

11. Turbabina N. A. Sovremennaya situatsiya i areal askaridoza v Rossii [Current situation and area of ascariasis in Russia]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni - Medical parasitology and parasitic diseases*, 2019, No. 1, pp. 41-47.

12. Umarov R. M. Osnovnye faktory, vliyayushchie na razvitie epidemiologicheskogo protsessa gelmintozev v Chechenskoy Respublike [The main factors influencing the development of the epidemiological process of helminthiasis in the Chechen Republic]. *Vestnik Akademii nauk Chechenskoy Respubliki - Herald of the Academy of Sciences of the Chechen Republic*, 2013, No. 2 (19), pp. 25-30.

13. Yasinskiy A. B., Boyarskiy V. V., Repko I. M., Lukyanov N. B. Rol vody reki Varzoba v epidemiologii nekotorykh kishhechnykh infektsiy. *Ratsionalnoe ispolzovanie i okhrana vod v Tadzhikskoy SSR. I Tezisy dokladov seminar, avgust 1978 g* [The role of the water of the Varzoba river in the epidemiology of some intestinal infections. Rational use and protection of waters in the Tajik SSR. Abstracts of the seminar, August 1978]. Dushanbe, 1972. 17-19 p.

ХУЛОСА

З.Г. Хасанов, З.Ч. Фатимова, О.Х. Сандова, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев

ПАХНШАВИИ АСКАРИДОЗ, ЭНТЕРОБИОЗ ВА ЛЯМБЛИОЗ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ШАРОИТИ МУОСИРИ ИҚТИМОИЮ ИҚТИСОДИ

УДК-616.917-053.2;615.37

Н.М. Ходжаева, З.Р. Бобоева, М.С. Фузайлова

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ МУРАМИЛДИПЕПТИДНОГО РЯДА В ТЕРАПИИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней, ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Ходжаева Нигина Муродовна – д.м.н., профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности препарата ликолипид в терапии скарлатины у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 78 больных со среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины в возрасте от 2 до 14 лет. В зависимости от характера проводимой терапии больные дети были разделены на 2 группы: основная группа в дополнение к базисной терапии получила иммуномодулятор ликолипид, а контрольная группа получила только базисную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты клинических исследований показали, что включение

Мақсади тадқиқот. Мутобиқи ҳуҷҷатҳои расмӣ оморӣ омӯхтани баъзе бемориҳои паразитӣ (аскаридоз, энтеробиоз ва лямблиоз) дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Маъод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективи ҳисоботи солони марказҳои ҷумҳуриявии назорати давлатии санитарии эпидемиологӣ барои солҳои 2015-2019 оид ба паҳншавии бемориҳои паразитӣ гузаринида шуд. Паҳншавии аскаридоз, энтеробиоз ва лямблиоз миёни аҳолии вилоятҳои Суғд, Хатлон, Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе омӯхта шудааст.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили ҳисоботи ҳарсолаи расмӣ дар бораи сатҳи бемории аҳоли, минтақаҳо ва дар маҷмӯъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2015-2019 нишондиҳандаҳои баландро дар вилояти Хатлон, ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ нишон дод ва дар динамикаи солҳои таҳқиқшуда ин нишондиҳандаҳои назаррас ба назар мерасанд. Дар вилояти Суғд коҳиши возеҳи бемории аскаридоз мушоҳида мешавад, сатҳи беморшавии энтеробиоз ва лямблиоз мӯътадил аст.

Дар шаҳри Душанбе сатҳи бемориҳои паразитӣ нисбатан кам аст.

Калимаҳои калидӣ: аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз, бемориҳои паразитӣ, гельминтозҳо, бемориҳои рӯда, сироят, динамика, пешгирӣ.

ликопида в комплексную терапию больных основной группы ускоряло клиническое выздоровление. Отмечалось достоверное сокращение сроков исчезновения симптомов интоксикации и местный воспалительный процесс в зеве у больных основной группы по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Также применение иммуномодулятора в комплексной терапии скарлатины достоверно быстрее привело к нормализации показателей как клеточного, так и гуморального звена иммунитета у больных основной группы.

Заключение. Установлена клинико-иммунологическая эффективность использования иммуномодулятора липопид в терапии больных со скарлатиной, что свидетельствует о целесообразности применения препарата в комплексной терапии скарлатины у детей.

Ключевые слова: скарлатина, иммунитет, липопид.

N.M. Khodzhaeva, Z.R. Boboeva, M.S. Fuzaylova

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EFFICIENCY OF MURAMYLDIPEPTIDE GROUP MEDICINE IN A THERAPY OF SCARLET FEVER THERAPY IN CHILDREN

Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University

Khodjaeva Nigina Murodovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Infectious Diseases, SEI Avicenna Tajik State Medical University.

Aim. To assess the clinical-immunological effectiveness of Lycopid medicine in the treatment of scarlet fever in children.

Material and methods. 78 patients with moderate and severe forms of scarlet fever aged 2 to 14 years were under the observation. Depending on the nature of the therapy, children have divided into two groups: the main-group, in addition to the basic-therapy, received the immunomodulator Lycopid, and the control group received only the basic-therapy.

Results and discussion. The results of clinical studies have shown that the inclusion of Lycopid to the complex therapy of patients of the main-group, accelerated the clinical recovery. There was a significant reduction of intoxication symptoms duration and a local inflammatory process in the throat of the main-group patients compared to the control group ($p < 0.001$). Also, the use of an immunomodulator in the complex therapy of scarlet fever significantly faster led to the normalization of cellular and humoral immunity indicators in patients of the main-group.

Conclusion. The clinical and immunological efficacy of the use of the Lycopid immunomodulator in the treatment of patients with scarlet fever has been established. It indicates the feasibility of using the drug in the treatment of scarlet fever in children.

Keywords: scarlet fever, immunity, Lycopid.

Актуальность. Стрептококковые инфекции группы А являются одними из наиболее распространённых инфекционных заболеваний в мире. Среди этих инфекций у детей особое место занимает скарлатина.

Несмотря на достижения по лечению больных стрептококковой инфекцией с применением современных этиотропных препаратов, продолжается регистрация среднетяжёлых и тяжёлых форм скарлатины, с риском развития осложнений и летальных исходов.

Скарлатина приводит к развитию гнойно-септических осложнений, такие как лимфаденит, отит, синусит, пневмония, септицемия, септикопиемия, а также и иммунопатологических осложнений – инфекционно-аллергический миокардит, острая ревматическая лихорадка, острый постстрептококковый гломерулонефрит, васкулиты, синдром PANDAS [2-4].

Показано, что исходы и течение инфекционных заболеваний, зависят от адекватности формирующихся иммунных механизмов [1]. Представленные в литературных источниках данные о развитии в патогенезе скарлатины Т- и В-лимфопении, обосновывает применение иммуностропных препаратов направленного действия в лечении данного заболевания.

Липопид является синтезированным аналогом активного фрагмента бактериальных клеточных стенок – глюкозаминилмурамилдипептид, представляющий собой N-глюкозаминил-(1–4)-N-ацетилмурамил-D-изоглутамин. Попадая в организм человека, связывается со специфическими центрами в эндоплазме Т-лимфоцитов и фагоцитов, в следствие чего происходит стимуляция активности моноцитов и макрофагов, запускает все звенья антиинфекционной иммунной защиты организма: фагоцитоз, цитотоксическую активность

макрофагов, естественных киллеров и клеточный и гуморальный иммунитет. Для ликопида характерны свойства иммунокорректора: не влияет на исходно нормальные показатели, а измененные доводит до уровня нормальных значений, что чрезвычайно важно в педиатрической практике.

Также следует подчеркнуть, что влияние ликопида на образование внеклеточных активных форм кислорода нейтрофилами сходно по действию с полиоксидонием, что указывает на то, что ликопид также обладает антиоксидантным свойством. Ликопид не обладает тератогенным действием, не вызывает хромосомных aberrаций.

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности препарата ликопид в терапии скарлатины у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 78 больных со скарлатиной находившихся на стационарном лечении в детских инфекционных отделениях Городского Медицинского центра г. Душанбе за период 2017-2019 гг. Диагноз был выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, клинической картины и лабораторных методов исследования – бактериологического посева мазков из зева на группу стрептококков. В зависимости от характера проводимой терапии больные дети были разделены на 2 группы. Эффективность комплексной иммунной и химиотерапии оценивалась в группах больных со среднетяжелой и тяжелой формами болезни, преимущественно, у детей в возрасте 2-14 лет.

1-ю группу (основную) составили 45 больных детей со среднетяжелой и тяжелой формами болезни, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор «Ликопид» (РФ). Ликопид 1мг назначали детям в возрасте от 2 до 14 лет для приема внутрь в форме таблеток по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 10 дней.

Во 2-ю группу (контрольную) включены 33 детей со среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины, получавшие только базисную терапию. Пациенты второй группы были сопоставимы по возрасту и тяжести болезни с больными первой группы.

Оценка клинической эффективности лечения больных скарлатиной, была проведена на основании изучения следующих показателей: продолжительности симптомов интоксикации, сроков исчезновения сыпи, ангины, частоты возникновения осложнений. Для сравнительной оценки эффективности комплексной иммунохимиотерапии и базисной терапии были изучены следующие па-

раметры: показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также продуктов ПОЛ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета анализа MS Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты клинических исследований показали, что включение иммуностропного препарата – ликопида в комплексную терапию больных основной группы ускоряло клиническое выздоровление. Продолжительность основных клинических симптомов у больных сравниваемых групп представлена в табл. 1.

Из приведённой таблицы следует, что включение ликопида в терапию больных первой группы позволило добиться более ранней, чем во второй группе, нормализации температуры тела ($p < 0,001$). Также наблюдалось достоверное сокращение сроков исчезновения симптомов интоксикации и местного воспалительного процесса в зеве у больных первой группы. Так, слабость исчезла у больных первой группы на $3,78 \pm 0,17$ день от начала терапии во второй группе – на $5,76 \pm 0,23$ день лечения ($p < 0,001$). Головные боли у больных первой группы исчезли на $2,18 \pm 0,22$ день а во второй группе на $4,52 \pm 0,37$ день от начала терапии ($p < 0,001$). Продолжительность других симптомов интоксикации – тошнота, рвота, нарушение сна и аппетита, также были достоверно короче у больных первой группы ($p < 0,001$) по сравнению со второй группой. У больных первой группы по сравнению со второй группой острый тонзиллит также достоверно быстрее подвергался обратному развитию: боли в горле у больных первой группы исчезли на $2,18 \pm 0,11$ день ($p < 0,001$), а во второй группе на $3,67 \pm 0,16$ день терапии, ангина исчезла в среднем на $4,09 \pm 0,15$ день ($p < 0,001$) терапии у больных первой группы и на $5,76 \pm 0,17$ день лечения во второй группе, регионарный лимфаденит также исчезал быстрее у больных первой группы ($p < 0,001$).

Сроки исчезновения сыпи были одинаковыми в обеих группах. Зуд кожи исчезал быстрее у больных первой группы. Типичные изменения языка также были одинаковым в обеих группах. Сокращение размеров печени также быстрее происходило у больных первой группы ($p < 0,001$). Положительным моментом является тот факт, что в группе больных, находившихся на комплексной иммунохимиотерапии, частота развития осложнений была низкой по сравнению с группой больных, получивших только базисную терапию. Так, у двух больных первой группы были отмечены

Таблица 1.

Продолжительность основных клинических симптомов у больных при различных методах лечения (на день лечения) ($M \pm m$)

Клинические проявления	Иммунохимиотерапия (n=45)	Базисная терапия (n=33)	p
Длительность лихорадки	1,96±0,21	3,0±0,25	<0,001
Слабость	3,78±0,17	5,76±0,23	<0,001
Нарушение сна	1,93±0,15	3,27±0,26	<0,001
Тошнота	2,13±0,18	4,03±0,24	<0,001
Рвота	1,03±0,08	2,96±0,12	<0,001
Нарушение аппетита	2,64±0,16	4,42±0,22	<0,001
Головные боли	2,18±0,22	4,52±0,37	<0,001
Боли в конечностях	2,01±0,16	3,92±0,22	<0,001
Мелкоточечная сыпь с типичной локализацией	3,91±0,18	4,21±0,22	>0,05
На фоне гиперемии	2,84±0,17	3,18±0,22	>0,05
Симптом Филатова	3,98±0,19	4,27±0,22	>0,05
Симптом Пастиа	3,91±0,57	4,55±0,62	>0,05
Зуд кожи	1,42±0,16	3,3±0,27	<0,001
Боли в горле	2,18±0,11	3,67±0,16	<0,001
Ангина	4,09±0,15	5,76±0,17	<0,001
Увеличение лимф. узлов	4,51±0,18	6,03±0,16	<0,001
Шелушение кожи	2,09±0,37	3,11±0,39	>0,05
Симпатикус-фаза	2,73±0,16	3,09±0,19	>0,05
Увеличение печени	2,84±0,26	4,09±0,5	<0,01
Диарея	-	2,79±0,78	
Боли в животе	2,03±0,54	3,87±0,16	<0,001
Обложенность языка	1,11±0,16	1,05±0,15	>0,05
Малиновый язык	6,24±0,27	6,24±0,33	>0,05
Систолический шум	2,93±0,31	3,39±0,56	>0,05
боли и отёки в суставах	2,07±0,05	3,87±0,27	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между видами терапии (по U-критерию Манна-Уитни)

осложнения в виде пиелонефрита и лимфаденита. Наряду с этим, у восьми больных второй группы наблюдались следующие осложнения: лимфаденит у 3 больных, стоматит у одного больного, пиелонефрит у двух больных, долевая пневмония также в двух случаях.

Таким образом, анализируя основные клинические симптомы скарлатины у детей, установлена высокая клиническая эффективность ликопада в терапии скарлатины, так как у групп больных, получивших комплексную иммунохимиотерапию быстрее наступило выздоровление по сравнению с группой, получивших только базисную терапию, также снизилась частота развития осложнений.

Следует подчеркнуть, что ликопад наряду с высокой эффективностью, также является безопасным и хорошо переносимым средством, удобным в применении, у больных практически не отмеча-

лись побочные эффекты, что позволяют широко использовать их в комплексной терапии скарлатины у детей. Клиническая эффективность ликопада сопровождалась его иммунокорригирующим влиянием на различные звенья иммунной системы. Динамика показателей иммунного статуса у больных среднетяжелой и тяжелой формами скарлатины в зависимости от метода лечения представлена в таблице 2. Анализ сравнительных исследований показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета показал, что в остром периоде болезни (до начала лечения) не было выявлено достоверной разницы у обеих групп, свидетельствующих о сопоставимости сравниваемых групп.

К периоду реконвалесценции на фоне проведения терапии наблюдалось повышение концентрации Т-клеток и их субпопуляций у больных первой группы, что выражалось в достоверном повыше-

Таблица 2.

Показатели иммунного статуса у больных скарлатиной при различных методах лечения

Показатели	Ig M	Ig A	Ig G	CD 3	CD 4	CD 8	CD 20	CD 95
Контрольная группа (n=20)	1,17±0,13	1,11±0,15	9,85±1,51	60,2±5,1	46,8±5,21	20,34±3,09	18,24±1,7	30,13±4,34
I. Иммунохимиотерапия (n=45) Разгар болезни	1,13±0,09	0,98±0,09	6,09±0,57 ^{##}	41,53±0,74 ^{##}	26,04±0,43 ^{##}	15,31±0,48	19,02±0,37	19,69±0,43 [#]
Период реконвалесценции	2,59±0,29 ^{###,***}	1,93±0,29 ^{###,***}	12,58±0,77 ^{###,***}	62,58±0,70 ^{***}	39,0±0,55 ^{***}	20,31±0,31	24,0±0,56 ^{###,***}	28,8±0,61 ^{***}
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
II. Базисная терапия (n=33) Разгар болезни	1,07±0,09	0,88±0,08	5,7±0,34 ^{##}	42,14±0,88 ^{##}	25,67±0,47 ^{##}	15,3±0,58	18,86±0,39	22,26±0,74 ^{*,#}
Период реконвалесценции	1,38±0,1	1,14±0,08	8,97±0,63	49,87±1,17	31,58±0,9 [#]	19,51±0,55	21,56±0,54 [#]	21,91±0,68 [#]
p	<0,01	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в период разгара (по Т-критерию Вилкоксона); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при иммунотерапии (по U-критерию Манна-Уитни); #p<0,05; ##p<0,01; ###p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

нии количества Т- лимфоцитов (CD3+) (62,58±0,7 против 49,87±1,17%, p<0,001) и их субпопуляций – CD4+ (39,0±0,55 против 31,58±0,9%, p<0,001), CD20+ (24,0±0,56 против 21,56±0,54%, p<0,01). В периоде реконвалесценции на фоне терапии с включением ликопида, в отличие от базисного лечения, также отмечалось достоверное возрастание концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (1,93±0,29 против 1,14±0,08г/л, p<0,001; 2,59±0,29 против 1,38±0,1г/л, p<0,001; 12,58±0,77 против 8,97±0,63г/л, p<0,001).

Также для сравнительной оценки эффективности комплексной иммунохимиотерапии и базисной терапии были изучены состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОЗ) у больных со скарлатиной. Динамика состояния ПОЛ и АОЗ при среднетяжёлой и тяжёлой формах скарлатины у больных, находившихся на различных методах лечения, представлена в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, к периоду реконвалесценции концентрация МДА у больных первой группы снижалась до 1,88±0,13 мкмоль/л, наряду с этим во второй группе была снижена до 2,14±0,27 мкмоль/мл.

В сравниваемых группах более раннее увеличение активности СОД отмечено у детей первой группы, находящихся на комплексной иммунохимиотерапии (16,24±0,08 против 12,17±0,14 усл. ед. на фоне базисной терапии, p<0,001).

Также к периоду реконвалесценции у больных первой группы концентрация аскорбиновой кислоты в сыворотке крови достоверно повышалась как по сравнению с предыдущим периодом болезни (p<0,001), так и по сравнению со второй группой больных (p<0,01).

Закключение. Таким образом, применение ликопида в терапии скарлатины у детей позволило добиться более раннего купирования основных симптомов болезни, восстановлению состояния иммунного и свободнорадикального статуса. Наряду с высокой клинической эффективностью ликопида, установлена его безопасность, отсутствие при применении побочных эффектов. Также ликопид положительно влиял на течение болезни, что свидетельствует о целесообразности применения препарата в комплексной терапии скарлатины у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева Н.А. Клинико-иммунологические особенности течения пневмоний у детей раннего возраста / Н.А. Абдуллаева, Д. С. Додхоев, Н. К. Кузибаева, А.К. Маджидов// Здравоохранение Таджикистана. -2014.-№ 1. - С.37-41.
2. Белов Б. С. А- стрептококковая инфекция на рубеже веков / Б. С. Белов // Научно-практическая ревматология. -2002.- №1.- С. 29-34.
3. Краснова Е. И. Стрептококковая инфекция.

Таблица 3.

Показатели ПОЛ и АОЗ при различных методах лечения

Показатели	МДА (мкмоль/л)	СОД (усл. ед.)	Аскорбиновая кислота (ммоль/л)
Контрольная группа (n=15)	1,21±0,05	17,62±1,13	79,42±4,51
I. Иммунохимио-терапия (n=15) Разгар	4,0±0,14 ^{###,**}	8,6±0,1 ^{###}	39,14±0,35 ^{###}
Выздоровление	1,88±0,13 ^{##}	16,24±0,08 ^{***}	75,02±0,75 ^{**}
p	<0,001	<0,001	<0,001
II. Базисная терапия (n=15) Разгар болезни	3,05±0,34 ^{###}	8,45±0,12 ^{###}	39,23±2,85 ^{###}
Период реконвалесценции	2,14±0,27 ^{##}	12,17±0,14 ^{###}	66,72±1,07 ^{###}
p	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в период разгара (по Т-критерию Вилкоксона); **p<0,01, ***p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при базисной терапии (по U-критерию Манна-Уитни); #p<0,05, ##p<0,01, ###p<0,001 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Монография / Краснова Е. И. //Новосибирск: Сиб-медиздат. НГМУ. - 2015.- 160 с.

4. Леванович В. В. Эволюция стрептококковой инфекции. Руководство для врачей / В. В. Леванович, В. Н. Тимченко // Спб.: Спецлит. - 2015. - 495 с.

REFERENCES

1. Abdullaeva N. A. Kliniko-immunologicheskie osobennosti techeniya pnevmoniy u detey раннего возраста [Clinical and immunological features of the course of pneumonia in young children]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2014, No. 1, pp. 37-41.

2. Belov B. S. A-streptokokkovaya infektsiya na rubezhe vekov [A - streptococcal infection at the turn of the century]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya - Scientific and practical rheumatology*, 2002, No. 1, pp. 29-34.

3. Krasnova E. I. *Streptokokkovaya infektsiya. Monografiya* [Streptococcal infection. Monograph]. Novosibirsk, Sibmedizdatelstvo NGMU Publ., 2015. 160 p.

4. Levanovich V. V. *Evolutsiya streptokokkovoy infektsii. Rukovodstvo dlya vrachey* [Evolution of streptococcal infection. A guide for doctors]. St. Petersburg, Spetslit Publ., 2015. 495 p.

ХУЛОСА

Н.М. Хочаева, З.Р. Бобоева, М.С. Фузайлова

САМАРАНОКИИ САРИРИЮ МАСЪУНИ-ЯТИИ ИСТИФОДАБАРИИ МАВОД АЗ ГУРӢХИ ҚАТОРИ МУРАМИЛДИПЕПТИД

ДАР ТАБОБАТИ КӢДАКONI ГИРИФТОРИ МАХМАЛАК

Мақсади таҳқиқот. Баҳоиди ба таъсирнокии саририю масъуни доруи ликопид дар табобати кӯдакони гирифтори махмалак.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳти назорати мо 78 бемор бо шаклҳои миёнавазнин ва вазнини махмалак дар синни аз 2 то 14 сола қарор доштанд. Вобаста аз хусусияти табобат, кӯдакони бемор ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи асосӣ дар илова ба табобати асосӣ маводи масъуни-ятбаландкунанда ликопидро гирифтаанд ва гурӯҳи назоратӣ танҳо табобати асосиро гирифтанд.

Натиҷа ва муҳокимаи он. Натиҷаҳои таҳқиқоти сарири нишон доданд, ки дохил кардани ликопид ба табобати комплекси беморони гурӯҳи асосӣ барқароршавии саририро тезонидааст. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (p <0.001) дар марҳилаи аз байн рафтани нишонаҳои захро-лудшавӣ ва раванди илтиҳобии мавқеи дар гулӯ коҳишёбии назаррас дар гурӯҳи асосӣ ба назар расид. Инчунин, истифодаи маводи масъуни-ятбаландкунанда дар табобати комплекси мах-малак бозътимод тезтар ба муътадил намудани нишондиҳандаҳои ҳам масунияти ҳуҷайравӣ ва ҳам ҳуморалӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ оварда расонид.

Хулоса. Таъсирнокии сарири ва масъуни и-стифодаи дору ликопид дар муолиҷаи беморони махмалак муқаррар карда шуд, ки ин қобили и-стифода будани ин дору дар табобати махмалак дар кӯдакон нишон медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: махмалак, масуният, ли-копид.