлялась у 35,8%, средней – у 16,3%, тяжелой – у 16,3%. Самый низкий показатель анемии у детей в возрасте 0-3-х лет ($51,2 \pm 1,7\%$) и самый высокий встречался у детей 15-18 лет ($64,1 \pm 1,7\%$) ($p < 0,01$). Хотя распространенность анемии у девочек несколько выше, чем у мальчиков (соответственно в $61,9 \pm 1,9$ и $60,7 \pm 1,8\%$ случаев), разница между ними не является достоверной ($p > 0,05$).

2. У детей, страдающих анемией, в отличие от детей без анемии количество микронутриентов бывает значительно ниже: железо $40,9 \pm 1,7$ и $46,7 \pm 1,2$ ($p < 0,01$), марганец $8,1 \pm 1,7$ и $14,8 \pm 1,2$ ($p < 0,01$), хром $4,1 \pm 0,7$ и $6,1 \pm 0,5$ ($p < 0,05$), йод $1,9 \pm 0,9$ и $7,8 \pm 1,19$ ($p < 0,01$), сурьма $4,3 \pm 0,8$ и $15,0 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). Микронутриенты такие как железо, цинк, медь в организме у детей которые имеют гельминты резко уменьшается чем у здорового ребенка. ($p < 0,05$).

3. Было обнаружено, что дефицит фолиевой кислоты связан с анемией, дефицитом цинка и возрастом: дефицит фетальной кислоты (FKE) у городских детей был значительно ниже, чем у сельских детей, 65,87% и 75,77% ($p < 0,05$), соответственно. Дефицит фолиевой кислоты составлял 66,66% у детей без анемии и был значительно выше у детей с анемией – 89,19% ($p < 0,05$), причем самый высокий у детей в возрасте 7-14 лет и самый низкий за 3 года. Уровень дефицитности цинка составил 84,81% у выявленных детей и 66,67% у детей без дефицитности цинка ($p < 0,05$).

4. Было установлено, что между анемией у детей и риском возникновения гельминтозов существует прямая сильная корреляционная связь ($r = +0,73 \pm 0,05$). При сочетании 2-х и более видов гельминтозов риск развития анемии значительно возрастает.

5. Здоровье матери, условия жизни, пищевые привычки и качество, исключительно грудное вскармливание, железодефицитная анемия, диарея у ребенка и использование антибиотиков для ухода за детьми являются основными факторами риска развития анемии. Было выявлено, что распространенность анемии составляет $5,7 \pm 0,62\%$ при обращении в лечебные учреждения и $55,6 \pm 1,8\%$ при первом медицинском осмотре ($P < 0,001$) из-за осведомленности о материнской анемии.

6. Были изучены факторы, влияющие на его возникновение у 851 ребенка с анемией, и на основании этого была составлена прогностическая схема, которая обеспечивает комплексную оценку факторов риска, важных для анемии.

7. В первичном звене системы здравоохранения эффективность применяемых в настоящее время лечебно-профилактических методов для оздоровления детей с анемией очень низкая: в зависимости от возраста рост уровня гемоглобина варьирует от $5,10 \pm 0,53$ до $10,23 \pm 0,49$ г/л, что позволяет оздоровить только 7-10% детей. Рецидив анемии отмечался в 75-90% случаев. У 90% детей с анемией исследования, направленные на выявление гельминтозов, не проводились. К стандартам лечения железодефицитной анемии рекомендуется включить фолиевую кислоту, медь, цинка, селена, йода, кобальта, а также антигельминтные препараты, это позволяет повысить эффективность лечения детей с анемией, уменьшить количество рецидивов, сократить сроки восстановления.

SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREE AT TASHKENT INSTITUTE OF
POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUT

KULIYEV OZODJON ABDIRAHMONOVICH

THE PREVALENCE OF ANEMIA IN CHILDREN, RISK FACTORS AND
THE IMPROVEMENT OF TREATMENT AND PREVENTIVE CARE IN A
PRIMARY HEALTH CARE

14.00.33 – Public health. Healthcare management
(medical sciences)

ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES

TASHKENT – 2019