



САРДАБИР ЮСУФӢ С.Ҷ.

**Ҷонишини сардабир ва
муҳаррири масъул
Юсуфов А.И.**

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Қурбонов К.М. - д.и.т., профессор
академики АИТ ҶТ
Ибодов С.Т. - д.и.т., профессор
Ҳақназарова М.А. - д.и.т., профессор
Исмоилов К.И. - д.и.т., профессор
Начмиддинова М.Н. - д.и.т., профессор
Саидов А.С. - д.и.ф., профессор
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., дотсент
Саидов Ё.У. - д.и.т., дотсент
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент
Азизов Г.Ҷ. - д.и.т.
Субҳонов С.С. - н.и.т., дотсент
Бобоева Л.А. - н.и.т., дотсент
Раҷабов Г.О. - н.и.б., дотсент
Назаров М.Н. - н.и.б., дотсент
Холбеков М.Ё. - н.и.б., дотсент

ШӢРОИ ТАҲРИРИЯ

Ғадоев Б.Ш., Мазиев М.М.,
Қурбонбекова П.Қ., Раззоқов А.А.,
Холов Ё.Қ., Раҷабов У.Р.,
Ишонкулова Б.А., Султонов Ш.Р.,
Қурбонов С.С., Шарофова Н.М.,
Қурбонов Ҷ.М., Шерматов Д.С.,
Муҳамадиева З.А., Юлдошев У.Р.



АВҶИ ЗУҲАЛ

**Нашрияи Донишгоҳи давлатии
тиббии Тоҷикистон ба номи
Абӯалӣ ибни Сино**

**Маҷаллаи илмӣ – амалӣ
хар се моҳ чоп мешавад.
Соли 2010 таъсис ёфтааст.**

4(33)

2018

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги
Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти
№051\ МҶ-97 аз 19 март
соли 2018 ба қайд
гирифта шудааст.

Суроғаи идора: 734003,
Тоҷикистон, шаҳри Душанбе,
ҳиёбони
Рӯдакӣ 139, ДДТТ ба номи
Абӯалӣ ибни Сино
Тел. 224-45-83



**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ЮСУФИ С.ДЖ.**

**Заместитель главного редактора
ответственный редактор
Юсуфов А.И.**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Курбонов К.М. - д.м.н., профессор
академик АМН РТ
Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор
Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор
Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор
Наджмиддинова М.Н. - д.м.н., профессор
Саидов А.С. - д.ф.н., профессор
Рахмонов Э.Р. - д.м.н., доцент
Саидов Ё.У. - д.и.т., доцент
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент
Азизов Г.Дж. - д.м.н.
Субхонов С.С. - к.м.н., доцент
Бобоева Л.А. - к.м.н., доцент
Раджабов Г.О. - к.б.н., доцент
Назаров М.Н. - к.б.н., доцент
Холбеков М.Ё. - к.б.н., доцент

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Гадоев Б.Ш.,	Мазиёев М.М.,
Курбонбекова П.К.,	Раззоков А.А.,
Холов Ё.К.,	Раджабов У.Р.,
Ишонкулова Б.А.,	Султонов Ш.Р.,
Курбонов С.С.,	Шарофова Н.М.,
Курбонов Дж.М.,	Шерматов Д.С.,
Мухаммадиева З.А.,	Юлдошев У.Р.

AVÇI ZUHAL

**Официальное издание Таджикского
государственного медицинского
университета им. Абуали ибни Сино**

**Научно-практический журнал
издаётся ежеквартально.
Основан в 2010 году**

4 (33)

2018

**Журнал зарегистрирован
Министерством культуры РТ
(Свидетельство о регистрации
№0124/ МЧ от 21.06.2010г.).
Вновь перерегистрирован
19.03.2018г., №051МЧ**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ: 734003,
Республика Таджикистан,
г. Душанбе, пр.Рудаки, 139.
ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Тел.: 224-4583**



МУНДАРИЧА

ТИББИ АМАЛӢ

М.Х. Набиев, Ш.З. Ибодуллозода. Ихтилолҳо ва ислоҳи статуси иммунӣ ҳангоми шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ.....	5
М.П. Носирова, Д.И. Иномзода. Интегратсияи тибби исботкунанда дар омӯзиши фанни тибби оилавӣ.....	13
М.П. Носирова, З.К. Умарова, Р.П. Пачаева. Чанбаҳои тиббӣ-ичтимоии ошкоркунии барвакти фишорбаландии шарёнӣ дар мактаббачагон.....	17
А.М. Қосимов, К.М. Бухоризода, М.Ф. Ҳомидов. Самаранокии клиникаи табобати ултрабунафш дар гирифторони бемории витилиго.....	23
У.С. Раҳимов, К.М. Мухаммадиева, С.С. Исматуллоева. Нишондиҳандаҳои гомеостази вегетативӣ дар наврасони аз бемории витилиго азияткашанда.....	27
З.Қ. Хушқадамов, Х.М. Мирзоев, Б.Д. Имомов, Д.С. Исроилов. Тағйиротҳои рағу бофтавии гипофиз ҳангоми марг.....	32
Ф.А. Каримова, Ш.Ф. Одинаев, М.Э. Рачабзода, А.И. Табаров. Динамикаи тағйирёбиҳои сифати ҳаёти гирифторони бемориҳои ишемии дил дар шароити осоишгоҳи "Баҳористон".....	35
Г.С. Мамадҷонова, З.К. Умарова. Ғизо ва табобати кӯдакони дорои ихтилолҳои функционалии ҳозима.....	40
К.И. Исмоилов, С.Т. Давлатов, М.А. Исмоилова, Ҷ.А. Израмов. Нозукиҳои табобати барқароркунанда ҳангоми вайроншавии мувозинати гемостаз дар кӯдакони гирифтори илтиҳоби бактериалии шуш.....	44
Л.А. Бабаева, А.К. Мачидзода, М.А. Ҳомитова. Хусусиятҳои клиникаию лаборатории чараёнӣ намуди гематурии гломерулонефрити музмин дар кӯдакон.....	50
Л.А. Бабаева, О.Ф. Ҳайдарова. Хусусиятҳои чараён ва табобати астмаи бронхиалӣ дар кӯдакон.....	54
Н.В. Фаттоева, Е.Г. Алиева. Реабилитатсияи беморони гирифтори бемории фишорбаландӣ бо ёрии гимнастикаи шифой ва масҳ.....	57
Е.Г. Алиева, Н.В. Фаттоева. Табобати артрити ревматоидӣ бо ёрии майдони магнитӣ.....	60
М.Б. Ҳакимова, Ф.Ҷ. Шарифзода. Баъзе чанбаҳои тиббию иҷтимоии саратони ғадуди ширӣ дар занони Тоҷикистон.....	63
Х.А. Зафаров, М.Б. Устоев. Хусусиятҳои танзими набзи дил дар давраҳои гуногуни раванди таълими донишҷӯён.....	68
Ё.Қ. Холов, А.Х. Қодиров, Б.Х. Маҳкамова, Н.Ю. Самандаров. Тағйироти муҳтавои кислотаҳои талха ҳангоми табобати бемории чарбии чигар.....	73
С.Х. Некбин, Э.Р. Раҳмонов, Ш.Қ. Матинов. Баъзе вижагиҳои клиникаию эпидемиологии бемории сӯхтанӣ дар муқоисаи Афғонистон ва Тоҷикистон.....	78
Б.А. Ишонқулова, Ш.Н. Халилова, М.В. Урунова, У.П. Юлдошева. Омӯзиши муқоисавии пиёзҳои Розенбах ва Регели азим дар ҳаҷми шираи меъда ва баъзе нишондодҳои мубодилаи чарбҳо.....	83
Г.О. Рачабов, М.Н. Назаров. Муайян кардани миқдори кислотаҳои олии чарбу дар зардобҳои хуни одамони солим ва беморони гирифтори стеатози чигар ва стеатогепатит, бо усули хроматографияи газӣ.....	89
М.Н. Назаров, Н.М. Назаров, С.Ш. Миров, С.С. Ҷабборова. Роҳҳои истифода ва ҳифзи рустаниҳои муфиди Тоҷикистон.....	93
Қ. Бекзод, С.Ғулломпур. Арзёбии кайфияти хадамоти шифохонаӣ аз дидгоҳи мариз.....	102

**ТИББИ НАЗАРИЯВЌ**

- О.Т. Девонаев, Р.Х. Зокиров, М.Ф. Менликулов, А.А. Алиев.** Маълумотҳои мигдории гиреҳчаҳои лимфоидии роҳҳои талҳарави беруназҳигарии одамон дар онтогенези баъдитаваллудӣ.....110
- С.Т. Ибодов, Ф.А. Абдурахмонов, М.У. Усмонов, С.Р. Мирзоева, Ҳ.Ш. Ҳақназаров.** Нишондиҳандаҳои андозаву микдории ғадуди ҳалқуми одам дар онтогенези баъди таваллуд.....114
- Ҳ.Ю. Шарипов, Л.В. Масаидова, Э.Х. Тағойқулов.** Манзараи морфологии полипҳои малигнизатсияшудаи рӯдаи ғафс.....117

ҒАЙРИТИББЌ

- М.Қ. Гулов, Қ. Партоев.** Хусусиятҳои ба гармӣ тобоварии картошка дар шароити ноҳияи Ҳуросони Тоҷикистон.....121
- Р.С. Қиматов, З.А. Носирова, С.П. Чолова, М.Х. Қодиров.** Ташаккули салоҳиятнокии шунавандагон бо истифода аз саволҳои тестии навъи пай дар пай.....126
- Д.Р. Комилов.** Шиноҳти фалсафаи Ибни Сино аз нигоҳи Мӯсо Диноршоев.....129
- Чашнвора**.....136



ТИББИ АМАЛӢ

ИХТИЛОЛҲО ВА ИСЛОҲИ СТАТУСИ ИММУНӢ ҲАНГОМИ ШАКЛҲОИ ОРИЗАДОРИ СИНДРОМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ

М.Х. Набиев, Ш.З. Ибодуллозода

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 (мудири кафедра н.и.т. Набиев М.Х.) -и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Набиев Музаффар Холназарович - н.и.т., мудири кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru, Тел.: +992 987 25 60 60;

Ш.З. Ибодуллозода - унвонҷӯй кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 915 09 99 91

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши статуси иммунӣ ва арзёбии клиникии самаранокии иммуномодулятори тимотсин ҳангоми шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ (ШО СПД).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти таҳқиқот ва табобат 125 бемори дорои шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ қарор дода шуд, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шудаанд, ки ҷинс, сину сол, довомнокии беморӣ ва вазнинии ҷараёни паталогӣ ба эътибор гирифта шуда буд. Давомнокии диабетӣ қанд аз 5 то 10 солро ташкил кард. Дар муҳлати то 14 шабонарӯз аз гузаштан аз аввали беморӣ 10 бемор, зиёда аз 14 шабонарӯз -115 бемор ба беморхона ворид шуданд. Дар 116 бемор диабетӣ типии II, дар 9 нафар - типии I дида шуд. Сатҳи гликемия ҳангоми дохил шудан ба ҳтсоби миёна 14,2 ммол/л бо глюкозурия то 3%.буд.

Натиҷаҳо. Дар ҳамаи беморони дорои шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ ҳангоми ба беморхона дохил шудан ва дар шабонарӯзи 7-уми табобат миқдори

мутлақи лимфоситҳо (CD3, CD4, CD8) саҳеҳан кам мешавад. Дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда миқдори CD3, CD4, CD8, T-лимфоситҳо, ҳамчунин NK-хучайраҳои CD16. -и экспрессивишуда низ кам шудааст. Системаи фагоситарӣ - фагоситоз CD32. осеб мебинад. Нишондиҳандаҳои иммунитетии гумморалӣ камтар возеҳ буданд ва пас аз ворид намудани тимотсин суръати тағйирёбиашон суст шуд. Натиҷаҳои беҳтарин ҳангоми омезиш додани табобати иммуностимулясионӣ бо табобати антикоагулянтӣ, ислоҳи мубодилаи карбогидратҳо, қатъ намудани протсессии сироятӣ ва ишемияи ниҳой ба даст оварда шуд.

Хулоса. Истифодаи тимотсин дар якҷоягӣ бо ҷорабиниҳои табобатии зикршуда муътадилшавии нишондиҳандаҳои иммунологиро таъмин намуда, хатари паҳншавии протсессии фасодӣ-некрозӣ ва интоксикасияи эндогениро кам месозад.

Калимаҳои калидӣ: синдроми попанҷаи диабетӣ, иммуномодулятор, иммунитетии гумморалӣ, иммунитетии хучайравӣ, T-лимфоситҳо.

НАРУШЕНИЯ И КОРРЕКЦИЯ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

М.Х. Набиев, Ш.З. Ибодуллозода

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Набиев Музаффар Холназарович - к.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Ш.З. Ибодуллозода - соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.



Цель исследования. Изучение иммунного статуса и клиническая оценка эффективности иммуномодулятора тимодина в лечении осложнённых форм синдрома диабетической стопы (ОФ СДС).

Материал и методы. Обследовано и пролечено 125 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы, разделенные на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и тяжести течения патологического процесса. Длительность сахарного диабета составила от 5 до 10 лет. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили 10 больных, более 14 суток - 115. У 116 отмечен сахарный диабет II типа, у 9 - I типа. Уровень гликемии при поступлении в среднем составлял 14,2 ммоль/л с глюкозурией до 3%.

Результаты. При поступлении больных с ОФ СДС на 7-е сутки после лечения достоверно уменьшается абсолютное число лимфоцитов (CD3 CD4 CD8). У всех обследованных количество CD3, CD4, CD8 Т-лимфоцитов существенно снижено, как и

количество экспрессированных НК-клеток CD16. Отмечается достоверное снижение количества и функциональной способности основных фагоцитирующих клеток. Сбои гуморального иммунитета носят менее выраженный характер и изменяются медленнее после применения тимодина. Лучшие результаты получены при сочетании иммуностимулирующей терапии с антикоагулянтной коррекцией углеводного обмена, купированием инфекционного процесса и критической ишемии.

Заключение. Применение тимодина в совокупности с перечисленными лечебными мероприятиями обеспечивает нормализацию иммунологических показателей и снижает риск распространения гнойно-некротического процесса и эндогенной интоксикации.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, иммуномодулятор, гуморальный иммунитет, клеточный иммунитет, Т-лимфоциты.

VIOLATIONS AND CORRECTION OF IMMUNE STATUS IN COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

M.Kh. Nabiev, Sh. Z. Ibodullozoda

The department of general surgery №2 of Avicenna Tajik state medical university

Nabiev Muzaffar Kholnazarovich - c.m.s, head of the department of general surgery №2 of Avicenna TSMU. +992 987 25 60 60; E-mail: myzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Sh.Z. Ibodullozoda - applicant of chair of common surgery №2 Tajik state medical university named by Abuali ibni Sino,

Purpose. To study of immune status and clinical assessment of thymosin immunomodulator effectiveness in treatment of complicated forms of the diabetic foot syndrome (CF DFS).

Material and methods. 125 patients were examined and treated with complicated forms of diabetic foot syndrome divided into two groups and comparable by sex, age, duration of illness and severity of pathological progress. The duration of diabetes mellitus was from 5 to 10 years. Up to 14 days from the onset of the disease, 10 patients were admitted, more than 14 days -

115. 116 had diabetes mellitus type II, 9 had type I diabetes. Glycemia level at admission was on average 14.2 mmol/l with glucosuria up to 3%.

Results. On admission of patients with CF DFS, the absolute number of lymphocytes (CD3 CD4 CD8) reliably decreases on the 7th day after treatment. In all of the examined patients the number of CD3, CD4, CD8 T-lymphocytes significantly reduced, while the number of expressed NK cells CD16. There is a significant decrease in the number and functional ability of the main phagocytic cells. Disruptions of humoral immunity are less



pronounced and changing more slowly after the injection of thymocin. The best results were obtained with a combination of immunostimulating and anticoagulant therapy, correction of carbohydrate metabolism, stopping the infectious process and critical ischemia.

Conclusion. The use of thymocin in combination with the listed treatment measures

Муҳиммият. Диабети қанд (ДҚ) дар ша-роити имрӯза ҳамчун пандемияи ғайриси-роятӣ баррасӣ мешавад, ки бисёр кишва-рҳои оламро фаро гирифтааст. Ҳамагӣ чанд сол қабл миқдори беморони гирифтори ДҚ дар ҷаҳон аз 130 млн одам зиёд набуд. Имрӯз бошад, дар дунё танҳо мувофиқи беморони муроҷиаткунанда 366 млн. бемор ба қайд гирифта шудааст, ки 7% - и аҳолии дунёро ташкил медиҳад. Аксари бештари онҳо 40 - 59 - сола буда, тақрибан 50% - и онҳо ба гурӯҳи сину соли қобили қорӣ тааллуқ доранд. [1]. Федератсияи байналмилалии диабет чу-нин пешбинӣ мекунад, ки миқдори беморо-ни гирифтори бемории қанд дар соли 2030 то 1.5 маротиба афзуда, то 552 млн. нафар мерасад, яъне ҳар як шахси 10 - уми дунё гирифтори ин беморӣ мешаванд [1.5]. Дар Тоҷикистон соли 2014 ҳамагӣ 34853 бемо-рони диабет қанд ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо 5249 нафар бори аввал муайян кар-да шуд, ки 63.6 нафар ба 100000 нафарро ташкил медиҳад, яке аз хусусиятҳои бемо-рони дорои шаклҳои оризаи синдроми по-панҷаи диабетӣ (СПД) ин дер бистарӣ шу-дани онҳост. СПД яке аз проблемаҳои му-ҳимтарине мебошад, ки дар табобати ҳам медикаментозӣ ва ҳам ҷарроҳӣ муносиба-тҳои босифатро талаб мекунад. Мувофиқи маълумотҳои расминоморӣ, дар Россия соли 2011 3.27 млн. нафар беморони гириф-тори ДҚ ба қайд гирифта шуда буд. Аммо миқдори воқеии ин беморон 3 - 4 маротиба зиёд буда, то 10 млн. одам мерасад. [3, 4, 6, 8]. Беморшавӣ ва фавтияти беморони ДҚ аз бемориҳои дилу рағҳо 5 маротиба бештар аст, осебҳои шараёнҳои магистралии андо-мҳои поёни 3 - 5 маротиба зиёд ба назар мерасад, назар ба популятсияҳои боқимон-да.

provides for the normalization of immuno-logical parameters and reduces the risk of the spread of purulent-necrotic process and endogenous intoxication.

Key words: diabetic foot syndrome, immu-
nomodulator, humoral immunity, cellular
immunity, T-lymphocytes.

БҚ - бемории полиэтиологӣ буда, оми-лҳои ба вучудоварандаи беморӣ ва ори-заҳои он ҷалб кардани имкониятҳои муоси-ри профилактикӣ, ташхисӣ ва табобатиро талаб мекунад [4, 9]. Басомади баланди инкишофи оризаҳои фасоднок, паст шуда-ни фаъолнокии протсессҳои репаративӣ, ба протссеси патологӣ ҷалб шудани омилҳои модарзодӣ иммунитетӣ ҳуҷайравӣ аз зарур будани воридсозии доруҳои иммуномодуль ба табобати комплекси беморони гириф-тори БҚ гувоҳӣ медиҳанд, ки таъсири онҳо ба барқарор кардани фаъолияти муҳофиза-ти иммунӣ, фаъол соختани протсессҳои тоза кардани ҷарроҳӣ ва репаратсияи он нига-ронида мешаванд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани ҳолати статуси иммунӣ ва арзёбии клиникаи самаранокии иммуномодулятори ватании ти мотсин дар табобати шаклҳои оризаноки синдроми попанҷаи диабетӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти таҳқиқот ва табобат 125 бемори дорои шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ қарор дода шуд, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шудаанд, ки чинс, сину сол, довомнокии бе-морӣ ва вазнинии ҷараёни патологӣ ба эъти-бор гирифта шуда буд.

Дар муҳлати то 14 шабонарӯзи баъди саршавии беморӣ ба статсионар 10 бемор ворид шуд, зиёда аз 14 шабонарӯз - 115 бемор. Дар бештари беморон ДҚ типии II - 116 нафар бемор ва типии I - 9 нафар ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми ба беморхо-на ворид шудан сатҳи гипергликемия ба ҳисоби миёна 14.2 ммол/л бо глюкозурия то 3% буд. Дар гурӯҳи якум (асосӣ) 65 па-циент дохил шудааст, ки дар баробари та-бобати комплекси оперативӣ - медика-ментозӣ инчунин иммуномодулятори ти-



мотсин 1.0 мл (157 мкг) - ро ба таври дохилимушакӣ 1 маротиба дар давоми 14 рӯз қабул кардаанд. Тимотсин аз пайвастагии координатсионии дипептиди синтетикӣ изолейтсил - триптофан бо иони рӯх (синк) иборат аст. Дар гурӯҳи дуюм 60 пациентҳои дорои шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ ворид карда шуд, ки дар онҳо таъобати стандартии оперативӣ - медикаментозӣ дар маҷмӯъ бо иммуномодулятор тималин гузаронида шуд.

Барои баҳо додани самаранокии таъобат ва муқоиса кардани натиҷаҳои ба даст овардашуда дар беморон ҳангоми дар шабонарӯзҳои 7 - ум ва 14 - ум ва ҳамчунин ҳангоми аз статсионар руҳсат шудан таҳқиқот гузаронида шуд. Самаранокии таъобат низ аз рӯи возеҳии аломатҳои мавзеи илтиҳоб (гиперемияи атрофи чароҳат, пайдо шудани бофтаҳои гранулятсионӣ, возеҳии варамҳои атрофи чароҳат ва некрози бофтаҳо) баҳогузори карда шуд. Дар ин маврид муҳлати тоза кардани чароҳат аз бофтаҳои некрозӣ ва пайдо шудани гранулятсияи солим, ҳамчунин хурд шудани андоза ва майдони осеб ба ҳисоб гирифта шуд. Назорати динамикии ҳолати беморӣ ҳангоми дохилшавӣ ва чараёни протсессҳои чароҳат тибқи маълумотҳои усулҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструментиалии таҳқиқот анҷом дода шуд. Барои назорати самаранокии таъобат таҳқиқоти динамикии микробиологӣ ва ситологии биоптатҳои бофтаҳо гузаронида шуд, динамикаи чараёни протсессҳои чароҳат аз рӯи аломатҳои клиникӣ, ҳолати гемодинамикаи регионарӣ - тибқи маълумотҳои сканеркунии дуплексӣ (таҳқиқот дар базаи маркази миллии ташхис ва Маҷмааи тибии "Истиклол"), дараҷаи паҳншавии детруксияи устухонҳо - тибқи маълумоти рентгенографияи попанҷа омӯхта шуд.

Барои арзёбӣ кардани микродинамика ва мубодилаи бофтаҳо дар марҳалаҳои таъобат динамикаи шиддати транскутаннии оксиген (T_{spO_2}) бо ёрии дастгоҳи TCM - 400 ширкати "Radiometer" (Дания)

мавриди таҳқиқ қарор дода шуд. Таҳқиқоти иммунологии звеноҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии иммунитет бо усули ИФА дар дастгоҳи Cobase 411 ва Cobas INTEGRA 400 plus, ҳамчунин таҳқиқотҳои микробиологии биоптатҳои бофтаҳо бо омӯхтани динамикаи чараёни протсессҳои чароҳат аз рӯи аломатҳои клиникӣ гузаронида шуд.

Қоркарди оморӣ маълумотҳо бо ёрии пакети барномаҳои амалии "STATISTICA 6.0" (Staf Soft Inc., USA) анҷом дода шуд.

Барои бузургҳои мутлақ ифодаи миёна ва хатоҳои ифодаҳои миёна ($M \pm m$); барои нишондиҳандаҳои сифатӣ - бузургии нисбӣ ($P\%$) анҷом дода шуд. Муқоисаҳои ҷуфти бузургҳои мутлақ аз рӯи меъёри Г Манн - Уити ва Т - меъёр Уилконсен, гузаронида шуд, барои муайян кардани фарқиятҳои байни гурӯҳҳо аз рӯи аломатҳои сифатӣ меъёрӣ X_2 истифода карда шуд. Фарқият ба таври оморӣ бо ифодаҳои $p ? 0.05$ ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар таъобати комплекси беморони СПД таъобати мақсадноки зиддибактериалӣ, умумимустаҳкамкунӣ, дезинтоксикатсионӣ, иммуностимулятсионӣ, қандистехсолкунанда, таъобати ангиотропӣ ва доруҳои беҳтарсозандаи ҳосиятҳои реологии хун, аз рӯи нишондодҳо - плазма - гемотрансфузиогӣ.

Ҳангоми ба беморхона дохил шудан дар ҳамаи беморон назар ба бузургҳои меъёрӣ 2 маротиба баланд шудани нишондиҳандаҳои иммунограмма ба назар расид. Таҳқиқотҳои густурдаи иммунологӣ тағйироти ҳамаи звеноҳои муҳофизати иммуниро нишон доданд (ҷадвали 1). Дар хун муҳтавои CD3 CD16 CD4 CD32 кам шуд, Т-иммунодефитсит, суст шудани функцияи Т-лимфоситҳо, ҳамчунин гиперактиватсияи функцияи фагоситарӣ дида шуд.

Концентратсияи IgA и IgG дар хун дар 50% ҳолатҳо дар меъёр боқӣ монд, ки ин аз суст будани ҷавоби иммунӣ гувоҳӣ медиҳад, дар 50%-и беморон нишондиҳандаи IgM ва IgG баланд буд.



Динамикаи нишондиҳандаи звеноҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони дорои шаклҳои оризадори синдроми попанҷаи диабетӣ (ШО СПД)

Нишондиҳанда	Меъёр	То табобат (n=125)	Шабонарӯзи 7-уми табобат			Шабонарӯзи 14-уми табобат		
			Тималин (n=60)	Тимотсин (n=65)	p	Тималин (n=60)	Тимотсин (n=65)	p
Т-лимфосит CD 3	55.00-69.00	40,1±3,0	43,4±3,2 p ₁ >0,05	58,4±4,1 p ₁ <0,001	<0,001	59,1±5,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	68,4±5,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	<0,05
Т-хелпер CD 4	34.00-44.00	24,3±2,2	30,3±2,1 p ₁ <0,001	43,6±3,3 p ₁ <0,001	<0,001	41,3±3,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	44,3±4,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	>0,05
Т-супрессор CD 8	17.00-23.00	15,4±1,8	17,2±2,6 p ₁ >0,05	22,3±2,2 p ₁ <0,001	<0,01	20,1±2,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	23,6±2,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,05
В- лимфосит CD 20	18.00-30.00	30,2±2,8	21,4±1,7 p ₁ <0,001	30,4±2,4 p ₁ >0,05	<0,001	24,8±1,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	30,8±2,9 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	<0,001
Апоптоз CD 95	25.00-35.00	36,4±2,3	27,3±2,2 p ₁ <0,001	35,7±3,6 p ₁ >0,05	<0,001	30,3±2,7 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	35,1±3,2 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	<0,05
Ретсептори kIL-2 CD 25	13.00-25.00	14,1±0,9	15,6±1,8 p ₁ <0,05	25,1±2,6 p ₁ <0,001	<0,001	20,5±1,9 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	24,5±2,6 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,01
Ретсептори пролифератсия CD 71	15.00-25.00	10,2±1,7	13,2±1,6 p ₁ <0,01	24,3±2,1 p ₁ <0,001	<0,001	21,9±1,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	24,7±2,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,05
Фагоситоз CD 32	40.00-60.00	29,3±3,2	32,6±3,1 p ₁ >0,05	41,8±4,4 p ₁ <0,001	<0,01	50,7±4,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	59,3±4,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,05
NK-хуҷайраҳо CD 16	6.00-12.00	3,6±0,6	5,3±0,9 p ₁ <0,01	11,4±2,1 p ₁ <0,01	<0,001	10,8±1,1 p ₁ <0,01 p ₂ <0,001	12,1±2,2 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	>0,05
Ig A	0.61-3.48	3,5±0,7	3,6±0,3 p ₁ >0,05	3,5±0,4 p ₁ >0,05	>0,05	3,1±0,2 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	3,4±0,3 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	>0,05
Ig G	5.49-15.84	8,9±1,5	9,5±1,3 p ₁ >0,05	11,1±1,2 p ₁ <0,01	<0,05	12,1±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	15,2±2,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	<0,05
Ig M	0.23-2.59	0,76±0,04	1,12±0,08 p ₁ <0,001	2,38±0,09 p ₁ <0,001	<0,001	2,01±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	2,51±0,08 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,01

Эзоҳ: p - ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо; p₁ - ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондодҳо то табобат; p₂ - ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондодҳо дар шабонарӯзи 7-уми табобат.

Тавре ки аз маълумоти чадвал бармеояд, хангоми ШО СПД ҳам дар вақти ворид шудан ба беморхона ва ҳам хангоми шабонарӯзи 7-уми табобат миқдори мутлақи лимфоситҳо (CD3, CD4, CD8) саҳеҳан кам мешавад. Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои хоси системаи иммунӣ хангоми ШО СПД ба таври эътимодбахш нишон дод, ки дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда миқдори CD3, CD4, CD8, Т-лимфоситҳо хеле кам аст, ҳам-

чунин NK-хуҷайраҳои CD16. -и экспресси-вишуда низ кам шудааст. Системаи фагоситарӣ - фагоситоз CD32. осеб мебинад.

Саҳеҳан паст шудани ҳам миқдори ҳуҷайраҳои асосии фагоситарӣ ва ҳам қобилияти дошта куштан ва ҳазм кардани микроорганизмҳо паст мешавад. Нишондиҳандаҳои иммунитетии гумморалӣ камтар возеҳ буданд ва пас аз ворид намудани тимотсин суръати тағйирёбиашон суст шуд.



Натиҷаҳои таҳқиқотҳои микробиологӣ нишон доданд, ки хангоми ШО СПД сохтори этиологиро намояндагони гуногуни флораҳои граммусбат ва грамманфӣ ташкил додаанд. Дар 94,2%-и ҳолатҳо микст-инфексия ҷой дошт, ки ҳамзамон ду, се ва ҳатто бештар микроорганизмҳо кишт шудаанд. Бештар ассотсиатсияи стафилококк бо микрофлораи граммманфӣ (қламчаи рӯдаҳо, энтерококк, клебсиелл) бартарӣ доштанд. Дар монокултура бештар стафилококкҳо (67,2%) кишт шудаанд. Дар ҳолатҳои алоҳида стрептококк, энтеробактерия, протей ва қаламчаи сирояти синегновӣ дида шуд. Назорати динамикии микробиологӣ дар протсессии табобат дар гурӯҳи асосӣ фаъолнокии баланди зиддимикробии препаратро нишон дод, ки инро киштҳои манфӣ дар шабонарӯзи 14-ум дар 64% ҳолат тасдиқ мекунанд, дар гурӯҳи назоратӣ киштҳои манфӣ дар шабонарӯзи 14-ум ба мушоҳида нарасид.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқотҳои ситологӣ нишон доданд, ки дар шабонарӯзи 1-уми пас аз амалиёти ҷарроҳӣ дар ситограммаҳо дар ҳамаи беморон миқдори зиёди тухмхуҷайраҳои дегенеративӣ тағйирёфта муайян карда шуд. Миқдори лейкоцитҳои сегментоядрой то 80% расид. Бо тоза кардани ҷароҳати фасодӣ аз массаҳои некрозӣ дар ситограммаҳо миқдори лейкоцитҳои дегенеративӣ тағйирёфтаи полиморфӣ-ядрой кам шудан гирифт, ҳамзамон миқдори шаклҳои ҷавони лейкоцитҳои нейтрофилӣ бо сохтори меъёӣ ва тарҳҳои дақиқ зиёд шуд. Зиёд шудани миқдори макрофагҳо, дар ҷароҳат мавҷуд будани полибластҳо ва дар муҳлатҳои барвақт ба ҳадди профибробластҳо ва фибробластҳо пухта расидани онҳо нишондиҳандаи таъсири хуби таъсири тисмотсин ба ҷараёни протсессии ҷароҳат ба ҳисоб мераванд.

Таҳқиқотҳои анҷомдодашуда самаранокӣ баланди тимотсинро ҳамчун доруи беҳтарсозандаи протсессии регенеративӣ дар

Ҷадвали 2

Хусусияти амалиёти ҷарроҳӣ ва муҳлатҳои иҷрокунии онҳо дар беморони дорои ШО СДП

Ҳамагӣ:	Гурӯҳи асосӣ			Гурӯҳи назоратӣ		
	Фаврӣ	Таъҷилӣ	Нақшавӣ	Фаврӣ	Таъҷилӣ	Нақшавӣ
I.Экзартикулятсияи ангуштони попанча бо резексияи сараки устухонҳои миёнпанчаи по:						
- яу ангушт	6	9		7	9	
-ду ва зиёда ангушт	7	5		5	6	
II.Ампутатсияи трансметатарзалии попанча	7	5		7	6	
III. Чок кардани флегмони попанча ва соқ	45	-		47		
IV. Некрэктомия	39	91		42	105	
V. Катетеризатсияи шарёни поёнии эпигастралӣ	11	-		10		
VI. Ивазкунии пластикии дефекти бофтаҳо			12			11
VII. Остеотрепанатсияи реваскулизатсионӣ	9	7		7	8	
VIII. Ампутатсияи баланд:						
- дар сатҳи рон	1	1		2	2	
- дар сатҳи соқ	3			5	6	
Ҳамагӣ	128	118	12	132	142	11



беморони дорои ШО СПД муайян карданд. Дар заминаи табобати комплекси анҷом-додашудаи беморони (гурӯҳи асосӣ) ШО СПД тавассути тимотсин динамикаи возеҳи мусбати протсессеи ҷароҳат ба назар расид. Дар рӯзи 7-уми баъди сар кардани курси чиркшорӣ дар 41 бемор қатъ гардид, ҷароҳат тоза шуда бо гранулятсияи хуб пӯшонидани шуд, эпителизатсияи фаъоли канорӣ ба амал омад.

Дар 18 бемори боқимонда кам шудани чиркшорӣ дар рӯзи 9-ум ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ қатъ шудани чиркшорӣ дар рӯзи 16-уми баъди сар кардани табобат бо тималин ва минбаъд тоза намудан ва ба вучуд овардани гранулятсияи ҷароҳат ба амал омад. Натиҷаи мусбат аз истеъмол кардани тимотсин дар 90,7%-и беморон бо кам шудани муҳлати табобати статсионарӣ аз 41,1 3,8 то 24,1 2,1 шабонарӯз ба назар расид.

Таҳлили натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ нишон медиҳанд, ки амалиётҳои майдаи ҷарроҳӣ хангоми протсессҳои фасодиву некрозӣ бояд, ки ҳамчун марҳалаи омодагӣ ва минбаъд қатъ кардани (ампутатсияи) андомҳои баррасӣ карда шавад. Вайро ба ампутатсияҳои сарфакоронаи дисталии андомҳои поёнӣ бо мақсади нигоҳ доштани андом ва ё ақаллан функсияи таҷағоҳии вай дохил мекунад.

Зиёд шудани миқдори амалиётҳои майдаи ҷарроҳӣ бинобар руҳ додани ҳолатҳои такроран ҷарроҳӣ кардани попанча аз хусуси давом ёфтани протсессеи чиркшорӣ-некрозӣ амалӣ карда мешаванд. Табобати

зидди бактериалӣ бо дар назардошти паҳншавии протсессеи чиркшорӣ-некрозӣ ва ҳасосияти микрофлора ба антибиотикҳо гузаронида шуд. Таъсири хуби клиникӣ, тибқи муоинаҳои мо, тавассути воридсозии дохиливаридии офлоксатсин (то 1,0 г/ш/р.) дар якҷоягӣ бо метрогил (то 1,5 гш/р.) ё сефтазидим (то 1,0 г/ш/р.) бо метрогил (то 1,5 г/ш/р.) ба даст оварда мешавад. Миқдори ампутатсияҳои баланд дар беморони гурӯҳи назоратӣ 15 (25,0%), дар гурӯҳи асосӣ бошад 5 (7,6%) -и беморонро ташкил дод. Фавтияти умумӣ дар бемороне, ки тималин гирифтаанд (гурӯҳи назоратӣ) - 20% (12 бемор) буд. Сабаби асосии фавти беморон инфаркти миокард - дар 2 таҳқиқот, тромбоемболияи шарёни шушҳо - дар 2 ҳолат, дар 8 ҳолати боқимонда сабаби марги беморон эндотоксикози давомнок буд. Хангоми истеъмол кардани тимотсин фавтият дар 5 (7,6%) -и беморони гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шуд. Дар 2 ҳолат сабаби марг инфаркти миокард, дар 3 ҳолат зухуроти эндотоксикози давомнок буд.

Бо мақсади асоснок кардани истеъмоли тимотсин мо исбот намудани эътимоднокии фарқияти фавқиятро дар миёни ҳарду гурӯҳ ҳисобидем (ҷадвали 3).

Тавре ки дар ҷадвал нишон дода шудааст, истифода кардани тимотсин имконият медиҳад, ки фавтият аз дараҷаи баланд ($p < 0,05$) поён оварда шавад, ки ин аз таъсирбахшии олии иммуномодулятори ватанин тимотсин дар табобати комплекси ШО СПД ва барвақт қатъ кардани эндотоксикоз таҳти таъсири он вобаста аст.

Ҷадвали 3

Тавсифи муқоисавии фавтият дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи нвазоратӣ бо истифода аз тимотсин

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ (n=65)		Гурӯҳи назоратӣ (n=60)		p
	Абс	%	Мутл.	%	
Фавтият	5	7,7	12	20,0	<0,05

Эзоҳ: p - ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо

Ҳамин тавр, аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо табобати иммуностимулятсиониро якҷоя бо ислоҳи мубодилаи карбогидра-

тҳо, қатъ кардани протсессеи сироятӣ, ишемияи ниҳой ва табобати антикоагулянтӣ истифода кардан зарур аст. Танҳо тавассу-



ти маҷмӯи ин чорабиниҳои табобатӣ муътадилшавии нишондиҳандаҳои иммунологиро таъмин ва хатари паҳншавии протсесси фасодӣ-некрозӣ ва интоксикатсияи эндогениро кам кардан имконпазир аст. Дар заминаи табобати комплекси гузаронидашуда дар беморони гирифтори СПД бо истифодаи тимотсин динамикаи хуби мусбати процесси чароҳат ба назар расид, ки ислоҳи самараноки ихтилолҳои иммунологӣ ва маҳдудшавии протсесси фасодӣ-некрозиро таъмин кард.

Хулоса

1. Паст шудани фаъолнокии функционалии звеноҳои Т- хучайравӣ ва гуморалии иммунитет дар беморони гирифтори ДП барои пайваст шудани сирояти дувумӣ дар беморони дорои ШО СПД мусоидат мекунад, ки барои вай чараёни давомнок хос аст.

2. Истифодаи тимотсин дар табобати комплекси беморони дорои ШО СПД иммунитети гуморалӣ ва хучайравиро муътадил месозад, ки ин протсесси репаратсияи чароҳат ва давомнокии бистаришавиро кам месозад.

АДАБИЁТ

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермально-го эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы // Вестник хирургии. - 2016. - Т. 175, №5. - С. 63-68.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Анналы хирургии. - 2013.- №6. - С.48.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы // Хирургия. - 2014.- №3. - С.80-85.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии. - 2015. - Т. 174, №5. - С. 61-65.
5. Дедов И.И., Шестаковой М.В., Сунцов Ю.И. Результаты реализации подпрограммы "Сахарный диабет" Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы" // Сахарный диабет.- 2013.- Т. 16, №25. Спецвып. 2. - С. 2-16.
6. Князевская Е.Э., Яхина В.В. Эндovasкулярные технологии в лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // Бюлл. мед.интернет-конференций. - 2014.- №4. - С. 15-22
7. Удовиченко О.В., Коротков И.Н., Герасименко О.А. Доступность и эффективность реваскуляризирующих вмешательств у амбулаторных больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // Эндокр. хир. -2011.- №2.- С-39-48.
8. Шумков О.А., Лобарский М.С., Алтухов И.А. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга // Хирургия.- 2013.- №11.- С. 9-15.
9. Morbach S., Furchert H., Groblinghoff U. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade // Diabetes Care.- 2012.- Vol. 35, №10.- P. 2021-2027.



ИНТЕГРАТСИЯИ ТИББИ ИСБОТКУНАНДА ДАР ОМУЌИШИ ФАНИИ ТИББИ ОИЛАВИ

М.П.Носирова, Д.И.Иномзода

Кафедраи тибби оилави №2 (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Ёдгорова М.Ч.) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Носирова Матлюба Пулотовна - дотсенти кафедраи тибби оилави №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., тел.: - 907 97 72 02, E-mail: matlyuba61@mail.ru

Иномзода Ч.И. - дотсенти кафедраи тибби оилави №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., тел.: 919 01 44 14, E-mail: jura.inomzoda@inbox.ru

Имрӯз табиб омузиш ва мукамалгардонии пайвастаи дониши худро то охири фаъолияти тиббиаш қатъ карда наметавонад, яъне то он даме, ки ӯ қор мекунад, вазифадор аст аз худи касб омузад ва на танҳо бағочи доимо пуррашавандаи донишу маълумоти назариявӣ, балки таҷрибаи арзишманд, амалӣ ва мунтазам таҳлилшавандаи худ ва дигаронро ҳосил намояд. Стандарти муолиҷа ва тавсияҳои клиникӣ (ТК) мавзӯҳои асосии тибби исботшуда (ТИ) боқӣ мемонанд. Принсипҳои ТИ барои ом-

ӯзиш аҳамияти калон доранд, зеро донишҷӯён ва табибони ҷавоне, ки таҷрибаи муолиҷаи кардани беморонро надоранд, бештар зери таъсири омилҳои субъективӣ, аз ин сабаб, дар онҳо ба осонӣ тасаввуроти нодурусти муносибатҳо ба муолиҷаи ягон намунаи беморӣ ташаккул меёбад. Маҳз дар муассисаҳои олиии тиббӣ ба таҳлили танқидии иттилооти илмӣ ва адабиёти муосир талқин кардан мебошад.

Калимаҳои калидӣ: тибби оилавӣ, таҳсилот, тибби исботкунанда.

ИНТЕГРАЦИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБУЧЕНИЕ ПРЕДМЕТА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

М.П.Носирова, Д.И.Иномзода

Кафедра семейной медицины №2 (заведующий кафедрой - к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Носирова Матлюба Пулотовна - доцент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино к.м.н., тел.: 907 97 72 02, E-mail: matlyuba61@mail.ru

Иномзода Дж.И. - доцент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино к.м.н., тел.: 919 01 44 14, E-mail: jura.inomzoda@inbox.ru

Современный врач не должен прекращать свое непрерывное обучение и совершенствование до конца своей врачебной деятельности, т.е. пока врач работает, он обязан продолжать учиться и накапливать не только постоянно пополняющийся багаж теоретических знаний и данных, но и неоценимый, практический, постоянно анализируемый опыт (свой и других). Стандарты лечения и клинические рекомендации (КР) остаются главными объектами ДМ. Принципы ДМ имеют большое значение

для преподавания, т.к. студенты и молодые врачи, не имеющие опыта лечения больных, наиболее подвержены влиянию субъективных факторов, из-за чего у них достаточно легко формируются ложные представления о подходах к лечению тех или иных болезней. Именно в медицинских вузах следует прививать стремление к критическому анализу научной информации и современной литературы.

Ключевые слова: семейная медицина, обучение, доказательная медицина



INTEGRATION OF EVIDENCE MEDICINE IN TEACHING SUBJECT OF FAMILY MEDICINE

M.P.Nosirova, D.I.Inomzoda

Department of family medicine №2 (head of the department - c.m.s., associate professor Yodgorova M.J.) of Avicenna Tajik State Medical University

Nosirova Matluba Pulotovna - associate professor of the department of family medicine №2 of Avicenna TSMU c.m.s., tel.: 907 97 72 02. E-mail: matlyuba61@mail.ru

Inomzoda J.I. - associate professor of the department of family medicine №2 of Avicenna TSMU c.m.s., tel.: 919 01 44 14. E-mail: jura.inomzoda@inbox.ru

Introduction. Today, a doctor should not stop his continuous learning and improvement until the end of his medical practice, i.e. while the doctor is working, he is obliged to continue to learn and accumulate not only a constantly growing baggage of theoretical knowledge and data, but also invaluable, practical, constantly analyzed experience (his own and others). Treatment standards and clinical recommendations (CR) remain the main objects of EM. Principles of EM are important for teaching, because Students and young doctors who do not have experience in treating patients are the most susceptible to the influence of subjective factors, because of which they sufficiently easy form false ideas about the approaches to the treatment of certain diseases.

Aim: To study of international experience in the integration of evidence-based medicine in the teaching of the subject of family medicine in order to optimize the family medicine training program at the university.

Methods of investigation: To search for sources of the review key words were used on the appropriately programmed subject: family medicine, education based, evidence based medicine.

Муҳиммият. Расондани ёрии аввалини амбулаторӣ ба патсиентони тамоми гурӯҳҳои синну солӣ, таъмини маҷмӯии саломати одам ва тамоми аъзои оилаи он вази фаи тибби оилавӣ мебошад. Дар байни чараёни афзоишбандаи иттилооти тиббӣ мушкилот: интихоби тибби анъанавӣ ё алтернативӣ, "донишгоҳӣ" ё халқӣ, ватанӣ ва ё ғарбӣ. Минбаъд ҳалли интихоби муносибати ба амалия, таҷриба, интуитсия, ба ман-

Results. The Department of Continuing Education at Oxford University, led by internationally recognized experts and trainers, has received worldwide recognition for its high-quality teaching program.

In the curriculum of the California Family Medicine Hospital, such a topic as evidence-based medicine takes the second place.

Mayo Medical School of Evidence-Based Medicine contains a curriculum for teaching evidence-based medicine in the second and third years of study and has the goal of teaching the practice of using data obtained from clinical studies in the daily work of a family doctor.

Conclusions. A student, who is familiar with the principles of evidence-based medicine and is well-versed among a large flow of medical information, and later, by becoming a family doctor, will be able to find the most suitable solution for the patient's problem. It is in medical schools that one should inculcate a desire for a critical analysis of scientific information and modern literature.

Keywords: family medicine, education, evidence-based medicine

тики тасаввуроти илмӣ ё дар исботҳои самаранокӣ ва бехатарии дар раванди озмоишҳои софдилона (содиқона) ҳосилшуда, аз он вобастагӣ дорад, ки то чӣ андоза донишҷӯ - дар оянда табиби оилавӣ, ба таври назариявӣ ва амалӣ аз тибби исботкунанда воқиф аст [1]. Тибби исботкунанда истифодаи софдилона, таваччуҳпазир ва бо истифодаи оқилонаи дастовардҳои бехтарини муосир барои муолиҷаи ҳар як патсиент



асосёфтаро пешбинӣ мекунад (Sackett D.L. et al., 1996). Мақсади асосии ворид кардани принципҳои тибби исботкунанда ба системаи омӯзиши тибби оилавӣ - ба омӯзиш фаро гирфтани мутахассисони оянда аз имкониятҳои истифодаи онҳо дар баҳодихии адабиёти тиббӣ, минбаъд бошад, барои оптимизатсияи сифати расондани ёрии тиббӣ аз нуқтаи назари беҳатарӣ, самаранокӣ, арзиш ва дигар омилҳои муҳим мебошад [2]. Дар фарқият аз аксарият муносибатҳои дигари методологӣ, тибби исботкунанда (ТИ), бо назардошти тамоми ҷанбаҳои иқтисодии раванди муолиҷа, ба баҳодихии комили қиёсии самаранокӣ ва беҳатарии истифодаи маводи алоҳидаи доруӣ барои муолиҷаи ҳолатҳои мушаххаси патологӣ ва ба тақмил додани тавсияҳои клиникӣ низ имкон медиҳад [3].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таҷрибаи байналмилалӣ интегратсияи тибби исботкунанда дар омӯзиши фанни тибби оилавӣ барои оптимизатсияи барномаи таълими тибби оилавӣ дар донишгоҳ.

Маводи таҳқиқот. Пас аз амалигардонии ҷустуҷӯ 57 300 000 сарчашма дарёфт шуд, дар се базаи зерини маълумот таваққуф кардан, қарор карда шуд: Маркази оксфордӣ тибби исботкунанда (Department of Continuing Education at Oxford University - october 2013) www.cebm.net, Беморхонаи калифорниягии "Тибби оилавӣ" (USC/California Hospital Family Medicine Residency, ноябри с.2010, ноябри с.2012.) Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки., Мактаби тибби исботкунандаи Майо (Mayo Medical School Evidence Based Medicine Curriculum, December 1999 - June 2011) <http://www.mayo.edu/research/faculty/west-colin-patrick-m-d-ph-d/bio-00027800>.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Мактаби тиббии Тибби исботкунандаи Майо (Mayo Medical School Evidence Based Medicine Curriculum, December 1999 - June 2011) нақшаи таълимии омӯзиши фанни тибби исботкунанда дар солҳои таҳсили дуюм ва сеюмро дошта, мақсад аз он омӯзиши таҷрибаи истифодаи маълумоти аз таҳқиқоти клиникӣ дар қори ҳамарӯзаи табиби оилавӣ

ҳосилшуда мебошад. Намуди машғулиятҳои таълимӣ дар гурӯҳҳои хурд - ба таври интерактивӣ (муколамавӣ), дар гурӯҳҳои калон машғулиятҳои лексионӣ мебошад. Муаллифон N. Donner-Banzhoff, L.F., H-W Hense, R.K, and K. Weyscheider асбоби муайянкунандаи самаранокӣ омӯзиши донишҷӯён ба принципҳои тибби исботкунанда, инчунин имкониятҳои истифодаи иттилооти микдорӣ аз таҳқиқоти нашршуда барои ҳалли проблемаҳои мушаххас новобаста аз синну сол ва ҷинси пациентон тақмил додаанд [4,5]. Хар сол аз 192 то 203 донишҷӯи даври дусолаи таълимро гузашта, се маротиба: пеш аз омӯзиши фанни тибби исботкунанда, пас аз даври кӯтоҳ ва пас аз анҷоми даври давомнок дар курси сеюм ба санҷиши тестӣ супориданд. Баҳодихии донишҷӯ бо истифодаи саволномаи "Берлин" ва "Фресно" гузаронда мешуд. Муҳимияти тибби исботкунанда, ҳам барои таҳсилоти тиббӣ ва ҳам барои амалияи клиникӣ, бо баҳодихии мӯътадил баланд то оғози давр (балли миёна аз 3,7 то 4,0 аз 5 балли имконпазир) қайд шуд. Ин қиматҳо муддати кӯтоҳи даври компоненти нақшаи таълимӣ мутобиқан то 4,2 ва 4,5 (харду $p < 0,001$) зиёд шуда, пас аз даври сеюм низ устувор баланд қайд шуданд.

Дар нақшаи таълимии беморхонаи Калифорния "Тибби оилавӣ" мавзӯи тибби исботкунанда ҷойи дуҷумро ишғол мекунад. Муаллиф доктор Гектор Флорес тасдиқ мекунад, ки проблемаи асосии тандурустии муосир бозсозии техникӣ (аз нав таҷҳизонидан) мебошад. Ӯ ба тарафдорӣ ёрии тиббии ниҳоят таъсирбахше баромад мекунад, ки дар пойгоҳи ёрии аввалияи тиббӣ-саниатарӣ, координатсионӣ, беҳавф, босифат ва дастрас барпо шуда, бо истифода аз технологияҳои иттилоотӣ, ба принципҳои тибби исботкунанда: "100% вақт ба 100% пациент" асос меёбад.

Барномаи тибби оилавӣ ба сифати фаъолияти илмӣ-таҳқиқотӣ, аз тарафи донишҷӯён тайёр кардан ва гузарондани конференсияҳо, презентатсияҳо, тартиб додани лоиҳаҳо роҷектов доир ба тибби исботкунандаро дар бар мегирад. Барои беҳтар-



созии маҳоратҳои амалии ҳал кардани су-
поришҳои ситуатсионӣ, тахтаи махсусе ис-
тифода мешавад, ки дар он патсиентон са-
воли марбути саломатиашонро навишта
метавонанд.

Департаменти таҳсилоти муттасили
Университети Оксфорд бо роҳбарии кор-
шиносони байналмилалӣ-эйтирофшуда ва
мураббӣён, барои омӯзиши босифати бар-
номаи Маркази тибби исботкунанда даст-
гирикунанда, соҳиби эйтирофи умумича-
хонӣ шуданд. Модули мазкур барои дони-
шҷӯён, табибони оянда, мутахассисони ра-
сонандаи ёрии аввалияи тиббӣ-санитарӣ,
менечерҳои тандурустӣ, муҳаққиқони кли-
никӣ, рӯзноманигорони тиббӣ ва дигар му-
тахассисони тиббӣ ва соҳаи фарматсевтии
дар баҳодихии танқидии иттилоот ниёзманд
таъйин шудааст. Мақсади ин барнома омӯ-
зиши малакаҳои муайянкунии ҷанбаҳои
марказии ёрии илман асосноки тиббӣ, аз
ҷумла баҳодихии навъҳои гуногуни таҳқи-
қоти таснифотии клиникӣ, шарҳҳои систе-
мавӣ, муоинаҳои ташхисӣ ва пешгӯӣ мебо-
шад. Annette Pluddemann қайд мекунад, ки
баҳодихии танқидии таҳқиқотҳо яке аз сан-
ғҳои биноии тандурустии асоснокшуда ме-
бошад, муҳим - фаҳмидани маълумоти асо-
сии оморӣ, инчунин имконпазирии дар ама-
лия истифода кардани натиҷаҳои ҳосилшу-
да мебошад. Муаллифон ба хулосае ома-
данд, ки тибби исботкунанда раванди омӯ-
зиши яқумрӣ ва мустақилона мебошад ва

муошират бо патсиентон ба ҳосил кардани
тасаввурот доир ба ташхис, пешгӯӣ, табо-
бат ва дигар маълумоти муҳимми клиникӣ
ёрии аввалияи тиббӣ - санитарӣ имконият
фароҳам меорад.

Хулоса. Дар асоси гуфтаҳои боло, зару-
рати ба донишҷӯён омӯзонидани стандар-
тҳои тибби исботкунанда бо мақсади азхуд-
кунии донишҳо ва малакаҳо, барои имкон-
пазирии таъсиррасонии мусбат ба патсиен-
тон мувофитки мақсад аст. Ҳамзамон, дар
асоси тибби исботкунанда, мунтазам ба-
ланд бардоштани сатҳи дониши ҳайати
омӯзгорони кафедраҳои гуногуни дониш-
гоҳ, аз як тараф, дар раванди таълим ба ис-
тифодаи исботҳои беҳтарини муосир им-
кон дода, аз тарафи дигар, ҳамчун асбоби
хуби таълим хизмат карда метавонад, ки ба
дараҷаи олии донишҷӯён он аз касбияти ба-
ланди омӯзгор шаҳодат медиҳад. Инчунин
қайд мекунем, ки таъсири мусбати интег-
ратсияи назария ба амалия, ҳангоми дони-
шҷӯи аз принципҳои тибби исботкунанда
бархӯрдор ва дар байни ҷараёни калони
иттилооти тиббӣ хуб мавқеи худро муай-
янкарда, минбаъд, ҳангоми табиби оилавӣ
шудан, ҳалли нисбатан мувофиқтари муш-
килотии патсиентонро ёфта метавонад.

Ҳамин тавр, пайравии доимии стандар-
тҳои тибби исботкунанда, ба омӯзиши са-
маранокӣ касбӣ ва тақмили ихтисоси сари-
вақтии ҳайати тиббӣ имкон медиҳад.

АДАБИЁТ

1. <http://www.emcmos.ru/ru/profession/a13738/> Е.Аветисов. Семейная медицина - комплексный подход к здоровью. 2013.
2. West CP, McDonald FS. Evaluation of a longitudinal medical school evidence-based medicine curriculum: a pilot study. *J Gen Intern Med.* 2008; 23:1057-1059. doi: 10.1007/s11606-008-0625-x.
3. Khan KS, Coomarasamy A. A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidence-based medicine. *BMC Med Educ.* 2006;6:59. doi: 10.1186/1472-6920-6-59.
4. Fritsche L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer H-H, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ.* 2002; 325:1338-1341. doi: 10.1136/bmj.325.7376.1338.
5. Ramos KD, Schafer S, Tracz SM. Validation of the Fresno Test of competence in evidence based medicine. *BMJ.* 2003; 326:319-321. doi: 10.1136/bmj.326.7384.319.



ЧАНБАҲОИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ ОШКОРКУНИИ БАРВАҚТИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРӢНӢ ДАР МАКТАББАЧАҒОН

М.П. Носирова, З.К. Умарова¹, Р.П. Пачаева²

Кафедраи тибби оилавии №2 (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Ёдгорова М.Ч.) ДДТТ-и ба номи Абӯалӣ ибни Сино, МД МИК Педиатрия ва ҷарроҳии кӯдаконаи Ҷумҳурии Тоҷикистон

Носирова Матлюба Пулатовна - дотсенти кафедраи тибби оилавии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., тел.: 907 97 72 02, E-mail: matlyuba61@mail.ru

Умарова Зарифа Косимовна - профессори кафедраи тибби оилавии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., тел.: 919 98 58 80

Пачаева Розия Пулатовна - мутахассиси пешбари илмии МД МИК Педиатрия ва ҷарроҳии кӯдаконаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: 918 61 47 13

Дар таҳқиқотҳои солҳои охир фишорбаландии шарӢнӣ (ФС) дар 8,5 %-и наврасон ва шахсони синни ҷавони ҷумҳурии мо ошкор карда шуд. Проблема то ҳанӯз муҳим бокӣ мемонад, зеро шиддатёбии беш аз ҳадди психоэмотсионалӣ ва ҳолатҳои стрессӣ, одатҳои бад, вазни барзиёди бадан омилҳои моилкунандаи бемории фишорбаландӣ дар калонсолӣ мебошад. Дар мақола муаллифон ҳолати системаи дилу рағҳои хонандагони мактаби таҳсилоти умумиро омӯхта, омилҳои хавфовари ташаккули

ФС дар 846 мактаббачагони сифҳои 5-ум то 11-ум таҳлил кардаанд. Афзоиши бартаридоштаи нишондиҳандаҳои беморшавии системаи дилу рағҳо дар хонандагони сифҳои 10 ва 11 қайд мешавад. Омилҳои хавфовари инкишофи ФС дар хонандагон, дар оила мавҷудияти хешовандони гирифтори бемориҳои дилу рағҳо, вазни барзиёд ё фарбеҳӣ, фаъолнокии ками ҷисмонӣ, истемоъли тамоку низ мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: хонандагони мактаб, фишорбаландии шарӢнӣ, омилҳои хавфовар.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ

М.П. Носирова, З.К. Умарова, Р.П. Пачаева

Кафедра Семейной медицины №2 (заведующий кафедрой - к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.) ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГУ НКЦ Педиатрии и детской хирургии Таджикистана

Носирова Матлюба Пулатовна - доцент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н., тел.: 907 97 72 02, E-mail: matlyuba61@mail.ru

Умарова Зарифа Косимовна - профессор кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., тел.: 919 98 58 80

Пачаева Розия Пулатовна - ведущий научный сотрудник ГУ НКЦ Педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан, тел.: 918 61 47 13

В исследованиях последних лет выявлена артериальная гипертония у 8,5% подростков и лиц молодого возраста нашей республики. Сегодня эта проблема стала актуальной, так как психоэмоциональное перенапряжение и стрессовые ситуации, вредные привычки, избыточная масса

тела являются предрасполагающими факторами гипертонической болезни в старшем возрасте. В статье авторами изучается состояние сердечнососудистой системы учащихся общеобразовательной школы, анализируются факторы риска формирования АГ у 846 школьников с 5-го по



11-й классы. Отмечено преимущественное увеличение показателей заболеваемости сердечнососудистой системы у школьников 10-11-х классов. Факторами риска развития АГ у учащихся явились также наличие в семье родственников с сердечносо-

судистыми заболеваниями, избыточный вес или ожирение, низкая физическая активность, курение пассивное или активное.

Ключевые слова: учащиеся, артериальная гипертензия, факторы риска.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF EARLY DETECTION OF ARTERIAL HYPERTENSION AT SCHOOLCHILDREN

M.P. Nosirova, Z.K. Umarova, R.P. Pachaeva

Department of family medicine №2 (head of the department - c.m.s., associate professor Yodgorova M.J.) of Avicenna TSMU, SI SCC of Pediatrics and Pediatric Surgery of Tajikistan

Nosirova Matluba Pulotovna - associate professor of the department of family medicine №2 of Avicenna TSMU, c.m.s. tel.: - 907 97 72 02, E-mail: matlyuba61@mail.ru

Umarova Zarifa Kosimovna - Professor of the department of family medicine №2 of Avicenna TSMU, MD. tel.: 919 98 58 80

Pachaeva Rosia Pulatovna - leading researcher of the State Pediatrics and Pediatric Surgery Center of the Republic of Tajikistan, tel.: 918 61 47 13

Introduction. In studies of recent years, arterial hypertension was detected in 8.5% of adolescents and young people in our republic. The problem still remains relevant as psycho-emotional overstrain and stressful situations, bad habits, overweight are predisposing factors of hypertension in older age.

Aim: The aim of the study is to estimate the incidence and study the risk factors for the formation of hypertension in schoolchildren, as well as to determine the detection of hypertension in the outpatient setting.

Methods of investigation: In the article, the authors study the state of the cardiovascular system of secondary school children; analyze the risk factors for the formation of hypertension in 846 school children from the 5th to the 11th grades.

Муҳиммият. Проблемаи бемории фишорбаландии шарёнӣ (ФШ) на танҳо диққати терапевтҳо, кардиологҳо ва педиатрҳо, балки тавачҷӯҳи дақиқи табибони оилавино низ ҷалб қардааст. Сабаби ин, ба таври назаррас "чавон" шудани нахустин ФШ буда, дар кӯдакон, махсусан дар наврасон зиёд вомерӯрад. Робитаи

Results. The predominant increase in the incidence of the cardiovascular system in schoolchildren of 10-11th grades was noted. Risk factors for hypertension among schoolchildren were also the presence of relatives in the family with cardiovascular diseases, overweight or obesity, low physical activity, and passive or active smoking.

Conclusions. Early detection of high blood pressure in children and adolescents, burdened with hypertension, heredity, knowledge of the psychological climate of the family will determine the ability of the family doctor to significantly more effectively organize the prevention of hypertension in young people.

Key words: schoolchildren, arterial hypertension, risk factors.

зичи фишори баланди шарёнӣ бо минбаъда инкишофи бемории гипертоникӣ, муносибати бодикқатонаи ҳар як ҳолати баландшавии фишори хуни (ФХ) кӯдаконро талаб мекунад [1,2,5].

Дар байни бемориҳои музмини ғайрисириятии калонсолон, гипертонияи шарёнӣ (ГШ) яке аз ҷойҳои аввалро ишғол



мекунад. Доир ба зарурати ба назар гирифтани балоғат муаллифон ишора мекунад [8,9], ки хангоми синну соли якхела, сатҳи нисбатан баланди ФХ дар духтарони ҳайзбин мушоҳида мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки муҳаққиқон [6,7] баландшавии ФХ-ро бо зиёдшавии синну сол, нисбат ба ФХ-и диастоликӣ (афзоиш тақрибан 0,5 мм сут. сим. дар як сол), дар ФХ-и систоликӣ (аз валодат то 20-солагӣ дар писарон ба ҳисоби миёна ба 2 мм сут. сим., дар духтарон бошад, ба 1 мм сут. сим. дар як сол) нисбатан восеҳтар қайд мешавад. Дар 10 - 13-солагӣ ФШ-и систоликӣ, одатан, аз духтарон, пас аз 13-солагӣ бошад, аз писарон баландтар аст. Нуктаи назари аксарият олимони оиди робитаи сатҳи ФХ ва вазни бадан муҳолиф аст. Бо вучуди ФХ-и на ҳама одамони фарбеҳ баланд будан, аксарияти пациентони мубталои баландшавии ФХ, вазни барзиёди бадан дошта, бузургии иловашавии вазни бадан бо зиёдшавии синну сол бо хавфи инкишофи ФШ марбут аст. Шаҳодатҳои зиёде вучуд доранд, ки дистонияҳои рагӣ дар кӯдакон (аз чумла, аз рӯи навъи фишорбаландӣ) ба бемориҳои тамоюли ирсидошта дохил мешаванд. Фарз бар ин аст, ки ҳар як одам тавсифҳои муайяни ирсияти фаъолияти системаи вегетативӣ дорад [3,4], ки дар навбати худ бо хусусиятҳои инфиродӣ, ба монанди пуризирибӣ, депрессия ва ваҳм (тарс), ки ба ташаккули патологияи соматикӣ мусоидат мекунад, зич алоқаманд мебошанд. Масъалаи муҳим (ҳалталаб) - масъалаи мувофиқи мақсад будани ченкунии ФХ дар синни кӯдакӣ ва наврасӣ мебошад.

Мақсади таҳқиқот - баҳодихии сатҳи беморшавӣ ва омӯхтани омилҳои хавфовари ташаккули ФШ дар хонандагони мактаб, инчунин гузарондани баҳодихии ошкоркунии ФШ дар шароити амбулаторӣ.

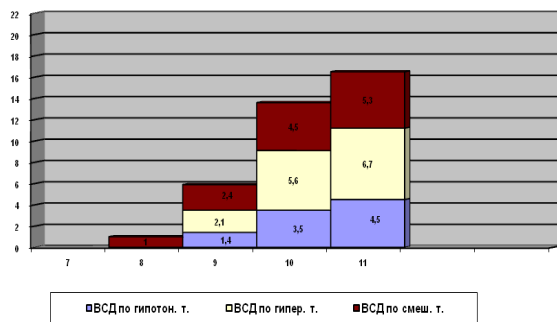
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот доир ба омӯзиши ҳолати системаи дилу рагҳои хонандагон дар пойгоҳи мактаби таҳсилоти умумӣ, муддати ду сол гузаронда шуд. Ҳамагӣ 846 хонандаи син-

фҳои 5 то 11-юм ба муоина фаро гирифта шуданд, ки писарон 463 (54,7%), духтарҳо 383 (45,3%) -ро ташкил карданд. Мактаббачагон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум хонандагоне дохил буданд, ки бо ягон намуди варзиш шуғл дошта, речаҳои рӯз, истироҳат ва физиогириро риоя мекарданд; оиди тарзи солими ҳаёт каме ҳам бошад, тасаввурот дошта, онро риоя мекарданд. Ба гурӯҳи дуюм мактаббачагоне дохил буданд, ки ҳатто ба варзиши пагоҳирӯзӣ машғул набуданд; речаҳои гизо, рӯз ва истироҳатро риоя намекарданд ва оиди тарзи ҳаёти солим тамоман маълумот надоштанд.

Баҳодихии маҷмӯи ҳолати саломатии хонандагони мактаби таҳсилоти умумӣ давоми ду соли таҳсил гузаронда шуд. Муайянкунии сатҳи фишори шарёӣ бо ёрии сфигмоманометр ва фонендоскоп тибқи усули Коротков амалӣ карда мешуд. Ба хонанда дар ҳолати нишаста, пас аз оромии панҷдақиқина, ба китфи чап манжета пӯшонда, се маротиба бо танаффуси ду-дақиқина фишори шарёӣ чен карда мешуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таъсири маҷмӯи омилҳои манфӣ бо зиёдшавии синну сол сабабгори тағйирёбиҳои хоси нишондиҳандаҳои физиологияи ҳолати организми мактаббачагон шуд. Таҳлили беморшавии системаи дилу рагҳо нишон дод, ки дар хонандагон дар синфҳои 6-8-ум дистонияи вегетативию рагии навъи омехта пайдо шуда, дар синфҳои 9-ум тамоюл ба баландшавӣ ва ё ба пастшавии фишори шарёӣ қайд мешаванд.

Дистонияи вегетативию рагии навъи гипертонӣ дар 100 муоинашуда 14,4% хонандагон (аз синфи ҳафт то ёздаҳ), навъи омехта ва гипотонӣ мутобиқан дар 13,4% ва 9,5% наврасон мутобиқан мушоҳида шуд. Афзоиши бештари нишондиҳандаҳои беморшавии системаи дилу рагҳо дар мактаббачагони синфҳои 10 ва 11 қайд шуд, ки эҳтимол, аз сарбории бошиддату давомноки таълим низ вобастагӣ дорад (расми 1).



Расми 1. Бемориҳои системаи дилу рағҳо дар хонандагони мактаб.

Яке аз сабабҳои ба пайдошавии аксарият бемориҳои дилу рағҳо мусоидаткунанда, камбудии фаъолнокии ҷисмонӣ мебошад. Фаъолнокии ҷисмонӣ - яке аз омилҳои асосие мебошад, ки ба рушд (инкишоф)-и организми кӯдак ва имкониятҳои мутобиқшавии он таъсир мерасонад. Яке аз нишондиҳандаҳои таъсири фаъолнокии ҷисмонии кӯдак - инъикоскунанда - сатҳи саломатии ҷисмонӣ мебошад. Аз як тараф, тағйирёбиҳои инкишофи ҷисмонӣ аз ҳисоби камбудани ё барзиёдии вазни бадани кӯдак, ба пайдошудани қатор бемориҳои соматикӣ мусоидат, аз тарафи дигар бошад, вайроншавиҳои инкишофи ҷисмонӣ худ натиҷаи патологияи узвҳои дарунӣ шуда метавонанд.

Тарзҳои гуногуни баҳодиҳии инкишофи ҷисмонии кӯдак вучуд доранд. Дар асоси аксарияти онҳоро маълумоти антропометрӣ, асосӣ - вазн (W) ва дарозии бадан ё қад (H) ташкил мекунад. Индекси вазни бадан (ИВБ) аз ҷинс, синну сол ва қади кӯдак вобаста нест ва дар муоинаҳои скринингӣ ва профилактикӣ кӯдак дар мактабҳо, ҷангоми ченкунии танҳо вазни бадан ва қади кӯдак, васеъ истифода шуда метавонад [5].

Таҳлили омории маълумоти анкетавӣ ошкор кард, ки дар байни хонандагони муоинашудаи мактаби таҳсилоти умумӣ, 329 (38,9%) нафар дар бахшҳои варзишӣ ё дар хона бо машқҳои ҷисмонӣ (гирди хона давидан, шейпинг байни духтарон, мушакварзӣ байни писарон) машғуланд, зимнан аз онҳо духтарон аз нисф камтар - 138 (41,9%) - нафарро ташкил карданд, ки шояд сабаби ин,

нисбат ба писарон шумораи камтари хонандадухтарон дар мактаб бошад. Тавре аз ҷадвали 1 бармеояд, зиёда аз 60% хонандагон хоҳиш надоранд принципҳои тарзи ҳаёти солим (ТХС)-ро риоя кунанд ва ё аз принципҳои он, ки яке аз унсурҳои ҳаракат (машқҳои ҷисмонӣ, шугл бо варзиш, истироҳати фаъл) мебошад, воқиф нестанд. Таҳлили маҷмӯии нишондиҳандаҳои антропометрӣ ба муҳокима кардани мутаносибии инкишофи ҷисмонӣ имкон медиҳад. Дар таҳқиқоти мазкур маълумоти индекси Кетле ИВБ дар ду гурӯҳи муқоисашаванда аз таъсири манфии сатҳи пасти маълумоти хонандагон оиди нигоҳдорӣ ва устуворгардонии саломатии инфиродӣ шаҳодат медиҳад. Муқаррар карда шуд, ки қиматҳои миёнаи арифметикӣ индекси Кетле дар гурӯҳи хонандагон, ки бо машқҳои ҷисмонӣ машғуланд, нисбат ба гурӯҳи 2-юм боэътимод бештар ба нишондиҳандаҳои меъёрӣ мутобиқат мекарданд ($p < 0,001$; $p < 0,01$; $p < 0,05$) (ҷадв. 1).

Нишондиҳандаҳои нисбатан пасти индекси Кетле дар мактаббачагони гурӯҳи 2-юми бо машқҳои ҷисмонӣ машғулнабуда, аз вайроншавии ғизо шаҳодат медиҳанд, ки ҳам бо барзиёдии вазни бадан ва ҳам камбудии он зуҳур меёфт.

Чораҳои профилактикӣ ҷангоми мавҷудияти ФХ-и баланд бояд ба муътадилсозии вазни бадан, маҳлуд кардани истеъмоли намаки ошӣ, баланд бардоштани фаъолнокии ҷисмонӣ равона карда шаванд ва танҳо ҷангоми самара набахшидани ин чораҳо, истифодаи муолиҷа тавассути доруворӣ мувофиқи мақсад аст. Ҷизогии дуруст, аз бисёр ҷиҳат, аз волидайнӣ кӯдак ва наврасон, особенно аз модарон вобаста аст, бинбар ин, волидайнӣ мактаббачагони вазни барзиёди бадандоштаро усулҳои кам кардани вазни бадан ва нигоҳ доштани он дар сатҳи муътадил омӯзондан лозим аст. Ба муътадилсозии вазни бадан ва ФХ зиёд кардани фаъолнокии ҷисмонӣ низ мусоидат мекунад. Ҷангоми мавҷудияти ФШ, на фаъолнокиҳои статикӣ (бардоштани вазнинҳо ва м.и.), балки фаъолнокиҳои динамикӣ: шиноварӣ, давидан, баскетбол афзалноктар мебошанд.



Нишондиҳандаҳои ИВБ дар хонандагони мактаби таҳсилоти умумӣ

Синну сол	Шумора	Чис	Хонандагони машғули машқҳои ҷисмонӣ	Хонандагони бо машқҳои ҷисмонӣ шуғлнабуда	ИК-и хонандагони машғули машқҳои ҷисмонӣ	ИК-и хонандагони бо машқҳои ҷисмонӣ шуғлна дошта	P<
11	117	М	19	40	18,2±1,6	16,9±2,1	0,05
		Д	14	44	18,1±2,1	17,2±1,9	0,05
12	118	М	19	39	19,0±1,8	18,6±2,5	0,05
		Д	17	43	19,2±2,0	17,4±3,1	0,05
13	127	М	31	40	20,2±1,9	19,0±2,8	0,01
		Д	20	36	20,1±2,3	19,3±4,0	0,05
14	140	М	35	44	20,4±3,4	19,8±3,0	0,001
		Д	25	36	20,2±2,9	19,1±1,6	0,01
15	128	М	33	41	21,0±2,9	20,1±3,0	0,001
		Д	21	33	21,4±2,7	20,0±2,3	0,01
16	105	М	30	29	22,3±2,3	20,4±3,3	0,001
		Д	20	26	22,2±1,6	20,6±2,4	0,01
17	111	М	24	39	23,6±1,9	21,8±2,7	0,01
		Д	21	27	23,2±2,3	21,9±1,8	0,05
846			329-38,9%	517-61,1%			

Дар зиёдкунии фаъолнокии ҷисмонӣ ва дар сатҳи баланд нигоҳ доштани он, омӯзгорони тарбияи ҷисмонии мактаб ва муассисаҳои варзишӣ нақши асосӣ мебозанд. Зеро фишори шарафӣ баланд ва ГШ аксар вақт хусусияти оилавӣ доранд, аз ин рӯ, таъсир ба тамоми оила нисбат бартаринок мебошад. Як қисми чунин даҳлат, бояд саъю кӯшишҳои ба фароҳамории муҳити мусоиди таъминкуандаи дастгирии мутақобила дар даст кашидан аз анъанаҳои ғайриратсионалии оилавӣ, инчунин ба ташкили речаи дурусти меҳнат ва истироҳат равонашуда бошанд. Барои таъсири муносиб ба кӯдакону наврасон ва оилаҳои онҳо таҷрибаҳои кӯшиши табиб кифоя нест, саъю кӯшиши якҷояи педиатрҳо, ҳамшираҳои тиббӣ, мутахассисон дар соҳаи ғизо, психологҳо, омӯзгорон зарур мебошад. Пешгӯӣ кардан хеле душвор аст, ки дар кадоме аз наврасон ФШ дар калонсолӣ мушоҳида шуда, дар кадоми онҳо оризаҳои он инкишоф ёфта метавонанд. Ҳар қадаре, ки кӯдак хурдсолтару ФХ-и ӯ баландтар бошад, эҳтимолияти хусусияти симптоматикаи ФШ бештар аст, бинобар ин, дар навбати аввал бемориҳои паренхиматозии гурдаҳоро истисно кардан лозим аст.

Тамоюли оилавӣ, бешубҳа дар инкишофи ФШ нақш мебозад, аз ин рӯ, маълум кар-

дани анамнези оилавӣ ва маҳз дар ин гурӯҳ гузарондани чораҳои нисбатан қатъии профилактикӣ асоснок мебошад. Дар бобати гипертензияи шарёӣ, оиди омилҳои хавфавари инкишофи он, бештар чунин омилҳои хавфавар ба монанди: дар оила мавҷуд будани хешовандони гирифтори бемориҳои дилу рағҳо, вазни барзиёд ё фарбеҳӣ, фаъолнокии ками ҷисмонӣ, истеъмоли кам ё зиёди тамокуро ба назар гирифтани зарур аст.

Ҳодисаҳои инфаркти миокард дар волидайнӣ духтарҳо дар 2,6% ҳолатҳо, дар оилаҳои писарон - дар 3,3% ҳолатҳо қайд шуд. Инфаркти миокард дар бобо ё момаҳои духтарҳо дар 26,6% ҳолатҳо, дар оилаҳои писарон бошад, дар 28,3% ҳолатҳо қайд шуд. Ҳодисаҳои марги нобахангоми бе сабаб дар оилаҳои духтарҳо ва писарон мутобикан дар 14,3% ва 10,3% ҳолатҳо қайд шуд. Фишори баланди шарёӣ дар аъзои оилаҳои духтарҳо дар 36,5%, дар оилаҳои писарон бошад, дар 51,3% ҳолатҳо қайд шуд. Нисбат ба оилаҳои духтарҳо (11,7%), диабет қанд 2 маротиба бештар дар оилаҳои писарон (23%) қайд шуд.

Нисбат ба падару модари оилаҳои духтарҳо (9,6), падару модари оилаҳои писарон бештар (15,2%) тамоку истеъмоли мекунаанд. Тақрибан дар нисфи оилаҳои муоинашуда падарон: 52,8% дар оилаҳои духта-



рҳо ва 44,3% дар оилаҳои писарон тамоку истеъмол мекунанд. Тахминан дар ҳар як панҷум оила: 19,6% дар оилаҳои писарон ва 14% дар оилаҳои духтарҳо модарон тамоку истеъмол мекунанд. Пурсиши доир-карда ошкор кард, ки дар гурӯҳи муоинашуда хонандагони синфҳои 5-11 - 8,3% духтарҳо ва 10% писарон тамоку истеъмол мекунанд.

Ҳангоми баҳодиҳии индекси вазни бада-ни волидайнӣ кӯдакони муоинашуда мушоҳида карда шуд, ки дар оилаҳои духтарҳо дар 39% падарҳо вазни барзиёди бадан ва дар 9% - фарбеҳӣ, дар модарон бошад, вазни барзиёди бадан дар 23% ва фарбеҳӣ дар 6% ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Дар 16% оилаҳои духтарҳо вазни барзиёди ба-дан ё фарбеҳӣ ҳам падар ва ҳам модарҳоя-шон доранд. Дар оилаҳои писарон низ ман-зараи ҳамшабех: дар 51% падарон - вазни барзиёди бадан ва дар 9% фарбеҳӣ, дар 22% модарон - вазни барзиёди бадан ва дар 4% фарбеҳӣ мушоҳида шуд. Дар 19% оилаҳои писарон барзиёдии вазни бадан ё фарбеҳӣ ҳам дар падар ва ҳам дар модарон қайд шуд.

Тақрибан нисфи волидайн мунтазам ма-води доруй (аналгетикҳо, маводи зиддиги-пертензивӣ, зиддидиабетӣ, гипохолестери-немӣ, маводи витаминӣ): 46,5% дар оилаҳои духтарҳо ва 44,3% дар оилаҳои писарон ис-теъмол мекунанд.

Танҳо тақрибан сеяки волидайнӣ духта-рҳо (39,5%) ва писарон (32%) мунтазам - дар як ҳафта на камтар аз се маротиба бо ма-шқҳои ҷисмонӣ машғуланд. Бештар машқи пагоҳирӯзӣ, фитнес, толори таҷҳизоти вар-зишӣ ва футбол зикр мешаванд. Вобаст ба тамоюли ками волидайн фаъолнокиҳои мунтазами вояноки ҷисмонӣ фаъолнокии нокофии ҷисмонии кӯдакон низ қайд шуд.

Хулосаҳо.

1. Ба омилҳои нисбатан муҳимтари хав-ффар анамнези вазниншудаи оилавӣ аз рӯи бемориҳои барвақти дилу рағҳо дар оила, истеъмоли тамоку, вазни барзиёди бадан ё фарбеҳиро дохил кардан мумкин аст. Та-шаккули гурӯҳи хавф дар хонандагон муто-биқи сатҳи фишори шарёӣ ва мавҷудияти омилҳои хавффар гузаронда мешавад.

2. Мушоҳидакунии барвақти фишори баланди шарёӣ дар кӯдакон ва наврасон, ирсияти нисбат ба ФШ-и вазниншуда, до-нистани иқклими психологӣ оила ба таби-би оилавӣ имкон медиҳад, ки нисбат ба ди-гар табибони тамоси 1-ум, ба таври назар-рас самарабахштар профилактикаи ФШ-ро дар ҷавонон ташкил намояд. Омӯзиши нис-батан дақиқи омилҳои сатҳи ФШ-ро дар синни кӯдакӣ ва наврасӣ ва динамикаи син-нусолии онро муайянкунанда, ба гузошта-ни саҳми назаррас дар мубориза бар зидди бемориҳои дилу рағҳо, ки дар ҷаҳони муо-сир хеле паҳн шудааст, имкон медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Баранов А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей./ А.А. Баранов [и др.].- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 437 с.: ил.
2. Бугун О.В. Возможности ультразвуковой доплерографии в диагностике АГ у детей и подростков / О.В. Бугун, В.В. Долгих, А.Е. Гольденберг // Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения: Материалы науч. - практ. конф. ВНОК.-Новосибирск, 2008,- С. 26-27.
3. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. М., 2009 (второй пересмотр). Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки..
4. Леонтьева И. В. Проблема артериальной гипертензии у детей и подростков/ И.В.Леонтьева// Рос. вестн. перинатологии и педиатрии, 2006, № 5, с. 7-18.
5. Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы. Душанбе, 2012. 31 с.
6. Brady T. M., Feld L. G. Pediatric approach to hypertension // Semin. Nephrol. 2009, Vol. 29, № 4, p. 379-388.



7. Jackson L. V., Thalange N. K. S., Cole T. J. Blood pressure centiles for Great Britain // Arch. Dis. Child. 2007, vol. 92, p. 298-303.
8. Rosner B., Cook N., Portman R. et al. Blood Pressure Differences by Ethnic Group Among United States Children and Adolescents // Hypertension. 2009, vol. 54, p. 502-508.
9. Sporisevic L., Krzelj V., Bajraktarevic A., Jahic E. Evaluation of cardiovascular risk in school children // Bosn. J. Basic Med. Sci. 2009, vol. 9, № 3, p.1 82-186.

САМАРАНОКИИ КЛИНИКИИ ТАБОБАТИ УЛТРАБУНАФШӢ ДАР ГИРИФТОРОНИ БЕМОРИИ ВИТИЛИГО

А.М. Қосимов, К.М. Бухоризода, М.Ф. Ҳомидов

Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии клиникӣи бемориҳои касбӣ,
ВТ ҲИА ҚТ (ш. Душанбе), Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зухравӣ (ш. Душанбе),
Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон

Қосимов Азизулло Мирзоевич - н.и.т., директори Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии клиникӣи бемориҳои касбӣ, ВТ ҲИА ҚТ (ш. Душанбе) E.mail: a_qosimov@mail.ru, тел.: +992-93-500-76-79

Бухоризода Қобилҷон Маҳмудович - н.и.т., директори Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зухравӣ (ш. Душанбе)

Ҳомидов Музаффар Файзалиевич - н.и.т., раиси Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: homidovm@mail.ru, тел.: +992-918-62-42-82

Чараёни музмини бемории витилиго, мавҷуд набудани усулҳои табобати самаранокиашон баланд муҳимияти коркарди муносибатҳои нав ба муолиҷаи ин бемориҳо ба миён меоранд. Яке аз усулҳои муосирӣ асосии муолиҷаи витилиго намудҳои гуногуни табобати ултрабунафш мебошад, ки ба меланотситҳо таъсири барангезанда расонда, боиси репигментатсияи босуръат мешавад ва таъсирҳои иловагӣ хеле кам мерасонад.

Бо мақсади омӯзиши самаранокии табобати беморони гирифтори витилиго бо шуоъзании ултрабунафши хатборики миёнамавҷи дарозии мавҷаш 311 нм, 74 патиенти синнашон аз 7 то 42-сола (синни миёна 25-сола) ба муоина фаро гирифта шуданд. Вояи ҳадди ақали шуоъзанӣ аз 0,74 то 3,66 Дж/см² (ба ҳисоби миёна 2,31 Дж/см²)-ро ташкил мекард. Ҳамагӣ дар даври муолиҷа, беморон аз 10 то 126 тартибот (миқдори

миёнаи тартиботи даврӣ 65) бо вояи умумии даврии шуоъзанӣ аз 4,4 то 242,8 Дж/см² (ба ҳисоби миёна 85 Дж/см²) қабул карданд. Муолиҷаҳо аксарият патиентон хуб таҳаммул пазируфтанд. Дар тамоми беморон дар раванди табобат эритемаи кам ё возеҳияташ муътадил мушоҳида шуд, ки боиси ҳиссиёти субъективӣ намешуданд. Шифоёбии клиникӣ дар 3 бемор (4,1%), беҳтаршавии назаррас - дар 28 бемор (37,8%), беҳтаршавӣ - дар 25 патиент (33,8%) ва, дар 18 бемор (24,30%) мушоҳида нашуд. Ошкор карда шуд, ки табобати ултрабунафши хатборики миёнамавҷ бо дарозии мавҷи 311 нм усули самараноки муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вулгарӣ, сегментарӣ, фокалӣ ва акрофатсиалии витилиго мебошад. Усули мазкур беҳавф буда, боиси реаксияҳои иловагӣ намешавад.

Калимаҳои калидӣ: витилиго, табобати ултрабунафши борикхати миёнамавҷ.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Косимов Азизулло Мирзоевич - к.м.н., директор Государственного учреждения Республиканского клинического центра профессиональных болезней МЗ СЗН РТ (г.Душанбе) E.mail: a_qosimov@mail.ru, тел.: +992-93-500-76-79

Бухоризода Кобилчон Махмудович - к.м.н., директор Городского центра кожных и венерических болезней (г.Душанбе)

Хомидов Музаффар Файзалиевич - к.м.н., председатель Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан E.mail: homidovm@mail.ru, тел.: +992-918-62-42-82

Хроническое течение витилиго, отсутствие высокоэффективных методов терапии обуславливают актуальность разработки новых подходов к лечению витилиго. Одним из основных современных методов лечения витилиго являются различные виды ультрафиолетовой терапии, которые оказывают стимулирующее влияние на меланоциты, приводят к ускоренной репигментации, и обладают низким профилем побочных эффектов.

С целью изучения эффективности терапии больных витилиго узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм обследовано 74 пациента в возрасте от 7 до 42 лет (средний возраст 25 лет). Максимальная доза облучения варьировала от 0,74 до 3,66 Дж/см² (в среднем 2,31 Дж/см²). Всего за курс лечения больные получали от 10 до 126 процедур (среднее курсовое количество процедур 65)

с суммарной курсовой дозой облучения от 4,4 до 242,8 Дж/см² (в среднем 85 Дж/см²). Лечение большинства пациентов переносило хорошо. У всех больных в процессе терапии наблюдали незначительную или умеренно выраженную эритему, которая не вызывала субъективных ощущений. Клиническое выздоровление отмечали у 3 больных (4,1%), значительное улучшение - у 28 больных (37,8%), улучшение - у 25 пациентов (33,8%), эффект отсутствовал у 18 (24,30%). Выявлено, что узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм является эффективным методом лечения больных вульгарной, сегментарной, фокальной и акрофациальной формами витилиго. Данный метод является безопасным и не вызывает побочных реакций.

Ключевые слова: витилиго, узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия.

CLINICAL EFFICIENCY OF ULTRAVIOLET THERAPY IN PATIENTS WITH VITILIGO

Qosimov Azizullo Mirzoevich - c.m.s., Director of the State Institution of the Republican Clinical Center of Occupational Diseases of MH SPP RT (Dushanbe) E.mail: a_qosimov@mail.ru, Phone: +992-93-500-76-79

Bukhorizoda Kobiljon Makhmudovich - c.m.s., Director of the City Center of Skin and Venereal Diseases (Dushanbe)

Homidov Muzaffar Faizalievich - c.m.s., Chairman of Dermatovenerologists and Cosmetologists Association of the Republic of Tajikistan. E.mail: homidovm@mail.ru, Phone: +992-918-62-42-82

The chronic course of vitiligo, the lack of highly effective therapies determines the urgency of developing new approaches to the treatment of vitiligo. One of the main modern methods of treatment of vitiligo are various types of ultraviolet therapy, which have a

stimulating effect on melanocytes leads to accelerated repigmentation, and have a low profile of side effects.

In order to study the effectiveness of treatment of patients with vitiligo by narrow-band medium-wave ultraviolet radiation with



a wavelength of 311 nm, 74 patients aged from 7 to 42 years (average age 25 years) were examined.

The maximum radiation dose varied from 0.74 to 3.66 J/cm² (an average of 2.31 J/cm²). In total, patients received from 10 to 126 procedures (average course number of procedures 65) with a total course dose of radiation from 4.4 to 242.8 J/cm² (average 85 J/cm²) for the course of treatment. Treatment was well tolerated by most patients. In all patients, in the course of therapy, a slight or moderately pronounced erythema was

Муҳиммият. Муолиҷаи бемории витилиго, ки дар ҳар як синну сол ба вучуд омада, ба бемор дискофортӣ эстетикӣ меорад ва ба душворӣ муолиҷа мешавад, муолиҷаи мураккабтарини бемориҳои пӯст мебошад. Ҷараёни музмин, мавҷуд набудани усулҳои табобати самаранокиашон зиёд муҳиммиёти коркарди муносибатҳои нав ба муолиҷаи витилигоро тақозо обусл. [1,2]. Мақсади асосии муолиҷаи витилиго боздоштани авҷгирии беморӣ, ноил шудан ба устуворшавии раванд, сипас ба регресси зухуроти клиникӣ мебошад. Яке аз усулҳои асосии муосири муолиҷаи витилиго намудҳои гуногуни табобати ултрабунафш мебошад [1]. Солҳои охир таҳқиқотҳои сершумори мамлакатҳои хориҷӣ, ки аз самаранокии зиёди истифодаи табобати ултрабунафши хатборики миёнамавҷ (ТУБХММ) бо дарозии мавҷи 311 нм дар муолиҷаи витилиго [2,3,4] шаҳодат медиҳанд, пайдо шудаанд. Диапазони мазкури спектралӣ дорои потенциали баланди энергетикӣ мебошад ва асосан дар бо эпидермис ҷаббида (ҷазб) мешавад, яъне бо ҳамон қабати пӯст, ки дар он ташаккули меланин ба вуқӯъ меояд, инчунин дар натиҷаи истифодаи вояҳои нисбатан камтари ултрабунафш, хавфи наватшаккулаҳо кам мешавад [3,4]. Ба ғайр аз ин, ТУБХММ ба меланотситҳои захиравии фолликулҳои мӯйдор таъсири барангезанда мерасонад, ки дар намуди репигментатсияи перифолликулярӣ зухур меёбад. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои чандқарата, хусусиятҳои бартаридоштаи ТУБХММ дар муқо-

observed, which did not cause subjective sensations. Clinical recovery was observed in 3 patients (4.1%), significant improvement in 28 patients (37.8%), improvement in 25 patients (33.8%), the effect was absent in 18 (24.30%). It was revealed that narrow-band mid-wave ultraviolet therapy with a wavelength of 311 nm is an effective method for treating patients with vulgar, segmental, focal and acrofacial forms of vitiligo. This method is safe and does not cause adverse reactions.

Key words: vitiligo, narrow-band mid-wave ultraviolet therapy.

иҷа бо табобати ПУВА ошкор карда шуд [3,4,5], ки дар намуди репигментатсияи барвақт ва босуръат, таъсирирасониҳои иловагӣ хеле кам, мавҷуд набудани зарурати қабули фотосенсибилизаторҳо, истифодаи беҳавф дар кӯдакон ва занҳои ҳомила тавсия меёфт [1, 5,6]

Мақсади таҳқиқоти мазкур аз омӯзиши самаранокии табобати беморони гирифтори витилиго бо шуоъзании ултрабунафши хатборики миёнамавҷ бо дарозии мавҷи 311 нм. иборат буд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба 74 пацсиент (55 зан ва 19 мард)-и синну солашон аз 7 то 42-сола (синни миёна 25-сола) табобати ултрабунафши хатборик (311 нм) гузаронда шуд. Давомнокии бемории беморон аз 3 моҳ то 42 лет (ба ҳисоби миёна 12 сол)-ро ташкил кард. Ҳангоми таъйин кардани вояи ибтидоии шуоъзанӣ ҳассосияти инфиродии беморонро ба шуои ултрабунафш ба назар гирифтём. Шуоъзаниро аз вояи ТУБХММ 0,1-0,36 Дж/см² оғоз карда, бо речаи дар як ҳафта 2-3 маротиба мегузарондем. Ҳар як тартиби вояи якқаратаро то пайдо шудани эритемаи муътадил ба 2-20% зиёдтар мекардем ва пас аз ин, доимӣ мегузоштем. Тартиботро дар намуди монотерапия гузаронда, аз воситаҳои иловагӣ марҳамҳои намунаи истифода мекардем. Вояи ҳадди ақали шуоъзанӣ аз 0,74 то 3,66 Дж/см² (ба ҳисоби миёна 2,31 Дж/см²)-ро ташкил мекард. Ҳамагӣ ба даври муолиҷа беморон аз 10 то 126 тартибот (миқдори миёнаи даврии тартиботҳо 65) бо вояи умумии даврии шу-



оафканӣ аз 4,4 то 242,8 Дж/см² (ба ҳисоби миёна 85 Дж/см²) қабул карданд. Баҳодихии самаранокӣ дар асоси индекси VIDA (VitiligoDiseaseActivityScore), ки баҳодихии субъективии дараҷаи фаъолнокии витилиго мебошад, гузаронда мешуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.

Дар 57 патсиент (77%) шакли вулгарӣ, дар 7 бемор (9,6%) - шакли сегментарӣ, дар 6 (8%) - шакли фокалӣ, дар 3 бемор (4%) - шакли акрофатсиалӣ ва дар 1 бемор (1,4%) - шакли универсалии витилиго ошкор карда шуд. Авҷгирии беморӣ дар 56 беморон (75,7%), давраи статсионарӣ - дар 12 бемор (16,2%) ва репигментатсияи худбахудӣ дар 6 патсиент (8,1%) қайд шуд. Майдони манбаҳои осеб аз 1 то 79% майдони тамоми рӯйпӯши пӯстро ташкил кард. Дар 17 патсиент (23%) аз як то якчанд невус (холи модарзод)-и Сеттон қайд шуд. Рангпаридагии мижаҳо, абрӯйҳо ва мӯйи сар дар 35 бемор вохӯрданд (47%).

Ҳодисаҳои беморшавии оилавӣ дар 26 патсиент (35%) ба қайд гирифта шуд. Дар 16 бемор (21,6%) бемориҳои роҳи ҳозима, дар 6 (8,1%) - ғадуди сипаршакл ва дар 4 бемор (5,4%) - узвҳои ЛОР ошкор гардид.

Муолиҷаро аксарият патсиентҳо хуб таҳаммул пазируфтанд. Дар тамоми беморон дар раванди муолиҷа эритемаи кам ва ё возеҳияташ муътадил мушоҳида шуд, ки боиси ҳиссиёти субъективӣ намешуданд. Дар 6 бемор (8%) дар раванди муолиҷа дар манбаҳои осеб эритемаи шиддатнок, дар 4 (5%) - варамаи ками пилкҳои чашм, дар 6 бемор (8%) - пӯстпартоӣ мушоҳида шуд; 12 патсиент (17%) аз хориш ва 4 бемор (5%) аз хуш-

кии пӯст шикоят мекарданд. Дар 7 бемор (10%) гиперпигментатсияи пӯст дар атрофи манбаҳои витилиго қайд кардем, ки пас аз якчанд моҳи даври фототерапия нест шуданд.

Муолиҷа ба 56 бемор (75,7%) таъсири мусбат расонд: шифоёбии клиникӣ дар 3 бемор (4,1%), беҳтаршавии назаррас - дар 28 бемор (37,8%), беҳтаршавӣ - дар 25 патсиент (33,8%) қайд шуд; ба 18 патсиент (24,30%) таботат таъсир накард. Пас аз даври табобати ултрабунафши борикхат (311 нм) камшавии оморан муҳимми бузургии индекси VIDA аз 3 то 1 балл ($P=0,004$) муқаррар карда шуд, ки аз камшавии фаъолнокии беморӣ зери таъсири муолиҷаи доиркарда шаҳодат медиҳад. Таботати ултрабунафши хатборик ҳангоми шаклҳои вулгарӣ, сегментарӣ, фокалӣ ва акрофатсиалии витилиго самарабахш аст. Дар бемори шакли универсалии беморӣ, муолиҷаи таъсир накард.

Хулоса. Таботати ултрабунафши хатборики миёнамавҷ бо дарозии мавҷи 311 нм усули самарабахши муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вулгарӣ, сегментарӣ, фокалӣ ва акрофатсиалии витилиго мебошад. Барои ҳосил кардани таъсири возеҳи клиникӣ, ба аксарият беморон гузарондани даври бардавони табобат тавассут ултрабунафш (то 50 тартибот) зарур аст. Самаранокии муолиҷа бо зиёдшавии миқдори даврии тартиботҳо меафзояд. Таботати ултрабунафши хатборик (311 нм)-и миёнамавҷи беморони гирифтори витилиго усули беҳавфи табобати чузъӣ буда, истифодаи фотосенсибилизаторовро талаб намекунад ва ба реаксияҳои иловагии ба онҳо хос боис намешавад.

АДАБИЁТ

1. Hann S.K., Gauthier Y., Benzekri L. Generalized vitiligo. In: Picardo M., Taieb A., eds. Vitiligo. Springer; 2010. Ch.1.3.2: 41-9.
2. Симонова Н.И. Иммунопатогенетические аспекты витилиго и методы их коррекции // дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. - 2013. - С.63.
3. Akdeniz N., Yavuz I.H., GunesBilgili S., Ozayd?nYavuz G., Calka O. Comparison of efficacy of narrow band UVB therapies with UVB alone, in combination with calcipotriol, and with betamethasone and calcipotriol in vitiligo. J Dermatolog Treat. - 2014. - Vol. 25, N. 3. - P. 196-199.
4. Cheng Y.P., Chiu H.Y., Jee S.H., Tsai T.F. Excimer light phototherapy of segmental and non-segmental vitiligo: experience in Taiwan // PhotodermatolPhotoimmunolPhotomed. - 2012. - Vol. 28, N. 1. - P. 6-11.



5. Esfandiarpour I., Ekhlesi A., Farajzadeh S., Shamsadini S. The efficacy of pimecrolimus 1% cream plus narrow-band ultraviolet B in the treatment of vitiligo: a double-blind, placebo-controlled clinical trial // J. Dermatol. Treat. - 2009. - Vol. 20, N. 1. - P. 14-18.
6. Falabella R., Barona M.I. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo // Pigment Cell Melanoma Res. - 2009. - Vol. 22, N. 1. - P. 42-65.

НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГОМЕОСТАЗИ ВЕГЕТАТИВӢ ДАР НАВРАСОНИ АЗ БЕМОРИИ ВИТИЛИГО АЗИЯТКАШАНДА

У.С. Рахимов, К.М. Муҳамадиева, С.С. Исматуллоева

Кафедраи дерматовенерология (мудири кафедра - д.и.т. К.М. Муҳамадиева)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Рахимов Умед Саймуртазович - аспиранти кафедраи дерматовенерологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: utka89@inbox.ru, тел.: +992-907-31-30-13

Муҳамадиева Кибриёхон Мансуровна - д.и.т., мудири кафедраи дерматовенерологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: kibriyo_67@mail.ru, тел.: +992-931-27-75-75

Исматуллоева Саврина Саъдуллоевна - н.и.т., ассистенти кафедраи дерматовенерологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: damcav@mail.ru, тел.: +992-907-88-08-04

Афзоиши бемории витилиго дар кӯдакон ва наврасон ба ин проблема аҳамияти муайяни иҷтимоӣ медиҳад. Таҳқиқотҳои зиёд муқаррар карданд, ки нақши пешбар дар патогенези витилиго ба дисфунксияи системаи вегетативии асаб тааллуқ дорад, ки басомадаш то 75% дар байни бемориҳои ғайрисироятии синни кӯдакона ва наврасона басомадаш то ба 75% мерасад. Муқаррар карда шудааст, ки дар патогенези шакли сегментарии витилиго нақши пешбар ба дисфунксияи системаи симпатии асаб тааллуқ дошта, барои патогенези шакли ғайрисегментарии бемории мазкур имконпазиртар бошад, гипотезаи аутомасунӣ доништа шудааст.

Омӯзиши гомеостази вегетативӣ бо усули кардиоинтервалография, дар 70 навраси аз бемории витилиго азияткашанда (34-гирифтори шакли сегментарӣ ва 36-гирифтори шакли ғайрисегментарӣ), нишон дод, ки дар гурӯҳи мазкури кӯдакон вайронша-

виҳои гомеостази вегетативӣ мушоҳида мешаванд. Аз 34 навраси гирифтори витилигои сегментарӣ, навъи ваготонии тонуси ибтидоии вегетативӣ дар 10 нафар (29,4%), симпатикотонӣ бошад, дар 24 нафар (70,6%) қайд шуд. Дар байни 36 бемори гирифтори витилигои ғайрисегментарӣ, дар 27 наврас (75,0%) ҳолати ваготония, дар 9 нафар (25,0%) бошад, ҳолати симпатикотония ошкор шуд. Дар ин ҳол, физици зиёди таъминоти нокифояи вегетативӣ ҳангоми навъи сегментарӣ 63,1%, ҳангоми навъи ғайрисегментарӣ бошад, 69,6%-ро ташкил кард. Навъи муътадили реактивияти вегетативӣ дар 52,4% ҳолатҳо ҳангоми витилигои сегментарӣ ва дар 47,4% ҳолатҳо ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ ошкор шуд.

Калимаҳои калидӣ: витилиго, навъи сегментарӣ, навъи ғайрисегментарӣ, гомеостази вегетативӣ.



ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО

У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева

Кафедра дерматовенерологии (зав. кафедрой - д.м.н. К.М. Мухамадиева)
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Рахимов Умед Саймуртазович - аспирант кафедры дерматовенерологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: umka89@inbox.ru, тел.: +992-907-31-30-13

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна - д.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: kibriyo_67@mail.ru, тел.: +992-931-27-75-75

Исматуллоева Саврина Саъдуллоевна - к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: damcav@mail.ru, тел.: +992-907-88-08-04

Рост заболеваемости витилиго у детей и подростков придает этой проблеме определенное социальное значение. Многими исследованиями было установлено, что ведущая роль в патогенезе витилиго принадлежит дисфункции вегетативной нервной системы, частота которой достигает до 75% среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста. Установлено, что ведущая роль в патогенезе сегментарной формы витилиго принадлежит дисфункции симпатической нервной системы, а наиболее вероятной для патогенеза несегментарной формы данного заболевания признана аутоиммунная гипотеза.

Изучение вегетативного гомеостаза методом кардиоинтервалографии, у 70 подростков, страдающих витилиго (34 - с сегментарной формой, 36 - с несегментарной), показало,

что у данного контингента детей имеются нарушения вегетативного гомеостаза. Из 34 подростков с сегментарным витилиго, ваготонический тип исходного вегетативного тонуса наблюдался у 10 (29,4%), а симпатикотонический - у 24 (70,6%) человек. Среди 36 больных с несегментарным витилиго, у 27 (75,0%) подростков выявлено состояние ваготонии, а у 9 (25,0%) - симпатикотония. При этом высокий процент недостаточного вегетативного обеспечения при сегментарном типе составил 63,1%, а при несегментарном - 69,6%. Нормальный тип вегетативной реактивности выявлен в 52,4% случаев при сегментарном витилиго и в 47,4% случаев при несегментарном витилиго.

Ключевые слова: витилиго, сегментарный тип, несегментарный тип, вегетативный гомеостаз.

INDICATORS OF VEGETATIVE HOMEOSTASIS IN ADOLESCENTS SUFFERING FROM VITILIGO

U.S. Rahimov, K.M. Mukhamadieva, S.S. Ismatulloeva

Department of dermatovenereology (head of the department - MD
K.M. Mukhamadieva) of Avicenna TSMU

Rahimov Umed Saymurtazoevich - postgraduate student of dermatovenereology department of Avicenna TSMU, E.mail: umka89@inbox.ru, тел.: +992-907-31-30-13

Mukhamadieva Kibriyohon Mansurovna - MD, head of dermatovenereology department of Avicenna TSMU, E.mail: kibriyo_67@mail.ru, тел.: +992-931-27-75-75

Ismatulloeva Savrina Sadulloevna - c.m.s., assistant of dermatovenereology department of Avicenna TSMU, E.mail: damcav@mail.ru, тел.: +992-907-88-08-04

Relevance. The increase in the incidence of vitiligo in children and adolescents gives this problem a certain social significance. Many studies have established that the leading role in



the pathogenesis of vitiligo belongs to dysfunction of the vegetative nervous system, the frequency of which reaches up to 75% among non-communicable diseases of childhood and adolescence. It has been established that the leading role in the pathogenesis of the segmental form of vitiligo belongs to the dysfunction of the sympathetic nervous system, and the autoimmune hypothesis is recognized as the most probable for the pathogenesis of the nonsegmental form of this disease.

The purpose. The study of autonomic homeostasis in adolescents suffering from vitiligo.

Research methods. Cardiointervalography, in 70 adolescents suffering from vitiligo (34 - with segmental form, 36 - with non-segmental) studied the state of vegetative homeostasis.

Results. This cohort of children has impaired autonomic homeostasis. From 34 adolescents

Мухимият. Дар байни бемориҳои дерматологии марбути вайроншавии пигментатсия, бештар бемории витилиго вомахӯрад. Мутобики маълумоти муаллифони гуногун [1,2,3], дар ҷаҳон паҳншавии витилиго тақрибан 1-2 %-ро ташкил мекунад. Афзоиши беморшавии витилиго дар кӯдакон ва наврасон ба ин проблема аҳамияти муайяни иҷтимоӣ илова мекунад. Таҳқиқотҳои зиёд муқаррар карданд, ки нақш дар патогенези витилиго ба дисфунксияи системаи вегетативии асаб тааллуқ дорад. Маълум аст, ки басомади паҳншавии дисфунксияҳои вегетативӣ дар байни бемориҳои ғайрисироятӣ синни кӯдакона ва наврасӣ аз 9,1 то 75% ҳолатро ташкил мекунад [4,5]. Исбот шудааст, ки дар байни беморони аз витилиго азияткашанда, симпатикотония нисбат ба бартариҳои тонуси системаи парасимпатии асаб, тақрибан 3 маротиба бештар вомахӯрад [1,5]. Ақидае вучуд дорад, ки дар манбаҳои депигментатсия дар беморони мубталои тонуси баланди симпатӣ, миқдори норадреналин ва адреналин, дар муқоиса бо пӯсти патсиентони тонусашон муътадил, бозғатимод баландтар аст [6,7]. Нақши дисфунксияҳои вегетативӣ дар патогенези витилиго бо самаранокии рефлексотерапия исбот

with segmental vitiligo, the vagotonic type of the initial vegetative tonus was observed in 10 (29.4%), and sympathicotonic - in 24 (70.6%) people. Among 36 patients with non-segmental vitiligo, in 27 (75.0%) adolescents, the condition of vagotonia was detected, and in 9 (25.0%) sympathicotonia. At the same time, a high percentage of insufficient vegetative support with a segmental type was 63.1%, and with a non-segmental type - 69.6%. The normal type of vegetative reactivity was detected in 52.4% of cases with segmental vitiligo and in 47.4% of cases with non-segmental vitiligo.

Conclusion. Disorders of vegetative regulation, detected in adolescents suffering from vitiligo, have their own characteristics depending on the form of the disease, which must be considered while choosing treatment tactics.

Keywords: vitiligo, segmental type, non-segmental type, vegetative homeostasis

мешавад, ки зери таъсири он гомеостази нейродинамикӣ ба самти зарурӣ ҷойи иваз мекунад, ки боиси рафъи "инҳисора"-и нейрогенӣ меланогенез мешавад [1].

Мақсади таҳқиқот аз омӯзиши гомеостази вегетативӣ дар наврасони гирифтори бемории витилиго иборат буд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба мушоҳида 70 бемори гирифтори витилиго (аз 15 то 18-сола)-и дар Маркази тиббии "Витилиго плюс" солҳои 2017-2018 дар муолиҷаи амбулаторӣ қарордошта, фаро гирифта шуданд. Меъёрҳои дохилкунии беморони муоинашаванда мавҷуд набудани бемориҳои ҳамроҳикунада аз тарафи узвҳои дохилӣ, инчунин вайроншавиҳои эндокринӣ ва неврологӣ буд. Дар байни патсиентони муоинашуда, дар 34 бемор шакли сегментарӣ, дар 36 бемор - шакли ғайрисегментарӣ витилиго ташхис гузошта шуд. Гурӯҳи назоратиро 70 навраси солим ташкил карданд. Барои баҳодиҳии тавсифҳои устувор нишондиҳандаҳои вегетативӣ меъёрҳои ташхисии баҳодиҳии тонуси ибтидоии вегетативӣ (ТИБ)-и А.М. Вейн бо ҳамм (с.1981)-и барои синни кӯдакона модификатсияшударо истифода кардем. Бо мақсади омӯзиши ҳолати го-



меостази вегетативӣ дар кӯдакони муоинашуда кӯдакон усули кардиоинтервалография (КИГ) истифода шуд. Усули мазкури таҳқиқот, бо сабти пай дар пайи 100 кардиосиклҳо дар стандарти II дур кардани ЭКГ дар микёси воқеии замон бо суръати 50 мм/с тавсиф меёбад, фосилаи R-R- воҳиди ченаки КИГ мебошад. Хусусият ва навъи реактивияти вегетативиро аз рӯи таносуби ИШ2 (индекси шиддат дар ҳолати ортоклиникӣ) ИШ1 (дар оромӣ) муайян мекардем.

Вариантҳои реактивияти вегетативӣ: симпатикотонӣ (муътадил), гиперсимпатикотоникӣ (барзиёд) ва асимпатикотоникӣ (нокифоя)-ро аз рӯи ҷадвал (Белокон Н.А., Кубергер М.Б., с.2000) муайян мекардем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Статуси пӯст дар беморони гирифтори шаклҳои сегментарии витилиго бо доғҳои депигментатсияшуда муаррифӣ шуд, ки дар тамоми беморон хусусияти асимметрии доштанд. Доғҳои ҷудоғонаи депигментатсияшуда дар пӯсти рӯй дар 19 (55,9%), дар пӯсти бадан 6 бемор (17,6%) ва дар андомҳо дар 9 бемор (26,5%) мушоҳида шуданд. Дар 5 бемор (14,7%)-и гирифтори витилигои сегментарӣ лейкотрихия мушоҳида шуд, ки он ҳам хусусияти асимметрии дошт. Манбаҳои депигментатсияшуда дар беморони шаклҳои сегментарии витилиго, дар фарқият аз шаклҳои ғайрисегментарӣ, пӯсти майдони иннерватсияи як ё якчанд сегментҳои хароммағзро фаро мегирифтанд.

Дар 32 (88,9%) бемори шаклҳои ғайрисегментарии витилиго мавқеи симметрии манбаҳои патологӣ мушоҳида шуд. Доғҳои депигментатсияшуда ҳамзамон дар ноҳияи андомҳо, бадан ва дар пӯсти рӯй дар 34 (94,4%) бемор қайд шуд.

Дар наврасони гирифтори витилигои сегментарӣ тағйирёбиҳои параметрҳои КИГ ошкор шуд, ки дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ($27,4 \pm 0,39$) бо баландшавии нишондиҳандаҳои (АМо) дар гурӯҳи наврасони мубталои навъи симпатикотонии ТИВ ($38,9 \pm 1,2$) тавсиф меёфт ($p < 0,001$). Навъҳои гуногуни тонуси ибтидоии вегетативӣ вобаста ба шаклҳои клиникӣ витилиго ошкор шуд. Аз 34 навраси гирифтори СВ, навъи ваготонии ТИВ дар 10 (29,4%), нави симпа-

тикотонӣ бошад, дар 24 нафар (70,6%) мушоҳида шуд. Индекси шиддатнокӣ (ИШ) дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ($51,4 \pm 0,9$) ба энтония мутобиқат мекард. Дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори навъҳои ваготонӣ ва симпатикотонии ТИВ нишондиҳандаҳои ИШ мутобиқан $-18,5 \pm 0,4$ ва $118,7 \pm 1,3$, ҳолати ваготонӣ ва симпатикотониро, дар муқоиса бо ИШ дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ($51,4 \pm 0,9$) ($p < 0,001$) тасдиқ карданд.

Баҳодиҳии реактивияти вегетативӣ бо шакли сегментарии витилиго, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ нишон дод, ки кӯдакони гурӯҳи назоратӣ варианти нормотонии реактивияти вегетативӣ дар 88,6% ҳолатҳо вохӯрд, ҳол он, ки дар байни кӯдакони гирифтори шакли сегментарии витилиго, ин вариант дар 18 (52,9%) бемори гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ ва дар 9 (26,5%) - гирифтори навъи ваготонии ТИВ мушоҳида шуд. Дар ин ҳол, дар наврасони гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ дар 51,2% ҳолатҳо асимпатикотония, ҳангоми навъи ваготонически ТИВ бошад, дар 17,0% ҳолатҳо қайд шуд. Ҳолати гиперсимпатикотония ҳангоми навъи ваготонӣ ва симпатии ТИВ мутобиқан дар 35,6% ва 23,3% ҳолатҳо мушоҳида шуд. Таъмини кофии вегетативӣ дар кӯдакони гирифтори витилигои сегментарӣ бештар ҳангоми навъи ваготонии ТИВ (86,4%) вохӯрд, зимнан дар гурӯҳи назоратӣ он дар 89,8% кӯдакон мушоҳида шуд. Дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори ТИВ-и симпатӣ таъмини кофии вегетативӣ танҳо дар 36,9% кӯдакон қайд шуд.

Варианти асосии тавозуни вегетативӣ дар кӯдакони гирифтори навъи сегментарии витилиго норасоии таъминоти вегетативӣ буд, ки дар кӯдакони гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ (63,1%) нисбат ба навъҳои омехта (44,3%) ва ваготонии ТИВ (4,4%) бартарӣ дошт. Таъмини барзиёди вегетативӣ дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ (10,2%) ва бо навъи ваготонии ТИВ (9,2%) ошкор карда шуд, аммо дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ таъмини барзиёди вегетативӣ ошкор нашуд.

Дар наврасони гирифтори витилигои ғайрисегментарӣ, кардиоинтервалография пастшавии нишондиҳандаҳои АМо ҳангоми



навъи ваготонии ТИВ ($13,6 \pm 0,7$) ва баландшавии ин нишондиҳанда ҳангоми навъи симпатикотонии ТИВ ($31,2 \pm 1,2$)-ро нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ($22,4 \pm 1,02$) ($p < 0,001$) ошкор кард. Дар байни 36 бемори гирифтори НСВ, дар 27 (75,0%) наврас ҳолати ваготония, дар 9 бемор (25,0%) бошад, симпатикотония ошкор карда шуд. Баҳодиҳии реактивият дар наврасони мубталои витилигои ғайрисегментарӣ, нишон дод, ки навъи муътадили реактивияти вегетативӣ дар 19 кӯдак (52,8%) и гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ мушоҳида шуд, ки аз чунин нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ (56,7%) каме фарқ дошт. Дар наврасони гирифтори шакли ғайрисегментарии витилиго, реактивияти муътадил дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори навъи ваготонии ТИВ танҳо дар 17,7% муоинашудагон мушоҳида шуд. Дар гурӯҳи мазкур кӯдакони гирифтори асимпатикотония (44,3%) ва гиперсимпатикотония (38,0%) бештар буданд. Дар гурӯҳи кӯдакони мубталои навъи симпатикотонии ТИВ ҳолати асимпатикотония танҳо дар 14,3% ҳолатҳо мушоҳида шуд.

Баҳодиҳии таъминоти вегетативӣ дар наврасони гирифтори витилигои ғайрисегментарӣ нишон дод, ки варианти асосии мувозинати вегетативӣ нокифоягии таъминоти вегетативӣ мушоҳид мешавад, ки дар кӯдакони гирифтори навъи ваготонии ТИВ дар 69,6% ҳолатҳо қайд шуд. Дар ин ҳол, таъмини вегетативӣ дар кӯдакони гирифтори навъи ваготонии ТИВ танҳо дар 20,3%

ҳолатҳо, дар байни кӯдакони мубталои симпатикотонӣ бошад, дар 37,1% ҳолатҳо кофӣ буд. Таъмини барзиёди вегетативӣ нисбатан камтар дар кӯдакони гирифтори навъи ваготонии ТИВ (10,1%) ошкор шуд, вале дар кӯдакони гирифтори навъи симпатикотонии ТИВ (20,0%) бартарӣ дошт.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар наврасони аз бемории витилиго азияткашанда, вайроншавиҳои гомеостази вегетативӣ ошкор карда шуданд. Дар наврасони гирифтори витилигои сегментарӣ вайроншавиҳои танзими вегетативӣ ҳангоми навъи симпатикотонии ТИВ нисбатан возеҳтаранд, дар наврасони гирифтори витилигои ғайрисегментарӣ бошад, ҳангоми навъи ваготонӣ вайроншавиҳои танзими вегетативӣ қайд мешавад. Вайроншавиҳои гомеостази вегетативӣ дар наврасони гирифтори витилиго бо фоизи зиёди таъминоти нокифояи вегетативӣ ифода меёбад, ки ҳангоми навъи сегментарӣ 63,1%, ҳангоми навъи ғайрисегментарӣ бошад, 69,6%-ро ташкил кард. Навъи муътадили реактивияти вегетативӣ дар 52,4% ҳолатҳо ҳангоми витилигои сегментарӣ ва дар 47,4% ҳолатҳо ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ ошкор шуд.

Яъне, вайроншавиҳои ошкоршудаи танзими вегетативӣ дар наврасони аз бемории витилиго азияткашанда, вобаста ба шакли беморӣ, хусусиятҳои хоси худро доранд, ки инро ҳангоми интиҳоби тактикаи муолиҷа ба назар гирифтани лозим аст.

АДАБИЁТ

1. Тальникова ЕЕ, Свенская ЮИ, Добдина АЮ, Фатахова ХВ, Утц СР. Витилиго: современные методы терапии (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. - 2017 - № 13(3) - с.668-73.
2. Ta?ebA, PicardoM. Vitiligo. N Engl J Med. - 2009- №360(2)- с. 160-169.
3. TrappEM, TrappM, SampognaF, RohrerPM, EggerJW, WolfP, et al. Autonomic nervous tone in vitiligo patients - A case-control study. Acta
4. Григорьев К.И. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков / К.И. Григорьев, Е.Л. Поважная, А.Л. Соловьева // Медицинская сестра - 2013 -№7 -с. 28-32.
5. Park JH, Jung MY, Lee JH, Yang JM, Lee DY, Park KK. Clinical course of segmental vitiligo: A retrospective study of eighty-seven patients. Ann. Dermatol.- 2014- №1(26)6 - с.1-5.
6. ЮнусоваЕ. И., ЮсуповаЛ. А., ГараеваЗ. Ш., Мавлютова Г. И. Особенности патогенеза и терапии больных витилиго/Лечащий врач - 2017-№11-с.24-25.
7. Picardo M. Non-immunological mechanisms in the pathogenesis of vitiligo: An overview. JEADV.- 2009- №42 - с. 23-31.

**ТАҒИЙРОТҲОИ РАГУ БОҒТАВИИ ГИПОФИЗ ҲАНГОМИ МАРГ****З.Қ.Хушқадамов, Х.М.Мирзоев, Б.Д.Имомов, Д.С. Исроилов**Кафедраи тиббӣ суди (мудири кафедра д.и.т., проф. З.Қ.Хушқадамов)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Хушқадамов Зулмакон Қудратбекович - д.и.т., профессор мудири кафедраи тиббӣ судии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-919-79-44-07

Мирзоев Халиллло Муҳаммадиевич - н.и.т., дотсенти кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: mirzoev19@mail.ru, тел: +992-915-78-04-05

Имомов Бекназар Додарҷонович - муаллими калони кафедраи тиббӣ судии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-937-20-40-00

Исроилов Диловар Садриддинович - ассистенти кафедраи тиббӣ судии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-939-13-74-76

Дар мақола муаллифон 267 ҳуҷҷати тадқиқи тиббӣю судии ҳасади шахсонеро мавриди омӯзиш қарор доданд, ки аз намудҳои гуногуни марг ба ҳалокат расидаанд ё фавтидаанд. Дар 16,9 % ҳолатҳо гипофизит мушоҳида карда шуд. Дар асоси тадқиқоти овардашуда вариантҳои зерини тағйиротҳои илтиҳобии гипофиз

чудо карда шудаанд: илтиҳоби экссудативӣ; илтиҳоби сермахсули гипофиз, ки намудҳои доначасори ҳос (ҳангоми бемории сил ва сифилис) ва байнинуктагӣ (ҳангоми сирояти ВНМО) чудо карда шудаанд.

Калимаҳои калидӣ: гипофиз, илтиҳоб, марг.

СОСУДИСТО-ТКАНЕВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗА ПРИ СМЕРТИ

Хушқадамов Зулмакон Қудратбекович - д.м.н., профессор заведующий кафедрой судебной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-919-79-44-07

Мирзоев Халиллло Муҳаммадиевич - к.м.н., доцент кафедры анатомии человека им. Я.А.Раҳимова ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: mirzoev19@mail.ru, тел: +992-915-78-04-05

Имомов Бекназар Додарҷонович - старший преподаватель кафедры судебной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-937-20-40-00

Исроилов Диловар Садриддинович - ассистент кафедры судебной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: 45@tajmedun.tj, тел: +992-939-13-74-76

Изучено 267 актов судебно-медицинского исследования трупов лиц, погибших или умерших при различных обстоятельствах. В 16,9% случаев отмечен гипофизит. На основании проведенного исследования выделены следующие варианты воспалительных изменений гипофиза: экссудатив-

ное воспаление; продуктивное воспаление гипофиза, где выделены гранулематозный специфический (при туберкулезе и сифилисе) и межточечный (при ВИЧ-инфекции) виды.

Ключевые слова: гипофиз, воспаление, смерть.



VASCULAR AND TISSUE CHANGES OF HYPOPHYSIS AT DEATH

Z.K.Khushkadamov, Kh.M.Mirzoev, B.D. Imomov, D.S. Isroilov
(The department of forensic medicine (head of the department MD,
prof. Z.K. Khushkadamov) of Avicenna TSMU)

Khushkadamov Zulmakon Kudratbekovich - MD, Professor, head of forensic medicine department of Avicenna TSMU, E-mail: 45@tajmedun.tj, phone: +992-919-79-44-07

Mirzoev Khalilillo Muhamadievich - associate professor of Human Anatomy department named after Ya.A.Rahimov of Avicenna TSMU, E-mail: mirzoev19@mail.ru, phone: +992-915-78-04-05

Imomov Beknazar Dodarjonovich - senior teacher of forensic medicine department of Avicenna TSMU, E-mail: 45@tajmedun.tj, phone: +992-937-20-40-00

Isroilov Dilovar Sadriddinovich - assistant of forensic medicine department of Avicenna TSMU, E-mail: 45@tajmedun.tj, phone: +992-937-20-40-00

267 acts of a medicolegal research of corpses who dead or death under various ways are studied. In 16.9% of cases marked the hypophysitis. Based on the study the following options of inflammatory changes of a hypophysis were identified: exudative

inflammation; productive inflammation of a hypophysis where specific granulomatous (at tuberculosis and syphilis) and interstitial (at HIV infection) types are isolated.

Keywords: hypophysis, inflammation, death.

Муҳимият. Омӯзиши гипофиз ҳангоми намудҳои гуногуни марг бо мавқеи маҳсули он дар организм асоснок гардидааст, зеро он узви марказии танзими эндокринӣ буда ҳангоми бемориҳои гуногун нақши муҳим мебозад ва ҳомеостазро муайян менамояд. Омӯзиши тағйиротҳои илтиҳобии гипофиз солҳои охир гузаронида нашудааст, вале дар фаъолияти амалӣ чунин ҳодисаҳо доимо ба мушоҳида мерасанд, ки чараёни бемории асосиро хеле ҳаммонанд мекунад ва пешгӯиро барои беморон вазнин менамояд (1-7) ва муайян кардани сабаби маргро ҳангоми ташреҳи ҳасад мушкил мекунад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши паҳншавии илтиҳоби гипофиз ҳангоми намудҳои гуногуни марг.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои ин ба сифати маводи таҳқиқот 267 ҳуҷҷати таҳқиқи судию тиббии шахсоне омӯхта шуданд, ки аз намудҳои гуногуни марг ба ҳалокат расидаанд ё фавтидаанд: садмаи анафилактикӣ - 6 ҳодиса, садмаи вазнини чумчумаву мағзи сар (СВЦМ) - 65, бемории атеросклерозии дил - 45, кардиомиопатия - 36, пневмонияи ҳуноқӣ - 48, бемории сил - 37 мушоҳида, сифилис - 5 мушоҳида, сирояти ВНМО - 25 ҳодиса.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар худими ҳамон як ҳолати садмаи анафилактикӣ (16,7%) ва 3 (4,6 %) СВЦМ бо венитиятсияи дуру дарози сунъии шушҳо ва дар 2 ҳолат (4,1%) пневмонияи ҳуноқӣ ва инкишофи минбаъдаи септикопиемия мувофиқӣ маълумотҳои нӯҳ мушоҳидаҳо дар шабонарӯзи 6-21-уми беморӣ ё осеб лонаҳои мудаввари некрози колликуватсионии андозаашон аз 50 то 300 мкм дар қисматҳои пешу паҳлӯоти макроскопӣ бофтаи узв пурхун, варамида бо қимсатҳои мулоимшавӣ дар шуъбаҳои субкапсулярӣ буд.

Ҳангоми таҳқиқоти микроскопӣ дар канорҳои лонаи колликуватсия минтакаи сегментоядроии лейкоцитарӣ бо қисматҳои таҷзияи ядроҳо, некрози мӯякҳои ковокидори бофтаи пайвандӣ бо омехтаи сутунҳои базофилии хурддисперсӣ дар байни аденоцитҳои эозинофилӣ бо дистрофияи гидропии ситоплазма, варамидаи ядроҳо, гиперхроматоз ва кариолизиси онҳо бартарӣ дошт. Сатҳи байниқтагӣ бо васеъшавии нобаробар ва мӯякнокшавӣ бо атсидофилияи суст зоҳиршавандаи бофтаи пайвандӣ ва гилофаки худӣ аст. Некрози шараёнҳои хурд, поён фаромодани равзанаи онҳо бо варами зоҳиршавандаи девораҳо муайян



карда шуда, дар стромаи ғилофак чамъшавии лимфоситҳо бо омехтаи нобаробари нейтрофилҳои сегментоядрои, пурхунии саҳти варидҳои хурди ғилофакҳои худӣ бо қисматҳои некроз ва суддатҳои фибринӣ дар равзанаҳо бартарӣ доштанд.

Дар ду ҳолати бемории сил (аз 10 ҳолати сепсиси силӣ) чамъшавии доначаҳои хоси хурди казеозии андозаашон 50-100 мкм дар қимсати ақибу маркази аденогипофиз дар марзи ҳиссаҳои фосилавӣ ва қисмати ақибӣ паҳлӯӣ бо чалбшавии чузъҳои ғилофаки худӣ ва инфилтратӣ гирдилонавии лимфоидию макрофагалӣ ва омехтаи бисёрҷадҳои ягонаи калон бе ядроҳои хоси наълшакли хучайраҳо мушоҳида гардид. Шараёнҳои парда бо қисматҳои некрози девораҳои рағҳо ва чамъшавии наздирагии лимфоидию хучайравӣ бо ометҳои гистиоситҳои ягона чой доштанд.

Дар як ҳолати сифлиси сеюмбора қисматҳои ягонаи хоси некрози андозаашон 50 мкм дар марзи қисмати ақибу марказӣ аденогипофиз ва ҳиссаи фосилавӣ бо инфилтрати гирдилонавии лимфоидию макрофагалӣ ва қисматҳои нумувви бофтаи гранулятсионӣ бе хучайраҳои Пирогов-Ланс ба назар расиданд. Шараёнҳои парда бо қисматҳои некрози девораҳои рағҳо ва чамъшавии наздирагии лимфоидию хучайравӣ бо ометҳои гистиоситҳои ягона чой доштанд.

Дар ҳамаи 25 мушоҳидаҳои марг аз сирояти ВНМО дар манзараи морфологӣ бартарӣ доштани некрози девораи рағҳо ва чамъшавии наздирагии лимфоидӣ-хучайравӣ бо омехтаи гистиоситҳои ягона дар пардаи гипофиз ва асосан ҳиссаи ақиб мушоҳида гардид. Хусусияти мушоҳидаҳои мазкур чойгиршавии марказии бофтаи пайвандии ковокидор ё саҳт дар аденогипофиз мебошад, ки чамъшавии барзиёди варидчаҳои навъи синусоидӣ бо инфилтратсияи суст зоҳиршавандаи лимфоидию макрофагалӣ мушоҳида карда мешавад.

Дар асоси тадқиқоти овардашуда қайд карда шуд, ки илтиҳоби гипофиз - падидаи нисбатан бештар мушоҳидашавандаи морфологӣ (16,9% ҳамаи ҳодисаҳои тадқиқшуда) мебошад, ки вариантҳои зерини тағиро-

ти онро ҷудо намудан мумкин аст: илтиҳоби экссудативӣ; илтиҳоби сермахсул бо намудҳои хоси гранулематозӣ (ҳангоми бемории сил ва сифилис) ва фосилавӣ (ҳангоми сирояти ВНМО).

Гипофизит аксаран ба туфайли гузариши раванди илтиҳобӣ ба зоид ва қисматҳои ҳамшафати он (пардаҳои мағзи сар, синуси ғордор, устухонҳои фонашакл) инкишоф меёбад, ҳамзамон вақтҳои аввал илтиҳоб дар шакли варам ва инфилтрат бо ғилофаки гипофиз (перигипофизит) ва қисме аз пояки он маҳдуд мегардад ва фақат баъдан рағҳоро фаро гирифта, ба бофтаи хусусии хусусии зоид мегузарад ва дар он ҳосилаи тағйиротҳои некрозӣ римири медиҳад. Вале лонаҳои илтиҳоби гемтогенӣ дар гипофиз (чи тавре ки аз тарафи Симмондсон муқаррар карда шудааст) чандон бисёр нестанд; маҳз ҳангоми септикопиемияҳои пайдоишашон гуногун дар ҳиссаи пеши гипофиз эмболияҳои бактериявӣ бо рушди минбаъдаи чиркхонаҳо ҳосил шуда метавонанд. Ҳангоми ҳасба дар нейрогипофиз гранулемаҳои хос вучуд дошта метавонанд (аз тарафи Давидовский муқаррар карда шудааст). Ҳангоми сили умумии миллиарӣ дар гипофиз метавонанд дунгичаҳои миллиарӣ кушода бошанд. Ғайр аз ин сил метавонад гипофизро дар шакли ҳосилаҳои ин ё он қисмати тағйиротҳои калони творогмонанд иллатнок намояд, ки аз рӯи пайдоиши худ метастазаҳои гематогенӣ мбошанд. Гоҳе чунин тағйироти силӣ пурра гипофизро вайрон менамояд, ки боиси норасоии гипофизарӣ, кахексия ва марг мегардад.

Ҳангоми сифлиси модарзоди навзодон дар 57% иллати гипофиз мушоҳида карда мешавад, ки бо нумӯи бофтаи пайвандии аз хучайраҳо бой ва ҳосилшавии гуммаҳои миллиарӣ зоҳир мегардад. Ҳангоми сили иктисобии (пайдошудаи) калонсолон гоҳе дар гипофиз ҳосилшавии гуммаҳо ба амал омада метавонад. Ғайр аз ин, ҳангоми иллати сифилисии пардаҳои асоси мағзи сар раванд метавонад ғилофаки ғилофаки гипофизро фаро гирад, боиси ғафшавии он, воридшавии пайвандакҳои фиброзӣ ба қаъри узв ва атрофияи бофтаи он гардад.



Аксарияти тағйиротҳои илтиҳобии гипофиз ҳам ғайрихосса ва ҳам хосса ба ин ё он дараҷа бофтаи онро вайрон мекунанд. Аз ин сабаб, ҳам дар давоми ин тағйиротҳо, ҳам махсусан дар натиҷаи он метавонанд ин ё он аломати норасоии гипофиз, яъне гипопитуитаризм бо инкишофи баъдинаи каҳексияи гипофизарӣ ва марганҷомии беморӣ ошкор карда шаванд.

Хулоса. Илтиҳоби гипофиз аксаран дар сексияи часади шахсоне мушоҳида карда мешавад, ки аз сабабҳои гуногун фавтидаанд ё ба ҳалокат расидаанд. Омӯзиши гипофиз хангоми намудҳои гуногуни марг аз нуқтаи назари муайян намудани танатогенез муҳим мебошад. Аз ин сабаб узви мазкур ҳатман бояд хангоми намудҳои гуногуни марг тадқиқ карда шавад.

АДАБИЁТ

1. Savastano S., Tomasselli A.P., Valentino R. et al. // Acta Neurologica. - 1994. - Vol.16, - № 4, - P.206-213.
2. Sanchez-Chapado M., Angulo J.C. // Skand. J. Urol. Nephrol. - 1995. - Vol.29, - № 3, - P.357-360.
3. Peyron E. // Eurobiologiste, - 1999, - Vol.33, - № 241, - P.33-44.
4. Пиголкин Ю.И., Богомолов Д.В., Шерстюк Б.В. и соавт. // Суд.-мед. экспертиза. - 2000. - № 6. - С.41-45.
5. Туманов Э.В., Кильдошов Е.М., Соколова З.Ю. Судебно-медицинская танатология. М: Юр Инфо Здрав; 2011: 172. ISBN 978-5-9034-05-9.
6. Соседко Ю.И. Внезапная смерть при травме рефлексогенных зон тела. М.:ГЭОТАР-Медина; 2013:272. ISBN 978-5-9704-2450-6.
7. Джувалыков П.Г., Богомолов Д.В., Кабакова С.С. Танатогенетический анализ в патологии и судебной медицине. Астрахань; 2016: 107. SBN: 978-5-905639-13-5.

ДИНАМИКАИ ТАҒЙИРЁБИҲОИ СИФАТИ ҲАЁТИ ГИРИФТОРОНИ БЕМОРИҲОИ ИШЕМИИ ДИЛ ДАР ШАРОИТИ ОСОИШГОҲИ "БАҲОРИСТОН"

Ф.А.Каримова, Ш.Ф.Одинаев, М.Э. Рачабзода, А.И.Табаров

Кафедраи бемориҳои дарунии №1-И ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,
Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои дил

Каримова Фарзона Абдумадиевна, докторанти PhD-и кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: farzona_karimova@mail.ru, тел.: 935676252

Одинаев Шухрат Фарҳодович, доктори илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: mmm70@mail.ru 734024, ш. Душанбе, к. Саной, 33. тел.: 918610539

Раджабзода Музафар Эмом, номзади илмҳои тиб, сардухтури Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои дил тел.: (918 123737).

Табаров Азам Исупович, сардори шӯъбаи эҳё муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои дил тел.: (918 412326).

Дар шароити пасткӯҳи осоишгоҳи "Баҳористон" дар 60 нафар гирифтронии бемории ишемии дил (БИД) динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт омӯхта шуд. Муолиҷаи осоишгоҳӣ-барқароркунанда бо истифодаи омилҳои муолиҷавӣ, балнеологӣ ва табиӣ-иклимӣ дар якҷоягӣ бо

фаъолнокиҳои вояноки ҷисмонӣ муддати 24 рӯз ба беҳтаршавии нишондиҳандаҳо (нишондиҳандаҳо)-и сифати ҳаёти пациентон мусоидат карданд. Беҳтаршавии сифати ҳаёти гирифтронии БИД аз рӯи унсурҳои зерин: фаъолнокии ҷисмонӣ, шиддатнокии дард, солимии рӯҳӣ асос бар он медиҳад, ки



шароити осоишгоҳи "Баҳористон" ба сифати осоишгоҳи тавонбахшии фаъолияти дилу рағҳо истифода карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: реабилитатсия (тавонбахшӣ), бемории ишемии дил, муолиҷаи осоишгоҳӣ-барқароркунанда.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС В САНАТОРИИ "БАХОРИСТОН"

Ф.А. Каримова, Ш.Ф. Одинаев, Х. М.Э. Раджабов, А.И. Табаров
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Республиканский кардиологический центр

Каримова Фарзона Абдумадиевна, докторант PhD кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: farzona_karimova@mail.ru

Одинаев Шухрат Фарходович, доктор медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: nnn70@mail.ru, 734024, г. Душанбе, ул. Санои, 33.

Раджабов Музафар Эмомович, кандидат медицинских наук, главный врач Республиканского клинического центра кардиологии тел.: (918 123737).

Табаров Азам Исупович, заведующий отделением реанимации Республиканского клинического центра кардиологии, тел.: (918 412326).

В условиях низкогорного санатория "Бахористон" у 60 больных с ишемической болезнью сердца изучена динамика изменения качества жизни. Санаторно-восстановительное лечение с применением лечебных, бальнеологических и природно-климатических факторов в сочетании с дозированными физическими нагрузками в течение 24 дней способствовали улучшению качества

жизни пациентов. Улучшение качества жизни больных ИБС по следующим компонентам: физической активности, интенсивность боли, психического здоровья, что даёт основание использовать "Бахористон" в качестве кардиореабилитационного санатория.

Ключевые слова: реабилитация, ишемическая болезнь сердца, санаторно-восстановительное лечение.

DYNAMIC CHANGE OF LIFE QUALITY AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH CORONARY HEART DISEASE IN SANATORIUM "BAHORISTON"

F.A. Karimova, Sh.F. Odinaev, M.E. Rajabov, A.I. Tabarov

Karimova Farzona Abdumadievna, Doctoral Candidate of the Department of Internal Diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: farzona_karimova@mail.ru

Odinaev Shuhrat Farhodovich, Doctor of Medical science, associate Professor of the Department of Internal Diseases № 1 of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: nnn70@mail.ru

Rajabov Muzaffar Emomovich, Candidate of medical sciences, head doctor of the Republican clinical center of cardiology, tel: (918 123737).

Tabarov Azam Isupovich, head of ICU of the Republican clinical cardiology center, tel: (918 412326).

In conditions of low-mountain sanatorium "Bahoriston" 60 patients with CHD were observed on dynamic change of parameters of life quality.

Sanatorium rehabilitation treatment with the use of medical, balneal and climatic factors in combination with measured physical activity for 24 days contributed to improving the quality of life of patients.



Improving the quality of life of CHD patients in the following components: physical activity, intensity of pain, mental health gives us the reason to use

Муҳиммият. Яке аз проблемаҳои муҳими тибби барқароркунанда, коркард ва илман асоснок кардани технологияҳои самараноки ғайридоруии муолича ва профилактикаи барқароркунадаи бемориҳои иҷтимоӣ-муҳим мебошад. Дар байни бемориҳои мазкур бемории ишемии дил (ИБС) нисбатан афзалият дошта боқӣ мемонад, ки сабаби асосии фавтияти барвақт ва маъюбияти аҳолии қобили меҳнат мебошад [1, 2]. Харочоти зиёди иқтисодӣ ба муолича ва хизматрасонӣ, имконпазирии инкишофи оризаҳои вазнин ва оқибатҳои бад, муҳимияти васеъ кардани тарзҳои муолича, нахустпрофилактика ва профилактикаи дуюмини бемории мазкур, аз ҷумла истифодаи усулҳои ғайридоруиро муайян мекунад. Новобаста ба истифодаи васеи маводи фармакологӣ, табобати на ҳамеша самарабахши дорӯй дар амалии клиникӣ, ҷустуҷӯи роҳҳои баланд бардоштани самаранокии нахустпрофилактика ва профилактикаи дуюмини БИД аз ҳисоби истифодаи мувофиқи усулҳои нави ғайридоруиро тақозо мекунад [3, 4].

Ба гирифтронии БИД, ба ғайр аз ислоҳи дорувории нишондиҳандаҳои озмоишгоҳӣ-биохимиявӣ, ислоҳи реаксияҳои психофизикии бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ зухурёфта, ки ба паст кардани сатҳи мутобиқшавии организм мусоидат мекунад, зарур мебошад. Аз ин ҷиҳат, маълумоти нақши муҳими омилҳои машқҳои ҷисмонӣ, протсекураҳои балнеологӣ, обҳои сулфидӣ ва озонӣ, лойдармонӣ, масҳ, табобати сӯзану рефлексифой ва омилҳои ҷисмонии префоратсияшудаи исботкунандаи пешгӯии беморӣ, дар гирифтронии БИД ҳосил шуданд [5, 6]. Бо вучуди ин, робитаи мутақобилаи ин системаҳо дар ҷараёни минбаъдаи беморӣ нақши калон бозида, ислоҳи вайроншавиҳои онҳо бо ёрии ҳам маводи дорӯй ва ҳам воситаҳои ғайридорӯй муҳимият касб мекунад.

"Bahoriston" as a cardio rehabilitation sanatorium.

Key words: rehabilitation, coronary heart disease, sanatorium treatment.

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани сифати ҳаёт ва пайравӣ ба муоличаи гирифтронии бемории устувори ишемии дил, дар шароити муоличаи осоишгоҳӣ-барқароркунанда барои оптимизатсияи тарзу муносибатҳо ба тавонбахшии дил.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шароити даври 24-рӯзаи муоличаи осоишгоҳию барқароркунандаи "Баҳористон" 60 гирифтронии БИД-и стенокардияи шиддати устувори синфҳои функционалии I-II ба муоина фаро гирифта шуданд. Дар байни муоинашудагон 43 (71,7%) мард ва 17 (28,3%) занҳо ташкил карданд.

Ба тамоми беморон табобати инфиродии базисӣ (асосӣ)-и иборат аз В-адренорлокаторҳо (метопролол, атенолол дар воияи шабонарӯзии 50-150 мг), дезагрегантҳои (аспирин, тромбоАС 100-125 мг), нитратҳо (сустонит, нитронг, нитроглитсерин), ингибиторҳои ИАПФ (эналаприл 5-15 мг/дар як шабонарӯз) гузаронда шуд. Дар комплекси муоличаи барқароркунанда, аз рӯи нақша обҳои сулфидӣ (10-12 протсекура 15-17 дақиқагӣ як рӯз пас); муоличаи иқлимӣ: ваннаҳои ҳавоӣ ва озонӣ, гардишҳои сахаргоҳӣ ва шом; фаъолнокии ҷисмонӣ: якчанд хатсайр қад-қад сохилҳои осоишгоҳ ба масофати аз 3-7 км бо нишебиҳои хурд (то 20%) тартиб дода шуд. Ҳаракатҳо аз рӯи хатсайрҳо тибқи нишондодҳои табибон дар ҳузури ҳайати махсуси машқкарда тартиб дода мешаванд; аз рӯи нишондодҳо ба беморон молиданиҳои нафтолий, лойҳои табиӣ шифоии кӯли "Оқсуқон", фитотерапия, рефлексотерапияи сӯзанӣ, муоличаҳо тавассути об) ва варзиши муолиҷавӣ гузаронда шуд.

Динамикаи тағйирёбии нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт шабонарӯзҳои аввал ва шабонарӯзҳои 24-уми ба осоишгоҳ омадан, таҳқиқ карда шуд. Барои баҳодихии сифати ҳаёт пурсишномаи SF-36-и ба беморони гирифтронии патологияи дилу рағҳо мутобиқ-



шуда истифода шуд. 36 нуктаи пуршишно-ма ба ҳашт ҷадвал гурӯҳбандӣ карда шуд: фаъолияти ҷисмонӣ, фаъолияти нақшӣ, дарди бадан, саломатии умумӣ, қобилияти ҳаётӣ, фаъолнокии иҷтимоӣ, ҳолати эмотсионалӣ ва саломатии рӯҳӣ. Нишондиҳандаҳои ҳар як ҷадвал аз 0 то 100 мушоҳида мешаванд, ки дар ин ҷо 100 солимии пурра-ро нишон медиҳад. Ҳамаи ҷадвалҳо ду нишондиҳанда: некӯаҳолии рӯҳӣ ва ҷисмониро ташаккул медиҳанд.

Ба таҳқиқот беморони мубталои шаклҳои вазнини стенокардия, инфаркти миокард ё вайроншавиҳои хунгардиши мағз, миокардитҳои ҳамроҳикунанда, нуқсонҳои дил, беморони ангиопластика ё шунткунонии аортаву коронарӣ, вайроншавиҳои ба ҳаёт таҳдидкунандаи назми дилро азсаркунанда фаро гирифта нашуданд. Дар таҳқиқот беморони сатҳи калийи баданашон камтар аз 5,0 ммол/л иштирок накарданд.

Коркарди маводро бо усулҳои омори тавсифӣ гузарондем бузургии миёна (M), тамоюли стандартӣ (σ) ва хатои стандартӣ (m) ҳисоб шуда, эътимодияти фарқиятҳо байни нишондиҳандаҳои миёнаро тибқи меъёри t -Сьюдент муайян мекардем. Эътимодияти фарқияти натиҷаҳо ҳангоми сатҳи $\alpha = 95\%$ ($p < 0,05$) муайян мекардем.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои баҳодихии сифати ҳаёт нишон доданд, ки аксарият нишондиҳандаҳо муддати 24-рӯзи буди бош дар осоишгоҳ ба зиёдшавии миқдори умумии баллҳо тамоюли возеҳ доштанд. Тавре аз ҷадвали 1 бармеояд, бештар баллҳои унсурҳои рӯҳии солимиро инъикосунанда (МН) зиёд ($46,4 \pm 2,5$ до $71,3 \pm 2,0$) мешаванд. Дар ин ҳол, нишондиҳандаҳои асосии беҳтаршавии унсурҳои рӯҳӣ - беҳтаршавии фаъолнокии ҳаётӣ (VT) бо $37,0 \pm 1,5$ то $52,0 \pm 1,2$ балл, инчунин унсурҳои рӯҳии солимӣ (МН) бо $58,0 \pm 2,5$ то $85,5 \pm 2,1$ балл мебошанд (ҷадвали 1, расми 1).

Ҷадвали 1

Тағйирёбии нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар динамикаи муолиҷаи осоишгоҳию барқароркунанда дар гирифторони БИД (SF-36) ($n=120$).

Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт	PH				MH			
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
рӯзи 1-ум	$34,4 \pm 2,0$	$25 \pm 1,9$	$55 \pm 1,0$	$27 \pm 2,2$	$37 \pm 1,5$	$50,5 \pm 3,2$	$57 \pm 2,0$	$58 \pm 2,5$
	$21,6 \pm 2,1$				$46,4 \pm 2,5$			
рӯзи 24-ум	$45,5 \pm 1,5^*$	$47 \pm 2,1^*$	$72 \pm 2,0$	$58 \pm 2,6^*$	$52 \pm 1,2^*$	$55 \pm 1,5$	$61,0 \pm 2,5^*$	$85,5 \pm 2,1^*$
	$41,6 \pm 2,4^*$				$71,3 \pm 2,0^*$			

Эзоҳ: ** - фарқиятҳои омории муҳимми рӯзҳои 1-ум ва 24-уми будубош дар осоишгоҳ ($p < 0,05$)

PH - Physical Health - унсурҳои ҷисмонии солимӣ;

PF - Physical Functioning - фаъолияти ҷисмонӣ;

RP - Role-Physical Functioning - фаъолияти нақшӣ марбут ба ҳолати ҷисмонӣ;

BP - Bodily Pain - шиддатнокии дард;

GH - General Health - ҳолати умумии саломатӣ;

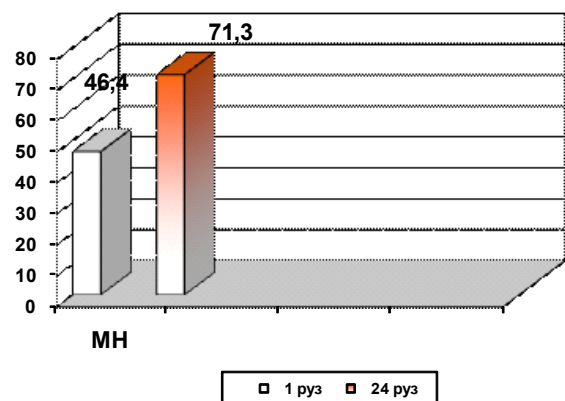
MH - Mental Health - унсурҳои рӯҳии саломатӣ;

VT - Vitality - фаъолнокии ҳаётӣ;

SF - Social Functioning - фаъолнокии иҷтимоӣ;

RE - Role-Emotional - фаъолнокии нақшӣ марбут ба ҳолати эмотсионалӣ;

MH - Mental Health - саломатии рӯҳӣ.

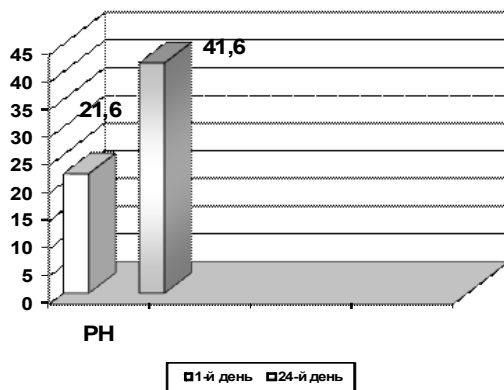


Расми 1. Динамикаи тағйирёбии унсурҳои рӯҳии саломатӣ



Ба андозаи камтар унсурҳои фаъолияти иҷтимоӣ (SF) - аз $50,5 \pm 3,2$ то $55,0 \pm 1,5$ ва ҳолати эмотсионалӣ (RE) аз $57,0 \pm 2,0$ то $61,0 \pm 2,5$ балл беҳтар мешаванд.

Динамикаи тағйирёбиҳои нишондиҳандаҳои унсури ҷисмонӣ (PH - Physical Health)-и саломатӣ, инчунин тамоюли боэътимод беҳтаршавӣ мушоҳида мешавад. Дар охири даври муолиҷаи барқароркунонда, унсури фаъолияти ҷисмонӣ аз $34,4 \pm 2,0$ то $45,5 \pm 1,5$ балл зиёд шуд. Қайд мекунем, ки басомад ва шиддатнокии омили дард (BR) низ бо баландшавии фаъолнокии баллҳо инъикос ёфта, аз $55 \pm 1,0$ то $72 \pm 2,0$ балл паст шуд. Унсури ҳолати умумии саломатӣ (GH) ва фаъолияти нақшӣ (RP) низ тамоюли боэътимод ба зиёдшавӣ доштанд (расми 2)



Расми 2. Динамикаи тағйирёбии унсурҳои ҷисмонии саломатӣ

Натиҷаҳои таҳқиқоти муолиҷаи барқароркунондаи гирифторони БИД дар шароити осоишгоҳи "Баҳористон", аз беҳтаршавии нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт шаҳодат медиҳанд. Омили асосии муолиҷавии осоишгоҳи "Баҳористон" омехтаи сулфиди ҳавоии ба сатҳ табиӣ бароянда, ҳангоми ченкунӣ дар ҳоҷ ҳарораташ зиёда аз 100 C ва консентратсияи сулфуру моддаҳои сулфурдор 66H K/л мебошад. Механизми мураккаби таъсири омехтаи ҳаво аз он иборат аст, ки зери таъсири он мӯйрағҳои пӯст васеъ мешаванд, тақисмоти хун дар организм бо аз интима баромадани рағҳои як қатор моддаҳои минералӣ ба чараёни хун мушоҳида шуда, ҳолати функционалии гурдаҳо ва чигар беҳтар мешавад. Асоси таъсири патогенетикӣ сулфид мебошад, ки ба

муҳити атроф ба осонӣ электрони фаъолнокиаш баланди химиявии ба ҳуҷайраҳои организм дар реаксияҳои оксидшавӣ-барқароршавӣ бо шакли оксидшудаи сафедаҳо, липидҳо ва ферментҳо дохилшавандаро медиҳад. Дар натиҷаи ин, миқдори гурӯҳҳои озоди сулфгидрилӣ афзоиш ёфта, фаъолнокии физикию химиявии сафедаҳо, липидҳо, гормонҳои сермолекула, инчунин пайвастиҳои каммолекула зиёд мешавад.

Ҳамаи ин ба равандҳои мубодила ва оксидшавӣ-барқароршавӣ таъсири мусбат мерасонад, инчунин таъсири рағвасеъкунӣ ва гипотензивӣ мушоҳида мешаванд. Бугҳои термалӣ ва ваннаҳои сулфидӣ тавассути ретсепторҳои пӯст ва нафас таъсир расонда, ба васеъшавии мӯйрағҳои пӯст, тағйирёбиҳои гемодинамикӣ, зиёдшавии арақшорӣ мусоидат мекунонд. Дар ин ҳол, самарайи мусбати муолиҷавӣ расонда, ба тағйирёбиҳои муайян дар равандҳои мубодила боис шуда метавонанд. Хусусиятҳои фарқкунондаи омилҳои табиӣ -иқлимӣ осоишгоҳ: гипоксияи муътадили баландӣ, фишори пасти атмосфера, ҳарорати нисбатан пасти муҳити атроф, консентратсияи баланди шуҳои ултрабунафш, мавҷудияти озон, камчангу ғубор будани ҳаво мебошад, ки ба ҳолати саломатии одамон таъсири мусоид мерасонанд. Иқлими субтропикӣ ба зудмӯтодонӣ (акклиматизатсия) мусоидат карда, таъсири манфии яку яқбора ивазшавии шароити иқлимро барои ба бошандагони осоишгоҳ истисно мекунад, ки ин муҳим буда, ба механизмҳои мутобикшавии организм талаботи камтар пешниҳод мекунад.

Ҳамин тавр, муолиҷаи осоишгоҳию барқароркунондаи "Баҳористон" бо истифодаи омилҳои муолиҷавӣ, обҳои маъданӣ ва табиӣю иқлимӣ осоишгоҳ ба ҳолати умумии саломатӣ ва беҳтаршавии нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт таъсири мусбат мерасонанд. Дар байни нишондиҳандаҳои асосии муайянкунондаи сифати ҳаёт, беҳтаршавии фаъолнокии ҳаёт, ҳолати рӯҳӣ ва шиддатнокии синдроми дард қайд мешаванд, ки истифодаи осоишгоҳи мазкурро ба сифати тавонбахшии фаъолияти дилу рағҳо имкон медиҳад.

**АДАБИЁТ**

1. Козинец Г.И. Экология здоровье - качество жизни нации /Г.И. Козинец, В.В. Высоцкий //Тер.архив.-2007. -№1. - С. 74-77.
2. Белов В.Н. Качество жизни больных с ишемической болезнью сердца, нуждающихся в хирургической реваскуляризации миокарда / В.Н. Белов //Ж. Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2009.-Т. 8.- № 2.- С. 424-426.
3. Карпухина Е.О. Повышение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца /Е.О.Карпухина, Т.С. Сенашова, Н.М. Потылицина // IV Российская науч-практ конф. "Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии".-Москва 2005. - С.12.
4. Айвазов В.Н. Управляемая терапия (применение рефлексотерапии как управляющего фактора в общей терапии и бальнеологии) /В.Н.Айвазов// Монография. Пятигорск.- 2009.- 249 с.
5. Портнов В.В. Методы физиобальнеотерапии в реабилитации больных с ИБС после АКШ /В.В. Портнов, Е.И.Забелина// Физиотерапия, бальнеология, реабилитация.-2003.- № 2.- С. 13.
6. Жерлицина Л.И. Природная аэроионофитотерапия больных ишемической болезнью сердца на низкогорных курортах /Л.И.Жерлицина // Ж. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.-2009.-№ 3.-С. 52-56.

ФИЗО ВА ТАБОБАТИ КҶДАКОНИ ДОРОИ ИХТИЛОЛҶОИ ФУНКЦИОНАЛИИ ҲОЗИМА**Г.С. Мамадҷонова, З.К. Умарова**

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 (мудири кафедра н.и.т., дотсент Г.С. Мамадҷонова)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, кафедраи тибби оилавии №2 (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ёдгорова М. Д.),

Мамадҷонова Гулнора Сидикдҷановна, н.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои кӯдакон №1, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: gulnora.mamadjanova@gmail.com, тел.: 915-99-09-03.

Умарова Зарифа Қосимовна, д.и.т., профессори кафедраи тибби оилавии №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 919-98-58-80.

Вайроншавии ҳозима натиҷаи якҷанд маротиба аз сар гузаронидани бемориҳои сироятии шадиди респираторӣ ё рӯдаҳои кӯдакон мебошад. Дар пайдошавии он истеъмоли барзиёд ва беназорати доруҳои зиддибактериалӣ, полигиповитаминоз, норасоии ферментативӣ ва номукамал будани ғизо, махсусан дар кӯдаконе, ки қисман шири модар ва қисман ғизои сунӣ истеъмом мекунанд, ахамияти калон доранд. Дар давраи солҳои 2014-2016 мавриди таҳқиқ 169 кӯдаки дорои вайроншавии функционалии ҳозима қарор гирифта буданд, синну соли кӯдакон аз 2-моҳа то 3-соларо дар бар мегирифт.

Дар кӯдакони таҳқиқшудаи дорои вайроншавии функционалии ҳозима давраи вазнини перинаталӣ ва ҳолати нохуби преморбидӣ (пешкасалӣ) -рахит, гипотрофия, анемия, аномалияи конституция ба назар расид. Онҳо қисман шири модар ва қисман ғизои сунӣ истеъмом мекарданд. Зудзуд гирифтори бемориҳои шадиди сироятии респираторӣ ва исҳол мешуданд. Дар ҳар дафъаи бемор шудан антибиотикҳои доираи таъсирашон васеъро истеъмом мекарданд.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, вайроншавии функционалии ҳозима, табобат.



ПИТАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Мамаджанова Гульнора Сидикджановна, к.м.н., доцент, зав. кафедрой детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E.mail: gulnora.mamadjanova@gmail.com, тел.: 915-99-09-03.

Умарова Зарифа Касымовна, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: 919-98-58-80.

Нарушение пищеварения является следствием неоднократно перенесенных острых респираторных и кишечных инфекций у детей. Определенное значение в его появлении придаётся частому неконтрольному применению антибактериальных препаратов, полигиповитоминозу, ферментативной недостаточности и неполноценному питанию, особенно у детей, находившихся на частично грудном или искусственном вскармливании. Обследовано 169 детей, страдающих функциональными нарушениями пищеварения, в возрасте от 2 месяцев до 3 лет за период с 2014

по 2016 годы. У обследованных детей с функциональными нарушениями пищеварения был отягощенный перинатальный период и неблагоприятный преморбитный фон (рахит, гипотрофия, анемия, аномалии конституции). Они находились на частично-грудном и искусственном вскармливании, часто болели острой респираторной вирусной инфекцией и диарейными заболеваниями. При каждом эпизоде заболевания получали антибиотики широкого спектра действия.

Ключевые слова: дети, функциональное нарушение пищеварения, лечение.

FEEDING AND TREATMENT OF CHILDREN WITH FUNCTIONAL DISTURBANCES OF DIGESTION

G.S. Mamadjanova, Z.K.Umarova

Department of children's diseases №1 (head of the chair c.m.s., associate professor G.S. Mamadjanova) of Avicenna TSMU

Mamadjanova Gulnora Sidikjanova, head of the chair c.m.s., associate professor of children's diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: gulnora.mamadjanova@gmail.com, tel.: 915-99-09-03.

Umarova Zarifa Kasimovna, MD, Professor of the department of family medicine №2 of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 919-98-58-80.

Violation of digestion is a result of repeatedly suffered from acute respiratory and intestinal infections in children. A certain importance in its appearance is attached to the frequent uncontrolled use of antibacterial drugs, polyhypovitomyosis, enzyme deficiency and malnutrition, especially in children who were partially breastfed or bottle-fed. 169 children suffering from functional digestive disorders, aged from 2 months to 3 years from 2014 to 2016 were examined. The examined children

with digestive disorders had the burdened perinatal period and an unfavorable premorbid background (rachitis, hypotrophy, anaemia, anomalies of the constitution). They were partially breastfed and bottle-fed often suffering from acute respiratory viral infections and diarrheal diseases. At each episode of the disease got the antibiotics of wide spectrum of action.

Key words: children, functional digestive disorder, treatment.



Муҳиммият. Ихтилолҳои функционалии роҳи ҳозима яке аз проблемаҳои ба таври васеъ паҳншудаи кӯдакони моҳи якуми ҳаёт мебошанд [4,6]. Хусусиятҳои фарқкунандаи ин ҳолатҳо пайдо шудани симптомҳои клиникӣ ҳангоми вучуд надоштани ягон ҳел тағйироти органикии роҳи ҳозима (аномалияҳои сохторӣ, тағйироти илтиҳобӣ, сироят ё омосҳо) ва тағйироти метаболитикӣ ба ҳисоб меравад. Ҳангоми ихтилолҳои функционалии роҳи ҳозима мумкин аст, ки функцияи моторӣ, ҳазм кардан ва ҷаббидани моддаҳои ғизоӣ, ҳамчунин таркиби микробиотҳо ва фаъолнокии системаи иммунӣ низ тағйир ёбанд [2,3]. Сабабҳои ихтилолҳои функционалӣ аксари вақтҳо дар берун аз узвҳои осебдида ниҳонанд ва дар асари ихтилоли танзими асабӣ ва гуморалии фаъолияти роҳи ҳозима сар мезананд.

Дар кӯдакони синни ширхорагӣ, махсусан дар 6 моҳи аввали ҳаёт чунин ҳолатҳо, монанди қайкунӣ, халаи рӯдаҳо ва қабзият зиёд ба назар мерасанд [1]. Дар зиёда аз нисфи кӯдакон вай дар комбинатсияҳои гуногун вучуд дошта, симптоми алоҳида хеле кам дида мешавад. Азбаски сабабҳои пайдо шудани ихтилолҳои функционалӣ ба протсессҳои гуногуни роҳи ҳозима таъсир мерасонанд, яқоя шудани симптомҳо дар як кӯдак қонунӣ ба назар мерасад. Масалан, пас аз гузаронидани гипоксия ихтилолҳои вегетовиссералӣ бо тағйироти моторикаи типии гипертоникӣ ё гипотоникӣ ва вайроншавии фаъолнокии пептидҳои танзимкунанда пайдо шуда метавонанд, ки ҳамзамон ба қайкунӣ (дар натиҷаи спазм ё боз будани сфинктерҳо), хала (вайрон шудани моторикаи роҳи ҳозима ҳангоми баланд будани газҳосилшавӣ) ва қабзият (гипотоникӣ ва ё дар асари спазми рӯдаҳо) оварда мерасонанд. Аломатҳои клиникиро симптомҳои ба вайроншавии ҳазми нутриентҳо вобаста буда амиқ месозанд, ки дар натиҷаи паст шудани фаъолияти фаъолнокии ферментативии энтеросити вайроншуда пайдо мешаванд ва боиси тағйирёбии микробиосенози рӯдаҳо мегарданд [4,5].

Вайроншавии ҳозима натиҷаи якчанд маротиба аз сар гузаронидани беморҳои

сироятии шадиди респираторӣ ё рӯдаҳои кӯдакон мебошад. Дар пайдошавии он истеъмоли барзиёд ва беназорати доруҳои зиддибактериалӣ, полигиповитаминоз, норасоии ферментативӣ ва номукамал будани ғизо, махсусан дар кӯдаконе, ки қисман шири модар ва қисман ғизои сунӣ истеъмом мекунанд, аҳамияти калон доранд [1,3].

Мақсади пажӯҳиши мазкур омӯхтани масъалаҳои ғизо ва табобати кӯдакони дорои вайроншавии ҳазми кӯдакон мебошад.

Мавод ва усули таҳқиқот. Мо дар давраи солҳои 2014-2016 дар базаи Маркази саломатии шаҳрии №7-и ш. Душанбе 169 кӯдакро, ки дорои вайроншавии функционалии ҳозима буданд, таҳти таҳқиқот қарор додем, синну соли кӯдакон аз 2-моҳа то 3-соларо дар бар мегирифт. Аз онҳо дар 99 нафар вайроншавии функционалии ҳозима ба қайд гирифта шуд. Таҳлили синнусолӣ нишон дод, ки кӯдакони то яксола 39 (39,9%), аз 1 то 2 -сола -34 (34,3%), аз 2то 3-сола- 26 (25,8%) нафар буданд. Таҳқиқоти беморон аз анкетаронӣ дар байни модарон, таҳлил кардани маълумотҳои анамнезӣ- клиникӣ, таҳқиқоти лабораторӣ(таҳлили умумии хун,пешоб, начосат), таҳқиқоти бактериологӣ -кишти начосат дар флора иборат аст.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар кӯдакони таҳқиқшудаи дорои вайроншавии функционалии ҳозима давраи вазнини перинаталӣ ва ҳолати нохуби преморбидӣ (пешкасалӣ) -рахит, гипотрофия, анемия, аномалияи конституция ба назар расид. Онҳо қисман шири мода рва қисман ғизои сунӣ истеъмом мекарданд. Зуд-зуд гирифтори беморҳои шадиди сироятии респираторӣ ва исхол мешуданд. Дар ҳар дафъаи бемор шудан антибиотикҳои домраи таъсирашон васеъ истеъмом карданд. Аз рӯи вазнинии ҳолати беморон кӯдаконро ба дараҷаи сабук - 42 (42,4%), вазнини миёна - 37 (37,3%) ва вазнин- 20 (20,3%) тақсим кардем. Клиникаи дараҷаи сабук норавшан буда, бад шудани иштиҳо, суст шудани зиёдшавии вазни бадан, қайкунӣ, баланд шудани ҳарорати субфебрилии бадан ба мушоҳида мерасад. Аломатҳои астенияи умумӣ, арақкунӣ, қабзият, пажмурдагӣ, дарди шикам ба назар мерасад.



Клиникаи беморони вазнинии миёна нисбатан возеҳтар аст, бештар субфибролитети устувор, бештиҳой, зуд-зуд қай қардан, қабзияти устувор, қайқуниҳои такрорӣ бесабаб ба амал меоянд. Дараҷаи вазнин асосан дар кӯдакони то яксола дида шуд, симптомҳояш аз дамиши шикам, зуд-зуд қай қардан, наҷосат бӯйи тези бад дорад, обакӣ ва сабзҷаи луобдор аст, лундаҷаҳои беисти сафеди энтероколитӣ дорад, клиникаи токсикоз ба назар расид: беҳолӣ, бештиҳой, қайқуни пас аз истеъмоли ғизо, табларза.

Дар таҳлили хуни ҳамаи кӯдакон дараҷаҳои гуногуни возеҳии камхунӣ, кам шудани эритроцитҳо то 2 млн., сатҳи пасти гемоглобин то 80 г/л, нишондиҳандаи ранга то 0,8 ба назар расид. Микдори баланди эозинифилҳоро (зиёда 5%) мо дар 26 (26,2%) -и кӯдакон асосан бо нишон додани аллергия дар анамнез ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми таҳқиқоти бактериологӣ муайян карда шуд: *Proteus*-20,4%, *S. aureus*- 3,2%, занбурӯғи чинси *Candidae*-38,7%, клебсиела-21,0%.

Табобати вайроншавии функционалии ҳозима - протсессии тӯлонӣ ва бисёрҷузъа аст. Дар ҳамаи кӯдакон табобати этиопатогеникӣ сурат гирифт: диетотерапия, ферментотерапия, витаминотерапия, истифода аз доруҳои стимулятсикунандаи нмилҳои номаҳсули муҳофизатӣ, препаратҳои биологӣ, ки микрофлораи рӯдаҳоро муътадил месозанд, ҳамчунин табобати зидди камхунӣ. Таъкид қардан ба маврид аст, ки кӯдакони дорой дараҷаи якуми дисбактериоз омехтаи "Nutrilon безлактозный", шавлаҳои кӯдакон бо бифидобактерияҳо *BL* (пробиотики) ва

пребиотикҳои (*Prebio*) ва иммунонотриентҳо қабул карданд. Омехтаи "Nutrilon белактоз" (бо дар таркиби он мавҷуд будани сафедаи ба осонӣ ҳазмшавандаи *OPTIPRO* вобастагӣ дорад), барои нигоҳ доштани микрофлораи муътадил, бифидобактерияи *V1* ва биоферментатсия, муътадилшавии таркиби микрофлораи рӯдаҳо, мустаҳкамшавии масуният, муҳофизат аз сирояти рӯдаҳо, доштани маҷмӯи витаминҳо ва маъданҳо.

Дар баробари онҳо ҳангоми бехтар шудани ҳолати бемор хӯрокҳои иловагӣ таъйин карда шуд: пюреи картошкагӣ, творог, обгӯшт, нӯшокии зиёд: оби чӯшонидашуда, маҳлули *ОРС*, биринҷоба.

Дар ҳолатҳои вазнинии дисбактериози рӯдаҳо ба комплекси табобатӣ антибиотикҳои доираи таъсирашон васеъ ворид карда шуданд. Дар баробари антибиотикҳо мо аз истифодаи препаратҳои биологии зидди баактериалӣ самараи хуб ҳосил кардем, монанди: бактериофаги стафилококки моеъ (фагестаф), пиобактериофаг (фагио), интести-бактериофаг (фагести). Бо мақсади муътадил сохтани ҳазмқуни ферментҳои панкреатин, креон, панзинорм; витаминотерапия: пиковит, кидс, инфаб, вивабон ва препаратҳои иммуностимулятсионӣ (иммунал, тактивин) истифода карда шуд.

Хулоса, ҳолати кӯдакони дорой вайроншавии функционалии ҳозимаро таҳқиқ намуда, муайян кардем, ки ворид қардани парҳезшифой ва омехтаи "Nutrilon белактоз" ба табобати комплексӣ, табобати этиопатогеникӣ таъсири хуб боқӣ мегузоранд.

АДАБИЁТ

1. Учайкин В.Ф. Коррекция дисбактериоза кишечника в детской практике / Детские инфекции. - 2010. - № 1. - С. 27-31.
2. Лечебное питание детей первого года жизни (Клинические рекомендации для педиатров) / А.А.Баранова, В.А.Тутельмана. // М.: Союз педиатров России. - 2010. - 160с.
3. Захарова И.Н. Физиологическое значение функциональных компонентов молочных смесей для вскармливания детей раннего возраста/ Методическое пособие для врачей-педиатров. - М. - 2010. - С.4-6.
4. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста и их диетологическая коррекция. В кн.: Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России, М., 2010, 39-42.



5. Hyman P. E., Milla P. J., Bennis M. A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler // Am.J. Gastroenterol. 2006, v. 130 (5), p. 1519-1526.
6. Хавкин А. И. Принципы подбора диетотерапии детям с функциональными нарушениями пищеварительной системы // Детская гастроэнтерология. 2010, т. 7, № 3.

НОЗУКИҲОИ ТАБОБАТИ БАҶҚАРОРКУНАНДА ҲАНГОМИ ВАЙРОНШАВИИ МУВОЗИНАТИ ГЕМОСТАЗ ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ ИЛТИҲОБИ БАКТЕРИАЛИИ ШУШ

К. И. Исмоилов, С.Т. Давлатов, М.А. Исмоилова, Ч.А. Израмов

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 (мудири кафедра д.и.т., профессор Исмоилов К. И) ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино МД ММТ ҚТ "Шифобахш"

Исмоилов Комилҷон Исроилович, д.и.т., профессор кафедраи бемориҳои кӯдакон №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ 139, тел.: +985127845 e-mail: @mail.ru.

Давлатов Самихил Тиллоевич, ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино; 734025, тел.: 985287115.

Исмоилова Матлуба Ахмедовна, н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони ДДБКТТ. Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Исмоили Сомонӣ, тел.: +918936015 e-mail: @mail.ru.

Израмов Чумабек Аслонбекович, табиби бемориҳои кӯдакони МД ММТ ҚТ "Шифобахш" тел.: 919722570.

Муаллифон дар мақолаи мазкур натиҷаҳои таҳқиқоти гемостазро дар 72 кӯдаки синну соли бармаҳал бо илтиҳоби бактериалии шуш таҳлил кардаанд. Аз онҳо писарон 39 (54,2%) ва духтарон 33(45,8%) нафарро ташкил дод. Ҳамаи беморон вобаста аз ҳолати вазниниашон ба ду (2) гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якумро кӯдакони бо ҳолати вазнин, гурӯҳи дуюмро кӯдакони бо ҳолати ниҳоят вазнин ташкил карданд. Ба ҳамаи беморон тақиқотҳои умумии клиникӣ, рентгенологӣ, инчунин параметр (ченак, бузургӣ) -ҳои плазмаи гемостазӣ ва тести этанолий гузаронида шуд.

Дар ҳамаи кӯдакони гирифтори илтиҳоби шуш, таҳхис тавассути акси рентгенологӣ ва тағйирот аз тарафи таҳлили умумии хун ба монанди лейкоцитоз аз $12,4 \times 10^9/\text{л}$ то $14,3 \times 10^9/\text{л}$ тасдиқ карда шуд.

Ҳангоми таҳқиқоти коагулограмма муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи якум ва дуюм муҳлати хунравӣ бо тарзи Дюк ($3,8$

$\pm 0,14$, $6,1 \pm 0,08$) ва вақти лахташавии хун бо тарзи Ли- Уайту ($7,1 \pm 0,14$, $11,8 \pm 0,21$) баръало давомноктар мебошад нисбати гурӯҳи назоратӣ ($P < 0,05$). Дар қатори ин нишондодҳои бузургии миёнаи индекси протромбин, дараҷаи тромботест, фибриногендар гурӯҳи якум ($61,7 \pm 3,7$; $3,3 \pm 0,21$; $1,81 \pm 0,33$) ва гурӯҳи дуюм ($43,1 \pm 2,9$, $2,01 \pm 0,04$, $0,96 \pm 0,007$) паст мебошад нисбат ба нишондодҳои гурӯҳи кӯдакони солими назоратӣ.

Ҳангоми пайваст намудани табобати комплексӣ, миқдори начандон зиёди маводҳои таъсири зидди лахтабандӣ ва антипротеазидошта дар марҳилаҳои аввал ба кӯдакони гирифтори пневмонияи бактериалии самараи хуб дода ва боиси мувозинатдори системаи лахтабандӣ-зиддилахташавии хун гардид, ки ба нест шудани аломатҳои клиникӣ чараёни илтиҳоби шуш оварда расонид.

Калимаҳои калидӣ: табобати барқароркунӣ, гемостаз, кӯдакон, илтиҳоби шуш.



НЮАНСЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСБАЛАНСЕ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Исмоилов Комилчон Исроилович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; 734025, Республика Таджикистана, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел.: +985127845 e-mail: @mail.ru.

Давлатов Самихил Тиллоевич, ассистент кафедры детских болезней №2 ДДТТ им. Абуали ибни Сино, E.mail: davlatov1569@mail.ru. тел. 985287115.

Исмоилова Матлуба Ахмедовна, к.м.н., ассистент кафедры детских болезней ГОУ ИПО в сфере ЗРТ, г. Душанбе, пр. Исмоили Сомони, тел.: +918936015 e-mail: @mail.ru.

Израмов Джумабек Аслонбекович, детский врач ГУНМЦРТ "Шифобахи" тел. 919722570

В данной работе приведены результаты исследования 72 детей в возрасте от 20 дней до 1 года жизни с бактериальной пневмонией, в зависимости от тяжести состояния пневмонии исследуемые дети были разделены на две группы. Первую группу составили 33 ребенка с тяжёлым течением пневмонии, вторую группу составили 39 детей с очень тяжёлым течением пневмонии. Обследованным детям проведены общеклинические, рентгенологические, а также коагуляционный и паракоагуляционный методы исследования гемостаза.

Диагноз был подтвержден обзорной рентгенографией грудной клетки и изменениями в периферической крови в виде лейкоцитоза $12,4 \times 10^9 / \text{л}$ - $14,3 \times 10^9 / \text{л}$.

В коагулограмме выявлено незначительное укорочение времени свёртывания крови у больных ($7,1 \pm 0,14$) первой группы и заметное удлинение времени свёртывания крови ($11,8 \pm 0,21$) у детей второй группы по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы, такое соотношение наблюдалось в показателях длительности кровотечения у детей данной группы.

Средние величины протромбинового индекса, степени тромботеста, фибриногена у больных первой группы имели тенденцию к снижению ($61,7 \pm 3,7$, $3,3 \pm 0,21$, $1,81 \pm 0,33$), у детей второй группы ($43,1 \pm 2,9$, $2,01 \pm 0,04$, $0,96 \pm 0,007$) оказались достоверно ниже соответствующих показателей здоровых детей.

Фибринолитическая активность у больных первой группы находилась в пределах нормы ($226 \pm 4,41$), а у больных второй группы ($167 \pm 4,9$) значительно превосходило такие показатели контрольной группы ($226,4 \pm 18,35$).

Таким образом, у больных с тяжёлым течением пневмонии отмечается умеренное, а у больных с очень тяжёлым течением пневмонического процесса отмечается выраженное нарушение плазменного звена гемостаза.

При подключении комплексно корректирующей терапии у детей с бактериальной пневмонией при незначительной дозе антикоагуляционного, антипротеазного препарата в начальном проявлении заболевания достигался значительный успех в виде устранения дисбаланса в системе гемостаза.

Ключевые слова: коррекционная терапия, дисбаланс, гемостаз, дети, пневмония.

NUANCE OF CORRECTIVE THERAPY AT DISBALANCE OF THE HEMOSTASIS AT CHILDREN WITH BACTERIAL PNEUMONIA

Department of children's disease №2 of Avicenna TSMU
(head of the department MD, Professor Ismoilov K.I.)

Ismoilov Komiljon Isroilovich, MD, Professor, head of children's diseases department №2 of Avicenna TSMU; 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki ave. 139, tel.: +985127845 e-mail: @mail.ru.



Davlatov Samikhil Tilloevich, assistant of children's diseases department №2 of Avicenna TSMU, E.mail: davlatov1569@mail.ru. tel. 985287115

Ismoilova Matluba Akhmedovna, c.m.s., assistant of children's diseases department of the SEI IPE in the field of HRT, Dushanbe, Ismoili Somoni Ave., tel.: +918936015 e-mail: @mail.ru.

Izramov Jumabek Aslonbekovich, children's doctor SINMCRT "Shiphobakhsh" tel. 919722570

In the given work results of research of a hemostasis -at early age with the bacterial pneumonia are resulted. The boys were 39 (54,5%) and girls 33 (45,1%). Depending on severity level and pathological process patients have been divided on two groups. The first group consisted of children with severe and the

second group consisted of children with very severe pneumonia.

The examined children underwent general clinical, radiological, as well as coagulative and paracoagulative methods for the study of hemostasis.

Key words: correction of therapy, imbalance, hemostasis, children, pneumonia

Муҳиммият. Бемории пневмония дар са-тҳи тамоми курраи замин байни бемориҳои системаи нафаскашӣ ҷойи намоёнро ишғол менамояд, ки бештар ба ҷаввонӣ кӯдакон оварда мерасонад. Бо нишонҳои ТУТ 16% ҷаввонӣ кӯдакони то панҷсола дар тамоми ҷаҳон ба пневмония рост меояд, ки ин нишонҳои дар соли 2015 ба 920 136 кӯдаки то синни 5-соларо ташкил менамояд. Ҳангоми пневмония дар кӯдакони соли якуми ҳаёт дар қатори симптомҳои захролудшавии умумии бадан, норасоии нафас ба монанди вайроншавии вазифаи вентилятсионии шуш, диффузияи оксиген ва гази карбон бо воситаи мембранаи алвеолокапилляри ва перфузия ба шуш, ҳамчун пулмонали ва экстрапулмонали дида мешавад. Зоҳиршавии ҷараёни илтиҳобӣ ба пайдошавии дараҷаҳои гуногун ва тағйирот дар ҳамаи за-нҷираҳои гомеостаз, газҳои таркиби хун, мувозинати обу электролитҳо, инчунин ҳолати лахташавӣ ва зидилахташавии (коагулясионӣ - антикоагулясионӣ) системаи хун мусоидат мекунад.

Новобаста аз муҳиммияти масъалаи мазкур ин нуқтаи назар то ҳол ҳалли омӯзиши мақсадноки худро дарёфт накарда, ғайр аз ин нозуқиҳои таъбири коррексионии беморони ин гурӯҳ то ин муддат пурра муайян карда нашудааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нозуқиҳои муолиҷавӣ - коррексионӣ ҳангоми вайроншавии мувозинати гемостаз дар кӯдакони гирифтори илтиҳоби бактериалии шуш.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар зери назорати мо ҳамагӣ 72 кӯдаки гирифтори пневмония қарордошт, ки синнашон аз 20-рӯза то 1-сола, писарҳо 39 (54,2%), духтарҳо - 33 (45,8%) нафарро ташкил менамоянд. Кӯдакони зери назорат буда вобаста аз ҳолати вазниниашон ва дараҷаи норасоии нафас ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I-ум 33 кӯда, ки бо ҷараёни вазнини пневмония дараҷаи НН-II, гурӯҳи II-ро - 39 кӯдаки бо ҷараёни ниҳоят вазнин бо дараҷаи НН II-III ташкил намуд.

Гурӯҳи назоратӣ аз 21- кӯдаки ҳамин синну сол иборат мебошад.

Ба ҳамаи кӯдакони таҳқиқотӣ таҳлили умумии клиникӣ (таҳлили умумии хун бо муайян намудани миқдори тромбоситҳо), коагулятсионӣ (вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайту, вақти хунравӣ бо тарзи Дюке, дараҷаи тромботест, индекси протромбин, фибриноген, антитромбин-III, фаъолнокии фибринолитикии хун), тести паракоагулятсионӣ (этанолӣ) гузаронида шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасӣ. Ҳангоми бистарӣ кунонидан ҳолати ҳамаи беморони гурӯҳи якум (100%) вазнин баҳогузори карда шуд, дар асоси симптомҳои баръалои интоксикатсионӣ, баландшавии ҳарорати умумии бадан t- аз 38,6°C то 39°C, нишонаҳои пайдошавии вайроншавии микроциркуляторӣ ва сафедшавии пӯсти бадан бо ранги мармари (100%). Синдроми интоксикатсионӣ бо норасоии нафас бо намуди тахипноеаз 52 то 64 маротиба нафаскашӣ дар



як дақиқа, иштироки мушакҳои ёридиҳанда хангоми чараёни нафасгирӣ дар 85%-и беморон ва тарангшавии қанотакҳои (болҳои) бинӣ дар - 43% кӯдакон, сианоз ва сианозӣ секунҷаи лабу бинӣ дар 71% кӯдакон дида мешавад.

Сустшавии садои перкуторӣ (хангоми ангуштзанӣ) дар манбаи илтиҳоб дар 89,3% кӯдакон муайян карда шуд. Ҳамчунин дар 62,9% беморон аускултативи хирсоҳои хушк ва хирсоҳои гуногун кутри намнок шунида мешавад. Пастшавии садоҳои кори дил дар 86% беморон шунида мешавад, тахикардия бараъло дар 95,9% кӯдакон намоён мушоҳида карда мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки дар кӯдакони гурӯҳи номбурда пайдошавии чараёни клиникаи илтиҳоб бо якҷоягӣ тағйироти сиркуляторӣ аз тарафи пӯст ба монанди хунравӣ аз ҷойи сӯзандору (54,6%), камшавии диурези шабонарӯзӣ (61-73%) ба назар мерасид. Ғайр аз ин, дар 44%-и кӯдакон қайқунии мухтавоаш қаҳвамонанд, дар 7,1% беморон наҷосати сиёҳчатоб дида мешуд.

Ҳолати ҳамаи 39 нафар кӯдакони гурӯҳи дуюм хангоми бистарӣ будан дар беморхона (стационар) ниҳоят вазнин баҳогузорӣ карда шуд, аз ҳисоби захролудшавии баръалои умумии бадан ва норасогии нафас, баландшавии ҳарорат дар ҳудуди 39°C то 41°C, ҳамеша бо якҷоягии синдроми гипервентелятсионӣ, зиёдшавии миқдори нафаскашӣ аз 70 то 82 маротиба дар як дақиқа дида мешуд. Сулфайи хушк ва намнок дар 84,1% беморон мушоҳида карда мешавад. Дар ҳамаи ҳолатҳо сафедии пӯсти бадан бо барзиёд ҷой доштани шакли мармарӣ ва сианози секунҷаи лабубинӣ, тарангшавии қанотакҳои бинӣ дар 96% кӯдакони илтиҳобшуда ба қайд гирифта шуд. Иштироки мушакҳои ёрирасон дар чараёни нафаскашӣ, (кашишхӯрии фосилаҳои байни кабургаҳо, юғӣ, чуқурҷаи болои меъда, зери кулфак) дар 100% беморон мушоҳида карда мешуд. Хангоми муоинаи перкуторӣ (ангуштзанӣ) дар мавқеи илтиҳоб сӯстшавии садои перкуторӣ (ангуштзанӣ) дар 94,1% бемор, аускултативӣ дар 68,4% кӯдакон бо пневмония хирсоҳои хушк ва намноки гуногункутр (калибр) шунида мешавад.

Васеъшавии сарҳади нисбии дил дар 68,1% бемор муайян карда шуд, дар 81,6% кӯдакон тахикардия ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз ин дар беморони чараёни ниҳоят вазнин дошта, дар қатори аломатҳои асосии патологӣ, клиникӣ ҷой доштани вайроншавии сиркуляторӣ, ба монанди хунравӣ аз ҷойи сӯзандоруҳо 100% ба қайд гирифта шуд. Камшавии диурези шабонарӯзӣ дар 2/3 қисми беморон аз 61% то 79%, аммо дар 1/3 беморон ҳаҷми он зиёда аз 50% кам шуда аст. Дар 35,1% беморони гурӯҳи мазкур аломатҳои доғҳои геморрагӣ дар пӯст дида мешуд, валле миқдори зиёди доғҳо дар қисми поини андомҳо ҷой доштанд. Ғайр аз ин дар ин гурӯҳи беморон партови хунбчадор (кровонистый) бо якҷоягии наҷосати сиёҳ дида мешуд, инчунин дар як кӯдакча хунравии паҳншуда дар қаъри чашм бараъло намоён дида мешуд.

Барои мушаххас гардонидани ташхис дар ҳамаи беморон таҳқиқотҳои лабораторӣ ва иловагӣ гузаронида шуд

Дар гурӯҳи якуми кӯдакони гирифтори пневмония миқдори умумии эритроцитҳо дар ҳудуди 3,6-4,1x10⁹ г/л мебошад. Гемоглобин 94-124 г/л-ро ташкил намуд; лейкоцитоз то 9,8x10⁹/л, майли ҳучайраҳои чӯбчашакл 5-14%; СТЭ-13-21 мм/с.

Баландшавии як қатор фаъолнокии гуморалии хун дида мешавад, нишондоди тақрибии гематокрит (Ht) дар кӯдакони ин гурӯҳ ба 34-38% баробар мебошад. Таҳлили биохимиявии хун: гипопротеинемия (46 г/л) дар 10 кӯдак бо илтиҳоби шуш мушоҳида карда шуд, ченакҳои боқимондаи биохимия бетағйирот буд. Дар ҳамаи беморони таҳқиқотшудаи гурӯҳи дуюм, 39 кӯдаки синну соли якуми ҳаёт бо илтиҳоби шуш миқдори умумии эритроцитҳо аз 2,8 то 3,6 x10¹² /л ташкил менамояд, гемоглобин тақрибан дар меъёр 85-97 г/л, вале лейкоцитҳо 12-18,3x10⁹/л, ҳучайраҳои чӯбчашаклмайл ба самти чап 17-36%-ро ташкил менамуд. Суръати такшиншавии эритроцитҳо (СТЭ) аз 21 то 39 мм/ч дар 12 бемор дида мешавад.

Дар 72 бемори таҳқиқшуда (100%), нишондодҳои акси рентгенологии қафаси сина



илтиҳоби шушро бо пуррагӣ тасдиқ намуд. Илтиҳобёбии тарафи рости шуш (53,4%), харду тарафи шуш (29,5%) ва тарафи чапи шуш (17,1%), ки ин аз сохтори махсуси ано-

томиву физиологии ин синну соли гурӯҳҳо шаҳодат медиҳад. Нишондоди лахташавӣ ва зиддилахташавии системаи хун дар ҷадвал пешниҳод карда шудааст.

Нишондоди миёнаи коагулограмма дар кӯдакони бо илтҳои бактериалии шуш

Гурӯҳҳо	Нишондод	Назоратӣ	I гурӯҳ	II гурӯҳ
Вақти хунравӣ (дак)		3,1±0,13	3,8 ± 0,14*	6,1 ± 0,08*, **
Вақти лахташавии хун (дак)		5,8 ± 0,16	7,1 ± 0,14*	11,8 ± 0,21*, **
Индекси протромбин (%)		89 ± 4,17	61,7 ± 3,7*	43,1 ± 2,9 *, **
Дараҷаи тромботест		5,4 ± 0,01	3,3 ± 0,21*	2,01 ± 0,04*, **
Фибриноген(г/л)		2,96 ± 0,14	1,81± 0,33*	0,9 ± 0,007*, **
Фаъолнокии фибринолитики (дак)		226,4 ± 18,35	224,6± 4,41	167,1 ± 4,9*, **

Эзоҳ: * Нишондоди оморӣнисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

** Нисбати нишондоди гурӯҳи I.

Тавре ки аз нишондодҳои ҷадвал муайян гардид, нишондоди миёнаи вақти хунравӣ дар беморони гурӯҳи I (3,8±0,14) бо усули Дюк нисбатан бо нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ (3,1±0,13) давомноктар мебошад, нисбати вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайту (7,1 ± 0,14) .

Дар қатори ин нишондоди миёнаи индекси протромбин, дараҷаи тромботест ва микдори фибриногени зардоби хун (61,7 ± 3,7; 3,3 ± 0,21; 1,81 ± 0,03) дар беморони гурӯҳи якум нисбати нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ дар ҳақиқат паст мебошад. Инчунин, нишондоди миёнаи фаъолнокии фибринолитикии хун (224,6 ± 18,35) дар кӯдакони гурӯҳи якум чандон фарқ намекунад аз ин нишондодҳои гурӯҳи солим (226,4±2,11) $p < 0,05$.

Ҳангоми таҳлили индивидуалӣ микдори фибриноген дар зардобаи хун, майл ба баландшавӣ ва камшавии вақти лахтабандии хун, зиёдшавии хунравӣ бо намуди Дюке дар 43,3% кӯдакони гурӯҳи якум қайд гардид. Вайроншавии лахтабандии хун мутаносибан дар 56,7% кӯдакони гурӯҳи мазкур ҷой дошт.

Ҳангоми тадқиқоти системаи лахтабандии хун дар кӯдакони гурӯҳи дуюм зиёдшавии бузургии миёнаи вақти лахтабандии хун бо усули Ли-Уайту (11,8 ± 0,41) ва дарозмудатии хунравӣ бо Дюке (6,1 ± 0,08) нисбати нишондодҳои аналогии гурӯҳи назоратӣ ва гурӯҳи тадқиқоти якум ($p < 0,001$) дида мешавад. Ҳамзамон, нишондоди миёнаи индек-

си протромбин, дараҷаи тромботест, фибриноген дар кӯдакони ҷараёни ниҳоят вазнини пневмония дошта хело паст (43,2±2,9; 2,01±0,04; 0,96±0,007) мебошад, нисбатан бо ин нишондодҳои кӯдакони солим ва беморони гурӯҳи якум тадқиқотшуда ($p < 0,001$). Бузургии миёнаи фаъолнокии фибринолитикии хун ин гурӯҳбартарӣ дорад (167,1±4,9 мин) аз чунин нишондоди гурӯҳи назоратӣ (226,4±8,45 мин) ва аналогии гурӯҳи якум тадқиқотӣ ($p < 0,001$).

Таҳлили индивидуалӣ нишон медиҳад, ки 3% кӯдакони дорой ҷараёни ниҳоят вазнини пневмония дар нишондоди гемостатикӣ вақти лахташавии хун бо Ли-Уайту ва дарозмудатии хунравӣ бо Дюк майли кӯтоҳшавӣ дорад, ки бо баландшавии микдори фибриноген дар зардобаи хун беморони ин гурӯҳякҷоя мебошанд. Дар 1/3 кӯдакони ин гурӯҳ баръало пастшавии нишондоди индекси протромбин, дараҷаи тромботест дар 1/3 (30,4%) беморони гурӯҳи мазкур дар қатори пастшавии нишондодҳои комплекси протромбинӣ муайян карда шуд, кидар ҳақиқат баландшавии фаъолнокии фибринолитикии хун дида мешавад.

Ҳамин тариқ, тадқиқоти гузаронидаи мо нишон медиҳад, ки дар кӯдакони соли якуми ҳаёт бо ҷараёни вазнин ва ниҳоят вазниндоштаи пневмонияи бактериалӣ вайроншавии мувозинат дар занҷираҳои системаи лахташавӣ ва зиддилахташавии хун дида мешавад.



Дар кӯдакони соли якуми ҳаёт бо чараёни вазнини пневмония тақрибан баробар майл ба (кутоҳшавии вақтӣ лахтабандӣ) гиперкоагулятсия (43,3%), коагулопатияи талабнок (56,7%) ба назар мерасад. Аммо дар кӯдакони доштаи чараёни пневмонияи ниҳоят вазнин майл ба гиперкоагулятсия кам (3%) ба назар мерасад, дар 2/3 (66,7%) бештар коагулопатияи талабкунанда ва 1/3 беморчой доштани бараълои фаъолнокии фибринолитикӣ бо синдроми геморрагии паҳншуда (универсалӣ) дида мешуд.

Бо назардошти муайян намудани тағйирот дар статуси гемостатикии беморони чараёни вазнин дар қатори маводҳои этиопатогенитекӣ, батабобати комплекси истифодаи маводҳои фоидабахши коррекционӣ ва барои бартариф намудани вайроншавии мувозинат дар системаи лахтабандӣ ва зиддилахтабандии хун истифода бурда шуд. Ғайр аз ин бо мақсади бартариф намудани вайроншавии клиникӣ ва параклиникӣ ба ҳамаи беморон гузаронида шуд, муолиҷаи комплексӣ иборат аз антибиотикҳо, маводҳои метаболитикӣ, маводҳои ба меъёр даровардани тағйироти реологӣ хун даряқҷоягӣ бо истифодаи маҳлулҳои коллоидӣ ва кристаллоидӣ. Инчунин дар беморони вазнин ва ниҳоят вазнини илтиҳоби шуш, кибо зохиршавии вайроншавии микросиркуляторӣ ба монанди марморӣ, кабудшавии пӯст, кӯтоҳшавии давомнокии хунравӣ бо усули Дюк камтар аз 2 дақиқа, вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайту камтар аз 5 дақиқа, пайвастркарда шуд табобати анъанавии гепарин 150 ЕД /вазни бадан дар шабонарӯз д/в катрагӣ бо маҳлули физиологӣ. Беморони бо давомнок будани вақти хунравӣ бо тарзи Дюк зиёда аз 4 дақиқа ва вақти лахташавии хун бо Ли-Уайту зиёда аз 7 дақиқа, вояи гепарин то 100ЕД/вазни баданшабонарӯз паст карда шуддар якҷоягӣ таъин намудани зардобаи навяхшуда 10мл/вазни бадан. Дар кӯдакони гирифтори пневмония, ки давом-

нокии хунравӣ зиёда аз 8-10 дақиқа, вақти лахтабандӣ хун зиёда аз 12 дақиқа мебошад, вояи шабонарӯзии гепарин 50ЕД/вазни баданкам карда шуд, плазмаи навяхкарда шуда 10-15мл/вазни бадан ва контрикал 300ЕД/вазни бадан шабонарӯз таъин карда шуд.

Ҳамзамон, аз маводҳои дорои сифати фоидаи симптоматикидошта ба беморон эуфиллин 2,4% -0,1мл/вазни бадан, гликозидҳои дил (корглюкон 0,06% 0,1мл ба соли ҳаёт) гузаронида шуд. Дар асоси муолиҷаи комплексӣ рӯзҳои 3-5 ҳолати беморони муоинакардашуда бештар гардидаанд, ба монанди камшавии симптомҳои захролудшавии организм, муътадилгардии ҳарорат, камшавии сафедии пӯст ва кабудшавии бадан, тағйироти синдроми геморрагӣ бартариф карда шуд, ШН 42-44 зарба дар як дақиқа баробар буд.

Пайвастр намудани гепарин якҷоя бо зардобаи навяхкардашуда ва маводҳои самараи антипротеазидошта, инчунин муолиҷаи анъанавӣ барои табобати пневмонияи чараёни вазниндошта дар кӯдакони соли аввали ҳаёт бо барқароркунии вайроншавии мувозинати ҳамаи звеноҳои гемостаз ва барқароркунии вазифаҳои нафаскашии системаи беруна оварда мерасонад.

Хулоса. Натиҷаҳои тадқиқоти гузаронидаи мо нишон медиҳанд, ки ҳангоми пневмонияи чараёнаш вазнин ва ниҳоят вазнин дар кӯдакони соли аввали ҳаёт бо чой доштани интоксикасияи зиёд, ҳароратбаландӣ, ба норасогии нафас оварда мерасонад. Дар ин гурӯҳи кӯдакон зохиршавии вайроншавии мувозинати системаи гемостатикӣ ба монанди гиперкоагулятсия, коагулопатияи талабнок, баландшавии фаъолнокии фибринолитикии хун дида мешавад. Ҳангоми пайвастр намудани муолиҷаҳои анъанавии комплексӣ, этиопатогенитикӣ дар марҳилаи аввал, фавран боиси муътадилгардӣ ва мувозинатдарории потенциалӣ системаи лахташавии хун ва зиддилахташавӣ оварда мегардад.

АДАБИЁТ

1 Альфонсов В. В. Альфонсова Е.В. Механизм развития морфологического эквивалента ДВС синдрома, тромбоз, гемостаз и реология/ В. В. Альфонсов, Е. В. Альфонова// -2010 №4 с 44-51.



2. Баркаган. З. С, Момот А. П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза // Метод. рекоменд. Москва, Нью Диамед,- 2001. с 134.
3. Румянцев А.Г. Физиология и патология гемостаза в период новорожденности / Под ред. В. Ф. Коколиной, Г. Румянцева - М, Медпрактика- 2004-89с.
4. Рефат А. Современные особенности внебольничной пневмонии детского возраста: этиологическая характеристика, клиника и состояния функции внешнего дыхания, дис канд. мед. под/ А.Рефат-Пермь- 2008 - 121с.1.
5. Самсыгина, А.Г. Пневмонии у детей / Г. А. Самсыгина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с.
6. Синьков С. В. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза / С.В. Синьков, И.Б. Заболотских. -М.: Практическая медицина, 2017. 336 с.
7. Чупрова А. В. Система неонатального гемостаза в норме и патология / А.В. Чупрова - РАМН - 2005. №4-с 13-19.
8. World Health Organization (WHO). Media centre: The top 10 causes of death. Fact sheet N°310. Updated May 2014.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИЮ ЛАБОРАТОРИИ ЧАРАЁНИ НАМУДИ ГЕМАТУРИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ МУЗМИН ДАР КӮДАКОН

Л.А. Бабаева, А.К.Мачидзода, М.А. Хомитова

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони (мудирӣ кафедра - н.и.т., дотсент Бабаева Л.А.) ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Бабаева Лола Абдунаимовна, мудирӣ кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Мачидзода Алишер Қиммат, ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: alisher_m@mail.rumailto:lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 909173535.

Хомитова Миҷгона Абдуҳакимовна, ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: mija82@mail.rumailto: lola.a. babaeva@mail.ru, тел.: 934238686.

Омӯзиши хусусиятҳои клиникаю лаборатории намуди гематурии гломерулонефрити музмин (НГГМ) дар 67 нафар кӯдакон гузаронида шуд. Аз ҳама мушкилии зиёд дар кӯдакони заминаи ирсии бемориҳои узвҳои системаи шоша дошта, ки гирифтори НГГМ (31,3%) буданд ба қайд гирифта шуд. Сирояти шадиди вирусии респираторӣ дар 34,3% ҳолатҳо пеш аз бемории гломерулонефрит ба қайд гирифта шуд. Зухуроти клиникаю лаборатории НГГМ муайян намуд, ки симптоми асосии клиникаш гематурияи дарачаи зухуроташ гуногун ва протеинурияи

камтарин ба шумор меравад. Нисбат ба тағйиротҳои алоҳидаи пешоб макрогематурияи гоҳ-гоҳ (44,8%) воমেҳӯрд. Омилҳои номусоиди пешгӯии НГГМ дар анамнез доштани нефропатия, фишорбаландии шараёнӣ, протеинурия, гипостенурия, тағйиротҳои ултрасонографияи гурдаҳо ба намуди аз байн рафтани дифференсировкаи кортикомедулярӣ ва баланд будани креатинини хун мебошанд.

Қалимаҳои калидӣ: кӯдакон, гломерулонефрит, намуди гематурияи, хусусиятҳои клиникаю лабораторӣ.



CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE CURRENT OF THE HEMATURIC FORMS OF CHRONIC GLOMERONEPHRITIS IN CHILDREN

Babaeva Lola Abdunaimovna, head of the department of propaedeutics of children's diseases of Avicenna Tajik State Medical University. E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel: +992 446003624.

Majidzoda Alisher Qimmat, assistant of the department of propaedeutics of children's diseases of Avicenna Tajik State Medical University. E.mail: alisher_m@mail.ru, tel: +992 909173535.

Homitova Mijgona Abduhakimovna, assistant of the department of propaedeutics of children's diseases of Avicenna Tajik State Medical University. E.mail: mija82@mail.ru, tel: +992 934238686.

Clinical and laboratory features of the hematuric form of chronic glomerulonephritis (HFCGN) were studied in 67 children. A high frequency of hereditary complications was noted for diseases of the urinary system in children with HFCGN (31.3%). Acute respiratory viral infection in 34.3% of cases preceded the onset of GN. Clinical and laboratory manifestations of HFCGN have been established. The leading clinical symptom is hematuria of varying severity and minimal

proteinuria. Gross hematuria was less common (44.8%) than isolated changes in the urine. The factors of unfavorable prognosis for HFCGN are the history of nephropathy, the presence of hypertension, proteinuria, hypostenuria, ultrasonographic changes in the kidneys in the form of corticomedullary differentiation, increase in creatinine of serum of blood.

Key words: children, glomerulonephritis, hematuric form, clinical and laboratory features.

Муҳиммият. Дар таркиби патологияҳои нефрологӣ дар кӯдакон гломерулонефрити музмин (ГМ) яке аз сабабҳои асосии пайдоиши норасоии музмини гурдаҳо (НМГ) ба шумор рафта, пешсафиро дар байни бемориҳои гурдаи кӯдакон ишғол менамояд. Паҳншавандагии ГН 0,1 - 0,85 ба 1000 кӯдаконро ташкил медиҳад [2,4]. Бештар писарчаҳо гирифтори ГН (3:1) дар синни 7-8 солагӣ мешаванд [1,5]. Дар байни бемориҳои гурдаи кӯдакон ва наврасон ГН вобаста ба душвор ташхисгузори, оризаҳои вазнин, табобати номукамал, тамоил ба музминшавию такрорёбандагии ҷараёни патологӣ ва пешгӯии номусоидӣ баъзе намуди онҷойи махсусро ишғол менамояд [3,4,5]. Аз ҳама камтар омӯзиши тез-тез вохӯрдани намуди гематурии гломерулонефрити музмин (НГГМ) дар сини кӯдаки боқӣ мондааст [1]. Муҳиммияти ин проблема на танҳо бо тез-тез вохӯрдан, балки бо душвори муайян намудани фаъолияти ҷараёни патологӣ гурдаҳо, инчунин дар пешгӯии ҳамин беморӣ муайян мешавад [5]. НГГМ бо синдроми шошавӣ ва бо ҷараёни авҷгирӣ дар беморони алоҳида тавсиф мешавад [1,4,5]. Натиҷаи мушоҳидаҳои алоҳида эҳтимолияти

авҷгирии НГГМ бо пайдоиши НМГ дар 13,6% кӯдакон баъди 13,5 сола зоғози беморӣ нишон медиҳад [3, 5].

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникаию лаборатории ҷараёни намуди гематурии гломерулонефрити музмин дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар тахти назорат 67 кӯдаки гирифтори НГГМ қарор доштанд, ки дар шуъбаи нефрологии қисми бемориҳои соматикӣ Муассисаи давлатии Маҷмааи тандурустии "Истиклол" табоботи статсионарӣ гирифтаанд. Беморон аз синни 2 сола то 17 соларо дар бар мегирифтанд. Синни миёна 9,7 солро ташкил медиҳад. НГГМ бештар дар кӯдакони сини мактабӣ дар (64,2%) нисбат ба синни то 7 сола (35,8%) вохӯрд. Дар писарчаҳо НГГМ дар 61,2% ҳолатҳо (n=41) ва дар духтарчаҳо 38,8% (n=26) вохӯрд. Муҳлати миёнаи беморӣ то ба беморхона қабулшудан зиёда аз 2 солро ташкил медиҳад. Ба беморон муоинаҳои умумиклиникӣ, биохимиявӣ, бактериологӣ ва тадқиқотҳои асбобӣ гузаронида шуд.

Усулҳои умумиклиникӣ дар худ таҳлили умумии пешоб ва хун, протеинурияи шабонарӯзӣ, функсияҳои концентратсионии гур-



даҳо аз руи озмоиши Зимнитскийро дохил мекард. Зухуроти гематурия ва лейкоцитурія аз рӯи натиҷаи озмоиши Нечипоренко муайян мегардид: ҳангоми гематурияи кам миқдори эритроцитҳо аз $10 \times 10^6/\text{л}$ зиёд набуд, ҳангоми начандон зиёд аз $10 \times 10^6/\text{л}$ то $60 \times 10^6/\text{л}$ ва ҳангоми айён зиёда аз $60 \times 10^6/\text{л}$ ташкил меод. Ҳади болоии меъёри лейкоцитҳо дар пешоб $4 \times 10^6/\text{л}$ ҳисоб мешуд. Дараҷаи зухуроти лейкоцитурія: камтар то $20 \times 10^6/\text{л}$, начандон зиёд - аз $20 \times 10^6/\text{л}$ то $60 \times 10^6/\text{л}$ ва айён - зиёда аз $60 \times 10^6/\text{л}$ буд. Протеинурияи шабонарӯзӣ низ муайян мешуд. Аз рӯи зухурот протеинурияи кам ва начандон зиёд ба таври мувофиқ то 1,0 г ва зиёда аз 1,0 г фарқ карда мешуд. Усулҳои биохимиявӣ дар худ таҳқиқи сафеда ва фраксияҳои сафедавӣ, холестерини умумӣ, мочевина, креатинини зардобаи хун, поилоиши калобаҷавӣ ва реабсорбсияро аз рӯи озмоиши Реберга дохил мекард. Ҳисоби суръати поилоиши калобаҷаҳо (СПК) аз рӯи формулаи Шварс гузаронида мешуд. Бо ёрии тадқиқоти ултрасадоӣ ба ҷойгиршавӣ, намуд, андозаи гурдаҳо, сохтори паренхима ва аниқии ҳудуди қабатҳои қишрӣ ва мағзии узв баҳодада мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Ҳангоми ҷамъоварии анамнез маълум гардид, ки дар 34,4% кӯдакони муоинашуда ($n=23$) заминаи ирсиятии бемориҳои узвҳои системаи шоша воমেҳӯрад. Дар 38 кӯдаки муоинашуда (56,7%) манбаҳои сироятӣ ва патологияҳои ҳамрадиф пайдо гардид. Манбаҳои музмини сироятӣ дар 24 кӯдаки бемор (35,8%) мушоҳида шуд. Тонзиллити музмин дар 12 (17,9%) беморон ва якҷоягии якҷанд манбаҳои музмини сироятӣ дар 8 (11,9) бемор ба қайд гирифта шуд. Дар 38 (56,7%) беморон муяссар шуд, ки омили пешинаи бемории ГН маълум намоем. Аз анамнези беморон аниқ шуд, ки пайдоиши ГН бо сирояти шадиди респираторӣ - 23 кӯдак (34,3%) дар муқоиса бо сирояти бактериявӣ (маҳмалак, ангина, отит ва ғ.) - 8 бемор (11,9%) бештар алоқаманди дорад. Аҳамияти дигар омилҳои пешина: шамолхӯрӣ/осебёбӣ - дар 4 нафар (6%) бемор, эмгузаронӣ 2 нафар (3%) ва нағзак, сурха-

кон дар 1 бемор (1,5%) начандон муҳим буданд.

Таҳлили хусусиятҳои синдроми шошавӣ нишон дод, ки гематурия дар ҳамаи беморон ба қайд гирифта шуд. Гематурияи айён дар 25 кӯдак (37,3%), начандон зиёди айён дар 27 кӯдак (40,3%) ва камтар айён дар 15 кӯдак (22,4%) воমেҳӯрд. Дар озмоиши Нечипоренко гематурияи айён дар 56 кӯдак ($83,6 \pm 3,6\%$), начандон зиёд дар 14 (20,9%) ва камтар айён дар 12 нафар (17,9%) кӯдакони аз тарафи мо муоина шуда ба қайд гирифта шуд. Протеинурия дар таҳлили умумии пешоб аз 0 то 2,6 г/л ноустувор буд. Дар аксарияти беморон сатҳи ками протеинурия мушоҳида мешуд. Протеинурияи аз 1 г/л зиёд баъзан ($n=15$; 22,4%) ба қайд гирифта мешуд. Аҳамияти протеинурияи шабонарӯзӣ дар ҳудуди аз 0 то 3 г/л ба қайд гирифта шуд. Лейкоцитурія хусусияти омехта дошта дар таҳлили умумии пешоб дар 31 нафар (46,3%) беморон ба қайд гирифта шуд. Лейкоцитуріяи айён дар беморони аз тарафи мо муоина шуда мушоҳида нашуд, лекин лейкоцитуріяи начандон айён дар 2 кӯдак (3%) ва камтар айён дар 29 кӯдак (43,3%) ба қайд гирифта шуд. Дар озмоиши Нечипоренко лейкоцитурія дар 16 (23,9%) кӯдаки муоинашуда: начандон айён дар 4 кӯдак (6%) ва камтар айён дар 12 (17,9%) кӯдак мушоҳида шуд. Ҳангоми тадқиқоти бактериологии пешоб бо омӯзиши шумораи микробҳо дар 11 кӯдак (16,4%) бактериурия пайдо гардид. Дар 5 (7,5%) ҳолат *St.aureus*, дар 4 (6%) ҳолат *E.coli* ва дар 4 ҳолат (2,9%) дигар бактерияҳо пайдо карда шуд. Силиндрурия дар 19 нафар (28,4%) кӯдакони аз тарафи мо муоина шуда пайдо гардид, ки аз ин цилиндрҳои гиалинӣ 19,4% ($n=13$), доначагӣ 6% ($n=4$) ва эритроцитӣ 3% ($n=2$) ташкил меод. Кристаллурия дар 62 нафар ($92,5 \pm 1,9\%$) кӯдаки муоинашуда ба қайд гирифта шуд. Аксаран якҷела дар тағшони пешоб кислотаи шоша, уратҳо ва оксалатҳо мушоҳида мегардид. Фосфатҳо бошад танҳо да 1 бемор (1,5%) ба қайд гирифта шуд.

Дар аксарияти кӯдакони муоина шуда гирифтори НГГМ ($n=59$; 88,1%) сатҳи мочевина ва креатинини хун мувофиқи меъё-



ри синну солӣ буд. Баландшавии зуд гузари сатҳи мочевиная хун танҳо дар 6 кӯдак (8,9 %) ва креатинин дар 2 ҳолат (3 %) ба қайд гирифта шуда буд. Омӯзиши клиренси креатинини эндогенӣ нишон дод, ки сатҳи миёнаи полоиши калобачавӣ аз меъёрҳои синну солӣ фарқияте надорад. Пастшавии зичии пешоб аз рӯи озмоиши Зимнитский муайян намуд, ки дар 18 бемор (26,8 %) қобиляти концентратсионии гурдаҳо вайрон шудааст.

Таҳлили хуни канорӣ нишон дод, ки сатҳи СТЭ ба ҳисоби миёна 17,2 мм/соатро ташкил медиҳад. Баландшавии СТЭ дар 34 нафар (50,7 %) кӯдакон мушоҳида шуд. Сатҳи миёнаи сафедаи умумии зардобаи хун ба 63,5 г/л баробар буд. Гипопротеинемияи начандони зудгузар дар 9 бемор (13,4 %) ба қайд гирифта шуд. Дар аксарияти ҳолатҳо (n=65; 97 %) нишондоди холестерин дар худуди меъёр қарор дошт.

Ҳамаи беморон тадқиқоти ултрасадоии гурдахоро гузаштанд. Тасвири ултрасонографияи меъёрӣ бештар (n=49; 73,1%) аниқ мушоҳида шуд. Тағйиротҳои патологӣ ба намуди баландшавии эхогении маводи

қишрӣ (n=8; 12%), якҷоя баландшавии эхогении паренхима бо аз байн рафтани дифференсировка (n=2; 3%) ё баъзан бо дифференсировкаи айёни кортикомедулярӣ (n=1; 1,5%) ва калоншавии андозаи гурдаҳо (n=7; 10,4%) ба қайд гирифта мешуд.

Хулоса. Зуддии баланди заминаи ирсияти дошта дар бемориҳои узвҳои системаи шошаи кӯдакони гирифтори НГГМ (31,3% беморон) мубталашавии осеби гурдахоро таъкид менамояд. Бемории пешинае, ки ба ГН меорад, сирояти шадиди вирусии респираторӣ ба ҳисоб меравад. Зухуроти клиникии НГГМ дар кӯдакони синдроми шошавӣ ба намуди гематурия (макрогематурия дар 44,8% мушоҳида шуд) ва протеинурияи айёни дараҷаи гуногун ва камтар (зиёда аз 1 г/ш.р. дар 22,4% беморон) ба шумор меравад. Мавҷудбудани макрогематурия имкон дод, ки НГГМ дар муҳлатҳои бармаҳал аз оғози бемори ташхисгузорӣ наоём. Пастшавии қобиляти концентратсионии гурдаҳо дар 26,8% кӯдакон мушоҳида шуд. Аз ҳама тағйироти бештари ултрасонография гиперэхогении қабати кортикалии гурдаҳо (12%) ба ҳисоб меравад.

АДАБИЁТ

1. Kincaid-Smith P., Fairley K. The investigation of hematuria // *Semin. Nephrol.* - 2005. - Vol. 25, № 3. - P. 127-135.
2. Сукало А.В., Крылова-Олефиренко А.В., Черствый Е.Д. и др. Распространенность и морфологические особенности IgA-нефропатии у детей и подростков в Республике Беларусь // *Педиатрия.* - 2009. - Т. 87, № 3. - С. 28-32.
3. Ни А., Лучанинова В.Н. Результаты катамнестического наблюдения детей, перенесших гломерулонефрит // *Педиатрия.* - 2009. - Т. 87, № 3. - С. 39-42.
4. Halling S.F. Predictors of outcome in IgA nephropathy // *Pediatr. Nephrol.* - 2010. - Vol. 25. - P. 1801-1802.
5. Жизневская И.И., Хмелевская И.Г. Прогностические критерии хронизации гломерулопатий в детском возрасте // *Фундаментальные исследования.* - 2012. - № 7 (2). - С. 319-323.



ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁН ВА ТАБОБАТИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ ДАР КӢДАКОН

Л.А.Бабаева, О.Ф. Ҳайдарова

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои кӯдакон (мудири кафедра н.и.т., дотсент Л.А.Бабаева) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Бабаева Лола Абдунаимовна, мудири кафедраи пропедевтикаи бемориҳои кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:lola.a.babaeva@mail.ru, тел.:446003624.

Ҳайдарова Ойгул Фазлиддиновна, муаллими калони кафедраи пропедевтикаи бемориҳои кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:oigulf@mail.ru, mailto:lola.a.babaeva@mail.ru тел.: 988589691.

Таҳқиқоти комплекси 27 бемори синну соли аз 6 то 18-солаи гирифтори дараҷаҳои гуногуни бемории астмаи бронхиалӣ (АБ) гузаронида шуд. Аз байни онҳо бо шакли сироятӣ-аллергӣ 11 кӯдак (40,7%) ва атопикӣ- 16 кӯдак (59,3%) гирифтдор буданд. Писарҳо 18 (66,7%), духтарҳо- 9 (33,3%). Нишон дода шуд, ки АБ барои иқтисодиёти ҷумҳурии проблемаи калон маҳсуб меёбад ва ба он нигоҳ накарда, ки барои пешгирии беморӣ воситаҳои калони молиявӣ сарф карда мешавад, то ҳанӯз фоизи бе-

моршавӣ ва паҳншавии ин беморӣ баланд боқӣ мемонад. Ба монандии симптомҳои ҷудоғона нигоҳ накарда, зухуроти гуногуншакли АБ дар давраҳои мухталифи синнусолӣ далели раднашаванда аст. Дониستاني хусусиятҳои синнусолии АБ имконият медиҳад, ки на танҳо дуруст тасдиқ кардани дараҷаи вазнинии беморӣ сурат бигирад, балки табобати муносиби беморӣ низ интихоб гардад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, астмаи бронхиалӣ, хусусиятҳои ҷараён, табобат.

FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

L.A. Babaeva, O.F. Haidarova

Department of propaedeutics of children's diseases (head of the department - candidate of medical sciences, associate professor L.A. Babaeva) of Avicenna TSMU

A comprehensive survey of 27 children aged from 6 to 18 years old with BA of varying severity was conducted. Among them, 11 children (40,7%) suffered from infectious-allergic form and atopic-16 children (59,3%). There were 18 boys (66,7%), girls- 9 (33,3%). It has been shown that BA is a big problem for the economy of the republic and despite the fact that huge financial resources are spent on preventing the disease, a large percentage of the

incidences and prevalence of this disease remains. Despite the similarity of individual symptoms, the heterogeneity of BA manifestation in different age periods is an obvious fact. Knowledge of the age features of BA will allow not only to correctly verify the severity of the disease, but also to choose the appropriate therapy.

Key words: children, bronchial asthma, features of the course, treatment.

Муҳимият. Ба инкишофи пешравандаи илми тиб нигоҳ накарда, миқдори беморони гирифтори астмаи бронхиалӣ (АБ) зиёд шуда истодааст. Беморшавии кӯдакон ҳам мушкилоти иҷтимоӣ ва ҳам мушкилоти ҷиддии

иқтисодӣ ба ҳисоб меравад (2). Пайвасти ифлос шудани муҳити атроф, кашидани сигор, баланд шудани аллергиязатсияи аҳолии боиси зиёд шудани бемориҳои узвҳои системаи роҳҳои нафас мегарданд (2,3). Астмаи брон-



хиалӣ (АБ) дар кӯдакон боиси паст шудани сифати ҳаёт, маъюбшавӣ ва ҳамчунин фавт мегардад (1). Тайи солҳои охир дар тамоми дунё, аз ҷумла дар Тоҷикистон тамоюли афзудани беморшавии АБ дар кӯдакон ва вазнинтар шудани чараёни вай ба қайд гирифта мешавад (2). Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) дар дунё қариб 300 млн одам мубтало шудаанд. Аксари вақт беморӣ дар давраи кӯдакӣ то 10 солагӣ - 34%, аз 10 то 20 -солагӣ - 14% (1,2,3,4) сар мешавад. АБ на танҳо бо харочоти табобат, балки бо аз даст додани қобилияти корӣ ва мадуд шудани фаъолнокии меҳнатӣ низ зиёни беандоза дорад. аломатҳои клиникаи беморӣ аз синну соли кӯдак вобаста аст. Аз ҳама сабаб, омӯзиши хусусиятҳои чараёни он дар патсиентҳои гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ аҳамияти калони амалӣ дорад (1,4).

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани хусусиятҳои чараён ва табобати кӯдакони дорои астмаи бронхиалӣ (АБ).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти комплекси 27 кӯдаки синну соли аз 6 -сола то 18-солаи гирифтори астмаи бронхиалии дараҷаҳои вазниниашон гуногун, ки дар шуъбаи алергологии кӯдакони Муассисаи давлатии Маҷмаи тиббии "Истиклол" дар давраи аз моҳи январи соли 2017 то моҳи июни соли 2018 таҳти табобати статсионарӣ қарор доштанд, анҷом дода шуд. Аз онҳо бо шакли сироятӣ- алергӣ 11 кӯдак (40,7%) ва атопикӣ- 16 кӯдак (59,3%) буданд. Писарҳо 18 нафар (66,7%), духтарҳо - 9 нафар (33,3%) буданд. Ба доираи таҳқиқот танҳо беморони дорои ташҳиси АБ фаро гирифта шуданд, ки ин ташҳис дар онҳо на камтар аз 6 моҳ пеш аз оғози таҳқиқот гузошта шуда буд. Кӯдакон аз таҳқиқоти комплекси клиникиву лабораторӣ гузаштанд: ҷамъовариҳои анамнез, муоинаи ҷисмонӣ ё физикалӣ (палпатсия, перкуссия ва аускултатсияи шушҳо ва дил), усулҳои лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Хусусиятҳои анатомиву физиологии кӯдакони синну соли барвақт боиси он мегарданд, ки бронхоспазм маъмулан дар онҳо механизми асосии патогенези хуруҷҳои БА вучуд надоранд. Дар ҷойи аввал илтиҳоби пардаи

луобии бронхҳо, варами вай, гиперсекрецияи луоб меистанд, ки ин боиси ташаккули ёфтани аломати махсуси клиникаи "астмаи намнок" шиддати кам ва давомнокии зиёди хуруҷҳои АБ дар ин синну сол мегарданд. Барангезандаи хуруҷҳои сирояти шадиди респираторӣ, аломатҳои клиникаи яктипа, тағйиротҳои функционалӣ ва лаборатории ба ҳамин гуна аломатҳо ҳангоми бронхит обструктивӣ монанд ташҳиси тафриқиро мушкил месозанд.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқот аз анамнези беморӣ тамоюли ирсӣ доштан, вайрон кардани речаи ғизохӯрӣ ҳангоми ҳомилагӣ ва ширдиҳии кӯдак, инвазияи кичҷасорӣ ва зуд-зуд ба бемории шадиди респираторӣ-вирусӣ гирифтӣ шудани кӯдак аҳамияти калон доранд. Дар айни замон, дида шуд, ки бронхит ва пневмония, дар анамнези кӯдакон бо АБ, махсусан ҳангоми шакли сироятӣ-аллергии беморӣ дар кӯдакони синну соли калонтар якҷоя мнгузарад, ки 40,7% -ро ташкил дод. Ҳангоми омӯхтани маълумотҳои клиникиву анамнезӣ муқаррар карда шуд, ки сини миёнаи беморони таҳқиқшаванда 9,5 солро ташкил медиҳад. Дар аксари бештари беморони таҳқиқшуда дараҷаи сабуки чараёни АБ- 88,9% ва дар 11,1% вазнини миёна ба мушоҳида расид. Ифодаи миёнаи манифестатсияи беморӣ 6,5 солро ташкил дод, дар солҳои қаблӣ бошад зиёда аз нисфи таҳқиқшудагон дорои хуруҷи БА (51,9%) буданд. Дар патсиентҳои сини хурди мактабӣ онҳо асосан дар соатҳои шаб (92,6%) дида шуд; дар вақтҳои рӯзона душвории нафаскашӣ танҳо дар 2 бемор (7,4%) дида шуд, наврасон бештар хуруҷҳои нафастангиро новобаста аз вақти шабонарӯз, мунтазам эҳсос мекарданд (48,14%).

Дар аксари бештари кӯдакон беморҳои ҳамроҳшудаи алергӣ ба қайд гирифта шуд. Дар 74,1% -и беморон ринити алергӣ ба назар расид. Дар ҷойи дуюм аз ҳисоби басомади дучоршавӣ дар патсиентҳои синни хурди мактабӣ дерматити атопикӣ меишад (29,6%), ҳол он ки дар сеяки патсиентҳои таҳқиқшуда РБ якҷоя бо зухуроти испармаи шадид (33,3%) мегузашт. Спектри сенсibiliзатсияи беморонро муайян кардан зарур аст.



Дар кӯдаконе, ки аз тарафи мо таҳқиқ шуданд, аксуламал нисбат ба алергенҳои ғизоӣ (37,03 % детей) ва гарду чанг (44,4 %) бартарӣ доштанд. Барои ҳамин ҳам, дар ин маврид беморони гирифтори АБ дар синну соли нисбатан клонтар лаҳзаҳои сирояти шадидаи респираторӣ-вирусӣ камтар- 2,3 ҳолат ба қайд гирифта мешавад, ҳол он ки дар патсиентҳои аз 6 то 12-сола басомади он 4,4 маротиба дар як соласт.

Аломатҳои клиникалии астмаи бронхиалӣ аз омилҳои этиологӣ, синну сол, вазнинии беморӣ ва махсусан аз реактивнокии беморӣ вобаста аст. Кӯдакон асосан дар давраи хуручи беморӣ ба шубҳа дохил шуданд. Дар ҳолати хуручи беморӣ дар кӯдакони синни барвакти кӯдакӣ тез шудани нафаскашӣ (48-60 дар 1дак.), дар кӯдакони синну соли нисбатан калонтар бошад, баръакс кам шудани миқдори нафаскашӣ (14-16 дар 1дак.) дида шуд. Ҳангоми муоинаи кӯдакони синну соли калонтари кӯдакӣ дида шуд, ки онҳо барои нафаскашӣ вазъияти маҷбуриро интиҳоб мекунанд, нафастангии экспираторӣ доранд ва дар нафаскашии онҳо мушакҳои ёридиҳандаи қафаси сина ва пресси шикам иштирок мекунанд. Қафаси синаи онҳо дамида, қабурға ва қулфак дар ҳолати горизонталӣ меистод, китфҳо барҷаста ва дар кӯдакони синну соли барвакт нафаскашии омехта ба назар расид. Ба таври перкуторӣ дар шушҳои садои қуттичамонанд шунида шуд, ба таври аускултвативӣ бошад, дар тамоми сатҳи он дар заминаи нафаскашии суст хир-хирҳои хуштакдори паҳншудаи хушк шунида шуд. Дар кӯдакони синну соли барвакт, дар баробари хир-хирҳои хушк хуштакдор, хир-хирҳои намноки гуногуншакл низ шунида мешавад. давомнокии хуруч гуногун аст, аз якчанд дақиқа то якчанд соат, ҳатто баъзан як шабонарӯз давом мекунад.

Дар маълумотҳои лабораторӣ дар муоинаи умумии хун камхунии сабук ва вазнинии миёна (Н_б аз 110г/л то 70 г/л), лейкоцитозии муътадил (аз 10 то 12 ҳзор), СОЭ-и суръаташ муътадил (аз 12 то 20 мм/соат) ва эозинофилия (то 10%) дида шуд. Дар таҳлили начосат тухми киччаҳо дар 6 кӯдак (22,2%) остритса, лямблия ё тасмагичҷаи майда муайян карда шуд. Дар R-граммаи қафаси сина аломатҳои бронхит дар 15 кӯдак (55,5%) ё пневмония дар 4 кӯдак (14,8 %) ба назар расид. Табобати кӯдакони гирифтори астмаи бронхиалӣ ба таври комплексӣ сураг гирифт. Ҳангоми мавҷуд будани алергияи ғизоӣ аз хӯрокҳои парҳезӣ маҳсулоти алергиоварро (ситрусҳо, моҳӣ, шоколад, тухм, шир ва ғайра) хорич карданд.

Табобати базисиро 74,1 % -и таҳқиқшудагон гирифтанд, танҳо 4 нафар бемор (25,9 %) доруҳои зиддиинтиҳобиро истеъмол накарданд. Бештар глюкокортикостероидҳои ингалятсионӣ (51,9%) истифода шуданд, дар ҷойи дуум аз ҷиҳати басомади истеъмол доруҳои омехтаи глюкокортикостероидҳои ингалятсионӣ ва ?2-адреномиметикҳои таъсирашон тӯлонӣ (14,8 %) меистанд. Давомнокии миёнаи истеъмоли табобати базисӣ 5,5 моҳро дар бар гирифт.

Хулоса. Бо дар назардошти он далел, ки барои пешгирии бемории астмаи бронхиалӣ воситаҳои зиёди молиявӣ сарф карда мешавад, то ҳанӯз фоизи баланди беморшавӣ ва паҳншавии ин беморӣ боқӣ мемонад. Ба монандии симптомҳои ҷудогона нигоҳ накарда, зухуроти гуногуншакли АБ дар давраҳои мухталифи синнусолӣ далели раднашаванда аст. Донистани хусусиятҳои синнусолии АБ имконият медиҳад, ки на танҳо дуруст тасдиқ кардани дараҷаи вазнинии беморӣ сураг бигирад, балки табобати муносиби беморӣ низ интиҳоб гардад.

АДАБИЁТ

1. Рамзанова Ш.Х., Гумарова А.Б., Касымова Г.С. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей // Молодой учёный. - 2014. - № 18. - С. 157 - 159.
2. Аллергическая заболеваемость детей в современных экологических условиях / Балаболкин И.И., Терлецкая Р.Н., Модестов А.А. // Сибирское медицинское обозрение.- 2015. - № 1 (91). - С. 63-67.



3. Эпидемиологические аспекты хронических болезней мелких бронхов у детей /Богданова А.В., Зандаков Ц.В., Титова О.Н., Бойцова Е.В., Голобородько М.М.// Вестник современной клинической медицины.- 2015.- Т. 8.- № 2.- С. 43-50.
4. Лебеденко А.А., Семерник О.Е. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у детей различного возраста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2017. - № 7. - С.198-200.

РЕАБИЛИТАЦИЈА БЕМОРНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДИ БО ЁРИИ ГИМНАСТИКАИ ШИФОЙ ВА МАСХ

Н.В.Фаттоева, Е.Г. Алиева

Кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқ (мудири кафедра д.и.т.
Наҷмиддинова М. Н.) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Алиева Елена Гулямовна - н.и.т., дотсенти кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валеревна - муаллими калони кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

Дар мақола масъалаҳои реабилитатсияи беморони гирифтори бемории фишорбаландӣ бо ёрии варзиши шифой ва маҳси мавзеи гардану сар баррасӣ мешавад. Под набљудиением находились 38 больных (20 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 30 до 65 лет преимущественно ІБ - ІІА стадии заболевания гипертонической болезнью. Таҳти муоинаи мо 38 бемор (20 зан ва 18 мард) дар синну соли аз 30 то 65 -сола ва махсусан марҳалаҳои ІБ - ІІА -и бемории гипертоникӣ (фишорбаландӣ) қарор доштанд.

Барои ба ҳисоб гирифтани самаранокӣ табоботи барқарорсозӣ, ба ғайр аз таҳқиқоти клиникӣ аз тарафи умум қабулшуда, ҳамчунин антропометрия, тести коршо-

ямии ҳисмонӣ - PWC170 ва муоинаҳои динамикии тағйироти набз ва фишори ша-рёнӣ ҳангоми гузаронидани протсекураҳои гимнастикаи шифой гузаронида шуданд. Комплекси чорабиниҳои реабилитатсионӣ табоботи медикаментозӣ (гипотензивӣ, коронарвасеъкунанда, зиддиаритмӣ, седативӣ, диуретикӣ), таъсиррасонӣ тавассути воситаҳои гуногуни варзиши шифой (гимнастикаи субҳонаи беҳдоштӣ ва табобатӣ, масх, супоришҳои инфиродӣ - такрори баъзе машқҳо, сайругашт ва ғ.).

Ҳамзамон дар ҳамаи беморон масҳи мавзеи сар ва гардан анҷом дода шуд.

Калимаҳои калидӣ: реабилитатсия, варзиши шифой, масх, бемории фишорбаландӣ (гипертоникӣ).

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ И МАССАЖА

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедра ЛФК и восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино (зав.кафедрой,
д.м.н, профессор Наҷмиддинова М.Н.)

Алиева Елена Гулямовна - к.м.н, доцент кафедры лечебной физкультуры и восточной медицины Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 917-58-08-62.



Фаттоева Наталья Валерьевна - старший преподаватель кафедры лечебной физкультуры и восточной медицины Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

В данной статье рассматриваются вопросы реабилитации больных гипертонической болезнью с помощью лечебной физкультуры, а также массажа шейно-воротниковой зоны и области головы. Под наблюдением находились 38 больных (20 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 30 до 65 лет преимущественно IB - IIA стадии заболевания гипертонической болезнью.

Для учёта эффективности восстановительной терапии, кроме общепринятого клинического исследования, проводили антропометрию, тест физической работоспособности - PWC170 и динамические наблюдения за изменением пульса и артериально-

го давления при проведении процедуры лечебной гимнастики.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал медикаментозную терапию (гипотензивные, коронарорасширяющие, антиаритмические, седативные, диуретические и др.), воздействие различными средствами ЛФК (утренняя гигиеническая и лечебная гимнастика, индивидуальные задания - повторение некоторых упражнений, прогулки и др.). Одновременно всем больным делали массаж области головы и шейно-воротниковой зоны.

Ключевые слова: реабилитация, лечебная гимнастика, массаж, гипертоническая болезнь.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE WITH THE HELP OF MEDICAL GYMNASTICS AND MASSAGE.

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna TSMU (head of the department d.m.s., professor Najmidinova M.N.)

Alieva Elena Gulamovna -associate professor of physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna Tajik State Medical University, tel.:917-58-08-62

Fattoeva Natalya Valerievna - senior teacher of physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail:musnat06@mail.ru, tel.:93-501-71-92

The issues of rehabilitation of patients with hypertensive disease with the help of exercise therapy, as well as massage of the neck and collar zone and the head area are considered in this article. 38 patients (20 women and 18 men) at the age of 30 to 65 years were observed, mainly IB - IIA stage of essential hypertension.

In order to take into account the effectiveness of rehabilitation therapy, in addition to the standard clinical study, anthropometry, the test of physical performance capacity - PWC170 and dynamic observations of changes in pulse

and blood pressure were conducted during therapeutic gymnastics procedure.

The complex of rehabilitation measures included drug therapy (hypotensive, coronary vasodilating, antiarrhythmic, sedative, diuretic etc.), the effects of various means of physiotherapy (morning hygienic and therapeutic exercises, individual tasks - repetition of certain exercises, walks, etc.). At the same time, all patients were massaged the head area and neck and collar zone.

Key words: rehabilitation, exercise therapy, massage, essential hypertension

Муҳиммият. Прогрессии илмӣ-техникӣ дар хама чанбаҳои ҳаёт фаъолнокии ҳара-

кати одамонро (гипокинезия) хеле кам кардааст. Одами муосир дар худ дисгармонияи



ангезандаҳои асабӣ ва ҷисмонӣ махсусан омилҳои асабиरो хеле зиёд эҳсос мекунанд.

Ин дисгармония дар шароити гипокинезия барои организм бетафовут буда наметавонад, вай яке аз муҳимтарин омилҳои этиологӣ ба ҳисоб меравад, ки боиси паст шудани муқовимати табиӣ организм ва вайрон шудани функсияи системаи асаб ва системаи дилу рағҳо мегардад.

Бемории гипертоникӣ ҳамчун беморие баррасӣ мешавад, ки дар робита аз пайдо шудани лонаи ангиезиши руқудкарда дар мавзеи марказҳои танзимкунандаи рағҳо дар қишри майнаи сар ва зерқишр дар заминаи вайрон шудани таносуби кортиковистсералӣ пайдо мешавад (Г.Ф. Ланг, с.1938, А.Л.Мясников, с.1954, Н.А. Куршаков, с. 1956 ва дигарон).

"Гипертония (фишорбаландӣ) - ин дар байни бемориҳои одамоне аз ҳама бемории одамӣ ба ҳисоб меравад. Ба ин беморӣ маҳз чунин одамоне гирифтӣ мешаванд, ки ҳаёти инсонпарварона, пуршиддат ва эмотсионалӣ доранд, махсусан таҳаммулпазир ҳастанд, дорои ва ғаболоне нигоҳ доштани аксуламалҳои берунии мотории эмотсионалӣ аст". (Ф.А.Андреев, 1947).

Дар робита аз ин дар табобат ва реабилитатсияи бемории фишорбаландӣ воситаҳои варзиши шифоӣ аҳамияти калони табобатӣ доранд, яъне онҳо ба тамоми организм умуман ва махсусан ба системаи дилу рағҳо таъсири мусбат мерасонад.

Мақсади таҳқиқот. Вазифаи мо аз омӯзиши баъзе масъалаҳои реабилитатсияи беморони гирифтӣ бемории гипертоникӣ (фишорбаландӣ) бо ёрии воситаҳои варзиши шифоӣ, аз ҷумла, монанди гимнастикаи шифоӣ ва масҳ иборат аст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 38 бемор (20 зан ва 18 мард) дар синну соли аз 30 то 65 -сола ва махсусан марҳалаҳои IB - ПА -и бемории гипертоникӣ (фишорбаландӣ) қарор доштанд.

Барои ба ҳисоб гирифтани самаранокии табобати барқарорсозӣ, ба гайр аз таҳқиқоти клиникии аз тарафи умум қабулшуда, ҳамчунин антропометрия, тести коршоҷии ҷисмонӣ - PWC170 ва муоинаҳои динами-

кии тағйироти набз ва фишори шарёӣ ҳангоми гузаронидани протсекураҳои гимнастикаи шифоӣ гузаронида шуданд.

Комплекси чорабиниҳои реабилитатсионӣ табобати медикаментозӣ (гипотензивӣ, коронарвасеъкунанда, зиддиаритмӣ, седативӣ, диуретикӣ), таъсири тавассути воситаҳои гуногуни варзиши шифоӣ (гимнастикаи субҳонаи беҳдоштӣ ва табобатӣ, масҳ, супоришҳои инфиродӣ - такрори баъзе машқҳо, сайругашт ва ғ.).

Ҳангоми иҷро намудани машғулиятҳои ҷисмонӣ принсипи тадриҷӣ, пайдарпай ва системанокӣ риоя карда шуд. Машғулиятҳо ба таври ритмӣ, бо суръати оромона, бо ҳаҷми калони ҳаракати буғумҳо, истифодаи машқҳои озод, бе сарфи қувваи барзиёд ва шиддати возеҳ гузаронида шуданд. Мақҳо барои суфт шуджан ва роҳгардии оромона истифода шуданд. Барои паст кардани фишори шарёӣ беморон нафаскашии амии ва барои тамрини дастҳои вестибулярӣ машқҳои мувозинатро анҷом доданд. Ҳамзамон ҳамаи беморонро масҳи сару гардан карданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқоти барқарорсозиро пас аз гузаштани 10-15 рӯзи табобати комплексӣ мушоҳида кардан мумкин аст. Дар беморон шикоятҳо хеле кам ва ё тамоман нест шуданд, фишори шарёӣ паст (муътадил) гардид ва ғ., қобилияти кори ҷисмонӣ тағйир наёфт. Муоинаи минбаъдаи ҳолати функсионалии беморон вобаста аз васеъ гаштани режими ҳаракат (ҳамарӯза иҷро кардани гимнастикаи субҳонаи беҳдоштӣ, протсекураи дукаратаи варзиши шифоӣ, сайру гашт, масҳ) нишон доданд, ки беҳтаршавии возеҳи вазъи умумии ҷисмонии беморон пас аз табобати барқарорсозӣ дар давоми 254 ва бештар рӯз ба амал меояд. Дар ин маврид қобилияти кори ҷисмонии беморон баланд гашт, ки вай аз рӯйи сатҳи сарбории иҷрокардашуда баҳогузирӣ шуд. Ҳамин тавр, агар то саршавии табобати барқарорсозӣ қобилияти кори ҷисмонии беморон нисбат ба синну соли ҷавонон ба ҳисоби миёна 550-600 кг.м/дақ, дар занҳо - 350-400 кг.м/дақ, -ро ташкил медод, пас аз хатми курси табобат (25-30



рӯз) вай дар миардҳо то 700-750кг.м/дақ ва дар занҳо то - 500-550 кг.м/дақ. буд.

Аксуламали мусбат дар вақти гузаронидани спирометрияи динамикӣ - ҳаҷми ҳаётии шушҳои беморон кам нашудааст. Дар айни замон тағйироти сахех дар нишондодҳои антропометрӣ (вазн, даври кафаси сина) ва динамометрия ба назар нарасид.

Хулоса. Мушоҳидаҳо нишон доданд, ки муддати тӯлонӣ ба варзиши шитфой машғул шудан ба ҳолати функционалии организм

таъсири мусбат мерасонад. Аз оғози мавриди истифода қарор додани воситаҳои гуногуни варзиши шифой дар марҳалаи якуми БФ (бемории фишорбаландӣ) ба машқҳои беҳтаркунандаи гардиши хуни периферӣ ва машқҳои мустаҳкамкунандаи мушакҳои калон диққати махсус додан лозим аст. Дар марҳалаи II БФ (бемории фишорбаландӣ) машқҳои нафаскашӣ (амиқ) бояд истифода шаванд, онҳо барои паст шудани фишори шврёнӣ мусоидат мекунанд.

АДАБИЁТ

1. Маргазин, В.А. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечнососудистой и дыхательной систем / В.А. Маргазин. - СПб.: Спец. Лит, 2015. - 234 с.
2. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и массаж: Учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А. Епифанов. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 528 с.
3. Журавлёва А.И, Хитрик И.И. Влияние физических упражнений различного характера на сердечно-сосудистую систему больных с гипертонической болезнью. / А.И. Журавлёва, И.И. Хитрик, в кн. Актуальные вопросы лечебной физкультуры и спортивной медицины. М: Медицина, 2008 г. -172 с.
4. Вайнер Э. Н. Лечебная физическая культура / Э. Н. Вайнер, Флинта - Москва, 2012- 424 с.
5. Васичкин В. И. Все про массаж: основные принципы, приемы массажа, самомассаж, аппаратный массаж, точечный массаж, спортивный массаж / В. И. Васичкин. - М.: АСТ: Полиграфиздат, 2011г. - 303 с.

ТАБОБАТИ АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ БО ЁРИИ МАЙДОНИ МАГНИТӢ

Е.Г. Алиева, Н.В. Фаттоева

Кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқ (мудири кафедра д.и.т. Начмиддинова М. Н.) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Алиева Елена Гулямовна - н.и.т., дотсенти кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валеревна - муаллими калони кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: tusnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

Дар мақола масъалаи табобати бемории артрити ревматоидӣ бо роҳи ба беморон таъсир расонидани майдони магнитӣ таҳлил шудааст. Тахти муоина 35 нафар зани гирифтори артрити ревматоидӣ қарор дошт, ки аз онҳо 20 нафар то 25-сола, 15 нафар аз 25-сола боло буданд. Ҳамаи беморон хангоми ба беморхона дохил шудан аз дарди бугумҳо шикоят мекарданд, ки хангоми ҳаракат қардан зиёд мешуданд, субҳ қарахт мешуданд,

сустии мушакҳо, паст шудани фаъолнокии умумӣ онҳоро озор меод.

Таъсири ҷараёни тағйирёбандаи майдони магнитӣ тавассути дастгоҳи "Полюс-1" дар речаи бефосила анҷом дода шуд, шакли ҷараён синусоидалӣ, ду индуктор бевосита дар бугумҳои осебдида ҷойгир карда шуданд. Табобат дар комплекс бо воситаҳои зиддиревматикии медикаментозӣ, варзиши шифой ва масҳ хангоми дараҷаи минималӣ



ё муътадили фаъолнокии протссес гузаронида шуд. Дар натиҷаи чунин таъобати комплексӣ чараёни беморӣ хуб ва фаъолнокии

функционалии беморон баланд гардид.

Калимаҳои калидӣ: артрита ревматоидӣ, майдони магнитӣ, дастгоҳи "Полюс-1".

ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Алиева Елена Гулямовна - к.м.н, доцент кафедры лечебной физкультуры и восточной медицины Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валерьевна - старший преподаватель кафедры лечебной физкультуры и восточной медицины Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

В данной статье рассматривается вопрос о лечении ревматоидного артрита путём воздействия на больного переменным магнитным полем. Под наблюдением находилось 35 женщин, больных ревматоидным артритом, из них 20 - в возрасте до 25 лет и 15 - свыше 25 лет. Все больные при поступлении в клинику предъявляли жалобы на боль в суставах, усиливающуюся при движении, утреннюю скованность, мышечную слабость, снижение общей активности.

Воздействие переменным магнитным полем проводили аппаратом "Полюс-1" в

непрерывном режиме, форма тока синусоидальная, двумя индукторами непосредственно на поражённые суставы. Лечение проводилось в комплексе с антиревматическими медикаментозными средствами, лечебной физкультурой и массажем при минимальной или умеренной степени активности процесса. В результате такого комплексного лечения течение заболевания принимало благоприятный характер и повышалась функциональная активность больных.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, магнитное поле, аппарат "Полюс-1".

TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS BY MEANS OF A MAGNETIC FIELD

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna TSMU
(head of the department d.m.s., Professor Najmidinova M.N.)

Alieva Elena Gulyamovna - associate professor of physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna Tajik State Medical University, tel.:917-58-08-62

Fattoeva Natalya Valerievna - senior teacher of physiotherapy and oriental medicine department of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail:musnat06@mail.ru, tel.:93-501-71-92

The issue of treating of rheumatoid arthritis by exposing an alternating magnetic field to a patient is considered in this article. Under the observation there were 35 women with rheumatoid arthritis from them 20 were to 25 years old and 15 were over 25. On admission to the clinic all patients complained of joints pain, amplifying on movement, morning constraint, muscle weakness, decrease total activity.

The exposure of an alternating magnetic field was carried out by the "Polus-1" apparatus in continuous

operation, the form of the current is sinusoidal, with two inductors directly on the affected joints.

The treatment was carried out in combination with antirheumatic drugs, physical therapy and massage with a minimum or moderate degree of activity of the process. As a result of this complex treatment, the course of the disease took on a favorable character and the functional activity of the patients increased.

Key words: rheumatoid arthritis, magnetic field, "Polus-1" apparatus.



Муҳимият. Вобаста аз рушди босуръат ва прогрессии илмӣ-техникӣ дар даҳсолаҳои охирдар амалияи тиб вариантҳои гуногуни майдони электромагнитӣ ва магнитӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифтанд. Дар робита аз ин таҳлилҳои густурдаи самаранокии клиникаи таъсири майдонҳои магнитӣ ба организм ҳангоми бемориҳои гуногун аҳамияти махсусро касб мекунад.

Дар шароити имрӯза дар комплекси чорабиниҳои табобатӣ-реабилитатсионии беморони гирифтори артериити ревматоидӣ ва дигар осебҳои паҳнфӯтаи бофтаҳои пайвастандаҳои муҳимро омилҳои физикӣ ишғол мекунад. Истифодаи саривақтӣ ва давомнокии воситаҳои табобатӣ-реабилитатсионӣ барои паст шудани фаъолнокии протсеси патологӣ ва дар баъзе мавридҳои дигар барои барқарор шудани функцияи буғумҳои осебдида мусоидат мекунад ва ба ин васила замони корношоями муваққати-ро кӯтоҳ карда, барои зуд ба фаъолияти меҳнатӣ баргаштан ёри мерасонанд.

Мақсади таҳқиқот. Вазифаи таҳқиқоти мо аз омӯхтани таъсири майдони магнитӣ тавассути дастгоҳи "Полус-1" беморони гирифтори артериити ревматоидӣ иборат буд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 35 нафар зани гирифтори артериити ревматоидӣ қарор дошт, ки аз онҳо 20 нафар то 25-сола, 15 нафар аз 25-сола боло буданд. Ҳамаи беморон ҳангоми ба беморхона дохил шудан аз дарди буғумҳо шикоят мекарданд, ки ҳангоми ҳаракат кардан зиёд мешуданд, субҳкараҳт мешуданд, сустии мушакҳо, паст шудани фаъолнокии умумӣ онҳоро озор меод.

Таъсири чараёни тағйирёбандаи майдони магнитӣ тавассути дастгоҳи "Полус-1" дар речаи бифосила анҷом дода шуд, шакли чараён синусоидалӣ, ду индуктор бевосита дар буғумҳои осебдида (индукторҳо кунда-

ланг чойгир шудаанд), ҳамарӯза то 10-15 дақиқа. Индуксияи максималии магнитӣ (шиддатнокӣ) барои индуктор на камтар аз 25 мТл -ро ташкил мекунад. Курси табобат 10-15 протсекура.

Магнитотерапия дар комплекс бо воситаҳои зиддиревматикалии медикаментозӣ, варзиши шифоӣ ва масҳ ҳангоми дараҷаи минималӣ ё муътадили фаъолнокии протсес бо бартарӣ доштани зухуроти экссудативӣ ва пролиферативӣ васиндромии возеҳи дард, дар вақти мавҷуд будани норасоии функционалии дараҷаи якум ё дуум мавриди истифода қарор дода шуд. Бо мақсади муайян кардани вазнинии протсеси патологӣ ва самаранокии магнитотерапия таҳқиқоти функционалии ҳолати бемор аз рӯи маълумотҳои умумиклиникӣ (шикоятҳои бемор, аломатҳои илтиҳоби буғумҳо), нишондиҳандаҳои биохимиявӣ (СОЭ, лейкоцитоз, сафедаи С-реактивӣ, ревмофактор, мухтавои сафедаи умумӣ ва фраксияҳои он дар хун) бо назардошти ҳолати функционалии буғумҳо (гониометрия, динамометрия, даври буғумҳо) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар натиҷаи табобати комплекси беморон бо истифода аз майдони магнитӣ чараёни беморӣ хуб шуд ва фаъолнокии функционалии беморон баланд гардид. Нишондодҳои клиникӣ ва лаборатории фаъолнокии протсес бехтар шуд. Натиҷаҳои мусбат аз протсекураи 5-7 сар шуд. Самаранокии бехтарин дар комплекси табобати беморон бо истифода аз магнитотерапия ҳангоми таъсиррасонӣ ба мавзеи буғумҳои соиду сарпанҷаи даст ва панҷаи даст ба мушоҳида расид.

Хулоса. Таҳлили мушоҳидаҳои имконият доданд, ки ба комплекси чорабиниҳои табобатӣ ва пешгирии бемориҳои ревматоидӣ мувофиқи мақсад мебошад.

АДАБИЁТ

1. Г.Н. Пономаренко, В.С.Улащик Физиотерапия/ Г.Н.Пономаренко, В.С.Улащик, М.: Книжный двор, 2015 г.- 296с.
2. Пономаренко, Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник для студентов медицинских вузов / Г.Н. Пономаренко, В.С. Улащик.. - Сп.: Санкт-Петербург, 2011. - 288 с.
3. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в терапии / Н.И Стрелкова. - М.: Медицина. 2009 г.-132 с.



4. Улащик Г.В.. М. Магнитная терапия и её применение. / Улащик Г.В.. М., Медицина 2010 г.. 120 -145 с.

БАЪЗЕ ЧАНБАҲОИ ТИББИЮ ИҶТИМОИИ САРАТОНИ ҒАДУДӢ ШИРӢ ДАР ЗАНОНИ ТОҶИКИСТОН

М.Б.Ҳакимова, Ф.Ҷ.Шарифзода

Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиб (и.в. мудири кафедра н.и.т. Н.Н.Чураева)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Ҳакимова Муҳаббат Баҳодуровна - н.и.т., дотсенти кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Email: muhabbat1958@inbox.ru, тел.: 989131640

Шарифзода Фирӯза Ҷаббор - асистенти кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тибби бо курси таърихи тибби Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино Email: Fsharifsoda@inbox.ru, тел.: 935240391

Саратони ғадуди ширӣ (минбаъд СҒШ) яке аз масъалаҳои мубрами тибби иҷтимоӣ мебошад. Тибқи маълумотҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ дар сатҳи ҷаҳонӣ ҳар сол зиёда аз як миллион ҳодисаҳои нави беморӣ ба қайд гирифта мешавад. СҒШ инчунин дар ҷумҳурии мо дар сохтори омосҳои бадзод ҷойи намоёнро ишғол мекунад. Саратони ғадуди ширӣ ин бемории мураккаби бисъёромила аст ва ин шабеҳи он аст, ки ҳангоми пайдошавии ҳодисаи инфиродии ин беморӣ омилҳои гуногуни генетикӣ,

экологӣ ва тарзи ҳаёт таъсир мерасонад. Аз лиҳози он, ки ин беморӣ васеъ паҳн гаштааст ва сатҳи беморнокӣ сол аз сол меафзояд, муайян намудани омилҳои гуногун, ки метавонад ба инкишофи саратони ғадуди шир сабаб шавад. бисъёр муҳим аст.

Калимаҳои калидӣ: Саратони ғадуди ширӣ, ҳормон, занони синну соли репродуктивӣ, фарбеҳшавӣ, холестерин, эстроген, гипотериоз, ғизои анъанавӣ, исқоти ҳамл, маммография- стандарти тиллоии ташхиси токлиникӣ.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ТАДЖИКИСТАНА

Ҳакимова Муҳаббат Баҳодуровна - к.м.н., доцент кафедри общественногo здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины Таджикского государственного университета имени Абуали ибни Сино, Email: muhabbat1958@inbox.ru, тел.: 989131640

Шарифзода Фирӯза Ҷаббор - асистент кафедри общественногo здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины Таджикского государственного университета имени Абуали ибни Сино. Email: Fsharifsoda@inbox.ru, тел.: 935240391

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется свыше одного миллиона его новых случаев [14].

РМЖ также лидирует в структуре онкологической заболеваемости и в нашей республике. РМЖ является многофак-

торным заболеванием, а это означает, что на развитие индивидуального случая заболевания влияют различные генетические и экологические факторы, а также образ жизни. Определение факторов, способствующих развитию РМЖ, имеет огромное значение, так как методы профилактики данного заболевания зависят от этого.



Ключевые слова: рак молочной железы, гормон, женщины репродуктивного возраста, ожирение, холестерин, эстроген, гипо-

териоз, традиционный рацион, аборт, маммография - золотой стандарт доклинической диагностики.

SOME MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF BREAST CANCER IN WOMEN OF TAJIKISTAN

Hakimova Muhabbat Bahodurovna - c.m.s. associate professor of Public health and medical statistics with the course of medical history department of Avicenna Tajik State Medical University. Email: muhabbat1958@inbox.ru, tel.: 989131640

Sharifzoda Firuza Jabor - assistant of Public health and medical statistics with the course of medical history department of Avicenna Tajik State Medical University. Email: Fsharifsoda@inbox.ru, tel.: 935240391

Breast Cancer (BC) is one of the most topical medical social problems. According to the World Health Organization data, annually over a million of new its cases are registered in the world.

Breast cancer is also leading in the structure of cancer incidence in our republic. Breast cancer is a multifactorial disease, which means that the development of an individual case of the disease is influenced by various genetic and environmental factors, as well as lifestyle. Factors identification, promoting the development of breast cancer has high significance as methods of prevention of this disease are depended on it.

Aim of the study. To study medical and social factors affecting the incidence of breast cancer in women of Tajikistan.

Learning tools and methods of the study. In this study national and foreign literature and a statistical collection of the Statistics Agency under the President of the Republic of Tajikistan were analyzed in order to obtain

Мухимият. Саратони ғадуди ширӣ (СҒШ) яке аз масъалаҳои ҳалталаби тиббӣ ва иҷтимоию беҳдошти илми муосир - саратоншиносӣ ва нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ аз ҳисоби паҳншавии ҷанбаҳои психологӣ, ки бо проблемаҳои мутобиқшавии иҷтимоии вобастагӣ дорад, мебошад [1,2,6]. Тадқиқотчиёни бисёре [Davis et al. 1997] ҳамаи омилҳоро бо баландшавии ҳафви пайдошавии СҒШ-ро бо дарозмуддатӣ ва сатҳи баланди эк-

information about the health of women of reproductive age and the factors influencing them.

Conclusion. The incidence of breast cancer occupies a leading position in the structure of all oncological diseases in our country. The most affected women for the breast cancer are young women with working ability and increasing the letality and disabilities from these diseases have socio-economic importance. In order to prevent this morbidity, medical workers should carry out continuous monitoring and screening of breast cancer in young women and use various methods to educate women about health and hygiene, thereby raising their level of knowledge on how to eliminate risk factors that contribute to breast cancer.

Key words: breast cancer, hormone, women of reproductive age, obesity, cholesterol, estrogen, hypothyroidism, traditional diet, abortion, mammography - gold standard of preclinical diagnosis

спозитсияи ҳормони эстроген, инчунин прогестерон алоқаманд мекунад. Ин назария асос дорад, барои он ки, чӣ тавре маълум аст, бисёр намудҳои ҳуҷайраҳои омосӣ ҳангоми СҒШ дар зери таъсири ҳормони эстроген афзоиш меёбад. Ғадуди ширӣ аз ҳама узви бо ҳормон саҳт алоқаманд ба ҳисоб меравад. Ба статуси ҳормонӣ бошад, омили бисёре чун вазъи экологӣ, ҳаяҷони манфӣ, тарзи ҳаёт таъсири худро мерасонад [1,2,4].



Мақсади тадқиқот. Таҳлили вазъи гирифтормашавии занони Тоҷикистон ба бемории омози бадсифати ғадуди ширӣ ва омилҳои тиббӣ ва иҷтимоию беҳдошти ба он таъсиркунанда.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои омӯзиши вазъи гирифтормашавии занони Тоҷикистон ба бемории саратони ғадуди ширӣ ва омилҳои тиббӣ ва иҷтимоию беҳдошти ба солимии занон таъсиррасонанда адабиётҳои ватанӣ ва хориҷӣ, инчунин маҷмӯи оморӣ Агентии оморӣ назди Президенти ҶТ ва захираҳои иттилоотии интернетӣ таҳлил карда шуд. Ҳангоми омӯзиши вазъи гирифтормашавии занони Тоҷикистон ба саратони ғадуди ширӣ усулҳои оморӣ ва монографияи истифода бурда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Дар Тоҷикистон дар сохтори саломатии репродуктивӣ паҳншавии бемориҳои омозӣ дар байни занони синну соли репродуктивӣ ташвишвар аст. Дар сохтори бемориҳои омози бадсифат дар Тоҷикистон саратони ғадудҳои ширӣ дар соли 2016 (СҶШ) (5,4 ҳодиса ба 100 ҳаз. аҳоли) баъд аз саратони гарданаки бачадон (8,7 ҳодиса ба 100 ҳаз. аҳоли) ҷойи намоёнро ишғол менамояд ва 15,0 фоизи ҳамаи омозҳои бадсифати бори аввал қайдшударо ташкил мекунад [7]. Қайд кардан зарур аст, ки ба ин беморӣ занҳои синну соли репродуктивӣ қобили меҳнат бештар гирифтормешаванд. Агар пештар ба СҶШ занҳо баъд аз 40 солагӣ гирифтормешаванд, ҳоло сатҳи ин беморӣ дар байни занҳои ҷавони синнусоли 30-40 баландтар аст. Бинобар ин, омӯзиши омилҳои хавфи пайдошавӣ, масъалаи табобати СҶШ ва барқароркунии саломатии ин намуд беморон аз нуқтаи назари иҷтимоӣ хело муҳим аст [2,9,10].

Омилҳои асосии барангезандаи СҶШ синну сол ва ирсият мебошад. Лекин ин беморӣ бештар дар занҳое вомехӯрад, ки омилҳои ирсӣ надоранд. Ин тадқиқотчиёнро водор мекунад, ки омилҳои ба ин беморӣ мусоидаткунандаро ҷӯён шаванд. Яке аз ин омилҳо ин вазни зиёдатӣ- фарбеҳшавӣ мебошад. Мутаассифона дар Тоҷикистон оморӣ фарбеҳшавӣ вучуд надорад, лекин аз на-

муди ғизои занҳои тоҷик (ғизои асосӣ (нон)-карбогидратҳо) ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки фарбеҳӣ дар байни занон бисёртар дида мешавад. Муайян кардаанд, ки занҳое, ки вазни зиёдатӣ доранд бештар ба СҶШ гирифтормешаванд. Олимон ба ҳулосае омаданд, ки ҳангоми фарбеҳшавӣ сабаби пайдоиши бемории саратонӣ ин холестерини пайваста - 27 гидроксилхорестерол мебошад, ки ба ҳуҷайра ҳамчун эстроген таъсир мерасонад (маълум аст, ки эстроген дар 75% ба афзоиши СҶШ мусоидат мекунад [3,8,10]).

Яке аз омилҳои барангезандаи СҶШ бемории ғадудӣ сипаршакл мебошад, ки дар натиҷаи норасоии ёод ба амал меояд. Дар замони муосир дар ғизои қариб 90 фоизи аҳолии ҷаҳон норасоии ёод дида мешавад. Ёод барои фаъолияти ҳамаи бофтаҳои ғадудӣ зарур аст. Гипотериоз яке аз омилҳои асосии пайдошавии СҶШ мебошад. Пастшавии сатҳи ҳормонҳои ғадуди сипаршакл ба афзоиши ҳуҷайраҳои эпителиалии ғадудҳои ширӣ, зичии баланди он, дисплазия ва пайдоиши омозҳои бадзот мусоидат мекунад. Хатари баланди пайдоиши СҶШ-ро дар беморони дорандаи варами хушсифати ғадуди ширӣ, ки дар асоси он пайдошавии СҶШ 25-30 маротиба зиёд мешавад, дидан мумкин аст. Зичии баланди бофтаҳои ғадуди ширӣ - ин нишондиҳандаи маммографияи таносуби бофтаи ғадудӣ ва бофтаи рағанӣ мебошад, ки як дараҷа ҳолати манзари ҳормони эндогенро нишон медиҳад. Дар занҳое, ки зичии баланди бофтаҳои ғадуди ширӣ доранд, хатари пайдошавии СҶШ 4-5 маротиба зиёд аст [8,9,10].

Аз рӯи маълумотҳои ТУТ ҳамасола дар ҷаҳон зиёда аз 1 млн. ҳолатҳои нави СҶШ ба қайд гирифта мешавад. Ва ҳар сол 6 миллион зан аз ин беморӣ мефавтад. Дар сатҳи ҷаҳонӣ СҶШ дар мамлакатҳои аз ҷиҳати саноат тараққиёфта бештар вомехӯрад. Таърихан сатҳи ин беморӣ дар Иёлоти Муттаҳидаи Амрико (ИМА) ва давлатҳои Аврупои Ғарбӣ баланд аст. Дар давлатҳои Осиё ва Африқо бошад, сатҳи он паст аст. Баландшавии шумораи саратони ғадуди ширӣ дар мамлакатҳои тараққиёфтаи Ғарб олиморо



водор кард, ки хусусияти ғизои ин мамлакатхоро омӯзанд. Муҳоҷироне, ки ба Иёлоти Муттаҳидаи Амрико ва ба дигар мамлакатҳои Ғарб барои зисти доимӣ мекӯчанд, намуди ғизояшонро зуд дигар мекунад. Чунин тағйирот метавонад ба баландшавии сатҳи беморнокии саратони ғадуди ширӣ хангоми муҳоҷират ба ИМА аз мамлакатҳои сатҳи беморнокиаш паст оварда расонад.

Ғизои анъанавии мардуми мамлакатҳои Осиё ва Африко дар таркиби худ миқдори ками чарбҳо ва карбогидратҳои мураккабдоранд. Хангоми муқоиса бо занҳое, ки ғизои анъанавиро истифода мебаранд, дар занҳои модели ғизои ғарбиро истифодабаранда, тағйирёбии сатҳи сифат ва миқдори ҳормонҳо дида мешаванд. Занҳое, ки дар таркиби ғизояшон миқдори равшан ва сафеда зиёд аст ва асосан карбогидратҳои содаро истеъмол мекунад, сатҳи гормонҳои чинсиашон баланд аст ва дар онҳо миқдори ками эстрогенҳо бо наҷосат берун мешаванд ва сатҳи пасти сафедаҳо, ки ҳормонҳои чинсиро пайваст мекунад, мушоҳида карда мешавад. Ин сафеда эстрогенро пайваст намуда, муваққатан онро нофаъл мегардонад. Инчунин, дарҷ гардидааст, ки миқдори зиёди нахҳо дар ғизо ба зиёдшавӣ ва хоричшавии эстроген ва метаболити он бо наҷосат, ки ба камшавии сатҳи он дар хун оварда мерасонад, мусоидат мекунад.

Ғизои анъанавии ориёӣ аз миқдори зиёди эстрогенҳои табиӣ, ки фитоэстроген ном дорад, иборатанд. Ин эстрогенҳои камфаъл ба монанди лӯбиё, чормағз ва ғалладонаҳои коркарднашуда вомахӯранд, диққати олимоне, ки сабабҳои пайдошавии саратони ғадуди шириро меомӯхтанд, ба худ ҷалб кард. Дар синни наврасӣ ва балоғат фитоэстрогенҳо метавонанд ҳаракати эстрогенҳои эндогенро дар организми зан тағйир диҳанд. Фитоэстрогенҳо метавонанд сатҳи вобастагии эстрогенро бо сафеда баланд намуда, ба гипоталамус ва гипофиз, ки аз пастшавии ҳосили эстроген дар тухмдонҳо хабар медиҳанд, таъсир расонанд. Ин фарзия асоснок мебошад, чунки бисёр намудҳои ҳучайраҳои омосӣ хангоми сарато-

ни ғадуди шир дар натиҷаи таъсири эстрогенҳо афзоиш меёбанд [8,9,10].

Саратони ғадуди ширро исқоти ҳамл низ метавонад ба хурӯҷ орад. Аз аввалин рӯзҳои ҳомиладорӣ дар организм табаддулотҳо ба амал меоянд. Баъд аз исқоти ҳамл вайроншавии мувозинати ҳормонӣ дида мешавад. Дар занҳои синнусоли то 18 сола, ки якумин ҳомиладориро бо исқоти ҳамл қатъ кардаанд, хавфи пайдошавии СҒШ 2-2,5 баробар меафзояд. Хурсандиовар аст, ки дар Тоҷикистон исқоти ҳамл майл ба пастшавӣ дорад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (шакли ҳисоботии № 13) дар соли 2016 дар байни занҳои синну соли репродуктивӣ, ки қариб 50 фоизи ҳамаи занҳои ҷумҳуриро ташкил медиҳад, ҳамагӣ 6474 ҳолати исқоти ҳамл ба амал омадааст, ки ин назар ба соли 2015 - қариб 2% камтар шудааст. Исқоти ҳамл дар Тоҷикистон дар танзими наслотарӣ яке аз ҷойҳои муҳимро ишғол карда, ба вайроншавии саломатии репродуктивии зан ва ба сатҳи нишондиҳандаи фавти модарон таъсир мерасонад, аз ин лиҳоз, масъалаи ҳалталаби тиббии иҷтимоӣ гаштааст [5,7].

Агар синнусолро тағйир додан мумкин набошад ҳам, кам кардани дигар омилҳо ҳамчун таваллуд накардан, ирсият, муҳити гирду атроф ва ғайраро имкони паст кардан ё бартараф кардан мавҷуд аст. Дар бартараф кардани ин омилҳо нақши асосиро табиби оилавӣ мебозад. Ташхис ва табобати бемории ғадудҳои шир бояд дар якҷоягӣ бо табибони ихтисосҳои гуногун бо риояи санадҳо ва марҳалаҳо гузаронида шавад. Дар шароити ислоҳоти системаи ниғаҳдорӣ тандурустӣ дар Тоҷикистон ҳиссаи асосии масъулият барои скрининг, ташхиси барвақти саратони ғадуди шир ва сари вақт равона намудани беморон ба онкомамолог ба уҳдаи табибони амалияи умумӣ (табибони оилавӣ) гузошта шудааст. Дар масъалаҳои муоина ва табобат намудани беморони дисгормоналӣ нақши калидири акушер-гинеколог, дар масъалаҳои пешгирикунанда бошад, акушер-гинеколог ва табиби оилавӣ мебозад. Занҳое, ки хавфи баланди пайдоиши СҒШ доранд, бояд дар зери



назорати маммомолог ё онколог (зинаи ду-юми ёрии тиббӣ) қарор дошта бошанд. Маммография стандарти тиллоии ташхиси токлинӣ ва бо ангуштон ламснашавандаи СҶШ мебошад. Дақиқии ин усули ташхис 92-98%-ро ташкил мекунад ва нишодиҳандаҳои дарозумрии беморони СҶШ-ро баланд мекунад ва аз тарафи онкологҳо барои ҷарроҳии эстетикӣ ба ҷо овардан қўмак мерасонад [3,4,5,8,9,10].

Хулоса. Бемориҳои саратони ғадуди ширӣ дар сохтори ҳамаи бемориҳои саратонӣ дар ҷумҳурӣ ҷойи аввалро ишғол мекунад. Аз сабаби ба ин бемориҳо гирифтोर-

шавии аҳолии ҷавони қоршоам ва зиёдшавии сатҳи маъҷубнокӣ ва ғавт аз лиҳози ин бемориҳо аҳамияти муҳими иҷтимоӣ ва иқтисодӣ дорад. Бо мақсади пешгирии ин беморӣ бояд аз тарафи қорқунони тиб ба назорати мурағаб ва амалии муоинаи профилактикии занон оид ба бемориҳои саратонӣ аҳамияти хоса дода шавад ва усулҳои гуногуни қори санитарӣ фаҳмондадихӣ дар байни занон, ки боиси баландшавии савияи дониши онҳо оид ба таъсири омилҳои хавф ба эҳтимоли пайдошавии саратони ғадуди ширӣ мегардад, васеъ истифода бурда шавад.

АДАБИЁТ

1. Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований: заболеваемость, смертность, тенденции, социально-экономический ущерб, продолжительность жизни / Е.М. Аксель, В.В. Двойрин. -М.: Академия, 2010. - 29 с.
2. Абдурахманов М.К., Абдурахманов Ф.М., Абдурахманова Ф.М. Репродуктивное здоровье девушек подростков и факторы внешней среды. - Мат. Респ. научно-практич. конф. "Медико-социальные аспекты здоровья девочек и девушек Таджикистана". -2001. -С.8-11.
3. Абдушукурова Х.М. Развитие акушерско-гинекологической службы в Таджикистане. Душанбе,1975.-С.124.
4. Двойрин В.В., Старинский В.В., Трапезников В.В. Информационное обеспечение планирования и оценки Российской противораковой программы. Москва. ОНЦ РАМН. 1992. с.18.
5. Миралиев С.Р., Бандаев И.С. Медико-социальные проблемы развития общей врачебной практики. Монография для руководителей здравоохранения, врачей общей практики/семейных врачей и студентов высших учебных заведений. Тип.ООО "Офсет-Империя". Рекомендована к печати решением РИСО Академии медицинских наук МЗиСЗН РТ от 11.11.2014г., №18 - Душанбе. - 2015. - С. 264, соавт: Бандаев И.С.
6. Павлова Н.В., Сухотерин И.В. Социально-психологический портрет больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации //Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. №1. С. 32-37.
7. Солимии аҳоли ва ғавҷолияти муассисаҳои тандурусти дар соли 2017. Душанбе, 2017. С. 355-364.
8. Хисомова, Х. К. Роль семейного врача в улучшении показателей репродуктивного здоровья женщин Таджикистана: автореф. дис. канд. мед. наук/ Х.К.Хисомова. Душанбе 2005,- С. 4-10.
9. Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения стран СНГ в 1996 г. / Н.Н.Трапезников, Е.М. Аксель- М., 1997. 302 с.
10. Чистяков С.С. Онкологические аспекты заболеваний молочных желез / С.С. Чистяков, З.Р. Габуния, О.П. Гребенникова // Гинекология. -2001. -Т. 3 -№5. С. 26-29.



ХУСУСИЯТҲОИ ТАНЗИМИ НАБЗИ ДИЛ ДАР ДАВРАҲОИ ГУНОГУНИ РАВАНДИ ТАЪЛИМИ ДОНИШЧӮЁН

Х.А. Зафаров, М.Б. Устоев

Зафаров Хол Авзалович - мудири кафедраи анатомия ва физиологияи Донишкадаи тарбияи ҷисмонии Тоҷикистон ба номи С.Раҳимов (телефон (+992) 937-77-10-15).

Устоев Мирзо Бобоҷонович - мудири кафедраи физиологияи одам ва ҳайвоноти Донишгоҳи миллии Тоҷикистон - (телефон (+992) 935-17-22-32).

Новобаста аз он, ки дар солҳои кунуни афзудани теъдоди беморон дар байни ҷавонон паҳн шудааст. Чорабиниҳои солимгардонӣ, баргарафкунӣ дар марҳилаҳои гуногуни раванди таълим, бо мувофиқгардонии ҳолати функционалии донишчӯён мусоидат мекунад.

Маълумотҳои, низ мавҷуданд, ки дар тадқиқшавандагоне, ки мунтазам ба машқҳои равониву, ҷисмонӣ машғулбуданисбат ба онҳо, ки ба варзиш машғул нестанд. Нишондиҳандаҳои тобоварӣ баланд шуда, мондашавӣ бошад кам мешавад [Т.В.Полов 2006]

Аксарияти олимони тарз тағйирёбии системаи дилу рағҳоро ба фаъолияти касбии он алоқаманд мекунанд. Таъсири стресси эҳсосӣ ба қобилияти қорӣи системаҳо ва хусусиятҳои кам хатокуниро ҳангоми тез амалиёт намуда имконият фароҳам меоварад рафторҳои гуногуни стресс мушоҳида мешавад [Бодров ва диг. 1988.]

Калимаҳои калидӣ: омӯзиш, стресс, набз, донишчӯён, варзишгарон тамринида, тамринида, раванд мутобиқшавӣ

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗНЫХ ПРОЦЕССАХ ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ - СПОРТСМЕНОВ

Зафаров Хол Авзалович зав. кафедрой анатомии и физиологии Таджикского института физкультуры им. С. Рахимова - (тел.: (+992) 937-77-10-15).

Устоев Мирзо Бабаджанович зав. кафедрой физиологии человека и животных Таджикского национального университета - (тел.: (+992) 935-17-22-32).

В последние годы увеличивается количество болезней среди молодого населения. Также существуют сведения о том, что у экспериментальных групп, которые систематически занимаются спортом по отношению к студентам, которые частично или вообще не занимаются спортом, процесс выносливости высокий, что касается утомления - оно сравнительно снижается [Т.В. Попов 2006].

Большинство ученых изменения в деятельности сердца и сосудов связывают с профессией. Действие эмоционального стресса влияет на деятельность системы и свойства проявления ошибки в меньшей степени, чем процесс очень быстрого действия, происходящего за счет разного рода стрессов [Бодров и др. 1988.]

Ключевые слова: изучение, стресс, пульс, студенты-спортсмены, нетренированные, тренированные, психика, адаптация.

FEATURES OF REGULATION OF HEART ACTIVITY IN DIFFERENT PROCESSES OF EDUCATION AT STUDENTS - SPORTSMEN

Zafarov Khol Avzalovich Head of Anatomy and physiology department of Tajik Institute of Physical culture named after S. Rakhimova - (tel: (+992) 937-77-10-15).

Ustoev Mirzo Bobojonovich Head of human and animal physiology department of Tajik National University - (tel: (+992) 935-17-22-32).



In recent years the quantity of diseases among the young population increases. Measures to improve and reduce this stress at various stages of education contribute to improve the functional status of students. There is also evidence that the experimental groups regularly engage for sports in relation to students who are partly or not at all engage for sports endurance process is high, as for fatigue, it is relatively reduced [T.V.Popov 2006].

Мухимияти мавзӯ Дар замони ҳозира инкишофи бемориҳои системаи дилу рағҳо, ҳозима, нафаскашӣ, дастгоҳи таҷаву ҳаракат дар донишҷӯёни курс ва ихтисосҳои мухталиф рӯ ба мушоҳида карда мешавад [1,2,3]. Донишҷӯён дар раванди фаъолияти таълимӣ ба таҳмили баланди ахборотӣ ва шиддатнокии эмотсионалӣ, таъсири гиподинамия, риоя накардани речаи хӯрокхӯрӣ, муҳити аз ҷиҳати экологӣ номусоиди зист рӯ ба рӯ мешаванд. Омилҳои номбурда ба инкишоф ёфтани стресс мусоидат менамояд, ки ба қобилияти қорӣ ва фаъолияти фикрии донишҷӯён ба таври манфӣ таъсир мерасонад [4,5].

Таъсири стресси имтиҳонӣ низ метавонад ба ҳолати гардиши хун ва системаи нафаскашии донишҷӯни 17-19 сола таъсири манфӣ расонад ва инро дар донишҷӯёни курси якум то ва баъд аз имтиҳон пайдо шудани фишорбаландӣ ва дар донишҷӯёни курси дуюм коҳиш ёфта нинишондиҳандаҳои фишори шарёни (ФС) пас аз имтиҳонҳо мушоҳида карда шуд [6].

Шароити таълим ба тағйирёбии набзи қори дил (НКД) низ таъсир мерасонад [7]. Муайян шудааст, ки ҳангоми соли чоруми таҳсил дар донишҷӯён бартари таъсири асаби симпатикӣ, коҳиш ёфтани фаъолияти мустақили он ва зиёдшавии ангиизиши марказии идоракунии НКД мутобиқшави афзалият пайдо мекунад.

Ба хотири он ки механизми инфиродии мутобиқшави дарк гардад, бояд тадқиқотҳои зарурии ҳамаҷонибаи равониву физиологӣ ҳолати донишҷӯён синусол, чинс, дараҷаи тамрини ҷисмонӣ гуногун дар марҳилаҳои мухталифи раванди таълим тадқиқ карда шавад. То ҳол дар мавриди до-

Changes in the activity of the heart and blood vessels most researchers associate with the profession. The effect of emotional stress on the activities of the system and the properties of the manifestation of a smaller error in the process of a very fast action occur due to the kind of stress [Bodrov et al. 1988].

Keywords: study, stress, pulse, students - athletes, untrained, trained, psyche, adaptation.

нишҷӯёне, ки машғулияти варзишро бо таълим дар макотиби олий тавбаам анҷом медиҳанд, хусусиятҳои механизми мутобиқшавӣ ба сарбории таълимӣ пурра таҳқиқ нашудааст. Натиҷаи таҳқиқотҳои мазкур, дар раванди таълим, барои таҳия намудани тавсияҳо оид ба тасҳеҳи равониву ҷисмонӣ шиддати равониву эмотсионалӣ заруранд.

Нишондиҳандаҳои индекси мувозинат (ИМ воҳ. шартӣ) дар ҳолати оромӣ дар духтарони тамриннадида, дар муқоиса ба варзишгарон, ба таври аниқ зиёдтар буд. Бузургии нисбатан зиёдтари ИМ, ва нишондиҳандаи назм (ННм воҳ. шартӣ) дар гурӯҳи тадқиқшавандагонии тамриннадида ба назар мерасид. Нишондиҳандаҳои мувофиқатнокии равандҳои танзим (НМРТ) дар варзишгарон, дар муқоиса ба тамриннадидаҳо, каме баландтар буд. Нишондиҳандаи Мо (мс) ҳангоми таҳмил дар тамоми тадқиқшавандаҳо коҳиш меёбад (аниқ дар ҷавонону духтарони тамриннадидаи ба варзиш машғулбуда), АХ бошад, каме тағйир меёбад. Нишондиҳандаҳои Мо, ҳангоми тармим, бештар дар ҷавонони ба варзиш машғулбуда ва дар духтарони тамриннадида боло меравад. Афзоиши ИШ, ҳангоми таҳмил, дар аксари тадқиқшавандагон зухурёфта буд. Ҳангоми қор баландтарини нишондиҳандаҳои ИШ дар ҷавонони ба варзиш машғулнабуда мушоҳида гардиданд.

Ҳангоми қори ҷисмонӣ, дар донишҷӯён-варзишгарон, хусусан дар мавриди ҷавонон, индекси мувозинати вегетативӣ коҳиш меёбад, барои шахсоне, ки ба варзиш машғул нестанд, индекси мазкур ба таври аниқ боло меравад. Нишондиҳандаи вегетативии набзи дил дар варзишгарон дар муқоиса ба тамриннадидаҳо поёнтар буд, ҳангоми сарборӣ болоравии он



дар тамоми тадқиқшавандагон ба андозае зиёд шуд. Ҳангоми тамрин, нишондиҳандаҳои равандҳои танзим дар гурӯҳи донишҷӯёни тамриннадида нисбатан зиёдтар буд.

Дар давраи сессия амалан нишондиҳандаҳои Мо ва АХ тағйир наёфт, аммо дар тамоми тадқиқшавандагон, хусусан ҷавонон АМо ва ИШ зиёд гардид. Зимнан нишондиҳандаҳои ИШ дар ҷавонон ва духтарони тамриннадиданисбат ба тамриндидаҳо ба таври аниқ бештар буд. Дар давраи сессия нишондиҳандаҳои ИН дар гурӯҳи тадқиқшавандагони тамриннадида ва духтароне, ки ба варзиш машғул буданд, ба таври аниқ баландтар, вале дар мавриди тадқиқшавандагони тамриннадида бошад, дар муқоиса ба донишҷӯён-варзишгарон, нишондиҳан-

даи мазкур саҳеҳан баландтар буд. Нишондиҳандаи ИН, дар донишҷӯёни тамриннадида, дар ҳолати оромӣ дар муқоиса ба тамриндидагон баландтар ва нишондиҳандаи НМРТ дар гурӯҳи варзишгарон ва духтарони тамриннадида зиёдтар буд.

Ҳангоми сарбории ҷисмонӣ дар гурӯҳи ҷавонон-варзишгарон ба ҳисоби миёна реаксияи шиддатнокии мутобиқшавӣ (навъи П) афзалият пайдо карда буд, зеро нишондиҳандаи сохтори НД дар самтҳои гуногун тағйир ёфт (ҳангоми коҳиш ёфтани Мо болоравии АХ ба амл омад, инчунин нишондиҳандаҳои ИН ва НМ ба таври гуногун тағйир ёфтанд). Дар мавриди тадқиқшавандагони боқимонда мутобиқшавии қаноатбахш ба сарборӣ афзалият пайдо карда буд.

Ҷадвали 1

Нишондиҳандаҳои кори дил ҳангоми кори мавзеии мушакҳо дар мавриди донишҷӯёни курси як зимни давраи сессия ($M \pm m$)

Гурӯҳҳо n=30	Нишондиҳандаҳо						
	Мо мс.	Дх мс.	АМо%	ИШ воҳ. шартӣ	ИМН воҳ. шартӣ	ННМ воҳ шартӣ	НМРТ воҳ. шартӣ
Ҷавонони варзишгар n=30	0,80±0, 02	0,22±0, 09	51,10±2,08	102,12±4,09	178,15±23, 01	4,3±0,95	66,15±12,06
Ҷавондухтарони варзишгар n=25	0,85±0, 01	0,30±0, 05	47,34±5,03	78,54±0,17	164,73±14, 18	4,05±1,24	54,21±7,43
Ҷавонони машкнаварзида n=35	0,78±0, 02	0,21±0, 05	55,31±2,10	135,14±13,05 **	205,18±10, 62**	5,90±2,07	38,47±0,71
Ҷавондухтарони машкнаварзида n=35	0,74±0, 01	0,22±0, 05	49,14±4,20	97,03±3,50**	183,42±10, 65	4,10±0,41	52,13±2,30
	МО ¹	ДХ ¹	АМо ¹	ИМН	ИМН	ННМ ⁴	НМРТ
Ҷавонони варзишгар n=25	0,70±0, 02	0,30±0, 08	59,03±2,80*	129,12±3,50*	166,08±23, 01	4,10±0,90	78,45±20,05*
Ҷавондухтарони варзишгар n=20	0,85±0, 07	0,30±0, 08	61,18±1,14*	103,22±12,73 *	184,45±20, 78	3,30±1,17	4,641±2,35*
Ҷавонони машкнаварзида n=35	0,70±0, 05	0,20±0, 05	65,41±0,75	158,17±3,54*	206,09±7,7 9**	5,90±1,60	70,80±4,90*
Ҷавондухтарони машкнаварзида n=35	0,70±0, 01	0,20±0, 05	59,08±1,10*	141,56±2,81	242,05±37, 51*	4,90±0,23	69,13±2,14*

Эзоҳ: нишондиҳандаҳои раҳдор - ҳангоми сарборӣ;

* - фарқияти саҳеҳ бо нишондиҳандаҳои ибтидоӣ нишон дода шудааст;

** - байни варзишгарон ва тадқиқшавандагони тамриннадида; ҳангоми $p < 0,05$ будан.

Дар сохтори набзи дил, ҳангоми имтиҳонҳо, иқшавандагоне ба назар расиданд, ки ба вартағйирёбии нишондиҳандаҳоро қайд кардан зиш машғул набуданд. Маълум аст, ки қиматҳои мумкин аст (ҷадвали 1). Дар тадқиқшавандагон, ти минималии ИМ, ҳангоми сарборӣ, дар ҳангоми ба таври аниқ зиёд шудани АМо ва мавриди ҷавонони тамриндида мушоҳида ИШ, баландтарин қимати ИШ дар гуӯҳи тадқ- шуданд. Нишондиҳандаҳои НМРТ, ҳангоми



кор, дар тамоми тадқиқшавандагоне аниқ баланд буд, вале баландтарин нишондиҳанда дар мавриди чавононе ба назар мерасид, ки ба варзиш машғул буданд. НН, ҳангоми сарборӣ, дар духтарони тамриннадида афзоиш ва дар гурӯҳи варзишгарон коҳиш ёфт.

Тадқиқотҳои такрорӣ дар донишҷӯёни мазкур, ки пас аз як соли таълим дар давраи байнисессия гузаронида шуд, нишон дод, ки нишондиҳандаҳои Мо амалан тағйир наёфтаанд, вале дар тамоми донишҷӯёни курси ду майл ба болоравии нишондиҳандаи Мо мушоҳида гардид. Инчунин ба дараҷае коҳиш ёфтани нишондиҳандаи ИШ ва баланд шудани нишондиҳандаи мазкур дар духтарони тамриннадида зоҳир гардид. ИМ дар гурӯҳи духтарон боло рафта, дар гурӯҳи чавонон рӯ ба коҳиш овардани он ба назар расид.

Қимати баланди ИШ ва ИМ зимни духтарони тамриннадида мушоҳида гардиданд (ҷадвали 2). Нишондиҳандаҳои НМ ва НМРТ дар тамриннадидаҳо афзуда, бузур-

гии НМРТ бошад, зимни донишҷӯ-варзишгарон каме коҳиш ёфтааст.

Ҳангоми кори ҷисмонӣ нишондиҳандаҳои Мо ва АХ каме тағйир ёфта, нишондиҳандаҳои Амо ва хусусан, ИШ бошад, дар мавриди тамоми тадқиқшавандагон баланд шудааст. Дар ҳолати сарборӣ бузургии нишондиҳандаҳои ИМ, НМ ва НМРТ дар мавриди тамоми тадқиқшавандагон ба дараҷае ва зимни тамриннадидагон бошад, ба дараҷаи зиёд боло рафтааст.

Ҳангоми муоинаи такрорӣ, дар давраи сессия, майл ба коҳиш ёфтани Мо дар тамоми донишҷӯён ва афзудани нишондиҳандаи ДХ дар варзишгарон мушоҳида гардиданд (ҷадвали 2). Ба дараҷае баланд шудани АМо ва ИШ дар аксари муоинашавандагон ошкор гардид. Инчунин нишондиҳандаҳои ИМ, НН, НМРТ дар мавриди аксари тадқиқшавандагон рӯ ба афзоиш овард, танҳо дар чавонони варзишгар нишондиҳандаи ИМ ва НН ва зимни чавонони тамриннадида бошад, НН андаке коҳиш ёфт.

Ҷадвали 2

Нишондиҳандаҳои кори дил дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми кори мавзиеи мушакҳо дар донишҷӯёни курси ду дар давраи байнисессияҳо (М±м)

Гурӯҳҳо n=30	Нишондиҳандаҳо						
	Мо мс.	АХ мс.	АМо%	ИШ воҳ. шартӣ	ИМН воҳ. шартӣ	ННМ воҳ.шартӣ	НМРТ воҳ. шартӣ
Чавонони варзишгар n=30	0,80±0,08	0,30±0,05	33,01±2,08	67,20±4,03	112,60±12,2 4	3,09±0,08	39,09±5,04
Чавондухтарони варзишгар n=25	0,92±0,07	0,25±0,04	33,12±4,05	69,15±5,01	130,30±9,61	4,21±1,01	35,10±5,02
Чавонони машкнаварзида n=35	0,75±0,05	0,30±0,08	38,24±4,04	77,37±10,47* *	121,30±13,7 0**	4,32±1,05	47,06±6,12
Чавондухтарони машкнаварзида n=35	0,80±0,07	0,20±0,05	35,10±2,09	98,40±5,34**	156,22±10,1 4	5,41±1,01	45,02±4,01
	МО ^л	ДХ ^л	АМо ^л	ИШ ^л	ИМН ^л	ННМ ^л	НМРТ ^л
Чавонони варзишгар n=25	0,80±0,05	0,25±0,04	40,10±2,67	108,64±10,20 *	164,57±11,0 7	5,30±0,94*	53,34±3,04*
Чавондухтарони варзишгар n=20	0,80±0,08	0,20±0,04	37,09±1,81	102,57±10,21 *	162,50±3,72 *	5,42±1,40	46,41±2,35*
Чавонони машкнаварзида n=35	0,70±0,04	0,20±0,05	42,22±4,51	130,36±9,05*	177,69±22,7 1*	5,27±0,84	60,57±4,01*
Чавондухтарони машкнаварзида n=35	0,72±0,20	0,20±0,03	41,14±1,54	126,44±10,09 *	182,77±13,0 9*	6,34±1,15	57,62±6,09*

Эзоҳ: нишондиҳандаҳои раҳдор - ҳангоми сарборӣ;

* - фарқияти саҳеҳ бо нишондиҳандаҳои ибтидоӣ нишон дода шудааст;

** - байни варзишгарон ва тадқиқшавандагони тамриннадида; ҳангоми $p < 0,05$ будан.



Дар мавриди реаксия ба сарбории мавзей коҳиш ёфтани Мо ва ДХ-ро қайд кардан мумкин аст. Ба таври аниқ болоравии нишондиҳандаҳои ИШ, ИН ва нишондиҳандаи АМо дар ҷавонони тамриннадида ва дар мавриди боқимондаҳо бошад, майл ба афзоиш дар нишондиҳандаи АМо мушоҳида гардид. Тағйироти нисбатан зухурёфтаи нишондиҳандаи ИМ дар духтарҳо ба назар расид.

Нишондиҳандаи НМРТ, ҳангоми сарбории мавзей, ба таври аниқ дар тамоми тадқиқшавандагон зиёд шуд, НН бошад, бештар дар варзишгардӯхтарон афзуд. Дар кардиофосилаҳои донишҷӯёне, ки зимни таҳсил муваффақияташон гуногунаст, фарқият ошкор гардид.

Дар ҷавонони ба варзиш машғул набуда, дар давраи сессия, баланд шудани иқтидори спектри мавҷҳои ҳам басомадашон баланд ва ҳам паст ба назар расид. Ҳамин тавр, тағйирёбандагии НД бештар дар донишҷӯёни хубхон зоҳир шуд, илова бар ин дар доираи мавҷҳои нафаскашӣ иқтидори спектри (ОТ) зиёдтар буд, ки далели афзалият пайдо кардани таъсири асаби парасимпатикӣ ба дил аст. Дар мавриди донишҷӯёни тамриннадида, ҳам дар давраи байнисессия ва ҳам дар давраи сессия, иқтидори қисми оҳистаи мавҷии спектр (LF ва VLF) афзалият дошт, ки он далели бартарият доштани таъсири асаби парасимпатикии марказӣ ба дил мебошад.

Ҷадвали 3

Нишондиҳандаҳои кори дил дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми кори мавзеии мушакҳои дар донишҷӯёни курси дуюм дар давраи сессия ($M \pm m$)

Гурӯҳҳо n=30	Нишондиҳандаҳо						
	Мо мс.	АХ мс.	АМо%	ИШ воҳ. шартӣ	ИМН воҳ. шартӣ	ННМ воҳ. шартӣ	НМРТ воҳ. шартӣ
Ҷавонони варзишгар n=30	0,83±0,07	0,40±0,01	39,40±2,61	65,23±1,01	100,19±6,34	3,20±0,75	49,09±3,62
Ҷавондӯхтарони варзишгар n=25	0,75±0,05	0,30±0,05	47,25±2,83	116,47±4,02	146,34±5,19	4,90±0,61	76,14±3,43
Ҷавонони машқнаварзида n=35	0,65±0,07	0,30±0,01	49,14±1,47 **	103,68±15,05* *	163,45±4,22 **	4,20±0,70	61,31±4,47**
Ҷавондӯхтарони машқнаварзида n=35	0,64±0,07	0,25±0,08	41,16±4,37	133,77±18,12* *	181,24±34,6 1**	6,31±1,72* *	58,47±4,50**
	МО ^l	ДХ ^l	АМо ^l	ИШ ^l	ИМН ^l	ННМ ^l	НМРТ ^l
Ҷавонони варзишгар n=25	0,72±0,05	0,30±0,05	50,25±2,09 *	104,40±3,55* *	153,75±13,3 0*	4,19±0,95	68,04±2,05*
Ҷавондӯхтарони варзишгар n=20	0,68±0,05	0,25±0,04	53,23±4,09	165,56±9,17* *	206,47±4,75 *	6,25±1,05* *	85,08±4,09* *
Ҷавонони машқнаварзида n=35	0,58±0,03	0,30±0,01	55,02±5,62	117,47±6,03* *	183,23±18,0 3*	4,22±0,27	72,05±0,77* *
Ҷавондӯхтарони машқнаварзида n=35	0,52±0,02	0,20±0,05	46,11±4,09	156,36±15,02* *	208,49±27,0 7*	7,17±2,03	69,03±4,03* *

Эзоҳ: нишондиҳандаҳои раҳдор - ҳангоми сарборӣ;

* - фарқияти саҳеҳ бо нишондодҳои ибтидоӣ нишон дода шудааст;

** - байни варзишгарон ва тадқиқшавандагони тамриннадида; ҳангоми $p < 0,05$ будан;

АДАБИЁТ

1. Барчуков И.С. Физическая культура: Учебное пособие для вузов / И.С. Барчуков - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 255 с.
2. Грачёв О.К. Физическая культура: Учебное пособие / О.К. Грачёв Е.В. Харламова. - Издательский центр "МарТ", Ростов н/Д: 2005. - 464 с.



3. Губарева Л.И. Экология человека: практикум для вузов / Л.И. Губарева, О.М. Мизирева, Т.М. Чурилова. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. - 112 с.
4. Дембо А.Г. Врачебный контроль в спорте. / А.Г. Дембо - М.: Медицина, 1988.
5. Дубровский В.И. Спортивная медицина. / В.И. Дубровский.- М.: Владос, 1998.
6. Железняк Ю.Д. Теория и методика обучения предмету "Физическая культура": Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ю.Д. Железняк, В. М. Минбулатов. - 3-е изд., стер. - М., Издательский центр "Академия", 2008. - 272 с.
7. Шварц В.Б. Медико-биологические аспекты спортивной ориентации и отбора / В.Б. Шварц, С.В. Хрущёв. -М.: Физкультура и спорт, 1984. - 151 с.

ТАҒЙИРОТИ МУҲТАВОИ КИСЛОТАҶОИ ТАЛҲА ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ БЕМОРИИ ЧАРБИИ ЦИГАР

Ё.Қ. Холов, А.Х. Қодиров, Б.Х. Маҳкамова, Н.Ю. Самандаров

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ОМИТ,
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, Институти химияи ба номи В.И. Никитини АИ ҶТ.

*Ё.Қ. Холов-
А.Х. Қодиров-
Б.Х. Маҳкамова-
Н.Ю. Самандаров-*

Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти таъсири урсофалк ба хусусиятҳои тағйироти муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хуни беморони дорои чарбсории чигар баррасӣ шудааст.

Муаллифони нишон додаанд, ки ҳангоми НАЖБП метаболизми кислотаҳои талха вайрон мешавад -дар хуни периферӣ (ка-

нори) муҳтавои ЛХК, ДХК, ХК ва Дег. ХК зиёд шуда, ҳамзамон ХДХК паст мешавад. Табобат бо холудексан на танҳо муҳтавои кислотаҳои талхаро муътадил месозад, балки дараҷаи стеатоз ва фаъолнокии стеатогепатитро паст мекунад.

Калимаҳои калидӣ: стеатоз, стеатогепатит, кислотаҳои талха, холудексан.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино
ЦНИЛ, Таджикский национальный Университет Институт химии им. В.И. Никитина
АН Республики Таджикистан

*Холов Ё.Қ.-
Кадыров А.Х.-
Махкамова Б.Х.-
Самандаров Н.Ю.-*

В данной работе приведены результаты исследования влияния урсофалька на характер изменения содержания желчных кислот в сыворотке крови у больных с ожирением печени.

Авторами показано, что при НАЖБП происходит нарушение метаболизма желчных кислот - в периферической крови увеличивается содержание ЛХК, ДХК, ХК и Дег. ХК с одновременным снижением



ХДХК. Терапия холудексаном не только нормализует содержание желчных кислот, но снижает степень стеатоза и активность

стеатогепатита.

Ключевые слова: стеатоз, стеатогепатит, желчные кислоты, холудексан.

CHANGES OF BILE ACIDS CONTENTS IN TREATMENT OF FATTY LIVER DISEASE

*Kholov Yo.K.-
Kodirov A.Kh-
B.Kh. Mahkamova-
N.Yu. Samandarov-*

Results of study of ursofalk influence on the character change of bile acids contents in the patients' blood serum with fatty liver are given in this article.

The authors have shown that there is a metabolic disturbance of bile acids in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) - the content of lithocholic, cholic and dehydro-

cholic acid increases in peripheral blood along with reducing chenodeoxycholic acid at the same time. Choludexan therapy not only normalizes the content of bile acids, but also reduces the level of steatosis and steatohepatitis activity.

Keywords: steatosis, steatohepatitis, bile acids, choludexan.

Муҳиммият: таҳқиқоти муҳтавои холестерин ва кислотаҳои талха, инчунин баъзе нишондиҳандаҳои дигари биохимиявии талхаю зардоби хун ҳангоми истифодаи як қатор маводи доруй зимни муолиҷа бо усулҳои нисбатан аниқтар, ҳамеша роҳ ба ҳосилкунии динамикаи қонунӣ (табӣ)-ро мекушояд.

Равандҳои патологияи дар чигар бавучудоянда, ки дар ҳолати клиникӣ ҷойи назаррасро ишғол мекунанд, бо вайроншавии яке аз функсияҳои муҳимтарини он: экскретсияи талха ҳамроҳиқунанда мебошанд, ки боиси чамъшавии зиёди кислотаҳои талха дар талхаю зардоби хун, тағйирёбии таноубҳои онҳо мешаванд [1-3].

Муҳтавои кислотаҳои талха дар талхаю зардоби хун ҳангоми патологияҳои гуногуни чигар, дараҷаи вайроншавии синтези онҳо бо чигар инъикос ёфта, маълумоти ҳосилшуда доир ба таркиби миқдории онҳо бошад, ҳамчун ҳалли проблемаи ташхис ва муолиҷаи самарабахш хизмат карда метавонад [4].

Дар асоси ин, таҳқиқоти метаболизми холестерин ва кислотаҳои талха дар талхаю зардоби хуни беморони гирифтори патологияҳои чигар, инчунин муайянкунии тағйи-

рӯбиҳои сифатии муҳтавои кислотаҳои талха аз таъсири доруҳои гуногун дар организм ҳам ҷиҳати инкишофи таҳқиқотҳои биохимиявӣ ва ҳам барои амалияи тиббӣ вазифаи хеле муҳим мебошад.

Мақсади таҳқиқот аз асосноккунии озмоишии нишондиҳандаҳо, таъсири доруи урсофалк ба хусусияти тағйирёбиҳои муҳтавои кислотаҳои талха дар чигари беморони гирифтори фарбеҳшавии чигар, инчунин дида баромадани вайроншавии метаболизми холестерин ва кислотаҳои талха, иштироки фаъоли онҳо дар патогенези ин беморӣ иборат буд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои иҷрои вазифаи асосии таҳқиқоти мазкур, истифодаи маълумоти натиҷаҳои клиникӣ-биохимиявии муоинаи 85 гирифтори БҒҶҶ зарур буд, ки аз ин инҳо 62 зан ва 23 марди аз 45 то 75-сола буданд. Дар 54 бемор ташхиси "стеатози чигар" ва дар 31 бемор - "стеатогепатит" муқаррар карда шуд. Ба беморон муолиҷа бо доруи урсофалк муддати 30 рӯз -10-15 мг-ӣ ба як кг вазн муддати 30 таъйин карда шуд.

Дар қатори муоинаи умумиклиникӣ таҳқиқоти ултрасадоӣ ва эластографияи чигар гузаронда шуд, дар 25 бемор пунктатҳои



чигар бо сӯзани Мингини зери мушоҳидаи ТУС ҳосил карда шуд.

Муайян кардани муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хун бо усули хроматографияи моеи газӣ бо истифодаи хроматографи газии "Хром-5"-и истеҳсоли Чехия бо детектори пламенно-ионизатсионӣ ҳангоми барномасозии ҳарорат дар фосилаи 250-2650С, ҳангоми 0,50С / дак. аз рӯи методика гузаронда шуд[5-6].

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар 85 пациент фарбеҳшавии дараҷаҳои I - III муайян гардид. Ҳангоми ТУС, фибросканиркуни ва таҳқиқоти гистологии пунктатҳои чигар се давраи бемории ғайриалкоголии чарбии чигар ҷудо карда шуд. Дар 25 бемор аз рӯи натиҷаҳои маълумоти клиникӣ-асбобӣ, биохимиявӣ, эластографӣ ва морфологӣ манзараи стеатогепатит муқаррар карда шуд.

Коркарди шароити оптималии муайянкунӣ кислотаҳои талхаю истифодаи ин натиҷаҳо барои таҳлили бемории чарбии чигар, мутобиқи таҳқиқоти мазкур масъалаи муҳим дар адабиёт тавсифнашуда мебошад.

Бартари муносибати мазкур ба таҳлили бемории чарбии чигар аз он иборат аст, ки тағйирёбиҳо дар муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хун дар гирифтронии бемории чарбии чигар, нисбат ба дигар нишондиҳандаҳои тағйирёбиҳо биохимияи он барвақтар содир мешаванд, аз ин сабаб, онҳо тестҳои нисбатан ҳассостар мебошанд.

Муайянкунӣҳои газохроматографии муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хун дар беморони гирифтронии давраҳои гуногуни стеатозии чигар ба ошкор кардани мувофиқи қонун будани динамикаи кислотаҳои талха имкон доданд. Маълумоти газохроматографии ҳосилшуда дар ҷадвал оварда шудаанд.

Муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хуни шахсони солим ва гирифтронии бемории бемории ғайриалкоголии чарбии М мг/мл)

Кислотаҳои талха	Шахсони солим	Стеатоз						Стеатогепатит	
		то муолиҷа			пас аз муолиҷа			то муолиҷа	пас аз муолиҷа
		д. I	д. II	д. III	д. I	д. II	д. III		
КЛХ	0,0010± 0,0002	0,019± 0,003	0,028± 0,004	0,031± 0,004	0,0037± 0,0005	0,068± 0,0009	0,020± 0,0004	0,038± 0,004	0,020± 0,002
		P<0,001*	P<0,001	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,001
КХД	0,0033± 0,0003	0,048± 0,004	0,059± 0,005	0,089± 0,0008	0,012± 0,001	0,017± 0,001	0,043± 0,01	0,041± 0,02	0,019± 0,009
		P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,01
КХДХ	0,0066± 0,0013	0,095± 0,018	0,088± 0,018	0,093± 0,018	0,026± 0,005	0,031± 0,0047	0,048± 0,009	0,011± 0,02	0,070± 0,01
		P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,001
КХ	0,0068± 0,0016	0,050± 0,11	0,6± 0,13	0,73± 0,17	0,031± 0,006	0,024± 0,05	0,18± 0,002	1,17± 0,02	0,097± 0,001
		P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,001
КДГХ4	-	0,009± 0,002	0,022± 0,004	0,085± 0,02	0,004± 0,008	0,011± 0,002	0,0037± 0,0004	0,015± 0,001	0,009± 0,001
		P<0,001	P<0,01	P<0,01	P<0,02	P<0,05	P<0,02	P<0,001	P<0,001
∑ЖК	0,017± 0,004	0,072± 0,16	0,25± 0,004	0,24± 0,046	0,14± 0,02	0,089± 0,016	0,076± 0,01	1,37± 0,02	0,21± 0,09
		P<0,001	P<0,02	P<0,02	P<0,001	P<0,001	P<0,02	P<0,05	P<0,02

Тавре аз ҷадвал дида мешавад, дар давраи якуми стеатозии чигар происходит на танҳо баландшавии муҳтавои ҳамаи кислотаҳои талха ба вуқӯъ меояд, балки кис-

лотаи сеюмини дегидрохололевӣ (КДег.Х) пайдо мешавад, ки дар зардоби хуни одамони солим дар намуди пайҳо падидадор мешавад.



Дар давраи якуми стеатоз сатҳи КЛХ то $0,019 \pm 0,003$ мг/мл зиёд мешавад, ки дар меъёр $0,0010 \pm 0,0002$ ташкил мекунад, кислотаи дезокси-холевӣ (КДХ) то $0,048 \pm 0,004$ мг/мл ба муқобили $0,0033 \pm 0,0003$ мг/мл дар меъёр. Концентратсияи кислотаи хенодезоксисхолевӣ (КХДХ), то $0,095 \pm 0,018$ мг/мл ба муқобили $0,0066 \pm 0,0013$ мг/мл, концентратсияи кислотаи холевӣ (КХ) бошад, то $0,55 \pm 0,11$ мг/мл ба муқобили $0,0068 \pm 0,0016$ дар меъёр - баланд мешавад. Ин зухуротро бо он фаҳмондан мумкин аст, ки Ҳангоми патология, дар зардоби хун концентратсияҳои кислотаҳои талха, хусусан кислотаи хенодезоксисхолевӣ, баланд мешаванд.

Ҳангоми давраи дуҷуми стеатози чигар баландшавии концентратсияи кислотаҳои талха дар зардоби хун беморон КЛХ то $0,028 \pm 0,004$ мг/мл, КХД - то $0,059 \pm 0,005$, КХ - то $0,60$ мг/мл ва КДегХ - то $0,022 \pm 0,004$ мушоҳида мешавад. Ҳамзамон, концентратсияҳои КХДХ каме паст (то $0,088 \pm 0,017$ мг/мл) мешавад.

Агар давраи сеҷуми стеатозро баррасӣ намоем, дар муқоиса бо меъёр тамоюлҳои баландшавии муҳтавои ҳамаи кислотаҳои талха дар зардоби хун беморон (КЛХ - то $0,031 \pm 0,006$, КХД - то $0,089 \pm 0,008$, КХДХ - $0,093 \pm 0,01$, КХ - $0,73 \pm 0,17$ ва КДегХ - то $0,085 \pm 0,02$ мг/мл) мушоҳида мешавад. Ин маълумотҳои газохроматографӣ нишон медиҳанд, ки аллакай дар давраи стеатози чигар, вобаста аз вазнинии он, вайроншавии муҳтавои кислотаҳои талха ба вуқӯъ меояд, ки аз нақши муҳимми онҳо дар инкишофи бемории ғайриалкоголии чарбии чигар шаҳодат медиҳад.

Дар ҳолати стеатогепатит муҳтавои КЛХ баланд шуда, то $0,038 \pm 0,007$ мг/мл мерасад. Дар ин ҳол, концентратсияи КХ ва КДегХ баланд мешавад ва мутобиқан $1,17 \pm 0,02$ мг/мл ва $0,015 \pm 0,001$ мг/мл-ро ташкил мекунад.

Аз ин ҷо маълум аст, ки Ҳангоми БҶҶҶ муҳтавои ҳамаи кислотаҳои талха дар зардоби хун, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ баланд мешавад. Ҳамзамон сатҳи кислотаи токсикӣ талха - ЛХ ва КДегХ, бо шиддат гирифтани авҷирии БҶҶҶ, баланд мешаванд.

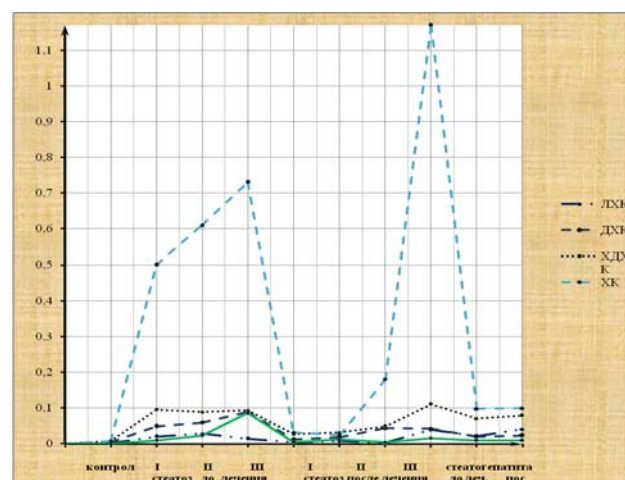
Тамоми натиҷаҳои ҳосилшудаи газохроматографӣ дар ҷадвал оварда шудаанд. Барои ошкоркунии эътимодияти натиҷаҳои

ҳосилшуда ҷадвали муҳтавои кислотаҳои холяновӣ вобаста аз давраи бемории ғайриалкоголии чарбии чигар Ҳангоми муолиҷаи беморон бо доруи урсофалк тартиб дода шуд (расм.)

Пас аз муолиҷаи якмоҳа, беморони гирифтори давраҳои гуногуни стеатоз бо доруи урсофалк - 10 мг/як кг вазн, камшавии назарраси кислотаҳои токсикӣ талхаю баландшавии боэътимоди КХДХ ба вуқӯъ меояд.

Дар давраи якуми стеатози чигар муҳтавои КЛХ то $0,0037 \pm 0,0005$ мг/мл, КХД - то $0,012 \pm 0,001$ мг/мл, КХ - то $0,031 \pm 0,006$ мг/мл ва КДегХ - то $0,004 \pm 0,0008$ мг/мл кам шуда, муҳтавои КХДХ бошад, $0,026 \pm 0,005$ мг/мл-ро ташкил мекунад.

Пастшавии сатҳи КЛХ ва КХД дар давраи дуҷуми стеатози чигар пас аз муолиҷа ба вуқӯъ омада, он $0,0068 \pm 0,0009$ мг/мл, $0,017 \pm 0,001$ мг/мл, кислотаи холевӣ бошад, то $0,024 \pm 0,005$ мг/мл ва КДегХ - то $0,011 \pm 0,002$ мг/мл-ро ташкил мекунад. КХДХ $0,031 \pm 0,004$ мг/мл-ро ташкил мекунад.



Ҷадвали вобастагии муҳтавои кислотаҳои талха дар зардоби хун шахсонӣ солим, беморони гирифтори стеатози чигар дар давраҳои гуногун ва стеатогепатит (тдо ва пас аз муолиҷа).

Дар давраи сеҷуми стеатоз дар раванди муолиҷа бо доруи урсофалк камшавии назарраси КЛХ то $0,0020 \pm 0,0004$ мг/мл, КХД - то $0,0043 \pm 0,001$ мг/мл, КХ - то $0,018 \pm 0,009$ мг/мл ва КДегХ - то $0,0037 \pm 0,0004$ мг/мл қайд шуд. Дар ин давра низ, пас аз муолиҷа сатҳи КХДХ то $0,048 \pm 0,009$ мг/мл мерасад.



Тағйирёбии муҳтавои кислотаҳои талха аз таъсири доруи урсофалк ҳангоми стеатогепатит чунин ифодаҳо ҳосил карданд.

Муҳтавои КЛХ то $0,020 \pm 0,002$ мг/мл, КХД - то $0,019 \pm 0,001$ мг/мл, КХ - то $0,097 \pm 0,002$, ДегХК - то $0,009 \pm 0,001$ ва КХДХ - то $0,070 \pm 0,01$ кам шуданд.

Ҳамин тавр, дар раванди муолиҷаи гирифторони БҒЧЧ бо доруи урсофалк камшавии боэътимоди муҳтавои тақрибан ҳамаи кислотаҳои талха, махсусан кислотаҳои токсикӣ гидрофобии талха дар миноси кислотаҳои холевӣ, дезоксихолевӣ ва дегидрохолевӣ мушоҳида шуд.

Тағйирёбиҳо аз тарафи кислотаҳои талха бо дараҷаи стеатоз чигар, фаъолнокии стеатогепатит ва стеатофиброз мутаносиб буданд.

Дар давраи муолиҷа бо доруи урсофалк аз рӯи натиҷаҳои клиникӣ ва ТУС, на танҳо пастшавии дараҷаи стеатоз ва барқароршавии фаъолнокии ферментҳо, переаминирование ҳангоми стеатогепатит ба вуқӯъ омад, балки сатҳи фиброз низ паст шуд. Тахмин кардан мумкин аст, ки ҳангоми БҒЧЧ пастшавии консентратсияи КХДХ ба вуқӯъ меояд, ки боиси баландшавии сатҳи холестерин ва ЛПНП мегардад [7,8-10].

Қайд кардан лозим аст, ки КЛХ ва КДегХ сабабгори вайроншавии мембранаҳои липопротеидӣ (декомпозиция)-и хучайраҳои чигар мешаванд ва раванди инкишофи стеатоз ва стеатогепатитро тақвият мебахшанд, ки маълумотҳои мо ва натиҷаҳои таҳқиқотҳои газохроматографӣ тасдиқ мекунанд [11].

Дигар муаллифон [11-13] нишон медиҳанд, ки баландшавии сатҳи КХ дар занҳои ҳомила боиси инкишофи холестази дохиличигарӣ мешавад. Истифодаи доруи урсофалк ба пастшавии сатҳи КХ боис шуда, инкишофи холестазиро дар занҳои ҳомила пешгирӣ мекунад.

Мутобиқи маълумоти газохроматографияи мо, доруи урсофалк сатҳи КХДХ баланд карда, авҷирии стеатоз ва стеатогепатитро пешгирӣ мекунад. Ҳамзамон зерин таъсири доруи урсофалк консентратсияи кислотаҳои токсикӣ гидрофобии талха КЛХ, КХ ва КДегХ кам шуда, ба пастшавии дараҷаи стеатоз, стеатогепатит ва авҷирии онҳо мусоидат мекунад.

Хулосаҳо:

1. Ҳангоми БҒЧЧ метаболизми кислотаҳои талха, ки дар патогенези ин беморӣ фаъолона иштирок мекунанд, вайрон мешаванд.

2. Ба таври озмоишӣ вобастагии муҳтавои кислотаҳои талха аз давраи стеатоз ва стеатогепатит бо усулҳои газохроматографияи исбот карда шуд. Муқаррар карда шуд, ки дар хуни периферӣ консентратсияҳои КЛХ, КХД, КХ ва КДегХ зиёд мешаванд. Ҳамзамон консентратсияи КХДХ кам мешавад.

3. Нишон дода шудааст, ки доруи урсофалк ҳангоми муолиҷаи БҒЧЧ боиси камшавии консентратсияи кислотаҳои токсикӣ талха (КЛХ, КХ, КХД ва КДегХ) ва зиёдшавии муҳтавои КХДХ мешавад. Дар натиҷа, ҳолати беморон беҳтар шуда, фаъолнокии ферментҳо муътадил мегардад ва дараҷаи стеатоз ва стеатогепатит паст мешавад.

АДАБИЁТ

1. Вахрушева Я.М. Жировой гепатоз/ Я.М. Вахрушева, Е.В. Счокова// Тер. Арх., т.78. №11, -с. 83-86.
2. S.M.Houten/M/Watanabe, J.Auwerx// New EMBO Metber Review. Endocrine functions of bile acids. The EMBO Journal (2006) 25 1419-1425.
3. Н.Н. Mansurov/The chemical dissolution of cholesterol galston and elimination of the litogenic properties of the bile by means of henodeoxycholic acid.// Cheno-Ureso-Repozt. 1981/ №9/ -P/ 251-258.
4. М.Т. Бахроми // влияние сухой холелитегенной гиперлипидемической диеты на характер изменения содержания желчных кислот и других компонентов желчи у экспериментальных хомяков - Вестник Авиценны - 2010, №3 - с. 21-24.



5. А.Х. Кадыров, М.Н. Худжамуродов, А.А. Кадыров// Газохроматографическое изучение содержания желчных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных стеатозом печени и стеатогепатитом. Проблемы гастроэнтерологии №2 (42) 2011.- С.22-24.
6. Раджабов Г.О. Газохроматографическое исследование желчных кислот в сыворотке крови больных с метаболическим синдромом на фоне терапии эссенциал+сиафором./ Г.О.-Раджабов, А.Х.Кадыров Г.О.Раджабов, А.Х.Кадыров, М.Н. Ходжамуродов, А.А. Кодиров// Здравоохранение Таджикистана. 2009 - №3 - с. 154-156.
7. Мансуров Х.Х. Муродтов Г.К., Мансурова Ф.Х., Мирзоева П.Ф. Метаболический синдром с проявлением желчекаменной болезни. Душанбе, 2007 с.
8. Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М: Анахарсес, 2009.
9. Gurung V. et al. Pilot study for a trial of ursodeoxycholic acid and/or early delivery for obstetrics cholestasis. BMC pregnancy and childbirth. 2009-3:1-12.
10. Драпкина О. М., Буеверова Е.Л. Урсодезоксихолевая кислота: терапевтическая ниша в практике интерниста. Терапевтический архив, №4, 2015; С. 84-88.
11. Luciangioli S. E., Caslano O., Contim M.D., Tripodi V.P. Lithocholic acid as a biomarker of intrahepatic cholestasis of pregnancy during ursodeoxycholic acid treatment. Fnn. Clin Biochem. 2009; 46: P. 44-46.
12. Кузмин В.Н. Взгляд на проблему желтухи и холестаза у беременных в современном акушерстве. Российский вестник акушера- гинеколога. 2010; 5: 1-7.
13. Nribe R. M., Dann A. T., Kenyon A. P. et al. Longitudinal profiles of 15 serum bile acids in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. Gastroenterol. 2010; 105 (3): 585-595.

БАЪЗЕ ВИЖАГИҲОИ КЛИНИКИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИИ СӮХТАНӢ ДАР МУҚОИСАИ АФҒОНИСТОН ВА ТОҶИКИСТОН

С.Х. Некбин, Э.Р. Раҳмонов, Ш.Қ. Матинов

Кафедраи бемориҳои сирояти (мудири кафедра д.и.т., профессор Раҳмонов Э.Р.) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Некбин Саид Халил, аспиранти кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: +93 780 54 17 49

Раҳманов Эркин Раҳимович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 937-85-35-35.

Матинов Шарофиддин Қутбиддинович, н.и.т., доценти кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. : 918-17-79-05.

Тахлили 49 нафар беморони гирифтори намуди пӯстии сӯхтанӣ, ки дар шӯбаҳои сироятии беморхонаи вилояти Ҳирот (Афғонистон) ва 139 нафар соли 2012 дар Тоҷикистон бистарӣ ва тахти муолиҷа қарор доштанд муқоиса карда шуд.

Омӯзиши баъзе вижагиҳои клиникаи эпидемиологии намуди пӯстии бемории сӯхтанӣ дар муқоиса дар Ҷумҳурии Ислонд мии Афғонистон ва Тоҷикистон нишон до-

данд, ки дар шароити Авғонистон муқаррар гардидааст, ки солҳои охир намуди пӯстии бемории сӯхтанӣ ба дараҷаи вазнин ва дар Тоҷикистон бисёр вақт ба дараҷаи миёна-вазнин ҷараён мегирад.

Сабабҳои асосии раванди эпидемиологӣ: пахншавӣ, ҳамасола гоҳ-гоҳ гирифтор шудан ба беморӣ, сироятёбии одамон бевосита ҳангоми забҳи чорвои бемор, мавсимӣ будан дар давраи тобистону тирамоҳ бо



баладтарин нуктаи гирифторӣ дар моҳи август, манбаъҳои асосии сироят муқаррар карда шуданд.

Вожаҳои калидӣ: бемории сӯхтанӣ, Афғонистон, Тоҷикистон, клиника, эпидемиология

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ПО МАТЕРИАЛАМ АФГАНИСТАНА И ТАДЖИКИСТАНА

С.Х.Никбин, Э.Р.Рахманов, Ш.К.Матинов

Кафедра инфекционных болезней (зав. кафедрой д.м.н., доцент Э.Р.Рахманов)
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Никбин Саид Халил, аспирант кафедры инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: +992915869090; e-mail: khalilnikbin@yahoo.com.

Рахманов Эркин Рахимович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: 937-85-35-35.

Матинов Шарофидин Кутбидинович, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: 918-17-79-05.

Актуальность. Последние годы эпидемиологическая ситуация по сибирской язве в Афганистане остается крайне неблагоприятной в связи с отсутствием должного контроля со стороны лечебно-профилактических учреждений, а также работников ветеринарных служб.

Цель исследования. Изучить некоторые клинико-эпидемиологические характеристики сибирской язвы по материалам Афганистана и Таджикистана.

Материал и методы исследования. Материалом работы служили 139 взрослых больных сибирской язвой, госпитализированные в инфекционные больницы Таджикистана (2010 г) и 49 больных в Афганистане. Диагноз у всех обследованных больных был поставлен на основании клинических, эпидемиологических, бактериологических, а также на основании кожно-аллергической пробы антраксином.

Результаты обследования и их обсуждение. Проведенные исследования по изуче-

нию некоторых клинико-эпидемиологических характеристик сибирской язвы в Афганистане и Таджикистане показали, что тяжёлая форма болезни наблюдалась в группе больных, обследованных в Афганистане (36,7%), тогда как в Таджикистане средне-тяжелая преобладает (67,6%), а тяжелая форма заболевания встречалась реже (18%) случаев. По расположению сибиреязвенных карбункулов в условиях Афганистана больше наблюдается в области головы и шеи, 51% случаев, тогда как в Таджикистане в 6,5% случаев. Основными факторами передачи инфекции сибирской язвы у взрослого населения в Афганистане и Таджикистане происходит во время обработки и разделки мяса и внутренностей, а также их кулинарной обработки, почти идентично встречаются как в Афганистане (25,9%), так и в Таджикистане (25,2%).

Ключевые слова: сибирская язва, эпидемиология, клиника, Афганистан, Таджикистан.



SOME CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ANTHRAX BASED ON THE MATERIALS OF AFGHANISTAN AND TAJIKISTAN

S.Kh.Nikbin, E.R.Rakhmanov, Sh.Q.Matinov

Department of infectious diseases (head of the department, MD, associate professor E.R. Rakhmanov) of Avicenna TSMU

Nikbin Saeed Khalil, post graduate student, Department of infectious diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: +992915869090; e-mail: khalilnikbin@yahoo.com.

Rakhmanov Erkin Rakhimovich, MD, associate professor, head of the department of infectious diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 937-85-35-35.

Matinov Sharofidin Qudbidinovich, c.m.s., associate professor of the department of infectious diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 918-17-79-05.

Introduction. In recent years, the epidemiological situation of anthrax in Afghanistan has remained extremely unfavorable, due to the lack of proper control and prevention by medical institutions and veterinary services.

Aim. To study some clinical and epidemiological characteristics of anthrax based on materials from Afghanistan and Tajikistan

Material and methods. The materials of the work were 139 adult patients with anthrax who were hospitalized at infectious diseases hospitals in Tajikistan (2010) and 49 patients in Afghanistan. The diagnosis of all examined patients was made on the basis of clinical, epidemiological, bacteriological, as well as on the basis of a skin-allergic anthraxin test.

Results. Studies of some clinical and epidemiological characteristics of anthrax in

Afghanistan and Tajikistan showed that a severe form of the disease was observed in a group of patients examined in Afghanistan (36.7%), while in Tajikistan moderate prevalence (67.6%) and severe disease was less common (18%). According to the condition and location of anthrax carbuncles in Afghanistan, 51% of cases are more observed in the head and neck, whereas in Tajikistan in 6.5% of cases. The main factors of transmission of the infection in adult population of Afghanistan and Tajikistan with anthrax occur during the processing and cutting of meat and entrails, as well as their culinary processing, is almost identical in both Afghanistan (25.9%) and Tajikistan (25.2%).

Keywords. anthrax, epidemiology, clinic, Afghanistan, Tajikistan

Мухиммият. Ба дастовардҳои беназири омӯзиши бемории сӯхтани нигоҳ накарда, ин сироят ханӯз ҳам дар бисёр мамолики дунё ба қайл гирифта мешавад ва яке аз мушкилоти мубрами соҳаи нигоҳдори тандурустӣ ва байторӣ боқӣ мемонад. қобилияти барангезандаи бемории сӯхтани тавассути споратавлидкунӣ муддати тӯлонӣ боқӣ мемонад ва бо ҳамин дар ҳок ҷойгир мешавад ва барои пайдо шудани лонаҳои устувори сироят замина мегузоранд [Clegg S., et al., 2006; Hendricks K.A., et al., 2014; Mebratu A.T., et al., 2015].

Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (ҶИА) яке аз он мамлакатҳои Осиёи Марказӣ аст, ки оқибатҳои нохуби ҷангҳои тӯлониро меҷашад ва дараҷаи нишондоди сатҳи саломатии

мардум дар сатҳи паст қарор дорад.

Солҳои охир бинобар набудани шароити нохуб ва назорат накардани вазъияти бемории сӯхтани аз тарафи муассисаҳои табибонаву профилактикӣ ва кормандони ҳадамоти байторӣ ҳолати эпидемиологии бемории сӯхтани дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон хеле бад шудааст.

Ҷангҳои беохирӣ шахрвандӣ, тағйироти куллии шароити зиндагии одамон, бе назорат гузоштани куштани молу чорво, нокифоя будани сатҳи таҳсис, табобат ва пешгирии ин беморӣ, вучуд надоштани омор ва сабти расмӣ беморӣ мубрам будани мавзӯи мавриди баҳсродар шароити кунунии Афғонистон таъйид мекунад.



Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе хуссиятҳои клиникӣ- эпидемиологии бемории сӯхтани аз рӯйи маводи афғони стон ва Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба ҳайси маводи таҳқиқот 139 нафар бемори гирифтори бемории сӯхтанӣ, ки дар беморхонаи сироятҳои Тоҷикистон (соли 2010) ва 49 нафар бемор дар Афғонистон бистарӣ шуда буданд, ташкил дод. Ташхиси ҳамаи таҳқ-

иқшудагон дар асоси таҳқиқотҳои клиникӣ, эпидемиологӣ, бактериологӣ ва намунаҳои антраксини пӯсту аллергӣ гузошта шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар асоси маълумотҳои ҳосилшудава таҳлили меъёрҳои эпидемиологиву клиники гурӯҳи таҳқиқшудаи беморони гирифтори шакли пӯстии бемории сӯхтанӣ дар Афғонистон ва Тоҷикистон чунин шакли сохтори нозологӣ дошт.

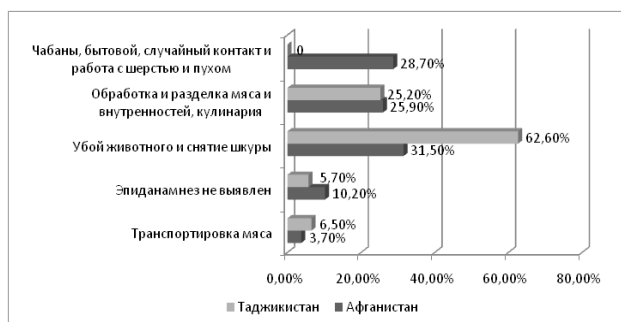
Чадвали 1

Миқдори беморони таҳқиқшудаи дорон бемории сӯхтанӣ дар Афғонистон ва Тоҷикистон вобаста аз вазнинии чараёни беморӣ

Давлат	Вазнинии чараёни беморӣ			
	Сабук	Миёна	Вазнин	Ҳамагӣ
Афғонистон	9(18,3%)	22(45%)	18(36,7%)	49(100%)
Тоҷикистон	29 (20,8%)	88 (63,3%)	22 (15,9%)	139 (100%)

Тавре ки аз чадвал бармеояд, шакли вазнинии беморӣ дар он гурӯҳи бемороне дида шуд, ки дар Афғонистон муоина шудаанд, дар Тоҷикистон бошад, шакли вазнинии миёна бартарӣ дошта, шакли вазнинии беморӣ хеле кам ба назар расид. Таъкид кардан ба маврид аст, ки давраҳо ва вазнинии чараёни бемории сӯхтанӣ дар ҳамаи беморон ҳам дар Афғонистон ва ҳам дар Тоҷикистон як хел буд. Аммо вобаста аз бештар будан беморони гирифтори шакли вазнинии бемории сӯхтанӣ фавтият аз ин беморӣ дар Афғонистон зиёд 1,8% буд.

Дар расми 1 мо маълумотҳои муқоисавии тавсифи гурӯҳбандии шакли пӯстии бемории сӯхтаниро вобаста аз омилҳои интиқоли сироят дар Афғонистон ва Тоҷикистон пешниҳод кардаем.



Расми 1. Тавсифи гурӯҳбандии шакли пӯстии бемории сӯхтаниро вобаста аз омилҳои интиқоли сироят дар Афғонистон ва Тоҷикистон

Тавре ки дар расм дида мешавад, ҳангоми таҳлили муқоисавии интиқоли сироят дар Афғонистон маълум шуд, ки омилҳои асосии интиқоли сироят нигоҳубини ҳайвонот, тамоси майишӣ ва тасодуфӣ доштан бо ҳайвонот (28,7%) аст, ҳол он ки дар Тоҷикистон чунин намуди сироятёбӣ дида намешавад. Сироятнокшавӣ ҳангоми коркард ва айда кардани гӯшт ва узвҳои дарунии ҳайвонот, ҳамчунин аснои хӯроктайёркунӣ аз онҳо тақрибан дар Афғонистон (25,9%), ва Тоҷикистон (25,2%) як хел буд.

Маълумотҳои нишондиҳандаҳои омилҳои интиқоли сироят ҳангоми куштан ва чудо кардани пӯсти ҳайвонот фарқиятҳои назаррас ба мушоҳида расид, он дар Афғонистон (31,5%), ва Тоҷикистон (62,62%) буд. Ин маълумотро метавон чунин шарҳ дод, ки дар Тоҷикистон ба коркарди тибит ва пашм, аз пашми ҳайвонот тайёр кардани ришта ва омода кардани маҳсулоти дигар машғул намешаванд. Нисбатан паст будани фоизи омилҳои сироятнокшавии бемории сӯхтанӣ дар байни аҳолии Афғонистон ҳангоми куштан ва чудо кардани пӯсти ҳайвонот аз паст будани сатҳи муроҷиат барои ёрии тиббӣ вобаста аст, махсусан аснои шакли сабуки беморӣ. Дар анамнези эпидемиологӣ фарқияти ночизи байни Афғонистон (10,2%), ва Тоҷикистон (5,7%) муайян карда шуд.



Сироятнокшавии беморони калонсол ба бемории сӯхтанӣ дар Афғонистон ва Тоҷикистон тақрибан ашхоси аз 16 то 30-соларо ташкил мекард, ки ба маълумоти адабиёти илмӣ мувофиқат мекунад (44).

Тавре ки зикр шуд, вазнинии ҷараёни бемории сӯхтанӣ аз ҷойгиршавии карбункулҳои бемории сӯхтанӣ вобаста аст. Тавре ки аз ҷадвали 2 бармеояд, вазнинии ҷараёни

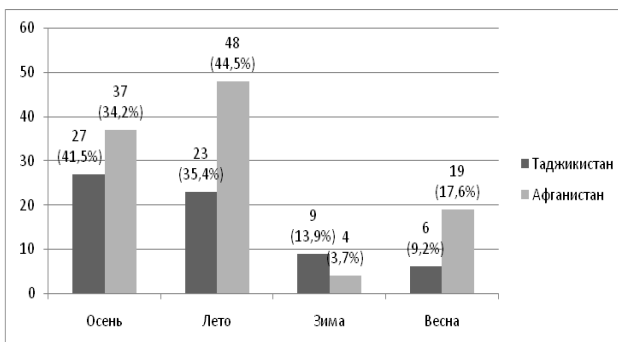
беморӣ дар Афғонистон ҳангоми дар ноҳияи сар ва гардан (32,7%) ҷойгир шудани карбункул ба назар мерасад. Беморӣ дар шакли ҷараёни вазниниаш миёнаи беморӣ дар ҳолате дида шуд, ки карбункулҳои бемории сӯхтанӣ дар ноҳияи андомҳои болоӣ ва сина пайдо шудаанд. Ҷараёни сабуки беморӣ дар шахсоне ба назар расид, ки карбункулҳо дар андомҳои поёни ҷойгир шуда буданд.

Ҷадвали 2.

Вазнинии ҷараёни шакли пӯстии бемории сӯхтанӣ вобаста аз ҷойгиршавии карбункулҳо дар Афғонистон ва Тоҷикистон.

Ҷойгиршавии карбункул	Ҳамаи беморон				Вазнинии ҷараёни беморӣ											
	ҶИА		ҶТ		Сабуқ				Вазнинии миёна				Вазнин			
	ҶИА	ҶТ	ҶИА	ҶТ	ҶИА	ҶТ	ҶИА	ҶТ	ҶИА	ҶТ	ҶИА	ҶТ				
Сар ва гардан	25	51%	9	6,5%	-	0%	-	0%	9	18,3%	4	2,88%	16	32,7%	5	3,6%
Андоми болоӣ	20	40,8%	126	90,64%	7	14,29%	18	12,9%	12	24,3%	89	64,0%	1	2%	20	14,4%
Андоми поёни	1	2%	2	1,43%	1	2%	2	1,43%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%
Бадан	3	6,2%	2	1,43%	1	2%	-	0%	1	2%	1	0,7%	1	2%	-	0%
Ҳамагӣ	49	100%	139	100%	9	18,3%	20	14,4%	22	44,9%	94	67,6%	18	36,7%	25	18,0%

Мавсимӣ будани шакли пӯстии бемории сӯхтанӣ дар одамони ҳам Афғонистон ва ҳам Тоҷикистон то андозае хусусияти тобиостону тирамоҳӣ дорад. Тавре ки аз расми 2 бармеояд, дар он басомади ҳолатҳои бемории сӯхтанӣ дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда дар фаслҳои сол дар ду кишвар инъикос шудааст.



Расми 2. Таъсири мӯсоиавии мавсимӣ будани бемории сӯхтанӣ дар Афғонистон ва Тоҷикистон

Ҳамин тавр, аксари 81(75%) ҳолатҳои беморшавӣ дар моҳи июн 12(11,1%), июл 13(12%), август 23(21,3%), сентябр 18(16,7%) ва октябр 15(13,9%), яъне давраҳои нисбатан гарми сол, ба назар расид. Аммо дар муқоиса аз Тоҷикистон, тавре ки дар диаграмма дида мешавад, тобиостон 23(35,4%) ҳолат, тирамоҳ бештар - 27(41,5%), зимистон - 9 (13,9%), баҳор - 6(9,2%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Хулоса, давраҳо ва вазнинии ҷараёни бемории сӯхтанӣ дар беморони таҳқиқшудаи Афғонистон ва Тоҷикистон, маълуман якхела ҷараён доштанд, аммо таъкид кардан зарур аст, ки миқдори гирифтورشудагон ба бемории сӯхтанӣ, ҳамчунин ҷойгиршавии карбункулҳои бемории сӯхтанӣ бештар дар ноҳияи сар ва гардан - 25(51,1%) ҳолат ба назар расид.

АДАБИЁТ

1. Раҳманов Э.Р. Течение сибирской язвы при локализации карбункула в области головы и шеи / Э.Р. Раҳманов (и др.) // Журн. - Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе. - 2009. - №3. - С.113-114.
2. Умирзоков М.И. Клиника, территориально-эпидемиологические особенности, диагностика и лечение кожной формы сибирской язвы в Таджикистане / М.И. Умирзоков // Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Душанбе. - 2012. - С. 22.



3. Шевченко О.В. Внутриштаммовая гетерогенность возбудителя сибирской язвы /О.В. Шевченко //Микробиология, эпидемиология и иммунология. - 1999.-№3. - С.78-79.
4. Шлахов Э.Н., Писакарь В.И. Эпидемиологический надзор при сибирской язве. /Э.Н.Шлахов, В.И. Писакарь // По материалам МЗ СССР. Под ред. Э.М. Шлахова. - Кишиев: Штиинца. - 1983.- С. 240.
5. Черкасский Б.Л. Закономерность территориального распространения и проявления активности, стационарно неблагоприятных по сибирской язве пунктов /Б.Л. Черкасский / Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1999. -№2. - С. 48-52.
6. Черкасский Б.Л. Эпидемиология и профилактика сибирской язвы / Б.Л. Черкасский // - М. - 2002. - С. 384.
- 7.WHO (1998). Guidelines for the Surveillance and Control of Anthrax in Humans and Animals.World Health Organization, Geneva.
8. WHO (2008). Anthrax in humans and animals - 4th ed. World Health Organization, Geneva.

ОМУЗИШИ МУҚОИСАВИИ ПИЁЗҲОИ РОЗЕНБАХ ВА РЕГЕЛИ АЗИМ ДАР ҲАЦМИ ШИРАИ МЕЪДА ВА БАЪЗЕ НИШОНДОДҲОИ МУБОДИЛАИ ЧАРБҲО

Б.А.Ишонкулова, Ш.Н.Халилова, М.В. Урунова, У.П.Юлдошева
Кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

Ишонкулова Бустон Астановна, д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, E. mail: ishankulova@yahoo.com. тел.: 918.46.01.29.

Халилова Шаҳноза Нуруллоевна, ассистенти кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, E. mail: khalilova.shahnoza@mail.ru. тел.: 98.727.48.77.

Урунова Муҳаббат Ваҳобовна, н.и.т., дотсент, мудири кафедраи фармакология E. mail: muhabat65@mail.ru. тел.: 918.94.16.71.

Юлдошева Умеда Пулатовна, н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино тел.: 93.599.99.44.

Муаллифон аз таҷрибаҳои худ дар ҳайвонҳои қиёмҳои пиёзҳои Розенбах (*Allium Rosenbachianum*) - ро, ки дар байни мардум бо номи "сиёҳалаф" ва азими Регел (*Allium giganteum Regel*) - "моҳдил" машхур аст, дар қори тарашшуҳи ҳаҷми шираи меъдаи харгӯшҳо ва баргарафнамоии вайроншавии мубодилаи чарбӣ-равғанӣ ҳангоми парҳези гиперхолестеринемӣ дар калламушҳо омӯ-

хтанд. Исбот шудааст, ки қиёмҳои растаниҳои омӯхташуда ҳаҷми шираи меъдаро зиёд намуда, ба мубодилаи чарбҳо хуб таъсир мерасонанд. Аз рӯи таъсири секреторӣ ва гиперлипидемӣ пиёзи азими Регел нисбати пиёзи Розенбах фаъолноктар аст.

Калимаҳои калидӣ: растаниҳои шифобахш, пиёзи Розенбах, пиёзи азими Регел, шираи меъда, холестерин.

СРАВНИТЕЛЬНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛУКОВ РОЗЕНБАХА И ГИГАНТСКОГО РЕГЕЛЯ НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Б.А. Ишанкулова, Ш.Н.Халилова, М.В. Урунова, У.П. Юлдашева
Кафедра фармакологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Ишанкулова Бустон Астановна, д.м.н., профессор кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E. mail: ishankulova@yahoo.com. тел.: 918.46.01.29.



Халилова Шахноза Нуруллоевна, ассистент кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E. mail: khalilova.shahnoza@mail.ru. тел.: 98.727.48.77.

Урунова Мухаббат Вахобовна, к.м.н., доцент, заведующая кафедрой фармакологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E. mail: muhabat65@mail.ru. тел.: 918.94.16.71.

Юлдашева Умеда Пулатовна, к.м.н., доцент кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 93.599.99.44.

Большой популярностью у населения нашей страны (особенно юго-западного региона) пользуются лук Розенбаха (*Allium Rosenbachianum*), известный в народе под названием "сиёхалаф" и лук гигантского Регеля (*Allium giganteum* Regel), известный как "мохдил". Они являются сезонными растениями, их листья собирают весной, особенно до начала цветения. Однако, в доступной нам литературе не было научно-обоснованных работ, посвященных изучению выше перечисленных луков. В связи с этим мы посчитали нужным изучить эти виды трав на степень секреторной функции желудочного сока у кроликов и коррекцию нарушенного жира-липидного обмена при гиперхолестериновой диете у крыс. Объектом изучения служили настои (1:10), приготовленные из высушенных листьев луков Розенбаха (*Allium Rosenbachianum*) гиган-

тского Регеля (*Allium giganteum* Regel). Желудочный сок собирали с помощью специального зонда до внутрижелудочного введения настоев. Гиперлипидемию вызывали методом Хабриева Р.У. (2005). Настои изученных растений в эксперименте достоверно повышают объём желудочного сока и обладают гипополипидемическим действием. По секреторной и гипополипидемической активности лук Регеля превосходит лук Розенбаха. Настои луков Розенбаха и гигантского Регеля можно рекомендовать как натуральные растительные средства для повышения аппетита, для улучшения секреторной активности при гипоацидных гастритах, а также больным с нарушением липидного обмена.

Ключевые слова: лекарственные растения, лук Розенбаха, лук гигантский Регеля, желудочный сок, холестерин.

COMPARATIVE EXPERIMENTAL STUDY OF THE INFLUENCE OF ROSENBAKH AND GIANT REGEL ALLIUMS ONTO SECRETORY FUNCTION OF THE STOMACH AND SOME LIPID METABOLISM INDICATORS

Ishankulova Buston Astanovna - doctor of Medical Sciences, Professor of Pharmacology Department, Avicenna Tajik State Medical University, E. mail: ishankulova@yahoo.com. тел.: 918.46.01.29.

Khalilova Shahnoza Nurulloevna - assistant of Pharmacology Department, Avicenna Tajik State Medical University, E. mail: khalilova.shahnoza@mail.ru. тел.: 98.727.48.77.

Urunova Muhabbat Vahobona - candidate of Medical Sciences, associate professor of Pharmacology Department, Head of the Pharmacology Department, Avicenna Tajik State Medical University, E. mail: muhabat65@mail.ru. тел.: 918.94.16.71.

Yuldasheva Umeda Pulatovna candidate of Medical Sciences, associate professor of Pharmacology Department, Avicenna Tajik State Medical University, тел.935.99.99.44.

Introduction: Rosenbach's onion (*Allium Rosenbachianum*), known as "siyohalaf" and the giant Regel onion (*Allium giganteum* Regel), known as "mohdil", are very popular among

the population of our country (especially the south-western region). They are seasonal plants and their leaves are collected in the spring, especially before flowering. Since there are no



data in the scientific literature showing the properties of the above mentioned onions, we considered the importance of investigating the properties of these herbs.

Aim: To investigate the effect of the infusions of Rosenbach onions (*Allium Rosenbachianum*) and the giant Regel (*Allium giganteum Regel*) on the level of secretory function of the gastric juice in rabbits and the correction of impaired lipid metabolism in a hypercholesterol diet in rats.

Methods of investigation: The objects of research were infusions (1:10) prepared from dried leaves of Rosenbach (*Allium Rosenbachianum*) and giant Regel onions (*Allium giganteum Regel*). Gastric juice from rabbits was collected using a special probe prior to intragastric infusion. Hyperlipidemia was induced using the method of Khabriev R.U. (2005).

Мухимият. Ҷумҳурии Тоҷикистон аз растаниҳои шифобахш бой аст, ки аз миёни онҳо 40%-ро растаниҳои худруй ташкил медиҳанд. Аксарияти растаниҳои худруй (дар намуди алаф, баргҳо, алафҳои бегона, гулҳо ва ғайра) назар ба растаниҳои парваришӣ моддаҳои фаъоли биологии зиёд доранд. Ҳангоми ба хӯрок илова кардани ин растаниҳо лаззати хос ва бӯи тароватбахш медиҳанд.

Дар байни аҳолии кишварамон (бахусус минтақаи ҷанубу ғарбӣ) аз растаниҳои худруй намояндаи оилаи амариллисовҳо (*Amarillidaceae*, қабилаи пиёзҳо (*Allium*) - пиёзи Розенбах (*Allium Rosenbachianum*), ки дар миёни мардум ҳамчун "сиёҳалаф" ва пиёзи Регели азим (*Allium Giganteum Regel*) - "моҳдил" машҳуранд, ба таври васеъ истифода мешаванд. Онҳоро ҳамчун маводи ғизоии мавсимӣ истифода мебаранд.

Аз сомонаи илмӣ Википедия маълум шудааст, ки: "Дар айни замон оилаи пиёзҳо зиёда аз 600 намудро дар бар мегирад. Ба монанди бехпиёз, сирпиёз, пиёзи сабз, пиёзи анзур ин оила боз дигар намояндаҳоро дорост. Пиёзҳои Розенбах ва Регели азим на танҳо дар қадбонугӣ, инчунин дар тибби халқӣ низ васеъ истифода мешаванд. Гуфтан ба маврид аст, ки ғизои аз "сиёҳалаф"

Results: It is proved that the infusions of the investigated plants significantly increase the volume of gastric juice and have a hypolipidemic effect in the experiment. In secretory and lipid-lowering activity, the Regel onion is superior to the Rosenbach onion.

Conclusion: Based on the results of an experimental study, the infusions of Rosenbach and Giant Regel onions can be recommended as natural herbal means to increase appetite, to stimulate the secretory activity of the stomach during hypoacid gastritis, as well as with impaired lipid metabolism.

Key words: medicinal plants, Rosenbach onion (*Allium Rosenbachianum*), Giant Regel onion (*Allium giganteum Regel*), gastric juice, cholesterol.

ва "моҳдил" тайёр кардашуда барои бемориҳои узвҳои меъдаю рӯда, бахусус қабзият фоиданок аст. Ин растаниҳои шифобахш иштиҳоовар буда, барои авитаминозе, ки баъди фасли зимистон зимни кам будани витаминҳои табиӣ дар организм дида мешавад, бамавриданд. Онҳо растаниҳои мавсимӣ буда, баргҳояшонро аз аввали баҳор то шукуфтани гул ҷамъоварӣ мекунанд. Ба ин васила баҳорон худи табиат моддаҳои лозимиеро, ки организми инсон дар фасли зимистон сарф кардааст, пурра намуда, мубодилаи моддаҳоро мӯътадил месозад.

Аз сабабе, ки дар адабиётҳои ба мо дастрас қорҳои илмӣ-тадқиқотӣ омӯзиши таъсири фармакологии "сиёҳалаф" ва "моҳдил" зикр наёфтааст, мо муҳим шуморидем, ки тадқиқотҳои таҷрибавиро гузаронида, мақоми ин растаниҳоро дар қатори растаниҳои доругӣ асоснок намоем.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши таҷрибаҳои муқоисавӣ баргҳои пиёзҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил" ба ҳаҷми шираи меъда (дар харгӯшҳо) ва ҳангоми вайроншавии мубодилаи ҷарбҳо (дар қалламушҳо).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз баргҳои хушккардашудаи "сиёҳалаф" ва "моҳдил" қиёмҳо омода шуданд (1:10). Тадқиқотҳои таҷрибавӣ аз ду силсила иборат буд: силсилаи



якум - омӯзиши ҳаҷми шираи меъда дар 24 харгӯш, ки вазнашон 3000-3600 гр. ва 2-юм силсила, аз 50 калламӯшҳои сафед бо вазни умумии 250-300гр иборат буд - хусусиятҳои чарбпаस्तкунии гиёҳҳои мазкурро омӯхтем.

Дар силсилаи якуми озмоиш шираи меъдаи харгӯшонро пеш аз ворид намудани қиёмҳои "сиёҳалаф" ба дохили меъда ва баъд аз 1,2,3,4 соати воридкунӣ бо ёрии мисбори

махсус чамъоварӣ намудем. Ҳайвонҳои таҷрибавиро ба 4 гурӯҳи ҷудо кардем (ҷадвали №1). Баъди таҷрибаҳои, ки барои муайян кардани меъёри мувофиқ (2,4,5,7мл/кг вазн) гузаронида шуд, қиёмҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил"-ро бо меъёри 5мл/кг вазн ба меъдаи харгӯшон дохил кардем. Дар гурӯҳи муқоисавии ҳар ду силсила қиёми баргҳои зуф истифода шуд (*Succus Plantaginis*).

Ҷадвали №1

Хусусияти муқоисавии таъсири қиёмҳои баргҳои пиёзҳои Розенбах ва Регели азим дар ҳаҷми шираи меъда дар харгӯшҳо $M \pm m$ $P <$

№	Силсилаи таҷриба ва меъёр дар мл/кг вазн	Ҳаҷми шираи меъда дар харгӯшҳо (дар мл)				
		Пеш аз ворид %	Баъд аз соатҳо			
			1	2	3	4
1.	Назоратӣ оби муқаттар 5мл/кг n=6	4,2±0,7	4,5±0,1	4,3±0,2	4,2±0,7	4,0±0,4
2.	Қиёмҳои баргҳои пиёзи Розенбах «сиёҳалаф» 5мл/кг n=6	4,2±0,1	6,9±1,2 P < 0,001 164%	6,4±0,3 P < 0,001 152%	5,4±0,5 P < 0,001 128%	5,3±0,2 P < 0,001 126%
3.	Қиёмҳои баргҳои пиёзи Регели азим «моҳдил» 5 мл/кг n=6	4,4±0,1	7,1±1,4 P < 0,001 161%	6,8±0,6 P < 0,001 154%	5,6±0,7 P < 0,001 127%	5,5±0,4 P < 0,001 125%
4.	Қиёмҳои баргҳои зуф 5 мл/кг n=6	4,5±0,1	6,7±1,2 P < 0,001 155%	5,8±0,2 P < 0,001 137%	5,3±0,5 P < 0,001 120%	5,0±0,3 P < 0,001 111%

Эзоҳ: p - дурустии нишондодҳои муқоисавӣ бо ҳамин нишондод нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.



Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Дар гурӯҳи назоратӣ ҳаҷми шираи меъдаи харгӯшон $4,2 \pm 1,7$ мл. -ро ташкил мекард ва то анҷоми тадқиқот дар ҳамин андоза бе тағйир боқӣ монд. Дар гурӯҳи таҷрибавии озмоиш воридкунии қиёми "сиёҳалаф" бо андозаи 5мл/кг ба меъдаи харгӯшон ба зиёдшавии ҳаҷми шираи меъдаи онҳо мусоидат кард. Қайд кардан ба маврид аст, ки қуллаи таъсир баъд аз 1 соат - $6,9 \pm 1,2$ мл, баъд аз 2соат - $6,4 \pm 0,3$ мл,

3соат - $5,4 \pm 1,7$ мл-ро ташкил кард. Баъд аз 4соати таҷриба ҳаҷми шираи меъда $5,3 \pm 1,4$ мл шуд. Аз ин бармеояд, ки дар лаҳзаҳои охири озмоиш поёнравии ҳаҷми шираи меъдаи харгӯшон ба назар мерасид, вале натиҷаҳои гурӯҳҳои назоратӣ ва таҷрибавӣ ба ҳолати аввалашон барнагаштанд.

Ҳангоми воридкунии қиёми "моҳдил" баъд аз 1 соат ҳаҷми шираи меъдаи харгӯшҳо зиёд шуда $-7,1 \pm 1,4$ мл, баъд аз 2 соат - $6,8 \pm 0,6$ мл, 3 соат - $5,6 \pm 0,7$ мл-ро ташкил дод. Дар соати 4-уми озмоиш ҳаҷми шираи меъдаи онҳо $5,5 \pm 0,4$ мл шуд.

Ҳамин тавр, ҳар ду маводи омӯзишии мо, бо фарқияти андак самараноки "моҳдил" нисбати қиёми "сиёҳалаф" миқдори шираи меъдаи харгӯшонро зиёд намуданд. Ин аз он далолат медиҳад, ки баргҳои "моҳдил" аз витамини С ва дигар моддаҳои фаъоли биологӣ бой мебошанд. Қиёмҳои баргҳои зуф низ ҳаҷми шираи меъдаро зиёд кард, лекин на ба он дараҷаи маводҳои омӯзишӣ.



Қайд намудан лозим аст, ки шираи меъдаи харгӯшҳо аз саршавии таҷриба дар соатҳои 6-7-ум ба шумораҳои аввалааш бармегашт.

Ҳамин тавр, қиёмҳои баргҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил"-ро метавонем барои баланд намудани иштиҳо, ҳамчунин барои мӯътадил намудани кори меъдаи беморони гастрити гипоатсидӣ дошта, тавсия намоем.

Дар силсилаи дуҷум омӯзиши қиёмҳои баргҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил" гиперлипидемияи таҷрибавиро ба роҳ мондем. Миқдори чарбҳо бо усули Маграчева (1973) дар хуни 50 калламуши сафеди безот, ҳарду чинс, вазнашон 250-300 гр аниқ намудем. Дар давоми тамоми тадқиқот, яъне 30 шабонарӯз калламушҳо ба парҳезе, ки таркибаш аз холестерин - 2,5%, метилурацил 1,25%, ҳамчунин равғани растанигӣ дар да-

рачаи баланд аввал гарм шуда ва баъд аз он хунук намуда, истифода шуда буд. Чарби ҳайвонотро (равғани гӯсфанд) бо миқдори 1:4 илова кардем. Қайд намудан лозим аст, ки табобатро бо қиёмҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил"-ро дар 6-ум рӯз аз оғози таҷрибаҳо, баъд аз он, ки калламушҳо вазни зиёд гирифтанд, оғоз намудем. Дар анҷоми таҷриба, баъд аз гуруснагии 14-соатаи калламушҳо миқдори чарбҳои хуни онҳоро мӯйян намудем. Аз ҳар як калламуш бо роҳи чок намудани милки поёнии онҳо ба миқдори 2-3мл хун гирифта шуд. Натиҷаҳои ҳолати мубодилаи чарбҳо ҳангоми парҳези гиперхолестеринӣ бо нишондодҳои зерин муайян намудем: миқдори холестерини умумӣ, триглицеридҳо, липопротеидҳои зиччиашон паст (ЛПЗП) ва липопротеидҳои зиччиашон баланд (ЛПЗБ).

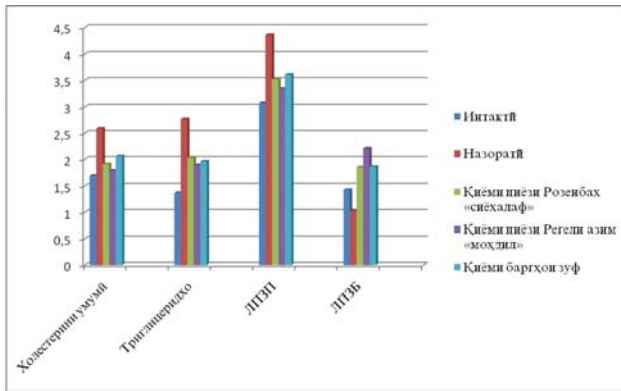
Ҷадвали №2

Хусусияти муқоисавии таъсири қиёмҳои баргҳои пиёзҳои Розенбах ва Регели азим дар мубодилаи чарбҳо дар зардобаи хуни калламушҳо ҳангоми парҳези гиперлипидемии эксперименталӣ $M \pm m$ $P <$

Нишондодҳо	Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр дар мл/кг вазн				
	Интактӣ n=10 100%	Гиперлипидемия (назоратӣ-табобатношуда) а) оби муқаттар 5мл/кг n=10	Гиперлипидемия + қиёмҳои баргҳои пиёзҳои Розенбах «сиёҳалаф» 5мл/кг n=10	Гиперлипидемия + қиёмҳои баргҳои пиёзҳои Регели азим «моҳдил» 5мл/кг n=10	Гиперлипидемия + қиёмҳои баргҳои зуф 5мл/кг n=10
Холестерини умумӣ ммоль/л	1,7±0,16	2,59±0,26 p ₁ <0,001 152%	1,91±0,24 p ₁ <0,05 p ₂ <0,001 112%	1,8±0,09 p ₁ <0,05 p ₂ <0,001 105%	2,06±0,25 p ₁ <0,05 p ₂ <0,001 121%
Триглицеридҳо ммоль/л	1,37±0,15	2,77±0,1 p ₁ <0,001 202%	2,03±0,1 p ₁ <0,05 p ₂ <0,01 148%	1,89±0,19 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01 137%	1,96±0,13 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01 143%
ЛПЗП-β липопротеидҳо ммоль/л	3,07±0,21	4,36±0,22 p ₁ <0,05 142%	3,52±0,17 p ₁ <0,05 p ₂ <0,01 114%	3,34±0,11 p ₁ <0,05 p ₂ <0,01 108%	3,61±0,2 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05 117%
ЛПЗБ-λ- липопротеидҳо ммоль/л	1,77±0,36	1,21±0,15 p ₁ <0,01 68,3%	1,58±0,33 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01 89,2%	1,65±0,27 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01 93,2%	1,52±0,31 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 85,8%

Эзоҳ: p₁- дурустии нишондодҳои муқоисавӣ бо ҳамин нишондод нисбат ба гурӯҳи p₂

Хусусияти муқоисавии таъсири қиёмҳои баргҳои пиёзҳои Розенбах ва Регели азим ба мубодилаи чарбҳо дар зардобаи хуни калламушҳои сафед



Дар гурӯҳи калламушҳои назоратӣ (табобатношуда) миқдори умумии холестерин то $2,59 \pm 0,26$ ммоль/л, триглицеридҳо то $2,77 \pm 0,1$ ммоль/л, липопротеидҳои зиччиашон паст (ЛПЗП) $4,36 \pm 0,22$ ммоль/л баланд шуда, липопротеидҳои зиччиашон баланд (ЛПЗБ) бошад то $1,03 \pm 0,05$ ммоль/л кам шуд (ҷадвали №2).

Дар муқоиса бо гурӯҳи ҳайвонҳои табобатношуда, калламушҳое, ки қиёмҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил"-ро қабул намуданд, миқдори умумии холестерин, триглицеридҳо, липопротеидҳои зиччиашон паст (ЛПЗП) аниқ паст мешуд. Ҳамзамон, миқдори липопротеидҳои зиччиашон баланд

(ЛПЗБ), яъне ки липопротеидҳои антиатерогенӣ дар калламушҳое, ки қиёмҳои "сиёҳалаф" ва "моҳдил"-ро қабул менамуданд, дар муқоиса бо натиҷаҳои гурӯҳи назоратӣ баланд шуд - $1,85 \pm 0,15$ ммоль/л ва $2,21 \pm 0,14$ ммоль/л-ро ташкил намуд ($P < 0,001$). Чи тавре, ки аз ҷадвал маълум шуд, нишондодҳои қиёмҳои "моҳдил" аз нишондодҳои қиёмҳои "сиёҳалаф" баландтар аст. Ин натиҷаҳо аз он шаҳодат медиҳанд, ки қиёмҳои барғҳои пиёзи Регели азим самараноктар аст. Қиёмҳои барғҳои зуф нисбат ба маводҳои омӯзишии мо таъсири камтари ҷарбпаस्तкуниро дошт.

Хулоса: Натиҷаҳои таҷрибаҳои тадқиқотӣ исбот менамоянд, ки қиёмҳои пиёзҳои Розенбах ва Регели азим вайроншавии мубодилаи ҷарбҳоро муътадил сохта, ҳамчунин ҳаҷми шираи меъдаи ҳайвоноти озмоиширо зиёд мекунанд. Дар оянда, онҳо барои табобати маҷмуавӣ (комплексӣ), ҳамчун маводи фаъоли иловагӣ ҳангоми муолиҷаи атеросклероз ва дигар намудҳои вайроншавии мубодила, ҳамчунин барои баланд намудани иштиҳо ва ба беморони гастрити гипоатсидӣ дошта, тавсия шаванд.

АДАБИЁТ

1. Брель С.В. Свой век (стихи и переводы). / Брель С.В. Москва, Время, 2006.- 142стр.
2. Ишонқулова Б.А. Таърихи омӯзиши гиёҳҳои шифобахши Тоҷикистон ва рушди он. / Б.А. Ишонқулова, М.В.Урунова, У.П.Юлдошева. Сборник статей 61-ой годич. НПК ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, 2013. - С.55-56
3. Ишанқулова Б.А. Значение лука Розенбаха (сиёҳалаф) и лука гигантского Регеля (моҳдил) в укреплении здоровья населения. / Б. А. Ишанқулова, Ш.Н. Халилова, Научно-медицинский журнал "Вестник Авиценны", Душанбе, Том 19 №1 2017. С -109-112.
4. Курбонов У.А. Энциклопедияи мухтасари тиб./ У.А. Курбонов Сарредаксияи илмӣи энциклопедияи миллии тоҷик, ҷилди IV, Душанбе, 2012.- 512 стр.
5. Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии. / Е.Е. Лесиовская Л.В. Пастушенков Учебное пособие для ВУЗов. Москва Гэотар-Мед, 2012. - 590 стр.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства./ Машковский М.Д. Пособие для врачей. Москва "Новая волна" 2010. -338, 359 стр.
7. Нестерова Д.В. Лечение и укрепление иммунитета народными средствами / Д.В. Нестерова Москва РИПОЛ классик, 2006. - 64 стр.
8. Овчинников П.Н. Флора Таджикской ССР / П.Н. Овчинников Том II, Издательство академии наук СССР. Москва-Ленинград, 1963, - С. 349; 352; 355.
9. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. / М. Ходжиматов Главн. научн. ред. Тадж. Сов. Энциклопедии. Душанбе, 1989.- 368стр.
10. Семейство амариллисовых - Википедия /<https://ru.m.wikipedia.org/wiki/>



11. Javokhirlal Muzaffari. Herbal therapy. The problems of phitotherapy and phitofarmacology / Muzaffari Javokhirlal // Мат. I съезда фитотерапевтов и фитофармакологов Таджикистана. - 2008. - P.108-111.
12. Ernst E. "Herbal medicines: balancing benefits and risks". 2007, Novartis Found. Symp. 282: 154-67; discussion 167-72, 212-8. PMID 17913230.
13. Acharya, Deepak and Shrivastava Anshu. Indigenous Herbal Medicines: Tribal Formulations and Traditional Herbal Practices, Aavishkar Publishers Distributor, 2008, Jaipur- India. ISBN 9788179102527. pp 440.
14. Ernst E. "Herbal medicines: balancing benefits and risks". 2007, Novartis Found. Symp. 282: 154-67; discussion 167-72, 212-8. PMID 17913230. №167

МУАЙЯН КАРДАНИ МИҚДОРИ КИСЛОТАҲОИ ОЛИИ ЧАРБУ ДАР ЗАРДОБИ ХУНИ ОДАМОНИ СОЛИМ ВА БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ СТЕАТОЗИ ЦИГАР ВА СТЕАТОГЕПАТИТ, БО УСУЛИ ХРОМАТОГРАФИЯИ ГАЗӢ

Г.О. Раҷабов, М.Н. Назаров

МТИИ "Фарматсия", кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Раҷабов Гадомад Одинаевич - н.и.б., директори МТИИ "Фарматсия", дотсенти кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 919 27 28 72

Назаров Мирзо Назарович - профессори фахрии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино мудир кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 934 36 27 71

Мақсади таҳқиқот омӯзиши газохроматографии миқдори кислотаҳои олиии чарбу дар зардоби хуни одамони солим ва гирифторони бемории стеатозии цигар ва стеатогепатит бо мақсади ошкоркунии иттилооти нисбатан васеътар оиди ҳолати мубодилаи чарбу, инчунин чамъшавии триглитсеридҳо хангоми ҳолатҳои гуногуни патологӣ равна карда шудааст. Таҳқиқоти муқоиса-

вии газохроматографии миқдори кислотаҳои олиии чарбу дар зардоби хун доир ба ҳолати мубодилаи чарбу, инчунин чамъшавии триглитсеридҳо хангоми ҳолатҳои гуногуни патологӣ маълумоти нисбатан васеътар дод.

Калимаҳои калидӣ: кислотаҳои олиии чарбу, стеатоз, стеатогепатит, хроматографияи газӣ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ И СТЕАТОГЕПАТИТОМ, МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Раҷабов Гадомад Одинаевич - к.б.н., директор УНиПЦ "Фармация", доцент кафедры фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино тел: 919 27 28 72

Назаров Мирзо Назарович - почетный профессор ТГМУ имени Абуали ибни Сино, заведующий кафедрой фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино тел: 934 36 27 71

В данной работе показана возможность и целенаправленность применения метода газожидкостной хроматографии с целью исследования содержания высших жирных

кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных стеатозом печени и стеатогепатитом. Показано, что у больных стеатозом и стеатогепатитом по сравнению с контролем



значительно возрастает содержание насыщенных жирных кислот за счёт увеличения пальмитиновой и стеариновой жирных кислот. Установлено уменьшение суммарного количества полиненасыщенных жирных кислот в случае стеатоза и стеатогепатита за счёт уменьшения содержания линолевой кислоты.

Показанные результаты дают более широкую информацию о состоянии жирового обмена, а также отложения триглицеридов при различных патологических состояниях.

Ключевые слова: высшие жирные кислоты, стеатоз, стеатогепатит, газовая хроматография

DETERMINATION OF THE CONTENT OF THE HIGHEST FATTY ACIDS IN THE BLOOD SERUM OF HEALTHY INDIVIDUALS AND PATIENTS WITH STEATOSIS AND STEATOHEPATITIS BY GAS CHROMATOGRAPHY

Rajabov Gadomad Rajabovich, PhD., Director of the Educational, Scientific and Production Center "Pharmacy", Associate Professor of Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics Department of Avicenna Tajik State Medical University. Tel: 919272872

Nazarov Mirzo Nazarovich, Honorary Professor of Avicenna Tajik State Medical University, Head of Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics Department of Avicenna Tajik State Medical University. Tel: 934 36 27 71

The possibility and purposefulness of implementation method of gas-liquid chromatography with the aim of research of the content of high fatty acids in the blood serum of healthy persons and patient with steatosis and steatohepatitis is shown in the given work. It is shown that the patients with steatosis and steatohepatitis in compare with the control, considerably increases fatty acids content at the expenses of increase of palmate and stiring fatty

acids. It is determined the reduction of general number of polyunsaturated fatty acids in case of steatosis and steatohepatitis at the expenses of reduction of linoleum acids content. The obtained results give wider information regarding the lip metabolism state, also the lipopexia of triglycerides in different pathological states.

Key words: higher fatty acids, steatos, steatohepatit, gas chromatography.

Муҳимият. Муайянкунии таркиби сифатӣ ва миқдории кислотаҳои олиии чарбу дар моеъҳои биологӣ ва бофтаҳо ба туфайли истифодаи усулҳои хроматографии таҳлил, ки аз байни онҳо мувофиқтару боэти модтар хроматографияи моеи газӣ аст, имконпазир гардид. Бо ёрии усули мазкур таркиби равғану туршии хунро муайян кардан мумкин аст [1-2], ки ба ҳосил кардани маълумоти нисбатан дақиқи ҳолати мубодилаи равғанро дар меъёр ва ҳангоми ҳолатҳои гуногуни патологӣ имкон медиҳад. То айнаи замон дар адабиёт оид ба миқдори кислотаҳои олиии чарбу дар зардоби хуни гирифторони бемории гайриалкоголии чарбуии чигар маълумоти кофӣ вучуд надорад.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши газохроматографии миқдори кислотаҳои олиии чарбу

дар зардоби хуни одамони солим ва гирифторони бемории стеатози чигар ва стеатогепатит бо мақсади ошкоркунии иттилооти нисбатан васеътар оиди ҳолати мубодилаи чарбу, инчунин чамъшавии триглитсеридҳо ҳангоми ҳолатҳои гуногуни патологӣ равона карда шудааст.

Объект ва усулҳои таҳқиқот. Барои омӯзиши таркиб ва миқдори кислотаҳои олиии чарбу дар зардоби одамони солим ва гирифторони бемории стеатози гайриалкоголии чигар ва стеатогепатит, мо хроматографияи моеи газро истифода кардем.

Таҳқиқоти кислотаҳои олиии чарбу дар 22 шахси комилан солим ва дар 63 гирифтори бемории стеатози чигар ва 25 бемори стеатогепатит гузаронда шуд. Синну соли муоинашавандагон аз 29 то 60-сола буда, аз



инҳо 48 нафар мард ва 40 зан буданд. Хун барои таҳқиқоти бихимиявиरो сахар, дили наҳор мегирифтем.

Чудокунии эфирҳои метилии кислотаҳои асосии чарбуро дар хроматографии гази "Хром-5" бо детектори алангавӣ-ионизатсионӣ амалӣ мекардем. Дар идентификатсияи эфирҳои метилови кислотаҳои чарбу маводи химиявии тозаи кислотаҳои палмитинӣ, стеариновӣ, олеиновӣ, линоленовӣ ва арахидониро истифода кардем. Баҳодиҳии миқдори хроматограммаҳо бо усули стандартизатсияи дохилӣ гузарондем [4].

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои муайянкунии миқдори кислотаҳои олии чарбу дар зардоби хуни одамони солим ва гирифторони бемории стеатози чигар ва стеатогепатит дар ҷадвал оварда шудаанд. Тавре аз ҷадвал бармеояд, дар одамони

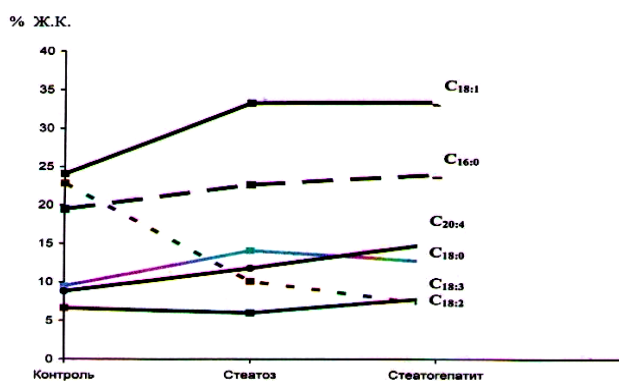
солим бештар кислотаҳои палмитинӣ, стеаринӣ, олеинӣ, линолӣ ва арахидӣ мушоҳида мешаванд. Дар байни кислотаҳои сершудаи чарбу 29%-ро кислотаҳои палмитинӣ (C16:0, 19,50%) ва стеаринӣ (C18:0 9,50%) ташкил карданд, зимнан миқдори фоизи кислотаи палмитинӣ нисбат ба кислотаи стеаринӣ қариб ду маротиба зиёдтар қайд гардид.

Дар байни кислотаҳои моносернашудаи чарбуӣ бошад, асосан кислотаи олеинӣ (C18:1) бештар қайд мешуд, ки 24,05%-ро ташкил кард. Аз кислотаҳои полисершудаи чарбуӣ, асосан контсентратсияи линолӣ (C18:2) ва арахидӣ (C20:4) баланд буд, ки мутобиқан 22,18% ва 8,8%-ро ташкил карданд. Дар зардоби хуни гирифторони бемории стеатози ғайриалкоголӣ ва стеатогепатит, мо шаш кислотаи олии чарбуиро муайян кардем.

Миқдори кислотаҳои олии чарбу дар зардоби хуни одамони солим ва гирифторони бемории стеатози чигар ва стеатогепатит (% аз миқдори умумӣ, $M \pm m$).

Кислотаҳои чарбуӣ	Нишондоди адади	Одамони амалан сикат ($n \pm 22$)	беморони	
			Стеатоз ($n=22$)	Стеатогепатит ($n=22$)
Палмитинӣ	C16:0	19,50±0,70	22,65±0,78	23,98±0,86
Стеаринӣ	C18:0	9,50±5,5	14,06±0,82	12,59±0,73
Олеинӣ	C18:1	24,05±0,94	33,31±1,3	33,46±1,31
Линолевӣ	C18:2	22,80±0,31	10,07±0,13	6,99±0,09
Линоленовӣ	C18:3	6,62±0,09	5,97±0,08	7,96±0,11
Арахидӣ	C18:4	8,80±0,27	11,78±0,37	15,06±0,50
Сершуда		29±1,41	36,71±1,75	36,57±1,78
Моносернашуда		24,05±1,04	33,31±1,3	33,46±1,31
Полисершуда		38,22±1,69	27,82±1,22	30,01±1,32

Расм. Ҷадвали вобастагии миқдори кислотаҳои олиӣ аз марҳалаи беморӣ ҳангоми стеатози чигар ва стеатогепатит



Тавре дида мешавад, миқдори кислотаҳои сершудаи чарбу дар зардоби хуни бе-

морон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ баландтар буд ва ба ҳисоби миёна 36,71±1,75% ва 36,57±1,78% аз ҷамъи умумии кислотаҳои чарбуро ташкил кард, ки аз байни онҳо миқдори кислотаи палмитинӣ (C16:0, 22,65±0,79%) ва кислотаи стеаринӣ (C18:0, 14,06±0,82) бештар буд. Аммо баландшавии назарраси контсентратсияи кислотаи моносернашудаи олеинӣ то 33,31±1,3% қайд шуд, ҳангоми стеатогепатит бошад, 33,46±1,31%-ро ташкил мекунад.

Агар ба миқдори кислотаҳои полисернашудаи чарбу дар мисоли кислотаи линолӣ, линоленӣ ва арахидӣ назар кунем, ҷамъи онҳо ба ҳисоби миёна 27,82±1,2%, дар ҳола-



ти стеатогепатит бошад, $30,01 \pm 1,3\%$ -ро ташкил мекунад. Дар ин ҳол, миқдори кислотаи линолӣ то $10,07 \pm 0,13$, линоленӣ $5,97 \pm 0,08$, кислотаи араҳидӣ бошад, $11,78 \pm 0,37\%$ ташкил мекунад. Ҳангоми бемории стеатогепатит миқдори кислотаи линолӣ $6,99 \pm 0,09\%$, линоленӣ - $7,96 \pm 0,11\%$ ва араҳидӣ - $15,06 \pm 0,50\%$ -ро ташкил мекунад.

Маълумоти бадастомада (чадвал ва расм) аз он шаҳодат медиҳанд, ки гирифторони бемории стеатоз ва стеатогепатит дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ миқдори кислотаҳои сершуда ва моносернашудаи чарбу хеле баланд қайд шуд [5].

Таҳқиқоти газохроматографии миқдори кислотаҳои олии чарбу зардоби хуни беморони мазкур нишон медиҳад, ки дар ҳолати гиперинсулинемия дар бофтаи чарбу раванди липолиз зиёд мешавад, яъне зиёдшавии кислотаҳои озоди чарбу мушоҳида мешавад. Зиёдшавии кислотаҳои озоди чарбу дар чигар ва оксидшавии нокифояи онҳо боиси чамъшавии (отложения) миқдори барзиёди триглитсеридҳо дар гепатотситҳо, секретсияи миқдори зиёди липопротеидҳои зичии хеле кам (ЛПЗХК).

Дар ин ҳолат, триглитсеридҳои захирашуда (откладываются), асосан аз кислотаҳои

сершудаи чарбу ташаккул меёбанд. Натиҷаҳои таҳлили газохроматографӣ, ки дар чадвал ва дар нақша оварда шудаанд, аз робитаи зичи инкишофи бемории гайриалкоголии чарбуи чигар бо равандҳои абдоминалии фарбеҳшавии чигар шаҳодат медиҳанд, ки бо зиёдшавии миқдори кислотаҳои сершудаи чарбу бевосита ба чигар аз рӯи варианти даромадгоҳ фаҳмондан мумкин аст. Раванди осебёбии чигар ҳангоми стеатозҳо ва стеатогепатитҳо ба он равона карда шудааст, ки кислотаи олеинӣ низ дар организм ҳангоми оксидшавии кислотаи стеаринӣ тавассути кандашавии ду атоми водородӣ дар мавқеи 9 ва 10 ҳосил мешавад.

Хулосаҳо: 1. Аз таҳлилҳо бар меояд, ки беморони стеатоз ва стеатогепатит дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ миқдори кислотаҳои сершудаи чарбу то $36,71 \pm 1,75\%$ ва ҳангоми стеатогепатитҳо $36,57 \pm 1,78\%$ зиёд шуд, дар навбати аввал аз ҳисоби афзоиш ёфтани миқдори кислотаҳои палмитинӣ (C16:0) ва стеаринӣ (C18:0).

2. Дар ҳолати стеатоз ва стеатогепатит миқдори умумии кислотаҳои полисернашудаи чарбӯй аз ҳисоби камшавии миқдори кислотаи линолӣ (C18:2) кам мешавад.

АДАБИЁТ

1. Вяхирев А.А. Руководство по газовой хроматографии А.Ф. Шушунов М: "Высшая школа", 1987.-С. 224-231.
2. Определение содержания высших жирных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных желчнокаменной болезнью в различных этапах литогенеза. А.Х. Кадыров и др. Докл.АН РТ, 2009. т. 51, №11.- С. 858 - 863.
3. Газохроматографическое определение высших жирных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных метаболическим синдромом. В.Кн. Состояние и перспективы развития биохимии в Таджикистане А.Х. Кадыров и др. Душанбе, 2009.- С. 70-73.
4. Особенности изменения жирных кислот и желчных кислот при неалкогольной жировой болезни печени. Российский журнал Гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Г.К. Мироджов и др. Пр. №34, Москва, 2009, т. XIX, N5 - С. 364.
5. Ивашкин В.Т., Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени. О.М Драпким., Ю.О. Шульпекова Методич. реком. - М., ООО., изд. Дом. М - Вести, 2009. - С. 2-5.



РОҶҲОИ ИСТИФОДА ВА ҲИФЗИ РУСТАНИҲОИ МУФИДИ ТОҶИКИСТОН

М.Н. Назаров, Н.М. Назаров, Ш.С. Миров, С.С. Чабборова

Кафедраи фармакогнозия ва ТИФ (мудири кафедра н.и.б., дотсент, профессори фахри М. Н. Назаров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Назаров Мирзо Назарович мудири кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.б., дотсент, профессори фахрӣ. Тел. 93-436-27-71

Назаров Назар Мирзоевич ассистенти кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. nnt70@yandex.ru, тел. 93-580-03-97

Миров Савзаалӣ Шарифович - муаллими калони кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Чабборова Саҳоба Саломидиновна аспиранти соли дуюми кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Намуди (хайвон, рустанӣ) тасодуфан талафшуда - ин фоҷиаи аҳолии сайёра мебошад, чунки сифатҳои неку бади ӯ барои инсоният ошкор нашуда чун муаммои абади нӯхон мемонанд.

Рустаниҳо ягона қувваи истехсолӣ дар Сайёра мебошанд, ки табиатан худро барқарор карда метавонанд ва ҳаёти мавҷудоти фаъолиятнокӣ онро низ таъмин менамоянд. Сарфи назар аз ин *Homo sapiens* - Одами бомаърифат, ки аз ибтидо ба оташу оҳан соҳиб шуд, рустаниҳоро на танҳо ба манфиати рӯзгор истифода менамояд, балки яке аз омили асосии ба нести бурдани онҳо гардидааст.

Дар натиҷаи тадқиқотҳои бисёрсолаи флора ва флорокойноистипҳои офаридаи

онҳо дар Тоҷикистон, бо усулҳои геоботаникӣ ошкор ва маълум намудем, ки аксаран намудҳои муфид на танҳо боигарии мо, балки оламиён ҳастанд ва дар ҳолати танозул қарор доранд (2, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Махсусан намудҳои нодир эндемӣ (640 намуд) ва инчунин рустаниҳои манбаи ғизӣ ва шифоӣ (чормағз, pistaи хандон, бодомии шириндона, ноку кайён, анҷиру хӯрмо ва анор, баъзе намудҳои авлодҳои зелол ва дулона, ҳолмон, чукри, торон, ширинбиях), хӯшбӯӣ (намудҳои авлоди зира, эшим, ров, рошаку кравчак ва боз дигарҳо) мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: эндем, фитокойнос, флорокойноистип, шаклҳои ҳаёти, агрокойнос.

МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛЕЗНЫХ РАСТЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА И ИХ ОХРАНА

М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, Н. С. Борониев, С. С. Джабборова

Кафедра фармакогнозии и ОЭФ (заведующей. кафедрой к. б. н., доцент, почётный профессор) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Назаров Мирзо Назарович, заведующей кафедрой фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел. 93-436-27-71

Назаров Назар Мирзоевич, ассистент кафедры фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. nnt70@yandex.ru, тел. 93-580-03-97

Миров Савзаали Шарифович, старший преподаватель кафедры фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Джабборова Саҳоба Саломидиновна, аспирантка второго года обучения кафедры фармакогнозии и ОЭФ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.



Случайно потерянный вид (животное, растение) - это трагедия народов Планеты, т. к. не обнаруженные положительные и отрицательные для человечества свойства останутся вечной тайной.

Растения единственные производительные силы планеты, способные восстанавливать себя и одновременно обеспечить нормальное функционирование жизнеспособных живых организмов. Невзирая на всё это *Homo sapiens* - человек разумный вооружившийся огнём и железом не только в быту пользовался растениями, но и стал одним из основных отрицательных факторов в их уничтожении.

Мы в результате многолетних исследований флоры и образуемые ими флороцено-типы, геоботаническими методами обнару-

жили и определили, что подавляющее большинство полезных видов, которые являются не только нашим богатством, но и принадлежат прогрессивному человечеству, находятся на грани исчезновения (2, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Особенно, это редкие, исчезающие и эндемичные (640) виды, а так же растения являющиеся источником пищи и лекарств (орех, фисташка, миндаль сладкоядерный, груша кайён, инжир, хурма, гранатник, некоторые виды родов барбариса, боярышника, петилиума, ревень, гречи-хи, солодки) и прянно-ароматические (виды родов бунимум, дудник, ферула и др.).

Ключевые слова: Эндемик, фитоценоз, флороценотип, жизненная форма, агроценоз.

METHODS FOR APPLYING THE USEFUL PLANTS OF TAJIKISTAN AND THEIR PRESERVATION

M.N. Nazarov, N.M. Nazarov, Sh.S. Mirov, S.S. Jabborova

Department for Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics (Head of the Department, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Titular Professor), TSMU named after Abuali ibni Sino (Avicena)

Mirzo Nazarov, Head of the Department for Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. Tel. 93-436-27-71

Nazar Nazarov, Assistant of the Department for Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino. nnm70@yandex.ru, tel. 93-580-03-97

Savzaali Mirov, Senior Lecturer, the Department for Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, Tajik State University named after Abuali ibni Sino.

Sahoba Jabborova, second-year Postgraduate Student, the Department for Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino.

Accidentally lost (animal, plant) specie is a tragedy for population of the planet since not revealed positive and adverse features for the humans will remain as everlasting secret.

Plants are the only production force in the planet enabled for self-restoration and meanwhile ensure the well-functioning life. Despite this, *Homo sapiens*, equipped with fire and iron, not only used the plants for its wellbeing but became the main factor for their loose.

In result of long-term study of flora and generated florocenotypes, through geo-botanical (phytosociology) methods we discovered that

most useful types, which are not only our wellness, but belong to the progressive world) are almost disappeared (2, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). Especially, these are rare and endemic types (640 types), as well as plants which are source of meal and medicines (nuts, walnuts, pistachio, almonds, pineapples, figs and pomegranates, some species of wildflowers and hawthorns, petilium, rhubarb, buckwheat, licorice) and spicy aromatic (species of the *Bunium*, *Angelica*, *Ferula* and etc.).

Key words: Endemic, phytocenosis, florocenotype, life form, agroocenosis.



Мухимият. Дар маҷмӯи масъалаҳои муҳофизати муҳити зист ҳифзи салтанати рустаниҳо ва фитокойносҳое (ҷамоаҳо), ки онҳо офаридаанд аҳамияти махсус доранд. Ҳалли амалии тамоми масъалаҳо, аз муҳофизати фазо, хок, об, салтанати ҳайвонот, форматсияҳои ҷамъиятҳои одамон бевосита ё бавосита ба муҳофизати аъзоёни аз ҳама муҳими он - рустаниҳо ва фитокойносҳое, ки онҳо офаридаанд (2, 3, 10, 15) алоқани ният зич доранд.

Зарурияти муҳофизати намудҳои рустаниҳо ва шаклҳои ҳаётии онҳо бо маҷмӯи фитокойносҳо яке аз масъалаҳои ният муҳим аст, зеро биосфераи Замин пурра бо фаъолияти хоҷагии инсон фаро гирифта шудааст ва ин ба рустаниҳо ва фитокойноҳо таъсири калони мусбӣ ва ҳамзамон манфӣ мерасонад (2, 3, 5, 7, 10, 16).

Таъсири мусбӣ - кор карди заминҳои нав, омода сохтани ҷароғҳои мазрӯъ, васеъ гардонидани масоҳати киштзорҳои зироатҳои гуногун ва ғайра мебошанд. Натиҷаи он на танҳо ҳосили фаровон, балки шумораи барзиёди баргу пояи сабзи рустаниҳо мебошанд, ки дар сайёра силсилаи фотосинтезро (бо обсабзҳо) таъмин менамоянд. Барои баланд бардоштани ҳосили зироатҳои "кафшери ҳаёт" (гандум, шолӣ, чуворимакка ва диг.), барқарор намудани ҷангалзорҳо, шинонидани ниҳоли дарахтону буттаҳо дар заминҳои бодия, сабзпӯш ва ҷаманистон шудани шаҳрҳо ва атрофи онҳо, ноҳияҳо ва деҳаҳо, инчунин мубориза бар зидди ҳашаротҳои зараррасони рустаниҳои зироатӣ ва касалиҳои аҳоли қорҳои бисёр ба ҷо оварда мешаванд.

Таъсири манфӣ - нест кардани рустаниҳо дар ҳолати бе ягон нақшаи муайян истифода намудани онҳо?, сохтани обанборҳои ғайриқонунӣ, истифодаи бесамари канданиҳои фойданок, сӯхторҳои табиӣ ва сунъӣ ва ғайра дохил мешаванд.

Масъалаи истифодаи оқилонаву самаранок ва таҷдиди захираҳои биосфера, аз ҷумла рустаниҳо ва фитокойносҳои онҳо, дар шароити тараққи босуръати ҳамаи намудҳои истеҳсоли моддӣ ва прогрессӣ илмиву-техникӣ яке аз вазифаҳои муҳими

давлатӣ дар асри XXI-ум мебошанд (1, 6, 8, 11, 14, 16, 18, 20).

Мақсади таҳқиқот. Аҳамияти рустаниҳо ва фитокойносҳои онҳо дар мубодилаи модаҳо дар табиат ният бузург аст. Дар навбати аввал таввасути хусусияти танҳо ба онҳо хос силсилаи фотосинтез мегузаранд. Фотосинтез ин мӯъҷизаи мураккаби биологӣ буда, рустани тавассути ранги сабз - дончаҳои хлорофилл қувваи (энергия) нури офтобро аз бар менамояд ва бо истифода аз гази карбону оби аз муҳити сукунат ҷаббида, модаҳои органикии пурқувват ҳосил ва онҳоро захира мекунад. Сарфи назар аз комёбиҳои бузурги илмӣ таҳқиқотчиён дар қайҳон, ба ихтисосмандони илмҳои табиатшиносӣ (математикҳо, физикҳо, кимиягарон, биологҳо) то ҳол муяссар нашудааст, ки ба пардаи асрори ниятҳои фотосинтез, андаке ҳам бошад, рӯшани андозанд ва бо роҳи сунъӣ ақалан маҳсулоти аз ҳама оддӣ онро истеҳсол карда тавонанд.

Дар ҳолате, ки аксарияти рустаниҳо то ҳол ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд, мо дар бораи хосиятҳои фойданокӣ онҳо чӣ маълумот дошта метавонем? Барои ҳамин мо дар фаъолияти хоҷагии худ аз шумораи хеле ками рустаниҳо ва фитокойносҳои офаридаи онҳо истифода менамоем. Шубҳае нест, ки аз шумораи зиёди рустаниҳои ҳоло бо ном "заҳрноқ," ё "беғонаву бодия," "беманфиат" ва ҳатто "зарарноқ," дар ояндаи наздик яке аз манбаҳои захираҳои муҳими ашъеи хоми доругӣ ё техникӣ ва ё рустаниҳои дорои хусусиятҳои беҳамтои барои инсон пурқимат доништа шаванд.

Даҳҳо намуди рустаниҳо (масалан, мастак, марвак, тоҷи хурус ва ғайра) то солҳои наздик чун алафҳои беғонаи ашаддӣ маълум буданд. Ҳоло онҳоро ҷиддан таҳқиқ намуда, ҳамчун рустаниҳои доругӣ ба тибби халқӣ ва илмӣ ИДМ ворид карданд. Инчунин маълум шуд, ки бо ёрии ушнаи тортулаи биёбон ва ряска (наски обӣ), ки дар Тоҷикистон хеле маълуманд, обҳои симобу нуқрадорро тоза кардан мумкин аст. Аҳамияти рустаниҳоро нисбат ба ҳашаротҳои ширхӯрон ва махсусан ба ҷамияти



одамон баҳо додан ниҳоя мушкил аст, чунки онҳоро (ин мавҷудотҳоро) асосан худирустаниҳои гулдор офаридаанд. Рустаниҳои манбаи асосии зиндагии инсон ва дигар мавҷудоти зинда дар сайёраанд ва агар, ки оқилонаву сарфакорона истифода шаванд, сарчашмаи хӯшкнашавандаи витаминҳои табиӣ, нушокиҳои ва хӯрокиҳои гуногун, ашӯи хоми доругӣ ва техникӣ, масолеҳи бинокорӣ ва ғайра мебошанд (24, 25). Аксарияти намуди рустаниҳои ҳамчун манбаи шадд дар парвариши занбур, барги онҳо дар парвариши пилла, хӯроки тару хӯшкӣ серғизо барои чорво ва дар силсилаи гуногуни технологӣ (пивопазиви нонпазӣ, тоза кардани обҳо ва ғайра) истифода мешаванд.

Аҳамияти ҷангалзорҳои кӯҳсори Тоҷикистон барои хоҷагии халқ аз қадим маълум буд. Онҳо барои аз шусташавии бод ва борну барф пешгири кардани талу тепаҳо, идора намудани низоми намии маҳали сукунат ва обу хок, ҳимоя аз ҳодисаҳои ногуворӣ табиӣ киштзорҳо, боғоту обанборҳо ва ғайра аҳамияти калон доранд. Вале масоҳати ҷангалзорҳо дар Тоҷикистон хеле кам аст. Онҳо ҳамагӣ дар 2,5% -и масоҳати ҷумҳури волеҳӯранд ва барои он ки масоҳати онҳо афзун шавад, дарахтшинонии сунъиривоч додан лозим аст. Дарахтшинонӣ ва сабзпӯш будани шаҳрҳоро деҳаҳо ва атрофи онҳо, як падидаи нек ба ин масъала мебошад. Афзун шудани масоҳати мавзеҳои сабзпӯш барои саломатии аҳоли аҳамияти калон доранд. Сабзпӯш будани манзарраи шаҳрро зебо ва зарайқлими муҳити онро мусоид месозад. Вай шаҳрҳо ва деҳаҳоро на танҳо ба мавзеи хуби фаъолияти кории аҳоли, балки ба ҷои хуби истироҳат ва паст намудани гулгулаи садоҳои нофорам ва инчунин сокинони онҳоро аз газу ҷанги хок муҳофизат мекунад.

Дар натиҷаи тадқиқотҳои илмӣ муайян карда шуд, ки агар як бех дарахт дар мавриди фаълиятнок (нашӯ нуму) будани қариб 10 кг барг дошта бошад, вай аз ҳаво ба ҳисоби миёна 500 гр гази карбон (CO₂), 250 гр хлор (Cl), 50-60 гр фторро (F) фуру бурда, муҳитро безарар мегардонад ва боз дар болои баргҳои ҳамон дарахт то 40-50 кг ҷанги

ҳоки муҳити атроф чамъ мешавад. Инро ба эътибор гирифта бояд, ки дар дохил ва атрофи шаҳрҳо, махсусан корхонаҳои саноатӣ, мавзеҳои калони сабзпӯшро бунёд намуда, шинондани дарахтону буттаҳои гуногунро, ки ба ифлос шудани ҳаво тобоваранд (тут, чормағз, анҷир), амалӣ созанд. Ин яке аз роҳҳои асосии на танҳо оқилонаву самараноки истифода, балки яке аз роҳи ниҳоят муҳими ҳифз ва барқарор намудани рустаниҳои ва агроқойносии онҳо мебошад (2, 3, 7, 10).

Аз таҷрибаи қадимии ниёгонамон маълум аст ва ҳамзамон кашф карда шудааст, ки аксари дарахтон (чормағз, арча ва ғайра) аз худ фитонсидҳо (пайваस्ताҳои кимиёвӣ) бухор (ҷудо) мекунад, ки сабаби нест шудани ҳар гуна зарамаҳлуқҳои зарарнок мегарданд (4, 21, 27, 28). Ин сифати рустаниҳоро бояд, ки ҳангоми ба лоиҳа гирифтани барпо намудани боғҳои мавзеҳои истироҳатӣ ва муассисаҳои муолиҷавӣ ба эътибор гиранд. Хӯшбахтона барои ҳамин ҳам вақтҳои охир ба сабзпӯш шудани шаҳру деҳаҳо беш аз беш диққат медиҳанд. Ин барои Тоҷикистон, ки махсусан тобистони хушк ва гарм дорад, ниҳоят муҳим аст.

Қобили қайд аст, ки дар давраи Истиқлол, бо ташаббус ва иштироки бевоситаи Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон комплекси территориявии истехсолии Ҷанубӣ Тоҷикистон на танҳо барқарор карда шуд, балки бо суръати баланд тараққи ёфт. Ба ин комплекс заводҳои нуриҳои азотии Ваҳш, чинӣ, электроқимиёвии Ёвон, алюминий Регар ворид мебошанд. Дар асоси дастурҳои роҳбари давлат дар ин корхонаҳо ва мавзеҳои атрофи онҳо дарахтҳои паҳнбарг ва сӯзанбарги ҳамешасабз шинонида шудаанд, ки ҳавои муҳити атрофро тоза ва безарар мегардонанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Иқлими Тоҷикистон тасодуфан континенталӣ (тобисто-гарму хушк ва зимистон-сарду намнок) аст, ва онро сохтори геологии мавзеъ, ҷойгиршавӣ дар маркази Осиё, дурии Тоҷикистон аз баҳр ва укёнус, пастиву



баландии масоҳати он аз сатҳи баҳр, бо сураът шуста шудани хок аз таъсири боду борон ва дар якҷоягӣ бо омили ниҳоят манфии таъсири бевоситаи инсон ба ин сарзамин муайян кардаанд. Ҳамзамон, таъсири якҷояи ин омилҳо дар давоми чандин ҳазорсолаҳо сабаби ба вучуд омадани флораи бой ва фитокойносоҳои ба ин сарзамин хос гардиданд.

Мувофиқи маълумотҳои солҳои 80-ми асри XX-ум дар миқёси олам 300 - 500 ҳазор намуди растаниҳо ба қайд гирифта шудааст, ки 250 ҳазори онҳо ба гулдорон мансубанд. Одамон аз ин шумора на беш аз 2500 намудро дар таҷрибаи бисёрасраи хочагидорӣ (зироатпарварӣ, чорводорӣ, ороишӣ ва диг.) истифода менамояд. Н. И. Вавилов қайд карда буд, ки дар 99% масоҳати майдонҳои, ки кишт карда мешавад, қариб 1000 намуд парвариш меёбад. Дар ИДМ қариб 21770 намуди рустаниҳои мукамалӣ (дараҷаи олий) хурӯй ба ҳисоб гирифта шудаанд (30). Аз ин миқдор барои хочагии мамлакат тақрибан 2500 намуди муфиди онҳо, ба маънои васеи он, истифода бурда мешаванд, ки ин хеле ночиз аст.

Дар натиҷаи тадқиқотҳои бенақшаи чандин садсолаҳо идома ёфта (то э. н.), нақшагии империяи Русия (1841-1916), ИДМ (1920-1990) ва Истиклолияти Ҷумҳурии Тоҷикистон (1991-2018), дар масоҳати 143 км² кишварамон 4565 намуди рустаниҳои рағдор ошкор гардид ва ба қайд гирифта шуд (22, 23), ки 640-тои онҳо эндемиканд, яъне онҳо танҳо хоси ҷумҳурӣ ва захираи пӯрқимати табиати буда, муҳофизати онҳо вазифаи муқаддаси ҳар як шаҳрванди бо оро номуси тоҷикистон мебошад. Рустаниҳои муфид на беш аз 1200, аз он ҷумла шифобахш ба маънои васеи он, ки то ҳол таҳлил нашудаанд, на беш аз 600, умуман таҳлил шудаанд 400, таҳлили нисбатан комил 200 ва ба фармакопоя беш аз 80 намуд ворид карда шудаанд, ки аз онҳо на беш аз 20 намуд мавриди истифода қарор доранд (16, 17, 18).

Таркиби бойи намудҳо ва шаклҳои ҳаётии онҳо, вобаста ба шароитҳои маҳсуси географии ин сарзамин, сабаби арзи вучуд кардани флорокойноститҳои гуногун гардиданд, ки онҳо барои таснифи масоҳа-

ти ҷумҳур ба мавзӯҳои табиӣ, ботаникиву географӣ (1, 24, 25, 26), саноативу иқтисодӣ (1) мусоидат мекунанд.

Инҳо ноҳияҳои Тоҷикистони Ҷанубӣ, Тоҷикистони Марказӣ, Тоҷикистони Шимолӣ, Помири Фарбӣ (Бадахшон) ва Помири Шарқӣ мебошанд. Ҳар як мавзӯи ёдшуда дорой сифатҳои ба худ хоси табиӣ мебошанд. Масалан, дар ноҳияи Тоҷикистони Ҷанубӣ ва як ҳиссаи мавзӯҳои Тоҷикистони Шимолӣ туғайзорҳо аз дарахтони мавсимии сафедор, туранга, чигда ва газ дар баландиҳои 300-400 м. аз сатҳи баҳр мавҷуданд. Онҳо асосан дар соҳилҳои рости чапи дарёҳои Вахш, Панҷ (Ҳамадинӣ, Фархор, Чайхун, Шаҳртус), Кофарниҳон, Сурхоб ва дарёи Сир вомехӯранд. Ин туғайзорҳо одатан бо анбуҳи найистон ва найшақари хурӯй омехта мебошанд. Ҳоло дар республика масоҳати туғайзорҳо хеле кам шудаанд ва боз рӯй ба танозул доранд.

Ҷангалзорҳои камдарахти ба хушки тобовар (ксерофитӣ ё шибляк), ки аз пистазор, бодомзор, чигдазор ва ғайра иборатанд, аз шимоли қаторкӯҳҳои Қурама то пастхамиҳои Тоҷикистони Ҷанубӣ (дар баландиҳои 500 - 1500 м аз сатҳи баҳр) паҳн шудаанд (24, 26). Мавзӯҳои, ки ҳоло фақат дарахтони алоҳидаи писта, бодом, чигда, анҷир ва ғайра вомехӯранд, шоҳиди медиҳанд, ки ин мавзӯҳои дар давраҳои гузашта ватани қадимӣ ва аслии онҳо буданд. Масоҳати калони пистазор дар Тоҷикистони Ҷанубӣ воқеъ аст. Анору анҷирзорҳо ва хурмозорҳои (ангури чин) табиатан хурӯй танҳо дар нишебҳои ҷанубии қаторкӯҳҳои Дарвоз боқӣ мондаанд.

Дарахтони паҳнбарг табиатан дар хокҳои дорчинӣ рӯида, минтақаи маҳсури ташкил медиҳанд. Дар қисми поёнии ҳамин минтақа (дар баландии 1000 - 2000 м аз сатҳи баҳр) чормағззорҳо воқеанд (21, 24, 26). Чормағззорҳои масоҳатан начандон калон ё худ дарахтони алоҳидаи он шоҳидони ҳаётии гузаштаи ниҳоят қадимианд. Пайдоишу ватани ин намуд, ҷуноне, ки аз номаш бар меояд (*Juglans regia* L.- чормағзӣ юнонӣ), юнон не, балки мулки пурфайзу бобарақати мо, Тоҷикистон (21) аст.



Арчазорҳо дар масоҳати 640 ҳазор га паҳн шуда (дар баландии 1700 - 3200 м аз сатҳи баҳр), минтақаи калони флорокойно-стипро ташкил медиҳанд. Онҳо аз ҳама беш дар қаторкӯҳи Туркистон вомехӯранд ва инчунин барои қаторкӯҳҳои Қурама, Зарафшон ва Ҳисор низ хос мебошанд (24, 26).

Чангалҳои регзори биёбонӣ, қиёфаи фитокойностипҳои Тоҷикистони Шимолӣ ва Тоҷикистони Ҷанубиро муайян мекунанд. Онҳо асосан аз саксавули сиёҳу сафед, чӯзгун, черкез ва ақоқиеи биёбонӣ иборатанд. Сарфи назар аз ин, манзараҳои Тоҷикистонро дарахтзорҳо не, балки буттаву нимбутта ва алафзорҳо (то 50-60 % масоҳати республика) ташкил медиҳанд, ки заминаи асосии хӯроки чорво ҳастанд.

Ба чарогоҳҳои асосӣ дашту биёбонҳо мансубанд ва муайянкунандаи сохтору таркиби флораи онҳо - явшон ва боялич мебошанд. Онҳо дар Тоҷикистони Шимолӣ аз қаторкӯҳи Қурама то назди дарёи Сир ва қисман дар соҳилҳои чапи он мерӯянд, аммо масоҳати нисбатан калони онҳо дар Тоҷикистони Ҷанубӣ воқеанд. Дар Помир аз 3500 м боло биёбонҳои баландкӯҳ мавҷуданд ва асоси флорокойностипҳои онро нимбуттаҳо (явшон, терескен ва ғ.) ва рустаниҳои болиштаққиефа ташкил медиҳанд.

Мавзеҳои даштҳои субалпӣи Тоҷикистон дар нишебиҳои шимолии қаторкӯҳҳои Туркистон, Зарафшон, Ҳисор, Пётри I ва Дарвоз вомехӯранд. Дар Помири Шарқӣ даштҳо бо хусусиятҳои ҷоҷо рӯидан (тунукӣ) ва қадпаст будани ии рустаниҳо фарқ мекунанд. Ин ҷо аз ҳама беш дӯсталаф, бузнич (ковил), марғ мерӯянд.

Нимсаваннаҳо, ба маънои васеи он дар 10 - 15% (172000 га) масоҳати ҷумхур вомехӯранд. Дар Тоҷикистони Ҷанубӣ ин флорокойностип аз рустаниҳои қадпаст (ғиша, марғ, бонус, ранг, нахутак) ва баландтани хӯшадор (гандумак, хардумак) таркиб ёфтааст. Дар ноҳияҳои кӯҳсор, боло аз чангалзорҳои паҳнбарг, рустаниҳои алафӣи баландтани камбақо - форматсияи намудҳои авлодҳои ўгон (*Prangos sp. div.*) ва камол (*Ferula sp. div.*) хеле фаровон паҳн шудаанд. Инчунин дар ҳамин мавзеҳо дар паҳлуи

ўгонзори камолзор қитъ-қитаъ марғзорҳо воқеанд. Дар таркиби онҳо рустаниҳои муфид мунҷ, хардума, ришқа, мулкак ва боз дигар намудҳо хеле фаровон мерӯянд ва аҳамияти калони хоҷагӣ ва шифойдоранд (25, 26).

Таркиби флорокойностипҳои Тоҷикистон аз рустаниҳои муфид, хӯроки чорво, занбурпарварӣ, даббоғӣ, рӯғанҳои эфирӣ, техникӣ ва махсусан шифобахш хеле бой аст. Мисол - майвизач, испарак, зелол, намудҳои авлодҳои шалҳа, чукри ва торон, заралаф, гулхору садбарг, бодому чоқула, намудҳои татум ва pistaи хандон, ангат, ситораи хунукак, ё худ беш аз 87 намуди рустаниҳои фармакопей, ки дар фарматсия ва тибии кишвар ва берун аз он истифода мешаванд, ҷои намоёнро ишғол мекунанд (23). Аксар намуди рустаниҳо (чукри, пиёзи анзур, зира ва ғайра) аҳамияти хӯроқӣ ва техникӣ (масалан, ширинбуя) доранд. Дендрафлораи Тоҷикистон зиёда аз 250 намуди бутта ва дарахтони худруйро дар бар мегирад, ки аксарияти онҳо мевадор (масалан, анор, анҷир, хурмо, бодом, чормағз, pista, ангур, себ, нок, олуболу, дулона, қат, зилол ва ғайра) мебошанд (7, 10). Махсусан рустаниҳои ороишӣ (лола, сич-себча (ширеш), пиёзи кӯҳӣ, маҷаҳ, ҳолмон, гулҳои сияҳгушу наврузӣ ва ғайра) зебу зинати Тоҷикистонанд (3). Намудҳои авлоди гули лола ватани дуоими худро дар Голландия ёфтанд. Дар ин мамлакат ҳар сол ба хориҷи кишвар қариб як миллиард гули лоларо ба сад мамлақати олам ба фуруш мебароранд. Мо тоҷикистониён чӣ?

Мавҷудоти ҳоқадор - салтанати занбурӯғҳо, рустаниҳои обсабз, гулсангҳо ва ушнаҳо, ки дар таркиби флорокойностипҳои дарахтқиефа, буттақиефа ва алафқиефа хеле зиёд вомехӯранд бой ва гуногунанд, аммо ниҳоят кам истифода мешаванд.

Сарфи назар, аз он ки бисёр намуди рустаниҳои мавқеъи истифодаи инсон қарор доранд, аз рӯйи замин нест шудани як намуд барои илму амалия ва ояндаи аҳолии сайёра талафоти калон аст. Чунки ҳар як намуди биологӣ, ин озмоиши такрорнашавандаи табиат мебошад, зеро ки дар сохто-



ри таркибии популятсияи фарди ҳар як намуд ахбори авлодҳои гузаштаи он мавҷуд аст ва тадқиқи вай аҳамияти калони илмиву таҷрибавӣ ва амалӣ дорад. Умуман генфонди рустаниҳоро барои мақсадҳои гуногуни биоинженерӣ низ истифода намудан мумкин аст.

Қадам намудҳои рустаниҳоро нодир мешуморанд? Ҳамон рустаниҳоро нодир мегӯянд, ки масоҳати паҳншавии онҳо маҳдуд аст ва миқдоран низ хеле каманд. Ба ин гуруҳ, рустаниҳои реликтӣ қадимӣ ва намудҳои эндемӣ (хоси 1-3 маҳалли географӣ) мансубанд. Ба намудҳои нодир эндимикҳоро ворид кардаанд, ки аз онҳо истифода мебаранд. Захираи онҳо дар натиҷаи истифодаи бенакша коста гардидааст. Масалан, намудҳои гуногуни мевадор, витаминдор, манбаи рӯғани эфирӣ, даббоғӣ, шифобахш, хӯроки чорво, ороишӣ ва боз дигар рустаниҳо вориданд (5, 18, 20).

Қадам гуруҳи рустаниҳоро нест шудан таҳдид мекунад? Ин ҳамон намудҳои нодире мебошанд, ки кам паҳн шудаанд ва кам афзоиш мекунад. Коштани чунин намудҳо суд надорад. Масоҳати паҳн шудаи онҳо беш аз беш танг мешавад. Аз рустаниҳои ҷумхур намудҳое, ки ба нести нигаронанд инҳо мансубанд: сич, сичи пашмақдор, ёсумани доругӣ, лолай муғ, шоҳтути заминии бухорӣ, қоти барги тугмачагулмонанд ва ғайра (5, 18, 20).

Феҳрасти номҳои русӣ ва тоҷикии қариб 40 намуди рустаниҳои нодир ва ба нести дучоршудаи муфид мувофиқи силсилаи А. Л. Тахтаджян (1966), беш аз 72 ва 77 намуд бо номҳои лотинӣ, русӣ ва тоҷикӣ, силсилаи А. Л. Тахтаджян (1987) асоснок карда ба ҷоп расида буданд (5, 18, 20). Аз ин шумора баъзе аз намудҳо ба "Китоби сурх" ворид шуданд. Масалан, ёсумани қадаст, дианисия, кайон, зирки илигӣ, анору хурмои хуҷруӣ ва ғайра, аммо ба намудҳои ороишӣ эътибор дода нашуд. "Китоби сурх", ин марҳалаи муҳими корҳои ҳифзи объектҳои ботаникӣ буд ва мебошад.

Омӯзиш ва ҳифзи рустаниҳои муфиду нодир аз якҷанд марҳала иборат аст: ташҳиси рустанӣ ва мансубияти он ба оила, ав-

лод ва намуд; маълум кардани маҳали паҳншавӣ; ба қайд гирифтани мавқеи экологӣ ва ошкор намудани хосиятҳои (талабот ба рӯшанӣ, об, гармӣ, хок) чунин гуруҳи рустаниҳоро дар бар мегирад, ки ин барои пайдо шудани тасаввуроти дуруст дар бораи ҳолат ва самти тағйир ёфтани флороқойноистипҳо кӯмак мерасонад. Албатта, фардҳои ҷудогонаи намудро берун аз шароити сукунати (фитоқойнос бо тамоми сифатҳо) онҳо ҳофз намудан мушқил аст. Барои он, ки ҳар як намуди растанӣ ба фитоқойносии муайян мансуб аст ва барои онро ҳифз намудан, бояд ҳамон фитоқойносо ҳифз намоем. Бинобар ин тартиб додани рӯйхати фитоқойносоҳое, ки дар таркиби онҳо намудҳои рустаниҳои нодир мерӯянд, аҳамияти ниҳоят калон ва ҳалқунанда доранд.

Ҳифзи намудҳои рустаниҳои нодир ва ба нести нигаронро дар маҳали сукунат ва паҳншудаи онҳо ташкил карда, ҷамъ овардан ва чида фурухтани онҳоро ҳатман ва қатъиян манъ намудан лозим аст. Ҳалли ин масъала, то ба як андоза ба ташкили мамнӯъгоҳҳо ва ғӯрукҳо вобастгӣ дорад. Аммо, ҳифзи рустаниҳои нодир ва ба нести нигаронро танҳо ба ташкили мамнӯъгоҳҳо, ғӯрукҳо ва боғҳои табиӣ ҳал карда на мешавад. Дар мавзехое, ки барои хоҷагидори истифода мешаванд, ин масъала боз ҳам тезу тунд мегардад. Барои ҳамин дар он мавзехое, ки рустаниҳои нодир ва ба нести нигарон вомехӯранд, бояд ки тамоми шаклҳои фаъолияти хоҷагидориро қатъ намоянд, ё онро мувофиқи як нақшаи муайяни тасдиқшуда гузаронанд (дарав кардани алафҳои хӯроки чорво, чаронидани чорво, ҷамъ овардани рустаниҳои ғизовӣ ва ошӣ, кандани лундаҳои ҳолмон, лундарешаҳои гули мучах, лундапиёзҳои намудҳои авлоди пиёз, ситораи хунукак ва диг.). Фаъолияти бар хилофи нақша амалишаванда шароити экологӣ ва таносубан таркиби сохтори фитоқойносоҳоро, ки натиҷаи ҳамзистии бисёрсола ва ҳатто бисёрасраи аъзоёни он аст, тамоман тағйир медиҳад. Барои сари вақт ва дуруст кор карда баромадани роҳҳои ҳифзи рустаниҳои нодир дар шароитҳои муайян, пеш аз ҳама оид ба ҳолати ҷойгир-



шавии онҳо маълумоти кофӣ ва ба сабабҳои кам шудани популятсияи онҳо дуруст баҳо дода тавоништан ниҳоят муҳим аст. Дар як қатор мавридҳо бо шиддат кам шудани рустаниҳо дар натиҷаи рӯйрост нест кардани онҳо ба амал меояд. Ин ба рустаниҳое дахл дорад, ки аҳамияти шифоӣ, ғизовӣ (ҳолмон), хӯрокӣ ва техникӣ дошта бошанд ва онҳоро ба миқдори зиёд ҷамъоварӣ менамоянд. Яке аз усулҳои дурусти ҳифзи ин гуна намудҳо, муайян намудани ҳаҷм ва вақти ҷамъоварӣ, манъ кардани ҷамъоварӣ ба шахсони ҷудоғона ва кошта зиёд кардани онҳо мебошад. Дар баробари ин ба объекҳои барои ҳифз интиҳоб шуда дуруст баҳо дода, захираҳои табиӣ намуду суръати барқарор шудани онҳоро, ҳаҷми талаботро нисбат ба ашёи хоми онҳо бояд ба эътибор гиранд. Махсусан, ба миқдори зиёд чидани рустаниҳое, ки гулҳои зебо доранд, ташвишвар аст, сайёҳон низ чунин гулҳоро дар пайраҳаҳо дида чида мегиранд ва бо ин амал онҳоро аз имконияти бордоршавӣ, аз ҳосил шудани меваву тухми ва пиёзак маҳрум мегардонанд. Чунин рафтори ношоистаи одамон сабаби кам ё тамоман нест шудани рустаниҳои муфид мегардад. Аксарияти ин рустаниҳо ба намудҳои реликтӣ ва эндемӣ мансубанд. Онҳо саҳифаҳои зиндаи таърих буда, сазовори диққати махсус ва муҳофизати ҷиддӣ мебошанд. Ҳамин тавр намудҳои барзӣёди рустаниҳои худрӯй нест мешаванд.

Хулоса. Барои ҳифзи рустаниҳои нодир ба нести нигарон ва афзун гардонида ни шумораи фардҳои популятсияи онҳо, ҳали масъалаҳои зерин бояд ба эътибор гирифта шаванд: омода намудани кадрҳои ихтисосманд; рӯйхат кардан ва тавсиф намудани фитокөйностипахое, ки рустаниҳои нодир ва ба нести нигарон дар дохили онҳо вомерхӯранд; ба нақша гирифтани фитокөйносхое, ки дар дохили онҳо ҷамъ овардани ашёи чунин рустаниҳо пешбинӣ шудааст; қабул ва тасдиқи қонунҳои давлатӣ оид ба истифодаи ҳамингуна рустаниҳо ва амалӣ намудани онҳо; ҷудо намудани мавзӯҳои қафолатӣ дар дохили мамнӯёгоҳҳо ва ғуруқҳо, барои гузаронидани тадқиқотҳои илмӣ комплекси; ташкил намудани қитъаҳои парваридани чунин рустаниҳо дар дохили боғҳои ботаникӣ мавҷуда ва дигар муассисаҳои илмӣ ба ҳайси захираи генофонди флора (2, 3, 5, 7, 10, 15, 18, 23).

Ҳалли бомуваффақияти масъалаи ҳифзи намояндаҳои салтанати рустаниҳо ва фитокөйносҳои офаридаи онҳо аз бисёр ҷиҳат бо иштироки оммаи васеи аҳоли вобаста аст. Махсусан тарғиботи олимони оид ба рустаниҳо ва флорокөйностипахҳои Тоҷикистон, ки манбаи захираи табиӣ худро барқарор намуда метавонаанд ва дар ҳаёти ҳаррӯзаи аҳоли аҳамияти ҳалқунандаи махсусро доро мебошанд.

АДАБИЁТ

1. Атлас Таджикской ССР. Под ред. К. В. Станюковича. ГУК, Душанбе, 1968.
2. Ашуров А., М. Назаров. Рохҳои муҳофизат ва бой гардонидани олами набототи Тоҷикистон (ба ёрии лекторон). Душанбе, 1983. -16 с.
3. Ашуров А. А., Ю. И. Молотковский, М. Н. Назаров, М. Дарвозиев. Охрана и обогащения растительного покрова Таджикистана. Охрана природы Таджикистана. Душанбе, 1985, вып. IV. -45-53с.
4. Грюммер Г. Взаимное влияние высших растений - аллелопатия. Изд-во иност. лит., М., 1957. 262с.
5. Назаров М. Н. Редкие и исчезающие лекарственные растения флоры Таджикистана и их охрана. Охрана природы Таджикистана. Душанбе, 1983, вып. III. -105-116с.
6. Назаров М. Н. О экобиоморфологическом анализе лекарственной флоры формации Праногос пабулария в Памиро-Алае и ее рациональном использовании. Достижения медицинской науки в Таджикистане. Тезисы научн.-практич. Конф., посвящ. 50-летию ТГМИ (май 1989). Душанбе 1989. 248-251 с.



7. Назаров М. Н. Дендрофлора Таджикистана, её охрана и рациональное использование. Актуальные вопросы охраны и использования растительности Таджикистана. (Материалы докладов республиканской научной конференции 14-16 ноября 1990). Душанбе, изд-во "Дониш", 1990, 84-85 с.
8. Назаров М. Н., Исупов С. Д., Назаров Н. М. О лекарственной флоре Таджикистана и развитии фармацевтической промышленности. Сб.: Флора и растительность Таджикистана. Т. 23. Душанбе, 2001. 93-98 с.
9. Назаров М. Н., Корзинников Ю. С. Авицена об использовании лекарственных растений при заболеваниях сердца. Изв. АН Тадж. ССР, отд. Биол. Наук, №3 (80), 1980. 64-69 с.
10. Назаров М., Ашуров А. А., М. Дарвазиев. Дендрофлора Таджикистана и её охраны. Докл. АН РТ, 1992, т.35. № 5-6, с.304-307.
11. Назаров М. Н., Назаров Н. М. О комплексном подходе к изучению и использованию видов лекарственных растений Таджикистана. Материалы I конгресса работников здравоохранения Республики Таджикистан. Т. I. Реформа здравоохранения и охрана здоровья. Душанбе, 1997, 263-265 с.
12. Назаров М. Н., Назаров Н. М., Исупов С. Д. О значении правилах сбора лекарственного растительного сырья в фармпромышленности и охране природы. Материалы I конгресса работников здравоохранения Республики Таджикистан. Т. I. Реформа здравоохранения и охрана здоровья. Душанбе, 1997, 269-271 с.
13. Назаров М. Н., Назаров Н. М., Сабзаев А. Р., Холов А. К. О растительных ресурсах Таджикистана, их охрана и рациональное использование. Материалы I конгресса работников здравоохранения Республики Таджикистан. Т. I. Реформа здравоохранения и охрана здоровья. Душанбе, 1997, 265-267 с.
14. Назаров М. Н., Назаров Н. М., Саидахмадов С. Правильная сушка лекарственного растительного сырья- основа охраны растительных ресурсов. Материалы I конгресса работников здравоохранения Республики Таджикистан. Т. I. Реформа здравоохранения и охрана здоровья. Душанбе, 1997, 267-269 с.
15. Назаров М. Н., Назаров Н. М., Холов А. К. О ресурсах лекарственных растений Таджикистана и их охрана. Т. 23, Душанбе, 2001. 101-106 с.
16. Назаров Н. М., Назаров М. Н. О лекарственной дендрофлоре ущелья р. Гунт Горного Бадахшана, ее охрана и рациональное использование. Материалы I конгресса работников здравоохранения Республики Таджикистан. Т. I. Реформа здравоохранения и охрана здоровья. Душанбе, 1997, 261-263 с.
17. Назаров М.Н. Ресурсы лекарственных растений и их охрана. // М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, А. К. Холов, С. Д. Исупов, А. Р. Сабзаев / Руководство по сбору и сушке лекарственных растений Таджикистана. М. "МЕДпресс-Инорм" 2002. - 96-101 с.
18. Назаров М.Н. Проблема рациональной эксплуатации ресурсов редких и исчезающих видов полезных растений и вопросы их охраны. // М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, А. К. Холов, С. Д. Исупов, А. Р. Сабзаев / Руководство по сбору и сушке лекарственных растений Таджикистана. М. "МЕДпресс-Инорм" 2002. - 101-117 с.
19. Назаров М. Н. Рациональное использование лекарственных растений и их охрана. // М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, М. И. Саидов, Б. И. Саидов / Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистана). Душанбе 2015. - 135-139 с.
20. Назаров М.Н. Редкие и исчезающие виды полезных растений и их охрана. // М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, М. И. Саидов, Б. И. Саидов / Лекарственные растения Государственной фармакопеи (Таджикистан). Душанбе 2015. - 140-153 с.
21. Назаров М. Н. Чормағзнаботҳо.//М. Н. Назаров, Н. М. Назаров. Авчи Зухал.-2016. № 3. -100-108с.



22. Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С. Захирашиносии рустаниҳои шифогӣ (фишурдаҳои лексионӣ). Душанбе 2016. 95с.
23. Назаров М. Н., Назаров Н. М. Атласи рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон. Душанбе, матбааи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 2018, 224 с.
24. Овчинников П. Н. О главнейших типах древесной растительности Таджикистана. Сообщ. Тадж. фил. АН СССР, вып VI, 1948а.
25. Овчинников П. Н. О типологическом расчленении травянистой растительности Таджикистана. Сообщ. Тадж. фил. АН СССР, вып. X, 1948в.
26. Овчинников П. Н. Основные черты растительности и районы флоры Таджикистана. В кн.: Флора Таджикской ССР, т. I, Изд-во АН СССР, М.-Л., 1957.
27. Токин Б. П. О поисках новых фитонцидов. Природа №6. 1949, 21-31 с.
28. Токин Б. П. Целебные яды растений. Повесть о фитонцидах. Изд-е второе. дополненное. Лениздат 1974, 344 с.
29. Флора Таджикской ССР. Т. I-X. М.; Л.: Изд. АН СССР. - 1957 - 1991.
30. Черепанов С. К. Сосудистые растения России и сопредельных государств. Санкт-Петербург. Мир и семья-95.-1995.-990с.

АРЗЁБИИ КАЙФИЯТИ ХАДАМОТИ ШИФОХОНАӢ АЗ ДИДГОӢИ МАРИЗ.

Профессор Камариддин Бегзод, доктор Содик Гуломпур
Донишгоҳи тиббии Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

Камариддини Бекзод- дотсенти кафедраи микробиологияи ДТБ Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Содик Гуломпур- дотсенти кафедраи дерматовенерологияи ДТБ Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Дар як даҳаи охир теъдоди марказҳои хусусӣ ироадихандаи мувоҷиҳатҳои сикҳӣ ва табобатӣ дар Афғонистон рушди рӯзафзӯне дошта ва шароити бозори рақобати шадид дар санъати шифохонаҳои хусусӣ, боиси фишор ба ин шифохонаҳо чихати ироаи хадамот бо кайфияти боло шудааст. Ҳадафи ин мутолиа арзёбии кайфияти хадамоти сикҳии ироашуда дар шифохонаҳои хусусии шаҳри мазори Шариф аз дидгоҳи маризон буд.

Таҳқиқоти мазкур соли 1395 (2017) дар шаҳри Мазори Шариф анҷом дода шуд. Теъдоди намунаҳои таҳти мутолиа 940 маризи бистаришуда дар 4 шифохонаи хусусии шаҳри Мазори Шариф буд. Барои арзёбии кайфияти хадамоти сикҳӣ аз пурсишномаи стандартии SERVQUAL истифода шуд.

Вожаҳои калидӣ: сифати хадамот, натиҷаҳои интизорӣ, ризоияти мариз, шифохонаҳои хусусӣ, хадамоти шифохонагӣ, стандарт.

Камариддини Бекзод- доцент кафедраи микробиологияи Балхского медицинского университета Исламской Республики Афганистан.

Содик Гуломпур- ассистент кафедраи дерматовенерологияи Балхского медицинского университета Исламской Республики Афганистан.



В последние десятилетия функционирование частных центров по медицинскому обслуживанию в Республике Афганистан широко развиваются. Конкуренция с государственными медицинскими учреждениями в рыночном отношении способствует высокому качеству обслуживания больных. В статье рассматриваются вопросы качества медицинского обслуживания в частных больницах с точки зрения больных.

Объектом данного исследования стали 940 больных, госпитализированных в 4 частные больницы города Мазор Шариф Исламской Республики Афганистан. С этой целью нами был использован стандартный вопросник SERVQUAL.

Ключевые слова: качество обслуживания, ожидаемые результаты, согласие больного, частные больницы, стандарт.

ASSESSMENT CONDITION OF HOSPITAL SERVICE FROM THE POINT OF PATIENTS VIEW

Qamariddin Begzod, Sodiq Ghulompur

Medical University of Balkh, Islamic Republic of Afghanistan

Kamariddini Bekzod - associate professor of microbiology department of Balkh medical university of Islamic Republic of Afghanistan

Sodik Gulompur - assistant of Dermatology and Venereology department of Balkh Medical University of Islamic Republic of Afghanistan

In recent decades, the operation of private health care centers in the Republic of Afghanistan has been developing widely. Competition with state medical institutions in market relations contributes to the high quality of patient care. The article deals with the quality of care in private hospitals from the point of view of patients.

The object of this study was 940 patients hospitalized in 4 private hospitals of the city of Mazor Sharif of the Islamic Republic of Afghanistan. For this purpose, we used the standard SERVQUAL questionnaire.

Keywords: quality of service, expected results, patient consent, private hospitals, standard.

Мухимият. Бахши хадамоти сиҳӣ дар навоҳӣ ба суръат дар рушди иқтисоди умумӣ нақш дорад, ва созмонҳои сиҳӣ - дармонӣ нақши муҳимтаре дар ин рушд доранд. Дар як даҳаи охир теъдоди марказҳои хусусии ироҷаунандаи микробатҳои сиҳӣ - дармонии хусусӣ дар Афғонистон рушди рӯзафзӯне дошта ва бозори мураккабҳои сиҳӣ - дармонии хусусӣ ба як муҳити рақобате табдил шудааст. Бар асоси омили вазорати сиҳат дар соли 1395 (с. 2017) аз теъдоди 120 шифохонаи хусусии фаъол дар бахши сиҳат ва дармони Афғонистон ба теъдоди 12 (10%) шифохонаҳои бистардор марбут ба Мазори Шариф мебошад. Шифохонаҳои хусусӣ рақобати шадиде барои қазби мариздоранд ва мисли ҳар муҳити рақобати дигар, меҳонд худашонро дар

зеҳни муштариёни худ мутабориз кунанд ва мутмаин шаванд, ки маризони онҳо шифохонаро бо ризоият тарк мекунанд. Шароити иброс, рақобати шадид дар санъати шифохонаҳои хусусӣ боиси ворид шудани фишор ба ин шифохонаҳо чихати ироаи хадамот бо кайфияти боло шудааст. Ироаи хадамот бо истифодаи як стратегияи муҳим барои муваффақият ва бақо дар муҳити рақобатии имрӯз аст. Бинобар ин шинохт, эҷод ва ҳифзи кайфияти хадамот яке нуктаҳои аслии ироакунандагони мураккабҳои сиҳӣ - дармонӣ аст. Кайфияти хадамот ва иртиботи он бо пул, мафод ва ризоияти мариз ва вафодории муштарӣ дар мутолиъоти қаблӣ мавриди баррасӣ қарор гирифтааст. Шифохонаҳо анвои мушобехе аз хадамотро ироа мекунанд,



аммо кайфияти хадамот дар шифохонаҳо мушобеҳ нест. Кайфият метавонад ба унвони як тафовути стратегӣ чихати эҷоди мафоди тафовут мавриди истифода қарор гирад, ки тақлиди он барои руқабо мушқил хоҳад буд. Кайфият ҳамчунин як омили калидӣ дар мутамоиз шудани хадамот, таъолӣ ва манбаи билқувваи мафоди рақобатӣ пойдор шинохта мешавад. Ва бар аҳамияти таъйинкунандагии он дар интихоби шифохона аз сӯи муштариён, эҷоди ризоият ва ҳифзи муштарӣ таъйид шудааст. Иддао шудааст, ки бо беҳбуди кайфияти хадамоти шифохонае, теъдоди маризон розӣ, ва дар натиҷаи мизони вафодории муштарӣ низ афзоиш меёбад. Ироаи муроқибати стандарт, интизорот ва ниёзҳои мариз метавонад боиси беҳбуд дар кайфияти хадамоти шифохонае шавад. Интизорот яке муҳимтарин таъйинкунандаҳои арзёбии муштарӣ аз кайфияти хадамот аст ва шинохти дақиқи интизороти муштарӣ, муҳимтарин қадам дар таъриф ва ироаи хадамот бо кайфияти болост. Дар ҳақиқат яке аз ҳадафҳои феълии низомҳои саломат, ин аст, ки чӣ гуна ба интизороти мариз посух диҳанд. Алорағми аҳамияти ин мавзӯ, шинохти ниёҳо ва хостаҳо ба маризон дар ироаи муроқибат мавриди ғафлат воқеъ шудааст. Интизороти мариз аз идроки мариз аз устондорҳои идеал муроқибат ё таҷоруби қаблии ӯ дар истифода аз хадамоти ношӣ мешавад. Натоиҷи мутолиъоти мухталиф нишон медиҳад, ки бароварда шудани интизороти мариз бо ризоияти болои ӯ аз хадамоти сикҳӣ марбут аст ва интизороти бароварданашуда низ бо норизоиятӣ муртабит аст. Баъд аз ироаи хадамот, ироакунандагон бояд баррасӣ кунанд, ки интизороти муштариён чи гуна бароварда шудааст. Равишҳои мухталифе барои таъйини интизороти маризон ва чигунагии бароварда шудани он вучуд дорад, аммо модели беморхонаи SERVQUAL, ки дар соли 1998 тарроҳӣ шуда аст, яке аз беҳтарин ва пуристифодатарин моделҳо барои арзёбии интизорот ва идроки муштариён аз кайфияти хадамоти сикҳӣ аст. Дар ин модел кайфият мусовӣ

аст бо идрок ва интиҳои интизорот. Тафовут байни интизороти муштарӣ қабл аз дарёфти хадамот ва дарки кайфият пас аз дарёфти хадамот ба маънои мизони кайфияти он хидмат таъриф мешавад. Кайфият дар хадамоти сикҳӣ - дармонӣ ду самтдор:

(Кайфияти фаннӣ ё кайфияти паёмдод ва кайфияти коркардӣ ё кайфияти фароянда. Кайфияти фаннӣ дар диққати равияҳо ва ташхисҳои табиби таътуф аст ва кайфияти коркардӣ ба равише, ки хадамоти сикҳӣ ба маризон ироа мешавад, ишора дорад. Аз он ҷое, ки ағлаби маризон дорои дониши мавриди ниёз барои арзёбии кайфияти фаннии хадамот ҳастанд, бинобар ин арзёбии онҳо аз кайфият бар мабнои фароянд ироаи муроқибат аст).

Шифохонаҳои хусусӣ бояд кайфияти хадамоти худро ба вижа аз дидгоҳи маризони худ ба таври мудовим арзёбӣ кунанд. Андозагирии кайфияти муроқибат аз дидгоҳи мариз дар муроқибатҳои сикҳӣ - дармонӣ пазируфта шудааст ва ба таври рӯзафзӯнӣ низ мавриди истифода қарор мегирад. Таҳлили кайфияти хадамот, мудирияти шифохонаро қодир месозад то манобеи молиро барои беҳбуди амалкард дар ҳавзаҳои, ки асари бештаре бар идроки муштарӣ аз кайфияти хадамот дорад, таҳсис диҳад. Мутолиъоти анҷомшуда дар Афғонистон дар бораи кайфияти хадамоти сикҳӣ бештар маътуф ба муроқибатҳои сикҳии аввалия будааст ва бар асоси баррасии мо, ин аввалин мутолиъаи кайфияти хадамоти шифохонае аз дидгоҳи мариз дар бахши хусусӣ аст. Ҳадафи ин мутолиъа арзёбии кайфияти хадамоти ироашуда дар шифохонаҳои хусусии Афғонистон аз дидгоҳи маризон аст.

Мақсади таҳқиқот. Ин пажӯҳиш дар ҳазони соли 1395 (с. 2017) дар вилояти Балх анҷом дода шуд. Ҳадафи мутолиа аз байни ҳама маризони бистарӣ дар шифохонаҳои хусусии Афғонистон интихоб шуд. Ибтидои шифохонаҳои хусусӣ бар ҳасби зарфият ба ду гуруҳи кӯчак (камтар аз 150 бистар) ва бузург (болотар аз 150 бистар) тақсим шуданд ва аз ҳар гуруҳ ду шифохона



ба сурати тасодуфӣ интихоб шуд. Дар ниҳояти чаҳор бемористони хусусии умумӣ мутолиъаи ибтидои интихоб ва сипас теъдоди намунаҳо бар асоси асли тақсим ба нисбат байни чаҳор шифохона тақсим шуд. Меъёри вуруд, маризон болои 15 сол буд, ки ҳадди ақал як рӯз дар он шифохона бистарӣ шуда бошанд ва тамоил ба мушорикот дар мутолиъа дошта бошанд. Интихоби намунаҳо аз ҳар шифохона ба сурати тасодуфӣ буд ва пурсишнома рӯзи руҳсати бемор ба вай дода мешавад то онро пуркунад. Ҳадафи мутолиъа ба маризон тавзеҳ дода шуд ва дар мавриди маҳрамона мондани иттилооташон ба онҳо итминон дода шуд. Маризони бесавод низ тавассути мусоҳибагар омӯзиш дида мавриди мусоҳиба қарор гирифтанд. Дар ниҳоят аз 1100 пурсишномаи тавзеъшуда байни маризон, теъдоди 983 пурсишномаи тақмилшуда барои таҳлил ҷамъоварӣ шуд. Пурсишномаи мутолиа шомили 2 бахш буд. Бахши аввал шомили 9 савол марбут ба мушаххасоти демографӣ - иҷтимоии мариз буд. Дар бахши дуюм барои санҷиши интизорот ва идроки маризон аз кайфияти ҳадамот, аз василаи SERVQUAL, ки барои арзёбии муштарӣ аз кайфияти ҳадамот тарроҳӣ шудааст, истифода шуд. Саволнома шомили 22 савол дар қолаби 5 спамти кайфияти ҳадамот, омилҳои маҳсус (4 савол дар бораи тасҳилот ва асосоти риояи ҳадамот), эътимод (5 савол дар бораи тавоноии шифохона дар ироаи ҳадамот), посухгӯӣ (4 савол дар бораи тамоил ва тавоноии коркунон барои кӯмак ба бемор), тазмин (кафолат додан) (4 савол дар бораи дониш, тавозуъ ва шоистагии коркунон) ва ҳамдилӣ (5 савол дар бораи тавачҷуҳи шахсӣ ва риояи мулоҳизоти фардӣ дар ироаи ҳадамоти мариз) буд. Ин пурсишнома дар Эрон тарҷума шуда ва нусхаи форсии он мавҷуд буд ва фақат тағйироти ҷузъӣ дар пурсишнома дода шуд, то саволот барои муҳити шифохона мутаносиб шаванд.

Барои арзёбии пояи андозаи кайфияти ҳадамот таҳлили созгори дарунӣ анҷом шуд. Дар маҷмӯъ аз 0/850 то 0/906 барои

ибъоди идрок ва 0/961 то 0/855 барои ибъоди интизор ва 0/933 барои кулли 22 самти интизор аз кайфияти ҳадамот буд. Маҷмӯи ҳамаи онҳо болотар аз сатҳи тавсияшуда (0/7) ҳастанд. Пурсишномаи додаҳо бо истифода аз soft vir 17.0 SPSS анҷом дода шуд. Барои муқоисаи рақамҳои идрок ва интизор аз озмоиши Вилкоксон ва барои таҳлили миёнаи нумраи интизор ва идрок дар гурӯҳҳои мухталиф аз озмоишҳои Крускол ва Алис ва Титист истифода шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ёфтаҳои демографии мутолиъа нишон дод, ки 64% -и беморон мард ва 56% зан буданд. Синни миёнаи маризон 68 сол буд. 651 нафар 67% дорои таҳсилоти донишгоҳӣ ва 508 нафар 53% аз маризон) таҳсилоти ибтидоӣ ва ё бесавод буданд. 314 нафар (33%) маризони собиқаи бистарӣ дар шифохонаи феълӣро доштанд ва 259 нафар (27%) низ қаблан аз ҳадамоти амбулаторӣ (сарипойӣ) (тасвирбардорӣ, лобротвор ва клиникӣ) шифохонаи бистардори маҳаллашон истифода карда буданд. 585 нафар (41%) бо тавсияи табиби муолиҷи худ шифохонаи феълӣро барои бистар намудан интихоб карда буданд. Ҳамчунин 42% -и маризон вазъияти саломатии худро дар замонҳои мураҳси хуб ва олӣ ва 38% низ мутаваассит ва бад тавсия карда буданд. Бар асоси ёфтаҳои мутолиъа, ки дар ҷадвали як намоиш додааст, мутаваассит нумраи интизороти боло буд ва ва аз 4/78 барои (гӯяи 21: алоқаи қаблии коркунон нисбат ба шифохонаи то 4/97 рушддошта, (гӯяи 20: муҳити тамиз ва покизаи шифохона) мутағайир буд.

Ҳадди миёнаи баҳои идрок аз 3/38 барои (гӯяи 18: тавачҷӯҳи фардӣ ба ҳар мариз) то 4/39 барои (гӯяи 19 бархурди муаддабона ва дӯстона бо мариз) мутағайир буд. Баҳои кайфият низ байни 1/53 - (гӯяи 18: тавачҷӯҳи фардӣ ба ҳар бемор) то 0/57 (гӯяи 16: бархурди муаддабона ва дӯстонаи коркунон бо мариз) мутағайир буд. Бар асоси натоиҷи мутолиъа дар ҳар 22 гӯя марбут ба кайфияти ҳадамот вучуд дорад ва ин манфӣ аст. Натоиҷи озмуни Вилкоксон нишон дод, ки сатҳи кайфият дар ҳар 22 гӯя гуногун аст ($p < 0/001$).



Чадвал: 1 нумроти идрок, интизор ва шикофи кайфияти хадамот дар ҳар як аз гӯяхои кайфияти хадамоти шифохонаҳои хусусӣ аз дидгоҳи мариз.

-0/60	0/212	4/96	0/581	4/36	Авомили маҳсус: Зохири ораста ва мураттаби коркунон Муҳити тамиз ва покизаи шифохона Таҷҳизоти шифохонаи чадид ва мудерн Таносуби муҳити фарҳанги ва аломатҳо ва роҳнамоҳо
-0/69	0/175	4/97	0/652	4/29	
-0/99	0/234	4/95	0/939	3/96	
-0/82	0/271	4/94	0/778	4/12	
-0/78	0/264	4/94	0/817	4/07	Эътимод: Ироаи хадамот мутобики таъаххуодот. Алоқаи маданияи коркунон ба ҳалли мушкилоти маризон Анҷоим саҳеҳи хадамот дар бори аввал Нигоҳдории дақиқи савобиқ ва парвандаи маризон
-0/90	0/264	4/94	0/855	4/04	
-0/84	0/298	4/92	0/830	4/08	
-0/81	0/323	4/92	0/836	4/11	
-0/96	0/266	4/93	0/860	3/97	
-0/88	0/343	4/90	0/833	4/02	Посухгӯӣ: Эъломи замони анҷоми хадамоти мухталиф ба бемор Ироаи сариъ ва бидуни маътали хадамот. Тамоили коркунон барои кӯмак ба маризон Дар дастрасӣ будани коркунон ба ҳангоми ниёз
-0/88	0/324	4/91	0/851	4/03	
-0/85	0/274	4/93	0/818	4/08	
-0/85	0/252	4/94	0/855	4/09	
-0/91	0/231	4/95	0/894	4/04	Тазмин: Ҳисси итминон ва эътимод дар мариз Эҳсоси амният ва оромиш ба ҳангоми иртибот бо коркунон Бархурди муаддабона ва дӯстонаи коркунон бо мариз Посух ба суолоти мариз
-0/91	0/230	4/95	0/879	4/04	
-0/57	0/202	4/96	0/623	4/39	
-0/95	0/343	4/90	0/924	3/95	
-1/53	0/414	4/87	1/20	3/34	Ҳамдилӣ: Тавачҷӯҳи ф ардӣ ба ҳар мариз Дар дастрас будани 24 соати хадамоти шифохона Тавачҷӯҳ ба эътиқодот ва ҷавоифи мариз Тавачҷӯҳ ва дарки ниёзҳои хоси ҳар мариз
-0/97	0/261	4/94	0/828	3/97	
-0/96	0/404	4/86	0/850	3/90	
-0/95	0/558	4/78	0/878	3/83	
-0/96	0/474	4/82	0/872	3/86	

Бар асоси иттилооти чадвали 2, авсати баҳои кулли идрок аз кайфияти 4/02 ва васати баҳои кулли интизор аз кайфияти 4/92 буд. Болотарин интизороти марбут ба буъди авомили маҳсус (нумраи мутавассити буъд = 4/95) ва пойинтарин интизорот низ марбут ба буъди ҳамдилӣ (баҳои мутавассит = 4/85) буд.

Ҳамчунин болотарин идрок аз кайфият дар буъди авомили маҳсус (нумраи мутавассити буъд = 4/18) ва пойинтарин идрок аз кайфият низ марбут ба буъди ҳамдилӣ (ҳадди васати нумраи буъд = 4/78) буд. Ҳамчунин болотарин нуктаикайфият марбут ба буъди ҳамдилӣ (ҳадди васати нумраи он = -1/07) аст ва дар ин буъди

кайфият фосилаи қобили тавачҷӯҳе байни интизорот ва идроки маризон вучуд дорад. Пойинтарин шикофи кайфият низ марбут ба буъди авомили маҳсус (нумраи васати шикоф = -0/77) буд. Нигоҳе ба нумраи шикоф дар гӯяхои кайфият (чадвали 1) нишон медиҳад, ки аз 5 гӯяи бо болотарин шикофи 4 гӯяи марбут ба буъди ҳамдили гӯяхои (18. 19. 20 ва 22) ва як гӯя низ марбут ба буъди авомили маҳсус (гӯяи 3) аст, ки натиҷаи фавқро таъйид меккунад. Натоиҷи озмуни Вилкоксон нишон медиҳад, ки тафовутҳои байни идрок ва интизор барои ҳар 5 буъд ва ҳамчунин кайфияти кулӣ аз назари оморӣ маънодор аст. ($p < 0/001$).



Ҷадвал: 2 нумроти идрок, интизор ва шиқоф дар баҳои панҷгона ва кулли кайфияти хадмоти бемористонҳои хусусӣ аз дидгоҳи мариз

p-value	Тағйироти миёна	Баҳои миёнаи интизор (дурӣ аз меъёр)	Баҳои миёнаи идрок (дурӣ аз меъёр)	Ибъоди кайфият
<0/001	-0/77	(0/178)4/95	(0/625)4/18	Омилҳои махсус Эътимод Посухгӯй Тазмин (кафолат) ҳамдидӣ Кайфияти кулӣ
<0/001	-0/88	(0/212) 4/93	(0/711) 4/05	
<0/001	-0/86	(0/247) 4/92	(0/741) 4/06	
<0/001	-0/83	(0/203) 4/94	(0/696) 4/11	
<0/001	-1/07	(0/344) 4/85	(0/777) 3/78	
<0/001	-0/90	(0/202) 4/92	(0/628) 4/02	

Баррасии тафовут байни баҳои интизори маризон бар асоси мутағайирҳои демографӣ - иҷтимоӣ нишон дод, ки авсати нумраи интизор аз кайфияти хадмот бар асоси ҷинсият тақрибан ихтилофи маънодор аз назари омӯрӣ дорад ($0/044 = p$, $2/022 = (839)t$) ва интизороти занон аз кайфияти хадмот бештар аз мардон буд. Тафовут байни авсати нумраи интизор аз кайфият бар асоси собиқаи бистарии қаблӣ дар ҳамон шифохона низ аз назари омӯрӣ маънодор буд ($0/020 = p$, $2/338 = (537)t$) ва маризоне, ки собиқаи бистарии қаблӣ дар он шифохонаро доштанд, интизороти пойинтаре нисбат ба дигарон доштанд. Ҳамчунин тағйир баҳои интизор аз кайфияти хадмот бар асоси сатҳи таҳсилот ихтилофи маънодор аз назари омӯрӣ дорад ($p < 0/001$, $H(2) = 16/382$) ва беморони бесавод интизороти болотаре нисбат ба беморони босавод доштанд.

Хулоса. SERVQUAL ба унвони як василаи стандартии андозагирии кайфият, дар муҳити шифохона аст. Бинобар ин ин васи-

ла метавонад аз сӯи мудирони шифохонае барои андозагирии кайфият мавриди истифода қарор гирад. Интизороти ва идроки маризон метавонанд ироаи хадмоти шифохонаиро тасхил кунад, сатҳи хадмоти ироашударо афзоиш дода ва кайфияти хадмот ва ризоияти беморро беҳбуд бахшад. Вучуди он дар ҳар 22 гӯя ва 5 буъд кайфият нишон медиҳад, ки бемористонҳои хусусӣ дар Мазори Шариф натавонистаанд интизороти беморони худро бароварда кунанд ва ҳанӯз ниёз ба беҳбудии кайфияти хадмоташон доранд то ба сатҳи интизороти беморон бирасанд. Ёфтаҳои мо аҳамияти эҷоди робитаи қавӣ байни беморон бо пизишкон ва коркунони бемористон ва ниёз ба посухгӯ будан, муътабар будан ва ҳамдил будани табиб ва коркунон бо маризонро равшан сохт. Шифохонаҳо ниёзманд ба омӯзиши коркунони худ дар бораи хостаҳо ва интизороти маризон, ба иловаи чигунагии бароварда кардани муассири ин хостаҳо ва интизороти ҳастанд.

Адабиёт

1. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence* 2005; 16(1): 15-30.
2. Ministry of Health and Medical Education. Statistic and Technology Office. Available at: <http://it.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=101&pageid=20409>. 2010.
3. Boshoff C, Gray B. The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management* 2004; 35(4): 27-37.
4. Yesilada F, Direktör E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management* 2010; 4(6): 962-71.
5. Lim PC, Tang NKH. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2000; 13(7): 290-9.



6. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services* 2006; 19(2): 1-10.
7. Karassavidou E, Glaveli N, Papadopoulos CT. Quality in NHS hospitals: No one knows better than patients. *Measuring Business Excellence* 2009; 13(1): 34-46.
8. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008; 21(1): 8-23.
9. Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What Do Patients Expect from Their Physicians? *Iranian Journal of Public Health* 2010; 39(1): 70-7[Article in Persian].
10. Kucukarslan SN, Nadkarni A. Evaluating medication-related services in a hospital setting using the disconfirmation of expectations model of satisfaction. *Research in Social Administrative Pharmacy* 2008; 4(1): 12-22.
11. Dawn AG, Lee PP. Patient expectations for medical and surgical care: A review of the literature and applications to ophthalmology. *Survey of Ophthalmology* 2004; 49(5): 513-24.
12. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64(1): 12-40.
13. Lin H-C, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16(6): 437-45.
14. Lam SSK. SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management* 1997; 8(4): 145-52.
15. DengJuin L, YaHsin L, JarYuan P, IngCheau S, Glen R, MingJen C. Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. *BMC Health Services Research* 2009; 9(1): 239.
16. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhar H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2004; 8(2): 828[Article in Persian].
17. Mohammadi A, Shoghli A. Survey on quality of primary health care in Zanjan district health centers. *The Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2009; 16(65): 89-100[Article In Persian].
18. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network. *BMC Health Services Research* 2011 Feb; 11(1): 46.
19. Lin DJ, Sheu C, Pai JY, Bair A, HungChY, Yeh YH, et al. Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7(1): 63.
20. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(4): 545-55.
21. Butt MM, De Run EC. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23(7): 658-73.
22. Jabnoun N, Chaker M. Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality* 2003; 13(4): 290-9.
23. Zimring C, Joseph A, Choudhary R. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: An once-in-a-lifetime opportunity. Available at: <http://www.rwjf.org/files/publications/other/RoleofthePhysicalEnvironment.pdf>. 2011.
24. Camilleri D, O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1998; 11(4): 127-33.
25. Huang YY, Li SJ. Understanding Quality Perception Gaps among Executives, Frontline Employees, and Patients: The Outpatient Services in Taiwan Hospitals. *Quality Management in Healthcare* 2010; 19(2): 173-84.



26. Bardy MK, Cronin JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived services quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing* 2001 Jul; 65(3): 34-49.
27. Suki NM, Lian JCC, Suki NM. A Comparison of Human Elements and Nonhuman Elements in Private Health Care Settings: Customers Perceptions and Expectations. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations* 2009; 19(2): 113-28.
28. Padma P, Rajendran C, Prakash SL. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal* 2010; 17(6): 807-41.
29. Rose RC, Uli J, Abdul M, Ng KL. Hospital service quality: a managerial challenge. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2004; 17(3): 146-59.
30. Choi KS, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: Comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing* 2005; 19(3): 140-9.
31. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality. *Journal of Service Research* 2007; 10(2): 123-42.
32. Bakar C, Akgun HS, Al Assaf A. The role of expectations in patients' hospital assessments: A Turkish university hospital example. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008; 21(5): 503-16.
33. Quintana J, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 102.
34. Da Costa D, Clarke AE, Dobkin PL, Senecal JL, Fortin PR, Danoff DS, et al. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11(3): 201-07.
35. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13(5): 385-90.



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

МАЪЛУМОТҲОИ МИҚДОРИИ ГИРЕҲЧАҲОИ ЛИМФОИДИИ РОҲҲОИ ТАЛХАРАВИ БЕРУНАЗЦИГАРИИ ОДАМОН ДАР ОНТОГЕНЕЗИ БАЪДИТАВАЛЛУДӢ

О.Т. Девонаев, Р.Х. Зокиров, М.Ф. Менликулов, А.А. Алиев

Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А. Раҳимов (мудири кафедра н.и.т. Р.Х. Зокиров) - и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Девонаев Олимҷон Темурович - профессори кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Борбад, б. 48/32, кв. 56. E-mail: olimjon61@bk.ru. Тел.: 935236023.

Зокиров Раҳматулло Ҳамидович - н. и. т., мудири кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; Тоҷикистон, ш. Ҳисор, д. Обишорон. E-mail: rahmatullo.zokirov@mail.ru. Тел: 900-21-67-67

Менликулов Муродалӣ Файзалиевич - муаллими кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Шараф. E-mail: murodali@mail.ru. Тел.: 988-43-31-75.

Алиев Азим Анварович - муаллими кафедраи анатомияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; Тоҷикистон, н. Рӯдаки, д. Чимтеппа, 105 Тел: 935860411

Далелҳои овардашуда натиҷаи тадқиқоти шахсии муаллифон буда, маълумотҳои морфометрии гиреҳчаҳои лимфавиро дар қисматҳои гуногуни девораҳои роҳҳои тал-

харави беруназцигарии одамони синну солшон гуногун пешниҳод карда шудаанд.

Калимаҳои калидӣ: гиреҳҳои лимфавӣ, роҳҳои талхарав, морфометрия

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

О.Т. Девонаев, Р.Х. Зокиров, М.Ф. Менликулов, А.А. Алиев

Кафедра анатомии человека имени Я.А. Рахимов (зав. кафедры к. м. н. Р.Х. Зокиров)
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Девонаев Олимҷон Темурович - профессор кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Борбада д. 48/32 кв.56. E-mail: olimjon 61@bk.ru. Тел: 93 - 523 - 60 - 23

Зокиров Раҳматулло Ҳамидович - к.м.н заведующий кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ; Таджикистан, г. Гиссар, село Обишорон. E-mail: rahmatullo.zokirov@mail.ru. Тел: 900-21-67-67

Менликулов Муродали Файзалиевич - ассистент кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе ул. Шараф 335. E-mail: murodali@mail.ru Тел: 988-43-31-75.

Алиев Азим Анварович - ассистент кафедры патологической анатомии, ТГМУ, Таджикистан. р. Рӯдаки, с. Чимтеппа, 105 Тел: 935860411

Данные приведенные в этой научной работе результат собственных исследований авторов о количестве лимфоидных узелков в различных отделах стенки внепечёночных

желчевыводящих путей, у людей разного возраста и пола.

Ключевые слова: лимфатические узелки, желчевыводящие пути, морфометрия



QUANTITATIVE DATA OF THE LYMPHOID KNOTS OF THE EXTRUSHENOUS BLIKER OF THE DETERMINING WAYS IN PEOPLE OF POST-TOTAL ONTO GENESIS

Devonaev O. T., Zokirov R. H., Menlikulov M. F., Aliev A. A

Human anatomy department named after Ya. A. Rahimov (head of department c.m.s.
R.H. Zokirov) ATSMU

Devonaev Olimjon Temurovich - professor of anatomy department named after Ya. A. Rahimov ATSMU, Tajikistan city, Dushanbe, Borbad St. 48/32, flat 65. E-mail: olymjon61@bk.ru; Tel. 935236023

Zokirov Rahmatullo Homidovich - c. m. s., head of department of human anatomy named after Ya. A. Rahimov ATSMU, Tajikistan city Hissar, Village Obshoron. E-mail: olymjon61@bk.ru. Tel.: 935236023

Menlikulov Murodali Faizalievich - assistant of department of human anatomy named after Ya. A. Rahimov, Tajikistan, city Dushanbe, Sharaf St. E-mail: murodali@mail.ru Tel: 988-43-31-75.

Aliev Azim Anvarovich - assistant of anatomical pathology. Rudaki region, village Chimteppa. Tel: 935860411

The data given by this scientific work are the results of the authors research on the number of lymph nodes in the wall sections of extra hepatic age and sex, individual

words in the people of different bleary tract.

Key words: lymph nodules, bleary tract, morphometry

Мухимият. Дараҷаи беморшавии роҳҳои талҳарави беруназҷигари (холангитҳо, аденома, аденокарсинома, свиши талҳавӣ) бардавом зиёд мешаванд. Чи хеле, ки навиштааст, терапевт академик В.Х. Василенко: "Ба мо ҳамла намуда истодааст абри бешумори бемориҳои музмини роҳҳои талҳарави беруназҷигарӣ". Ба тавсифи морфологияи гиреҳҳои лимфоидии маҷрои талҳадон, маҷрои ҷигарии умумӣ ва маҷрои умумии талҳарав, қорҳои ками алоҳида бахшида шудааст, ки бештари он аз маводи, беморон гирифта шудааст. Нишондиҳандаҳои миқдорию-андозавии сохторҳои лимфоиди дар девори ин узвҳо, то ҳол муайян карда нашудааст.

Мақсади таҳқиқот: муайян намудани миқдори нишондиҳандаҳои гиреҳҳои лимфоиди дар девори роҳҳои талҳарави беруназҷигарии одам дар ҳолати мутаъдил.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар мустаҳзарҳои аз ҳасади 104 нафар одамони синну солшон гуногун ва ҷинс дар базаи академияи тиббии Москва ва экспертизаи тибби-судии шаҳри Душанбе, дар солҳои 2001-2006 гирифта шудааст. Бо усули рангкунии гематоксилин Гарриса, ва усулҳои гистологӣ

(рангкунии буришҳо бо гематоксилин-эозин, ван Гизон, азури-2-эозин, усули Браше), мо сохторҳои лимфоидии роҳҳои талҳарони беруназҷигариро дар ҳолати мутаъдил омӯхтем. Дар маводҳои гирифташудаи мо бемории системаи ҳозима дида намешуд.

Бо усулҳои морфометри дар мустаҳзарҳои роҳҳои талҳарави беруназҷигари, миқдори гиреҳҳои лимфоидиро дар девори маҷрои талҳадон, маҷрои ҷигарии умумӣ, маҷрои умумии талҳа ва роҳҳои талҳарав дар маҷмуъ омӯхтем. Нишондиҳандаҳоро бо усули омории вариатсионии коркард намудем.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар мустаҳзарҳои аз девори роҳҳои талҳарав баъди рангкунии гиреҳҳои лимфоидӣ, мо анатомияи ин сохторҳоро дида баромадем. Баъди рангкунии бо усули Хелман гиреҳҳои лимфоидӣ ранги кабудӣ-сиёхро (сиёхро) мегиранд, дар фони сафеди девори он. Гиреҳҳои лимфоиди намуди сохтори компактиро дороянд, ки дар масофаи гуногун аз ҳамдигар ҷойгир мешаванд. Дар девори маҷрои талҳадон ва маҷрои умумии ҷигарӣ гиреҳҳои лимфоиди бо қаторҳои қандашудаи кӯтоҳ, ки ба самти про-



ксимо-дистали чойгир шудаанд. Файр аз ин, дар девори ин узвҳо дида мешавад гирехҳои лимфоиди, ки танҳо чойгиранд, чуфт ё ки гуруҳҳои хурд ба вучуд меоранд.

Чадвали 1

Микдори гирехҳои лимфоидӣ дар деворҳои гуногуни роҳҳои беруназчигарии талҳарави одамон дар нишондоди синну соли ($X \pm Sx$; min-max).

Синну сол	n	Микдори гирехҳои лимфоидӣ дар девори:			
		Маҷрои талҳадон	Маҷрои умумии чигар	Маҷрои умумии талҳарав	Роҳҳои талҳарав дар маҷмуъ
Навзодӣ	9	36,5 ± 1,4 30-42	30,0 ± 1,8 22-37	24,2 ± 1,7 15-29	90,7 ± 3,9 75-108
Ширмакӣ	8	42,8 ± 1,0 36-47	35,6 ± 2,7 24-44	30,0 ± 2,1 19-35	108,4 ± 4,3 88-120
Кӯдакии барвақт	9	94,3 ± 5,7 67-115	64,2 ± 4,6 44-84	42,2 ± 2,0 32-49	200,7 ± 11,1 126-220
1- кӯдакӣ	9	83,0 ± 5,1 60-103	54,8 ± 3,5 43-72	36,5 ± 2,3 28-47	174,3 ± 8,4 138-209
2-кӯдакӣ	9	74,8 ± 3,9 56-89	50,6 ± 3,2 38-65	32,2 ± 2,3 24-44	157,6 ± 7,9 133-200
Наврасӣ	8	66,8 ± 3,1 52-75	45,2 ± 2,9 30-52	30,0 ± 2,4 22-40	142,0 ± 9,1 107-176
Чавонӣ	8	56,3 ± 3,3 45-70	40,0 ± 2,9 28-50	24,2 ± 2,8 15-36	120,5 ± 8,3 103-166
Давраи якуми камолот	9	42,5 ± 3,8 32-64	34,2 ± 2,1 24-42	20,0 ± 2,5 14-35	96,7 ± 9,5 72-152
Давраи дуҷуми камолот	9	38,4 ± 3,3 30-58	30,0 ± 2,1 22-40	17,2 ± 2,5 9-30	85,6 ± 9,2 64-142
Пиронсолӣ	9	32,2 ± 3,0 15-45	26,5 ± 1,4 18-32	15,0 ± 1,6 9-25	73,7 ± 8,4 52-136
Кӯҳансолӣ	8	32,2 ± 3,0 15-45	24,2 ± 1,4 16-30	15,2 ± 1,6 8-24	71,6 ± 8,7 45-132
Дарозумрон	9	31,6 ± 2,8 15-43	24,0 ± 1,6 16-32	15,2 ± 1,6 8-24	70,8 ± 9,0 40-130

Эзоҳ: n - шумораи омехташуда.

Дар девори маҷрои умумии талҳадон гирехҳои лимфоиди, қаторхоро ба вучуд намеоранд ва бетартиб, бо гуруҳҳои начандон калон, ё танҳо, чойгир мебошанд. Байни гирехҳои лимфоиди дар дарозии девори он чойҳои пардаи луҳобӣ дида мешавад, ки дар он, онҳо нестанд.

Микдори гирехҳои лимфоиди дар девори маҷрои талҳадон дар муқоиса бо кедакони навзод, дар айёми кӯдакии барвақт - 2,6 бор ($P < 0,05$), зиёд мешавад ва нишондоди баландтарини худро мегирад.

Дар муқоиса бо айёми кӯдакии барвақт ин нишондиҳанда дар наврасӣ - 1,4 бор ($P < 0,05$), паст мефарояд, дар давраи камолоти якум бошад - 2,2 бор ($P < 0,05$), дар пиронсолӣ ва кӯҳансолӣ бошад - 2,9 бор ($P < 0,05$) ва дар давраҳои ояндаш таъйир намеёбад.

Микдори гирехҳои лимфоидӣ дар девори маҷрои умумии чигар, дар муқоиса бо давраи навзодӣ, дар давраи кӯдакии якум - 2,1 бор ($P < 0,05$), зиёд мешавад. Дар муқоиса бо давраи охир дарозумрӣ ин нишондиҳанда, дар наврасӣ - 1,4 бор ($P < 0,05$), кам мешавад, дар давраи якуми камолот - 1,9 бор ($P < 0,05$), дар пиронсолӣ - 2,4 бор ($P < 0,05$), дар кӯҳансолон ва дарозумрон - 2,7 бор ($P < 0,05$).

Дар девори маҷрои умумии талҳарав микдори гирехҳои лимфоиди, дар муқоиса бо давраи навзодӣ, дар давраи кӯдакии барвақт - 1,7 бор ($P < 0,05$), зиёд мешавад. Дар муқоиса бо давраи дарозумрӣ ин нишондиҳанда дар давраи наврасӣ - 1,4 бор ($P < 0,05$), кам мешавад, дар давраи якуми камолот - 2,1 бор ($P < 0,05$), дар пиронсолӣ бошад - 2,8



бор ($P < 0,05$) ва дар кӯҳансолию дарозумри - 2,8 бор ($P < 0,05$).

Дар роҳҳои талҳарав дар маҷмуъ миқдори гирехҳои лимфоиди дар муқоиса бо навзодӣ, дар кӯдакии барвақт-2,2 бор ($P < 0,05$), зиёд мешавад. Дар муқоиса бо давраи кӯдакии барвақт, миқдори умумии гирехҳои лимфоиди дар давраи наврасӣ - 1,4 бор ($P < 0,05$), кам мешавад ва дар давраи якуми камолот - 2,1 бор ($P < 0,05$), дар пиронсолӣ - 2,7 бор ($P < 0,05$), дар кӯҳансолӣ бошад - 2,8 бор ($P < 0,05$). Дар муқоиса бо кӯҳансолӣ, ин нишондиҳанда дар дарозумрӣ қариб, ки тағйир намеёбад.

Таҳлили рақами нишон медиҳад, ки миқдори гирехҳои лимфоиди дар деворҳои роҳҳои беруназҷигарии талҳарав дар самти проксимо-дистали тағйир меёбанд (нигар ба ҷадвали 1). Дар давраи навзодӣ миқдори гирехҳои лимфоиди дар девори маҷрои талҳадон бештар, назар ба маҷрои умумии чигар - 1,2 бор ($P < 0,05$) ва маҷрои умумии талҳарав - 2,2 бор ($P < 0,05$). Дар давраи кӯдакии барвақт ин нишондиҳанда дар девори маҷрои талҳадон зиёдтар, назар ба маҷрои умумии чигар - 1,5 бор ($P < 0,05$) ва маҷрои умумии талҳарав бошад - 2,2 бор ($P < 0,05$). Дар давраи наврасӣ миқдори гирехҳои лим-

фоиди дар девори маҷрои талҳадон бештар, назар ба маҷрои умумии чигар - 1,5 бор ($P < 0,05$) ва маҷрои умумии талҳарав - 2,2 бор ($P < 0,05$). Дар давраи якуми камолот бошад ин нишондиҳанда дар девори маҷрои талҳадон зиёдтар, назар ба маҷрои умумии чигар - 1,2 бор ($P < 0,05$) ва маҷрои умумии талҳарав бошад - 2,1 бор ($P < 0,05$). Дар давраи пиронсолӣ миқдори гирехҳои лимфоиди дар девори маҷрои талҳадон бештар, назар ба маҷрои умумии чигар - 1,3 бор ($P < 0,05$) ва маҷрои умумии талҳарав - 2,1 бор ($P < 0,05$) мебошад.

Ҳамин тавр, миқдори гирехҳои лимфоиди дар деворҳои роҳҳои талҳарав аз давраи навзоди баланд мешавад, то давраи кӯдакии барвақт, дар давраи пиронсоли ва дарозумрӣ бошад, кам шуда меравад. Фарқият байни нишондиҳандаи давраи навзодӣ ва ширмакӣ бисёр ҳам кам мебошад, назар ба дигар давраҳои онтогенези баъдитаваллудӣ.

Фарқияти индивидуалии максимум ва минимуми миқдори гирехҳои лимфоиди дар бештари давраҳо дар девори маҷрои талҳадон зиёдтар аст, назар ба девори маҷрои умумии талҳарав, дар девори маҷрои умумии чигар бошад, ҷойи мобайниро ишғол менамояд.

АДАБИЁТ

1. Абирова Р.Э. Макромикроскопическая анатомия лимфоидных образований стенок желчного пузыря и желчевыводящих путей в постнатальном онтогенезе: Автореф. канд. дисс./ Р.Э. Абирова - М., 1996. - 24с.
2. Аллахвердиев М.К. Структурно-функциональная характеристика и закономерности морфогенеза железистого и лимфоидного аппаратов внепеченочных желчевыводящих путей человека в постнатальном онтогенезе: Автореф. докт.дисс./М.К.Аллахвердиев, Баку, 2006 - 44 с.
3. Боронов Х.А. Морфологическая характеристика лимфоидных образований и желёз желчного пузыря человека в норме и при патологии: Автореф. дис.... канд. мед.наук /Х.А. Боронов. - Душанбе-2009.- 19 с.
4. Девонаев О.Т. Хусусиятҳои ҳоси чинсии ғадудҳои беруназҷигарии роҳҳои талҳарави одамон дар нишондоди синнусоли. /О.Т. Девонаев ва дигарон. - Душанбе, "Авчи Зуҳал", №1, 2018. - с. 93-96.
5. Сапин М.Р. Иммуные структуры пищеварительной системы / М.Р. Сапин. - М., Медицина, 1987. - 203 с .
6. Струков А.И., Серов В.В., Саркисов Д.С. Общая патология человека/А.И.Струков, В.В.Саркисов. - М.: Медицина, 1983. - 666с.
7. Olokoba A.B. The relationship between gallstone disease and gall bladder volume|Niger J Clin Pract - 2008. - Vol. 11, N.2.- P.89-93



НИШОНДИҲАНДАҲОИ АНДОЗАВУ МИҚДОРИИ ҒАДУДИ ҲАЛҚУМИ ОДАМ ДАР ОНТОГЕНЕЗИ БАЪДИТАВАЛЛУД

С.Т. Ибодов, Ф.А. Абдурахмонов, М.У. Усмонов, С.Р. Мирзоева, Ҳ.Ш. Ҳақназаров
Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А.Раҳимов ва кафедраи анатомияи патологияи
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

С.Т.Ибодов - д.и.т., профессори кафедраи анатомияи одам, ба номи А.Раҳимов, 918 15 37 64.
Ф.А. Абдурахмонов - д.и.т., профессори кафедраи анатомияи одам, ба номи А.Раҳимов,
М.У. Усмонов - д.и.т., профессори Коллеҷи тиббии ш. Хучанд.
С.Р. Мирзоева - н.и.т., дотсенти кафедраи анатомияи патологияи.

Дар мақола масъалаҳои омӯзиши ғадуди ҳалқум ба таври муқоисавӣ барасӣ шуда, аҳамияти он дар пайдошавии бемориҳои саратонӣ зикр шудааст. Дар чараёни таҳқиқот ҳасадҳои аз синну соли навзодӣ ар карда то шахсони 103-сола

Муҳимият. Ғадуди ҳалқуми одам, ки аксаран сарчашмаи саратони аденогенезӣ (аденокарсинома), аденомаҳо, кистаҳои ретенсионӣ ба ҳисоб меравад, ҳангоми баъзе бемориҳои дигар (ларингит ва ғ.) зимни меъёр ба таври бояду шояд мавриди тадқиқ қарор нагирифтааст (Давидовский И. В. 1969). Хусусан дар адабиёти илмӣ дар мавриди нишондиҳандаҳои андозаи ғадуд, бо назардошти ҷойгиршавии онҳо дар ин ё он қисми девораҳои ҳалқум ва хусусиятҳои синнусолии одам маълумот ба назар намерасад. Усули макро ва микроскопӣ, ки барои омӯзиши ғадудҳо дар тамоми фосилаи девораи узв шароит фароҳам меорад, дар якҷоягӣ бо муносибати морфометрӣ, ки ба дастгоҳи ғадудии ҳалқум ба кор бурда мешавад, беасос рад карда мешавад. Мавҷуд набудани маълумотҳои мушаххас (меъёрӣ) нисбат ба нишондиҳандаҳои андозаи ғадуд дар ҳалли масъалаи анатомӣ ҳалал эҷод мекунад, ки дар пешрафти рушди як қатор фанҳои амалии тиббӣ (оториноларингология ва ғ.) монеа мегузорад.

Мақсади тадқиқот аз ҳосил намудани маълумотҳо дар бораи хусусиятҳои сохтор ва андозаи ғадуди ҳалқум дар одамони синну солашон гуногун иборат мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ғадуди ҳалқум зимни мустаҳзар (препарат)-ҳои умумие

мавриди таҳлилу таҳқиқ қарор гирифтаанд. Дар мақола андозаи ғадуди мазкур вобаста аз синну сол муайян карда шудааст.

Калимаҳои калидӣ: ғадуди ҳалқум, аденокарсинома, саратон.

мавриди таҳқиқ қарор гирифтааст, ки аз ҳасади одамони дар синни аз давраи навзодӣ то 103-солагӣ ғавтидаанд (зарбу лат, нокифоягии шадиди дил)-у гирифтори бемории узвҳои роҳҳои нафас набуданд. Пас аз ранг кардани элективии ғадуд бо маҳлули метили кабуд ба воситаи стереомикроскопи МБС-9 дарозиву паҳнии қисмҳои ибтидоии ғадуд тадқиқ карда шуд. Маълумотҳои ҳосилшуда бо усули омори тағйирёбанда, инчунин муайян кардани қимати миёнаи арифметикӣ, ҳатогии онҳо коркард шуд (Авантилов Г.Г., 1982). Фарқияти аниқ тавассути усули фосилаи муътамад ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Тибқи маълумотҳои, ки дар даст дорем, ғадуди ҳалқум дар тӯли тамоми девораи узв, ба истиснои мавзеи садопардаҳо ҷойгир шудаанд. Қисмҳои ибтидоии ғадуд дар ғафсии пардаи луобӣ ва наҳӣ-тағоякии ҳалқум ҷойгир шудаанд. Дар тӯли тамоми онтогенези баъдитаваллуд ғадудҳое, ки як нӯги ибтидоӣ доранд, аз ҷиҳати миқдор бештаранд. Инчунин ғадудҳои се, чор ва зиёда аз он қисми ибтидоидошта (миқдори онҳо дар давраи аввали синни балоғат ба таври максималист) низ мавҷуданд. Аз рӯйи маълумотҳои мо ғадудҳо дар девораи даромадгоҳ ва ковокии зери садопарда дар як қатор, дар маъдачаҳо бошад, дар ду-се қабат ҷойгир мешаванд.



Ғадудҳои ҳалқум дар девораи даромадгоҳ ва ковокии зери садопардаҳо алоҳида, дар гурӯҳҳои хурд ҷойгир шуда, ҳамеша қатори дарозрӯяи басамти фавраи ҳаво мувофиқро ҳосил менамоянд. Бармеояд, ки сабаби ҷунин топографияи онҳо ба зарурати ҳифз намудани пӯшиши эпители аз амали хушкшавӣ равона шудааст. Инҷунин ғадудҳо хусусияти ҷамъшавӣ доранд (аз 10 то 25 ғадуд). Ҷамъшавие, ки дар мавзеи пояк ва канори болои ҳалқум, чини кафлесмонанди болои ҳалқум, чини даромадгоҳ, мавзеи пайвастишавии тағояки сипаршақл (ба барҷастагии ҳалқум мусоидат менамояд), халтаҷаҳои ҳалқум (қисмати дисталии медаҷаҳо), дар мавзеи лавҳаи тағояки кафлесмонанд ва гузариши ҳалқум ба нойи нафас доимӣ ба ҳисоб мераванд.

Ҳар як ғадуди алоҳида, тибқи маълумотҳои доштамон, аз як то якчанд (ҷор ва зиёда аз он) қисми ибтидоӣ дорад, ки аз ҳар қадом маҷрои хоричқунандаи тартиби 1-ум берун шуда, ба маҷрои умумии ихроҷқунанда пайваст мешавад. Роҷеъ ба маълумотҳои доштамон, ҳамеша дар девораи ҳалқум ғадудҳои як қисми ибтидоидошта бештаранд. Миқдори саддарсадии онҳо (ҷамъи умумии ғадудҳо 100% қабул шудааст) дар давраи навзодӣ $87,9 \pm 1,2\%$, давраи барвақти кӯдакӣ $79,7 \pm 0,7\%$, давраи наврасӣ $64,3 \pm 1,3\%$, давраи аввали балоғат $42,6 \pm 1,4\%$ ва пирӣ бошад, ба $60,1 \pm 1,8\%$ -ро ташкил медиҳад. Муҳтавои саддарсадии ғадудҳои ду қисми ибтидоидошта дар мавриди навзодон аз $5,7 \pm 0,3\%$ то $26,8 \pm 1,0\%$ дар давраи аввали балоғат, бо се қисми ибтидоӣ аз $3,7 \pm 0,3\%$ (навзодон) то $17,1 \pm 0,9\%$ (давраи аввали балоғат) тағйир меёбад. Вакте ки шакли ғадуд дар тӯли онтогенези баъдитаваллуд гуногун аст, муҳтавои ғадудҳои ҷор ва зиёда аз он қисмҳои ибтидоидошта низ дар мавриди навзодон ба ҳадди минималӣ ($27 \pm 0,5\%$) ва дар давраи аввали балоғат ба ҳадди максималӣ ($13,5 \pm 0,8\%$) аст.

Аз рӯйи маълумотҳои мо миқдори умумии ғадудҳои девораи ҳалқум дар навзодон $463,1 \pm 6,9$ (аз 423 то 487), барвақти кӯдакӣ бошад ба $568 \pm 41,6$ (аз 467 то 623) мерасад. Нишондиҳандаи мазкур зимни наврасон ба $775,9 \pm 22,3$ (567-854), дар давраи аввали ба-

лоғат ба $853,3 \pm 23,9$ (600-934) ва дар пиронсолӣ бошад, ба $479,8 \pm 18,0$ (аз 323 то 525) ғадуд рост меояд.

Аз давраи дуҷуми балоғат сар карда, ба давраи пиронсолӣ ва дарозумрӣ (одамони аз 90 сола боло) андозаи қисмҳои ибтидоӣ аниқ коҳиш меёбад. Қиёсан ба давраи аввали балоғат дар даврони пиронсолӣ дарозӣ ва паҳнии қисми ибтидоӣ ба 1,3 маротиба ($p < 0,05$) кам мешавад. Зимнан онҳо дар давраи дарозумрӣ амалан ба одамоне, ки давраи пиронсолӣ ҳастанд монанд мешаванд. Ин ҳолат метавонад тасдиқи ақидае бошад, ки дар даврони дарозумри аксаран фаъолнокии зиёди биологиро ҳифз мегардад (Давидовский И.В., 1969).

Минимум ва максимуми фардии дарозиву паҳнии қисмҳои ибтидоӣ дар давраи аввали балоғат зиёд мешаванд ва тадриҷан ба давраи пиронсолӣ коҳиш ёфтад мегардад. Қандашавӣ байни минимум ва максимуми фардии нишондиҳандаҳои мазкур дар одамони болиғ, миёнсол ва пиронсол дар қиёс ба даврони бачагӣ хеле калон аст.

Тибқи маълумотҳои мо (ба ҷадвали 1-2 нигаред) тӯли тамоми давраи онтогенези баъди таваллуд ғадуди даромадгоҳи ҳалқум аз рӯйи андозаи қисмҳои ибтидоии онҳо қиёсан ба ғадудҳои даромадгоҳи ин узв хурдтар аст. Дарозиву паҳнии қисмҳои ибтидоӣ, дар девораи медаҷаҳо (қисми байнимедаҷагӣ), қиёсан ба ғадудҳои даромадгоҳ ва ковокии садопардаҳо қимати фосилавӣ дорад.

Маълумотҳои ҳосилшуда тасаввуротро дар бораи нишондиҳандаҳои андозавии ғадудҳои ҳалқум мукамал ва мушаххас мегардонад, ки метавонад барои тибби назариявӣ ва клиникӣ муҳим бошад. Аввалин шуда дар девораи ҳалқум саддарсадии миқдори ғадудҳо бо шумораи гуногуни қисмҳои ибтидоӣ, зимни одамони синну солашон гуногун, нишон дода шуд. Бори аввал тағйирёбии ками шакли ғадуди ҳалқум исбот карда шуд, ки ба давраи аввали балоғат рост меояд. Маълумотҳо дар бораи миқдори умумии ғадуди девораи ҳалқум дар тӯли онтогенези баъдитаваллуд, оид ба фарқиятҳои синнусолӣ ва мавзеи дарозиву паҳнии қисмҳои ибтидоӣ обношуста ба ҳисоб мераванд.



Дарозии қисми ибтидоии ғадуд дар девораи қисмҳои гуногуни ҳалқум зимни одамони синну солашон мухталиф ($X \pm S_x$; min-max; мм)

Ҷадвали 1.

Синну сол	Шумораи мушоҳидаҳо	Дарозии қисми ибтидоии ғадуд, қисми ҳалқум			
		Даромадгоҳи ҳалқум	Қисми байни меъдачағӣ	Ковокии зери садопарда	Ҳалқум дар мачмӯъ
Навзодон	10	0,15±0,01 0,12-0,18	0,19±0,01 0,17-0,24	0,22±0,01 0,18-0,26	0,18±0,01 0,17-0,25
Синамак	12	0,18±0,01 0,15-0,23	0,23±0,01 0,18-0,26	0,27±0,01 0,21-0,32	0,22±0,01 0,18-0,26
Барвақтии кӯдак	12	0,18±0,01 0,16-0,24	0,25±0,01 0,18-0,28	0,34±0,01 0,24-0,41	0,25±0,01 0,19-0,29
Аввалии кӯдак	10	0,22±0,01 0,18-0,28	0,34±0,01 0,23-0,41	0,49±0,03 0,32-0,67	0,35±0,01 0,22-0,40
Сонавии кӯдак	10	0,29±0,01 0,23-0,35	0,42±0,02 0,30-0,49	0,75±0,03 0,55-0,87	0,48±0,02 0,29-0,48
Наврасӣ	12	0,49±0,02 0,33-0,60	0,61±0,02 0,41-0,66	0,84±0,02 0,62-0,90	0,64±0,02 0,40-0,67
Давраи аввали балоғат	14	0,55±0,02 0,37-0,64	0,74±0,03 0,45-0,84	0,92±0,02 0,73-0,99	0,73±0,03 0,47-0,84
Давраи дуюми балоғат	16	0,50±0,02 0,30-0,60	0,68±0,02 0,42-0,72	0,86±0,03 0,56-0,99	0,68±0,03 0,41-0,70
Миёнсол	14	0,46±0,02 0,29-0,56	0,64±0,02 0,38-0,70	0,78±0,03 0,52-0,95	0,62±0,02 0,37-0,68
Пирӣ	12	0,42±0,02 0,27-0,54	0,56±0,02 0,36-0,65	0,72±0,02 0,52-0,84	0,56±0,02 0,35-0,64
Дарозумрҳо	10	0,40±0,02 0,27-0,53	0,52±0,02 0,36-0,62	0,70±0,02 0,50-0,82	0,54±0,02 0,35-0,65

Паҳнии қисми ибтидоии ғадуд дар девораи қисмҳои гуногуни ҳалқум дар одамони синну солашон мухталиф ($X \pm S_x$; min-max; мм)

Ҷадвали 2

Синну сол	Шумораи мушоҳидаҳо	Паҳнии қисми ибтидоии ғадуд, қисми ҳалқум			
		Даромадгоҳи ҳалқум	Қисми байни меъдачағӣ	Ковокии зери садопарда	Ҳалқум дар мачмӯъ
Навзодон	10	0,12±0,01 0,09-0,16	0,17±0,01 0,14-0,21	0,21±0,01 0,17-0,24	0,16±0,01 0,13-0,25
Синамак	12	0,15±0,01 0,15-0,23	0,21±0,01 0,18-0,26	0,24±0,01 0,21-0,32	0,20±0,01 0,18-0,26
Барвақтии кӯдак	12	0,16±0,01 0,16-0,24	0,22±0,01 0,18-0,28	0,31±0,01 0,24-0,41	0,23±0,01 0,19-0,29
Аввалии кӯдак	10	0,20±0,01 0,18-0,28	0,31±0,01 0,23-0,41	0,43±0,03 0,32-0,67	0,31±0,01 0,22-0,40
Сонавии кӯдак	10	0,22±0,01 0,18-0,35	0,32±0,02 0,23-0,45	0,47±0,03 0,35-0,67	0,33±0,02 0,19-0,40
Наврасӣ	12	0,34±0,02 0,23-0,50	0,46±0,02 0,31-0,56	0,54±0,02 0,42-0,80	0,44±0,02 0,34-0,57
Давраи аввали балоғат	14	0,45±0,02 0,27-0,54	0,57±0,03 0,35-0,74	0,62±0,02 0,63-0,89	0,54±0,03 0,37-0,74
Давраи дуюми балоғат	16	0,40±0,02 0,20-0,50	0,52±0,02 0,32-0,61	0,56±0,03 0,46-0,89	0,49±0,03 0,31-0,60
Миёнсол	14	0,34±0,02 0,19-0,56	0,46±0,02 0,28-0,60	0,48±0,03 0,42-0,85	0,54±0,02 0,27-0,58
Пирӣ	12	0,34±0,02 0,17-0,44	0,46±0,02 0,26-0,55	0,46±0,02 0,42-0,74	0,42±0,02 0,25-0,55
Дарозумрҳо	10	0,34±0,02 0,17-0,43	0,44±0,02 0,26-0,52	0,46±0,02 0,40-0,72	0,41±0,02 0,25-0,55

АДАБИЁТ

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия в патологии / Г.Г. Автандилов. -М.: Медицина, 1982. -342с
2. Давыдовский И.В. Геронтология/ И.В. Давыдовский. -М.: Медицина, 1969. -300с



Ҳ.Ю. Шарипов, Л.В. Масаидова, Э.Х. Тағойкулов

Кафедраи анатомияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Шарипов Ҳ.Ю.)
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Шарипов Ҳамдам Юлдашевич - н.и.т., дотсент мудири кафедраи анатомияи патологӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: dr.sharipov@mail.ru, тел: 919-13-00-15

Масаидова Лола Вячеславовна - ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 918-72-17-78

Тағойкулов Эркинҷон Халикулович - муаллими калони кафедраи анатомияи патологӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 907 07 22 06

Дар мақола натиҷаи таҳқиқоти морфологии 41 биоптати рӯдаи ғафс, ки гирифтори полипҳо ва полипозҳо буданд гирдоварда шудааст. Муайян гаштааст, ки аз 41 мустаҳзар дар 26 - ҳолат полипҳои ғадудӣ (64,7%) ҷой доштаанд. Полипҳои малигнизатсияшуда дар 13 маврид (31,7%) мушоҳида гардиданд, ки бештар полипҳои мӯяқдор ва микдорашон зиёд (полипоз) малигнизатсия шудаанд. Дар байни полипҳои танҳо

дар 3 ҳолат малигнизатсияи полипҳои рӯдаи мустақим (n=2) ва рӯдаи сигмашакл (n=1) мушоҳида гардид. Аломатҳои малигнизатсияи полипҳо, ин мавҷуд будани хучайраҳои анаплазияшуда, бо ядроҳои гиперхромӣ, намудҳои зиёди митозҳои патологӣ, инчунин атипизми хучайравӣ мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: полипҳо, полипозҳо, малигнизатсия.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛИНГИЗАЦИОННЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ҳ.Ю.Шарипов, Л.В.Масаидова, Э.Х.Тағайкулов

Кафедра патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино (зав.кафедрой к.м.н., доцент Х.Ю.Шарипов)

Шарипов Ҳамдам Юлдашевич - к.м.н., доцент - заведующий кафедрой патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. E.mail: dr.sharipov@mail.ru. тел: 919-13-00-15

Масаидова Лола Вячеславовна - ассистент кафедры патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел: 918-72-17-78.

Тағойкулов Эркинҷон Холикулович - старший преподаватель кафедры патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: tagaykulov70@mail.ru. тел: 907-07-22-06.

В статье приведены результаты морфологического исследования 41 биоптата толстой кишки, поражённых полипами и поликозами. Определено, что из 41 случая в 26 случаях имели место полипы желез (64,7%).

Малингизированные полипы наблюдались в 13 случаях (31,7%). Больше малингизированы ворсистые полипы и поллиноз. Среди единичных полипов всего в 3-х слу-

чаях наблюдалась малингизация полипов прямой кишки (п-2) и сигмовидной кишки (п-1). Отличительной чертой малингизации полипов является наличие анаплазированных клеток с гиперхромными ядрами, множество видов патологических митозов, а также клеточный атипизм.

Ключевые слова: полип, полипоз, малигнизатсия.



MORPHOLOGICAL PICTURE OF MALIGNANT POLYPUSES OF THE LARGE INTESTINE

H. Yu. Sharipov, L.V. Masaidova, E.Kh. Taghoykulov

Sharipov Hamdam Yuldashevich - c.m.s. associate professor of pathologic anatomy department of Avicenna Tajik State Medical University E-mail: dr.sharipov@mail.ru, mobile ph. 919-13-00-15

Masaidova Lola Vyacheslavlovna - assistant of pathologic anatomy department of Avicenna Tajik State Medical University

Taghoykulov Erkin Khalikulovich - senior teacher of pathologic anatomy department of Avicenna Tajik State Medical University, mobile ph. 907-07-22-06

The result of morphological study of 41 biopsies of the large intestine were undergone to polypuses and polyposis are brought in the article. It is determined that from 41 microslides had been in 26 cases of glandular polypuses (64,7%). Malignant polypuses were observed in 13 cases (31,7%), that mostly spinal polypuses and their

large amount (polyposis) were malignant. Among polypuses only in 3 cases of malignant polypuses of rectum (n=2) and sigmoid colon (n=1) were observed. Signs of malignant polypuses are the existence of anaplastic cells.

Keywords: polypuses, polyposis, malignization (malignant transformation)

Муҳиммият. Яке аз сабабҳои зуд-зуд вохӯрандаи инкишофи омосҳои бадсифати рӯдаи ғафс, хусусан қисми дисталии он, полипҳо ва полипозҳои намудашон гуногун ба ҳисоб мераванд. Ба ҳамагон маълум аст, ки полипҳо раванди облигатии пешазомосӣ ҳисобида мешаванд. Одатан полипҳои аденоматозии солитарӣ раванди факултативии пешазомосӣ ва аденоматозии диффузӣ бошанд, облигатианд. [1,2,3,4].

Инкишофи полипҳо оҳиста-оҳиста ба вучуд омада, аз сохтори сода то дараҷаҳои гуногуни атипия ва дисплазияи пардаи луобӣ то инкишофи саратон рафта мерасанд (дар 70%). Чунин раванд накам аз 5 сол чараён мегирад ва ба ҳисоби миёна 10-15 сол давом мекунад [7,9].

Дар колопроктологияи муосир масъалаҳои ташхис ва табобати полипҳои малигнизатсияшуда актуалӣ мебошанд. Дар адабиётҳо маълумотҳои муаллифони гуногун оиди малигнизатсияи полипҳои алоҳида аз 1 то 4%, ва полипҳои сершумор то 20% нишон дода шудаанд [7,8,9]. Аз лаҳзаҳои муҳим, ки ба он диққати махсус медиҳанд навъҳои полипҳо мебошад. Масалан, полипҳои мӯякдореро дучор омадан мумкин аст, ки то 35-45% малиг-

низатсия дошта бошанд. Ҳамин тавр, индекси малигнизатсияи полипҳои алоҳида - 1 : 35, сершумор ба - 1:3, аденомаҳои тубулярӣ ба 5%, тубулярию мӯякдор ба 23% аст. Дар ҳолати кутри полип ба 0,5 - 1 см баробар будан хатари малигнизатсия аз 1% то 5%, зимни аденомаи андозаашон аз 1 то 2 см ин хавф 20-50% ташкил медиҳад, ҳангоми полипҳои андозаашон калонтар ин нишондиҳанда то 70% боло меравад.

Қайд кардан ба маврид аст, ки полипҳо ва полипозҳои оилавӣ боз ҳам зиёдтар малигнизатсия мегарданд. Чи тавре, ки маълум аст дар Ҷопон, давлатҳои Аврупро ва Амрико дараҷаи ташхиси полипҳои малигнизатсиягардида хеле баланд аст. Пеш аз ҳама ин ба муоинаи профилактикии эндоскопии давра ба давраи шаҳрвандоне, ки синнашон аз 40 сола болоаст, вобастагӣ дорад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бинобар бо истифодабарии технологияи муосири эндоскоп ташхис ва табобати бемориҳои омосии узвҳои ҳозима хеле пешрафта натиҷаҳои хуб ба даст оварда шуда истодааст [10]. Аз ин лиҳоз такмил додани усулҳои ташхис, барои пайдо намудани манбаҳои полипҳои калону хурд, кафолати комилан



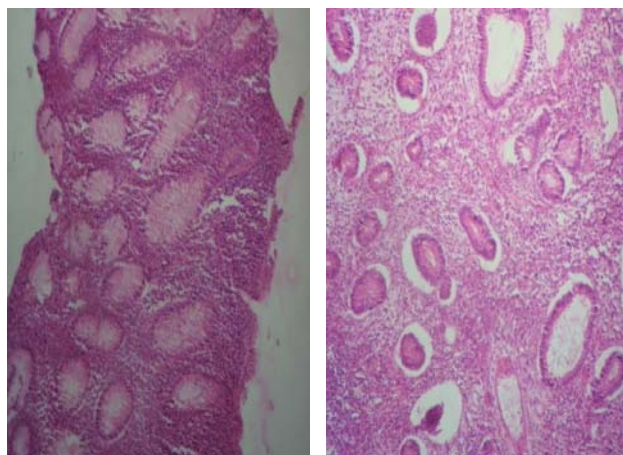
мувофиқи интихоби усулҳои табобат мебошад.

Мақсади таҳқиқот - беҳтаргардони ташхиси барвақтии полипҳои малигнизатсиягашта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мавриди омӯзиш 41 маводи биопсионӣ, ки аз мусассисаҳои тиббии ноҳияҳои ҷумҳурӣ ва шаҳри Душанбе дастрас гардидаанд, қарор гирифтаанд. Синну соли беморон аз 38 то 76 солро ташкил додаанд. Шумораи занҳо 18 нафар (43,9%) ва мардон бошанд 23 (56,1%) нафарро ташкил доданд. Аз 41 биоптат, 29 -тоаш ҳангоми колоноскопия ва ректороманоскопия гирифта шуда, 12 -тои дигараш бошад, ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳолати хунравӣ аз рӯда (n=6), сӯрохшавии рӯда (n=2), ногузарогии рӯдаҳо (n=1), инфилтрати илтиҳобӣ (n=1) дастрас гардидаанд.

Мустаҳзарҳо бо усули Романовский - Гимзе ва гематоксилин-эозином ранг карда шуда, микропрепаратҳо дар зери микроскопии оптики "Olympus сч 21", калонкунии андозаашон 10, 40 маротиба, омӯхта шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар бисёр ҳолатҳо полипҳо дар қисми чапи рӯдаи ғафс (n=25) ҷойгир буданд, аз онҳо 13 (31,7%) -тоаш дар рӯдаи мустақим, 7 - дар рӯдаи сигмашакл (17,1%) ва 5 (12,2%) дар қисми поёнравандаи чархакрӯда ҷой доштанд. Дар қисми рост ва чархакрӯдаи кундаланг 16 (39,1%) полип ҷойгир буданд. Полипи алоҳида - 22 (78,1%) буда, дар 19 (21,9%) ҳолат миқдори полипҳо аз 2 то 18-то буданд. Полипҳои алоҳида одатан пояча дошта, сатҳашон ҳамвор, аксаран андозаашон мухталиф буда, 0,5x0,5см, 0,7x0,7см, 1,2x1,2см ва ғ.-ро ташкил медоданд. Ҳангоми микроскопия ғадудҳо бо ҳам зич ҷойгир буда, бо эпителияи якқатораи призматикӣ пӯшида шуда аз эпителияи меъри рӯдаи ғафс фарқ намекардан. Надоштанд. Гиперсекретсияи ғадудҳо, строма бо унсурҳои илтиҳобӣ инфилтратсия шудааст (расми. 1,2).



Расми 1,2. Порчаи полипи ғадудӣ (калонкунии x40)

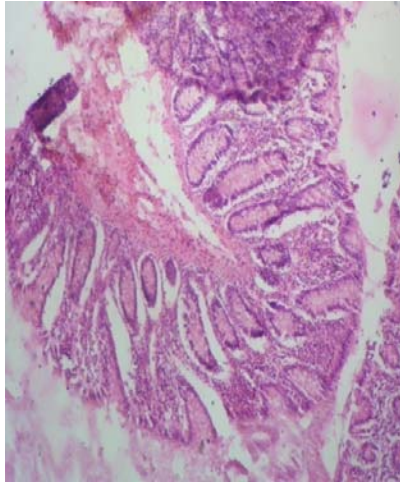
Таҳқиқотҳои ситологӣ ва гистологӣ ишониданд, ки намудҳои зерини полипҳои рӯдаи ғафсро муайян созем: ғадудӣ - дар 26 (64,7%), гиперпластикӣ (миллиарӣ) - дар 7 ҳолат (17,6%), полипҳои фиброзии ҷӯякӣ маъқад - 3 (5,9%), полипозии диффузӣ - дар 3 (5,9%), омосҳои мӯяқдор - 2 (5,9%) ҳолат. Дар байни полипҳои ягонаи рӯдаи сигмашакл (n=1) ва рӯдаи мустақим (n=2), дар байни полипҳои мӯяқдор ва сершумор дар қисми ректосигмоидалӣ (n=3), рӯдаи мустақим (n=2), сигмашакл (n=2), чархакрӯдаи поёнраванда (n=1), чархакрӯдаи кундаланг (n=1), куррӯда ва чархакрӯдаи болораванда 1 (n=1) аломатҳои малигнизатсия мушоҳида гардидаанд.

Аксаран малигнизатсияи полипҳои аломатҳои макроскопии малигнизатсия дар намуди: сатҳи ноҳамвори полип, дар баъзе ҳолатҳо дараҷаи ғизлаташ саҳт, ҳар ҷо захмҳои мушоҳида гашта, дар атрофаш раванди илтиҳобӣ инкишоф ёфтааст. Аденомаҳои мӯяқдор пояча надошта, дар асоси паҳн ҷойгир буда, хунрез буданд.

Манзараи гистологӣ дар ҳолати малигнизатсияи полипҳои ғадудӣ чунин тавсиф ёфтанд: хучайраҳои хусусияти ҷомшакли худро гум кардаанд, инкишофи сохторҳои ғадудию тубулярӣ, ки аз хучайраҳои анаплазиядошта бо ядроҳои гиперхромӣ ва митозҳои зиёди патологӣ дар онҳо мушоҳида мегарданд. Дар строма инфилтратсияи мутадили лимфоидӣ бо омехтаи эозинофилҳо, манбаи хунрезӣ, инчунин ғадудҳои шакла-

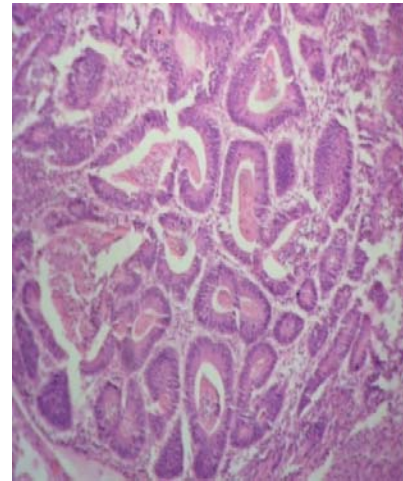


шон нодуруст бо полиморфизми зухурёфта, пролифератсияи эпителия бо ядроҳои гиперхромии атипӣ ва митозҳои сершумор ба назар мерасад (расми 3).



Расми 3 Полипи малигнизатсияшуда (калонкунӣ х40)

Дар 3 ҳолат аденокарсиномаи баландтафрикшаванда мушоҳида гардид, ки дар ин ҳолат гадудҳо шакли хос надовштанд, эпителия полиморфӣ ва бисёрҷадроӣ, инчунин атипияи эпителия бо гиперхромияи ядро ҷой дошт (расми 4).



Расми 4 Аденокарсиномаи баландтафрикшуда (калонкунӣ х40)

Хулоса. 1. Полипҳои рӯдаи гафс дар бисёр ҳолатҳо дар қисми чап ҷойгиранд (60,9%), дар байни онҳо полипҳои гадудӣ бисёртар ба назар мерасиданд (64,7%).

2. Бисёр полипҳои башумор ва диффузии қисми чапи рӯдаи гафс (19,5%) малигнизатсия мешаванд. Нишонаҳои малигнизатсияи полипҳо: тағйирёбии шакли хучайраҳо ва сохти ядроӣ онҳо, пайдоиши хучайраҳои анаплазияшуда бо ядроҳои гиперхромӣ ва митозҳои сершумори патологӣ дар онҳо.

АДАБИЁТ

1. Капуллер Л. Л. Морфологические критерии гиперплазии, дисплазии и начального рака. // Архив патологии. 1985. - № 11.-е. 1420.
2. Мараховский К.Ю., Белявская С.И. Инновации диагностической эндоскопии желудочно-кишечного тракта // Медицина. 2009. - № 4. -с. 30-35.
3. Ramamoorthy S.L., Fleshman J. W. Surgical treatment of rectal cancer // He-matol. Oncol. Clin. North Amer.- 2002.- Vol.16, №4.- P.927-946.
4. Sakashita M., Aoyama N., Maekawa S. et al. Flat-elevated and depressed, subtypes of early colorectal cancers, should be distinguished by their pathological features // Int. J. Colorectal Dis. 2000. - Vol. 15: 275281.
5. Jemal A., Siegel R., Ward E, Hao Y., Chu J., Murray T., Thun M. Cancer statistics, 2008 // CA Cancer J Clin. 2008. - N.58 (2): 71-96.
6. Нефедова Н.А., Харлова О.А., Мальков П.Г. Экспрессия клаудинов-1, 3, 4 в раке и полипах толстой кишки//Архив патологии. -2016.-№3.-С.11-19
7. Юлдашев Р.З. Значение предоперационной подготовки желудочно-кишечного тракта при лечении больных с колоректальным раком и пути его оптимизации. //Дисс. канд. мед. наук.- 2004. - Душанбе



ҒАЙРИТИББӢ

ХУСУСИЯТҲОИ БА ГАРМӢ ТОБОВАРИИ КАРТОШКА ДАР ШАРОИТИ НОҲИЯИ ХУРОСОНИ ТОҶИКИСТОН

М.Қ.Гулов, Қ.Партоев

Кафедраи биохимия (мудири кафедра дотсент, н.и.х. М. С. Махсудова)-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои Академии илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон

Гулов Махмалӣ Кодирович-н.и.б., дотсенти кафедраи биохимияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 135. Тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Партоев Курбоналӣ, д.и.к., мудири озмоишгоҳи генетика ва селекцияи растаниҳои Институти ботаника, физиология ва генетикаи растени АИҶТ. 734017, ш. Душанбе, к. Каримова, 27. Тел.: (992) 918-64-95-05; E-mail: pkurbonali@mail.ru

Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқотҳо оиди омӯзиши масоҳати барг, миқдор ва вазни умумии барги навҳои гуногуни картошка дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросони Тоҷикистон пешниҳод гаштанд. Нишон дода шудааст, ки масоҳати барги намунаҳои гуногуни картошка дар мудати нашъу намои растанӣ бо таври мунтазам аз давраи муғчабандӣ то давраи лӯндаҳосилкунӣ меафзоянд. Инкишофи барги растанӣ аз давраи муғчабандӣ то давраи гулкунӣ, нисбат аз давраи гулкунӣ то лӯндаҳосилкунӣ бо шиддат таш-

шкулёбии миқдор ва вазни барг дар растанӣ мушоҳида гашта моддаҳои метаболитикӣ дар фосилаи давраҳои муғчабандӣ то гулкунӣ мушоҳида карда мешавад. Вале дар фосилаи давраҳои аз гулкунӣ то лӯндаҳосилкунӣ ин чараён суст гашта, маводҳои фотобиосинтетикӣ дар ин давра бештар ба ташакулёбии столонҳо ва лӯндаҳо ҳамчун маҳсулотҳои асосии картошка сарф мегарданд.

Калимаҳои калидӣ: картошка, навъ, муғчабандӣ, гулкунӣ, масоҳати барг, миқдори барг, вазни барг, иқлими гарм

ОСОБЕННОСТИ ЖАРОУСТОЙЧИВОСТИ КАРТОФЕЛЯ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА ХУРОСОНСКОГО РАЙОНА ТАДЖИКИСТАНА

Гулов Махмали Кодирович, к.б.н., доцент кафедры биохимии ТГМУ имени Абуали ибн Сино. г. Душанбе, проспект Рудаки, 135. Тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Партоев Курбонали, д.с.-х. н., заведующий лабораторией генетики и селекции растений Института ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ. 734017, г. Душанбе, ул. Каримова, 27. Тел.: (992) 918-64-95-05; E-mail: pkurbonali@mail.ru

В статье приводятся результаты исследования по изучению площади листьев, количества и общей их массы у разных сортов картофеля в условиях жаркого климата Хуросонского района Таджикистана. Показано, что площадь листьев в течение роста и развития растений динамично увеличивается от фазы бутонизации до фазы клубнеобразования. Определено что, среднее количество и масса листьев картофеля в межфазном периоде развития растений динамично нарастают.

Интенсивное накопление метаболитических веществ в межфазном периоде от бутонизации до цветения, а в межфазном периоде от цветения до клубнеобразования этот процесс замедляется из-за того, что в этот период у растений происходит интенсивное формирование столонов и клубней как основных хозяйственных продуктов картофеля.

Ключевые слова: картофель, сорт, бутонизация, цветение, клубень, площадь листьев, количество листьев, масса листьев, жаркий климат,



HEAT-RESISTANCE FEATURE OF THE POTATO IN CONDITIONS OF KHUROSON REGION OF TAJIKISTAN

Gulov Makhmali Kodirovich, PhD, Associate Professor of Biochemistry Department of Avicenna TSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 135. Tel.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Partoev Kurbonali, doctor of agriculture sciences, head of Laboratory of Plant Genetics and plant breeding of Institute of Botany, Plant Physiology and Genetics, Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan. 734017, Dushanbe, 27str. Karamova, Tel.: (992) 918-64-95-05; E-mail: pkurbonali@mail.ru

The article presents the results of a study on the leaves area, the number and total mass of leaves of different potato samples in the hot climate of the Khuroson region of Tajikistan. It is shown that the leaves area during plant growth and development dynamically increases from the budding stage to tuberization phase. It was determined that the average number and weight of potato leaves in the interphase period of plant development is dynamically increasing. The

Муҳиммият. Дар чаҳони муосир тағйирҳои глобалии иқлим одамро ба ташвиш овардааст, ки он зухуроти минтақавӣ дошта, ба олами набототу ҳайвонот таъсири гуногун мерасонад [1,2]. Чӣ тавре ки маълум аст, маҳсулнокии растаниҳо бо масоҳати барг алоқамандии калон дорад. Инкишофи ҳуби масоҳати барг яке аз омилҳои асосии таъминкунандаи фаъолияти баланди фотосинтетикӣ растанӣ ба шумор меравад ва ба ташаккулёбии вазни хушки биологии растаниҳо ва умуман агробIOSеноз аз он вобастагии калон дорад. Дар бисёр растаниҳо масоҳати барг вобаста аз шароити киштшуда, таъмини намӣ, мавҷудияти элементҳои ғизоӣ дар хок, тарзҳои агротехникӣ ва усулҳои парвариш дар давраи инкишоф вобаста аст. Масоҳати барги растаниро асосан дар давраҳои инкишофи он бо усулҳои гуногун муайян мекунанд. Яке аз усулҳои васеъ пахншудаи муайянкунии масоҳати барг, усули бурида гирифтани порчаҳои барг мебошад [3]. Картошка, ҳамчун растани равшанидӯст дар аксари ҳолатҳо ҳосилнокии он аз самаранок истифодабарии нурафкании фаъоли фотосинтетикӣ алоқаманд аст. Барои ин бояд шароити зарурӣ баҳри афзун гардидани маҳсулнокии асси-

intensive accumulation of metabolic substances in the interphase period from budding to flowering, and in the interphase period from flowering to tuberization this process slows down due to the fact that during this period plants intensively form stolons and tubers as the main economic product of potatoes.

Keywords: potato, sort, budding, flowering, leaves area, number of leaves, mass of leaves, hot climate.

милятсинии масоҳати барг ва давомнокии кори масоҳати барги растаниҳо таъмин карда шавад[3].

Дар давраи аввали ҳосилшавии лӯндаҳо дар навъҳои барвактии картошка масоҳати баргҳо бояд қариб 50% сатҳи заминро пӯшонанд, дар навъҳои дерпаз бошад бояд 70% сатҳи заминро пӯшонанд. Дар давари гулкунӣ (тахминан баъди як моҳи сабзиши растаниҳо) қаторҳо бо баргу пояҳо бояд баҳам бархурда бошанд, ки ташаккулёбии чунин масоҳати фотосинтетикӣ ва нигоҳ доштани он асосан ба ташаккулёбӣ ва кори фаъоли системаи решаи растанӣ вобаста мебошад.

Мақсади таҳқиқот - омӯзиши хусусиятҳои ташаккулёбии масоҳати баргҳо дар давараҳои гуногуни тараққиғи растаниҳо, инчунин ташаккулёбии миқдор ва вазни умумибиологии баргҳои навъҳои гуногуни картошка дар зери таъсири омили баланди стрессӣ, аз қабилӣ ҳарорати баланди ҳаво дар шароити иқлими гарми қисми ҷанубии Тоҷикистон (дар баландии 550 метр аз сатҳи баҳр) мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мавод барои гузаронидани таҳқиқот шаш навъи лӯндаҳои тухмии картошка (репродуксияҳои I-



II намуди (*Solanumtuberosum* L.) истифода шудааст. Ин маводҳо аз коллексияи Институти ботаника, физиология ва генетикаи рустанҳои Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (ИБФ ва ГР АИ ҶТ) гирифта шудаанд. Дар таҳқиқот навъҳои дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон ноҳиябандӣ кунонидашуда ба монанди навъҳои Тоҷикистон, Файзобод, Рашт, АН-1 ва навъи нави Нилуфар (аз намуди *S. andigenum* L. ҷудокардашуда), Муҳаббат аз гибриди [F1(Тоҷикистон x Пикассо)] истифода шудаанд.

Омӯзиши хусусиятҳои нашъунамо ва зоҳиршавии як қатор нишонаҳои морфологии полигении генотипҳои гуногуни картошка дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросон (дар баландии 550 метр аз сатҳи баҳр) гузаронида шудааст. Миқдори баргҳо, вазни баргҳо ва масоҳати баргҳо дар 10 растани ҳисобӣ аз ҳар як навъ муайян карда шуд. Масоҳати барги растаниро дар давраҳои инкишоф бо усули гирифтани порчаҳои барг (30 дона порча аз 10 то барг), бо истифода аз усули вазнӣ [4] муайян карда шуд. Порчаҳо аз 10 дона баргҳои қабати мобайнии растанӣ гирифтанд, вазни онҳо бо тарозуи электронӣ муайян карда шуд. Ма-

соҳати як порчаро бо формулаи: $S = PR^2 = 3,14 \times (0,95 \text{ см})^2 = 3,14 \times 0,95 \text{ см}^2 = 2,834 \text{ см}^2$ ҳисоб карда шуда, масоҳати 30 порчаро 30 дона $\times 2,834 \text{ см}^2 = 85,014 \text{ см}^2$ ҳисоб кардем. Масоҳати 30 дона порчаи баргро муайян карда вазни онҳоро дар асоси таносуби: 30 дона $= 2,59 \text{ г} = 85,02 \text{ см}^2 \times 126 \text{ г}$ вазн: $2,59 \text{ г} = 4136 \text{ см}^2 / \text{растанӣ}$ ё ин ки $0,41 \text{ м}^2 / \text{растанӣ}$ муайян карда шуд. Майдони баргҳои як растаниро муайян намуда $0,41 \text{ м}^2 / \text{растаниро}$ ба 50 ҳазор растанӣ/га зарб зада, масоҳати баргҳо дар як гектар муайян намудем $= (0,41 \text{ м}^2 / \text{растанӣ} \times 50 \text{ ҳазор растанӣ/га} = 20,5 \text{ ҳазор м}^2 / \text{га})$.

Ҳамин тариқ, масоҳати барги навъҳои картошка дар таҳқиқотҳо муқаррар карда шуд. Дар давраи сабзишу инкишофи ниҳолии картошка ҳисобгириҳои назоратии фенологии зерин гузаронида шуданд: қадкашии растаниҳо дар давраҳои гуногуни инкишоф, шумора ва вазни баргҳо, шумора ва вазни лӯндаҳо, миқдори пояҳо, вазни решаҳо, вазни умумии биологии растаниҳо. Коркарди омории маълумотҳо ва алоқаи коррелясионии байни нишонаҳои гуногуни навъҳои картошка аз рӯи нишонҳои Б.А. Доспехов [5] бо истифодаи программаи компютери Microsoft Excel 2007 гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо

Дар шароити ноҳияи Хуросон, ки таҳқиқоти навъҳои гуногуни картошка гузарони-

да шуд, нишонаи масоҳати барг навъҳо аз ҳамдигар фарқ мекарданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1- Масоҳати барги навъҳои картошка вобаста аз давраҳои инкишофи растанӣ, м²/растанӣ (ба ҳисоби миёна солҳои 2016-2018).

Навъҳо	Муғчабандӣ	Гулкунӣ	Лӯндаҳосилшавӣ
Тоҷикистон	0,35	0,49	0,89
Файзобод	0,66	0,89	1,31
Рашт	0,39	0,52	0,92
АН-1	0,41	0,63	0,83
Нилуфар	0,42	0,62	1,81
Муҳаббат	0,47	0,68	1,27
Ҳисоби миёна	0,50	0,60	1,20
ФКН ₀₅	0,08	0,09	0,10

Ҷӣ тавре ки аз ҷадвали 1 бармеояд, навъҳои картошка дар давраи муғчабандӣ бо нишонаи масоҳати барги як растанӣ ва дар як гектар аз ҳамдигар фарқ мекунад. Нишонҳои нисбатан зиёд аз рӯи ин нишона дар навъҳои картошкаи Файзобод, Му-

ҳаббат, Нилуфар ва АН-1 мушоҳида карда мешавад. Ин нишона дар ин навъҳо аз 0,41 то 0,66 м²/растанӣ-ро ташкил медиҳад. Дар муқоиса нишондиҳандаи хурд аз рӯи ин нишона дар навъҳои Тоҷикистон ва Рашт мушоҳида карда мешавад. Дар ин навъҳо ин



нишондиҳанда ҳамагӣ 0.35-0.39 м²/растаниро ташкил медиҳад. Ин маълумотҳо низ вобаста аз генотипҳои картошка ба ҳисоби дар як гектарнизи муттаносибан мувофиқат мекунад.

Дар давраи муғчабандӣ бошад, масоҳати барг ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка 0.50 м²/растанӣ ё ин ки 22.50 ҳазор м²/га-ро ташкил дод. Ин қонуният аз рӯи тавсифи зухурёбии нишонаи масоҳати барг дар навъҳои картошка дар давраи гулкунӣ низ мушоҳида мегардад. Дар ин давра ин нишона дар навъҳои Файзобод, Муҳаббат, Нилуфар ва АН-1 аз 0.62 то 0.89 м²/растанӣ тағйир меёбад, ки ин ба 51,2 ва 34,8% , ки ин нисбат ба давраи муғчабандӣ хеле зиёд мебошад.

Афзоиши масоҳати барг дар давраи инкишоф ба ҳисоби миёна дар давраи гулкунӣ ба 20% ва дар давраи лундаҳосилшавӣ ба 50% нисбат ба давраи муғчабандӣ зиёд мегардад. Бояд қайд намуд, ки дар давраи лун-

дахосилшавӣ нишондиҳандаи нисбатан баланди масоҳати барг дар навъҳои Нилуфар, Файзобод, Рашт ва Тоҷикистон мушоҳида карда мешавад. Дар ин навъҳо масоҳати барг дар ин давра 0.89 - 1.81 м²/растанро ташкил медиҳад. Дар муқоиса нишондиҳандаи паст аз рӯи ин нишона дар навъи картошкаи АН-1 мушоҳида карда шуд, ки он 0.83 м²/растаниро ташкил меод. Ин нишондиҳанда дар байни навъҳои омехташудаи картошка ба ҳисоби дар як гектар бисёр тағйир меёбад ва масоҳати на онқадар калони барг дар навъҳои Нилуфар, Файзобод ва Муҳаббат (63.50-90.03 ҳазор м²/гектар) мушоҳида карда мешавад.

Ҳамин тавр, нишонаи масоҳати баргҳо дар генотипҳои гуногуни картошка дар шароити иқлими гарми ноҳияи Хуросон дар мудати нашъу намои растанӣ бо таври мунтазам аз давраи муғчабандӣ то давраи лундаҳосилшавӣ меафзоянд.

Ҷадвали 2- Шумораи барги картошка вобаста аз давраҳои инкишофи растанӣ, д./растанӣ (ҳисоби миёнаи солҳои 2016-2018).

Навъ	Муғчабандӣ	Гулкунӣ	Лундаҳосилшавӣ
Тоҷикистон	294	520	814
Файзобод	394	487	580
Рашт	316	525	733
АН-1	258	327	395
Нилуфар	286	798	1310
Муҳаббат	309	538	766
Ҳисоби миёна	310	533	766
ФКН ₀₅	34,0	40,0	46,3

Дар ин навъҳо шумораи барг аз 309 то 394 д./растанӣ мерасад. Вале дар ин давра миқдори ками барг дар навъҳои картошкаи Тоҷикистон АН-1 ва Нилуфар мушоҳида шуд, ки ин нишона аз 258 то 294 д./растаниро ташкил меод. Шумораи барг ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давраи муғчабандӣ 310 д./растаниро ташкил медиҳад. Нишондиҳандаи ниҳии шумораи баргҳо дар растанӣ дар навъи картошкаи Файзобод (394 д./растанӣ) ва шумораи камтарини баргҳо дар навъи картошкаи АН-1 (258 д./растанӣ), мушоҳида карда шуд, ки ин ба миқдори 1,5 маротиба (ё ин ки, ба миқдори 52,7%) нисбат ба навъи картошкаи Файзобод кам мебошад. Ҳамин тавр, миқдори баргҳо дар растанӣ дар давраи муғча-

бандӣ дар навъҳои гуногуни картошка фарқияти калон мушоҳида карда шуд, ки ин ба хусусиятҳои генетикии навъҳо шояд вобастагӣ дошта бошад.

Дар давраи гулкунӣ миқдори зиёди баргҳо дар растанӣ дар навъҳои картошкаи Нилуфар, Муҳаббат, Рашт ва Тоҷикистон (аз 520 то 798 д./растанӣ) мушоҳида шуд. Миқдори камтарини барг дар растанӣ дар навъҳои картошкаи АН-1 ва Файзобод (аз 327 то 487 д./растанӣ) муайян шуд. Ин нишондиҳанда ба ҳисоби миёна дар давраи гулкунӣ барои ҳамаи навъҳои картошка 533 д./растанӣ ташкил дод, ки ба 223 д./растанӣ (72%), нисбат ба давраи муғчабандӣ зиёд мебошад. Нишондиҳандаи ниҳии миқдори барг дар растанӣ дар навъи картошкаи Ни-



луфар (798 д./растанӣ), ташкил дода, миқдори камтарини ин дар навъи картошкаи АН-1 (327 д./растанӣ) мушоҳида шуд, ки ин ба 2,4 маротиба (ё ин ки, ба 144%) нисбат ба навъи картошкаи Нилуфар кам мебошад. Ҳамин тариқ, дар давраи гулкунӣ фарқияти калони миқдори баргҳо дар растанӣ дар навъҳои гуногуни картошка мушоҳида шуд, ки шояд ин аз хусусиятҳои морфо-биологии навъҳои картошка шохидӣ диҳад.

Дар давраи лундахосилшавӣ миқдори зиёди барг дар растанӣ дар навъҳои картошкаи Нилуфар, Тоҷикистон, Муҳаббат, Рашт мушоҳида шуд, ки ин нишондиҳанда аз 733 то 1310 д./растанӣ фарқ мекунад.

Миқдори ками барг дар растанӣ дар ин давра дар навъҳои картошкаи АН-1 ва Файзобод муйян шуд, ки аз 395 то 580 д./растанӣ фарқ мекунад. Дар давраи лундахосилшавӣ ба ҳисоби миёна барои ҳамаи навъҳо, миқдори барг дар растанӣ 766 д./растанӣ ташкил мекунад, ки ба 233 д./растанӣ (43,7%) нисбат ба давраи гулкунӣ зиёд мебошад. Нишондиҳандаи ниҳоии миқдори барг дар растанӣ навъи Нилуфар (1310 д./растанӣ) ташкил дода, нишондиҳандаи хурдтарини миқдори барг дар растанӣ навъи АН-1 (395 д./растанӣ) ташкил медиҳад, ки, ин ба 2,5 маротиба (ё ин ки ба 231,6%) нисбат ба навъи Нилуфар кам мебошад.

Чадвали3- Вазни барги картошка вобаста аз давраҳои инкишофи растанӣ, г/растанӣ (ҳисоби миёнаи солҳои 2016-2018).

Навъҳо	Муғчабандӣ	Гулкунӣ	Лундахосилшавӣ
Тоҷикистон	144	254	364
Файзобод	192	242	292
Рашт	154	180	206
АН-1	126	157	188
Нилуфар	140	240	340
Муҳаббат	151	215	278
Ҳисоби миёна	151	215	278
ФКН ₀₅	16,5	21,3	26

Аз чадвали 3 маълум мешавад, ки дар давраи муғчабандӣ вазни зиёди умумии баргҳо дар растанӣ дар навъҳои картошкаи Файзобод, Рашт ва Муҳаббат мушоҳида шуд, ки аз 151 то 192 г/растанӣ тағйир меёбад. Лекин дар ҳамин давра миқдори камтарини вазни умумии баргҳои растанӣ дар навъҳои картошкаи АН-1, Нилуфар ва Тоҷикистон мушоҳида шуд, ки аз 126 то 144 г/растанӣ тағйир меёбад. Вазни умумии баргҳои растанӣ ба ҳисоби миёна дар давраи муғчабандӣ 151 г/растаниро ташкил дод. Вазни ниҳоии умумии баргҳои растанӣ дар навъи Файзобод 192 г/растаниро ташкил дода, вале вазни камтарини ин нишондод дар навъи картошкаи АН-1 126 г/растаниро ташкил дод, ки ин ба 1,5 маротиба (ё ин ки, ба 52,4%) нисбат ба навъи картошкаи Файзобод кам мебошад.

Дар давраи гулкунӣ вазни зиёдтари баргҳо дар растанӣ дар навъҳои картошкаи Тоҷикистон, Файзобод ва Нилуфар (аз 240 то

254 г/растанӣ) мушоҳида гардид. Вазни ками барг дар растанӣ дар ин давра дар навъҳои картошкаи Муҳаббат, Рашт, АН-1 (аз 215 то 180 г/растанӣ) мушоҳида шуд. Ин нишондод ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давраи гулкунӣ 215 г/растаниро ташкил дод, ки ин ба 64 г/растанӣ (42,4%) нисбат ба давраи муғчабандӣ зиёд мебошад. Нишондиҳандаи ниҳоии вазни баргҳо дар растанӣ дар навъи картошкаи Тоҷикистон (254 г/растанӣ) ташкил дода, вале нишондиҳандаи камтарин дар навъи картошкаи АН-1 (157 г/растанӣ), ташкил медиҳад, ки ин ба 1,6 маротиба (ё ин ки ба 61,7%) нисбат ба навъи картошкаи Тоҷикистон кам мебошад. Дар давраи лундахосилшавӣ вазни баргҳои растанӣ дар навъҳои картошкаи Тоҷикистон, Нилуфар ва Файзобод аз 292 то 364 г/растаниро ташкил дод. Дар ин давра вазни камтарини баргҳо дар растанӣ дар навъҳои картошкаи АН-1, Рашт, Муҳаббат мушоҳида шуд, ки ин аз 188 то 278 г/растанӣ фарқ



мекунад. Ин нишондиҳанда ба ҳисоби миёна дар ҳамаи навъҳои картошка дар давраи лундаҳосилшавӣ 278 г/растаниро ташкил дод, ки ин ба 63 г/растанӣ (29,3%) нисбат ба давраи гулкунӣ зиёд мебошад. Нишондиҳандаи ниҳой аз рӯи вазни баргҳои растанӣ дар навъи Тоҷикистон (364 г/растанӣ) мушоҳида шуда, вале нишондиҳандаи камтарин дар навъи АН-1 (188 г/растанӣ) мушоҳида шуд, ки ин ба 1,9 маротиба (ё ин ки ба 93,6%) нисбат ба навъи Тоҷикистон кам аст. Ҳамин тавр дар давраи лундаҳосилшавӣ фарқияти калон за рӯи нишонаи вазни баргҳои рас-

танӣ дар навъҳои гуногуни картошка мушоҳида шуд. Ин фарқият шояд ба хусусиятҳои генотипии навъҳои картошка алоқаманд бошад.

Хулоса. Бо шиддат чамъ шудани модаҳои метаболитикӣ дар байни давраҳои мугҷабандӣ то гулкунӣ мушоҳида карда шуд. Вале дар байни давраҳои аз гулкунӣ то лундаҳосилшавӣ ин чараён суст мешавад, зеро дар ин давраи инкишофи растанӣ ташакулёбии бошиддати стolonҳо ва лундаҳо ҳамчун маҳсулоти асосии картошка ба амал меояд.

Адабиёт

1. Жученко А.А. Ресурсный потенциал производства зерна в России (теория и практика) / А.А.Жученко // - М.: ООО "Изд-во Агрорус"- 2004,- 1109 с.
2. Сиротенко О.Д., Абашина Е.В. Влияние глобального потепления на агроклиматические ресурсы и продуктивность сельского хозяйства России / О. Д . Сиротенко, Е.В. Абашина // Метеорология и гидрология,-1994,- № 4, - С.101-112.
3. Нарушев В.Б. (Краткий курс лекций для аспирантов направления подготовки 35.06.01 "Сельское хозяйство" профиля подготовки - Растениеводство / В.Б. Нарушев // ФГБОУ ВПО "Саратовский ГАУ" - Саратов,- 2014, - 34 с.
4. Ничипорович А.А. Фотосин. деятельность растений в посевах / А.А. Ничипорович Л.К. Строганов, С.Н. Чмора, М.П. Власова // - М.: Изд-во АН СССР,-1961,-133с
5. Доспехов Б.А. Методика полевого опыта / Б.А. Доспехов // - М.: Колос,-1985,-334с.

ТАШАККУЛИ САЛОҲИЯТНОКИИ ШУНАВАНДАГОН БО ИСТИФОДА АЗ САВОЛҲОИ ТЕСТИИ НАВЪИ ПАЙ ДАР ПАЙӢ.

Р.С. Қиматов, Носирова З.А, Чолова С.П. Қодиров М. Х.

Маркази омодагии қаблӣ (директор н.и.х. дотсент Қиматов Р.С.)-и ДДТТба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Қиматов Рустам Сафарович- н.и.х., дотсент, директори Маркази омодагии қаблӣи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Носирова Заррина Аминовна- аспиранти гоибонаи курси 2-и Донишгоҳи давлатии Кӯлоб.

Чолова Саодат Пириевна- аспиранти гоибонаи курси 1-и Донишгоҳи давлатии Кӯлоб.

Қодиров Махмадулло Ҳушваҳтович- ассистенти кафедраи химияи Коллеҷи тиббии Данғара.

Мақолаи мазкур ба он вобаста аст, ки солҳои охир дар ҳамаи зинаҳои таҳсилот муносибатҳои нав нисбат ба таълим ҷорӣ гардида истодааст. Омӯзгорон дар ин мақола кӯшиш намуданд, ки як навъи нави саволҳои тестиро пешниҳод гардонанд, ки боиси ба-

ланд гардидани салоҳиятнокии донишҷӯён мегардад.

Қалимаҳои калидӣ: тест, саволҳои тестӣ, навъҳои тест, салоҳиятнокиӣ, мафҳумҳо, истилоҳот ва муодилаҳои химиявӣ.



ФРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СЛУШАТЕЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАЧИ ПО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

Киматов Рустам Сафарович-к.х.н. доцент, директор центра довузовской подготовки ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

НосироваЗаррина Аминовна- аспирантка 2-го курса зоочного отделения, аспирантуры Кулябского Государственного Университета

Чолова Саодат Пириевна- аспирантка 1-го курса зоочного отделения, аспирантуры Кулябского Государственного Университета.

Кодиров Махмадулло Хушвахтович- ассистент кафедры химии Дангаринского медицинского колледжа.

В данной статье отмечается, что в последние годы во всех уровнях системы обучения внедряется новое отношения к обучению. В статье преподавателям предлагает-

ся один из новых видов тестовых вопросов.

Ключевые слова: тест, тестовые вопросы, виды тестов, компетентность, понятие, термины и химические уравнения.

Kimatov Rustam Safarovich c.ch.s., associated professor, the head of pre-university preparation center of Avicenna Tajik State Medical University

Nosirova Zarina Aminovna - postgraduate student of the 2nd course of post-graduate course department of Kulob State University

Jalolov Saodat Pirievna - postgraduate student of the 1st course of post-graduate course department of Kulob State University

Kodirov Mahmaddullo Khushvakhtovic - teacher of chemistry of Danghara Medical College

Increasing competence of listeners in the process of training of subject test tasks on the sequence.

In recent years in all levels of training system introduction of new relations of training that is

devoted in this article. Teachers offer one of new types of test questions in this article.

Keywords: test, test questions, types of tests, competence, concept, terms and chemical equations

Муҳиммият. Вазорати маориф ва илми ҶТ бо мақсади ба меъёрҳои байналмилалӣ ва стандартҳои ҷаҳонӣ мутобиқ гардондани низоми таҳсилоти миллии кишвар ва ҷорӣ намудани муносибатҳои нави таълим дар таҳсилот тадбирҳои мушаххас ва судманд андешида истодааст. Яке аз онҳо ин аст, ки мутобиқи тамоюлоти ҷаҳони муосир на танҳо ба дониш, балки ба салоҳиятнокӣ низ така бояд кард, яъне ба донишҷӯён имконияти аз худ намудани салоҳияту малакаҳои асосии иҷтимоиро, ба монанди банақшагирии пешравӣ дар касб, илмомӯзӣ дар давоми тамоми ҳаёт, тайёрии касбии дар бозори меҳнат талаботдошта, донишу малакаи барои худтакмилдиҳӣ зарур, малакаи тарзи ҳаёти солим ва арзишҳои ҷомеаи шаҳрвандиро омӯзонидан лозим аст. Дар ин равандистифодаи саволҳои тестӣ рол бозида

метавонад. Чунки дар аксарияти муассисаҳои таҳсилоти олии касбии Ҷумҳурии Тоҷикистон қариб тайи си сол боз донишҷӯён тибқи озмунҳои тестӣ имтиҳон месупоранд. Тули ин солҳо имтиҳони тестӣ мавқеи худро хеле мустақкам намуда нишон дод, ки он усули ягонаи объективона ва мустақилона баҳодиҳӣ ба дониши докталаб аз рӯи талаботи ягона мебошад. Имтиҳони тестӣ имконият медиҳад, ки дониш ва маҳорати донишҷӯ дар муддати кӯтоҳ аз бахшҳои ин ё он фан санчида шавад. Дар намудҳои дигари санчиш, дониши донишҷӯ танҳо аз руи се-ҷор мавзӯи санчида мешавад халос, ки дар ин маврид донишу маҳорати донишҷӯро пурра муайян намудан имкон надорад. Барои мисол мо дар даҳ гуруҳи шунавандгони Маркази омодагии қаблии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фориг аз дарс им-



тихони даҳонӣ ё шифоҳиро ташкил наму-дем. Таҳлили имтиҳонҳои шифоҳӣ ошкор сохт, ки дар доираи як билети имтиҳонӣ ба дониш ва маҳорату малакаи шунаванда баҳои реалӣ дода намешавад. Ташкили чу-нин имтиҳонҳо вақти зиёдро талаб намуда, дониши реалии шунавандаро нишон дода наметавонад ва ин боиси сарфаи вақту но-розигии шунавандагон мегардад. Яъне таш-кили имтиҳонҳои шифоҳӣ дар шароити имрӯза мувофиқи матлаб нест.

То имруз танҳо аз рӯи се навъи саволҳои тестӣ имтиҳон ташкил карда мешавад: яъне саволҳои навъи пӯшида (ҷавобдор), кӯшо-да (беҷавоб) ва мувофиқоварӣ. Навъи чору-ми саволҳои тестӣ саволҳои пай дар пай ном дорад. Дар ин гуна саволҳо чор савол ва чор ҷавоб ҳаст, ки довталаб бояд онҳоро пай дар пай ҷойгир намояд. Барои ҳар як ҷавоби дуруст як ҳол дода мешавад. Дар илми тиб истифодаи чунин саволҳои тестӣ ба мақсад мувофиқ аст. Вақти он расидааст, ки саволҳои тести пушида яъне ҷавобдор кам карда шуда ба ҷои як қисми онҳо тести пай дар пай ҷорӣ карда шавад. Якчанд саволҳои тести навъи пай дар пай-ро аз фанни химия пешниҳод менамоем.

Мисоли 1. Муодилаи реаксияҳои зеринро аз рӯи камшавии суммаи коэффитсиент-ҳояшон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) $Al + O_2 = B$) $Al + Cl_2 = C$) $Al + N_2 = D$)
 $Al + S =$ Ҷавоб:

1	2	3	4
A	B	D	C

Барои ба ин савол ҷавобҳои дуруст додан довталаб бояд баробаркунии муодилаҳои реаксияҳои химиявиро донанд. Коэффитсиентҳои реаксияи химиявиро ҳисоб карда тавонад. Донанд, ки коэффитсиенти як навишта намешавад, аммо ҳисоб карда мешавад. Валентнокии ғайриметаллҳоро донанд ва аз рӯи камшавии суммаи коэффитсиентҳои реаксия онҳоро пай дар пай ҷойгир карда тавонад.

Мисоли 2. Намакҳоро бо зиёдшавии миқдори банди иониашон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) K_2SO_4 В) $NaHSO_4$ С) $AlCl_3$ D) $Fe_2(SO_4)_3$ Ҷавоб:

1	2	3	4
B	A	C	D

Дар ин савол довталаб доир ба навъҳои банди химиявӣ ва формулаҳои графикӣ бояд маълумот дошта бошад. Ғайр аз ин металлҳоро аз ғайриметаллҳо фарқ карда тавонад. Инчунин дар бораи банди ионӣ маълумот дошта дараҷаи оксидшавиро донанд ва маҳорати тартиб додани формулаи графикиро дошта бошад.

Мисоли 3.Элементҳоро бо зиёдшавии шумораи электронҳои қабаи охиринашон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) алюминий В) сулфур С) хлор D) фосфор Ҷавоб:

1	2	3	4
A	D	B	C

Мисоли 4.Металлҳоро аз руи сустшавии фаъолияти химиявиашон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) мис В) алюминий С) калий D) магний Ҷавоб:

1	2	3	4
C	D	B	A

Мисоли 5. Элементҳоро бо камшавии миқдори нейтронҳояшон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) алюминий В) оҳан С) фосфор D) калтсий Ҷавоб:

1	2	3	4
B	D	C	A

Мисоли 6.Намакҳои зеринро аз рӯи зиёдшавии миқдори ионҳо ҳангоми диссоциатсия пай дар пай ҷойгир намоед.

А) фосфати натрий В) сульфати оҳан(III) С) хлориди натрий D) сульфати калий Ҷавоб:

1	2	3	4
C	D	A	B

Мисоли 7.Газҳои зеринро аз рӯи камшавии зичии онҳо нисбат ба гидроген пай дар пай ҷойгир намоед.

А) CO В) NH_3 С) CH_4 D) CO_2 Ҷавоб:

1	2	3	4
D	A	B	C

Мисоли 8. Оксидҳои зеринро аз рӯи зиёдшавии шумораи электронҳояшон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) оксиди карбон (II) В) оксиди сулфур (VI) С) оксиди магний D) оксиди фосфор (V) Ҷавоб:

1	2	3	4
A	C	B	D



Мисоли 9. Элементҳоро бо камшавии электронҳои тоқ дар қабати охирин (дар ҳолати мӯътадил) пай дар пай ҷойгир намоед.

А) нитроген В) оксиген С) натрий D) неон Ҷавоб:

1	2	3	4
A	B	C	D

Мисоли 10. Намакҳоро бо камшавии дараҷаи оксидшавии манган пай дар пай ҷойгир намоед.

А) MnS В) K_2MnO_4 С) $NaMnO_4$ D) $MnCl_3$ Ҷавоб:

1	2	3	4
C	B	D	A

Мисоли 11. Намакҳоро бо камшавии массаи нисбии молекулавиашон пай дар пай гузоред.

А) сульфати алюминий В) карбонати оҳан (III) С) нитрати манган (III) D) нитрити курғошим (III) Ҷавоб:

1	2	3	4
D	A	B	C

Мисоли 12. Элементҳоро аз рӯи камшавии электроманфиғиашон пай дар пай гузоред.

А) нитроген В) оксиген С) бор D) карбон Ҷавоб:

1	2	3	4
B	A	D	C

Мисоли 13. Оксидҳои нитрогенро аз рӯи афзоиши дараҷаи оксидшавиашон пай дар пай гузоред.

А) NO_2 В) N_2O_3 С) NO D) N_2O_5 Ҷавоб:

1	2	3	4
C	B	A	D

Мисоли 14. Моддаҳои органикии зеринро аз рӯи зиёдшавии шумораи атомҳои оксигенашон пай дар пай ҷойгир намоед.

А) рибоза В) кислотаи сирко С) спирти этил D) глюкоза Ҷавоб:

1	2	3	4
C	B	A	D

Мисоли 15. Моддаҳои органикии зеринро аз рӯи камшавии миқдори атомҳои гидроген пай дар пай ҷойгир намоед.

А) этилен В) толуол С) пропен D) этин Ҷавоб:

1	2	3	4
B	C	A	D

Адабиёт

1. Репетитор по химии. Под редакцией А,С,Егорова. Ростов на Дону. Феникс. 2017
2. ЕГЭ Химия. Типовые экзаминационные варианты. Под.ред. А.А. Кавериной Москва. изд. Национальное образование. 2018
3. Маҷмӯаи масъала ва машқҳои химия. Ҷураев Ҷ.Х., Қиматов Р.С., Ҳақимов М.Ф., Душанбе. Ирфон. 2018
4. Иванова Р.Г Осокина Г.Н. Изучение химии в 9-10 классах. Издательство "Просвещение" 1979
5. Р.С. Қиматов Дастури методӣ аз фанни химия (барои довталабони мактабҳои олий). Нашриёти Кайҳон. Душанбе. 2010

ШИНОХТИ ФАЛСАФАИ ИБНИ СИНО АЗ НИГОҶИ МӯСО ДИНОРШОЕВ

Д.Р. Комилов

Аспиранти кафедраи фалсафа ва фалсафаи иҷтимоии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Комилов Далер Рустамович - аспиранти кафедраи таърихи фалсафа ва фалсафаи иҷтимоии ДМТ, E-mail: www.daler.komilzoda@gmail.com, Тел: +992987916666.

Дар мақолаи мазкур оид ба муҳимтарин ва пурарзиштарин асари таҳқиқоти Мӯсо Диноршоев "Натурфилософия Ибн Сины" ("Фалсафаи табиӣи Ибн Сино") (Душанбе: "Дониш", 1985, бо забони русӣ) маълумот дода шудааст. Муаллиф бар он назар аст, ки Мӯсо Диноршоев дар асарҳои таҳқиқоти худ оид ба омӯзиши сарчашмаҳои асилу муътамад масъалаҳои асосии фалсафаи Ибн Сино таълимот оид ба хусусиятҳои ҷавҳарии аҷсом, ҳаракат, макон, қадами олам, маърифат ва шаклҳову анвои



онро амику ҳамаҷониба таҳқиқ намудааст. Бояд ёдовар шуд, ки академик Мусо Диноршев дарасоситаҳқиқотианҷомдодаи худ муайян кардааст, ки фалсафаи Ибни Сино аз тамоили ҷаҳонбинии ӯ ба сӯи бисёр андешӣ дарак медиҳад. Дастоварди дигаре, ки академик Мӯсо Диноршоев тавассути таҳқиқи "Фалсафаи табиӣти Ибни Сино" ҳосил кардааст ин иборат аз он аст, ки ми-

ёни машшоия ва машшоияи шарқӣидома-тиғоявӣ ва таҳкими суннату анъанаҳои-мафкуравӣ мавҷуд аст. Муаллиф бар он назар аст, ки Мӯсо Диноршоев, асосан Ибни Сино ҳангоми тарҳрезии таълимоти худ дар бораи нафс ва тан низ бештар ба Арасту моил будааст.

Калидвожаҳо: ҳикмат, фалсафа, нафс, натурфалсафа, машшоия, макон, замон.

РОЛЬ ФИЛОСОФИЯ ИБН СИНО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МУСО ДИНОРШОЕВА.

Комилов Далер Рустамович - аспирант кафедры истории философии и социальной философии ТНУ, E-mail: www.daler.komilzoda@gmail.com, Тел: +992987916666.

В статье анализируется одна из известных книг академика Мусо Диноршоева, в которой он достаточно подробно и последовательно освещает натурфилософию Ибн Сино (Душанбе: Дониш, 1985, на русском языке). Автор отмечает, что Мусо Диноршоев в своих работах по исследованию и изучению основ идейных предпосылок философских учений Ибн Сино доказал, что познание есть особенность движения мира в вечности. Автор отмечает, что академик Мусо Диноршоев, основываясь на результатах своих исследований, доказал, что философия мировоззрения Ибн Сино отраже-

на во многих аспектах. Еще одно достижение, которое принадлежит, по мнению автора статьи, академику Мусо Диноршоеву - это то, что восточный перипатетизм является смысловым понятием и заслуживает изучения в свете натурфилософии Ибн Сино. По мнению автора статьи, Мусо Диноршоев отметил, что Ибн Сино при изучении философии о душе ссылался на учение Аристотеля.

Ключевые слова: мудрость, философия, души, натурфилософия, место, время.

Ключевые слова: мудрость, философия, души, натурфилософия, место, время.

THE ROLE OF IBN SINO PHILOSOPHY FROM THE VIEWPOINT OF MUSO DINORSHOEV

Komilov Daler Rustamovich - Postgraduate student of the department of history of philosophy and social philosophy of TNU, E-mail: www.daler.komilzoda@gmail.com, Tel: +992987916666.

In this article, the Rech goes especially about one of the actual books of academician Muso Dinorshoev. (Naturphilosophia ibn Sina) (Dushanbe: Donish, 1985, in Russian) gives information. The author, concludes that academician Muso Dinorshoev in his research and study of the basic idea of Preposiliki philosophical scholar Ibn Sino features, movement, place of the world, Viji Cognition is analyzed. Recall that academician Muso Dinorshoev, based on the results of his

research, suggests that Ibn Sino's philosophy is reflected on the worldview of many aspects. Another achievement that academician Muso Dinorshoev deserved to study the philosophy of Ibn Sina is the eastern Peripatetics and Peripatetics is a raw concept. The author suggests that Muso Dinorshoev, mainly studying the philosophy of Ibn Sino's soul, is especially fed into the teachings of Aristotle.

Key words: wisdom, philosophy, soul, natural philosophy, place, time.



Муҳимтарин ва пурарзиштарин асари таҳқиқоти Мӯсо Диноршоев "Натурфилософия Ибн Сино" ("Фалсафаи табиёти Ибни Сино") (Душанбе: "Дониш", 1985, бо забони русӣ) мебошад, ки дар замони шӯравӣ ба таъб расидааст.

Баъди нашри ин асар донишмандону муҳаққиқони зиёде, чун Акбар Турсунов, В. И. Приписнов, М. Раҷабов, С. Наврӯзов, Н. Қулматов, З. Вазиров, Ф. Сирочов, М. а Султонов, М. Ҳазратқулов ва дигарон роҷеъ ба китоби мазкур дар маҷаллаҳои ҷумҳуриявӣ умумишӯравӣ фикру мулоҳизаҳои худро дарҷ намуданд. Ҳамаи номбурдагон дар навиштаҳои худ эътироф намудаанд, ки ин асар дар муайян сохтани чеҳра ва хусусиятҳои фалсафаи Ибни Сино ва умуман дар ҷодаи синошиносӣ қадами устувору бузурге мебошад. Дар ҳақиқат, доир ба паҳлӯҳои гуногуни ҳаёт ва фаъолияти илмию эҷодии Шайхурраис ҷӣ дар собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ ва ҷӣ дар дигар мамолики олам даҳҳо асарҳо таълиф шуда бошанд ҳам, бемуҳобот метавон гуфт, ки кам андар кам онҳо дар тавзеҳи афкори фалсафии Ибни Сино, ҳосатан ҳикмати табиӣ ӯ, бо китоби "Фалсафаи табиёти Ибни Сино"-и Мӯсо Диноршоев ҳамвазнӣ карда метавонанд.

Чунончи, дар мулоҳизоте, ки донишмандон М. Раҷабов, Н. Қулматов (Арабзода) ва С. Наврӯзов тавассути маҷаллаи "Помир" (1986, №3, саҳ. 163-167) доир ба дастовардҳои китоби устод Мӯсо Диноршоев ироа доштаанд, истинод кардан хеле бамаврид аст: "Ғояҳои наву натиҷагирҳои илмие, ки М. Диноршоев (дар ин китоб-Р.К.) ба даст овардааст, метавон онҳоро на фақат дар таҳқиқоти минбаъдаи фалсафаи Абӯалӣ ибни Сино истифода кард, балки онҳоро ҳамчунин дар омӯзиши осори дигар мутафаккирони асри миёнагӣ низ ба кор бурд" [8-167].

Нуктаи назари умумиву ягона дар байни муҳаққиқон роҷеъ ба ҷаҳонбинии Ибни Сино мавҷуд набуд ва бархе аз онҳо [2] мутафаккиро дуалист мепиндошанд. Афроди дигар [9] ӯро пантеист меҳисобиданд. Баъзе муҳаққиқони дигар [7] бошанд, ақида

дошанд, ки ҷаҳонбинии Ибни Сино сирф моддигароёна аст. Худи Мӯсо Диноршоев то ин замон муътақид буд, ки афкори Ибни Сино аз мафкураи рӯҳгароии тавҳидии ӯ маншаъ мегирад [4].

Дар байни таҳқиқотчиёни ғарбии осори Ибни Сино низ роҷеъ ба ҷаҳонбинии ӯ нуктаи назари ягона вуҷуд надошт. Масалан, муҳаққиқи фаронсавӣ Е. Ҷилсон ӯро намоҷандаи "анъанаияҳудӣ" [12] мешумурд. Муҳаққиқи мисрӣ А.М. Ҷардат Ибни Синоро ҷонибдори ирфони натуралистӣ (табиӣ) [11] қаламдод менамояд. Дигар донишманди фаронсавӣ Л. Ҷойсон меғӯяд, ки Ибни Сино пайрави маърифати ҳадсӣ [12] мебошад.

Мӯсо Диноршоев сабаби мавҷудияти ҷунин нуктаи назарҳои мухталифро ба тариқи зайл шарҳ додааст:

- гуногунии мавқеи назар ва дастгоҳи ғоявӣ усулии муҳаққиқон;
- ноогоҳии муҳаққиқон аз анъана ва суннатҳои машшоияи шарқӣ;
- надонистани қисматҳои таркиби инизоми фалсафии мутафаккир: натурфалсафа, фалсафа, илоҳиёт ва ғ.

Ба ҳамин мақсад устод Мӯсо Диноршоев, қабл аз ҳама, тамоми осори ба забонҳои арабӣ ва форсӣ таълифнамудаи Ибни Синоро амиқу ҳамҷониба мутолиа карда, танҳо баъди ҳамин ба ҳулосае меояд, ки бисёр ақидаҳои умуман синошиносон роҷеъ ба хусусиятҳои ҷаҳонбинӣ ва моҳияти фалсафии ӯ сатҳӣ, ноогоҳона ва муғризона мебошанд.

Дар "Фалсафаи табиёти Ибни Сино" дар маркази тавачҷуҳи муаллиф масъалҳои фалсафие, ки дар қисми "Физика"-и асарҳои мутафаккир ҷойгиранд, қарор гирифтаанд. Бинобар ин, китоби мазкур шомили на танҳо масоили натурфалсафа, ҳамчунин масъалаҳои ҳастишиносӣ ва назарияи маърифат низ мебошанд.

Фарзияи андешаи таҳлилий, ки худ ҳулосабарории ҷамъбасти муаллиф аст, аз дарки дақиқи мазмун ва мақоми мақулаву мафҳумҳои асосӣ, ки қолаби мантиқии натурфалсафаи Ибни Синоро ташкил медиҳанд, бармеояд. Алалхусус, таҳлили мақулаҳои



фалсафӣ, ба монанди "макон", "замон", "ҳаракат", "сабабият", ки ба онҳо тасаввуроти табиат шиносӣ сахт алоқаманданд, хеле таъсирбахш ба назар мерасад.

Дарачаи фарҳанги олии сарчашмашиносии Мӯсо Диноршоев аст, ки як осори маънавии номаълум ва мавриди таҳлил қарор нагирифтаи фалсафаи Шарқи асримиёнагии дар забонҳои арабӣ ва форсӣ вуҷуд дошта мавҷудбударо мавриди омӯзиши илмӣ қарор додааст. Дар ин қатор "Ҳикмат ул-машриқия" ва китоби "Ишорот ват- танбеҳот"-и Ибни Синоро, ки нахустинбор устод Мӯсо Диноршоев ба забони русӣ тарҷума кардааст, бояд ном бурд. Ба ғайр аз ин ӯ як қатор иштибоҳоти хусусияти истилоҳидоштаро, ки дар тарҷумаҳои пешин ба мушоҳида мерасид, ислоҳ намудааст.

Ин тозакориҳои муҳаққиқи пурқору пурдонро дар рисолаи "Фалсафаи табиёти Ибни Сино" ҳамаи онҳое, ки таҳқиқоти мазкурро мавриди қарор додаанд, таъкид кардаанд. То он ҷо, ки ба мо маълум аст иттилоъ дорем, тамоми муҳаққиқони ватанӣ ва бурунмарзие, ки бо ҳамин асари илмии устод Мӯсо Диноршоев ба андозае ошноӣ доранд, арзишу аҳамияти назариявиро равишшиносӣ (методологӣ)-и онро ёдовар шудаанд. Аз ин рӯ, метавон чунин натиҷа гирифт, ки бозёфтҳои асари зикршуда як сухани наву тозае дар синошиносӣ мебошад. Ин китоб дорои бисёр фикру андешаҳои нав, бозёфту кашфиёти нодир низ мебошад. Аз ҷумла, дар ин рисола нахустинбор ақидаи аз се бахш (фалсафаи табиӣ, илоҳиёт ва фалсафа) иборат будани низоми ҷаҳонбинии Шайхурраис Абӯалӣ ибни Сино ба миён гузошташудааст.

Мӯсо Диноршоев аввалин шуда, қисмҳои боқимондаи "Ҳикмат-ул-машриқия"-и Ибни Синоро ба доираи таҳқиқ кашида, синошиносони ҷаҳонро ба ин ҳақиқати фарҳангии таърихӣ ошно намуд, ки аз ҷиҳати моҳияту аҳамияти оламшиносӣ ин китоб аз соири осори маъруфи (машшоии) Ибни Сино фарқи зотию чавҳарӣ надорад, нодуруст будани ақидаи дар байни муҳаққиқон то ин замон роиҷеро, ки гӯё Ибни Сино дар марҳилаҳои охири ҳаёту эҷоди худ аз ра-

вияи машшоӣ даст кашида, ҷаҳонбинии ба дину ирфон асосёфтаро офарид, исбот намуд.

Таҳқиқоти устод Мӯсо Диноршоев метавон гуфт, ки дарсиношиносии Шарқу Ғарб таҷдиди назарро ба вуҷуд овард. Назари оламиён роҷеъ ба ҳикмати Ибни Сино ҷиддӣ ва бо дарки нав оғоз шуд. Бо манзурӣ ҷанбаҳои мазкур устоди шодравон, профессор Нозирҷон Арабзода менависад, ки: "Бо итминони комил метавон гуфт, ки асари мазкур китоби маъмулие дар ҳақиқи Ибни Сино нест, балки таҳқиқоти бунёдиест, ки фақат ба ҷамъбасти комёбиҳои дар синошиносӣ ба дастамада маҳдуд нагардида, бисёр масъалаҳои мероси назариявии Абӯалӣ ибни Синоро, ки то ҳол мавзӯи таҳқиқи илмӣ қарор нагирифта буданд, ҳарҷиҳата таҳқиқ намудааст. Дар айни замон муаллиф таҳқиқи амиқтари он масъалаҳоеро, ки алҳол то ҳаде омӯхта шудаанд, фаромӯш накардааст. Тамоми хулосаҳои Мӯсо Диноршоев ба таҳлили дақиқи санадҳои илмии аниқ асосёфтааст. Услуби таҳқиқии ӯ ҳаргуна даъвоҳои бедалелро ба эътибор намегирад" [1,3].

Ба таври алоҳидаву ҷудогона баррасӣ гардидани фалсафаи табиати Ибни Сино ва муҳимтарин масоили ҳикмати табиӣ ӯро, ки тимсолашро дар синошиносии ҷаҳон дучор омадан бидуни имкон аст, яке аз дастовардҳои илми фалсафаи тоҷик дар ин ҷода метавон қаламдод намуд:

1- Фалсафаи Юнони Бостон (арастуия ва навафлотуния) маншаи ягонаи назарияи қадимияти олам набуд. Анъанаи дерини моддигароӣ, ки қадимияти олами моддиро изҳор доштаанд, маншаҳои амиқи ғоявӣ доранд, ки он маншаҳои дар таърихи афкори тоисломии мардумони эроннаҷод ниҳон аст. Зурвония ва даҳрия, ки то интишоршавии ҳикмати Юнони Бостон ҳам роиҷ буданд, андешаи қадимияти оламо эътироф мебошанд. Ин андешаро дар асри IX Ибни Ровандӣ дар шакли

материализми ҷанговар тақвият бахшид.

2- Далелу бурҳоноварии Ибни Сино бо андешаи қадимияти Ҳудои ягона ва олам ба поён намерасад. Мутафаккир бо идроки



комили мақулаҳои "модда", "ҳаракат", "мак-кон" ва "замон" низ ба назарияи қадимияти олам омада расидааст.

Муаллифнизоми далелҳои Ибни Сино ва тарафдорони ин назарияро дар партави мафҳуми "замон" таҳлил намудааст, ки хеле бамаврид ва возеҳанд. Мӯсо Диноршоев ин мафҳумро дар ҳамоҳангӣ ва алоқамандии мантику мазмун бо ҷузъиёти концептуалии натурфалсафаи Ибни Сино, ба монанди: "қадим", "ҳодис", "қабл" ва "баъд" хеле дақиқ мавриди таҳлил қарор додааст. Ҳатто як қатор мафҳумҳои мутааллиқ ба замон, ки ба низоми фалсафии дигар (ғайримашшоия) дохиланд, аз диққати муаллиф пинҳон намондааст.

Ҳамчунин бояд зикр намуд, ки дар миёни синошиносон роҷеъ ба як рисолаи фалсафии Ибни Сино "Ҳикмат ул-машриқия" чунин ақидае роиҷ буд, ки файласуф бо таълифи он аз заминаи маслакии машшоия дур рафтааст. Мӯсо Диноршоев зимни таҳқиқоташ асари мазкурро бо рисолаҳои дигари Ибни Сино ва "Мабоҳис ул-машриқия"-и Имом Фахридини Розӣ ва "Ҳикмат ул-ишроқ"-и Шаҳобуддини Сухравардӣ муқоисанамуда, ба натиҷаи муътамадерасидааст, ки фалсафаи Ибни Сино дар ин асар низ монанди дигар осори ӯ, на ирфону ишроқ, балки машшоияи шарқӣ аст.

Дастоварди дигаре, ки Мӯсо Диноршоев тавассути таҳқиқи "Фалсафаи табиёти Ибни Сино" ҳосил кардааст, иборат аз ин аст, ки миёни машшоия ва машшоияи шарқӣ идомати ғоявӣ ва таҳкими суннату анъанаҳои мафкуравӣ мавҷуд аст. Вале дар ин замина ба чунин ҳулоса омадан нодуруст аст, ки гӯё Ибни Сино шорехи Арасту бошад ё фалсафаи мутафаккири тоҷик намунаи махлуди фалсафаи Арастуву Афлотун ва навафлотуния ҳисоб гардад. Таҳқиқоти Мӯсо Диноршоев доир ба назарияи идроки Ибни Сино ва таносуби он бо таълимоти ӯ роҷеъ ба ҳастӣ низ ҷолиби тавачҷуҳ аст ва ҷиҳатҳои навро дорост. Устод ба ҳулосаи дурусти илмӣ омадаанд, ки назарияи идроки Ибни Сино моҳиятан назарияи инъикос аст ва то андозае ҳилофи назарияи тазаккури Афлотун мебошад.

Ба ҳамин тарик, таҳқиқоти фалсафии академик Мӯсо Диноршоевро дар миқёси олам яке аз тозақортарин таҳқиқот оид ба фалсафаи Шарқ ва баҳусус, таълимоти фалсафии мутафаккири асримиёнагии тоҷик Абӯалӣ ибни Сино пазируфтаанд, ки он пеш аз ҳама, эътирофи олими тоҷик ва пешрафти илми фалсафаи муосири тоҷик низ ҳаст.

"Монографияи Мӯсо Диноршоев, - менависад профессор Акбар Турсунов, - сатҳи таҳқиқи фалсафаи Шарқи асримиёнагири инъикос менамояд. Ба ҷуз аз маводи асноди пурвусъат буданаш, дар он як қатор ҳулосаҳои назариявӣ ва натиҷаҳои мантиқӣ ғунҷоиш ёфтааст, ки он метавонад бар нафъи таҳқиқотҳои минбаъда хидмат кунад ва самтҳои нисбатан дақиқу амиқи фаҳмиши осори ғоявӣ маънавии Ибни Синоро муайян созад" [10, 169-170].

Мӯсо Диноршоев зимни таҳлилу таҳқиқи ҳамаҷонибаи натурфалсафаи Ибни Сино ба таври дақиқ собит месозанд, ки бешак муҳимтарин сарчашмаи ғоявии ғайрибумии ташаккули афкори фалсафии мутафаккир фалсафаи юнонӣ, алалҳусус фалсафаи ҳакими барҷастаи он Арасту ва дар тавзеҳи баъзе масъалаҳои фалсафӣ Афлотун, низ мебошанд. Дар тақвияти ҳамин андеша устод Мӯсо Диноршоев дар китоби "Фалсафаи табиёти Ибни Сино" чунин менигоранд: Ибни Сино дар тадвини фалсафаи худ ва таҳлили бисёр масъалаҳои умдаи фалсафӣ, ба мисли сохти ҳаюло (модда) ва аҷсом, сабабият, сифатҳои модда ва моҳияти онҳо, азалияту абадияти олам, нафсу тан, робита ва таъсири мутақобилаи ашъ, кавну фасод ва қонунмандии онҳо ба Арасту така мекунад. Рӯҳи арастуӣ дар тамоми ҷанбаҳои назарияи маърифати Ибни Сино - моҳияти идрок (маърифат), идроки ҳиссӣ ва ақлонӣ, ҳадсӣ ва таҷрибавӣ, иқтисобӣ ва ғайрииктисобӣ ба мушоҳида мерасад. Вале сарфи назар аз ҳамаи ин Ибни Синоро наметавон шорех ва муқаллиди Арасту пиндошт. Зеро Ибни Сино ҳангоми баёни масоили мазкур масъалаҳоеро мавриди таҳқиқ қарор медиҳад, ки Арасту онҳоро танҳо матраҳ карда буд. Ибни Сино андешаҳоеро пеш меоварад, ки



зинаи наvero дар фалсафаимашшоияогоз менамоянд. Масалан, ҳангоми таҳлили масъалаи таҷавҳури аҷсом Ибни Сино назарияҳои сурати ҷисмӣ, ташаххуси модда ва сурат тавассути якдигар, ягонагии модда ва суратро дар аҷсоми табиӣ ва сунъӣ пешниҳод кардааст, ки барои рафъи ақидаи дуалистӣ (санавият)-и модда ва сурат ва назарияи мусули Афлотун аҳамияти зиёд доштанд. Ибни Сино масъалаи сабабиятро баррасӣ карда бархилофи Арасту ба таҳлили масъалаи таносуби замони сабаб ва натиҷа, шаклҳои робитаи сабаб ва натиҷа, навъҳои робитаи сабабӣ, таносуби зарурат ва тасодуф ва ғ. тавачҷуҳи бештар зоҳир кардааст, ки дар машшоия умуман, машшоияи шарқӣ хусусан, навовари чиддӣ маҳсуб мешуданд. Ибни Сино инчунин назарияи Арастуро дар бораи сифатҳои модда пазируфта ва такмил додаст [4, 10].

Ҳамин тариқ, Мӯсо Диноршоев зимни тавзеҳи масоили зикршуда дастоварду афзалиятҳо ва такмилоту тафовутҳои натурфалсафаи Ибни Синоро аз Арастуву пайравони юнонии ӯ ба тариқи зайл ироа медорад: Якум, Ибни Сино нисбат ба Арасту андешаи айнияти ҳаракат, макон ва замонро пайгиронатар асоснок сохтааст. Дуюм, Ибни Сино фарзияи майлро пешниҳод намуд ва ба ин василакашфи қонуни ҷабр (инерсия) -ро омода сохт, ки баъдан аз ҷониби мутафаккирони Давраи Эҳё -Галилей ва Нютон баён шуд. Дар ин замина вай назарияи Арастуро дар хусуси таъсири антиперистатикӣ муҳит рад намуд. Сеюм, Ибни Сино бархилофи Арасту исбот мекард, ки ҳаракат на танҳо дар категорияҳои каммият (миқдор), кайфият (сифат) ва макон, балки дар категорияи вазъ (ниҳод) низ ҷой дорад. Чорум, Ибни Сино андешаи тобеияти суръати ҳаракатро ба муқовимати ашёи дигар ва вазни ҳоси ҷисм хуб асоснок сохтааст. Ӯ ақидаи баъзе донишмадонро дар бораи ҳаракати қаҳрӣ (ичборӣ) нақд карда, таъкид карда буд, ки аз рӯйи ақидаи онҳо "боистӣ, ки ҳар чӣ хурдтар будӣ, тезтар ҷунбидӣ ва ҳар чӣ бузургтар будӣ дертар ҷунбидӣ ва қор бархилофи ин аст" [6, 12].

Мувофиқи ақидаи Мӯсо Диноршоев, Ибни Сино ҳангоми тарҳрезии таълимоти худ дар бораи нафс ва тан низ бештар ба Арасту моил будааст: дар асл вай ҳамаи нуктаҳои ин таълимоти ӯро ҷонибдорӣ кардааст, ба ҷуз ин андешаи вай, ки ҳама навъҳои нафс, аз ҷумла нафси оқилаи инсон ҳам фонианд, дар бораи нафси оқила Ибни Сино бархилофи Арасту мавқеи дигар дошт: нафси оқилаи инсон баъди фаноӣ тан фано намепазирад, балки ҷудо аз он ҳастии худро идома медиҳад. Ин, аз як тараф, натиҷаи он тағйироти ақидатие буд, ки дар ҷомеаи замони Ибни Сино руҳ дод ва аз тарафи дигар, амри мазкур марбут ба таъсири назарияи мактабҳои дигари фалсафӣ, фалсафӣ-динӣ ва мазҳабӣ мебошад. Вале Ибни Сино ба ҳайси табиб тавонистааст, ки масъалаи таносуби рӯҳониёт ва ҷисмониётро нисбат ба Арасту муфассалтар баррасӣ кунад ва чун яке аз аввалинхонандешаи тобеияти рӯҳониётро аз ҷисмонӣ баён кардааст: сиҳҳати рӯҳӣ натиҷаи сиҳҳати ҷисмонӣ ва физиологии мағзи сар аст, бемории рӯҳӣ пайомади носиҳҳатии ҷисмонӣ ва физиологии мағзи сар мебошад. Зиёда аз ин, вай таъсири акси рӯҳониёт ба ҷисмониётро барои замони худаш бисёр боварибахш асоснок сохтааст. Ибни Сино яке аз аввалин олимоне аст, ки заминаи моддии фарояндҳои рӯҳонӣ -ҳисҳо, тасаввур, ваҳм, ҳаёл, ҳофиза, хотира ва тафаккурро дақиқ нишон додаст. Ба ин васила ӯ яке аз шартҳои зарурии даркивоқеъбинонаи ҳаёти рӯҳониро муайян кардааст. Ҳеҷ шакле нест, ки Ибни Сино ба ин ҳама дастовардҳо дар заминаи пешрафтҳои фалсафа ва илм, хусусан тибб, ки то замони ӯ руҳ дода буданд, ноил шудааст [5, 50-51].

Хулоса, Мӯсо Диноршоев умумияту тафовутҳои натурфалсафаи Ибни Синоро аз натурфалсафаи Афлотуну Арасту ва дигар мутафаккирони юнонӣ бо нишондодани бисёр далелҳои муътамаду қавии илмӣ ҳамаҷониба асоснок сохтааст, ки дар таҳқиқоти оянда дар мавридашон сухан хоҳем гуфт.



АДАБИЁТ

1. Арабзода Нозир. Файзи истеъдод // Рӯзномаи "Минбари халқ", 25-уми ноябри соли 1999. С. 3.
2. Баратов М.Б. Мироззрение Абу Али ибн Сина // Ибн Сина. Канон врачебной науки. Т.1.Ташкент, 1981; Баратов М.Б., Булгаков П.Г., Каримов У.И. Абу Али ибн Сина. Ташкент, 1980; Бобоутдинов А.М. Великий мыслитель средневековья // Литературный Таджикистан. Альманах, кн. 5. Сталинабад, 1953;
3. Богоутдинов А.М. Очерки по истории таджикской философии. Сталинабад: "Таджсоцгосиздат", 1961.
4. Диноршоев М. Ибн Сина и его философские воззрения // Абу Али Ибн Сина. Избранные произведения. Т. 1. Душанбе: "Ирфон", 1980. -С. 10.
5. Диноршоев М. Натурфилософия Ибн Сины. Душанбе: "Дониш", 1985. С. 50-51.
6. Ибни Сино. Табиӣти "Донишномаи алой". Хамадон, 1383. -С.12.
7. Лей Герман. Очерк истории средневекового материализма. Москва, 1962.
8. Раджабов М., Кулматов Н., Наврузов С.М. Диноршоев. Натурфилософия Ибн Сины. Душанбе, 1985. -254с. // Памир.-1986.-№3.-С. 167.
9. Сагадеев А.В. Ибн Сина. Москва: "Наука", 1980; Сагадеев А.В. От Авиценны к Ибн Сине: опыт адекватной реконструкции восточно- перипатетической мысли // Абуали ибн Сина. К 1000-летию Абуали ибн Сины. Ташкент, 1980.
10. Турсунов Акбар. М. Диноршоев. Натурфалсафаи Ибни Сино. Душанбе: "Дониш", 1985.-256 с. // Вопросы философии. -1987.-№1. -С.169-170.
11. Gardet A.M. The philosophy of Avicenna and its influence of medieval Europe. Tr from French willi notes M.S. Khan. Dehli. Banassidass.1969.
12. Gilson E. L'esprit de Laphio Sophie medieval. Paris, 1951.



ҶАШНВОРА



**Умарҷон Раҳимҷонович Юлдошеви
мухтарам,**

Раёсат ва кумитаи иттифоқи касабаи До-нишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино Шуморо ба муносибати ҷашни фархунда, яъне 60- солагии зодрузатон табрик ва муборакбод мегӯянд.

Олим-методист, доктори илмҳои педагогӣ, профессор, Аълочии маориф ва илми Тоҷикистон, академики Академияи илмҳои педагогӣ ва иҷтимоии Федератсияи Россия-Юлдошев Умарҷон Раҳимҷонович аз моҳи сентябри соли 1982 дар кафедраи забони русии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба ҳайси омӯзгор-ассистент ба кор шурӯъ намуда, ҳамзамон, аз соли 1983 дар аспирантураи ғоибонаи кафедраи забони русии ДДТТ ба номи В.И.Ленин тахсилашро идома додааст.

Соли 1989 дар мавзӯи "Омӯзонидани нутқи хаттии русӣ ба донишҷӯёни соҳаи тиб дар шароити дузабонӣ" рисолаи номзадӣ дифоъ карда, аз соли 1988 то имрӯз дар вазифаи мудирӣ кафедраи забони русии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият дошта, соли 1992 ба унвони илмии дотсент сазовор гардидааст. Ӯ тадқиқоти илмиашро идома дода, соли 2000 дар Институти проблемаҳои маълумоти миллии Вазорати маорифи Федератсияи Россия рисолаи доктории худро дар мавзӯи "Дузабонии тоҷикӣ-русӣ ҳамчун шартӣ тайёрии касбии донишҷӯён-табибон дар мактабҳои олии Тоҷикистон" низ Ҳимоя намудааст. Соли 2001 ба гирифтани унвони илмии профессори кафедраи забони русии донишгоҳи номбурда сазовор гаштааст.

Натиҷаи фаъолияти илмии ӯ дар асарҳои илмию тадқиқотӣ ва илмию методӣ, бо теъдоди зиёда аз 278 номгӯй рӯи чоп омадааст. Чунончи, 1- монография, 3- китоб, 8- китобҳои дарсӣ, 7 - дастури таълимӣ методӣ, зиёда аз 29 барно-

маҳои таълимӣ ва 19 силлабус аз методикаи таълими забони русӣ барои мактабҳои олии Тоҷикистон, ки барои ҳамаи факултетҳои гуногуни тиббӣ, инчунин 155-мақола, 38 тезису маърузаҳои илмӣ дар конференсияҳои илмию мизҳои мудаввар баррасишуда ва 19 мақола дар рӯномаҳои даврагӣ оид ба тарбияи ахлоқию маънавии донишҷӯёни мактабҳои олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Инчунин 19 тақризиҳо барои китобҳо ва дастуртамали таълимӣ интишор ёфтаанд.

Тайи солҳои 2000 то 2006 профессор Юлдошев У.Р. вазифаи котиби масъули маҷаллаи илмию тиббии "Паёми Сино" ("Вестник Авиценны"- ро ба уҳда дошт.

Профессор У.Р. Юлдошев дар омода намудани мутахассисони баландхаттисос саҳми арзанда дорад. Чунончи, таҳти роҳбарии ӯ 8 нафар аспирант ва унвонҷӯёнаш рисолаҳои номзадӣ дифоъ намуда, се нафар унвонҷӯёнаш рисолаҳояшонро барои дифоъ пешниҳод намуда, чор нафар унвонҷӯёни кафедраи забони русии Донишгоҳи тиббӣ қорҳои илмиашонро таҳти роҳбарии ӯ давом дода истодаанд.

Дар асоси супориши Вазорати маориф ва илми ҶТ профессор У.Р.Юлдошев дар ҳамкорӣ бо профессорони факултети филологияи руси ДМТ "Барномаи таълимӣ аз фанни забони русӣ"-ро (барои донишҷӯёни донишгоҳҳои ғайрифиллологӣ (Душанбе,2016) "Китоби дарсӣ аз фанни забони русӣ ибарои донишҷӯёни донишгоҳҳои ғайрифиллологӣ (Душанбе,2018 низ тартиб додаст.

Аз 16 апрели 2010 ба ҳайси аъзои ҳақиқии Академияи илмҳои педагогӣ ва иҷтимоии Федератсияи Россия интихоб шудааст.

Хизматҳои профессор У.Р.Юлдошев бо мукофотҳои гуногун қадр қарда шудааст. Ӯ моҳи ноябри соли 2009 бахшида ба 70- солагии ҷашни Донишгоҳи тиббии Тоҷикистон аз тарафи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон бо медали "Хизмати шоиста" мукофотонида шуда, инчунин, аз тарафи ВМИ ҶТ бо нишони "Аълочии маориф ва илми Тоҷикистон" мукофотонида шудааст.

Бори дигар мавлуд муборак ва аз забони шоир мегӯем, ки:

Шаст соли баҳори умр бодо табрик,
Ин як зи ҳазори умр бодо табрик!

**Раёсат, Кумитаи иттифоқи касабаи
кормандон, ҳайати таҳририяи
маҷаллаи "Авчи Зухал"**



ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
фиристодани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 12 Times New Roman Tj бо фосилаи 1,5 хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли хатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 5-8 саҳифа зиёд набоянд, мавҷуд будани тақриз хатмист.
3. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ оварда мешаванд.
4. Дар аввали мақола унвони он, ному насаби муаллиф, номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Агар шумораи муаллифон аз 5 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
5. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳимият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Реферат (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси реферат калимаҳои калидӣ бояд нишон дода шаванд.
6. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан ва бе ихтисора бошанд.
7. Иллюстрация (оройиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зерин расмҳо хатмист.
8. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузормешавад.
9. Суроғаи мукотибот маълумотҳои зеринро дар бар мегирад: ҷойи қор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ.
10. Мақола бояд аз тарафи роҳбари муассиса ё мудири кафедра тасдиқ карда шуда бошад.
11. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
12. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
13. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақолародорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар матбааи ДДТТ номи Абӯалӣ ибни Сино ба таърифи расид.
Суроға: ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ -139

*Ба матбаа 18.02.2019 супорида шуд. Ба чопаш 20.02.2019 имзо шуд.
Чопи офсет. Коғаз офсет. Андозаи 30x42 ¹/₄ 34,5 чузъи чопӣ
Супориши №104. Адади нашр 100 нусха.*