



## **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

### **ШҶҶҶҶ 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  
Абуали ибни Сино**

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

**2 (35)**

**\*\*\***

**2019**

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  
Абуали 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.,
Мухамадиева 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**

**2 (35)**

**\*\*\***

**2019**

**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

<b>Р.Д. Чамилов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, А.А. Абдурасулов.</b> Таъсири табобати антихеликобактерӣ ба чараёни решмарази меъда ва ДПК, бо оризаҳои хунравӣ дар беморони солхӯрда ва пиросонсол.....	5
<b>Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, Р.Д. Чамилов, А.А. Абдурасулов.</b> Усулҳои таркибии гемостази эндоскопӣ ҳангоми хунравии шадиди реши гастродуоденалӣ дар беморони калонсол ва пир.....	8
<b>Ҷ.Қ. Муҳаббатова, Б.М. Ҳамроев, О.С. Боймуродов, Ҷ.Қ. Давлатов, Ф.М. Сафолова.</b> Нишондиҳандаҳои инструменталӣ-лаборатории беморони дорои парапроктити музмин дар заминаи диабети типии II.....	12
<b>Ҷ.Қ. Муҳаббатова, Ҷ.Қ. Давлатов, М.Б. Ҳамроев.</b> Парапроктити ретроректалӣ.....	18
<b>А.А. Абдурозиков, Р.А. Зокиров, Р.Д. Чамилов, А.А. Абдурасулов.</b> Холесистити бесанг ҳамчун бемории ҷарроҳӣ.....	25
<b>А.А. Абдурасулов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, Р.Д. Чамилов.</b> Мавқеи доруи тиогамма ҳангоми табобат ва пешгирии синдроми диабетӣ-невропатӣ.....	28
<b>А.Р. Зарипов, Х.Р. Қувватов, С.К. Сабуров, И.С. Одинаев.</b> Истифодаи протези беком дар ҷоғи боло ҳангоми пурра набудани дандонҳо.....	31
<b>А.А. Нусратов, Ҷ.А. Шамсиев, А.А. Абдувоҳидов, Б.Н. Усмонов.</b> Истифодаи нефролитотомия перкутанӣ дар беморони гирифтори нефролитиази гурдаи ягонаи фаъолияткунанда.....	35
<b>С.М. Муҳаммадиева, Ш.М. Қурбонов, Г.А. Аҳмедҷонова.</b> Тамоюли истифодабарии маводҳои пешгирандаи ҳамл дар минтақаи бо нишондиҳандаи баланди таваллуд.....	42
<b>Бабаева Л.А.</b> Ҷанбаҳои клиникӣ селиакия дар кӯдакон.....	47
<b>Х.Р. Зурҳолова.</b> Хусусиятҳои мубодилаи ҳучайравӣ дар кӯдакони гирифтори вайроншавии музмини гизогирӣ.....	50
<b>Н.А. Абдуллоева, О.Ф. Ҳайдарова, М.Р. Қодирова.</b> Иллати системаи пешоброн дар кӯдакони синни барвақт ҳангоми сепсиси стафилококкӣ.....	55
<b>К.И. Исмоилов, М.А. Юсупова, Ш.С. Музаффаров.</b> Ҳолати толерантнокии иммунологӣ дар кӯдакони гирифтори сироятҳои дохилибатнии омехта.....	61
<b>К.И. Исмоилов, Н.Н. Хочаева, Д.Б. Саидова.</b> Масоили муолиҷаи ислоҳи масуният дар муолиҷаи комплекси камхунӣ ирсии гемолизӣ дар кӯдакон.....	65
<b>М.Т. Ғаниева, М.О. Исрофилов, М.Ҷ. Исоқова.</b> Вайроншавии кори дил дар беморони гирифтори сактаи мағзи сар.....	71
<b>Л.Ф. Чумаева, К.И. Исмоилов, С. Саторов, Ш.С. Музаффаров.</b> Хусусиятҳои клиникӣ ва сохтори этиологии бемории пневмонияи бактериялӣ дар кӯдакони навзод ва кӯдакони соли аввали ҳаёт.....	74
<b>М.М. Шарипова, К.И. Исмоилов.</b> Хусусиятҳои нишондодҳои эхокардиографӣ дар кӯдакони мубталои астмаи бронхиялӣ.....	81
<b>Г.М. Саидмуродова, Н.М. Хочаева.</b> Равиши саририи пневмонияи пневмотсистии шушҳо дар кӯдакони синни гуногун.....	85
<b>М.М. Рузиев, Г.М. Усманова, Г.Ҷ. Азимов, Н.Ҷ. Ҷафаров.</b> Натиҷаҳои таҳқиқот оид ба коркарди маблағгузориҳои перспективии зидди ВНМО/БПНМ дар Тоҷикистон дар робита бо ҳатсайри пешрафти эпидемия.....	90
<b>М.Ҷ. Ёдгорова, Ф.Х. Тишкова, М.Ҷ. Мирзокалонова, М.П. Носирова.</b> Сирояти паровирусӣ (В19): этиология, эпидемиология, таъхис ва зухуроти клиникӣ.....	98
<b>М.Т. Ғаниева, М.Ҷ. Исоқова, Р.А. Хошимов, Ш.Р. Рабоева.</b> Бӯҳрони фишорбаландӣ ҳамчун омилҳои хатарӣ сактаи майнаи сар.....	103



<b>Ш.Д. Муродов, М.И. Маҳмудназаров, М.Д. Шоев, З.Ҳ. Назаров.</b> Хусусиятҳои таъбаоти маҷмӯӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо ринити музмини аллергӣ.....	108
<b>А.Ҳикамтӣ.</b> Оризаҳои қонибии тоблетҳои зиддиҳомилагӣ.....	114
<b>Н.А. Иноятова, А.Д. Исаков, А.Мусоев.</b> Масъалаи таъхиси дерӣ гипотиреоз ва зарурати таъбиқи скрининги неонаталӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	119

### ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

<b>П.Қ. Қурбонбекова.</b> Қанбаҳои эпидемиологӣ ва клиникаи лейшманиози пӯст дар сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	124
<b>Ф.Д. Ҳасанов, И.И. Бабаев, Х.С. Ҳайров, А.К. Қаюмов.</b> Вижагиҳои шароити қори қормандони сеҳи фабрикаҳои қаннодӣ.....	131
<b>Х.А. Ғаниев, Ҷ.А. Азонов, Ғ. Ҷалилов.</b> Таъсири маводи қомплексии феразон+липовитол ба баъзе аз нишондиҳандаҳои биокимиявӣ ва ҳуни ҳайвонҳои муқталлои диабети стрептозотосини.....	135
<b>Б.А. Ишонқулова, М.В. Урунова, М.Ҳ. Насруллоева, Ф.О. Расулова.</b> Хосиятҳои гипохолестеринемӣ ва қандпақтқунии алафи испанд ( <i>perganum harmala</i> ) ҳангоми гиперлипидемияи таҷрибаӣ.....	140
<b>Э.Х. Тағойқулов, С.Т. Ибодов, Ҳ.Ю. Шарипов, Р.Р. Аҳмедова.</b> Хусусияти морфологии сохтори ғадудҳои қуррӯда ҳангоми мегасеқум.....	144
<b>Н.Р. Саломзода, С.Т. Ибодов, Р.Х. Зоқиров, М.Ф. Менлиқулов, А.А. Раҳматуллоев, О.Т. Девонаев.</b> Энсефалопатия шадиди сӯхтагии кӯдақон.....	150
<b>И.У. Файзилов, А. Абдиразоқов, Ш.С. Шамсутдинова, Р.Ё. Шарипова.</b> Синтези Z,E-изомерҳои моноэфирҳои соддаи дусеюминаи диоксиалдегидҳои енинӣ.....	153
<b>М.А. Қомилова.</b> Маълумоти муфид оид ба шиноварӣ ва таъсири он ба саломатии инсон.....	158



## ТИББИ АМАЛӢ

### ТАЪСИРИ ТАБОБАТИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРӢ БА ЦАРАӢНИ РЕШМАРАЗИ МЕЪДА ВА ДПК, БО ОРИЗАӢОИ ХУНРАВӢ ДАР БЕМОРОНИ СОЛХӢРДА ВА ПИРОСОНСОЛ

**Р.Д. Чамилов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, А.А. Абдурасулов**  
Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 (мудирӣ кафедра н.и.т., Набиев М.Х.)-и  
ДДТТАбӯали ибни Сино

*Чамилов.Р.Д. - н.и.т. ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

*Зокиров Р.А. - н.и.т. дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Абдурозиков А.А. - ассистентикафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33.*

*Абдурасулов А.А. - ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

Дар мақола муаллифон таҳқиқоти хеликобактериозро дар 48 бемори дорои ЖКК-и решӣ гузарониданд, дар ин маврид хеликобактериози вазниниашон гуногун дар 41 бемор (85,4%) ташхис карда шуд, аз он ҷумла хеликобактериоз бо решҳои зуншори меъда 24 (58,5%), бо хуншорӣи решҳои постбулбарии паст 17 (41,5%) буд. Ҳамин тавр, аз 17 бемори дорои дараҷаҳои гуногуни вазнинии хеликобактериоз дар 14 нафар да-

раҷаи вазнини талафи хун ба қайд гирифта шуд. Барои пешгирӣ намудани уретсидивҳои хунравӣ табобати антисекреторӣ ва антихеликобактерӣ гузаронида шуд. Бо мақсади иҷро намудани табобати эрадикасионӣ дар 48 бемор квадротерапия (табобати чорҷузъа) анҷом дода шуд.

**Калимаҳои калидӣ:** квадротерапия, антихеликобактерия, эпигастрия, секреторӣ, эрадикасионӣ.

### ВЛИЯНИЕ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Р.Д. Джамилов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, А.А. Абдурасулов**  
Кафедра общей хирургии № 2 (заведующий кафедрой -к.м.н. Набиев М.Х)  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Джемилев Р.Д. -к.м.н. ассистенткафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

*Закиров Р.А. - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Абдуразаков А.А. - ассистенткафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, - тел: +992 985 88 22 33*

*Абдурасулов А.А. - ассистенткафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

В статье авторы провели обследование на хеликобактериоз у 48 пациентов с ЖКК язвенного генеза, при этом хеликобактериоз различной тяжести диагностировали у 41

больного (85,4%) из числа больных хеликобактериозом с кровотокающими язвами желудка было 24 (58,5%), с кровотокающими низкими постбульбарными язвами 17



(41,5%). Таким образом, из 17 пациентов с тяжелой степенью хеликобактериоза у 14 из них наблюдались тяжелые степени кровопотери. Важное значение для профилактики рецидивов кровотечения придавали антисекреторной и антихеликобактерной тера-

пии. Для эрадикационной терапии 48 больным использовали квадротерапию (четырёхкомпонентную терапию).

**Ключевые слова:** квадротерапия, антихеликобактерия, эпигастрия, секреторная, эрадикационная

## INFLUENCE OF ANTIHELICOBACTER THERAPY ON A COURSE OF THE PEPTIC ULCER OF A STOMACH AND DUODENUM COMPLICATED BY BLEEDING AT PATIENTS ELDERLY AND SENILE AGE

**R.D. Jamilov, R.A. Zokirov, A.A. Abdurozikov, A.A. Abdurasulov**

Department of general surgery № 2 (head of the department - c.m.s. Nabiyev M. Kh.) of Avicenna TSMU

*Jemilev R.D. - c.m.s. assistant of the department of general surgery №2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 935 23 74 77*

*Zakirov R.A. - c.m.s., associate professor of the department of general surgery №2 of Avicenna TSMU, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, ph.: 915 54 04 33*

*Abdurozikov A.A. - assistant of the department of general surgery №2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 985 88 22 33*

*Abdurasulov A.A. - assistant of the department of general surgery №2 Avicenna TSMU, ph.: 919 00 63 39*

In the article authors conducted examination on helicobacteriosis at 48 patients with gastrointestinal bleeding of ulcer genesis, at the same time helicobacteriosis of various severity diagnosed at 41 patients (85.4%) from the number of patients of helicobacteriosis with the bleeding of gastric ulcer was 24 (58.5%), with the bleeding of low post-bulbar ulcers were 17 (41.5%). Thus, from 17 patients with severe

degree of helicobacteriosis severe degrees of blood loss were observed at 14 of them. The importance for prevention of a recurrence of bleeding was attached to anti-secretory and antihelicobacter therapy. For eradication therapy 48 patients were used quadratherapy (four-component therapy).

**Keywords:** quadratherapy, antihelicobacter, epigastrium, secretory, eradication

**Муҳиммият.** Сироятҳои кушодаи хеликобактериалӣ нуктаи назари табибонро нисбат ба этиопатогенези рещмараз ба таври радикалӣ тағйир дод. Мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун сабаби пайдошавии 90%-и рещҳои ДПК ва 80% -и рещҳои меъда *H. pylori* ба ҳисоб меравад.

Тиб ханӯз фаҳмонида наметавонад, ки чаро *H. pylori* дар як гурӯҳи беморон перфоратсия (сӯрохшавӣ) ва дар гурӯҳи дигар беморон хунравиро, дар беморони сеюм - стеноз ва дар як қатор беморони дигар оризаҳои решӣ меъдаро ба амал меорад. Дар аксари бештари мавридҳо хунравӣ бештар дучоршаванда ва хатарноктар аст. Дар ҳамаи беморони дорои хунравӣ

*H. pylori* дорои хусусияти колонизатсияи возеҳ буд.

Механизми таъсири *H. pylori* то охир омӯхта нашудааст. Дар адабиёти илмӣ кидае мавҷуд аст, ки *H. pylori* барои фаъол шудани омили атсидиву пептикӣ (кислотнопептич) шароити мусоид фароҳам меорад.

Ҳоло исбот шудааст, *H. pylori* садди роҳи шифо ёфтани рещ мегардад ва мавти хучайраҳо дар канорҳои рещ шиддат мебахшад ва дар охир ба протсеси музмини решӣ оварда мерасонад.

Ба ақидаи баъзе муаллифони омили асосӣ хангоми сирояти хеликобактериалӣ, ки боиси пайдошавии рещ мегардад, хусусиятҳои генетикии микроорганизм ва дар сатҳи кис-



лотаи хлорид (HCl) пайдо шудани реш мебошанд. Агар сатҳи кислота паст бошад, пас *H. pylori* метавонад, ки дар ҳар кадои қисми меъда ҷойгир шавад, ҳангоми туршии баланд ҷойи паразитисозии микроб метавонад, ки фақат дар қисми антралии меъда ва як қисми ДПК ҷойгир шавад.

Холо маъмул шудааст, ки ҳамаи беморони дорои реш хуншор бояд аз хусуси мавҷуд будани *H. pylori* дар онҳо аз тест гузаранд. Аммо масъалаи он, ки кадом тести ташхисӣ барои ошкор сохтани *H. pylori* дар фазаи шадиди хунравӣ бештар қобили қабул аст, пурра ҳаллу фасл нашудааст. Ҳамаи беморони дорои реш пептикий хунрав ҳангоми ошкор намудани *H. pylori* бояд табобати муносибро гиранд. Аммо ҳанӯз схемаи самараноктари ЭТ, ки камтарин таъсирҳои иловагии манфӣ дошта бошанд, муайян карда нашудааст.

Агар то кашф кардани *H. pylori* дар табобати решҳо ҷойи асосиро воситаҳои антисекреторҳо ишғол мекарданд, пас аз кашф шудани он ба ҷойи аввал табобати антибактериалӣ баромад.

**Мақсади таҳқиқот** аз паст кардани суръати протсеси тухмгузории хеликобактерҳо дар луоби гастродуоденалии беморони солхӯрда ва пиронсол иборат аст.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз хусуси вучуд доштани хеликобактериоз дар 48 бемори дорои ЖКК-и решӣ таҳқиқот гузаронида шуд. Дар ин маврид хеликобактериози дараҷаи вазниниаш гуногун дар 41 (85,4%) бемор ташхис карда шуд, аз ҷумлаи беморони дорои хеликобактериозирешӣ хуншори меъда 24 (58,5%), бо решӣ хунравияш пасти постбулбарӣ дар 17 (41,5%) бемор ба қайд гирифта шуд.

### Таҳқиқоти хеликобактериоз дар беморони дорои ОЖКК-и решӣ

Ҷойгиршавии реш	Миқдори беморон	Ҳамилони бактерия	
		Миқдори беморон	Вазни ҳолис %
Решҳои хунрави меъда	27	24	88,9%
Решҳои хунрави ДПК	21	17	80,9%
Ҳамагӣ	48	41	85,4%

**Ҳамин тавр**, аз 17 бемори дорои дараҷаи вазнини хеликобактериоз дар 14 нафари онҳо дараҷаи вазнини талафи хун ба назар расид

Барои пешгирӣ намудани ретсидивҳои хунравӣ табобати антисекреторӣ ва антихеликобактерӣ интихоб шуд. Барои табобати эрадикасионии 48 бемор аз квадротерапия (табобати чорҷузъӣ) анҷом дода шуд. Бо қарори Коференсияи ризоияти Маастрих оид ба омӯзиши хеликобактер (соли 2000), барои табобати эрадикасионӣ схемаи хатти 1-ум тавсия карда шуд, ки ҳар кадоми онҳо ҳатман дар худтаъйини яке аз блокаторҳои насоси портоновиро дар дозаи стандартии 2 маротиба дар як рӯзро дар бар мегирад.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки нишондиҳандаҳои нисбатан баландтари тухмгузории хеликобактериоз дар луоби гастродуоденалии ҳангоми хунравии вазнини профузии дуоденалӣ ба мушоҳида мерасанд.

Табобати эрадикасионии хати 1-ум (табобати сечузъа) дар 27 бемори дорои ЯЖКК аз рӯйи схемаи мазкур сурат гирифт: 0,04г контралок 2 маротиба дар як шабонарӯз + 1г х 2 маротиба дар як шабонарӯз + метронидиазол 0,5г х 2 маротиба дар 7 рӯз. Схемаи пешниҳодшудаи схемаи хати 1-уми табобати эрадикасионӣ танҳо дар 9 бемор самаранок буд, вобаста аз ин дар оянда ба табобати медиамкентозии хати дуоми квадротерапия гузаштанд. Схемаи квадротерапияи хати дуоми чунин аст: 0,04 контралока 2 маротиба дар як шабонарӯз + де-нол 120 мг4 маротиба дар як шабонарӯз + амоксисиллин 1г 2 маротиба дар як шабонарӯз + метронидиазол 05г х 2 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 7 рӯз.

**Ҳамин тавр**, дар бораи самаранокии табобати антихеликобактерӣ мувофиқи маълумоти манзараҳои клиникаи беморӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти функцияи секретории меъда, дараҷаи вазнини хеликобактериоз,



инчунин меъёрҳои эндоскопӣ ҳулоса бароварда шуд. Дар 48 бемори дорои ОЯЖКК-ҳангоми ба беморхона дохил шудан 37(74%) беморон аз дарди ноҳияи сари дил (эпигастрия), зардаҷӯш шикоят доштанд, пас аз гузаронидани табобати антихеликобактерии тоҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон кам шудани шикоятҳои зикршуда ба назар расид.

**Ҳулоса.** Натиҷаҳои таҳқиқоти комплекси ифрозоти меъда дар 30 бемор нишон доданд, ки пас аз гузаронидани табобати антихеликобактерии комплекси дар ҳамаи ин беморон маҳсулоти кислота хеле кам шуд. Табобати антихеликобактерии комплекси гузаронидашуда дар 48 бемори дорои ОЯЖКК дар луоби гастродуоденали кам шудани тухмгузори хеликобактерихоро нишон дод.

### АДАБИЁТ

1. Абрамов Л.А. Влияние антихеликобактерной терапии на течение язвенной болезни, осложненной кровотечением. // Л.А. Абрамов // Р.ж. ГГК, приложение №26- 2006, том XV-№5-С. 55.
2. Баркалов С.В. Взаимосвязь распространенности *CagA* штампов *H. pylori* и распространенности гастрита у монголоидов Сибири / С.В. Баркалов О.С. Амельгукова // Р.ж ГГК, прилож. №28. М.-2006-том XVI.-№5.-С.45.
3. Казылов И.А. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв / И.А. Казылов, - Ф.С. Курбанов // - Хирургия №1 - 2009 -С. 33-38.
4. Страдымов А.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2008. № 11. С. 24
5. Липницкий Е.М. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой / Е.М. Липницкий, А.В. Алегберзаде // Хирургия- 2009-№12-С.11-15.
6. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов. // От хирургии к терапии? Хирургия, 2008, №1. С. 4-

### УСУЛҲОИ ТАРКИБИИ ГЕМОСТАЗИ ЭНДОСКОПӢ ҲАНГОМИ ХУНРАВИҲОИ ШАДИДИ РЕШИ ГАСТРОДУОДЕНАЛӢ ДАР БЕМОРОНИ КАЛОНСОЛ ВА ПИР

**Р.А. Зокиров, А.А. Абдурузиков, Р.Д. Чамилов, А.А. Абдурашулов**  
Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 (мудири кафедра н.и.т. Набиев М.Х) -и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Зокиров Р.А. - н.и.т. дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Абдурузиков А.А. - ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33*

*Чамилов Р.Д. - н.и.т. ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

*Абдурашулов А.А. - ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

Дар мақола муаллифон натиҷаи табобати хунравии гастродуоденалиро дар 44 бемори аз 60-сола калонсолтарро, ки таҳти табобати комплекси қарор доштанду дар онҳо гемостази эндоскопӣ татбиқ шуд, мавриди таҳлил қарор доданд. Дарачаи сабуки талафи хун дар 20 - (44%) -и

беморон, вазнини миёна дар 10 -(26%), вазнин ва ниҳоят вазнин дар 14 - (30%) бемор ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони калонсол ва пиронсоли дорои бемориҳои хунравии меъдаву рӯдаҳо дар 91-(90%) ҳолат муайян карда шуд. Беморони 61-70-сола -20 нафар, 7ё1-





80-сола -17 нафар ва аз 80-сола боло -7 нафар буданд.

**Калимаҳои калидӣ:** аррозия, тромб, рецидив, эндоскоп, этоксисклерол, гемостаз.

## СОЧЕТАННЫЕ ПРИЁМЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Р.А. Зокиров, Р.Д. Джамилев А.А. Абдурозиков, А.А. Абдурасулов**  
Кафедра общей хирургии №2 (заведующий кафедрой -к.м.н.Набиев М.Х)  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

***Закиров Р.А.** - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

***Джемилев Р.Д.** - к.м.н. ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

***Абдуразаков А.А.** - ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33*

***Абдурасулов А.А.** - ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

В статье авторы подвергли анализу результаты лечения гастродуоденальных кровотечений у 44 больных старше 60 лет, которым в комплексном лечении был применен эндоскопический гемостаз. Легкая степень кровопотери отмечена у 20 (44%) пациентов, средней тяжести у 10 (26%), тяжелая и крайне тяжелая у 14 (30%) больных. Сопутствующие заболевания у больных

пожилого и старческого возраста с желудочно-кишечным кровотечением были выявлены у 91(90%) больного. Только у 10(9,9%) больных сопутствующие заболевания не выявлены. Больных в возрасте 61-70 лет было 20, 71-80 лет - 17, старше 80 лет - 7 больных.

**Ключевые слова:** аррозия, тромб, рецидив, эндоскоп, этоксисклероль, гемостаз.

## THE COMBINED METHODS OF AN ENDOSCOPIC HEMOSTASIS AT ACUTE ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDINGS AT PATIENTS OF EARLDERLY AND SENILE AGE

**Zokirov R.A., Jamilov R.D. Abdurozиков A.A. Abdurasulov A.A.**

Department of general surgery № 2 (head of the department - c.m.s. Nabiev M.Kh.) of Avicenna TSMU

***Zakirov R.A.** - c.m.s., associate professor of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, ph. 915 54 04 33*

***Jamilev R.D.** - c.m.s., assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph. 992 935 23 74 77*

***Abdurozиков A.A.** - assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph. 992 985 88 22 33*

***Abdurasulov A.A.** - assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph. 919 00 63 39*

In the article authors subjected to analysis the results of treatment of gastroduodenal bleedings at 44 patients more than 60 years old whom in

complex treatment was applied an endoscopic hemostasis. Slight degree of blood loss is noted at 20 (44%) patients, moderately) severity at 10



(26%), severe and extremely severe at 14 (30%) patients. Concomitant diseases at patients of earlderly and senile age with gastrointestinal bleeding were revealed at 91 (90%) patients. Only at 10 (9.9%) patients associated diseases were not

**Муҳиммият.** Таъкид кардан ба маврид аст, ки дар ҳоли ҳозир ҳангоми хунравии шадиди реши гастродуоденалӣ (ХШРГ) дар беморони калонсол ва пир тактикаи идеалии чарроҳӣ мавҷуд нест, аксари масъалаҳои амалиётҳои чарроҳӣ ҳоло ҳам баҳсноқ боқӣ мемонанд ва дар матбуоти даврӣ ва форумҳои чарроҳон мавриди баҳс қарор дода мешаванд.

Ба дастовардҳои фармакология дар табобати реши меъда нигоҳ накарда, микдори шаклҳои оризадори решҳои гастродуоденалӣ, аз ҷумла хунравӣ, бемайлон инкишоф меёбанд. Ин аз омилҳои зерин вобаста аст; кам шудани таваччуҳи чарроҳон нисбат ба проблемаи табобати решмараз, гастроэнтералогҳо ва терапевтҳо бояд на танҳо решмаразро табобат кунанд, балки ҳамаи оризаҳо ва омилҳои иҷтимоӣ - зиёд шудани шаклҳои ориздорро, ки ба дастнорасӣ ва номунтазам будани табобати ҳозиразамони решмарз вобастаанд, табобат кунанд.

Дар марҳалаҳои имрӯза дар таҷрибаҳои клиникӣ усулҳои муосири ташхис ва табобати оризаҳо решмаразии меъда ва рӯдаи 12-ангушта пайдо шудаанд, ки онҳо барои пайдошавии самтҳои нав дар оризаҳои чарроҳии решмарач, умуман, ҳангоми хунравии гастродуоденалӣ аз ҷумла, онҳое, ки имконият медиҳанд ҳамзамон амалӣ шудани чорабиниҳои ташхисӣ ва каминвазивии табобатӣ мусоидат мекунанд.

Таҳқиқотҳои эндоскопӣ усули интиҳоби сарчашмаи ташхиси хунравӣ аз қисмҳои болоии роҳи ҳозима, ҳамчунин усули пешгӯӣ кардани шанси ретсидиви хунравӣ ва табобати он бо ёрии техникаи эндоскопӣ ба ҳисоб меравад. Арзиши муҳими усул имконияти истифодаи ҳамзамони усулҳои эндоскопии гемостаз мебошад. Инкишофи минбаъдаи эндоскопия имконият дод, ки онро ҳангоми чарроҳӣ истифода кунанд ва аз чоккунии нозарури ҷавори узвҳои ковок,

revealed. There were 20 patients at the age of 61-70, 17 patients at the age of 71-80 years, and 7 patients at the age of 80.

**Keywords:** arrosion, thrombus, recurrence, endoscope, aethoxysklerol, hemostasis.

ҳамчунин кам кардани зарурати амалиёти чарроҳӣ ва фавтият то 50% мусоидат менамояд. Тибқи маълумоти баъзе муаллифон, истифодаи тавсифи эндоскопии сарчашмаи хунравӣ имконият дод, ки натиҷаҳои табобати хунравии реши беҳтар гардонидани шавад.

Дар ҳоли ҳозир самти ояндадори беҳтарсозии натиҷаҳои табобат ва кам кардани сатҳи фавтияти умумӣ ва баъдичарроҳӣ ҳангоми ХШРГ тактикаи чарроҳӣ эътироф шудааст.

Аммо ҳангоми баррасии ҷудоғонаи натиҷаҳои табобати беморони синни калонсол ва пири дорой ХШРГ беҳбудии назаррас дида нашуд. Барои ҳамин ҳам, тактикаи фаъоли чарроҳӣ, ки дар доираи он гемостазии эндоскопӣ ҳамчун тактикаи муваққатӣ баррасӣ мекунанд, ки дар баъзе ҳолатҳои дигар ҳамчун усули ниҳии манъ кардани хунравӣ меҳисобанд, ки имконият медиҳад беморро барои амалиёти чарроҳии таъҷили ё нақшавӣ тайёр кунанд.

Таъкид кардан лозим аст, ки тақрибан ҳар як таҳқиқоти эндоскопӣ, ки аз рӯи нишондодҳои фаврӣ ва таъҷили амалӣ мегардад, бояд бо таъсиррасонии табобатӣ хатм меёбанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаҳои табобати хунравии гастродуоденалии 44 бемори калонтар аз 60- сола таҳлил шудаанд, ки онҳо дар табобати комплекси онҳо гемостази эндоскопӣ истифода карда шуда буд.

Талафи дараҷаи сабук дар 20 (44%) -и беморон, вазнинии миёна дар 10 (26%), вазнин ва ниҳоят вазнин дар ин (30%) -и беморон ба мушоҳида мерасад.

Бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони калонсол ва пири дорой хунравии меъдаву рӯдаҳо дар 91 (90%) -и беморон муайян кардашуд. Танҳо дар 10 (9,9%) -и беморон бемориҳои ҳамроҳшуда ошкор карда нашуд.



данд. Беморони 61-70 - сола 20 нафар, 71-80 - сола - 17 нафар, болотар аз 80 - сола - 7 нафар буданд.

Дар ҳамаи беморони дорои хунравӣ гемостази регионалӣ бо тазриқи 1% маҳлули этоксисклерол гузаронида шуд.

Дар беморони дорои хунравӣҳои давомкунандаҳои гастродуоденалӣ ҳангоми хунравӣ оид ба F1. А ва F1. В концентратсияи маҳлули 1%-и этоксисклероз, ба миқдори 2-6 мл беҳтар ба ҳисоб меравад.

Дар ҳамаи беморон пас аз гемостази регионалӣ аз рӯи нишондодҳо таҳқиқотҳои барномавии эндоскопӣ гузаронида шуд, ки мақсади он муоинаи хунравии мавзей, муайян кардани боэътимоди гемостаз ва имконпазирии гемостази такрорӣ маҳдуд

буд. Ҳангоми ретсидиви хунравӣҳо ҷароҳии фаврӣ пешниҳод карда шуд. Меъёрҳои таҳқиқоти барномавии эндоскопӣ инҳоянд:

- аломатҳои гемостази ноустувор;
- мавҷуд будани илтиҳоби перифокалии атрофии нуксонӣ решӣ;
- калон шудани андозаи реш;
- ҷойгиршавии реш дар давраи ақибӣ ДПК ва қачхатаи хурди меъда.
- нишондиҳандаи системаи лахташавии хун:

Таҳқиқоти барномавии эндоскопӣ пас аз ҳар як 6 соат дар давоми шабонарӯзҳои аввал ва минбаъд як маротиба дар як шабонарӯз дар давоми шабонарӯзҳои дуюм ва сеюм гузаронида шуд.

### Натиҷаҳои гемостази эндоскопӣ (n=44)

Ҷойгиршавии реш	Гемостази эндоскопӣ самарнок аст	Гемостази эндоскопӣ самарнок нест
Решӣ меъда. (n=24)	20	4
Решӣ ДПК (n=20)	12	8
Ҳамагӣ	32	12

Ҳангоми решҳои андозаашон миёна ва калони меъда ва рӯдаи 12-ангушта, маҳлули этоксисклероз бевосита дар наздикии рағ аз 2-3 нукта тазриқ карда мешавад, тоин ки препарат аз рӯи имконият таъсири босуръаттари механикӣ ва химиявӣ мерасонанд ва боиси тромбшавии рағҳои аррозияшуда мегардад. Дар маҷмӯъ дар ин маврид маъмулан то 5 мл маҳлули этоксисклерол сарф карда шуд.

Дар бемороне, ки ба гурӯҳи Forges 11В дохил мешаванд, дар мавзеи сарчашмаи хунравӣ маъмулан 1% маҳлули этоксисклерол ворид карда шуд, миқдори он аз андозаи реш, ба ҳисоби миёна 3 мл. вобаста аст.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Аз 44 беморе, ки дар онҳо хунравии гастродуоденалӣ давомнок буд, гемостази эндоскопӣ бо усули инъексионӣ имконият дод, ки манъкунии аввалияи хунравӣ дар 32 нафари онҳо, яъне дар 72,7% ҳолат муяссар гардад, ки ин нишондиҳандаи бомуваффақияти дастоварди гемостаз бо истифода аз маҳлули 1% -и этоксисклерол ба ҳисоб меравад.

Аз 44 беморе, ки дар онҳо хунравӣ дида мешуд, дар 12 (27,3%) ҳолат бо инъексияи этоксисклерол хунравӣ манъ карда нашуд. Аз 32 бемор пас аз гемостази аввалия ретсидиви ТК дар 3 (9,4%) ҳолат ба мушоҳида расид. Ба бемор ба мазеи сарчашмаи хунравӣ маҳлули 1%-и этоксисклерол ба андозаи 6мл дар ду нукта ворид карда шуд, ки баъди ин хунравӣ манъ шуд.

Дар 12 бемор ҳангоми таҳқиқоти назоратии (барномавии) эндоскопӣ мавҷуд будани решҳои дуҷуми шадиди мавзеи гастродуоденалӣ мушоҳида карда шуд. Дар 9 нафари онҳо ҳангоми муоинаи эндоскопӣ хуншорӣ реш дида шуд, гемостази эндоскопӣ бо истифода аз препарати гемостатикӣ капрофер сурат гирифт. Дар ин ҳолат сарчашмаи хунравӣ таҳти назорати визуалӣ бо 6-8 мл капрофер обёрӣ карда шуд, ҳангоми тамос доштан бо хун фавран дар ҳамон лаҳза лаҳти хунро ба вучуд меорад, ки дар саҳти ҷароҳат зич часпида аст.

**Хулоса.** Натиҷаҳои ба даст овардашудаи таҳлили табобати пациент дорои хунра-



виҳои гастродуоденалӣ самаранокии табобати баинржавии эндоскопиро тасдиқ кар-

данд, ки аз ин хусус кам шудани микдори ретсидивҳо низ гувоҳӣ медиҳанд.

### АДАБИЁТ

1. Апоян В.Т. Опыт применения эндоскопической склеротерапии при язвенных кровотечениях: СБ. научных трудов/ В.Т Апоян, С.Г Пагосян // М, 2001-С. 145-146
2. Королев М.П. Возможности эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями / М.П. Королев // Вестник хирургии - 2006-Том 165-№6. С. 47 -50.
3. Подшивалов В.Ю. Эндоскопия кровоточащих гастродуоденальных язв. / В.Ю Подшивалов.//Хирургия- 2006- №4.-С. 33-38

### НИШОНДИҲАНДАҲОИ ИНСТРУМЕНТАЛӢ-ЛАБОРАТОРИИ БЕМОРОНИ ДОРОИ ПАРАПРОКТИТИ МУЗМИН ДАР ЗАМИНАИ ДИАБЕТИ ТИПИ II

**Ҷ.Қ. Муҳаббатов, Б.М. Ҳамроев, О.С. Боймуродов, Дж.Дж. давлатов, Ф.М. Сафолова**  
Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 (мудири кафедра н.и.т., О.С. Боймуродов)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Ҷ.Қ. Муҳаббатов - д.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru*

*Ҳамроев Б.М. - аспиранти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино., Душанбе. E-mail: khamroev-2015@mail.ru*

*Боймуродов О.С. - н.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе. E-mail: boymurodov-59@mail.ru*

*Давлатов Дж.Дж. - аспиранти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино., Душанбе. E-mail: d.jamshed.90@mail.ru*

*Сафолова Ф.М. - табиб-колопроктолог МДММТ №2, ш. Душанбе. E-mail: nargis.safolova@mail.ru*

**Мақсад.** Муқоиса кардани нишондиҳандаҳои инструменталиву ташхисии хуни беморони гирифтори парапроктити музмин дар якҷоягӣ бо диабет қанди типии II.

**Мавод ва усули таҳқиқот.** Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои инструменталиву ташхис ва табобат ҷарроҳии 58 бемори гирифтори парапроктити музмин (ПМ) дар якҷоягӣ бо диабет типии II (гурӯҳи асосӣ) ва 60 бемори гирифтори ПМ бе диабет қанд (гурӯҳи назоратӣ), ки дар табобати статсионарии шӯъбаи колопроктологияи МД МТШ №2-и ш. Душанбе солҳои 2013-2018 бистарӣ буданд, анҷом дода шуд.

**Натиҷаҳо.** Дар беморони гирифтори парапроктити музмин носури роstrӯда) дар якҷоягӣ бо ДҚ типии II бартарӣ доштани беморони синну соли 40-сола ва болотар муайян карда шуд. Дар байни беморон мардҳо бартарӣ доштанд - 43 (74,13%) гурӯҳи

асосӣ, 48(80,0%) гурӯҳи назоратӣ. Дар ҳарду гурӯҳ беморони дорои носурҳои трансфинктерии роstrӯда бартарӣ доштанд (мутаносибан 46,5% ва 50%). Экст-расфинктерӣ (24,2%) ва ретсидӣ (29,3%) - асосан дар беморони дорои ДҚ ба назар расид. Нишондиҳандаҳои лаборатории хуни беморони дорои носури роstrӯда дар якҷоягӣ бо ДҚ бо кам шудани лейкоцитҳо моноситҳо ва нейтрофилҳои сегментҳаставии хун фарқ мекунанд. Файр аз ин, дар ин гурӯҳи беморон зиёд шудани микдори эозинофилҳо аз 58 бемор дар 39 (67,2%) ва сатҳи СРБ (C-reactive protei) -и хун дар 55 (94,8%) ҳолат муайян карда шуд.

**Хулоса.** Инконтиненсияи анализ дар беморони гирифтори ПМР дар якҷоягӣ бо ДҚ типии II хусусияти омехта дорад. Дар бисёри ҳолатҳо дар беморони дорои носури роstrӯда бо ДҚ типии II кам шудани



микдори лейкоцитҳо, лимфоситҳо, моноцитҳо ва нейтрофилҳои сегментҳаставии хун, инчунин баланд шудани эозинофилоҳо ва сатҳи СРБ -и хун ба назар мерасад, ки онро барои арзёбӣ кардани вазнинии ДҚ ва пешгӯии пешравии оризаҳои истифода кардан мумкин аст. басомади

дучоршавии тағйироти хадшавии пӯсти хучайрабофти параректалӣ ва сфинктери маънад бештар дар беморони гирифтори носури роstrӯда дар заминаи ДҚ ба қайд гирифта шуд.

**Калимаҳои калидӣ:** парапроктити музмин; диабети қанди тип II

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

*Дж.К. Мухаббатов* - д.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе. E-mail: [Mukhabbatov67@mail.ru](mailto:Mukhabbatov67@mail.ru)

*Б.М. Хамроев* - аспирант кафедры общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе. E-mail: [khamroev-2015@mail.ru](mailto:khamroev-2015@mail.ru)

*О.С. Боймуродов* - к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе. E-mail: [boymurodov-59@mail.ru](mailto:boymurodov-59@mail.ru)

*Дж.Дж. Давлатов* - аспирант кафедры общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе. E-mail: [d.jamshed.90@mail.ru](mailto:d.jamshed.90@mail.ru)

*Ф.М. Сафолова* - врач-колопроктолог ГУ ГМЦ №2 (Государственное учреждение Государственный медицинский центр), г. Душанбе. E-mail: [nargis.safolova@mail.ru](mailto:nargis.safolova@mail.ru)

**Цель работы:** сравнить инструментальные и лабораторные показатели крови у больных хроническим парапроктитом (ХП) в сочетании с сахарным диабетом (СД) II типа.

**Материалы и методы.** Проведён сравнительный анализ инструментально-лабораторных показателей и хирургического лечения 58 больных с ХП в сочетании с СД II типа (основная группа) и 60 больных - с ХП без сахарного диабета (контрольная группа), которые находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с 2013 по 2018 гг.

**Результаты.** У больных с ХП (свищами прямой кишки - СПК) в сочетании с СД II типа выявлено преобладание пациентов в возрасте 40 лет и старше. Среди больных преобладали лица мужского пола - 43 (74,13%) основной группы, 48 (80,0%) контрольной группы. В обеих группах больных преобладали пациенты с транссфинктерными свищами прямой кишки (46,5% и 50% соответственно). Экстрасфинктерные (24,2%) и рецидивные (29,3%) - преимущественно наблюдались

у больных с сахарным диабетом. Лабораторные показатели крови у больных со СПК в сочетании с СД отличались уменьшением количества лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и сегментоядерных нейтрофилов крови. Кроме того, в этой группе больных выявили повышение количества эозинофилов у 39 (67,2%) из 58 больных и уровня СРБ крови в 55 (94,8%) случаях.

**Выводы.** Анальная инконтиненция у больных с хроническим парапроктитом кишки в сочетании с сахарным диабетом II типа имеет смешанный характер. В большинстве случаев у больных со свищами прямой кишки с сахарным диабетом II типа отмечается снижение количества лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и сегментоядерных нейтрофилов крови, также повышение эозинофилов и уровня СРБ крови, что можно использовать для оценки тяжести сахарного диабета и прогноза прогрессирования осложнений. Частота встречаемости рубцового изменения кожи параректальной клетчатки и анального сфинктера больше у



больных со свищами прямой кишки на фоне сахарного диабета чем без него.

**Ключевые слова:** хронический парапроктит; сахарный диабет II типа.

## INSTRUMENTAL AND LABORATORY INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC PARAPROCTITIS ON THE BACKGROUND OF DIABETES MELLITUS OF THE II TYPE

*J.K. Muhabbatov, MD, associate Professor of the Department of General surgery №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru*

*B.M. Khamraev - post-graduate student of the Department of General surgery №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: khamroev-2015@mail.ru*

*O.S. Boymurodov - PhD, associate Professor, head of the Department of General surgery №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: boymurodov-59@mail.ru*

*J.J. Davlatov - post-graduate student of the Department of General surgery №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe. E-mail: d.jamshed.90@mail.ru*

*F.M. Safolova - coloproctologist SIMMC №2 (State institution State medical center), Dushanbe. E-mail: nargis.safolova@mail.ru*

**Materials and methods.** A comparative analysis of clinical and laboratory parameters and surgical treatment of 58 patients with chronic paraproctitis in combination with diabetes (study group) and 60 patients - with chronic paraproctitis without diabetes mellitus (control group) who were hospitalized in the department of Coloproctology SIMMC №2 of Dushanbe from 2013 to 2018.

**Results.** In patients with chronic paraproctitis (perirectal fistulas - PF) in combination with the II type of diabetes mellitus revealed the predominance of patients aged 40 years and older. Among the patients was dominated by males - 43 (74.13%) of the main group, 48 (80.0%) of the control group. In both groups were dominated patients with transsphincteric fistulas of rectum (46.5% and 50%, respectively). Extrasphincteric (24.2%) and recurrent (29.3%) - were predominant in patients with diabetes. Laboratory parameters of blood in patients with perirectal fistulas in combination with

diabetes were differ by the decreasing of the number of WBC, monocytes, segmented neutrophils of blood. Moreover, the increase of eosinophils in 39 (67.2%) from 58 patients and CRP level of blood at 55 (94.8%) cases were revealed in this group of patients.

**Conclusions.** The anal incontinence in patients with chronic paraproctitis in combination with diabetes of the II type has mixed feature. In most cases, patients with perirectal fistula with diabetes of the II type is marked the decrease of number of white blood cells, lymphocytes, monocytes, segmented neutrophils of blood, and the increase of eosinophils and CRP level of blood that can be used to assess the severity of diabetes and prognosis of complications progression. The incidence of cicatricial skin changes perirectal tissue and anal sphincter more in patients with perirectal fistula on the background of diabetes than without it.

**Keywords:** chronic paraproctitis; diabetes of the II type.

**Муҳиммият.** Яке аз проблемаҳои мубрами тибби муосир polymorbidity, аз ҷумла дар як бемор муттаҳид гаштани якчанд бемории терапевтӣ ва ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад. Дар байни бемориҳои ҷарроҳӣ ҷойи асосиро бемориҳои ҷарроҳии роstrӯда дар заминаи ДҚ ишғол мекунад, ки барои бад шудани ҷараёни беморӣ ва пайдо шудани ори-

заҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ мусоидат мекунад. [1, 2]. Яке аз патологияҳои ҷарроҳишавандаи зиёд дучоршаванда дар колопроктология парапроктити музмин - носури роstrӯда ба ҳисоб меравад, ки дар байни ҳамаи бемориҳои роstrӯда 25-35%-ро ташкил медиҳад [1]. Ба муваффақиятҳои колопроктологияи муосир нигоҳ накарда,



айни замон, ретсидиви носури рострӯда дар 15-30%-и беморон ба қайд гирифта мешавад ва ин рақамҳо дар беморони гирифтори ДҚ боз ҳам бештар аст [1-4].

Дар ин маврид иҷро намудани ҷароҳиҳои такрорӣ аз хусуси ретсидиви носури рострӯда дар беморони гирифтори ДҚ аксар вақт ба вайроншавии функцияи сфинктери мақъад оварда мерасонад [3, 4]. Тағйироти клиникӣ- лаборатории беморони дорои носурҳои рострӯдадар заминаи ДҚ, ҳамчунин масъалаҳои пешгирии ретсидиви бемориҳо ва оризаҳои фасодӣ кам омӯхта шудаанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳлил кардани нишондиҳандаҳои клиникӣ-инструменталии хуни беморони гирифтори парапроктити музмин дар якҷоягӣ бо диабет қанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои клиникӣ- лабораторӣ ва инструменталии 58 беморони гирифтори парапроктити музмин дар якҷоягӣ бо диабет қанд (гурӯҳи асосӣ) ва 60 бе-

мор бо носури рострӯда бе диабет қанд (гурӯҳи назоратӣ) -ро анҷом додем, ки дар табобати статсионарии шӯъбаи колопроктологияи БКШ №5 ш. Душанбе аз 2013 то 2018 бистарӣ буданд. Давомнокии носури рострӯда аз 3 моҳ то 17 сол буд. Ҳамаи беморон бо ДҚ типии II буданд, двомнокӣ дар марҳалаи компенсатсия ва ё субкомпенсатсия то 14 солро ташкил дод. Синни миёнаи беморон 51,4 сол буд. Барои анҷом додани таҳқиқот аз усулҳои клиникӣ, лабораторӣ, инструменталии таҳқиқоти истифода карда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар беморони гирифтори носури рострӯда дар якҷоягӣ бо диабет қанд типии II бартарӣ доштани беморони синну соли 40-сола ва аз он боло муайян карда шуд (ҷадвали 1). Аз маълумоти ҷадвал бармеояд, ки дар байни беморон ҷинси мард зиёд буд - 43 (74,13%) дар гурӯҳи асосӣ ва 48 (80,0%) дар гурӯҳи назоратӣ. Гурӯҳбандии бемороне, ки аз хусуси носури рострӯда ҷарроҳӣ шудаанд, дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 1

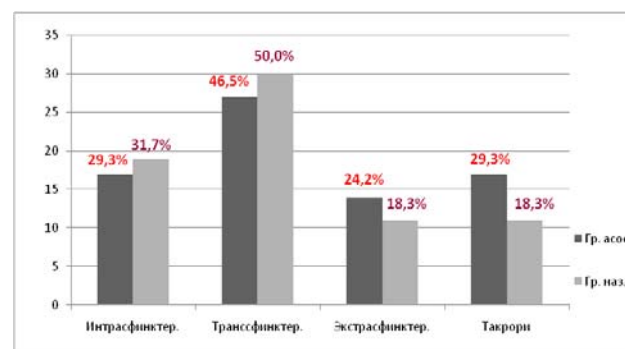
**Таркиби синнусолии беморони гирифтори парапроктити музмин дар якҷоягӣ бо ДҚ типии II ва бе он**

Ҷинс		Синну сол				Ҳамагӣ	
		20-39	40-59	аз 60- сола калон	Мик. мутл	Дар %	
Мардҳо	Асосӣ	-	28	15	43	74,13	
	Назоратӣ	11	24	13	48	80,0	
Занҳо	Асосӣ	-	9	6	15	25,87	
	Назоратӣ	4	6	2	12	20,0	
Ҳамагӣ:	Асосӣ	-	37	21	58	100	
	Назоратӣ	15	30	15	60	100	

Ҷадвали 2

**Гурӯҳбандии беморон вобаста аз шакли носури рострӯда дар беморони гирифтори ДҚ ва бе он**

Дар ҳарду гурӯҳи беморон беморони дорои носурҳои трансфинктерии рострӯда бартарӣ доштанд ва мутаносибан 46,5% ва 50%-ро ташкил карданд. Экстрасфинктерӣ (24,2%) ва ретсидивӣ (29,3%) - дар беморони дорои ДҚ бартарӣ доштанд. Нишондиҳандаҳои лаборатории хуни беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ дар ҷадвали 3 оварда шудааст.





## Чадвали 3

## Нишондиҳандаи лаборатории хуни беморони гирифтори парапроктити музмин дар харду гурӯҳ

Нишондиҳандаҳо		Гурӯҳи назоратӣ n-60		Гурӯҳи асосӣ n-58		Ҳамагӣ (n-118):	
			мутл.		мутл.	мутл.	Дар %
Лейкоситҳо	$\leq 4,0 \cdot 10^9$	-		$\leq 4,0 \cdot 10^9$	17	17	14,4
	$\geq 9,0 \cdot 10^9$	38		$\geq 9,0 \cdot 10^9$	13	51	43,2
Базофилҳо	=0%	46		=0%	22	68	57,6
	$\geq 0,5\%$	12		$\geq 0,5\%$	33	45	38,3
Эозинофилҳо	$\leq 3\%$	37		$\leq 3\%$	11	48	51,1
	$\geq 4\%$	7		$\geq 4\%$	39	46	38,9
Нейтрофилҳо	Чинс	$\leq 2\%$	11	$\leq 2\%$	18	29	24,6
		$\geq 4\%$	39	$\geq 4\%$	30	69	58,5
	Сег.	$\leq 45\%$	16	$\leq 45\%$	8	24	20,3
		$\geq 70\%$	9	$\geq 70\%$	6	15	12,7
Лимфоситҳо	$\leq 18\%$	-		$\leq 18\%$	12	12	10,2
	$\geq 40\%$	-		$\geq 40\%$	-	-	-
Моноситҳо	$\leq 2\%$	-		$\leq 2\%$	11	11	9,3
	$\geq 9\%$	22		$\geq 9\%$	13	35	29,7
СРБ		>5 мг/л	39	>5 мг/л	55	94	79,7

Тавре ки аз чадвали 3 бармеояд, нишондиҳандаҳои лаборатории хуни беморони гирифтори парапроктити музмин дар якҷоягӣ бо ДҚ типии II фарқ карданд ва кам шудани миқдори лейкоцитҳо, лимфоситҳо, моноситҳо ва нейтрофилҳои сегментхаставии хун ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз ин, дар ин гурӯҳи беморон зиёд будани миқдори эозинофилҳо дар 39 (67,2%) аз 58 бемор ва сатҳи СРБ-и хун дар 55 (94,8%) ҳолат ба мушоҳида расид. Бо мақсади таҳқиқи ва муайян кардани нишондиҳандаҳои клиникӣ ҳолати функционалии сфинктери мақъад дар беморони гурӯҳи асосӣ таҳқиқоти клиникӣ ва инструменталӣ гузаролнида шуд: рефлексии аналӣ (мақъадӣ), бо ангушт муоина кардан, аноскопия, ректороманоскопия, озмоиш бо рангунандаҳои виталӣ, зондгзорӣ дар равиши носур, сфинктерометрия, таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ сфинктер ва бофтаҳои минтақаи параректалӣ ва фистулография анҷом дода шуд (чадвали 4).

Тавре ки аз маълумоти чадвали 4 бармеояд, дар гурӯҳи асосӣ инҳо бартарӣ доштанд: тағйироти васеи халшавии пӯст, дар қисми берунии сфинктери мақъад, хучайрабофти параректалӣ, пектенози сфинктери мақъад дар ноҳияи сӯроҳии дарунӣ дар бе-

морони дорои носури пас аз парапроктити фасоднок ва аэноробӣ, суст шудани рефлексии пӯстӣ-мақъадӣ дараҷаи возеҳияш гуногун. Ҳангоми арзёбии субъективӣ ва объективӣ сфинктери мақъад, миқдори дучоршавии нокифоягии дараҷаҳои гуногун дастгоҳи маҳкамкунанда дар беморони дорои парапроктити музмин бо ДҚ типии II бартарӣ дошт.

## ХУЛОСАҲО

1. Инкотиненсияи аналӣ дар беморони дорои парапроктити музмин бо ДҚ типии II хусусияти омехта дорад.

2. Дар бештари ҳолатҳо дар беморони дорои парапроктити музмин бо ДҚ типии II кам шудани миқдори лейкоцитҳо, лимфоситҳо, моноситҳо ва нейтрофилҳои сегментхаставии хун, инчунин баланд шудани эозинофилҳо ва сатҳи СРБ-и хун ба мушоҳида мерасад, ки онро ҳангоми арзёбии кардани вазнинии ДҚ ва пешгӯии пешравии оризаҳо истифода кардан мумкин аст.

3. Басомади дучоршавии тағйироти ҳадшавии пӯст, хучайрабофти параректалӣ ва сфинктери аналӣ бештар дар беморони гирифтори парапроктити музмин дар заминаи ДҚ типии II ба назар расид.





## Чадвали 4

**Нишондиҳандаҳои клиникӣ-инструменталии беморони гирифтори парапроктити музмин дар заминаи ДҚ типии II (гурӯҳи асосӣ=58) ва бе он (гурӯҳи назоратӣ =60)**

Намудҳои носур		Носурҳо пас аз парапроктити баналӣ		Носурҳо пас аз парапроктити фасоднок		Носурҳо пас аз парапроктити фасоднок анаэробӣ		Ҳамаҷам и пай и пай
		Осн =39	Кон =49	Осн =16	Кон =9	Осн =3	Кон =2	
		п (%)	п (%)	п (%)	п (%)	п (%)	п (%)	
Нишондодҳо								118
Муоина – тағйироти васеи хадшавӣ		-	-	7 43.7	4 44.4	3 100	1 50.0	15
Рефлюкси пӯст - аналӣ	меъёр	19 48.7	40 81.6	2 12.5	1 11.1	-	-	62
	муътадил	11 28.2	7 14.3	10 62.5	6 66.6	1 33.3	1 50.0	36
	возеҳ	9 23.1	2 4.1	4 25.0	2 22.2	2 66.6	1 50.0	20
Зондгузорӣ	интрасфинк-терӣ	17 43.6	19 38.8	-	-	-	-	36
	трансфинк-терӣ	13 33.3	21 42.8	12 75.0	7 77.7	2 66.6	2 100	57
	экстрасфинк-терӣ	9 23.1	9 18.6	4 25.0	2 22.2	1 33.3	-	25
Аноскопия - пектенози сфинктери маъъадӣ дар ноҳияи сӯроҳии дарунӣ		-	1 2.0	3 18.7	2 22.2	1 33.3	2 100	9
ТРУЗИ – вучуд доштани тағйироти хадшавӣ дар қисми берунии АС ва хучайрабифти параректалӣ.		2 5.1	2 4.1	8 50.0	8 88.8	3 100	1 50.0	24
Сфинктеро- манометрия – инконтиненсия аналӣ	Дараҷаи -I	9 23.1	7 14.3	8 50.0	4 44.4	-	-	28
	Дараҷаи -II	3 7.7%	2 4.1	2 12.5	2 22.2	1 33.3	1 50.0	11
	Дараҷаи -III	2 5.1	-	1 6.25	1 11.1	2 66.6	1 50.0	7
Фистулография – вучуд доштани ковакии фасоднок		8 20.5	5 10.2	4 25.0	3 33.3	1 33.3	1 50.0	22

## АДАБИЁТ

1. Шешабридзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки // Хирургия. 2001. №10. С. 43-46.
2. Макарецов Л.П. Частота и патогенетические механизмы сложных форм острого парапроктита на фоне сахарного диабета // Украинський медичний альманах. 2010. Т. 13, №4. С. 130-131.
3. Попков О.В., Алексеев С.А., Богдан В.Г., Попков С.О. Свищи прямой кишки. Особенности диагностики и лечения // Военная медицина. 2014. №4 (33). С. 60-63.
4. Мамедов Н.И. Этиопатогенез, диагностика и особенности клинического течения сложных посттравматических свищей прямой кишки // Хирургия. 2012. №6. С. 36-41.

**ПАРАПРОКТИТИ РЕТРОРЕКТАЛӢ****Ҷ.Қ. Муҳаббатов, Ҷ.Ҷ. Давлатов, М.Б. Ҳамроев**Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 (мудири кафедра н.и.т., О.С. Боймуродов)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Муҳаббатов Ҷиёнхон Курбонович-д.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: Muhabbatov67@mail.ru*

*Давлатов Ҷамшед Ҷурахонович- аспиранти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: d.jamshed.90@mail.ru*

*Ҳамроев Бахтиёр Муродуллоевич-аспиранти кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: Khamroev-2015@mail.ru*

Парапроктити ретроректалӣ яке аз бемориҳои кам дучоршавандаи бемориҳои мақъад баҳисоб меравад, ки басомади вай аз 2,8 то 16,6%-и ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Вижагии зуҳуроти клиникии парапроктити ретроректалӣ ташхиси таъхиркарда мебошад, ки боиси пайдо шудани оризаҳои ин беморӣ дар шакли парапроктити анаэробӣ, флегмонаи қаъри кос, ҳамчунин флегмонаи пасисисфокӣ мегардад, беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ин гурӯҳи беморон масъалаи актуалии колопроктология маҳсуб мешавад.

Бинобар мавҷуд набудани маълумоти адабиёти илмӣ анҷом додани таҳқиқоти ба масъалаҳои хусусиятҳои топографӣ-анатомии фосилаи ретроректалӣ, дарозии бандаки мақъаду думғоза, шакли гуногуни анатомии думғоза ва баландии фосилаи бахшидашуда метавонанд, ки барои ташхиси саривақтӣ ва пешгирии оризаҳои парапроктити ретроректалӣ мусоидат кунанд.

**Калимаҳои калидӣ:** шаклҳои мураккаби парапроктит, парапроктити ретроректалӣ, ташхис, табобати ҷарроҳӣ.

**РЕТРОРЕКТАЛЬНЫЙ ПАРАПРОКТИТ**

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Муҳаббатов Ҷиёнхон Курбонович-д.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; E-mail: Muhabbatov67@mail.ru*

*Давлатов Ҷамшед Ҷурахонович-очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; E-mail: d.jamshed.90@mail.ru*

*Нозимов Фарход Ходжибоевич-к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; E-mail: nozimov 81@mail.ru*

*Ҳамроев Бахтиёр Муродуллоевич-очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; E-mail: Khamroev-2015@mail.ru*

РП является одной из мало встречаемых форм заболевания среди ОП, частота которого составляет от 2,8 до 16,6% случаев. Особенностью клинического проявления РП является несвоевременная диагностика, приводящая к осложнению данного заболевания в виде анаэробного парапроктита, флегмоны тазового дна, а также забрюшинной флегмоны, улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных является актуальной проблемой колопроктологии.

Исследование проводилось в связи с отсутствием литературных данных изысканий, посвященных изучению вопросов топографо-анатомических особенностей ретроректального пространства, длины анокопчиковой связки, разной анатомической формы копчика и высоты ретроректального пространства, что способствует своевременной диагностики и профилактики осложнений ретроректального парапроктита.



**Ключавые слова:** сложные формы парапроктита, диагностика, хирургическое лечение.

## RETRORECTALPARAPROCTITIS

Department of General Surgery №1 of Avicenna TSMU

*Muhabbatov Jiyonkhon Qurbonovich* - doctor of medical sciences, professor of the Department of General Surgery №1 of Avicenna TSMU; E-mail: [Muhabbatov67@mail.ru](mailto:Muhabbatov67@mail.ru)

*Davlatov Jamshed Jurakhonovich* - PhD student of the Department of General Surgery №1 of Avicenna TSMU; E-mail: [d.jamshed.90@mail.ru](mailto:d.jamshed.90@mail.ru)

*Nozimov Farhod Hojiboevich* - c.m.s., assistant of the Department of General Surgery №1 of Avicenna TSMU; E-mail: [nozimov81@mail.ru](mailto:nozimov81@mail.ru)

*Hamroev Bakhtiyor Murodulloevich* - PhD student of the Department of General Surgery №1 of Avicenna TSMU; E-mail: [Khamroev-2015@mail.ru](mailto:Khamroev-2015@mail.ru)

Retrorectalparaproctitis is one of the rarest forms of the disease among the AP which frequency is composed from 2.8 to 16.6% of cases. A feature of the clinical manifestation of RP is late diagnosis, leading to complication of the disease in the form of anaerobic paraproctitis, phlegmon of pelvic floor, and retroperitoneal phlegmon, improving the results of surgical treatment of this category of patients is an urgent problem of coloproctology.

**Муҳиммият.** Парапроктит яке аз бемориҳои зуд-зуд вохӯрандаи проктологӣ мебошад, ки дар натиҷаи паҳншавии раванди илтиҳобӣ азкрипт ва ғадудҳои мақъад ба вучуд меояд [6]. Он, ба яке аз паҳншавандагари бемориҳои проктологӣ дохил шуда (пас аз бавосир, кафидагиҳои мақъад ва колитҳо), дар байни патсиентони гирифтори патологияи шадидаи проктологӣ ҷойи аввалро ишғол мекунад. Тибқи маълумоти адабиёти илмӣ маълум аст, ки беморшавӣ ба парапроктит тақрибан 0,5%-и тамоми аҳоли, 0,5-4% дар байни патсиентони гирифтори патологияи умумичарроҳӣ, 20-40% дар байни патсиентони гирифтори бемориҳои рострӯдаро ташкил мекунад. Дар байни ПШ, парапроктити ретроректалӣ аз рӯи маълумоти ҷамъбастанда имо ва муаллифони хоричӣ басомади дучоршавӣ аз 2,8% то 16,6%-ро ташкил мекунад [11.17]. Дар сохтори патологияи фасодии ҷарроҳии шаклҳои мураккаби ПШ ба ҳисоби миёна то 7%, мутобиқи маълумоти В.И. Кузнетсова

Due to the lack of literary data, studies devoted to the area of topographic and anatomical features of the retrorectal space, the length of the anococcygeal ligament, different anatomical shape of coccyx and the height of the retrorectal space, which contributes to the timely diagnosis and prevention of complications of retrorectalparaproctitis.

**Keywords:** complex forms of paraproctitis, retrorectalparaproctitis, diagnosis, surgical treatment.

бошад, 2,3-9,5 %-ро ташкил мекунад [9]. Ба шаклҳои мураккаби ПШ шаклҳои пелвио-ректалӣ, ретроректалӣ, наълшакл ва илтиҳобию инфилтративӣ дохил мешаванд [6]. Аз рӯи маълумоти аксарият муаллифон, беморони мубталои шаклҳои мураккаби ПШ 45 % аз ҳамаи патсиентони профили ургентии гирифтори бемориҳои ғайриомосмонанди илтиҳобию фасодии ноҳияи аноректалӣ ва чорбанду думғозаро ташкил мекунад [6]. Тибқи маълумоти дигар муаллифон беморони гирифтори парапроктитҳои амиқ 34,0%-ро ташкил мекунад [4]. Яке аз шаклҳои амиқи парапроктити парапроктити ретроректалӣ мебошад, ки дар 25,1% патсиентони шаклҳои мураккаби ПШ вохӯрад [9]. Дар муқоиса бо мардон ва занҳо басомади парапроктити ретроректалӣ, мутаносибан 5,4:1 мебошад [4].

Парапроктити музмин ё носури рострӯда ин раванди музмини илтиҳобӣ дар крипти мақъад, фазои байнисфинктерва ҳуҷайраҳои параректалӣ бо ташаккули роҳи



носур мебошад. Тибқи маълумоти адабиёт, 95-96% оғози бемории гирифторони носурҳои рострӯдаро парапроктити шадиди азсаргузаронда марбут мебуданд. Аз рӯи маълумоти ГНСК, 1/3 беморони ПШ ба табиб пас аз ташреҳи худ ба худии римхона муроҷиат мекунанд, ки баъди ин дар онҳо зуд-зуд носури рострӯда ташаккул меёбад, тақрибан 30% беморон то баъди ПШ пайдо шудани носур, тамоман барои ёрии тиббӣ муроҷиат намекунанд. Танҳо 40% беморони ПШ ба табиб сари вақт муроҷиат мекунанд, вале бо сабабҳои гуногун на ҳамаи онҳоро ба таври радикалӣ ҷарроҳӣ мекунанд. Тақрибан ба 50% -и беморони ин гурӯҳ танҳо ташреҳ ва дренажунии абсцесс бе рафъи сӯроҳҳои дарунӣ иҷро мекунанд, ки аксаран боиси ташаккули носури рострӯда мешавад [17].

Мувофиқи маълумоти муаллифони зиёд, механизми асосии бавучудории парапроктит фасодгирии ғадудҳои мақъад мебошад, ки дар фазои байнимушакии девораи рострӯда ва дар криптиҳои морганиевии кушодашавандае мавқеъ мегиранд, ки назарияи криптигландулярӣ ном дорад [3.6.8.25]. Криптиҳо барои инвазияи микробӣ ҷойи нисбатан сулҳдор мебошанд, зеро онҳо аз пӯшиши мукополисахаридӣ маҳруманд, бар замми ин, амиқтарин ва паҳнтаринашон дар ақиби нимдаври канали мақъад қарор доранд. Таҳқиқотҳои клиникӣ тасдиқ мекунанд, ки аксарият ҷойгиршавии римхонаҳо маҳз дар ин ноҳия аст, ки ин ба хусусияти анатомӣ вобастагӣ дорад. Девораи ақиби канали мақъад ба пайвасти чорбанду думғоза бо бандаки мақъаду думғоза устувор пайваст аст. Аз ин сабаб, он камҳаракат буда, ҳангоми қазои ҳочат қардан ба поён душвортар ҳаракат мекунад ва ҳангоми зӯрзанӣ, махсусан ҳангоми мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳикунанда (бавосир, кафидагии мақъад, колитҳо ва қабзиятҳо) ба осонӣ осеб меёбад [3.16]. Мувофиқи маълумоти N. Garber (1950), парапроктити шадид бо роҳҳои зерин ба вучуд омада метавонад: а) гематогенӣ - пас аз ангина, қандани дандон иғ. б) лимфогенӣ - аз кафидагиҳо, решҳои луобпарда, гирехҳои сироятёфтаи ба-

восирӣ ва ғ. в) тамосӣ - аз криптиҳои илтиҳобии мақъадтавассути ғадудҳои мақъад, сироят ба ҳуҷайраҳои параректалӣ, аз абсцессҳои дар болои диафрагмаи қос воқеъгирӣ, аз узвҳои сироятёфтаи бавлу таносул ва ғ. [2.6.19].

Дар занҳо хусусияти анатомияи физиологияи худ вучуд дорад: нимдаври пеши канали мақъади илтисоқи интимӣ аз девораи ақиби маҳбал, аз ин сабаб, нисбат ба мардҳо дар онҳо парапроктити шадид "пеш" мушоҳида мешавад [2.19].

Ба ақидаи аксарият муаллифони, сабаби бавучудории парапроктити шадид ва носури рострӯда - илтиҳоб дар маҷроҳҳои мақъад ва ғадудҳо (ғадудҳои Гей) мебошад. Инсидоди маҷроҳҳои ин ғадудҳо боиси шахшавии секрет, сироятёбии минбаъда ва инкишофи раванди фасоди илтиҳобӣ мешавад. Ба омилҳои бавучудоварандаи парапроктити шадидро тамоюлкунанда, инчунин дар бемор мавҷуд будани кафидагии рострӯда ва бавосири шадид ё музминро дохил мекунанд [23].

Ҳамин тавр, парапроктити криптогенӣ ё ғайрикриптогенӣ танҳо аз рӯи мавҷудияти сӯроҳи дарунӣ носур ҳукм қардан мумкин аст, зеро оқибати сабабҳои гематогенӣ ё лимфогенӣ парапроктити шадид парпроктити нопурраи берунии музмин мебошад.

Парапроктитҳо бештар боиси микрофлораи омехта мешаванд. Дар аксариятҳолатҳо (98% беморон) дар кишт аз римхонаҳо ва носурҳои стафилококкҳо дар якҷоягӣ бо чӯбчаи рӯда мушоҳида мешаванд. Чунин парапроктитро ғайрихос ё одӣ меноманд. Тибқи маълумоти адабиёт, сирояти хос (сил ва актиномикоз) дар 1-2% беморон боиси парапроктити шадид мешавад [6.17]. Микробҳо дар ҳуҷайраҳои параректалӣ бештар тавассути луобпардаи рострӯда, аҳёнан тавассути пӯсти мақъадро ихотақарда дохил мешавад. Яке аз исботҳои ин осеб одатан флораи полимикробии рӯда ҳангоми парапроктитҳо мебошад. Дар кам ҳолатҳо сироятҳои яккамикробӣ во мейванд, абсцессҳои метастазии аноректалӣ ва флегмонҳо низ имкон дорад. Ҳан-



гоми парапроктити дар натиҷаи сирояти фасодии аэробӣ бавучудодама, дар фасод инчунин микробҳои анаэробии патогенӣ низ мушоҳида шуда метавонанд, ки боиси ягон ҳел симптомҳои клиникӣ намешаванд. Вмесе с тем, сирояти шадиди анаэробӣ дар заминаи парапроктит дар намуди флегмонаи газии ҳучайрабофти кос, парапроктити гангренозӣ, пӯсишовар (уфунӣ) ва сепсиси анаэробӣ зоҳир ёфта метавонад. Барангезандаҳои ин шаклҳои камвоҳӯрандаи беморӣ: *B. perfringens*, *B. oedematiensmaligni*, *B. histolyticus*, *Vibrion-septicus* мебошанд [6.17]. Дар адабиёт басомади дучоршавии парапроктити анаэробӣ аз 2,2% то 4%-ро ташкил мекунад [5.16]. Мониторонги бактериологӣ ҳангоми шакли ғайриклостридиалии парапроктити анаэробӣ ба чунин тарзисбот шудааст: бактерияҳои грамманфӣ (*Bacteroides*, *Fuzobacterium*, *Campilobacter*) 52,0%, коккҳои граммусбат (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*) 27,5 %, дигар бактерияҳо (*Actinomices*, *Eurobac-ter*, *B. Subtilis* ва ғ.) 8,8 % ва дар 11,7 % кишт насабзид [14]. Дар байни шумораи умумии патсиенти фавтида дар соҳияи колопроктология, беморони парапроктити шадиди анаэробӣ пас аз патсиентони гирифтори онкопатология, ки тақрибан 18%-ро ташкил мекунад, ҷойи дуюмро ишғол мекунад [10]. Мувофиқи маълумоти дигармуаллифон, фавтияти парапроктити анаэробӣ 16% -ро ташкил мекунад [5]. Мувофиқи маълумоти [Сергатский К.И], дар натиҷаи таҳқиқоти бактериологӣ пас аз ташреҳи ОП, микроорганизмҳо дар намуди яккакишт дар 87,2% беморон қарда шуд. Ассотсиатсияҳои микробӣ дар намуди комбинатсияи ду микроорганизм дар 8,4% мушоҳида ошкор шуд. Дар 4,4% мушоҳидаҳо сабзиши микрофлора мушоҳида нашуд. Муаллиф қайд мекунад, ки яккакиштҳои микроорганизмҳо, дар муқоиса бо флораи омехтаи бактериалӣ, барангезандаҳои нисбатан зуд-зуд воҳӯранда мебошанд ОП[14].

Хусусияти реаксияи организм, яъне манзараи клиникӣ беморӣ аз як тараф аз намуди бактерияҳо, вирулентнокии онҳо ва

вазни инвази, аз тарафи дигар бошад, аз ҳолати организми бемор, хассосият ва муқовиматпазирии он вобаста аст [17].

Ҳангоми авчгирии раванди илтиҳобӣ, сироят тавассути ғафсии сфинктер дохил мешавад, ки бо спазмҳои саҳти рефлекторӣ ҳамроҳиқунанда мебошад. Дар натиҷа пасчоришавии массаҳои сироятёфта душвор мешавад ва фасод девораи ғадудғои мақъадро об қарда, ба бофтаҳои ихотақарда боз ҳам амиқтар паҳн мешавад ва дар фазои мушакии ҳучайрабофт дар байни нахҳои мушаки тулӣ ва сиркулярӣ мавқеъ мегирад. Раванди илтиҳобӣ хусусияти интрамуралӣ касб мекунад. Ҳангоми минбаъд авчгирии раванди илтиҳобӣ сироят ба бофтаҳои мулоими иақъадро ихотақарда ва ба роҷруда: ба фазои зерӣ пӯст, зерлуоби ҳучайравӣ, чуқурҷаи ишиоректалӣ, ноҳияи пелвиоректалӣ ва ретроректалӣ меафтад. Парапроктит инкишоф меёбад [6].

Мувофиқи маълумот [2], патогенези инкишофи РП, аз илтиҳоби ноҳияи криптҳои ақиб оғоз меёбад. Раванди илтиҳобӣ то ба чамъшавии ҳучайравии дар ақиб роҷруда мерасад. Бандаки мақъаду думғоза ва думғоза саҳтанд ва онҳоманбаи якуми илтиҳобиро ба роҷру ба чапи фазои ишиоректалӣ паҳн шудан, мепӯшонанд. Аминева А.М. мушоҳида қард, ки аксарият патсиентони гирифтори шаклҳои гуногуни парапроктити шадид ва музмин дар натиҷаи осебҳои криптҳои ақиб оғоз меёбад. Бо сабаби он, ки абсцессҳои ақиб роҷрудаҳо нисбат ба ташхисшавӣ, бештар воҳеҳӯранд. Доир ба онҳо бояд он вақт низ фикр қард, ки парапроктити паҳлӯии ишиоректалӣ ошкор шудааст. Он танҳо давоми римҳона ақиб роҷруда ва ё баръақс буда метавонад [2].

Ҳамин тавр, зуҳури умумӣ ё ҷузъии клиникӣ ва ҷараёни парапроктити шадид аз намуд ва шумораи микрофлора, мавқеи римҳона дар фазои параректалӣ ва инчунин аз патологияи ҳамроҳиқунанда (диабети қанд, фарбеҳӣ, синну сол ғ.) вобаста аст.

Аксарияти муаллифон доир ба он, ки сабаби ҷараёни музмин ва тақроршавандаи беморӣ реинфексия аз сӯроҳи дарунии парапроктит мебошад, ақидани дуруст пешниҳод



кардаанд. Яке аз омилҳои таркроршавиҳои парапроктит, фаъолнокии сирояти нопадид (ноаён) мебошад. Басомадиякбора авчгириҳои сирояти нопадид ба ҳисоби миёна 8-35% аз тамоми ҳолатҳои бемориҳои музминни фасодиро ташкил мекунад [17]. Беморони гирифторипарапроктити такрорёбанда мувофиқи маълумот Кузнетсов Н.Ю ,36,3%-ро ташкил мекунад.

Мутобиқи маълумоти адабиёт, вобаста ба нахустмавқеи раванди илтиҳобӣ, зухуроти клиникӣ, шумораи ҷойгиршавии сӯроҳҳои берунӣ ва дарунии носур ва мавҷудияти даромади носур, таснифоти сершумори парапроктити шадид ва музмин вучуд дорад. То айни ҳол, таснифоти нисбатан иттилоотӣ барои тарзи муолиҷа ҳангоми парапроктити шадид вобаста ба сатҳи осеб, таснифот тибқи D.H. Ahrenholz мебошад [16], ки дар мамлакатҳои Аврупо васеъ паҳн шудааст. Мувофиқи ин таснифот, 4 сатҳи осеб: сатҳи I - осеби худи пӯст; сатҳи II - осеби ҳучайрабофти ҳучайрабофти зерпӯст; сатҳи III - осеби фассияи сатҳӣ; сатҳи IV - осеби мушакҳо ва сохторҳои амиқи фассиалиро ҷудо мекунанд. Дар асоси ин таснифот қайд кардан лозим аст, ки аксариятшаклҳои парапроктити шадид ба сатҳҳои II-III осеб дохил мешавад.

Дар асоси хусусиятҳои топографию анатомии фазои ақибӣ роstrӯда (ретроректалӣ) мувофиқи маълумоти Нитер, се ошёна: а) фазои сатҳии ақибмақъадӣ, байни пӯст ва бандаки ақибдаромадгоҳу думғоза, б) фазои амиқи ақибмақъадӣ, байни бандаки ақибдаромадгоҳу думғоза ва мушакҳои болобардорандаи мақъад, в) фазои худии ретроректалӣ, байни мушакҳои болобардорандаи мақъад ва сифоқи кос, ки ҳар кадомаш хусусияти клиникии худро дорад, фарқ мекунанд [13]. Аз рост ва аз чапи роstrӯда фазои ретроректалӣ бо фазои пелвиоректалӣ озод робита мекунад. Бинобар ин, ҳангоми ин мавқеи римхонаҳо осебҳои хеле зуд-зуди дутарафа (наълшакл)-и ҳучайрабофти пелвиоректалӣ мушоҳида мешавад [9.12].

Вазифаи яқум ва асосии ташҳиси ОП - дар асоси шикоятҳои пациент, клиника ва

муоина ошкор кардани мавҷудият ва мавқеи римхона дар фазои ҳучайравӣ ва ихотакардаи роstrӯда мебошад. Ба зухуроти асосии клиникии ОП: саршавии шадиди беморӣ, дарди афзоишёбанда дар роstrӯда, чатан ё дар кос, баландшавии ҳарорати бадандохил мешаванд [10]. Ҳаногоми шаклҳои мураккаби ОП тағйироти хусусияти умумӣ ва ҷузъидошта, аз ҷумла варачаҳо, бадшавии ҳолати умумӣ, дарди сусти доимӣ дар роstrӯда ва дар кос мушоҳида шуда метавонад. Дар оғози беморӣ ҳангоми шаклҳои мураккаби ОП дар пӯсти ноҳияи ноҳияи перианалӣ тағйирот муайян намешавад, дар натиҷаи давомёбии ҷараёни беморӣ дар пӯсти ноҳияи перианалӣ варам, сурхшавӣ, синдроми дард ва ҳарорати ҷузъӣ мушоҳида мешавад. Ҳангоми таҳқиқоти ангуштӣ паҳнтар шудани девораи роstrӯда болотар аз канали мақъад, ҳамвории чини луоб дар тарафи осеб қайд мешавад. Дар охири ҳафтаи аввали беморшавӣ инфилтрат дар равзани роstrӯда варам карда, ба гадуди простата ва уретра паҳн шуда метавонад, ки боиси пешобкунии дардманд мешавад [2.6.8.17]. Яке аз шаклҳои мураккаби паропроктики шадид парапроктити ретроректалӣ шуморида мешавад, ки нисбатан вазнинтар ҷараён мекунад ва дер ташҳис мешавад, зеро раванди илтиҳобӣ дар фазои ақибӣ роstrӯда мавқеъ мегирад. Хусусияти манзараи клиникии иншакли парапроктит синдроми возеҳи дард мебошад, ки аз оғози беморӣ қайд мешавад. Дардҳо дар роstrӯда ва дар чорбанд мавқеъ гирифта, ҳангоми табарруз ва дар ҳолати нишаста шиддат мегиранд. Аломатҳои зоҳирии парапроктит танҳо дар ҳолатҳои кӯҳнашуда, зимне ки фасод рӯда ё пӯсти чатанро шикоф карда дохил мешавад, зухур меёбанд [6.17].

Дар ташҳиси шаклҳои мураккаби парапроктит таҳқиқи ангушти роstrӯда, RRS, TUC, TK ва MPT истифода мешавад [9.10.]. Таҳқиқоти ангушти роstrӯда ҳангоми шаклҳои мураккаби парапроктити шадид иттилооти муайянкунанда медиҳад: ҳангоми шакли ақибӣ роstrӯда барҷастагӣ дар ноҳияи девораи ақибӣ роstrӯда, инчунин шиддатгирии дардҳо ҳангоми фишор ба



думғозаро муайян мекунад [6.8.10]. Аммо хангоми чунин шакли парапроктит, якум - симптомҳои умумӣ, сипас симптомҳои ҷузъӣ пайдо мешаванд [1]. Баъзан дар оғози беморӣ танҳо дардҳои паҳншаванда дар амикии кос ва аз рӯи рафти асаби сурина вучуд доранд. Пас аз паҳн шудани раванди фасодӣ ба поён, дардҳои ҷузъӣ пайдо мешаванд [7]. Мувофиқи маълумоти Болквэдзе Э.Э., хангоми ОРП аз рӯзҳои аввал инфилтрати илтиҳобӣ, сипас абссесс ташаккул меёбад, ки хангоми онҳо зимни таҳқиқоти ангуштӣ синдроми дарди саҳт қайд мешавад [5]. Ҳамин тавр, мувофиқи маълумоти дигар муаллифон хангоми парапроктити ретроректалӣ хангоми муоинаи чатан ва таҳқиқоти ангуштии роstrӯда аломатҳои хоси раванди шадиди илтиҳобӣ метавонанд, ки вучуд надошта бошанд [14].

Солҳои охир, дар аксарият ҳолатҳо барои муайян кардани шаклҳои парапроктити шадид дар ноҳияи колопроктологӣ ТУС истифода мешавад. Дар муқоиса бо шумораи зиёди таҳқиқоти ултрасадоии узву системаҳои гуногун организм, таҷрибаи истифодаи онҳо дар колопроктологиякам муаррифӣ шудааст, ҳарчанд, ки аллақай корҳо ҳам дар адабиёти ватанӣ ва ҳам дар адабиёти хориҷӣ вучуд доранд [21]. Айни ҳол, таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои коси хурд дар се вариант: трансабдоминалӣ, чатанӣ ва эндоректалӣ иҷро карда мешавад, бар замми ин, охириин бо ёрии эндоскопҳои бо датчикҳои махсус муҷаҳҳаз иҷро карда мешаванд. Таҳқиқотҳои доирқарда ба Филиппов Д.Ю. (1999), Stewart L. et al. (2001) ва дигар муҳаққиқон барои ба хулосаи он омаданд, ки ултрасонографияи эндоректалӣ бо эътимодияти зиёд ба муайян кардани хусусияти тағйирёбии патологӣ дар фазои ҳуҷайравӣ ва ба гузарондани ташхиси тафриқии парапроктити шадид бо бемориҳои узвҳои ҳамсоя имкон медиҳад, ҳамчун асос хизмат мекунад. Ҳассосият ва хусусияти хоси усул мувофиқи маълумоти Филиппов Д.Ю., мутаносибан 89% ва 80%, дақиқияти умумӣ бошад, 86%-ро ташкил кард. Stewart L. Дарёфт, ки маълумоти пеш аз ҷарроҳии сонография дар ҷарроҳӣ дар 85% мушоҳидаҳо тасдиқ шуданд [21]. Аммо иттило-

отнокии ТРУЗИ хангоми шаклҳои мураккаби парапроктити шадид, махсусан парапроктити ретроректалӣ барои муайянкунии мавқеи дақиқи абссесс ва аниқ кардани ташхис кофӣ мебошад [15].

Ҳамин тавр, ТУС аз тарафи чатан ва сонографияи трансректалӣ имкон медиҳанд мавқеъ, андозаҳо, сохтори манбаи патологӣ, мавҷудияти даромадҳои иловагӣ, дараҷаи ҷалбшавӣ ба раванди илтиҳобии девораи роstrӯда ва торҳои сфинктери берунӣ, амикии ҷойгиршавии манбаи патологӣ аз руйпӯшҳои пӯст баҳодихӣ карда шавад [24].

Дар ТК абссесс дар намудиманбаи зичии кам бо контурҳои нобаробар ё нодақиқ ошкор мешавад. Римхонаҳои хурд одатан гирд, калон - бештар шакли нодурусти тухмо дорад; римхонаҳои аллақай ташаккулёфта бо капсулаи зичиаш наздик ҷудо мешавад [22]. Ин усул барои локализатсияи абссессҳои мураккаби параректалӣ кам истифода мешавад, яке аз сабабҳои асосии он арзиши ками ташхис маҳз хангоми ин беморӣ мебошад. Натиҷаҳои таҳқиқоти як қатор муаллифоннишон доданд, ки абссессҳои коси хурд хангоми ТТ танҳо дар 66-75% ҳолатҳо, сӯроҳи дарунӣ - дар 24% беморон мушоҳида мешавад, доир ба топографияи даромадҳои фасод бошад, маълумот пайдо намешавад [18].

Дар ҳамаи беморони гирифтори парапроктити шадид (ПШ) баъди ташхис гузоштан амалиёти ҷарроҳӣ сурат гирифтааст. Аз даст додани вақт на танҳо ҳолати умумии беморро, балки пешгӯии беморро низ бад месозад, зеро хатари ба фосилаи кос паҳн шудани протсесси фасод, вайроншавии сохторҳои мушакҳои сфинктер, қариб кос ва девораи роstrӯдаро ба вучуд меорад [11.17]. Тибқи маълумоти Болквэдзе Э.Э., дар шаклҳои мураккаби ПШ ҷарроҳии думарҳилагӣ гузаронида мешавад [9].

Ба бештар гаштани ташхис ва тактикаи табобати ҷарроҳии ПШ нигоҳ накарда, бештари онҳо, махсусан парапроктити пелвиоректалӣ ва ретроректалӣ муддати тӯлонӣ дар назди уролог, гинеколог, невропатолог, терапевт аз хусуси бемориҳои дигар табобат мегиран [11.17].



Ҳамин тавр, дар сурати сари вақт ташхис накардан ва дер мурочиат намудани бемори гирифтори шаклҳои оризадори ПШ, дар бемор оризаҳои хатарнок, монанди паҳншудани илтиҳоб ба фосилаи ҳуҷайравии кос 9,1%, зада даромадани римхона ба ковокии батн дар 2,0%, зада даромадани римхона ба фазои пасисифоқӣ дар 2,0%, зада даромадани римхона ба рон дар 1,2% ва зада даромадани римхона ба бофтаҳои нарми гениталий дар 2,0% [5].

Ҷарроҳии радикалии ПШ аз ҷоқ кардани думали параректалӣ бо дар назардошти мураккабии он, муносибаташ бо лифҳои

сфинктери мақбад, бартарарф намудани сурухи дарунии роҳи носури рострӯда иборат мешавад [8]. Дар статсионарҳои ҷарроҳии умумӣ, маъмулан, римхонаро ҷоқ карда дренаж мегузоран, сӯроҳии рӯдаро бартарарф намесозанд [6].

Ҳамин тавр, бисёр масъалаҳои марбут ба этиология, патогенез, ташхис ва табобати ПР ҳалношуда боқӣ мемонанд ва омӯзиши минбаъдаи хусусиятҳои топографӣ-анатомии фосилаи ретроректалӣ, бандаки мақбаду думғоза, устухони думғоза, қаъри коси майда, хунтаъминшавӣ, гардиши лимфа дар ин ноҳия тақозо мешавад.

### АДАБИЁТ

1. Альперович Б.Е., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1986. - с. 260-273.
2. Аминев А.М. Руководство по проктологии. Куйбышев. Т. 3. 1973.- 535с.
3. Акопян А.С. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом. Сб. Проблемы колопроктологии. М., 2002. - с. 24-28.
4. Боровикова О.П., автор. диссертации на тему "Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов от пола больного". Санкт-Петербург-2008г.
5. Болквандзе. Э.Э., автореф. диссертации к.м.н., на тему "Сложные формы острого парапроктита(клиника, диагностика, лечения)".
6. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: МИА, 2006. - 432.
7. В.К. Гостищев. Инфекции в хирургии. Руководство для врачей. "Гэотар-медиа" 2007. 754с.
8. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М. Медицина. - 1981.- 208 с.
9. Иоффе И.В., Жаданов В.И.. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита. Харьковская хирургическая школа №3(54) 2012г. Ст29-31.
10. К.И. Сергацкий, В. И. Никольский, Т. М. Ковешникова, И. М. Коновалова. Особенности микробного пейзажа у пациентов с острыми гнойными парапроктитами. Медицинские науки. Клиническая медицина. №4 (32), 2014.
11. К.м.н. Шкуро А.Г., Чибисов Г.И., Ахлебенин В.К., Бубнов М.М., Колосков И.О. Опыт лечения острого парапроктита. Колопроктология-2006. №1(15).
12. Кованова В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. 4-е изд.- М: Медицина, 2001.- 408с.
13. Неттер Ф. Атлас анатомии человека: Уч. Пос.-атлас/ Под ред. Н.О. Бартоша; Пер. с англ. А.П. Киясова.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.-600с.
14. Сергацкий К.И., Никольский В.И., Ковешникова Т.М., Характеристика возбудителей и оптимальная эмпирическая антибактериальная терапия у больных острым парапроктитом. Фундаментальные исследования №1, 2015.
15. Строкова Л.А., Козлов А.В., Савельева Т.В., Горелов С.И., Горелов В.П. Ультразвуковая диагностика острого парапроктита как редкого осложнения брахитерапии рака предстательной железы. Колопроктология-2016, №1(55).
16. Тимербулатов М.В., Тимербулатов В.М., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В. Анаэробный парапроктит. Колопроктология-2012, №2(40).
17. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология.-М.: Медицина, 1984, 384с.





18. Филиппов Д.Ю. Ультрасонография в диагностике острого парапроктита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1999.- 25с.
19. Parks A.G. Royal society of medicine. Section of proctology. Anorectal incontinens. Proc. R. Soc. Med.- 1975.- Vol. 105.- № 26.- P. 825-827p.
20. Cirocco WC, Reilly JC. Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistulas. Dis Colon Rectum. 1992;35: 537-542p.
21. Stewart L.K., McGee J., Wilson S.R. Transperineal and transvaginal sonography of perianal inflammatory disease. Am. J. Roentgenol.- 2001.- Vol.177.- № 3.- P.627-632.
22. Halligan S., Healy J.C., Bartram C.I. Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano: STIR or SPIR? Br J Radiol. 1998 Feb;71(842):141-5.
23. Horseshoe abscess fistula. Seton treatment / K. Ustynoski, L. Rosen, J. Stasik [et al.] // Dis. Colon. Rectum. - 1990. - Vol. 33, № 7. - P. 602-605.
24. Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y, et al. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis. Int J Colorectal Dis. 2007;22: 209-213p.
25. Wolff B.G. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 2007 Springer Science+Business Media, LLC.

### ХОЛЕСИСТИТИ БЕСАНГҲАМЧУН БЕМОРИИ ЧАРРОҲӢ

А.А. Абдурозиков, Р.А. Зокиров, Р.Д. Чамилов, А.А. Абдурасулов.

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

*Абдурозиков А.А. - ассистенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33*

*Зокиров Р.А. - н.и.т. дотсенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Чамилов Р.Д. - н.и.т. ассистенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

*Абдурасулов А.А. - ассистенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

Протсессии патологӣ, маъмулан, дар ноҳияи чуқурии зери чигар маҳдуд шудааст. Танҳо дар 2 (4,9%) -и беморони калонсол ва пиронсол перитогнити паҳнёфта ба мушоҳида расид. Холесистити бесанги рағӣ дар беморони калонсол ва пиронсоле инкишоф ёфтааст, ки дар онҳо бемориҳои ҳамроҳшудаи системаи дилу рағҳо дар шакли эмболия ва тромбози шарёнҳои масона дида мешавад, ҳамчунин дар занҳои 35-45-солаи

дорои системаи асаб ва гемодинамикаи ноустувор, ки дар онҳо тағйироти патологӣ масона аз сабаби ангиоспазм пайдо шудааст. Барои беморони гирифтори Холесистити бесанг табобати чарроҳӣ дар муҳлати 24-43-соати баъди саршавии беморӣ нишондод дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** гепатопанкреатодуоденалӣ, пероралӣ, холеграфия, холетсистэктомия.

**БЕСКАМЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ КАК ХИРУРГИЧЕСКАЯ НОЗОЛОГИЯ**

**А.А. Абдурозиков, А.А. Абдурасулов, Р.А. Зокиров, Р.Д. Джемилев**  
Кафедра общей хирургии № 2 (заведующий кафедрой -к.м.н. Набиев М.Х)  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Абдурозиков А.А. - ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33*

*Абдурасулов А.А. - ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

*Зокиров Р.А. - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Джемилев Р.Д. - к.м.н. ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

Патологический процесс, как правило, ограничивался областью подпечёночного углубления. Только у 2 (4,9%) больных диагностирован разлитой перитонит. БХ сосудистого генеза развивался у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы по типу эмболии или тромбоза пузырной артерии, а также у женщин в возрасте 35-45 лет

с лабильной нервной системой и неустойчивой гемодинамикой, у которых патологические изменения желчного пузыря были обусловлены ангиоспазмом. Больным с острым БХ показано оперативное лечение в сроки 24-43ч от начала заболевания.

**Ключевые слова:** гепатопанкреатодуоденальный, пероральная холеграфия, холецистэктомия.

**ACALCULOUS CHOLECYSTITIS AS SURGICAL NOSOLOGY**

**A.A. Abdurozikov, A.A. Abdurasulov, R.A. Zokirov, R.D. Jemilev.**

Department of general surgery № 2 (head of the department - c.m.s., Nabiev M. Kh) of Avicenna TSMU

*Abdurozikov A.A. - assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 985 88 22 33*

*Abdurasulov A.A. - assistant of the department of general surgery № 2 Avicenna TSMU, ph.: 919 00 63 39*

*Zakirov R.A. - c.m.s., associate professor of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, ph.: 915 54 04 33*

*Jemilev R.D. - c.m.s. assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 935 23 74 77*

Pathological process as a rule was limited by the field of subhepatic recess. Only at 2 (4.9%) patients diffuse peritonitis was diagnosed. Acalculous cholecystitis of vascular genesis developed at patients of earlderly and senile age with concomitant diseases of a cardiovascular system by the type of embolism or thrombosis of a vesical artery and also at women at the age of 35-45 years with a labile nervous system

and an unstable hemodynamics at which pathological changes of a gall bladder were caused by an angiospasm. Surgical treatment in terms of 24-43 hours from the beginning of the disease was performed to patients with acute acalculous cholecystitis.

**Keywords:** hepatopancreatoduodenal, peroral cholegraphy, cholecystectomy.

Муҳимият. Дар солҳои охир миқдори беморони аз хусуси холесистити бесанг ҷар-

роҳишуда зиёд шуда истодааст. Сабабҳои асосии пайдоиши беморӣ омилҳои рағӣ,



рефлюкс дар талхадон, ферментҳои гадури зеримеъда, осебҳои механикӣ, осебҳои ҷарроҳӣ ва ғайра ба ҳисоб мераванд. Дар хусуси этиология, патогенез ва усулҳои ташхиси табобати холесистити бесанг (ХБ) ақидаи ягона вучуд надорад [1-5]. Дар давоми 15 соли охир дар шуъбаи ҷарроҳии МТШ №3 ш. Душанбе вобаста аз холесистит 610 бемор ҷарроҳӣ шуда, аз онҳо 41 (6,7%) роХБ ташкил кард.

Мақсади таҳқиқот. Такмил додани ташхис, табобат бештар сохатни натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ХБ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ташхиси ХБ-и шадид дар асоси арзёбии маълумотҳои клиникӣ ва натиҷаҳои таҳқиқотҳои ултрасадоӣ ва лабораторӣ сурат гирифт.

Ҳангоми ХБ-и шадид дар 15 (36,6%)-и беморон дар хуни периферӣ  $9.0 \pm 10.9$  лейкоцитҳо ва бештар, дар 13 (31,7%)-и беморон СОЭ аз 15 мм/соат баланд буд. Ин тағйирот бештар ҳангоми оризаҳои зерин нисбатан бештар возеҳтаранд: перитонити мавзей, думмалӣ пешмасонавӣ ва пешчигарӣ. Дар пастиентҳои синнусоли калонсолон ва пир ( $n = 17$ ; 41,5%) ҳагто норасоии талхадон (бештар ҳангоми ХБ-и рағӣ) миқдори лейкоцитҳо ва СОЭ хеле кам зиёд шуд. Ҳангоми ХБ-и шадид фаъолнокии АЛТ баландтар аз 0,8 ммол/с/л - 14 (34,1%) буд. Дар 15 (36,6%) беморони синну соли калонсол ва пиронсол баланд шудани фаъолнокии аминотрансфераз дар хун аломати ягонаи беморӣ буд.

Дар ҳолати набудани конкрементҳо дар талхадон беморон ҷарроҳӣ шудаи чандон майл надоранд. Бо беморон корҳои васеи фаҳмондадихӣ гузаронида, ҳаллу фасли масъалаи амалиёти ҷарроҳӣ сари вақт анҷом дода шавад.

Чӣ қадаре, ки давраи сар шудани хуруҷ то амалиёти ҷарроҳӣ зиёд бошад, басомади шаклҳои деструктиви ХБ шадид, ҳамчунин оризаҳои фенодӣ-септикӣ баланд аст.

Чунин меҳисобем, ки дар 24 соат авали сар шудани хуруҷ беморӣ табобати консервативӣ нишондод доранд. Дар сурати самаранок набудан иҷро кардани холетсистэктомия зарур аст. Муҳлати оптималии ҷарроҳӣ

- 14 - 48 соат аз саршавии беморӣ ба ҳисоб меравад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ҳангоми ҷарроҳӣ дар 22 (53,7%)-и беморони гирифтори ХБ шадиди генезаш рағии талхадон генфилтратсия шуд, тағйиротҳои нисбатан возеҳи илтиҳобӣ дар мавзеи гарданаки талхадон ва қисаи Гартман ба мушоҳида расид. Дар 5 (12,2%)-и беморон дар ин мавзё перфоратсияи давраи узв муайян карда шуд. Протсессеи патологӣ, маъмулан, дар мавзеи чуқурии зери чигар маҳдуд шуд. Танҳо дар 2 (4,9%) беморон перитонити паҳнфататашхис карда шуд. ХБ-и генезаш рағӣ дар беморони синну соли калон ва пиронсол бемориҳои ҳамроҳшудаи системаи дилу рағҳо бо типҳои эмболия ва тромбози шараёни талхадон, ҳамчунин дар занҳои синну соли 35-45 сол бо системаи лабилии асаб бо гемодинамикаи ноустувор, ки дар онҳо тағйиротҳои патологияи талхадон дар натиҷаи ангиоспазма (ҳангоми таҳқиқоти гистологияи патологияи рағҳои талхадон муайян карда нашуд) пайдо шудаанд.

Дар 10 (24,4%)-и беморон омили асосии этиологияи инкишофи ХБ панкреатит буд. Омили осебрасон воридшавии ретроградии ферментҳои гадури зеримеъда, спазма ва протсессеи илтиҳобӣ дар мавзеи пистонаки калони рӯдаи 12-ангушта буданд.

ХБ-и ферментӣ ҳангоми дуоденостаз ( $n = 5$ ; 12,2%) ва решмарачи маъдаву рӯдаи 12-ангушта ( $n = 18$ ; 43,9%) буд, ки дар ин маврид яке аз звеноҳои асосии протсессеи илтиҳобӣ дар талхадон, ифрозоти рӯдаҳо, микроорганизмҳо, ҳамчун "рефлюкс-холесистит" баррасӣ шуданд.

Дар 8 бемор, асосан пас аз резексияи меъда ва ваготомияи бунёдӣ оид ба решмарач, ХБ-и посттравматикӣ ташхис карда шуд. Ҳангоми ҷарроҳӣ дар онҳо калоншавӣ талхадони атоникӣ дар натиҷаи бурида гузаштани танаи асаби гумнаи ё шохаҳои он ба назар расид.

Дар ташхиси ХБ-и музмин халеграфияи пероралӣ ва дохиливаридӣ, таҳқиқоти ултрасадоӣ, холисистохолангиографияи эндоскопии ретроградӣ, дуоденография, ҳамчунин таҳқиқотҳои эндоскопии ретроградии



роҳҳои талхадон истифода карда мешаванд.

Дар бештари мушоҳидаҳо ХБ-и музмин хангоми решмарачи меъда ва рӯдаи 12 ангушта, гастродуоденит (n - 18; 43,9%) дуоденостаз (n - 5; 12,2%) ва ғ. Дуюмӣ буд. Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ шадидан калон шудаи талхадони атоникӣ муайян карда шуд, ки ба протсесси илтисоқӣ дар чуқурии зери ҷигар ҷалб шудаанд. Агар хангоми ҷарроҳӣ дар узвҳои дигари ковокии шикам чунин талхадонро донданд ё танҳо холесистэктомия бе бартараф кардани дуоденостаз, патологияи меъда, ҷигар, роҳҳои талхадон, натиҷаҳои дури табобати ҷарроҳӣ ғайри қаноатбахш буд.

ХБ- хангоми аномалияи узвҳои минтақаи гепатопанкреатодуоденалӣ (n - 2; 4,9%), бемориҳои аллергӣ (n - 2; 4,9%) камтар дида

шуд. Дар 2 (4,9%)-и беморон холесистоз (гиперплазия ва пролифератсияи унсурҳои дури девораи талхадон) муайян карда шуданд.

Пас аз ҷарроҳии ХБ-и шадид 2 (4,9%) беморон фавтиданд, дар ХБ-и музмин ҳодатҳои марговар дида нашуд.

Хулоса

1. Беморони гирифтори ХБ-и шадид дар муҳлати баъди 24-34 соати пас аз сар шудани беморӣ нишондод доранд.

2. ХБ-и музмин дар дар бештари муоинаҳо бемории дуюмӣ аст. Таҳқиқоти ҷиддӣ ва ҳаматарафаи беморон то ва баъди ҷарроҳӣ бо ислоҳи патологияи талхадон, дигар узвҳои дастгоҳи ҳозима боиси сӯхат шудани беморин мегарданд. Натиҷаҳои дури натиҷаҳои табобат хуб аст.

### АДАБИЁТ

1. Гришин И.Б. Холецистэктомия/ Москва, 1882-280с.
2. Вышневецкое В.Ф. Острый холецистит. Москва / 2001- стр 109
3. Кохер Н.И. Острый безкаменный холецистит/ 2000. 382с
4. Кузин. Хирургические болезни. 2007 Москва 1077ст.

### МАВҚЕИ ДОРУИ ТИОГАММА ҲАНГОМИ ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ СИНДРОМИ ДИАБЕТӢ-НЕВРОПАТӢ

**А.А. Абдурасулов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, Р.Д. Чамилов.**

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 (мудири кафедра н.и.т. Набиев М.Х)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни СиноМД "Маркази тиббии шаҳрии №1 ба номи. Аҳмед Каримови ш.ш. Душанбе"

*Абдурасулов А.А. - ассистентика федрои ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: 919 00 63 39*

*Зокиров Р.А. - н.и.т. дотсентика федрои ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел: 915 54 04 33*

*Абдурозиков А.А. - ассистенти кафедрои ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 985 88 22 33*

*Джамилов Р.Д. - н.и.т. ассистенти кафедрои ҷарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел: +992 935 23 74 77*

Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои табобати беморони гирифтори оризаҳои некрозии ДҚ оварда шудааст, ки дар онҳо на танҳо системаи хунгардиш ва трофикаи асабӣ осеб дидаанд, балки системаи имунии организм низ иллатнок шудааст. Истифодаи тиогам-

ма дар беморони мо ба беҳтаршавии трофикаи асабӣ ва регенератсияи ҷароҳат пас аз давраи ҷарроҳӣ мусоидат намуда.

**Калимаҳои калидӣ:** тиогамма, гликемия, протсес, невропатия, иммуномодуляторҳо, антикоагулянтҳо, антиагрегантҳо, СДН.



## МЕСТО ПРЕПАРАТА ТИОГАММЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ

А.А. Абдурасулов, Р.А. Зокиров, А.А. Абдурозиков, Р.Д. Джемилев  
Кафедра общей хирургии № 2 (заведующий кафедрой - к.м.н. Набиев М.Х)  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Абдурасулов А.А. - ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: 919 00 63 39*

*Зокиров Р.А. - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, тел.: 915 54 04 33*

*Абдурозиков А.А. - ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: +992 985 88 22 33*

*Джемилев Р.Д. - к.м.н. ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: +992 935 23 74 77*

В данной работе приведены результаты лечения больных с гнойно некротическими осложнениями СД, у которых не только страдает система кровообращения и нервной трофики, но и иммунная система организма. Применения тиогаммы нашим

больным привело к улучшению нервной трофики и улучшению регенерации ран в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** тиогамма, гликемия, процесс, невропатия, иммуномодуляторы, антикоагулянты, антиагреганты, СДС.

## THE PLACE OF THIOGAMMA PREPARATION ON TREATMENT AND PREVENTION OF DIABETIC NEUROPATHY SYNDROME

А.А. Abdurasulov, R.A. Zokirov, A.A. Abdurozikov, R.D. Jemilev  
Department of general surgery № 2 (head of the department - c.m.s., Nabiev M. Kh) of  
Avicenna TSMU

*Abdurasulov A.A. - assistant of the department of general surgery № 2 Avicenna TSMU, ph.: 919 00 63 39*

*Zakirov R.A. - c.m.s., associate professor of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, E-mail: Zokirov.Rahmatullo.@mail.ru, ph.: 915 54 04 33*

*Abdurozikov A.A. - assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 985 88 22 33*

*Jemilev R.D. - c.m.s. assistant of the department of general surgery № 2 of Avicenna TSMU, ph.: 992 935 23 74 77*

The results of patients' treatment with purulent necrotic complications of diabetes who are suffered not only of the circulatory system and a nervous trophism, but also the immune system of an organism are given in this work. Application of thiogamma by our patients

brought to improvement of a nervous trophism and improvement of regeneration of wounds in the postoperative period.

**Keywords:** thiogamma, glycemia, process, neuropathy, immunomodulators, anticoagulants, antiagregant, SDS.

**Мухиммият.** Диабети қанд мушкилоти тиббиву ичтимони тақрибан тамоми мамлакатҳои дунё ба ҳисоб меравад, ки Ҷумҳурии Тоҷикистон низ аз ин гурӯҳ истисно нест

ва аз ҷавон шудани беморшавӣ ва харочотҳои ниҳоят бузурги молиявӣ иқтисодии давлат барои табобати ин гурӯҳи беморон сарф мекунад, инро таъкид месозад. Ҳар як



бемори дуҷуми гирифтори диabetи қанд осебҳои гуногуни системаи периферии асаб ва ба табобати чарроҳӣ зарурат доранд. СДС бо вайроншавиҳои гузаронандагии рағҳои андомҳои поёни ва осеби системаи периферии асаб, махсусан қисмҳои анатомии он, ки ба осебҳои фалодӣ-некротикӣ ва пайвастшавии микроорганизмҳои гуногун ва бастааст, ки бештари мавридҳо ба ампутатсияи баланд оварда мерасонад ва басомади олии фавтият дорад.

Нейропатияи диabetӣ дар 60-70%-и беморони гирифтори диabetи қанд дида мешавад. Сабабҳои асосии пайдошавии он барзиёд ҳосил шудани радикалҳои озод мебошад, кам шудани синтези NO омили иловагӣ ба ҳисоб меравад, ки ташаккули нейропатияро метезонад. Шартҳои асосии паст кардани суръати инкишофи нейропатия ин ба даст овардани нормо-гликемия бо истифодаи ҳатмии табобати антиоксидентӣ ба ҳисоб меравад. Дар ин самт, мувофиқи маълумоти як қатор муҳаққиқон Алфа кислотаи липоевӣ-Тиогамма доираи васеи истифодаро соҳиб шудааст.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокӣи препарати антиоксидантии Тиогамма дар табобати комплекси шакли нейропатии синдроми диabetи попанча мақсади асосии пажӯҳиш мебошад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоинаи мо дар шуъбаи эндокренӣ-чарроҳии МТШ 220 бемори шаклҳои нейропатии диabetи попанча (СДС) қарор доштанд. Синну соли беморон аз 18 то 80 сол буд. Бо диabetи қанди типии 1 14 бемор (6,4%), типии 2- 206 (93,6%)-ро ташкил дод. Давомнокии беморӣ аз лаҳзаи гузоштани ташхис аз 1 то 30 сол буд. Дар байни онҳо мардҳо 120 (54%), занҳо (45, 46%) буданд. Аз рӯи марҳалаи нейропатия беморонро гурӯҳбандӣ (тибқи таснифи BowkerJ. 2001) кардем.

Бо марҳалаи 0, яъне набудани нейропатия - нест

Бо марҳалаи 1, нейропатияи бесимптом - 52 (23,6%).

Бо марҳалаи 2, нейропатияи симптомӣ - 93(42,3%).

Бо марҳалаи 3, возеҳ (нейропатияи оризадор) - 75 (34,1%).

Тавре ки дида мешавад, контингенти асосии беморон (76,4%)-ро беморони дорои нейропатияи вазнин ташкил доданд. ААА 555.

Бо мақсади ташхиси нейропатия ҳассосияти тактиль, дардӣ ва ҳароратӣ бо ёрии дастгоҳи Комертон, сӯзанхалӣ ва асбоби ҳарораташ гуногун омӯхта шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи якум - гурӯҳи асосӣ 120 бемор дохил шуда буд, дар онҳо дар баробари табобати маъмулии комплексӣ барои табобат аз доруи Тиогамма низ истифода шуд. Дар гурӯҳи дуюм- гурӯҳи назоратӣ (100 бемор), дар баробари табобати маъмулии консервативӣ аз доруи Тиогамма истифода нашуд. Тактикаи табобати беморон вобаста аз марҳалаи диabetи попанча ва нейропатия муайян карда мешавад. Вобаста аз ин, табобати комплекси попанчаи диabetӣ бо варид сохтани схемаи табобати комплекси дар маркази мо таҳияшуда талаб карда карда мешавад, ки аз инҳо иборат аст: ислоҳи гипергликемия бо истифода аз инсулини таъсираш кӯтоҳ (типи Актронид дар дозаҳои муносиб бо дар назардошти парҳезшифой, табобати антибактериалӣ бо таъйин кардани антибиотикҳои таъсирашон васеи насли 1-2).

Ҷузъи ҳатмии табобат таъйин кардани инҳо ба ҳисоб меравад: спазмолитикҳо, доруҳои бедардкунанда, антиагрегант, иммуномодуляторҳо, аз рӯи нишондод антикоагулянтҳо ва табобати дезинтоксикатсионӣ. Ин схема дар 100 бемори гурӯҳи назоратӣ истифода карда шуд. Дар 120 бемори гурӯҳи асосӣ дар табобати комплексӣ ба таври иловагӣ истифодаи доруи Тиогамма (алфакислотаи липоевӣ) бо дозаи 600мг ба дарун 1 маротиба дар як шабонарӯз то 3 ҳафта ва баъдан таъйин кардани шакли таблетии Тиогамма ба муҳлати то 3 моҳ сурат гирифт, ки мувофиқи маълумотҳои охириро воситаи самаранок ҳангоми чунин осебҳо ба ҳисоб меравад.

Мувофиқи маълумотҳои мо, пас аз истифодаи Тиогамма, бо дар назардошти паст шудани ҳассосият дар мавзеи буғуми баъди



анҷом ёфтани курси табобат нишондиҳандаҳои ҳассосияти вибраторсионӣ ба ҳисоби миёна то  $1,5 \pm$  балл дар муқоиса бо беморони гуруҳи назоратӣ зиёд шудаанд.

Ҳангоми муайян кардани ҳассосият то аксуламали суст дар марҳалаи сеюм муайян карда шуд, яъне оризаҳои возеҳ. Ёдовар шудан ба маврид аст, ки муайян кардани ҳассосияти тактилий ва вибраторсионӣ дар навбати аввал ҳолати лифҳои калони миелинишудаи асабҳои инъикос мекунанд.

Мо нисбатан барвақтар қатъ кардани зухуроти нейропатиро ҳангоми истифодаи

Тиогама дар муқоиса аз гуруҳи назоратӣ муқарар кардем, ки дар ин ҷо табобати комплекси попанҷаи диабетӣ бе истифодаи Тиогама ба кор бурда шуд.

Ин нишондиҳандаҳо ба динамикаи ҳолати умумии беморон, сатҳи компенсатсияи гликемия, протсессҳои тозакунии ва шифобахшии протсессҳои фасодӣ-некрозӣ мувофиқат мекунанд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, доруи Тиогама ҳангоми табобати нейропатияи диабетӣ, новобаста аз марҳалаи беморва шакли осеб самаранок аст.

### АДАБИЁТ

1. Дедов И.И. Диабетическая стопа/ И.И. Дедов, О.В. Удовенченко. - Москва, 2005-280с.
2. Wrobel J.S. Geographic variation of lower-extremity major amputation in individualis with and without diabetes in the medicarepopulation/ J. S. Wrobel, J.F. Mayfield// Diabetes Care. 2001. -vol.24.- P/860-864/
3. Калишников М.Ф. Фармако-экономический анализ консервативной тактики лечения больных с синдромом диабетической стопы в Москве/ М.Ф. Калишников Н.В. Максимова, И.И. Дедов // Сахарный диабет 2001. -№3 стр 103-109
4. КоховН.И. Избранные лекции по ангиологии/ И.К. Заварина.- М: наука, 2000. 382с

### ИСТИФОДАИ ПРОТЕЗИ БЕКОМ ДАР ҶОҒИ БОЛО ҲАНГОМИ ПУРРА НАБУДАНИ ДАНДОНҲО

**А.Р.Зарипов, Х.Р.Қувватов, С.К.Сабуров, И.С.Одинаев**

Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудири кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Зарипов Акбар Раҳмонович, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29*

*Қувватов Хидирали Раҷабаливич, номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 904-07-17-71*

*Сабуров Сабури Каримович, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53*

*Одинаев Исмолиддин Сангович, номзади илмҳои тиб, директори Маркази таълимӣ-клиникии "Стоматология" - и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 93-444-42-28*

Дар даҳсолаи охир стоматологияи ортопедӣ дар протезмонӣ ҳангоми пурра набудани дандонҳо муваффақиятҳои калон ба даст овард. Ба он омӯзиши ҳаматарафаи бофтаҳои ҷойи протезии ҷоғҳои бедандон то ва пас аз протезмонӣ, қоркарди усулҳои муоинаи гуногун, гирифтани қолаби мукамал, истифодаи масолахҳои нави қолабгирӣ ва базисӣ, яъне баландша-

вии самаранокии табобати ортопедии ҷоғҳои бедандон мусоидат мекунад. Аммо бояд қайд намуд, ки самаранокии табобати ортопедӣ дар бештар ҳолатҳо дар беморони дорои шароити мусоиди ковокии даҳон ба даст омад, дар шахсони дорои ҷараёни баланди фарсоишӣ, хусусияти патологияи бофтаҳои ҷойи протезӣ, ҳассосияти баланд ҳангоми истифодаи протез



масъалаи самаранокии табобат ҳалли худро пурра наёфтааст. Аз ин рӯ, табобати ортопедии чунин шахсон то ҳол проблемаи мубрам буда, диққати бисёр тадқиқот-

чиён ва стоматолог-ортопедҳоро ба худ ҷалб менамояд.

**Калимаҳои калидӣ:** чоғи бедандон, протези беком, фарсоиш, чойи протезӣ

## ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗНЕБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

**А.Р.Зарипов, Х.Р.Кувватов, С.К.Сабуров, И.С.Одинаев**

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. кафедрой к.м.н., доцент Зарипов А.Р.) ТГМУ им.Абуали ибни Сино

**Зарипов Акбар Раҳмонович**, кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

**Кувватов Хидирали Раджабалиевич**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 904-07-17-71

**Сабуров Сабул Каримович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53

**Одинаев Ислоmiddin Сангович**, кандидат медицинских наук, директор учебно-клинического центра "Стоматология" ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел. 93-444-42-28

В последние десятилетия ортопедическая стоматология добилась больших успехов в протезировании больных с полным отсутствием зубов. Этому способствовали разностороннее изучение тканей протезного ложа беззубых челюстей до и после протезирования, разработка различных методов обследования, получение полноценных слепков, применение новых слепочных и базисных материалов, а значит, и повышение эффективности ортопедического лечения этой категории лиц. Однако, следует отметить, что эффективность ортопедического лечения в большин-

стве своем достигалась у больных с благоприятными условиями в полости рта, но у лиц с резкими атрофическими процессами, патологическими особенностями тканей протезного ложа, повышенной чувствительностью к пользованию пластичными протезами вопрос эффективности полностью еще не решен. Вот почему ортопедическое лечение у такой категории больных все еще продолжает оставаться актуальной проблемой и привлекает многих исследователей и врачей ортопедов.

**Ключевые слова:** беззубые челюсти, безнёбный протез, атрофия, протезное ложе

## APPLICATION OF NONPALATINE PROSTHESES IN THE UPPER JAW IN COMPLETE ABSENCE OF TEETH.

**A.R.Zaripov, Kh.R.Kuvvatov, S.K.Saburov, I.S.Oдинаev**

Department of Orthopedic Dentistry (Head of the department, associate Professor Zaripov A.R.) Avicenna TSMU

**Zaripov Akbar Rahmonovich**, c.m.s., associate Professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna TSMU, Zaripov.Dovud.98@bk.ru ph. 93-803-63-29

**Kuvvatov Khidirali Rajabaliyevich**, c.m.s., Assistant of prosthetic dentistry department of Avicenna TSMU, ph. 904-07-17-71

**Saburov Sabur Karimovich**, c.m.s., associate Professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna TSMU, ph. 985-61-53-53

**Oдинаev Islomiddin Sangovich**, c.m.s., Director of training - clinical center "Stomatology" of Avicenna TSMU, ph. 93-444-42-28





In recent decades, prosthetic dentistry has achieved great successes in prosthetics of patients with complete absence of teeth. This was facilitated by a multifaceted study of the tissues of the prosthetic bed of the edentulous jaws before and after prosthetics, the development of various methods of examination, obtaining full-fledged impressions, the use of new impression and base materials, and hence an increase in the effectiveness of orthopedic treatment of this category of persons. However, it should be noted that the effectiveness of orthopedic

treatment in its majority was achieved in patients with favorable conditions in the oral cavity, but those with sharp atrophic processes, the pathological features of the tissues of prosthetic bed, a heightened sensitivity to the use of plastic prostheses the question of efficiency has not been fully settled. That is why orthopedic treatment in this category of patients still continues to be a pressing problem and attracts many researchers and orthopedic surgeons.

**Keywords:** toothless jaws, non-palatine prosthesis, atrophy, prosthetic bed

**Мухимият.** Дар даҳсолаи охир стоматологияи ортопедӣ дар протезмонӣ ҳангоми пурра набудани дандонҳо муваффақиятҳои калон ба даст овард. Ба он омӯзиши ҳаматарафаи бофтаҳои қойи протезии қоғҳои бедандон то ва пас аз протезмонӣ, коркарди усулҳои муоинаи гуногун, гирифтани қолаби мукамал, истифодаи масолеҳҳои нави қолабгирӣ ва базисӣ, яъне баландшавии самаранокии табобати ортопедии қоғҳои бедандон мусоидат мекунад (2,3). Аммо бояд қайд намуд, ки самаранокии табобати ортопедӣ дар бештар ҳолатҳо дар беморони дорои шароити мусоиди ковокии даҳон ба даст омад, дар шахсони дорои чараёни баланди фарсоишӣ, хусусияти патологияи бофтаҳои қойи протезӣ, ҳассосияти баланд ҳангоми истифодаи протез масъалаи самаранокии табобат ҳалли худро пурра наёфта аст (1,4). Аз ин рӯ, табобати ортопедии чунин шахсон то ҳол проблеммаи мубрам буда, диққати бисёр тадқиқотчиён ва стоматолог-ортопедҳоро ба худ ҷалб менамояд. Як қатор муаллифон чунин меҳисобанд, ки дар ҳолати мавҷудияти шароити хуб, низ яке аз камбудии асосӣ ҳангоми табобати ортопедии беморон бо қоғи болои бе дандон пурра пӯшида шудани коми саҳт бо базисипротез мебошад ва он боиси пастшавии ҳисси ҳарорати хӯрок, аксуламал ба ҷисми бегона гашта, баъзан боиси рефлекси қайқунӣ ва пастшавии дарки таъми хӯрок мегардад (1,3).

Барои баргарафсозии зухуротҳои мазкур дар қоғи боло тайёркунии протез бо

базиси хурдшуда (протези беком) тавсия шуд. Якчанд муаллифон қайд намудаанд, ки устувории чунин протезҳо ҳангоми функция танҳо дар ҳолати дорои шароити хуб будани қоғи протезӣ таъмин мегардад (7,8). Дар қоғи боло майдони базис нисбати қоғипоён, ҷунқоида, доимо зиёд аст, дар натиҷа бофтаҳои қойи протезии қоғи поён зери фишори зиёд қарор мегиранд ва пас аз гузштани протез зуд-зуд ислоҳкунии он зарур аст (1,4).

Барои беҳбудӣ ва тақсимои дурусти фишор дар қоғи поён қолаби тафриқашуда пешниҳод шуд, ки боиси беҳтаршавии самаранокии табобати ортопедии беморон гардид. Барои пастшавии фишори хоиш ба пардаи луобии қоғи поён, чи тавре, ки тадқиқотҳо нишон доданд, дар қоғи боло тайёркунии протез бо базиси хурдшуда мувофиқи мақсад мебошад (5,6). Дар адабиёти дастрас масъалаҳои мазкур тасвири васеъ наёфта аст. Нишондоди тайёркунии протезро бо асоси хурдшуда дар қоғи болои якчанд гурӯҳ беморон коркард намуда, дар назди мо вазифаи ҳалли масъалаи оиди беҳтарсозии устувори ичунин протезҳо ҳангоми функция меистад (4).

**Мақсади тадқиқот.** Беҳтаршавии самаранокии табобати ортопедии беморон бо қоғи болои бедандон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Барои иҷроиши вазифаҳои гузашташуда дар клиникаи кафедраи стоматологияи ортопедии Маркази таълимӣ-клиникии "Стоматология"-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино 150 на-



фар беморон муоина ва 100 нафар барои табобат қабул карда шуд, ки синнашон аз 52 то 75 сола буда, аз онҳо 63 нафар занҳо ва 37 нафар мард буд. Беморонро мувофиқи аломатҳои анатомияю топографии ҷойи протезӣ ба 5 гурӯҳ ҷудо намудем. Ба гурӯҳи якум 25 бемор бо фарсоиши дараҷаи 1 ва 2 ҷоғи болои бедандон ва дараҷаи 3-4 фарсоиши ҷоғи поёни бедандон дохил шуданд. Ба гурӯҳи дуюм 17 нафар бемор бо ҳассосияти баланди дард ва дараҷаи гуногуни фарсоиш, ба гурӯҳи сеюм бошад 18 нафар бемор бо рефлекси баланди қайқунӣ ва фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи поён дохил шуданд. Гурӯҳи чорумро 12 нафар бемор бо торуси баръало ва фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи болои бедандон ва фарсоиши дараҷаи гуногуни ҷоғи поён ташкил доданд. Ба гурӯҳи панҷум 8 нафар бемор бо афзоиши папилломатозӣ дар коми сахт ҳангоми фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи боло ва фарсоиши дараҷаҳои гуногуни ҷоғи поён дохил шуданд.

Гурӯҳи назоратиро 20 нафар ташкил доданд, ки аз рӯи хусусиятҳои анатомияю топографӣ ба беморони гурӯҳҳои якум ва дуюм мувофиқ буданд ва барои онҳо дар ҷоғи боло протези гирифташавандаи пурра бо сарҳадҳои муқаррарӣ тайёр карда шуд. Объекти тадқиқот беморони дар ҷоғи боло ҳангоми пурра набудани дандонҳо бо фарсоиши дараҷаи якум ва дуюми тегаи шоҳаи алвеолярӣ протези асосаш хурдшуда истифодабаранда ва беморони дар ҷоғи поён ҳангоми фарсоиши дараҷаи 1-4 протези пурраи гирифташаванда бо сарҳадҳои муқаррарӣ истифодабаранда буданд. Ҳангоми таҳқиқот дараҷаи ёзандагӣ ва ҳассосияти дардии пардаи луобии даҳон муайян карда шуд. Дар беморони гурӯҳи якум (25 нафар), инчунин беморони дуюм гурӯҳ (17 нафар) ва бемороне, ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд тобоварии пардаи луобии ҷойи протезӣ муайян карда шуд. Зичшавии сарпӯши дисталии (клапани дисталӣ) протезро мо ба ду усул ба даст овардем. Усули кандакорӣ чуқурҷаҳо дар намунаҳои гачии ҷоғҳо ва тарбандии (компрессия) бофтаҳои нарм дар канори дисталӣ ҳангоми гирифтани қолаби функционалӣ. Лекин, дар ҳама

ҳолатҳо дараҷаи ёзандагии пардаи луобии ковокии даҳон ба инобат гирифта шуд.

Дар ҳолати якум қолаби функционалӣ аз ҷоғи боло бо қошуки инфиродӣ аз гачи суяк ва репин гирифта шуд. Баъд дар намунаи кори гачии ҷоғ сарҳади камшавии базисипро тезро дар маҳали коми сахт ва нишонаҳои нуқтаҳои муайянкунии ёзандагии пардаи луобии ковокии даҳонро қайд намудем. Бо ёрии асбоби махсус чуқурҷаҳо ба дарозии сарҳади қайдшуда тартиб дода шуд, ки чуқурии он аз 50%-и дараҷаи ёзандагии пардаи луобӣ дар ин ё он маҳали коми сахт зиёд нест. Дар ҳолати дуюм дар намунаи гачии пешакӣ аз қолаби анатомӣ омодагашта қошуқҳои инфиродии дурушт (аз пластмасса) тайёр карда шуд, ки мувофиқи сарҳади қайдшудаи протези оянда кӯтоҳ карда шуд. Пеш аз гирифтани қолаби корӣ аз ҷоғи боло ба дарозии сарҳади дисталӣ аз самти дохилӣ лавҳаи мумиё ортокори пахшиаш аз 4 то 5мм., ғафсиаш бошад на бештар аз нисфи андозаи дараҷаи ёзандагӣ бо равиши сарҳади дисталӣ часпонида шуд. Қолаб аз масолеҳҳои гуногуни қолабгирӣ - гачи моеъ, репингирифта шуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он.** Натиҷаҳо нишон доданд, ки ҳарду усули тайёркунии протезҳо бо базиси хурдшуда тақрибан фоизи якхелаи аъло, хуб ва қаноатбахшдоранд. Як ҳафта пас аз гузоштани протезҳо фарқияти қатъӣ ба қайд гирифта нашуд ва тобоварии пардаи луобии ҷойи протезӣ ҳам ҳангоми истифодаи протез бо сарҳади муқаррарӣ, инчунин ҳангоми протезҳои базисашон хурдшуда дар ҷоғи боло якхела буд. Лекин, пас аз як моҳ фарқияти кам, пас аз 3 моҳи истифодаи протезҳо бошад, фарқияти дақиқ дар дараҷаи тобоварии пардаи луобии ҷойи протезӣ ҳангоми истифодаи протезҳо бо базиси хурдшуда ба қайд гирифта шуд.

Аз далелҳои дар боло қайдшуда бармеояд, ки камшавии майдони базиси протези ҷоғи боло дар зиёдшавии тобоварии пардаи луобии шоҳаи алвеолярӣ ҷоғи поёни бедандон таъсири мусоид мерасонад, ки дар навбати худ мутобиқшавии беморро ба протез тезонида, боиси баланд-



шавии самаранокии табобати ортопедӣ мегардад.

Бо мақсади муқоисаи майдони ҷойи протезии ҷоғҳои бедандон ҳангоми дараҷаҳои гуногуни фарсоиш дар 30 нафар патсиентҳои гурӯҳи яқум ва дуҷум ченкунии майдони ҷойи протезӣ гузаронида шуд. Таҳлили далелҳои бадастомада имкон дод, ки ҳулоса барорем, ки бо меъёри тезшавии фарсоиши шохай алвеолярии ҷоғи поён фарқият байни майдони ҷойи протезии ҷоғи боло аз 28,93 см. дар квадрат то 50,6 см. ҳангоми фарсоиши дараҷаи 5 зиёд мешавад. Кӯтоҳ

будани сарҳади протез дар ҷоғи болои бедандон ҳангоми дараҷаи бештари фарсоиши ҷоғи поён имкони хеле камшавии сарҳади мазкурро (то 29,58 см) медахад.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, ҳангоми табобати беморон бо пурра набудани дандонҳо дар ҳарду ҷоғ, бояд андозаи майдони базиси протезҳо бо ҳам ниҳоят наздик бошанд. Чунин рафтор имкони баробар шудани сарбориро ба бофтаҳои ҷойи протезӣ таъмин намуда, манбаъҳои душворбартарафшавандаи ғизлати фишорро зерин базиси протез дар ҷоғи поён пешгирӣ мекунад.

### АДАБИЁТ

1. Калинина Н.В. Протезирование при полной потере зубов /Н.В. Калинина, В.А. Загорский. М.: Медицина, 1990. - 223 с.
2. Беньковская С.Г. Сравнительная характеристика жевательной эффективности полных съемных протезов с фарфоровыми и пластмассовыми зубами /С.Г. Беньковская, Э.А. Материна, О.В. Материна // Стоматология. -1991.-№6.-С.68-69.
3. Моргачев А.В. Оптимизация ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубного ряда: Автореф. дис. канд. мед. наук./А.В. Моргачев. М., 1996, -21 с.
4. Трезубов В.Н. "Ортопедическая стоматология" / В.Н. Трезубов // СПб., СпецЛит. - 2001. -480 с.
5. Лебедева И.Ю. "Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии". / И.Ю. Лебедева. // М. - 2007. -512 с.
6. Абулмасов М.Г. "Ортопедическая стоматология". / М.Г. Абулмасов. // М. - 2013. -563 с.
7. Аратюнина С.Д. "Ошибки на этапах изготовления полных съемных протезов". / С.Д. Аратюнина // Практическая стоматология. -М. - 2014. -36 с.
8. Грачев Д.И. Новая технология реставрации съемных пластиночных зубных протезов после поломки: учебное пособие. Артикул: 108335. ISBN: 978-5-98811-445-1 Год издания: 2017. Страниц: 56

### ИСТИФОДАИ НЕФРОЛИТОТОМИЯ ПЕРКУТАНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ НЕФРОЛИТИАЗИ ГУРДАИ ЯГОНАИ ФАЪОЛИЯТКУНАНДА

А.А. Нусратов<sup>1,2</sup>, Ҷ.А. Шамсиев<sup>1</sup>, А.А. Абдувоҳидов<sup>1,2</sup>, Б.Н. Усмонов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи урология (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Ҷ.А. Шамсиев)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино<sup>2</sup> Бемористони "Ибни Сино"

*Нусратов Абдурахим Абдуҳамидович, докторант PhD-и кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: nusratov\_a.a@mail.ru, тел: 901-07-00-07*

*Шамсиев Ҷамолдин Амриевич, мудирӣ кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: prof-shamsiev@mail.ru, тел: 918-16-10-54*

*Абдувоҳидов Абдусамод Абдуқаҳҳорович, ассистенти кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: adams85@mail.ru, тел: 93-777-77-02*

*Усмонов Бахтиёр Нуриллоевич, докторант PhD-и кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, @mail: medical-aid@mail.ru, тел: 93-848-06-25*



**Муҳиммият.** Айни замон нефролитотрипсиаи перкутанӣ (НЛП) барои беморони гирифтори санги калон (зиёда аз 2,0 см) ва сершумори гурда усули асосии муолиҷаи ҷарроҳӣ ба шумор меравад. Бо вучуди камолоиш будани амалиёт, ба он оризаҳои зиёде хос аст, ки дар мавриди 10,5-15,2% ба назар мерасад. Хатарноктарини онҳо осеби узвҳои ҳамшафат, хунравӣ ва шиддат гирифтани пиелонефрити музмин (ПМ) ба шумор меравад. Хунрави аз рағҳои гурда, ки дар мавриди 7,8-10,8% беморон мушоҳида мегардад, ки хеле ҷиддӣ буда, гоҳо оризаи марговари НЛП ба ҳисоб меравад. Дар ҳолати хунравии зиёди идомаёбанда ва бенатиҷа будани табобати консервативи, гузаронидани люмботомия бо санчиши гур-

даҳо ва гоҳо нефрэктомия ё ба эмболизатсияи суперселективӣ рӯ овардан зарур мешавад. Аз ин рӯ хатари инкишофи хунравӣ ва дигар оризаҳо барои аксари урологҳо ба истифодаи фаъолонаи НЛП дар мавриди бемороне, ки як гурда доранд онҳам сангдоранд, омили боздоранда ба шумор меравад. Онҳо бештар натиҷаи НЛП-ро дар мавриди гурӯҳи хурди беморони гирифтори санг дар гурдаи ягона меоранд, ки ин ҳолат бо дучоршавии ками бемории мазкур алоқамандӣ дорад. Дар адабиёти ватанӣ интишороти ягона дар бораи натиҷаҳои НЛП зимни бемороне, ки як гурда доранд, ба назар мерасад.

**Калимаҳои калидӣ:** нефролитотомияи перкутани, уролитиаз, гурдаи ягона

## ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛИТИАЗ У БОЛЬНЫХ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ

*Нусратов Абдурахим Абдухамидович, докторант PhD кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: nusratov\_a.a@mail.ru, тел: 901-07-00-07*

*Шамсиев Джамолдин Амриевич, зав. кафедрой урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: prof-shamsiev@mail.ru тел: 918-16-10-54*

*Абдувоҳидов Абдусамод Абдукаххорович, ассистент кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: adams85@mail.ru, тел: 93-777-77-02*

*Усмонов Бахтиёр Нуриллоевич, докторант PhD кафедры урологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, @mail: medical-aid@mail.ru, тел: 93-848-06-25*

Актуальность. В настоящее время перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ) остается основным методом хирургического лечения больных с крупными (больше 2,0 см), множественными и коралловидными камнями почек. Для данной операции, несмотря на ее малоинвазивность, характерны различные осложнения, наблюдаемые в 10,6-15,2% случаев. Наиболее опасными из них являются травмы соседних органов, кровотечения и обострение хронического пиелонефрита (ХП). Кровотечение из почечных сосудов, наблюдаемое у 7,8-10,8% больных, является серьезным, а, порой, фатальным осложнением ПНЛ. При продолжающемся мас-

сивном кровотечении и неэффективности консервативной терапии приходится выполнять люмботомию с ревизией почки, а иногда и нефрэктомия, или прибегать к суперселективной эмболизации. Поэтому угроза развития кровотечения и других осложнений является сдерживающим фактором для многих урологов к активному использованию ПНЛ у больных с камнями единственной почки. В зарубежной литературе имеются сообщения нескольких авторов о перкутанном удалении камней единственной почки. Они, в основном, приводят результаты ПНЛ у небольшой группы пациентов с камнями единственной почки, что



связано с низкой встречаемостью этого заболевания.

Ключевые слова: перкутанная нефролитотрипсия, уролитиаз, единственная почка

## PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY IN TREATMENT OF UROLITHIASIS IN PATIENTS WITH SOLITARY KIDNEY

A.A. Nusratov<sup>1,2</sup>, J.A. Shamsiev<sup>1</sup>, A.A. Abduvokhidov<sup>1,2</sup>, B.N. Usmonov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Urology (head of the chair d.m.s., professor J.A. Shamsiev) of Avicenna TSMU <sup>2</sup>International Clinic "Ibni Sino"

*Nusratov Abdurahim Abduhamidovich, PhD of urology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail:nusratov\_a.a@mail.ru, ph: 901-07-00-07*

*Shamsiev Jamoliddin Amrievich, head of urology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail:prof-shamsiev@mail.ru ph:918-16-10-54*

*Abduvokhidov Abdusamad Abdulkahhorovich, assistant of urology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail:adams85@mail.ru, ph: 93-777-77-02*

*Usmonov Bakhtiyor Nurilloevich, PhD of urology department of Avicenna Tajik state medical university, @mail: medical-aid@mail.ru, ph: 93-848-06-25*

**Actuality.** Currently, percutaneous nephrolithotripsy remains the main method of surgical treatment of patients with kidney stones. This operation, despite its minimally invasive, is characterized by various complications, observed in 10.6-15.2% of cases. The most dangerous of them are injuries of neighboring organs, bleeding and exacerbation of chronic pyelonephritis.

**Materials and Methods:** During 2017 and 2019 years we investigated the results of treatment of 64 patients with nephrolithiasis. Routine Laboratory tests and excretory urography were performed in all patients. Results: The mean age was  $50,8 \pm 14,6$  years (16 to 74 years). 35 patients were male and 29 were female. The patients were divided into two groups. In first group including 16 men and 12 women. In second group 19 men and 17 women. All patients were underwent PNL: The mean operation time in the I group was  $65 \pm 12,3$  minutes, in the second group was

$58 \pm 10,2$ . One of the important criteria for evaluating the effectiveness of PNL was the presence or absence of residual stones. Like other authors, we considered residual stones with a diameter of more than 5mm residual after lithotripsy. In the first group residual stones were detected in 3 (10.7%) patients, in control group in 5 (13.8%) patients. The complete stone free rate in the first group was 83.9%, in the second group was 86.2%. Mortality and pneumothorax did not occur in these cases. We need Reoperation (Re-PNL) in one patient because of residual stones in the first group and in control group in three patients.

**Conclusion.** Percutaneous nephrolithotripsy is feasible, effective and safe option for nephrolithiasis in patients with single kidney, however, needs more attention to prevent even minimal complication.

**Keywords:** urolithiasis, percutaneous nephrolithotripsy (PNL), solitary kidney.

**Муҳимият.** Айни замон нефролитотрипсияи перкутанӣ (НЛП) барои беморони гирифтори санги калон (зиёда аз 2,0 см) ва сершумори гурда усули асосии муолиҷаи ҷарроҳӣ ба шумор меравад [1-5]. Бо вучуди камолоиш будани амалиёт, ба он оризаҳои зиёде хос аст, ки дар мавриди 10,5-15,2% ба назар мерасад [6-10]. Хатарноктарини онҳо осеби узвҳои ҳамшафат, хунравӣ ва шиддат

гирифтани пиелонефрити музмин (ПМ) ба шумор меравад. Хунрави аз рағҳои гурда, ки дар мавриди 7,8-10,8% беморон мушоҳида мегардад, ки хеле ҷиддӣ буда, гоҳо оризаи марговари НЛП ба ҳисоб меравад [6, 8, 11]. Дар ҳолати хунравии зиёди идомаёбанда ва бенатича будани таботати консервативи, гузаронидани люмботомия бо санҷиши гурдаҳо ва гоҳо нефрэктомия ё ба эм-



болизатсияи суперселективӣ рӯ овардан зарур мешавад [7, 10]. Аз ин рӯ хатари инкишофи хунравӣ ва дигар оризаҳо барои аксари урологҳо ба истифодаи фаъолонаи НЛП дар мавриди бемороне, ки як гурда доранду онҳам санг дорад, омили боздоранда ба шумор меравад [12 - 15]. Онҳо бештар натиҷаи НЛП-ро дар мавриди гурӯҳи хурди беморони гирифтори санг дар гурдаи ягона меоранд, ки ин ҳолат бо дучоршавии ками бемории мазкур алоқамандӣ дорад. Тибқи маълумоти ҚБУ аз 5803 бемор, ки дар мавриди онҳо НЛП ба кор бурда шудааст, танҳо дар 189 (3,3%) бемор санги дар гурдаи ягона фаъолияткунанда муайян карда шуд [16, 17]. Дар адабиёти ватанӣ интишороти ягона дар бораи натиҷаҳои НЛП зимни бемороне, ки як гурда доранд, ба назар мерасад [18].

**Мақсади тадқиқот.** Арзёбии самаранокии НЛП ҳангоми муолиҷаи беморони нефролитиазе, ки як гурда доранд.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқоти мазкур дар асоси натиҷаи НЛП дар 64 бемори гирифтори нефролитиаз тарҳандозӣ шудааст, ки дар клиникаи байналмилалии "Ибни Сино" дар байни солҳои 2017-2019 ҷарроҳӣ шудаанд. Мардҳо 35 (54,6%) ва занҳо 29 (45,4%) нафарро ташкил медоданд. Синни беморон дар ҳудуди аз 16 то 74 сол ташкил ёфта, ба ҳисоби миёна  $50,8 \pm 14,6$  солро ташкил медод. Беморони гирифтори нефролитиаз ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи аввал-асосӣ 28 (43,8%) бемори як гурда дошта ва дар гурӯҳи дуюм (санчишӣ) бошад, 36 (56,2%) беморе шомил буданд, ки як гурдаашон санг ва гурдаи контралатералии солим доштанд. Мардҳо дар гурӯҳи аввал 16 (57,2%) ва 12 (42,8%) боқимондари занҳо ташкил медоданд. Дар гурӯҳи дуюм бошад, 19 (52,8%) мард ва 17 (47,2%) зан шомил буд. Синни миёнаи беморони гурӯҳи асосӣ  $54,2 \pm 13,6$  ва гурӯҳи санчишӣ бошад,  $48,2 \pm 10,4$  солро ташкил медод.

Зимни гурӯҳи аввал дар 6 (21,4%) пациентҳои гурдаи ягонаи модарзодӣ дошта санг ташхис гардид, дар мавриди 22 (78,6%) бемор бошад, пешакӣ бо сабаби пиелонефрити римдори калкулёзӣ (12) омози гурдаҳо (4)

ва нефросклерози сонавӣ дар заминаи нефролитиаз (6) нефротомия анҷом шуда буд. Беморон вобаста аз шакли нефролитиаз ҷудо карда шуданд, ки натиҷаи он дар ҷадвали I оварда шудааст. Тавре аз ҷадвал аён аст, дар ҳар ду гурӯҳ нишондод барои НЛП санги гурдаҳост: дар гурӯҳи I 47,8% ва дар гурӯҳи II 50,0% бемор. Дар 72,4% беморони гурӯҳи I санг дар ҳавзаки гурда ҷойгир шуда буд. Дар мавриди 17,1% сангҳо марҷонмонанд ва зимни 10,5% бошад, якҷояшавии сангҳои ҳавзак ва ҷоми поёни мушоҳида гардид. Дар гурӯҳи II зимни 19 (52,8%) бемор санги ҳавзак, дар 7 (19,4%) пациент сангҳои марҷонмонанд ва дар 10 (27,8%) ҳодиса санги ҷоми поёниву ҳавзак зоҳир гардид.

Тамоми беморон дар марҳилаи наздиктарини пешазамалиётӣ аз муоинаи зерини урологӣ гузаштанд: таҳлили умумии хуну пешоб, таҳлили биохимиявии хун, ТУС-и гурдаву узвҳои дарунӣ, урографияи обзорӣ ва экскреторӣ, томографияи компютери квокии шикам. Таҳқиқот муайян кардани андоза ва зичии санг, ҳолати функционалии гурдаҳо ва роҳҳои болоии пешобгузарро имконпазир гардонид. Дар ҳолати мавҷуд будани тағйиротҳои илтиҳобӣ дар таҳлили пешоб то амалиёт муолиҷаи зиддибактериявӣ таъин карда шуд.

Дар ибтидои амалиёт дар ҳолати ба пушт хобида систоскопия бо қастаракунонии ҳолиби гурдаи ҷарроҳишаванда ба амал оварда шуд. Сипас беморро ба шикам хобониданд. Пунксияи системаи ҷому ҳавзак (СҶХ) таҳти назорати рентген иҷро гардид. Дастрасӣ ба СҶХ-и гурда, дар ҳар ду гурӯҳ, асосан тавассути ҷоми поёнии ақиб ба амал оварда шуд: зимни 18 (64,2%) бемор дар гурӯҳи I ва дар мавриди 21 (58,3%) пациентҳои гурӯҳи II. Зимни гурӯҳи I дар 9 (32,2%) ҳодиса дастрасӣ ба воситаи ҷоми миёна, дар 1 (3,6%) пациент ба воситаи ҷоми болоӣ ва дар мавриди гурӯҳи II бошад, дар 12 (33,3%) ва 3 (8,4%) бемор амалиёти ҳаммсон анҷом дода шуд. Дар мавриди 8 бемори ҳар ду гурӯҳ НЛП ба воситаи ду дастрасӣ ба амал оварда шуд. Буҷикунонии канали пунксионии ҳар ду гурӯҳ танҳо таҳти назорати рентгенологӣ



анҷом дода шуд. Носури нефростомиро ба воситаи буҷи тефлоновӣ васеъ карда шуд, ҷилди Amplatz 28 ё 30 Ch насб гардид. Барои нефроскопия эндоскоп 24 Ch ва барои ба

чузъҳо чудо кардани санг литотриптери пневматики расанда ба қор бурда шуд. Ҷарроҳӣ бо дренажкунии СЧХ-и гурдаҳо ба воситаи қастараи балонӣ ба анҷом расид.

### Ҷадвали 1. Тақсими беморон вобаста аз шаклҳои нефролитиаз

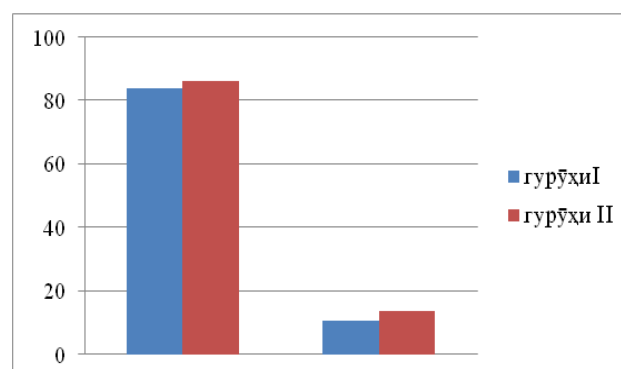
Шаклҳои нефролитиаз	Шумораи беморон			
	Гурӯҳи I		Гурӯҳи II	
	Умумӣ	%	Умумӣ	%
Сангҳои калони ҳавзаки гурда (> 2,0 см)	16	57,1	24	66,6
Сангҳои бешумори гурда	5	17,8	8	22,2
Сангҳои хурдаи ҳавзаки гурда (< 2,0 см)	7	25,1	4	11,2
Ҳамагӣ	28	100,0	36	100,0

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Самаранокии НЛП зимни ҳар ду гурӯҳ мувофиқи қиматҳои зерин арзёбӣ гардид: давомнокии амалиёт, саддарсадии пурра аз санг озод намудани гурдаҳо, зарурати амалиёти такрорӣ, басомади оризаҳои дохили ҷарроҳӣ ва пасазамалиёт.

Дар гурӯҳи I давомнокии НЛП дар ҳудуди аз 35 то 140 дақиқа идома ёфт, ки ба ҳисоби миёна 75 дақиқаро ташкил меод. Ҷарроҳӣ дар мавриди беморони нефролитиази марҷонмонанд ва санги зиччиаш баланд тӯлонитар идома ёфт. Замони НЛП дар сангҳои ягонаи ҳавза ба ҳисоби миёна 56 дақиқаро ташкил дод. Зимни гурӯҳи II давомнокии амалиёт дар ҳудуди аз 30 то 110 дақиқа (ба ҳисоби миёна 60 дақиқа) буд. Замони НЛП дар нисбати беморони санги ягонаи ҳавза 45 дақиқаро ташкил дод. Таҳлил нишон дод, ки замони амалиёт дар гурӯҳи I қиёсан ба гурӯҳи II дақиқан зиёд аст ( $p < 0,05$ ).

Мавҷуд будан ё набудани чузъҳои боқимондаи санг яке аз меъёрҳои арзёбии самаранокии НЛП ба ҳисоб мерафт. Ба мақсади мазкур дар марҳилаи пасазамалиёт таҳқиқи ултрасадоии гурдаҳо ва урографияи обзорӣ гузаронида шуд. Ба монанди дигар муҳаққиқон боқимонда гуфта, мо низ пас аз литотрипсия санги кутраш зиёда аз 5мм-ро дар назар дорем, ки саддарсадии ба таври мустақилона фуруд омадани он хеле паст аст. Дар гурӯҳи I зимни 3 (10,7%) пациент санги боқимонда ошқор гардид, ки дар мавриди I (3,5%) амалиёти такрорӣ ба амал оварда шуд. Дар гурӯҳи санҷишӣ бошад, пас аз

нефролитотрипсия тавассути пӯст сангҳои боқимонда дар мавриди 5 (13,8%) бемор ташхис шуд. Зимни 3 (8,3%) бемор сеанси такрории НЛП иҷро гардид. Пас аз НЛП саддарсадии пурра озод гардидани гурдаҳо аз санг дар гурӯҳи I 83,9%, зимни гурӯҳи II бошад, 86,2%-ро ташкил дод. Натиҷаи амалиёт ва шумораи беморони санги боқимонда дошта дар расми 3 оварда шудааст. Самаранокии НЛП дар ҳар ду гурӯҳ II низ ба таври аниқ фарқ намекард (мувофиқан 79,2% ва 85,7%;  $p > 0,05$ ).



Расми 3. Самаранокии НЛП ва басомади дучоршавии беморони гирифтори санги боқимонда (%)

Таҳлили оризаҳои НЛП низ дар ҳар ду гурӯҳи беморони ҷарроҳишуда ба амал оварда шуд. Натиҷаҳо ба ду гурӯҳ - дохилиамалиётӣ ва пасазамалиётӣ тақсим намудем (ҷадвали 2). Хунравӣ, ки гемотрансфузияро тақозо намуд, сӯрохшавии СЧХ ба шумлаи оризаҳои дохилиҷарроҳӣ шомил буданд. Хуручи ПМ, макрогематурия, ки иҷрои муолиҷаи гемостатикиро талаб мекард, пас аз берун кардани дренаж шорида

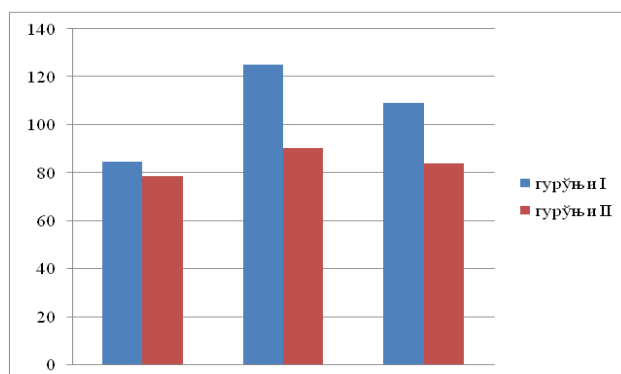


баромадани пешоб аз носури нефростомӣ ба шумори оризаҳои пасазчарроҳи дохил буданд. Ҳангоми таҳлили оризаҳои дохили-амалиёт маълум гардид, ки дар ҳар ду гурӯҳ хунравие, ки гузаронидани компонентҳои хунро тақозо менамуд, зуд-зуд рухдиҳанда ба шумор меравад: дар мавриди 2 бемор (7,2%) аз гурӯҳи I ва зимни 3 (8,4%) пациент дар гурӯҳи II. Дар ҳар ду гурӯҳ ҳодисаҳои сӯроҳ шудани рӯда ва иллатнок гардидани парда бо инкишоф ёфтани гидроторакс мушоҳида нагардид. Ҳодисаҳо гум кардани роҳи пунксионӣ ва конверсия низ ба назар нарасид.

Шиддат ёфтани пиелонефрити музмин, дар ҳар ду гурӯҳ, оризаи зуд-зуд рухдиҳандаи пасазчарроҳӣ шумурда мешавад: дар гурӯҳи I 4 (14,2%) бемор ва 6 (16,6%) ҳодиса дар мавриди гурӯҳи II. Дар давраи пасазамалиёт хунпешобие, ки зимни он сатҳи гемоглабин ба миқдори кам коҳиш ёфт, дар 5 (17,8%) бемори гурӯҳи I мушоҳида гардид. Қиёсан хунпешобӣ дар гурӯҳи II бештар ба назар расид (19,4%). Пас аз гирифтани нефростом дар мавриди як бемор (3,5%) аз гурӯҳи I ва ду (5,5%) пациенти гурӯҳи II шоридани пешоб ба назар мерасид. Носури нефростомӣ пас аз дренажкунии роҳҳои болоии пешоб тавассути стенти ҳолиб баста шуд.

Маълум аст, ки консентратсияи креатинин ва дурдаи пешоби хун, клиренси креатинини эндогенӣ нишондиҳандаҳои воқеии фаъолияти гурда ба шумор мераванд. Ҳангоми НЛП дараҷаи иллатнокшавии лаҳимаи

гурда ночиз аст, аз ин лиҳоз пас аз чарроҳӣ функцияи он метавонад тӯли солиёни дароз устувор бошад. Барои омӯзиши таъсири НЛП ба фаъолияти гурдаҳо зимни ҳар ду гурӯҳи беморон то амалиёт ва пас аз он (дар шабонарӯзи 1-ум ва 3-юм) миқдори креатинини хун санҷида шуд. Маълумотҳои ҳосилшуда дар расми 4 оварда шудаанд. Ҳамин тариқ, то амалиёт сатҳи креатинини хун дар беморони гурӯҳи I ба ҳисоби миёна  $84,6 \pm 42,6$  мкмол/л-ро ташкил меод, дар шабонарӯзи пас аз амалиёт баробари  $125,2 \pm 26,4$  мкмол ва дар шабонарӯзи 3-4 то  $109,0 \pm 18,2$  мкмол/л коҳиш ёфт. Дар мавриди беморони гурӯҳи II бошад, нишондиҳандаҳои мазкур мувофиқан баробари  $78,4 \pm 29,6$  мкмол,  $90,2 \pm 18,4$  мкмол ва  $84,0 \pm 17,2$  мкмол буд. Мушоҳида гардид, ки дар мавриди беморони як гурда дошта, қиёсан ба гурӯҳи санҷишӣ пас аз амалиёт сатҳи креатинин хеле боло рафт.



Расми 4. Сатҳи креатинин то нефролитотрипсияи перкуторӣ ва пас аз он дар беморони як гурда (гурӯҳи I) ва гурдаи билатериалӣ (гурӯҳи II) дошта

## Ҷадвали 2.

**Оризаҳои нефролитотрипсияи перкутории дохилиамалиёт ва пас аз он дар мавриди беморони муоинашаванда як гурда (гурӯҳи I) ва гурдаи билатериалӣ (гурӯҳи II) дошта**

Оризаи нефролитотрипсияи перкуторӣ	Гурӯҳи I		Гурӯҳи II		Ҳамагӣ
	мутл.	%	мутл.	%	
<b>Оризаҳои дохиҷарроҳии НЛП</b>					
Хунравӣ	2	7,2	3	8,4	5
Ҳамагӣ	2	7,2,6	3	8,4,3	5
<b>Оризаҳои пасазамалиётгии НЛП</b>					
Пиелонефрит	4	14,2	6	16,6	10
Хунпешобӣ	5	17,8	7	19,4	12
Шоридани пешоб	1	3,5	2	5,5	3
Ҳамагӣ	10	100	15	100	23





Имрӯзҳо таснифоти умумии оризаҳои гуногуни чарроҳӣ таснифоти Clavien ба шумор меравад, ки барои нефролитотрипси перкуторӣ мутодиқ шудааст [19, 20]. 64 бемори гирифтори нефролитиаз, ки аз чониби мо чарроҳӣ шуд, зимни 4 (7,8%) бемор оризаи дараҷаи II тибқи Clavien ташхис гардид. Дар таҳқиқоти мо натиҷаҳои марговар (оризаи дараҷаи V тибқи таснифоти Clavien) вучуд надошт.

#### Хулоса

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои нефроли-

тотрипси тавассути пӯст дар мавриди беморони як гурда ва гурдаи билатериалидошта нишон дод, ки байни гурӯҳҳо аз рӯи самаранокии чарроҳӣ, саддарсадии сангҳои боқимонда ва миқдори оризаҳои пасазчарроҳӣ тафовути аниқ вучуд надорад. Нефролитотрипси перкуторӣ усули самаранок ва камлоиш барои муолиҷаи беморони гирифтори сангҳои калон ва бешумор дар гурдаи ягона ба ҳисоб меравад, ки натиҷаҳои мусбати он бо беморони ҳамсони ду гурда дошта муқоисашаванда аст.

### АДАБИЁТ

1. Гулиев Б.Г. Перкутанное лечение кораллоидного нефролитиаза. // Эндоскопическая хирургия. 2009. N 5. С. 21 - 25.
2. Нусратуллоев И.Н. Здравоохранение Таджикистана №3, Душанбе 2011. Материалы 1 съезда урологов Таджикистана с международным участием. Стр.3
3. Мартов А.Г., Андронов А.С., Дутов С.В., Степанов В.С., Джафарзаде М.Ф. Первый опыт чрескожной нефролитотрипсии на спине. // Урология. 2012. N 2. С. 57 - 63.
4. Хасигов А.В., Белоусов И.И., Коган М.И. Сравнительный анализ эффективности и безопасности перкутанной нефролитотрипсии при кораллоидных камнях. // Урология. 2013. N 1. С. 86 - 88.
5. Armagan A, Tepeler A, Silav MS, Ersoz C, Akcaу M, Akman T, Erdem M, Onol S. Micropercutaneous nephrolithotomy in the treatment of moderate size renal calculi. // J Endourol. 2013. Vol. 27, N 2. P. 177 - 181.
6. Bryniarski P, Paradysz A, Zyczkowski M, Kupilas A, Niwakowski K, Bogacki R. A randomized controlled study to analyze the safety and efficacy of percutaneous nephrolithotripsy and retrograde intrarenal surgery in the management of renal stones more than 2 cm in diameter. // J Endourol. 2012. Vol. 26. P. 52 - 57.
7. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А., Сорокин Н.И. Осложнения чрескожной нефролитотрипсии. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, N 2. С. 140.
8. Keoghane SR, Cetti RJ, Rogers AE, Walmsley BH. Blood transfusion, embolisation and nephrectomy after percutaneous nephrolithotomy. // BJU Int. 2013. Vol. 111, N 4. P. 682 - 632.
9. Jinga V, Dorobat B, Youssef S, Radavoj D, Braticevici B, Filipoiu F, Balgradean M. Transarterial embolization of renal vascular lesions after percutaneous nephrolithotomy. // Chirurgia (Bucur). 2013. Vol. 108, N 4. P. 521 - 529.
10. Ozden E, Mercimek MN, Bostanci Y. Factors affecting success and complications in percutaneous nephrolithotomy: A multivariate analysis of 1117 procedures. // Eur Urol Suppl. 2011. Vol. 10, N 2. P. 70.
11. Seitz C, Desai M, Hacker A, Hakenberg OW, Liatsikos E, Nagele U, Tolley D. Incidence, prevention and management of complications following percutaneous nephrolitholapaxy. // Eur Urol. 2012. Vol. 61, N 1. P. 146 - 158.
12. El-Hahas AR, Shoker AA, El-Assmy AM, Mohsen T, Shoma AM, Eraky I, El-Kenawy MR. Postpercutaneous nephrolithotomy extensive hemorrhage: a study of risk factors. // J Urol. 2007. Vol. 177. P. 576 - 574.
13. Canes D, Hegarty NJ, Kamoi K, Haber GP, Berger A, Aron M, Desai M, El-Kappany HA. Functional outcomes following percutaneous surgery in solitary kidney. // J Urol. 2009. Vol. 181. P. 154 - 160.



14. El-Tabey NA, El Nahas AR, Eraky IE, Shoma AM, El-Assmy AM, Soliman SA, Shokeir A.A, Mohsen T, El-Kappany HA, El-Kenawy MR. Long term functional outcome of percutaneous nephrolithotomy in solitary kidney. // Urology. 2014. Vol. 83, N 5. P. 1011 - 1015.
15. Resorlu B, Kara C, Oguz U, Bayindir M, Unal A. Percutaneous nephrolithotomy for complex caliceal and staghorn stones in patients with solitary kidney. // Res Urol. 2011. Vol. 39. P. 171 - 176.
16. Wong KA, Sahai A, Patel A, Thomas K, Bultitude M, Glass J. Is percutaneous nephrolithotomy in solitary kidneys safe? // Urology. 2013. Vol. 82. P. 1013 - 1016.
17. de la Rosette JJ, Assimos D, Desai M, Gutierrez J, Lingeman J, Scarpa R, Tefekli A. The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: indications, complications and outcomes in 5803 patients. // J Endourol. 2011. Vol. 25. P. 11 - 17.
18. Bucuras V, Gopalakrishnam G, Wolf JS, Sun Y, Bianchi G, Erdogru T, de la Rosette JJ. The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: nephrolithotomy in 189 patients with solitary kidneys. // J Endourol. 2012. Vol. 26, N 4. P. 336 - 341.
19. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Алексеев М.Ю., Лубсанов Б.В. Чрескожное эндоскопическое лечение камней единственной и пересаженной почки. // Урология. 2011. N 5. С. 55 - 60.
20. Tefekli A, Karadag A, Tepeler K, Sari E, Berberoglu Y, Baykal M, Sarilar O, Muslumanoglu AY. Classification of percutaneous nephrolithotomy complications using the modified Clavien grading system: Looking for a standard. // Eur Urol. 2008. Vol. 53. P. 184 - 190.
21. Rassweiler JJ, Rassweiler MC, Michel MS. Classification of complications is the Clavien-Dindo classification. // Eur Urol. 2012. Vol. 62, N 2. P. 256 - 258.

## ТАМОЮЛИ ИСТИФОДАБАРИИ МАВОДҲОИ ПЕШГИРАНДАИ ҲАМЛ ДАР МИНТАКАИ ДОРОИ НИШОНДИҲАНДАИ БАЛАНДИ ТАВАЛЛУД

С.М. Мухаммадиева, Ш.М. Курбонов, Г.А. Ахмедҷонова

Донишкадаи тахсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии  
Ҷумҳурии Тоҷикистон

*Мухаммадиева С.М.* - д.и.т., профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДТБКСТ ҶТ  
E.mail: saohon@mail.ru 939999128.

*Курбонов Ш.М.* - н.и.т., доцент кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДТБКСТ ҶТ E.mail:  
Kurbanov\_nch@mail.ru 935006571.

*Ахмедҷонова Г.А.* - унвонҷӯи кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 ДТБКСТ ҶТ E.mail:  
avazovna@bk.ru 992901115775.

Дар минтакаи бо нишондиҳандаи баланди таваллуд дар даҳсолаи охир тамоюли мусбии истифодабарии маводҳои ҳозиразамони пешгирандаи ҳамл ба назар мерасад. Давомнокӣ ва самаранокӣ амалии истифодабарӣ аз маводҳои пешгирандаи ҳамли номатлуб аз риояи принципҳои бунёди машваратдиҳӣ дар ҳар як ташрифот

ва сатҳи малакаи касбии мутахассисе, ки такмили ихтисос карда кардааст, вобастагӣ дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** маводҳои пешгирандаи ҳамл, МИК, ВДР, рифолаҳо, имплантҳои зерипустӣ, импланон, қобили қабул будан, самаранокӣ, бартарият, пайомадҳои номатлуб.

## ТЕНДЕНЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ В РЕГИОНЕ ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТИ

С.М. Мухаммадиева, Ш.М. Курбонов, Г.А. Ахмеджанова

*Мухаммадиева С.М.* - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПО СЗРТ  
E.mail: saohon@mail.ru 939999128.



**Курбанов Ш.М.** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПО СЗРТ Е. mail: Kurbanov\_ncrh@mail.ru 935006571.

**Ахмеджанова Г.А.** - соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПО СЗРТ Е. mail: avazovna@bk.ru 992901115775.

В регионе высокой рождаемости за последнее десятилетие наметилась положительная тенденция использования современных методов контрацепции. Продолжительность и практическая эффективность использования методов предохранения от нежелательной беременности зависят от со-

блюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

**Ключевые слова:** контрацептики, МИК, ВДР, рифола, подкожные импланты, импланон, приемлимый, эффективность, преимущества, неблагоприятный исход.

## THE TENDENCY OF USE OF CONTRACEPTIONS IN THE HIGH BIRTH RATE REGIONS

S.M. Mukhamadieva, Sh.M. Kurbanov, G.A. Akhmedjanova

State Institution "Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

**Mukhamadieva S.M.** - d. m.s. professor of the department of obstetrics and gynecology № 1 of State Institution "Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics Gynecology and Perinatology" E. mail: saohon@mail.ru, ph.: 939999128.

**Kurbanov Sh.M.** - c.m.s., associate professor of the department of obstetrics and gynecology № 1 State Institution "Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics Gynecology and Perinatology" E. mail: Kurbanov\_ncrh@mail.ru, ph.: 935006571.,

**Akhmedjanova G.A.** - applicant of the department of obstetrics and gynecology № 1 of State Institution "Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics Gynecology and Perinatology" E. mail: avazovna@bk.ru, ph.: 992901115775.

Specter of usage of modern methods of contraceptions, practical efficiency method and continuity of its usage depend on the following principles of consultation during each visit and competency of specialist who were trained.

**Aim.** To study the dynamics of usage of contraceptions, their necessity and efficiency, advantages and disadvantages in the high birth rate region.

**Material and methods.** Analysis of annual reports of National Reproductive Health Center for 2008-2017 was conducted, survey results of 600 women of reproductive age who used contraceptions were provided.

**Results.** Dynamics and specter of usage of contraceptions in ten years were analyzed,

necessity and efficiency of modern methods of protection from unwilling pregnancy, their advantages and disadvantages were studied, and recommendations for their wide access for contraceptive aid were proposed.

**Conclusion.** In the region of high birth rate specter of usage of modern methods of contraceptions, practical efficiency of method and continuity of their usage depend on the following principles of consulting during their visit and specialist competency, who was trained.

**Key words:** contraceptive agents, combined oral contraception, intravaginal, condoms, underskin implants, necessity, efficiency, advantages, unwilling effects.

**Мухимият.** Таҳия ва татбиқи усулҳои нигоҳубини солимии репродуктивии занон, аз он ҷумла усулҳои пешгирии ҳамли номат-

луб самти афзалиятноки соҳаи тиб эътироф гардида, ин самт ба таври ҳамешагӣ рушд менамояд [3,10]. Дар як қатор кишварҳо, ба



шарофати ворид намудани усулҳои муосири пешгирии ҳамли номатлуб, айни замон масъалаҳои демографӣ, иҷтимоӣ ва тиббӣ, ки ба нишондиҳандаи сатҳи баланди фавти модарон ва миқдори исқоти ҳамл дахл доранду ба вучуди занон таъсири бад мерасонанд, роҳи ҳали худро дарёфтаанд [5,7,8,9]. Истифодаи маводҳои муосиру босамари пешгирандаи ҳамл дар қисмати зиёди кишварҳо маводҳои контрацептивиро ҷойгузини исқоти ҳамл гардонида аст [1,7,12,13]. То айни замон нигоҳи ягонаи боэътимод доир ба қобили қабул будану беҳатарии маводҳои ҳозиразамони контрацептивӣ вучуд надорад [3,9,11]. Бештари пажӯҳишгарон моил ба истифодаи маводҳои ҳормонии зерипустӣ ва тазриқии дохилимушакии контрацептивҳои прогестинӣ буда, бартарияти онҳоро барои занони калони қобили таваллуд, исбот карданӣ мешаванд [7,8,13,14].

Дар Тоҷикистон танҳо якчанд пажӯҳиш сари масъалаҳои тамоюл ва спектри истифодаи маводҳои муосири пешгирандаи ҳамл, қобили қабул будан, самарнокӣ ва баъзе аз пайомадҳои номатлуби истифодабарӣ аз онҳо гузаронида шудааст [2,5,6]. Маҳз ҳамин сабаби интихоби ин мавзӯи пажӯҳиш гардидааст.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқ.** Ба таври ретроспективӣ ҳисоботҳои солони Маркази миллии солимии репродуктивӣ таи солҳои 2008-2018 ва инчунин натиҷаи пурсишномаи анкетавии 600 нафар занони қобили таваллуд, ки аз маводҳои пешгирандаи ҳамл истифода кардаанд, мавриди таҳлил ва омузиш қарор дода шуд. Ченаки дохил намудан ба гуруҳи пажӯҳишӣ занони сини 35-45 сола интихоб гардидаанд. Ба таври проспективӣ 130 зани сини калони репродуктивӣ, ки аз маводҳои тазриқшавандаи пешгирандаи ҳамл, таркибашон иборат аз прогестини тоза, мавриди пажӯҳиш қарор дода шуданд: ба 70 мизоч маводи зерипустии имплантат импланон гузошта шуда, ба 60 нафари дигар маводи тазриқшавандаи дохилимушакии маҳлули рағғани норэстистерона энантат, гузаронида шуд. Ғилофаки импланона аз худ ба таври ҳамарӯза 35-45 мкг. этонегестрел-метаболити фаъоли дар дараҷаи аъло

тозакардашудаи прогестаген дезогестрелро хориҷ менамояд (равиши назоратӣ - ҳар 3 моҳ). Ҳар як ампулаи норэстистерона энантат бошад дар худ 200мг прогестин дорад (равиши назоратӣ-ҳар 3 моҳ). Назоратии мунтазам дар муддати 24 моҳи солҳои 2006-2016 таъмин карда шуд. Нисбати ҳамаи мизочон машваратдиҳӣ доир ба бартарият ва камбудии эҳтимолии маводҳои пешгирандаи ҳамл, самаранокии онҳо, техникаи воридсозӣ ва берунсозии импланон, хусусиятҳои тазриқии дохилимушакии маҳлули рағғани норэстистерона энантат, гузаронида шуд. Коркарди омӯрӣ бо истифода аз барномаи компютери Microsoft Excel ( $M \pm m$ ,  $t$ -критерияи Стъюдент;  $U$ -критерияи Манна-Уитни; таҳлили коррелясионӣ бо усули Пирсон бо ҳисобгирии коэффитсиенти-коррелятсияи амудӣ ( $r$ ) анҷом дода шуд.

**Натиҷа.** Мутобиқи ҳисоботи Маркази миллии солимии репродуктивии ВТ ва ҶИА ҚТ, дар давраи аз соли 2008 то 2018 тамоюли нишондиҳанда ва спектри истифодабарии маводҳои пешгирандаи ҳамли номатлуб тағйир ёфтааст. Масалан, аз соли 2008 то 2018 миқдори занони истифодабарандаи маводҳои контрацептивӣ дар давоми бештар аз як сол зиёд тағйир кардааст - аз 27,5% то 38% ( $p > 0,05$ ). Фарогирии контрацептивӣ, яъне миқдори занони истифодабарандаи маводҳои контрацептивӣ зиёдтар аз як сол ба андозаи 2,2 маротиба - аз 19,6% то 46,6% ( $p < 0,05$ ) боло рафтааст. Дар ин миён, дар давраи таҳлилкардашуда мизочони истифодабарандаи маводҳои истеъмолшавандаи ҳормонӣ (МИК) ба андозаи 1,8 маротиба - аз 8,3% то 15,6% ( $p < 0,05$ ) боло рафта, депо-провер-то 2,1 маротиба - аз 5,8% то 12,4% ( $p < 0,05$ ), импланон ванорэстистерон энантат-ба андозаи 3 маротиба-аз 4% то 12% ( $p < 0,05$ ), рифола - ба андозаи 2 маротиба - аз 8,2% то 18,6% ( $p < 0,05$ ); фарогири занони таваллудкарда, истифодабарандаи усули аменореяи ширмаконӣ ба андозаи 4,5 маротиба - аз 0,8% то 3,6% ( $p < 0,05$ ) боло рафтааст. Муқарар карда шуд, ки аз соли 2007 то 2018 фарогирии мизочон, истифодабарандаи маводҳои дохилираҳмӣ (ВДР) ба андозаи 1,6 маротиба - аз 76% то 47,4% ( $p <$



0,05) камтар гардида ва фарогир ба усули безурётсоии ихтиёрӣ бо чарроҳӣ (БИЧ) амалан тағйир наёфта дар сатҳи 0,9% то 1,2% ( $p > 0,05$ ) боқи мондааст.

Натиҷаи пурсиши анкетӣ нишон медиҳанд, ки сити миёни занони тахти пурсиш қарор гирифта  $36,2 \pm 0,31$  солро ташкил додааст. Занони деҳот дар ин миён  $66,2 \pm 0,06\%$ , шаҳрӣ -  $58,8 \pm 0,04\%$  ( $p > 0,05$ ); занони хонанишин  $80\%$ , боқимонда коргагзан ва деҳқонзан бошад  $20\%$  -ро ташкил додааст. Дар таркиби оризаҳои соматикӣ мақоми аввалро бемории камхунии дараҷаҳои гуногун ( $66\%$ ) ва ҳолати норасоии йод ( $77\%$ ), фарбеҳӣ  $58\%$ , бемории варикозӣ -  $46\%$ , патологияи чигар ва роҳҳои талхарон - дар  $25\%$ -и ҳолатҳо, ба қайд гирифта шудааст. Месазад нишондиҳандаи баланди бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд ( $89\%$ ), алалхусус тағйироти патологияи гарданаки бачадон ( $71\%$ )-ро қайд кард. Аз собиқаи контрацептивии занон муқарар карда шуд, ки миёни занони ба пажӯҳиш фарогирфташуда  $28\%$ -и онҳо таҷрибаи истифодаи маводҳои контрацептивиро надоштаанд ва  $63\%$ -и онҳо дар собиқаи пешин аз маводҳои дохилираҳмӣ (ВДР),  $9\%$ -и онҳо аз усулҳои ҳормонии истеъмолшаванда, истифода бурдаанд. Рангорангии зиёди истифодабарии маводҳои контрацептивӣ бартарият ва инчунин пайомадҳои номатлуби худро низ дорад. Дар мавриди интиҳоби ин ва ё он маводи контрацептивӣ бояд самаранокии он пеш аз ҳама ба назар гирифта шавад. Барои он, ки муқарар кард, ки ин ва ё он усул ва ё мавод то чи андоза самаранок аст, аз тарафи биологӣ амрикоӣ нишондоди Перля пешниҳод карда шудааст. Ин нишондод миқдори ба вуқӯъ омадани ҳомиладориро миёни 100 нафар заноне, ки дар давоми як соли пурра ба таври мунтазам аз ин ва ё он маводи контрацептивӣ истифода кардаанд, нишон медиҳад. Дар асоси ин ченак, агар чи қадар нишондод боло бошад, пас самаранокии усул ва ё маводи контрацептивӣ мавриди пажӯҳиш қарор гирифта баланд аст [5]. Пажӯҳиши муқарар кард, ки дар мавриди истифодабарии депо-провер нишондиҳандаи Пер-

ля ба  $0,05\%$ , маводҳои ҳормонии истеъмолшаванда -  $0,3\%$ , импланон ванорэстистерон энантат -  $0,5\%$ , маводҳои дохилираҳмӣ -  $0,6\%$  варифола - ба  $12\%$ -ро ташкил медиҳад. Дар мавриди гузаронидани пажӯҳиши мо ба нишондиҳандаи Перля баъзе аз омилҳои воқеӣ, ба монанди дониши нокомил дар мавриди истифодаи маводи контрацептивӣ, даргузашти муҳлати истифодаи маводҳои контрацептивӣ, риоя накардани тартиби маводҳои истеъмолшавандаи ҳормонӣ, вайрон кардани техникаи воридсоии импланон ва тазриқи дохилимушакии нодурустинорэстистерон энантат, инчунин аксуламали инфиродии ин ва ё он маводҳои истифодашавандаи контрацептивӣ. Инчунин бояд сину соли зан, низ бояд ба инобат гирифта шавад: эҳтимолияти ҳомилашавии занони синашон ҷавон чандин маротиба аз занони синашон калон зиёдтар аст [1,7]. Бо назардошти ҳамин омилҳо, мутахассисин ду варианти тарзи ба ҳисобгирии нишондиҳандаи Перляро чудо мекунанд: идеалӣ (назариявӣ) ва амалӣ. Варианти аввалия шароити сад дар сади мутобиқати ҳамаи талабот ва қоидаҳои истифодаи ин ва ё он маводи контрацептивиро ба назар мегирад. Варианти амалӣ бошад, баъзе аз хатогиҳоро дар мавриди баҳисобгирии нишондиҳандаи Перля имконпазир медонад ва бинобар ҳамин нишондод метавонад назар ба варианти аввалия болотар бошад [5]. Дар мавриди пурсиши мизочон маълум карда шуд, ки  $94\%$  мизочон қарор қабул кардаанд, ки маводҳои истеъмолшавандаи ҳормониро идома диҳанду, дар  $6\%$  ҳолатҳо бодалели пайомадҳои номатлуб, ба монанди дилбеҳузурӣ, ғудашавии ғадудҳои сина, истифодабарии ин маводро қатъ кардаанд. Дар мавриди истифода аз ВДР бошад  $82\%$  истифодаи онро идома дода, дар  $8\%$  ҳолатҳо аз истифодаи ин мавод бо далели пайдошавии дард дар поёнии шикам ва пайдошавии тарошуҳоти хунобчагӣ аз истифода даст кашаанд; аз истифодаи депо-провер бошад  $79\%$  мизочон бо далели вайроншавии сикли ҳайзбинӣ даст кашаанд,  $5\%$  мизочон истифодаи импланонро давом дода,  $95\%$  аз



истифодаи он бо далели хоҳиши ҳомила-шавӣ ва ё гузаштан ба истифода аз дигар усул, аз он даст кашидаанд, 94% аз идома додани истифода аз норэстистерон энантиат бо далели вайроншавии сикли ҳайзбинӣ, даст кашидаанд.

**Хулоса.** Дар минтақаи бо нишондиҳандаи баланди таваллуд спектри истифодабарии маводҳои муосири пешгирандаи ҳамл,

самаранокии амалии усулҳо ва давомнокии истифодабарии он аз риояи принципҳои машваратдиҳӣ дар ҳар як ташриф, вобастагии амиқ дошта, муносибати инфиродӣ дар мавриди интихоби мавод ва усули пешгирандаи ҳамл аз тарафи мутахассиси ботаҷрибаи такмили ихтисос карда, самараноки ва давомнокии истифодаи ин маводро, таъмин менамояд.

## АДАБИЁТ

1. Арндт И.Г., Петров Ю.А. Особенности менструального цикла при применении пролонгированных контрацептивов/Журнал "Современные проблемы науки и образования", 2016, № 3, С.24-28.
2. Ахмеджанова Г.А., Мухамадиева С.М., Бобоходжаева М.О., Ганизода М.Х., Муродалиева Б.Ш. Сравнительный анализ информированности специалистов службы репродуктивного здравоохранения при оказании контрацептивной помощи. Материалы 24-ой Ежегодичной Научно-практической конференции Института последипломного образования. Юбилейный научный симпозиум по детской хирургии. Душанбе, 2018г.с.14- 17.
3. Денисов Б.П. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования)/ Лаборатория экономики народонаселения и демографии экономического факультета МГУ. //StatusPraesens. М. 2012. №1 (17). С. 66-72.
4. Запорожец Э.Е., Шувалова М.П., Цымлякова Л.М., Фролова О.Г. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребёнка в Российской Федерации// Москва. 2013. 102 с.
5. Курбанов Ш.М., 2000. Роль центров репродуктивного здоровья в улучшении контрацептивного поведения населения. //Автореф. дис. канд.мед. наук.2002.120с.
6. Мухамадиева С.М., 2002. Медико-социальные и организационные аспекты репродуктивного здоровья и пути их решения в Таджикистане// Автореф. дис.докт.мед.наук.2002.196с.
7. Радзинский. В.Е.Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности// StatusPraesens. 2014. 24 с.
8. Рябинкина Т.С., Руднева О.Д. под ред. В.Е. Радзинского. Сохраняет ли гормональная контрацепция здоровье женщин? Протективные свойства гормональной контрацепции// StatusPraesens. 2014. - 24 с.
9. Стратегический план по репродуктивному здоровью населения в Республике Таджикистан на период до 2011 года//Постановление Правительства Р Т. №348 от 2014г.
10. Узакова У.Д., Ахмеджанова Г.А., Ганиева Г. Структура использования современных контрацептивов в Республике Таджикистан// Материалы Международной конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. 2016.Душанбе. с. 369 -37.
11. James Trussell. Contraceptive failure in the United States // Contraception, 2017, Т. 83, вып. 5, - С. 397 -404.
12. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva// WHO. 2009.
13. Потиха В. В., Фокин А. А. Abortивное действие средств контрацепции// М., 2016, С. 18 -25.
14. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции 5-е издание, 2015, 181с.



## ЧАНБАҲОИ КЛИНИКИИ СЕЛИАКИЯ ДАР КҶДАКОН

**Л.А. Бабаева**

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

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

Зери мушоҳидаи мо 14 кӯдаки аз 2,5 то 15-солаи мубталои бемории селиакия, ки дар шуъбаи гастроэнтерологияи МД Маҷмӯаи солимии "Истиклол" ш. Душанбе таъбири статсионарӣ мегирифтанд, қарор доштанд. Нишон дода шудааст, ки ягон симптоме вуҷуд надошт, ки дар 100% муоинашавандагон мушоҳида шуда бошад, ки боиси хатоҳои зиёди таъхисӣ ва назорати кӯдак

дар дигар мутахассисон шуда бошад, ки сабаби таъхисӣ дери беморӣ ва таъйини диетотерапия ва таъбири мувофиқ шуда бошад. Аломатҳои клиникии муайянкунандаи вазнинии селиакия, басомад ва миқдори пасафканд, дамиши шикам, қайқунӣ, даодҳо дар устухонҳо.

**Калимаҳои калидӣ:** кӯдакон, селиакия, клиника, таъхис

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

**Л.А.Бабаева**

Кафедра пропедевтики детских болезней (заведующая кафедрой - к.м.н., доцент Л.А.Бабаева) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Бабаева Лола Абдунаимовна, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.*

Под нашим наблюдением находилось 14 детей с целиакией, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии ГУ Комплекс здоровья "Истиклол" г. Душанбе в возрасте от 2,5 до 15 лет. Не наблюдалось ни одного симптома, который бы встречался у 100% обследованных нами больных, что привело к множеству диагностических ошибок и наблюдению ребенка у

других специалистов, что послужило причиной поздней диагностики заболевания и назначения адекватной диетотерапии и лечения. Клиническими признаками, определяющими тяжесть течения целиакии, являлись - частота и количество стула, вздутие живота, рвота, боли в костях.

**Ключевые слова:** дети, целиакия, клиника, диагностика.

## CLINICAL ASPECTS OF CELIAC DISEASE IN CHILDREN

**L.A. Babaeva**

Department of propaedeutics of children diseases (head of the department - c. m. s., associate professor L.A. Babaeva) of ATSMU

There were 14 hospitalized children aged 2.5 to 15 years with celiac disease who were under our supervision in the gastroenterology department of the SI Medical Complex of "Istiqlo" in Dushanbe. There was not a single symptom that would have occurred in 100% of the patients we examined, which led to many diagnostic errors and observation of the child

by other specialists, which caused late diagnosis of the disease and the appointment of adequate diet therapy and treatment. Clinical signs that determine the severity of celiac disease were the frequency and amount of stool, abdominal distention, vomiting, and pain in the bones.

**Keywords:** children, celiac disease, clinic, diagnosis



**Муҳиммият.** Селиакия бемории музмини нимсиндромие мебошад, ки бо вайроншавиҳои ғайрихоси луобпардаи рӯдаи бо глютен, ки абсорбсияи ғизоро на минтақаи осебёфта вайрон мекунад бо нестшавии вайроншавӣ ҳангоми аз ғизо пурра рафъ шудани глиадини гандуму чав ва фраксияҳои ҳамшабеҳи он, (3,4,5). Бемории аввалин маротиба аз тарафи S. Gee соли 1888 тавсифёфта соли 1951, вақте ки доктор К. Дике исбот кард, ки маҳсули ба энтеропатия боис шаванда сафедаи растаниҳои хӯшадор мебошад, дубора таваллуд шуд. То айни ҳол, ақидае вучуд дорад, ки селиакия - ин синдром ё бемории дуюмин мебошад (6). Солҳои охир ба проблемаи синдроми малабсорбсия дар кӯдакон тавачҷӯҳи зиёд дода мешавад. Дар сохтори шаклҳои ирсии он тибқи муҳаққиқони хоричӣ, ҷойи аввалро селиакия ишғол мекунад, ки басомадаш дар Аврупо аз 1:184 - 1:250 кӯдак ҳангоми мутаносибии шаклҳои возеҳ ва ниҳонӣ 1:6, дар Россия бошад, ба ҳисоби миёна ба сари 100-200 нафар як ҳодисаро ташкил мекунад (1,2,3). Ташҳиси селиакия хеле душвор аст, зеро амалан ягон симптоме вучуд надорад, ки дар 100% беморони гирифтори селиакия вохӯрад, симптомҳои мавҷуда бошанд, бисёри вақт ба дараҷаҳои гуногун аёни мегарданд, ки боиси хатоҳои зиёди ташҳисӣ мегарданд. Душвориҳои ташҳис бо мавҷуд набудани алгоритмҳои ягонаи клиникаю озмоишгоҳӣ дучанд мегарданд, алгоритмҳои пешниҳодшавандаи озмоишгоҳӣ бошанд, бо сабаби мураккабии худ тандурустии амалӣ ва душвории датрасии худ, қаноатбахш нестанд (3,4,6). Манзараи клиникаи селиакия гуногуншакл аст. Шакли "классикӣ" - ба таври клиникӣ байаъди 4-8 ҳафта пас аз ба ғизо илова кардани маҳсулоти дар таркибаш глютендор зухур меёбад. Аксаран беморӣ дертар, баъзан ҳатто дар синни мактабӣ зери таъсири омилҳо ба татбиқи нуксонҳои генетикӣ (сироятҳои рӯда ё дигар бемориҳои шадид, ҳолатҳои стрессӣ) оғоз меёбад. Дар кӯдакони синни барвақт камшавии вазни бадан, нестшавии малақаҳои ҳосилшуда, зуд-зуд ва зиёд қазои ҳочат рафтани ва дамиши шикам қайд мешавад. Кӯда-

кон агрессивными, капризными мешаванд (2,3,4,5). Ҳангоми шаклҳои вазнин ташҳисро одатан сари вақт гузошта мешавад ва мутобиқан парҳез таъйин карда мешавад. Ҳангоми шаклҳои новозеҳи клиникӣ, беморӣ аксаран якҷанд сол - то муайян шудани ташҳис ҷараён мекунад (3,4,5). Дар ин муддат дар организми кӯдак вайроншавиҳои вазнини метаболӣ ба вуқӯъ меоянд, ки баъзан хусусияти бознагарданда доранд, махсусан ҳангоми ҳамроҳ шудани бемориҳои аутоиммунӣ бо селиакия якҷояшуда (1,6). Мураккаб будани шинохтани селиакия баъзан гузаронидани сарбории таҳриқкуунандаи глютенро тақозо мекунад, аммо, то имрӯз қоидаи таҳриқот мавҷуд нест ва табибон тақрибан сарбориро бе вучуд доштани симптомҳо иҷро мекунанд, ки барои бемор зарарнок аст (3,4,5).

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши зухуроти клиникаи селиакия дар кӯдакон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоинаи мо 14 кӯдаки гирифтори селиакия қарор дошт, ки онҳо дар шуъбаи гастроэнтерологияи МД Маҷмааи тандурустии "Истиклол" ш. Душанбе, дар давраи аз соли 2016 то моҳи март соли 2019 таболати статсионарӣ мегирифтанд, синну соли онҳо аз 2,5 то 15-сола буд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Яке аз симптомҳои муҳимтарини селиакия хусусияти патологӣ доштани пасфканд мебошад, ки дар 12 (85,7%) -и кӯдакон фаровон, бӯйнок, равшан, кафкдор/чирколуд, баъзан чарбдор (чилодор) -и дорои ҳиссаҳои ҳалнашудаи ғизо буд. Дар баъзе беморон пасфканд ташаккулёфта, вале зиёд буд. Дар 14,3 %-и кӯдакон ташаккулёфта буд, ки ин ташҳиси бемориро хеле мушкил месозад ва дар бештари мавридҳо дар заминаи ихтилоли пасфканд ба ҳайси симптоми асосии селиакия пайдо мешавад. Басомади пасфканд 1-2 маротитба дар шабонарӯз ҳамчун меъёр қабул карда шуд, вай дар 4 (28,6%) кӯдакон дида шуд, қабзият, ки дар ин вақт пасфканд камтар аз 1 маротиба, дар 72 соат буд -дар 1 (7,1%) бемор, 3-4 маротиба дар 1 шабонарӯз дар 6 (42,9%) кӯдак ва 5 маротиба ва бештар - дар 3 (21,4%)





бемор дида шуд. Миқдори қазои хочат кардан яке аз симптомҳои асосии селиакия ба шумор меравад: пасафканди фаровон дар 9 (64,3%) кӯдак ва хеле фаровон дар 2 (14,3%) нафар ба назар расида, дар маҷмӯъ 78,6%-ро ташкил дод. Симптоми муҳими беморӣ дамиши шикм аст, ки дар натиҷаи дамиши якбораи гиреҳҳои рӯдаҳо ба мал меояд. Бо мақсади баҳодиҳии даври шикам аз шохиси Андронеску, бо модификатсияи И.Н. Григович ва дигарон (1990) истифода кардем, ки аз таносуби фоизи даври шикам ва қади кӯдак иборат аст. Дар ҳолати меъёрӣ то яксолагӣ вай ба 53%, то 3-солагӣ - 42-45%, то 14-солагӣ ба 41-42% баробар аст. Дамиши муътадил - то 50% мувофиқи шохиси Андронеску дар 5 (35,7%), дамиши возеҳ дар 6 (42,9%) кӯдак ба қайд гирифта шуд. Генези синдроми дард ҳангоми селиакия аз таърифи гиреҳҳои рӯдаҳо вобаста аст, ки дар натиҷаи аз газ дамиш ёфтани шикам ва аз массаҳои пасафканд пур шудан, калон шудани чигар, дисфункцияи гипомотории талхадон ва варами ғадуди зери меъда ба вучуд меоянд. Осеби ғадуди зери меъда асосан хусусияти функционалӣ дорад. Дарди шикам ба ҳайси симптоми асосӣ дар 10 (71,4%) кӯдак дида шуд, аз онҳо дарди ноҳияи мезогастрия дар 8 (57,1%) кӯдак ба назар расид, ки зухуроти хоси беморӣ ба ҳисоб меравад. Зиёд шудани синдроми дард баъди 3-5 соати истеъмоли кардани ғизо ва пеш аз қазои хочат кардан ба қайд гирифта шуд. Қайқунии такроршаванда дар 6 (42,9%) бемор, вайрон шудани иштиҳо дар 9 (64,3%) кӯдак дида шуд. Яке аз зухуроти селиакия ин осеб дидани системаи устухонҳо аст, ки дар натиҷаи вайрон шудани мубодилаи Са-Р ба амал меояд. Дар аксари мавридҳо дарди устухонҳоро ҳамчун "дарди қад" шарҳ доданд ва беморон таҳти назорати табибони ортопед, травматолог, ревматолог, гематолог қарор доштанд. Дарди буғумҳо дар 4 (28,6%) беморон дида шуда, бо осеб дидани буғумҳои зону ва буғуми соку попанча бе аломатҳои артрит ба мушоҳида расид. Дар 5 (35,7%) кӯдак кариес, дар 1 (7,1%) кӯдак шикастагии устухони найчашакл, дар 4 (28,6%) кӯдак тибқи таҳқиқотҳои рентгено-

логӣ остеопороз мушоҳида шуд. симптоми дигари муҳими селиакия кам шудани массаи бадан (57,1%, n=8) ва инкишофи кӯдак (21,4%, n=3) ба ҳисоб меравад, ки вазнинии ихтилолҳои нутритивиро инъикос мекунанд. Сабабҳои осеби системаи асаб ҳангоми селиакия пайдо шудани энсефалопатия (ҷамъ шудани маҳсулоти туршнашудаи таҷзия)- хашмигинӣ (64,2%), дарди сар (42,9%) хоби нороҳат (35,7%) мебошад.

Дар натиҷаи вайрон шудани функцияи барерии пардаи луобии рӯдаи борик ба муҳити дарунӣ сафедаҳои таҷзияшуда бо хосиятҳои антигенӣ дохил мешаванд, ки ин бемории аллергияи аллакай вучуддоштара боз ҳам вазнинтар месозад. Маҷмӯи механизмҳои аксуламалҳои иммунологӣ метавонанд, ки ба зухуроти якҷинсаи клиникаи роҳи ҳозима оварда расонанд, ин ташхисро душвор месозад (махсусан дар кӯдакони синну соли барвақти дорои аллергияи ғизоӣ нисбат ба шир). Бар иловаи зухуроти ишорашуда дар беморон зухуроти умумии норасоии витамини маъдан ва сафеда ба қайд гирифта шуд: сироятҳои шадиди респиратории вирусии зудзуд такроршаванда ческих (n=8; 57,1%), мондашавии барзиёд (n=7; 50%), ихтилочи мушакҳо (n=2; 14,3%), хунравии барзиёд бо мавҷуд будани экхимозҳо (n=2; 14,3%) ва хунравӣ аз бинӣ (n=1; 7,1%), хориши пӯст (n=4; 28,6%), стоматит (n=3; 21,4%), рехтани мӯйҳо, шикастани нохунҳо ва хейлит (n=1; 7,1%).

#### Ташхиси селиакия:

I. Клиникӣ-лабораторӣ: якҷояшавии 3 симптоми асосӣ ё 2 симптоми ва 2 ва зиёда симптоми иловгӣ - шубҳа кардан аз вучуддоштани селиакия.

II. Серологӣ: баланд шудани сатҳи АГА А ва ё G, АЭМА, антителаи ТТГ, ки то таъйин кардани диета (парҳез) муайян карда мешаванд, на дар заминаи он-эҳтимоли мавҷуд будани селиакия.

III. Инструменталӣ: муайян кардани атрофияи пардаи луобии рӯдаи 12 ангушта ба таври визуалӣ ва оламатӣ дар биоптати рӯдаи 12-ангуштӣ - селиакия тасдиқ карда шуд.



Дар таҳқиқоти мо, таъйин кардани пархези санчишии чиддии беглютенӣ дар давоми 6 мох, дар ҳолати динамикаи мусбати ҳолати бемор ва муътадилсозии нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ имконият дод, ки ташхиси ниҳоӣ гузошта шавад. Аз ратсиони физои кӯдак ҳамаи маҳсулоте, ки глютен доштанд- чав, чавдор, гандум: нони сафед ва сиёҳ, маҳсулоти макаронӣ, торт, кулчаҳои қандӣ, пряник, яхмос, баъзе йогуртҳо, панир, ҳасибча, сарделка, маҳсулоти ҳасибӣ (бинобар имконпазир будани илова кардани орд). Маҳсулоти биринҷӣ, орди чуворӣ, крахмали картошка, ярмаи чуворӣ, гандумӣ ва марчумақӣ иҷозат дода мешаванд. Дар беморони бемориашон вазнин табобатро аз истифодаи омехтаҳои гидролизӣ - Алфара, Пептамен Юниор ва ғайр сар карданд. Ислоҳи доруҳои Са, витамини Д3 гузаронида шуд, табобат ба муътадилсозии мукаммали ҳазмкунӣ, рафъи дисбиотсенози рӯдаҳо равона карда шуд.

#### Хулоса.

1. Ягон симптоме дида нашуд, ки дар ҳамаи 100%-и беморони таҳқиқшудаи мо

дида шуда бошад, ин боиси сар задани хотаҳои зиёди ташхис ва муоинаи мутахассисони дигар (гастроэнтерологҳо, аллергологҳо, дерматологҳо, неврологҳо, ортопедҳо, эндокринологҳо, ревматологҳо ва гематологҳо) гаштааст, ин сабаби дер ташхис кардани беморӣ ва таъйин кардани пархезифоӣ ва табобати он мегардад.

2. Маҷмӯи аломатҳои муҳимми клиникӣ, ки вазнинии ҷараёни селиакияро муайян мекунанд, инҳоянд: микдори пасафканд дар як шабонарӯз, микдори пасафканд, дамиши шикам, қайкунӣ, дарди устухонҳо.

3. Ба гурӯҳи хатар, ки барои истисно кардани селиакия таҳқиқ карда мешаванд, бояд кӯдакони дорои патологияҳои муштараки роҳи ҳозима, системаи устухонҳо ва асаб, зухуроти норасоии сафеда-витамин-маъдан дохил карда шаванд.

4. Дар ҳолати чиддӣ риоя намудани пархези беглютенӣ дар давоми як сол тақрибан ҳамаи зухуроти патологӣ беморӣ қатъ карда шуданд.

#### АДАБИЁТ

1. Dahlbom I. Prediction of Clinical and Mucosal Severity of Coeliac Disease and Dermatitis Herpetiformis by Quantification of IgA/IgG Serum Antibodies to Tissue Transglutaminase. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010; 50 (Issue 2); 140-6.
2. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. JPGN 2012; 54: 136-60.
3. Шоломицкая, И.А. Глютенная энтеропатия: учебно-методическое пособие/И.А. Шоломицкая, Н.В. Капралов. - Минск, БГМУ, 2010. -18с.
4. Бельмер, С.В. Целиакия: от патогенеза к лечению/С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина//Вопросы современной педиатрии. -2013.-№12.-С.12-17
5. Дискуссионные вопросы профилактики целиакии /И.Н.Захарова, Ю.А. Дмитриева, Л.Я. Климов, Ф.С. Дзедисова//Медицинский совет. -2015. -№14. -С.119-122
6. Месова, А.М. Дифференциальная диагностика заболеваний, связанных с непереносимостью глютена (обзор литер.)/А.М. Месова, Д.М. Санбаев //Вестник КазНМУ.-2016.-№3.-С.10-15.

#### ХУСУСИЯТҲОИ МУБОДИЛАИ ХУҶАЙРАВӢ ДАР КӢДАКӢНИ ГИРИФТОРИ ВАЙРОНШАВИИ МУЗМИНИ ФИЗОГИРӢ

Х.Р. Зурҳолова

*Зурҳолова Хайринисо Раҳмоновна* - номзади илми тиб, дотсент, мудири баҳши неонатологии Пажуҳишгоҳи илми тадқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Ҷумҳурии Тоҷикистон. E.mail: zurholova@mail.ru, тел.: 93-555-25-08.



Барои дастрасӣ ба мақсади гузошташуда 103 нафар навзодон бо синдроми сустинкишофёбии дарунибатни, ки аз ин шумора 61 нафари онҳо (60%) гирифтори гипотрофия, ки синнашон аз 2 моҳа то 2 соларо ташкил меод ва дар таъобати статсионарӣ, дар шуъбаи навзодони ПИТАГ ва П ва бемориҳои кӯдакони синни бармаҳал ва шуъбаи бемориҳои шуши кӯдакони МД ММТ ҚТ "Шифобахш" бистарӣ буданд, тадқиқ карда шуданд. Ба гурӯи назоратӣ 30 нафар кӯдаки солими аз рӯи ҷинс ва синну сол бо кӯдакони тадқиқшаванда монанд мансуб буданд. Дар байни кӯдакони гипотрофия духтарон 57 (55,3%) ва писарон 46 (44,7%)ро ташкил меоданд. Бо мақсади муайян намудани фаъолияти ферментативии ҳуҷайраҳои хун ба 103 нафар кӯдаки гирифтори гипотрофия, новобаста аз дараҷаи вазнинӣ тадқиқоти ситохимиявӣ гузаронида шуд. Инчунин фаъолияти ферментҳои мубодилаи энергетикӣ ва  $\alpha$ -ГФДГ (алфа-глицерофосфатдегидрогеназа) муайян карда шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи сабук каме паст шудани фаъолияти СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ мушоҳида карда шуд. Дар гурӯҳи беморони гирифтори намуди миё-

наи вазнини гипотрофияи пастшавии назарраси ҳарду намуди нишондодҳои дегидрогеназаҳо, дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳои гурӯҳи кӯдакони назоратшаванда ва гурӯҳи кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи сабук мушоҳида карда шуд. Ҳамзамон дар кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи вазнин ба таври ниҳоят аён паст шудани нишондодҳои СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар муқоиса бо кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи сабук ва кӯдакони солим муайян карда шуд ( $p < 0,001$ ).

Дар муқоиса бо нишондодҳои бадастомадаи фаъолияти ферментҳои сикли Кребс, яъне ферментҳои СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар лимфоситҳои хун вобаста аз дараҷаи зухурёбии гипотрофия фарқияти назарраси нишондодҳои ҳарду ферментҳои дегидрогеназӣ муайян карда шуд. Таҳлили коррелятсионӣ вобастагии мустақими байни фаъолияти ферментҳои мубодилавии СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ-ро бо нишондоди гемоглобини хун ( $r=0,82$ ;  $0,84$  мутаносибан) нишон дод.

**Калимаҳои калидӣ.** ихтилоли музмини гизоӣ, сустинкишофёбии дарунибатнӣ, мубодилаи ҳуҷайравӣ, СДГ (суктсинатдегидрогеназ),  $\alpha$ -ГФДГ ( $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназ).

## ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПИТАНИЯ

Х.Р. Зурхолова

*Зурхолова Хайринисо Рахмоновна - кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделом неонатологии НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан. E.mail: zurholova@mail.ru, тел.: 93-555-25-08.*

Для достижения поставленной цели было обследовано 103 ребёнка с задержкой внутриутробного развития и из данного количества у 61 ребёнка (60%) развилась гипотрофия в возрасте от 2 мес. до 2 лет с 2015-2017гг, находившихся на стационарном лечении в отделениях неонатологии НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии патологии детей раннего возраста ГУ НМЦ РТ "Шифобахш".

В контрольную группу вошли 30 здоровых детей, приближённых к исследуемым группам по возрасту и полу. Среди пациентов с гипотрофией было 57 (55,3%) мальчиков и 46 (44,7%) девочек соответственно. С целью определения ферментативной активности клеток крови проведено цитохимическое исследование у 103 детей с гипотрофией всех степеней тяжести. Выявили активность ферментов энергетического обмена:



СДГ (сукцинатдегидрогеназы) и  $\alpha$ -ГФДГ (альфа-глицерофосфатдегидрогеназы). В группе детей с гипотрофией легкой степени тяжести обнаружено некоторое снижение активности СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. В группе больных с гипотрофией средней степени тяжести обнаружилось значимое снижение показателей обеих дегидрогеназ по сравнению с аналогичными данными групп детей из контрольной и легкой степени гипотрофии. В то же время у детей с гипотрофией тяжелой степени в показателях обнаружено явное снижение средних значений СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ по сравнению с подобными показателями здоровых детей и больных с легкой степенью ги-

потрофии ( $p < 0,001$ ). При сравнении полученных результатов показателей активности ферментов цикла Кребса СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ в лимфоцитах крови в зависимости от степени выраженности гипотрофии выявлено значимое отличие в показателях ферментативной активности обеих дегидрогеназ. Корреляционный анализ выявил непосредственную зависимость средней активности основных ферментов метаболизма СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ с уровнем гемоглобина крови ( $r = 0,82; 0,84$  соответственно).

**Ключевые слова.** Хроническое расстройство питания, задержка внутриутробного развития, клеточный метаболизм, СДГ (сукцинатдегидрогеназа),  $\alpha$ -ГФДГ ( $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназа).

## FEATURES OF CELLULAR METABOLISM IN CHILDREN WITH CHRONIC MALNUTRITION

Kh.R. Zurholova

*Zurholova Khairiniso Rahmonovna - c. m. s., associate professor, head of the department of neonatology research institute of obstetrics, gynecology and perinatology of the Republic of Tajikistan, E.mail: zurholova@mail.ru, phone.: 93-555-25-08.*

To achieve this goal, 103 children with intrauterine growth retardation and 60 children with hypotrophy aged 2 months up to 2 years were examined during 2015-2017 years, who were hospitalized in the departments of neonatology and pathologists of early age SI NMC RT "Shifobakhsh".

The control group included 30 healthy children, closed to the studied groups by age and sex. Among patients with hypotrophy there were 57 (55.3%) boys and 46 (44.7%) girls, respectively. In order to determine the enzymatic activity of blood cells, a cytochemical study was conducted in 103 children with hypotrophy of all degrees of severity. The activity of enzymes of energy metabolism was revealed: SDG (succinate dehydrogenase) and  $\alpha$ -GPDH (alpha-glycerophosphate dehydrogenase). In the group of children with mild hypotrophy, a slight decrease in the activity of SDG and  $\alpha$ -GPDH was found in comparison with the corresponding indicators of the control group. In the group of patients with moderate hypotrophy, a significant

decrease in the indices of both dehydrogenases was found in comparison with the similar data of groups of children from the control and mild degree of hypotrophy. At the same time, in children with severe hypotrophy indicators, a clear decrease in the mean values of SDG and  $\alpha$ -GPDH was found in comparison with similar indicators of healthy children and patients with mild hypotrophy ( $p < 0.001$ ). When comparing the obtained results of the activity indicators of the enzymes of the Krebs cycle of SDG and  $\alpha$ -GPDH in blood lymphocytes, depending on the severity of hypotrophy, a significant difference was found in the indices of the enzymatic activity of both dehydrogenases. Correlation analysis revealed a direct dependence of the average activity of the main metabolites of SDG and  $\alpha$ -GPDH metabolism with the level of blood hemoglobin ( $r = 0.82; 0.84$ , respectively).

**Keywords:** chronic malnutrition, intrauterine growth retardation, cellular metabolism, SDG (succinate dehydrogenase),  $\alpha$ -GPDH ( $\alpha$ -glycerophosphate dehydrogenase).



**Муҳимият.** Номусоидҳои экологӣ ва як қатор омилҳои номусоиди иҷтимоӣ боиси афзоиши босуръати фати кӯдакон ва махсусан кӯдакони синни бармаҳал гардида истодаанд [2,5,6]. Ҳамзамон дар сохтори бемориҳои кӯдакони вайроншавии музмини гизогирӣ мавқеи баландро ишғол менамоянд. Гипотрофия - ҳолати заминавии нисбатан паҳншудаи соҳаи бемориҳои кӯдакон ба ҳисоб меравад. Дараҷаи паҳншавии гипотрофия аз тараққиёти иҷтимоиву иқтисодии кишвар вобастагӣ дошта бошад ҳам, вале дар мамлакатҳои мутараққӣ низ нишондоди баланди гипотрофия мушоҳида карда мешавад. Дар Федератсияи Русия дараҷаи паҳншавии гипотрофия 6-8%-ро ташкил дода дар оилаҳои дорои ҳолати иҷтимоии паст ин нишондод то 15%-ро ташкил мекунад [4]. Дар кишвари мо низ нишондоди ин беморӣ баланд аст (29% дар соли 2009)[2]. Норасогии сафеда ҳамчун зинаи асосии этиопатогенетикии гипотрофияи гуруснамони дохилиҳучайравӣ, вайроншавии равандҳои ферментативӣ ва норасогии митохондриалӣ ҳамради аст [1]. Равандҳои таъмини энергия дар лимфоситҳои вайроншуда аксуламалҳои осқиду барқароршавӣ паст мешавад ва пардаи ҳучайравӣ низ [7,8] вайрон мешавад. Аммо то ҳол омӯзиши мукаммали ҳолати мубодилаи ҳучайравӣ дар кӯдакони гирифтори гипотрофия дар ҷумҳурии мо гузаронида нашудааст.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши ҳолати мубодилаи ҳучайравӣ дар кӯдакони гирифтори вайроншавии музмини гизогирӣ.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Барои дастрасӣ ба мақсади пешбинишуда 103 нафар кӯдаки аз 2 моҳа то 2 солаи дар давоми солҳои 2015-2017 дар шӯъбаҳои навзодони ПИТАГ ва Г ва бемориҳои кӯдакони синни бармаҳали МД ММТ ҚТ- "Шифобахш" дар табабати статсионарӣ қарордошта тадқиқ карда шуданд.

Ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ 30 кӯдаки аз рӯи синну сол ва чинсашон ба гурӯҳи кӯдакони тадқиқшавнада монанд, мансуб буданд. Дар байни кӯдакони гирифтори гипотрофия мутаносибан 57 (55,3%) нафар писарон ва 46 (44,7%) нафар духтарон қарор доштанд. Бо мақсади муайян намудани фаъолияти ферментативии ҳучайраҳои хун дар

103 кӯдаки гирифтори гипотрофияи дараҷаи I, II ва III тадқиқоти ситохимиявӣ гузаронида шуд. Фаъолияти ферментҳои мубодилаи энергетикӣ, яъне СДГ (сукцинатдегидрогеназаҳо) ва  $\alpha$ -ГФДГ (алфа-глицерофосфатдегидрогеназаҳо) муайян карда шуд. Барои муайянкунии фаъолияти СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ митохондриалӣ дар лимфоситҳои хуни канорӣ усули Нахлас (М. М. Nachlas) ва бо шакли модификатсионии Р. Н. Нартсиссов истифода бурда шуд. Қоркарди омории натиҷаҳои тадқиқот бо ёрии барномаи мутобикқардашудаи "Statistica 6.0", ки ҳисобкунии бузургии миёна (М) ва хатоҳои стандартиро (m) дарбар мегирад гузаронида шуд. Муқоисаҳои мураккаб дар байни гурӯҳҳо аз рӯи Н-критерияи Крускал-Уоллис ва муқоисаҳои ҷуфт аз рӯи U-критерияи Манн - Уитни гузаронида шуд. Муқоисаҳои ҷуфт вобаста аз интиҳоб аз рӯи T-критерияи Вилкоксон гузаронида шуд.

**Натиҷаи тадқиқот.** Тадқиқотҳои гузаронидашуда муайян намуданд, ки дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи сабук каме пастшавии фаъолияти СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар муқоиса бо чунин нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ ҷой дорад. Дар гурӯҳи беморони гирифтори гипотрофияи дараҷаи миёна пастшавии назарраси нишондодҳои ҳарду дегидрогеназаҳо дар муқоиса бо ҳамин нишондодҳои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ва кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи сабук мушоҳида карда шуд.

Ҳамзамон дар кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаи вазнин пастшавии мутлақи нишондодҳои миёнаи СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар муқоиса бо ҳамин нишондоди кӯдакони солим ва беморони гирифтори намуди сабуки гипотрофия мушоҳида карда шуд.

Ҳангоми муқоиса намудани натиҷаҳои бадастомадаи нишондодҳои фаъолияти ферментҳои сикли Кребс, яъне СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ дар таркиби лимфоситҳои хун вобаста аз дараҷаи зухуроти гипотрофия фарқияти назаррас мушоҳида карда шуд. Таҳлили коррелясионӣ аз вобастагии мустақами байни нишондодҳои СДГ ва  $\alpha$ -ГФДГ бо нишондоди гемоглобини хун ( $r=0,82; 0,84$  мутаносибан) шаҳодат медиҳад.

**Чадвали 1. - Нишондодҳои ситохимиявии беморони гирифтори гипотрофия (n=103)**

Нишондодҳо	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи I (гипотрофия дараҷаи сабук) (n=20)	Гурӯҳи II (гипотрофия дараҷаи миёна) (n=22)	Гурӯҳи III (гипотрофия дараҷаи вазнин) (n=30)
СДГ	17,46±0,02	14,86±0,03 p<0,001	11,53±0,04 p<0,001	9,51±0,05 p<0,001
α-ГФДГ	12,78±0,02	10,68±0,03 p<0,001	8,52±0,04 p<0,001	6,84±0,03 p<0,001

**Хулоса.** Омӯзиши мубодилаи моддаҳо дар лимфоситҳо ва муносибияти онҳо нисбат ба дигар нишондодҳои ҳуҷайраҳои хун дар кӯдакони гирифтори вайроншавии музмини физогирий муҳим буда, ҳамзамон дар мавриди он дигаргуниҳои назарраси динамикӣ, ки бо равиши босуръати афзоиш ва инкишоф меёбанд ва суръати пайдоиши дигаргуниҳои мубодилавӣ дар сатҳи ҳуҷайравӣ бо сикли Кребс алоқамандии зич доранд. Ҳамин тавр, тадқиқоти ситохимиявии

гузаронидаи мо аз пастшавии назарраси фаъолияти ферментҳои асосии митохондриялии сикли Кребс дар лимфоситҳо (СДГ ва α-ГФДГ) шаҳодат дод, ки ин нишондод нишондиҳандаи пастшавии раванди мубодилаи моддаҳо дар ҳамаи узву системаҳо, аз ҷумла дар узвҳои масунӣ ба ҳисоб меравад ва далели афсурдашавии масунияти ғайриҳоса дар кӯдакони гирифтори вайроншавии музмини физогирий мебошад.

**АДАБИЁТ**

1. Иванова И.И. Клинические проявления нарушения клеточного энергообмена при соматических заболеваниях у детей / И.И. Иванова, С.Ф. Гнусаев, А.А. Ильина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2018. - Т.63, №2. - С.27-31.
2. Медико-демографическое исследование Таджикистана 2012. Душанбе, Таджикистан Calverton, Maryland, USA: АС, МЗи ICF International.: 174-176
3. Нарциссов Р.П. Диагностические и прогностические возможности клинической цитохимии в педиатрии / Р.П. Нарциссов // Вестник Гиппократ. - 1998. - №1 - С.10-26.
4. Печкуров Д.В. Распространённость, структура и клиническая характеристика гипотрофии по данным госпитализации в отделение младшего возраста / Д.В. Печкуров, Е.С. Липатова, Н. А. Володина // Здоровье и образование в XXI веке. - 2006. - №12. - С.593-594
5. Хайров Х. С. Изучение пищевого статуса женщин и детей в Республике Таджикистан / Х. С. Хайров, К. Исмонов // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. - 2014. - №2. - С. 53-60.
6. Хлебовец Н.И. Гипотрофия у детей раннего возраста / Н.И. Хлебовец // Практикующему врачу. - 2015. - №3. - С. 45-49.
7. Царегородцев А.Д. Митохондриальная медицина - проблемы и задачи. / Царегородцев А.Д., Сухоруков В.С // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - №4. - С. 4-13.
8. Cloonan S.M. Mitochondria: commanders of innate immunity and disease? / S.M. Cloonan, A. M. Choi // Curr. Opin. Immunol. - 2012. - V. 24, №1. - P. 32-40



## ИЛЛАТИ СИСТЕМАИ ПЕШОБРОН ДАР КЌДАКОНИ СИННИ БАРВАҚТ ХАНГОМИ СЕПСИСИ СТАФИЛОКОККЌ

**Н.А. Абдуллаева, О.Ф. Хайдарова, М.Р. Қодирова**

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакона (мудири кафедра н.и.т. дотсент Л.А. Бабаева) -и ДДТТ ба номи Абўалї ибни Сино. Шуъбаи нефрологии МДМТ -и "Истиклол"

*Абдуллаева Наргис Абдумавлоновна - н.и.т., ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдаконаи Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 918-61-00-27*

*Хайдарова Ойгул Фазлидиновна - н.и.т., муаллимаи калони кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдаконаи Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, E.mail: oigulfazl@jmail.com, тел: 988-58-96-91*

*Қодирова Мавлюда Раҳмонбердиевна - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдаконаи Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, E.mail: ktavlud@mail.ru, тел: 235-00-91*

Паҳншавии сирояти стафилококкї дар кўдакони соли аввали ҳаёт, дар қатори бемориҳои сироятии дигар этиология, хеле зиёд мебошад. Дар натиҷаи истифодаи васеи антибиотикҳо дар тамоми соҳаҳои тиб, аксаран бе истифодаи назоратї ва беасоси онҳо, ба пайдо шудан ва паҳн шудани устувориҳои микроорганизмҳо, махсусан стафилококкҳо

боис шуданд. Тағйирот дар нишондиҳандаҳои пешоб хангоми сепсиси стафилококкї дар кўдакони синни барвақт хеле зиёд вохўрда, пайдоишашон гуногун шуда метавонад ва бояд лоиқи таваччуи табиб-педиатрҳо бошанд. Пайвастшавии манбаи септики дар гўрдаҳо чараёни бемории асосиро дучанд сохта пешгўии онро бад мекунад.

## ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра пропедевтики детских болезней (заведующий кафедрой к.м.н. доцент Л.А. Бабаева) ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Отделение нефрологии ГУ КЗ Истиклол.

*Абдуллаева Наргис Абдумавляновна - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 918-61-00-27*

*Хайдарова Ойгул Фазлидиновна - к.м.н., старший преподаватель кафедры пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: oigulfazl@jmail.com, тел: 988-58-96-91*

*Кадырова Мавлюда Раҳмонбердиевна - ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: ktavlud@mail.ru, тел: 235-00-91*

Распространенность стафилококковой инфекции у детей первого года жизни является очень высокой, наряду с инфекционными заболеваниями другой этиологии. В результате широкого применения антибиотиков во всех областях медицины часто бесконтрольное и не обоснованное использование их привело к появлению и распространению устойчивости микроорганизмов,

особенно стафилококков. Изменения в показателях мочи при стафилококковом сепсисе у детей раннего возраста встречаются довольно часто, могут быть различного происхождения и должны заслуживать пристальное внимание педиатров. Присоединение септического очага в почках отягощает течение основного заболевания и ухудшает его прогноз.



## THE DAMAGE OF URINARY SYSTEM IN CHILDREN OF AN EARLY AGE ON STAPHYLOCOCCOSIS

Department of propaedeutics of children diseases (Head of the department, c.m.s, associate professor Babaeva L.A.) ATSMU. Nephrology department of SI CH ISTIKLOL.

*Abdullaeva Nargis Abdumavlyanovna* - c.m.s., assistant of Propaedeutics of Children Diseases Department of Avicenna TSMU, E.mail: nargis0027@jmail.com, ph.: 918-61-00-27

*Khaidarova Oygul Fazliddinovna* - c.m.s., senior teacher of Propaedeutics of Children Diseases Department of Avicenna TSMU, E.mail: oigulfazl@jmail.com ph.: 988-58-96-91

*Kadirova Mavluda Rahmonberdievna* - Assistant of Propaedeutics of Children Diseases Department of Avicenna TSMU, E.mail: kmavlud@mail.ruph.: 235-00-91

The prevalence of staphylococcosis in children of the first year of life is very high along with infectious diseases of a different etiology. As a result of the wide application of antibiotics in all fields of medicine, often uncontrolled and unjustified their use, led to the emergence and spread of microbial

resistance, especially staphylococcus. The changes in urine indicators at staphylococcal sepsis in young children occur quite often may be of different origin and must deserve pediatricians' attention. Joining a septic focus in the kidney aggravates the flow of the underlying disease and worsens its prognosis.

**Муҳимият:** Паҳншавии сирояти стафилококкӣ дар кӯдакони соли аввали ҳаёт, дар қатори бемориҳои сироятии дигар этиология, хеле зиёд мебошад. Дар натиҷаи истифодаи васеи антибиотикҳо дар тамоми соҳаҳои тиб, аксаран бе истифодаи назоратӣ ва беасоси онҳо, ба пайдо шудан ва паҳн шудани устувории микроорганизмҳо, махсусан стафилококкҳо боис шуданд. Штаммҳои госпиталии стафилококкҳо офати шубҳаҳои таваллудхонаҳо, бемориҳои кӯдакона ва чарроҳӣ шуда, паҳншавии стафилококки патогенӣ зиёд шудааст.

Стафилококк ба пӯст, ноф, гӯшу чашмҳо, роҳи ҳозима, гурдаҳо, шушҳо ва ба дигар узвҳо осеб расонда, боиси сирояти мавқеии фасодӣ ё инкишофи сепсис шуда метавонад. Сепсиси стафилококкӣ шаклу вариантҳои гуногуни чараён бо полиморфизи симптомҳои клиникӣ дорад. Яке аз зухуроти аксаран пешгӯии беморию бадқунандаи сепсис, иллати гурдаҳо мебошад.

Хусусият ва дараҷаи осебёбиҳои гурдаҳо хангоми сепсис дар кӯдакони синни барвакт яке аз мушкилоти актуалӣ ва муҳимми дар нефрологияи муосир мебошад. Дар бисёр гирифторони бемории сепсис, дар пешоб тағйирот қайд мешаванд. Иллати гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн дар намуди гематурия ва пиурия дар 10 аз 30 гирифтори бемории сеп-

сис қайд мешаванд. Тағйирот дар пешоб тақрибан дар ҳамаи беморони септикӣ, хусусияти кӯтоҳ муддат дошта, назаррас набуданд ва бенишон нест мешуданд. Дар ҳолатҳои дигар протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, мавҷудияти цилиндрҳо муддати нисбатан зиёд муайян карда мешуданд ва возеҳияти онҳо ҳамчун нефрит ё пиелонефрит дар натиҷаи паҳншавии гематогении сироят баҳо дода мешуд.

Дар 30 кӯдаки аз 1 то 3 моҳи мубталои намудҳои гуногуни сепсис, тағйирот дар намуди синдроми пешоб дар 1/3 бемор қайд шуд, 2/3 беморон аз сепсиси шакли вазнин азият мекашиданд ва симптомокомплекси пиелонефрит доштанд. 20%-и кӯдакони ширмаки гирифтори пиелонефрит, дар давраи навзодӣ бемориҳои фасодию сепсисиро аз сар гузаронданд.

Ба зуд-зуд гирифторшавӣ ба раванди патологӣ дар кӯдакони синни барвакт, норасидагии нефронҳо, сустӣ ва дисфунксияи сохторҳои мушакии ҳавзаҳо ва ҳолибҳо мусоидат мекунад, боздории болиғшавии системаҳои ферментии каналчаҳо дар филтратсияи ками назарраси калобачавӣ ва камшавии қобилияти концентратсионии гурдаҳо зухур меёбад. Инкишофи нокифоя ва ноболиғии функционалии системаи марказӣ ва вегетативӣ, хусусиятҳои иммунитет дар





ин синну сол ва сенсibiliзатсияи баланд ба стафилококк, ба сироятёбӣ ва генерализатсияи раванд мусоидат мекунад.

Омилҳои эҳтимолии осебёбиҳои гурдаҳо дар кӯдакони моҳи аввали ҳаёт, ба монанди ҳуди сепсис, токсикозҳои дери ҳомилагӣ мебошанд, ки ба камшавии резистентнокии умумии иммунологии организми кӯдак мусоидат карда, боиси вайроншавиҳои мубодилаҳои обу намак, сафеда ва дигар намудҳои мубодила боис мешаванд.

Ба ғайр аз ин, тибқи баъзе маълумотҳои адабиёт, токсикози дери ҳомилагӣ дар нисфи ҳолатҳо дар занҳои гирифтори пиелонефрит дар якҷоягӣ меояд, ки хавфи сироятёбии дохилибатниро зиёд карда, сабабгори басомади зиёди бемориҳои фасодию сепсисии кӯдакони давраи навзодӣ, аз ҷумла, пиелонефрит мешавад.

Дар беморон мавҷуд будани осеби дохили косахонавии валодатӣ, норасӣ таваллудшудагон, гипотрофияи пренаталӣ ва постнаталӣ, рахит, диатези экссудати виюкатаралӣ, гузариши барвақт ба ғизои омехта ва сунъӣ низ, омилҳои эҳтимолии патологияи мазкур ҳангоми шароитҳои муайян мебошанд.

Ниҳоят, омилҳои нисбатан муҳимми эҳтимолии инкишофи пиело-нефрит, аз ҷумла ба монанди зуҳури сепсисии стафилококкӣ, аномалияҳои гуногуни модарзодии гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн мебошанд. Дар кӯдакони аз якчандрӯза то 6-моҳаи мубталои патологияҳои гуногуни модарзодии системаи пешоброн, дар 71% пиелонефрит қайд мешавад.

Ҳамин тавр, пиелонефрит дар кӯдакони синни барвақти ширмакӣ, аксаран бемории дуюмин буда, ҳамчун бемории вазнини фасодию илтиҳобӣ чараён мекунад ва се сабаби асосӣ дорад: нуқсонҳои инкишофи системаи ихроҷкунӣ, дисфунксияҳои болиғшавӣ ва рушди диспропорсия. Дар 7% гирифторони бемории пиелонефрити сини барвақти ширмакӣ, вулвовагинит ошкор карда шуд, ки пайи мутобиқи худро ба манзараи клиникаи беморӣ гузошта, бо сабаби монандии синдроми пешоб ҳангоми ҳар беморӣ ташхиси пиелонефритро душвор

мегардонд.

Дар писарон шаклҳои бо минбаъда инкишофи баланопостит воমেҳӯрад, ки боиси пиурия шуда, ба ворид шудани сироят бо роҳи бароянда мусоидат мекунад.

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши хусусият ва басомади осеби гурдаҳо дар беморони сепсисии стафилококкӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳлили ретроспективии 50 таърихи бемории беморони иллати системаи пешоброни ҳангоми сепсисии стафилококкӣ чараёнкунанда, дар кӯдакони синни барвақти соли 2018 дар Маҷмааи "Истиқлол" муолиҷакарда, гузаронда шуд. Ташхис дар асоси анамнези беморӣ ва дар маҷмӯи маълумотҳои клиникаю озмоишгоҳие гузошта мешуд, ки динамикашон зеро таъсири табобати доиршаванда ҳамчун меъёри баҳодихии самаранокӣ муолиҷа хизмат мекард.

Анамнези муфассали акушерӣ, нишондиҳандаҳои клиникӣ (хусусияти хати қачи ҳарорат), таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили биохимиявии хун, таҳлили пешоб тибқи усули Нечипоренко, ТУС-и системаи пешоброн ва дар натиҷаҳои тағйироти бактериологӣ, хусусиятҳои иммунологӣ ва ҳолати реактивияти организми кӯдак ба назар гирифта мешуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Зери мушоҳидаи мо 50 кӯдаки аз якмоҳа то 2-солаи мубталои сепсисии стафилококкӣ қарор доштанд. Дар пешоби 30 нафари онҳо тағйирот ошкор карда шуд. Дар ин гурӯҳ вобаста ба синну сол, беморон ба таври зерин ҷудо карда шуданд: аз якмоҳа то 6-моҳа - 15 кӯдак, аз 6-моҳа то яксола-10 кӯдак, аз яксола то 2-сола - 5 кӯдак. Аз инҳо: 17-писар ва 13-духтар.

Ду кӯдак дар анамнез норасид қайд шуда буданд, 29 кӯдак бо зуҳуроти энсефалопатияи перинаталӣ буданд. Чор кӯдак дар ҳолати гипотрофияи дараҷаи 1 таваллуд шуданд. 35 модар дар давраи ҳомилагӣ бемориҳои илтиҳобӣ (фурункулез, холетситит, аднексити музимн, тонзиллити музимн, ангина, СШРВ)-ро аз сар гузаронданд. Бист зан гирифтори пиелонефрит, даҳ зан гирифтори нефропатияи ҳомилагӣ буданд. Бо ток-



сикози барвакти ҳомилагӣ - 23 модар, валодатҳои патологӣ дар 4 нафар қайд шуданд. Дар хӯрониши барвакти сунъӣ 17 кӯдак, дар хӯрониши омехта - 5 қарор доштанд. Зухуроти диатези аллергӣ дар 20 кӯдак мушоҳида шуд. Гипотрофияи дараҷаи I дар лаҳзаи ба беморхона қабулшавӣ дар 15 кӯдак, гипотрофияи дараҷаи II-7 ва дараҷаҳои II-III дар 3 нафар қайд шуд. Бо рахити дараҷаҳои I - II 27 кӯдак гирифтӣ буданд.

Аввалин маротиба бемори сирояти стафилококкӣ 15 кӯдак дар 2-моҳагӣ, 4 - нафар пас аз 2-моҳагӣ барои муолиҷа қабул шуданд, боқимондаҳо бо авчгирии сепсис дар синну соли гуногун муроҷиат карданд.

Дарвозаҳои даромади сироятҳо дар 12 кӯдак омфалит, дар 15-энтероколит, дар 3 - стафилодермияи пӯст, дар 7 нафар бемориҳои шуш қайд шуда, дар 13 кӯдак патологияи системаи пешоброн мушоҳида шуд.

Ташхиси сепсис дар асоси анамнез, зухуроти клиникаи бемориҳо ва маълумотҳои лабораторӣ гузошта шуд. Мушоҳидаҳои клиникӣ нишон доданд, ки кӯдакони синни барвакт бештар бемори сепсис шуда, душвор ва ба худ хос ҷараён мекунад. Қайд кардан лозим аст, ки вазнинии ҷараёни сепсисро муайянкунанда, хусусиятҳои иммунологӣ ва ҳолати реактивияти организми кӯдак мебошад. Аломатҳои доимии сепсис: баландшавии ҳарорати бадан аз рақамҳои субфебрилӣ то фебрилӣ дар 45 бемор муайян шуданд. Беҳолии кӯдакони ба мавҷуд набудан ё камшавии рефлексҳои макидан ва фурубарӣ, беиштиҳои, қайқунӣ, вазнпартоӣ, зиёдшавии токсикоз ва аломатҳои анемия мушоҳида шуданд.

Таҳқиқотҳои бактериологии хун дар 21 бемор кишти стафилококки тиллоӣ, дар 14 бемор -эпидермалӣ, дар 3 бемор *Klebsiella* ва дар 2 - кишти *E.coli*-ро дод. Аммо натиҷаҳои манфии киштҳои бактериолгӣ ташхиси сепсисро ҳангоми мавҷудияти анамнези хос ва клиникаи беморӣ истисно накарданд. Натиҷаи манфии гемокишт бо табобати проводимой раннее зиддибактериалии пеш аз ин доиркарда, душвории гирифтани микдори зиёди хун барои кишт дар кӯдакони ё вобаста мавҷудияти гиперкоагу-

лятсия ҳангоми токсикози возеҳ. Ҳамаи ин эҳтимолияти чудошавии микрофлораро аз хун кам мекунад. Дар 12 нафар сабаби беморӣ микст-сироят (стафилококк якҷоя бо протей, чӯбчаи рӯда ва чӯбчаи фасоди кабуду сабзранг) буд, буд ки вазнинии махсуси ҷараёни бемориро муайян мекард.

Нишондиҳандаҳои гематологӣ дар кӯдакони мубталои ҷараёни вазнинии сепсис бо лейкоцитоз ё лейкопения, нейтрофилезом бо дигаргунӣ ба тарафи чап, камшавии эозинофилҳо, анемия ва бо тағшиншавии босуръати эритроцитҳо тавсиф мешуданд.

Аз рӯи хусусияти тағйирот дар пешоб, беморон се гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 32 гирифтӣ шаклҳои гуногуни сепсис дохил шуданд, ки тағйироти пешобашон бо протеинурия (аз пайҳои то 0,066%), лейкоцитурия то 10-15, эритроцитурия -- 1-3, цилиндропурия-1 - 2 в поле зрения тавсиф меёфт. Дар 10 бемор, ҳангоми мавҷудияти сафеда таҳлили умумии пешоб, тағйирот танҳо дар озмоиши Нечипоренко (лейкоцитҳо то 3- 6 ҳазор, эритроцитҳо 1,5 - 2 ҳазор) мушоҳ. Кишти пешоб, ки дар 8 бемор гузаронда шуд, дар 3 ҳолат натиҷаи манфӣ дод, дар 3 ҳолати дигар стафилококки эпидермалӣ, дар 2 ҳолат чӯбчаи рӯда кишт карда шуд. Бактериурия дар худуди меъёр буд. Тағйироти мазкур дар нишондиҳандаҳои пешоб кӯтоҳмуддат буда, ба зухуроти возеҳи токсикоз мутобиқат карда, ҳамчун синдроми пешоб аз ҳисоби гурӯҳи "токсикӣ" баҳодиҳӣ карда шуд.

Гурӯҳи дуюмро 17 кӯдак (10 писар ва 7 духтар)-е ташкил карданд, ки дар таҳлили умумии пешоб протеинурия аз пайҳои то 0,165%, лейкоцитурия аз 10 то 60, эритроцитурия аз 0 - 1 то 40 дар майдони мушоҳида буд, цилиндропурия қайд шуд. Муоинаи бактериологӣ тухмхосилшавии фаровони стафилококк аз 100 ҳазор ҷисмҳои микробӣ дар 1 мл ва зиёда аз инро нишон дод. Дар 2 бемор чӯбчаи рӯда шуд. Таҳқиқоти ҳолати функционалии гурӯҳаҳо (11 бемор) баландшавии азоти боқимондаро дар ягон бемор ошкор накард. Тағйирот дар пешоб муддати зиёд боқӣ монда, баъзан камтар ва баъзан зиёдтар мешуданд. Особҳои ҳангоми



сепсиси чунин хусусият ошкоршудаи гурдаҳо, ҳамчун зухуроти пиелонефрит дар натиҷаи метастазкунӣ аз нахустманбаи сироят баррасӣ мешавад.

Ҳангоми муоинаи се кӯдаки синни барвақт, дар динамикаи мушоҳида қатъиян ташҳиси пиелонефрит бо шубҳа ба аномалияи системаи роҳи пешоброн муайян карда шуд. Тибқи анамнез ду модар гирифтори бемории пиелонефрит буданд. Тамоми кӯдакон минбаъд ба шуъбаи нефрологӣ гузаронда шуданд.

Дар гурӯҳи сеюм дар 2 бемори мубталои чараёни вазнини давраи перинаталӣ ва клиникаи возеҳи сепсис, иллатёбии вазнини гурдаҳо бо инкишофи синдроми гемолитикоуремия мушоҳида шуд.

Асоси онро бавучудой, зери таъсири сирояти равандҳои иммунопатологӣ дар саҳти эндотелияи рағҳо, эритроцитҳо ва тромботситҳо, бо минбаъда инкишофи рағҳои гурдаҳо ва инкишофи лахташавии диссеминированного дохилирагӣ, вайроншавии микротсиркулятсия бо иллати бештари рағҳои рағҳо ва инкишофи некрози калобачаҳо ташкил мекунад. Дар беморон дар заминаи токсикоз пас чанд муддат якуякбора рангпаридагӣ, тобиши зардҷаи пӯст, синдроми бавосир, гепатоспленомегалия, вайроншавии диспептӣ ва неврологӣ дар намуди ихтилоҷҳо (рагқашӣ)-ҳо, тирашавии хуш ва кома қайд шуд. Олигоанурия, протеинурия 1,65 - 3,3.% эритроцитурия 10 - 30, лейкоцитурия 10-15, цилиндрурия 4 - 5 дар майдони биниш ҳамроҳ шуданд. Дар гемограмма камшавии эритроцитҳо то 1,5 - 2 млн, гемоглобин - 5-6 г% муайян шуда, ретикулотситоз, анизо-вапайкилотситоз қайд шуданд. Миқдори тромботситҳо то ба 100-150 ҳазор камтар мешуд. Азоти боқимонда то 80 -120 мг,%, билирубини мустақим - то 1,2-10 мг% зиёд мешуд. Якуякбора замони лахташавии хун кӯтоҳтар шуда, афзоиши интоксикатсияи беш аз ҳад бо шиддатгирии алоими мунташири лахташавии дохилирагии хун қайд шуд, ки дар натиҷа беморон фавтиданд.

Дар як бемори мубталои чараёни вазнини сепсиси рӯда, аз ҳисоби вайроншавии

возеҳи мубодилаи обу электролит ва вайроншавии метаболӣ, беморӣ бо норасоии функционалии шадидаи гурда чараён мекард. Оқибати беморӣ матлуб буд.

Муолиҷаи доиркардаи сепсиси стафилококкӣ маҷмӯи буд ва табобати умумии антибактериалӣ, инфузионӣ (бо мақсади дезинтоксикатсия ва коррексияи вайроншавии метаболӣ), кортикостероидӣ, десенсибилизирующую, иммунотерапияи спетсификиро дар бар мегирифт. Дар давраи дери ҳолати септикӣ-дистрофӣ ва баъзе ҳолатҳо, бо мақсади стимулятсия, гемотрансфузияро истифода мекардем. Барои баланд бардоштани иммунитетӣ ғайриҳос, витаминҳои В6, В12, сиклоферонҳо, арбидол, бронхомунал, апилак истифода мешуданд. Ҳангоми дисбактериоз, бифидумбактерин, бифиформ бэби, бификол, калибактерияҳо, нистатин таъйин мекардем. Табобати посиндромӣ, профилактика ва муолиҷаи лахтабандии диссеминатсияшудаи дохилирагӣ мегузарондем. Ба кӯдакони ғизои сунъӣ истеъмолкунанда, бештар омехтаҳои шири туршшуда медедем.

Ҳангоми сепсиси пиелонефрити ҳамроҳкунанда, дар ҳолати таъйинитабобати антибактериалӣ, ба интиҳоби маводи доруии дорои фаъолнокии зиёди таъсир ба барангезандаи беморӣ ва дорои захронокии камтарин аҳамият медедем. Антибиотикҳои нефротоксикиашон камтарин, антибиотикҳои гурӯҳи пенитсиллин, инчунин сефалоспаринҳои наслҳои 1-3 шуморида мешаванд. Маҳсулҳои нитрофуран, фурагин ва фурамагро истифода мекардем. Дар намуди обҷӯшҳо, бемориҳо чойкаҳак, хуч, мармарак, газна ваҳаланҷак истеъмол мекарданд. Истифодаи витаминҳо, стимуляторҳои биогенӣ, НУБ бояд ба пухта расидани сохторҳои норасидаи системаи пешоброн мусоидат мекард.

Бо инкишофи синдроми гемолитикӣ-уремикӣ, пешгӯии бемории хеле вазнин, ба воёи 1 - 1,5 мг ба 1 кг вазн кортикостероидҳо илова карда, дар як шабонарӯз 150 - 200 воҳ. ба 1 кг вазн, зери назорати муддати лахтабандии хун, гепарин ворид мекардем. Аз рӯи нишондодҳо, ингибиторҳои фибринолиз



(контрикал, кислотаи эпсилон-аминокап-рон) таъйин мекардем. Табобати инфузи-онӣ маҳлулҳои гипертонии глюкоза, реопо-лиглюкин, гемодезро дар бар мегирифт. Дар парҳез намак, моеъ ва сафеда маҳдуд карда мешавад.

Қайд кардан лозим аст, ки муолиҷаи ги-рифторони бемории синдроми гемолитико-уремӣ душвор буда, оқибатҳои зиёди фав-тият қайд мешавад ва гузарондани муоли-ҷаро дар шӯъбаи реаниматсионӣ талаб ме-кунад. Ҳангоми синдроми гемолитикӣ-уремӣ, истифодаи барвақти гемодиализ но-вобаста аз дараҷаи интоксикатсияи уремӣ имкон дорад. Гемодиализ бо гепаринизат-сияи умумӣ ва гузарондани хуни ба тозагӣ гепаринизатсишуда, ба қатъ кардани лахта-шавии паҳншудаи дохилирагӣ ва гемолиз, ҳамзамон ба муътадилсозии мубодилаи обу электролит имкон медиҳад.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, тағйирот дар ни-шондиҳандаҳои пешоб ҳангоми сепсиси ста-

филококкӣ дар кӯдакони синни барвақт хеле зиёд вохӯрда, пайдоишашон гуногун шуда метавонанд ва мутахассисони педиатрияро мебояд ба он диққати махсус диҳанд. Пай-вастшавии манбаи хун дар гурдаҳо, ҷараё-ни бемории асосиро мушкул ва пешгӯии онро бад мекунад. Таҳқиқи пешобро дар гирифторони бемории сепсис якчанд маро-тиба гузарондан лозим аст; озмоиши Нечи-поренкоро низ барои ошкор кардани пато-логияи истифода кардан мебояд. Ба нақшаи ташхиси клиникӣ озмоишгоҳӣ муоинаи гинекологиро дохил кардан зарур аст. Дар ҳолати ошкоршавии пиелонефрит, махсу-сан ҳангоми ҷараёни упрноми он, муоинаи рентгеноурологӣ барои ошкорсозии анома-лияи инкишофи системаи пешоброн, раванди поддерживающей илтиҳобӣ, доир кар-дан муҳим аст. Ҳангоми зарурат, барои аниқ кардани ташхис, беморон бояд дар шароити шӯъбаи нефрологӣ ба муоина фаро гирифта шаванд.

## АДАБИЁТ

1. Самсыгина Г.А. Антибактериальная терапия сепсиса у детей. Лекции по педиатрии. М., 2005. 524 с
2. American Academy of Pediatrics: Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children. Pediatrics vol.103 N4 April 2016, pp. 843-852.
3. Jacobsson B., Esbjorner E., Hansson S. Minimum incidence and diagnostic rate of first urinary tract infection. Pediatrics. 2014 Aug; 104(2 Pt 1): 222-6.
4. Яцык Г.В., Сепсис у новорожденных с поражением МВС. В кн. "Руководство по педиатрии. Неонатология". М.: Династия, 2007. С. 337-352.
5. Ривкин А.М. // Лечащий врач. - 2012. - №1. - С.60- 62.
6. Станкевич З.А., Сукало А.В., Зайцева Е.С., Тур Н.И. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей. - Мн.: Технопринт, 2012. - 35с
7. Nuutinen M., Uhari M., Murphy M.F. et al. Clinical guidelines and hospital discharges of children with acute urinary tract infections. Pediatr Nephrol. 2014 Jan; 13(1): 45-9.
8. Reddy P.P., Redman J.F. The management of childhood urinary tract infection. J Ark Med Soc . 2015 Nov; 99(5): 156-8.



## ҲОЛАТИ ТОЛЕРАНТНОКИИ ИММУНОЛОГӢ ДАР ҚУДАКОНИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТҲОИ ДОХИЛИБАТНИИ ОМЕХТА

**К. И. Исмоилов, М. А. Юсупова, Ш. С. Музаффаров**

Кафедраи бемориҳои қудаконаи №2 ДДТТ (мудири кафедра д.и.т., профессор Исмаилов К.И.)-и ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Исмоилов Комилҷон Исроилович, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои қудаконаи №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ 139, тел.: +992985127845, E-mail: IsmoilovKismoilov@mail.ru*

*Юсупова Мукарамхон Аслоновна, ассистенти кафедраи бемориҳои қудаконаи №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино: 734055, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Дехоти 23/5 х. 26, тел.: +992935033223, E-mail: Aslankizi@yandex.ru*

*Музаффаров Шамшод Сабохатиллоевич, ординатори клиникӣ кафедраи бемориҳои қудаконаи №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино: 734041, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Сана 3/2 х. 60, тел.: +992939307344, E-mail: Sha.zavr@mail.ru*

Дар мақолаи мазкур муаллифон натиҷаи тадқиқоти толерантнокии иммунологии 60 қудакони навзоди бемори гирифтори сироятҳои дохилибатнии омехтаро пешниҳод намудаанд, ки ин миқдор гурӯҳи I-и (75%) тадқиқотиро ташкил дода 20 нафар (25%) қудакони дигар ба гурӯҳи назоратӣ мансуб буданд. Ба қудакони навзоди тадқиқшуда тадқиқотиҳои умумиклиникӣ, биохимиявӣ ва бактериологӣ гузаронида шуда таҳлили иммуноферментӣ ва ҳолати иммунӣ таъин карда шуда буд. Ҳолати қудакони навзоди мазкур дар вақти воридшавӣ ба беморхона ҳамчун вазнин ва ниҳоят вазнин баҳогузори карда шуда буданд. Беморӣ дар ин қудакон бо намуди раванди септикийи густурда бо чалби ҳамаи узвҳову системаҳо, бо оризаҳо бо намуди норасогиҳои полиорганӣ ва садмаи сироятӣ-токсикӣ ва фавт 10 (17%) гузашт.

Дар таҳлили нишондодҳои масунияти гуморалӣ баландшавии нишондоди IgA ва IgM ва инчунин пастшавии нишондоди IgG дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ба назар мерасид. Дар мавриди таҳлили нишондодҳои масунияти ҳуҷайравӣ пастшавии миқдори Т лимфоситҳои болиғ, зернамуди Т ва В лимфоситҳо дар ҳуни канорӣ мушоҳида карда шуд. Инчунин пастшавии фаъолияти

фагоситарӣ ва нишондоди фагоситарӣ ба назар мерасид. Дигаргуниҳои бадастомада метавонанд дар заминаи таъсири сироятҳои урогениталии модар ба системаи масунии тифл ва навзод, бо вайроншавии механизмҳои танзимкунандаи масуният ва норасогии зинаҳои ҳуҷайравӣ гуморалии масуният ба амал оянд.

**Хулоса:** Дигаргуниҳои аз ҷониби системаи масунияти хос ва ғайрихоса муайяннамудаи мо эҳтимолияти таъсири манфӣ расонидани сироятҳои дохилибатнӣ ва инкишофёбии вайроншавии мувозинати системаи масуниро баланд намуда маҳз ҳамин нишондодҳо талаб мекунад, ки ба табобати этиотропии беморон маводҳои дорувории беҳтаркунандаи масуният илова карда шавад.

Дар мавриди табобати сироятҳои дохилибатнӣ чун дигар чараёнҳои сироятиву илтиҳобӣ ба навзодон низ табобати этиотропӣ (табобати зиддимикробӣ ва зиддивирӯсӣ), симптоматикӣ, танзимкунандаи масуният ва метаболитикӣ таъин карда мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** сироятҳои дохилибатнӣ, сироятҳои модарзодӣ, алоими TORCH, табобати ислоҳкунандаи масуният,



## СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СМЕШАННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**К.И. Исмаилов, М.А. Юсупова, Ш.С. Музаффаров**

Кафедра детских болезней №2 (заведующий кафедрой: д.м.н, профессор Исмаилов К.И)  
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Исмаилов Комилджон Исраилович, д.м.н., профессор кафедры детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Рудаки 139, тел: +992985127845, E-mail: IsmoilovKismoilov@mail.ru*

*Юсупова Мукаррамхон Аслановна, ассистент кафедры детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино: 734055, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дехоти 23/5, кв. 26, моб: +992 935033223, E-mail: Aslankizi@yandex.ru*

*Музаффаров Шамшод Сабохатиллоевич, клинический ординатор кафедры детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино: 734041 Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сана 3/2 кв. 60, тел: +992939307344, E-mail: Sha.zavr@mail.ru*

В данной работе авторами даны результаты исследования иммунологической толерантности 60 больных новорожденных с внутриутробными смешанными инфекциями, что составило I группу исследования (75%) и 20 больных контрольной группы (25%). Обследованным новорожденным были проведены общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, иммуноферментный анализ и иммунный статус. Состояние новорожденных при поступлении в стационар расценено как тяжелое и крайне-тяжелое. Заболевание у больных протекало в виде генерализованного септического процесса с вовлечением в процесс всех органов и систем, с частыми осложнениями в виде полиорганной недостаточности и инфекционно-токсического шока, с летальным исходом 10 (17%).

При анализе показателей гуморального иммунитета отмечалось повышение IgA и IgM и снижение IgG по сравнению с контрольной группой. При анализе показателей клеточного иммунитета отмечалось снижение числа зрелых Т лимфоцитов, субпопуляции Т и В лимфоцитов в периферической крови новорожденных. Также отмечено сни-

жение фагоцитарной активности и фагоцитарного числа. Отмеченные изменения могли быть вызваны воздействием возбудителей урогенитальной инфекции матери на иммунную систему плода и новорожденного, с нарушением иммунорегуляторных механизмов и недостаточностью клеточного и гуморального звена иммунитета.

**Выводы.** Обнаруженные изменения в системе специфического и неспецифического звена иммунитета, вероятнее всего, явились следствием негативного воздействия на организм новорожденного, в частности, на его иммунную систему возбудителей внутриутробной инфекции, что привело к развитию дисбаланса в иммунной системе, диктующего необходимость подключения к этиотропной терапии иммунокорректирующего лечения.

При лечении ВУИ, как и при всех инфекционно-воспалительных процессах у новорожденных, используется этиотропная (противомикробная и противовирусная), симптоматическая, иммунокорректирующая и метаболическая терапия.

**Ключевые слова:** внутриутробные инфекции, врожденные инфекции, TORCH синдром, иммунокорректирующая терапия.



## THE CONDITION OF IMMUNOLOGICAL TOLERANCE IN CHILDREN WITH MIXED INTRAUTERINE INFECTION

K.I. Ismoilov, M.A. Yusupova, Sh.S. Muzaffarov

Department of children diseases №2 (Head of the department d.m.s., professor Ismoilov K.I.) of Avicenna TSMU

*Ismoilov Komiljon Isroilovich - d.m.s., professor of the department of children diseases №2 of ATSMU: 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki 139, mob: +992985127845, E-mail: IsmoilovKismoilov@mail.ru*

*Yusupova Mukarramkhon Aslonovna - assistant of the department of children diseases №2 of ATSMU: 734055, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Dehoti 23/5 str., apart. 26, mob: +992935033223, E-mail: Aslankizi@yandex.ru*

*Muzaffarov Shamshod Sabohatilloevich, clinic ordinator of the department of children diseases №2 of ATSMU: 734041, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sana 3/2 str., apart. 60, mob: +992939307344, E-mail: Sha.zavr@mail.ru*

In this paper, the authors gave the results of the study of immunological tolerance of 60 newborn patients with intrauterine mixed infections, which made up the I group of the study (75%) and 20 patients of the control group (25%). The surveyed newborns were carried out clinical, biochemical, bacteriological studies, immune-enzyme analysis and immune status. Newborns condition at admission to the hospital is regarded as severe and extremely - severe. The disease flowed in patients in the form of a generalized septic process involving all organs and systems in the process, with frequent complications such as multiple organ failure and infectious-toxic shock and fatal outcome 10 (17%).

On analyzing the indices of humoral immunity, there was an increase of IgA and IgM and a decrease of IgG in comparison with the control group. In the indices analysis of cellular immunity, there was decrease the number of mature T-lymphocytes, subpopulation of T and B-lymphocytes in the peripheral blood of newborns. The decrease in phagocytic activity

and phagocytic number was also noted. These changes could be caused by the influence of pathogens of the urogenital infection of the mother on the immune system of the fetus and newborn, with impaired immunoregulatory mechanisms and insufficiency of the cellular and humoral immunity.

**Conclusions.** Identified changes in specific and non-specific component of immune system, most likely resulted from the negative impact on the body of the newborn in particular on the immune system causative agents of intrauterine infection and the development of imbalances in the immune system that dictate about the need to connect to etiotropic treatment of immunocorrective treatment.

In the treatment of IUI, as in all infectious and inflammatory processes in newborns, aetiropic (anti-microbial and antiviral), symptomatic, immunocorrective and metabolic therapy are used.

**Key words:** intrauterine infection, congenital infection, TORCH-syndrome, immunocorrective treatment.

**Муҳиммият.** Дар мувофиқа бо нишондо-дҳои умумии адабиётҳои тиббӣ оид ба кӯда-кон зиёда аз 10 % -и кӯдакони навзод дар дохили батнӣ модар бо вирусҳо ва микро-организмҳои гуногун сироятнок мешаванд. Мувофиқи маълумотҳои кумитаи таҳлилға-рони ТУТ (рамзи маъруза №660, 1984), тақ-рибан 1,5%-и кӯдакон дар давраи антена-

талӣ бо вируси ситомегалӣ, тақрибан 1%-ашон бо барангезандаи токсоплазмоз ва 3%-и онҳо дар марҳилаи интранаталӣ бо хламидияҳо сироятнок мешаванд. Чуноне, ки маълум аст 20-30% -и занҳои қобили та-валлуд бо токсоплазмоз ва дар 50 -70 %-и ин занҳо бо вируси ситомегалӣ сироятнок-шуда мебошанд. Айни замон сироятҳои до-



хилибатнӣ дар инкишофёбии беморнокии тифлӣ, маъюбият ва фавти беморон нақши назаррас доранд ва бинобар ҳамин ҳам бояд нишондоди мазкур дар мавриди мукамал-созии гумонбарӣ аз бемориҳо, ташхисгузорӣ ва пешгириву табобати бемориҳои сироятӣ-илтиҳобӣ дар марҳилаи навзодӣ ба назар гирифта шавад. Сироятҳои дохилибатнӣ ва махсусан намудҳои омехтаи он дар байни сабабҳои баамаловарандаи оқибатҳои перинаталии номусоид нақши муҳим доранд ва нишондодҳои мазкур омӯзиши ҳамаҷонибаи ин масъаларо талаб мекунад.

**Мақсади тадқиқот:** Омӯзиши ҳолати толерантнокии иммунологӣ дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнии омехта.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** Дар тадқиқоти мазкур ҳолати толерантнокии иммунологӣ дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнии омехта, дар пойгоҳи Маркази Миллии Тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шуъбаи бемориҳои навзодон омӯхта шуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он.** Дар чараёни тадқиқот 60 нафар беморони гирифтори сироятҳои дохилибатнии муштарак таҳти омӯзиши мо қарор гирифта буд, ки гурӯҳи 1-ро ташкил меоданд (75%) ва 20 нафар беморони назоратшаванда, ки гурӯҳи 2-ро (25%) ташкил намуда буданд омӯхта шуд. Ҳолати беморон ҳангоми воридшавӣ ба беморхона вазнин ва ниҳоят вазнин баҳогузори қарда шуда буд. Бемориҳои мазкур дар беморон бо чараёни септикии паҳншуда гузашта ба чараёни патологияи мазкур ҳамаи узву системаҳои организми кӯдакон ҷалб гардидаанд ва беморӣ бо як қатор оризаҳо бо намуди норасогиҳои полиоргани, садамаи сироятӣ-захрӣ ва фавти 10 нафари онҳо (17%) гузашт. Дар беморони гурӯҳи омӯзишӣ ҳангоми таҳлили нишондодҳои масунияти гуморалӣ миқдори Ig A ва Ig M нисбати гурӯҳи назоратшаванда баланд шуда инчунин дар гурӯҳи мазкур пастшавии миқдори Ig G ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми таҳлили нишондодҳои масунияти ҳуҷайравӣ дар таҳлили хуни канории навзодон пастшавии миқдори Т-лимфоситҳо, зернамуди Т ва В-лим-

фоситҳо ба назар мерасид. Инчунин дар беморон пастшавии фаъолияти фагоситарӣ ва миқдори фагоситҳо низ ба назар мерасид. Дигаргуниҳои бақайдгирифташуда метавонад дар вақти таъсири барангезандаи сироятҳои роҳи шошаву таносули модар ба масунияти тифли дохили батн ва кӯдаки навзодро ба амал ояд ва боиси тағйирёбии механизми танзимкунандаи масуният ва норасогиҳои масунияти ҳуҷайравӣ гуморалӣ гардад.

Бо дарназардошти мувофиқ будани дараҷаи вазнинии бемориҳои сироятӣ-илтиҳобии маҷрои шошаву таносули модар ва дараҷаи зарарёбии тифл ва инчунин дар марҳилаҳои антенаталӣ постнаталӣ номувофиқиятро дар ташхисгузори сироятҳои дохилибатнӣ барои муаянкунии намудҳои клиникаи иммунологии ҳолатҳои патологӣ дар марҳилаи неонаталии давраи навзодӣ дар кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ таваллуд шудаанд муҳим мебошад ва он имкон медиҳад, ки меъёрҳои пешбинӣ намудани инкишофи беморӣ ва ташхисгузори сироятҳои дохилибатнӣ ва инчунин усулҳои тафриқавиро нисбати танзими масуният (иммунокоррекция) дар давраи неонаталӣ асоснок қарда шавад.

Дар мавриди табобати сироятҳои дохилибатнӣ чун дигар чараёнҳои сироятиву илтиҳобӣ ба навзодон низ табобати этиотропӣ (табобати зиддимикробӣ ва зиддивирӯсӣ), симптоматикӣ, танзимкунандаи масуният ва метаболитикӣ таъин қарда мешавад. Табобати метаболитикӣ табобатест, ки бо маводҳои доруворӣ бехтаркунандаи биоэнергетикаро дар сатҳи ҳуҷайравӣ ва ангишидидиҳандаи чараёнҳои биосинтезӣ гузаронида мешавад ва он аз 2 маҷмӯа иборат аст. Маҷмӯаи аввал, ки дар давоми 10 рӯз гузаронида мешавад аз кокарбоксилаза, рибофлавин моноклеотид, кислотаи липоевӣ, пантотенати калсий ва токоферол атсетат иборат аст. Маҷмӯаи 2-юм пас аз 7-10 шабонарӯзи таъин намудани маҷмӯаи аввал таъин қарда мешавад ва он рибоксин, калия оротат, пиридоксалфосфат, токоферол ацетат ва кислотаи фолиевӣ иборат аст.





Қайд кардан ба маврид аст, ки қабул намудани табобати хос дар якҷоягӣ бо маводҳои дорувории метаболитикӣ дар таҷрибаи мо боиси тез ҷараён гирифтани зухуроти мусбати клиникӣ лаборатории беморӣ (дар 10-14ум шабонарӯз) гардида аломатҳои мазкур ба таври назаррас паст гардида сипас тадричан аломатҳои захролудшавии умумии организм нопадид гардиданд, манбаҳои фасодии сироят нисбатан беҳтар тоза гардиданд, вазнирии бемор низ хуб гардид ва эритроцитҳо баланд (бо баландшавии миқдори эритроцитҳо гемоглобин дар хуни канорӣ) гардид. Дар собиқаи баъди беморӣ дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ беморнокиҳои сироятиву ҷисмонӣ ба таври назаррас кам

шуда ҳафви маъҷубият ва ғавтият низ ниҳоят паст гардид.

**Хулоса:** Дигаргуниҳои аз ҷониби системаи масунияти хос ва ғайрихосамауайянна-мудаи мо эҳтимолияти таъсири манфӣ расонидани сироятҳои дохилибатнӣ ва инкишофёбии вайроншавии мувозинати системаи масуниро баланд намуда маҳз ҳамин нишондодҳо талаб мекунад, ки ба табобати этиотропии беморон маводҳои дорувории беҳтаркунандаи масуният илова карда шавад.

Дар мавриди табобати сироятҳои дохилибатнӣ чун дигар ҷараёнҳои сироятиву илтиҳобӣ ба навзодон низ табобати этиотропӣ (табобати зиддимикробӣ ва зиддивирӯсӣ), симптоматикӣ, танзимкунандаи масуният ва метаболитикӣ таъин карда мешавад.

### АДАБИЁТ

1. Абрамова И. В. Клинико-лабораторные критерии диагностики внутриутробных инфекций у новорождённых: дис... канд. мед. наук. Иваново, 2010. 9-10с.
2. Петрашева Е. Е. Клинико-микробиологические и иммунологические особенности новорождённых, находящихся на ИВЛ в группах с респираторным дистресс-синдромом и внутриутробными инфекциями: дис. канд. мед. наук. Челябинск, 2010.23-42с.
3. Русанова Н. Н. Клинико-иммунологические варианты патологических состояний у новорождённых, родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией: дис...М.,2009. 24-58с.
4. Безнощенко Г.Б. Внутриутробные инфекции. Новгород.: 2006.13-34с.
5. Бочарова И. И. Клинико-иммунологические варианты патологических состояний у новорождённых, родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией: дис... М., - 2009.19-26 с.

### МАСОИЛИ МУОЛИҶАИ ИСЛОҶИ МАСУНИЯТ ДАР МУОЛИҶАИ КОМПЛЕКСИИ КАМХУНИИ ИРСИИ ГЕМОЛИЗӢ ДАР КӢДАКОН

**К.И.Исмоилов. Н.Н. Ходҷаева. Д.Б. Саидова**

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

*Саидова Дилноза Баҳромовна* ординатори клиникӣ кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *E.mail: Dilnoza Saidova.1990@mail.ru*, тел.: 881886988.

*Ходҷаева Никзан Назарбековна* номзади илмҳои тиббассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *E.mail: .khodjaevanikzan@mail.ru* 935002090

*Исмоилов Комилҷон Исроилович* - мудири кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, *E.mail: IsmoilovK@mail.ru*, тел: 985-12-78-45.



**Хулоса.** Барои арзёбии самаранокии муолиҷаи тасхеҳи масуният зимни муолиҷаи комплексии камхунии ирсии гемолизӣ (КИГ), аз ҷониби мо маълумотҳои 30 бемори гирифтори камхунии дараҷаи вазниниаш миёна ва вазнин таҳлил карда шуд, ки аз ин миён писарон 13 (43%) нафар ва 17 (57%)-и боқимондари духтарҳо ташкил медоданд. Гурӯҳи санҷишӣ аз 20 кӯдаки солим иборат буд.

Муолиҷаи маҷмӯии зидди камхунӣ ва тасхеҳкунандаи масуният гузаронида шуд,

ки боиси беҳтар гардидани зинаи ҳуҷайравӣ ва гуморалии масуният гардид. Дар натиҷа ба таври назаррас (ду маротиба) коҳиш ёфтани бемориҳои интеркуррентӣ зимни контингенти беморони мазкур ба мушоҳида расид. Натиҷаи мазкур далели самаранокии муолиҷаи гузаронидашуда ба ҳисоб меравад.

**Калимаҳои калидӣ:** камхунии ирсии гемолизӣ, масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ, муолиҷаи тасхеҳи масуният.

## К ВОПРОСУ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ

**Н.Н. Ходжаева, К.И.Исмаилов, Д.Б. Саидова**

Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино  
(заведующий кафедрой - д.м.н. профессор: Исмоилов К.И.)

*Саидова Дилноза Бахромовна - клинический ординатор 2-го года, кафедра детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Dilnoza Saidova.1990@mail.ru, тел.: 881886988.*

*Ходжаева Никзан Назарбековна - к.м.н. асс. кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино: khodjaevanikzan@mail.ru 935002090*

*Исмоилов Комилчон Исроилович -д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней №2 Таджикского Государственного Медицинского Университета им. Абуали ибни Сино. E.mail: IsmoilovK@mail.ru, тел: 985-12-78-45.*

Для оценки эффективности иммунокорригирующей терапии в комплексном лечении наследственной гемолитической анемии (НГА) нами проанализированы данные 30 больных с анемией средней и тяжелой степени, из них 13 (43%) мальчиков и 17 (57%) девочек. Контрольную группу составили 20 здоровых детей.

Проведена комплексная антианемическая и иммунокорригирующая терапия, ко-

торая привела к улучшению клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Результатом этого явилось заметное уменьшение (в 2 раза) интеркуррентных заболеваний у данного контингента больных. Это явилось доказательством эффективности проводимой терапии.

**Ключевые слова:** наследственная гемолитическая анемия, клеточный и гуморальный иммунитет, иммунокорригирующая терапия.

## TO THE QUESTION OF IMMUNOCORRECTIVE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIAS AT CHILDREN

**N.N. Khojaeva, K.I. Ismailov, D.B. Saidova**

Department of children diseases №2 of Avicenna TSMU (head of the department - d.m.s., associate Professor K.I. Ismoilov)

*Saidova Dilnoza Bahromovna - resident of the 2nd year of the department of children diseases №2 of Avicenna TSMU, E.mail: Dilnoza Saidova.1990@mail.ru, ph.: 881886988.*

*Khojaeva Nikzan Nazarbekovna -c.m.s., assistant of the department of children diseases №2 of Avicenna TSMU, E.mail: khodjaevanikzan@mail.ru, ph.: 935002090*



**Ismoilov Komiljon Isroilovich** - d.m.s., professor, head of the department of children diseases №2 of Avicenna TSMU. E.mail: IsmoilovK@mail.ru, ph.: 985-12-78-45.

For assessment of efficiency of immunocorrective therapy in complex treatment of the hereditary hemolytic anemia (HHA) we analyzed data of 30 patients with anemia of medium and severe degree, from them 13 (43%) boys and 17 (57%) girls. The control group was made by 20 healthy children.

Complex antianemic and immunocorrective therapy which led to improvement of

**Мухимият.** Камхунии ирсии гемолитиз (КИГ), ки аз мавқеи трансфузиология ва гематология хуб омӯхта шудааст, ҳар чи бештар таваҷҷуҳи мутахассисони соҳаҳои дигари тиб, аз ҷумла педиатрияро ҷалб менамояд [1,4,5]. Бо сабаби ҳичрати доимии аҳоли дар рӯйи замин давлате пайдо кардан амри маҳол аст, ки дар он бемории камхунии ирсии гемолитиз ба қайд гирифта нашуда бошад. Тибқи маълумоти ТУТ дар дунё тақрибан 10 млн нафар гирифтори норасоии фаъоли Г-6-ФДГ ва зиёда аз 300 млн нафари дигар ҳомилони гемоглобини ҳалалёфта мебошанд, ки аксари онҳо Осиеи Ҷанубу Шарқӣ, аз ҷумла Тоҷикистон ба умр сар мебаранд [6]. Раванди гемолитиз, зимни КИГ ҳомилони генҳои нуқсондорро ба таъсири омилҳои муҳит хеле ҳассос ва ба бемориҳои басомадашон зуд-зуд пайдошавандаву оризаҳо таъсирпазир мегардонад, ки сабаби чунин ҳолат норавшан боқӣ мемонад [2,

**Мақсади тадқиқот:** Арзёбӣ намудани таъсири муолиҷаи тасҳеҳкунандаи масуният зимни муолиҷаи комплекси КИГ дар мавриди кӯдакон.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот:** Аз ҷониби мо натиҷаи муолиҷаи 30 бемори гирифтори камхунии дараҷаи вазниниаш миёнаи КИГ мавриди таҳлил қарор гирифт, ки аз ин миён писарон 13 (43%) нафар ва 17 (57%) - и боқимондари духтарҳодар синни аз 2 то 15 соларо ташкил медоданд. Зимни муолиҷаи комплексӣ, даври муолиҷаи Т-фаъол илова карда шуд, ки истехсолкунандаи он Биомед ба номи Мечников - Россия ТАКТИВІН ба ҳисоб меравад. Препарат тӯли 10 рӯз соле аз як то се маротиба бо вояҳои терапевтӣ таъйин карда шуд. Гур-

cellular and humoral components of immune system was carried out. The marked reduction (two times) was the result of intercurrent diseases at these groups of patients. It was the evidence of efficiency of the carried-out therapy.

**Keywords:** hereditary hemolytic anemia, cellular and humoral immunity, immunocorrective therapy.

ӯҳи қиёсро 37 бемори гирифтори патология, синну соли мувофиқ ташкил медод, ки ҳамагӣ муолиҷаи асосӣ гирифта буданд.

Муоинаи комплекси кӯдакон иборат буд аз: клиника - усули анамнезӣ, таҳлили морфологии хун ва мағзи устухон, тадқиқи иммунологии хуни ноҳиявӣ бо истифода аз тестҳои ташҳиси масунии дараҷаи 1 ва 2, тибқи Машини ва иммуноферментӣ, подтанҳои моноклиналӣ, ки ба кор бурда шуданд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.**

Дар мавриди беморони гурӯҳи як берангии пӯст бо тобиши мумшакл, беҳолӣ, гепатоспленомегалия (то 2-3см калон шудани сипурз аз зери канори камони қабурғаҳо)-и муътадил ба назар мерасид. Аз ҷониби системаи устухонҳо бошад, тағйирот. Дар шакли тамоюл ба ҳосилшавии косахонаи бурҷӣ ба назар мерасид. Пӯсти беморон, зимни беморони гурӯҳи ду, зардмонанди камнур буда, тобиши тирадошт. Деформатсияи косахонаи сар (35,5%), калон шудани ҷоғи боло ва коми готӣ (72,6%), фуру рафтани устухони бинӣ (83,9%) мушоҳида мегардид. Гепатоспленомегалия (калон шудани сипурз то 4-бсм). Гепатоспленомегалияи зухурёфта.

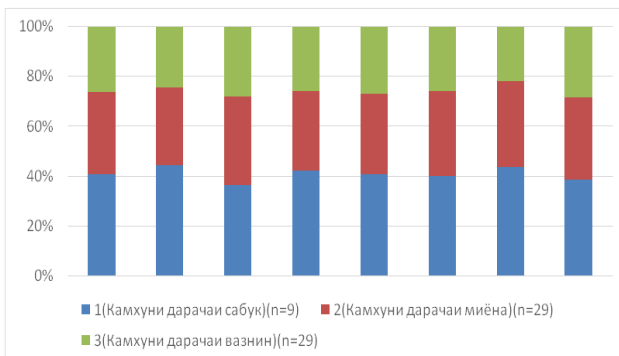
Пӯсти кӯдакони гурӯҳи сеи мавриди тадқиқ қарор гирифта, зардмонанди камнур, тобиши тирадошта ва луобпардаҳои зардшуда ба назар мерасид. Деформатсияи косахонаи сар, фуруравии устухони бинӣ (85,9%), дуршавии чашмхона ва буриши монголоидии чашм, барҷастагии мушакҳо, дандонҳои пешу ашк бо ҳалалёбии газ, нуқсонҳои дандонҳо (26,2%) (калон шудани сипурз ба зиёда аз бсм дар дар мавриди 25 (86,2%) беморон) хос буд.



Барои омӯзиши ҳолати масунияти махсус мо 30 беморни гирифтори КИГ-ро муоина намудем. Мувофиқи маълумотҳои ҳосилгардида дар беморони КИГ-и гурӯҳи аввал нишондиҳандаҳои Т-хучайра ва зерпопулятсияи онҳо аз меъёр фарқе надошт, вале тамоюл ба коҳишбӣ мушоҳида мегардид. Дар мавриди беморони гирифтори камхунӣ дараҷаи вазниниаш миёна, қиёсан ба гурӯҳи кӯдакони

солим, ба таври назаррас коҳиш ёфтани Т-лимфотситҳо бо маркерҳои гуногуни иммунологӣ (CD4.CD8.CD16) ( $p < 0,001$ ) ҷой дошт. Муқоиса намудани нишондиҳандаҳои миёнаи зерпопулятсияи Т-лимфотситҳо бо маркерҳои CD4. CD8 ИCD16 дар ин гурӯҳ беморон, бо нишондиҳандаҳои ҳаммонанди беморони гирифтори дараҷаи сабуки камхунӣ фарқияти дақиқ ( $p < 0,001$ ) ошкор гардид.

### Нишондиҳандаи масунияти хучайравӣ дар кӯдакони гирифтори КИГ



**Эзоҳ.** р-дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо дар гурӯҳи санҷишӣ:  $r^1$ -дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо зимни гурӯҳи як:  $r^1$ - дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо дар гурӯҳи ду.

Дар қиёс ба гурӯҳи кӯдакони солим ба таври назаррас коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои Т-хучайраҳо ва зерпопулятсияи онҳо ( $p < 0,001$ ), дар гурӯҳи беморони гирифтори камхунӣ дараҷаи вазнин ба назар мерасид. Ҳангоми муқоиса кунонидани нишондиҳандаҳои Т-лимфотситҳо бо ретсепторҳои CD4.CD8 ва CD16

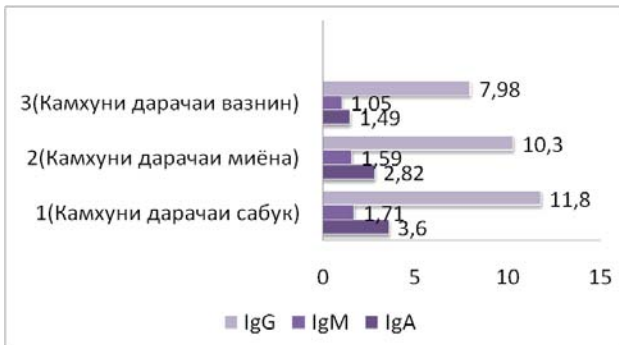
дар беморони гурӯҳи мазкур, бо нишондиҳандаҳои дахлдори кӯдакони гирифтори камхунӣ дараҷаи вазниниаш сабуқ ва миёна, фарқияти зиёди аниқ зоҳир карда шуд.

Нишондиҳандаҳои Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳо (CD4.CD8.CD16), дар мавриди беморони гирифтори дараҷаи сабуки НГА, дар ҳудуди қимаатҳои меъёрӣ қарор дошт, дар ҳоле ки зимни кӯдакони гирифтори камхунӣ миёна ва вазнин, нишондиҳандаҳои мазкур, дар кӯдакони солим қиёсан ба ҳаммонандҳои худ хеле коҳиш ёфта буд. Вазнинии синдроми камхунӣ ва миқдори гемоглабин дар хуни ноҳиявӣ, дараҷаи камшавии шумораи Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳоро муайян менамояд.

Натиҷаи таҳлили ҳамбастагӣ тасдиқи гуфтаҳо ба шумор меравад. Аз ҷониби мо робитаи ҳамбастагӣ байни миқдори гемоглабин (Hb) ва зерпопулятсияи лимфотситҳо дар хуни ноҳиявӣ (Hb ва CD16)  $r=0.59$ : (HbCD25)  $r=0.56$  зоҳир карда шуд. Тамоми қиматҳои нишондодашудаи коэффитсети ҳамбастагӣ дақиқанд ( $p < 0,001$ ). Натиҷаи тадқиқоти масунияти гуморалӣ дар ҷадвали 2 оварда шудааст



### Нишондиҳандаи иммуноглобулинҳои зардоби дар кӯдакони дорои КИГ, г/л



**Эзоҳ:** р-дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо дар гурӯҳи санҷишӣ: р<sup>1</sup>-дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо зимни гурӯҳи як: р<sup>1</sup>-дақиқии фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо чунинҳо дар гурӯҳи ду.

Тавре аз маълумотҳои чадвали 2 бармеояд, зимни беморони гирифтори камхунии дараҷаи сабук миқдори IgA.M.G дар зардоби хун амалан аз нишондиҳандаҳои ҳаммонанд дар гурӯҳи санҷишӣ фарқ намекард. Қайд кардан зарур аст, ки гирифтورشавӣ ба бемориҳои интеркуррентӣ, дар беморони гурӯҳи мазкур, аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи кӯдакони солим низ фарқ намекард.

Ҳамзамон ба таври аниқ кам шудани нишондиҳандаҳои миёнаи IgA.M дар зардоби хуни беморони гирифтори камхунии дараҷаи вазниниаш миёна дар қиёс ба ҳамин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи кӯдакони солим ошкор карда шуд. Зимнан нишондиҳандаи миёнаи IgG аз меъёр фарқ намекард, вале майл ба коҳиш ёфтандро дошт. Зимни гурӯҳи мазкур боло рафтани басомади бемориҳои илтиҳобӣ (соле 5-6 маротиба) мушоҳида мегардид.

Дар мавриди гурӯҳи беморони гирифтори дараҷаи вазнини камхунӣ қиёсан ба нишондиҳандаҳои ҳаммонанд, дар гурӯҳи санҷишӣ, ба таври назаррас кам шудани қимати миёнаи нишондиҳандаҳои IgAMG зоҳир шуд, ҳамзамон зимни кӯдакони ин гурӯҳ афзоиши зиёди басомади бемориҳои интеркуррентӣ (соле зиёда аз шаш маротиба) ҷой дошт.

Ҳангоми дар хуни беморони гирифтори дараҷаи вазнини КИГ муқоиса намудани

қимати миёнаи IgA.M .G бо нишондиҳандаҳои мувофиқи кӯдакони гирифтори дараҷаи сабук ва вазниниаш миёнаи КИГ ба таври намоён кам шудани консентратсияи онҳо ( $p < 0.001$ ) ошкор гардид.

Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои миёнаи иммуноглобулинҳо (A.M.G), дар кӯдакони гирифтори дараҷаи сабуки КИГ, аз нишондиҳандаҳои ҳаммонанд дар кӯдакони гурӯҳи санҷишӣ фарқ намекард. Ҳамзамон, муолиҷаи фраксияи иммуноглобулинҳои беморони гирифтори камхунии дараҷаи миёна ва вазнин қиёсан бо нишондиҳандаҳои мувофиқи кӯдакони солим ба таври назаррас кам ( $p < 0.001$ ) буданд ( $p < 0.001$ )

Роибтаи назарраси ҳамбастагӣ байни миқдори иммуноглобулинҳои Ig.A.M.G. ва консентратсияи гемоглобинҳои хун (мувофиқан  $r = 0,71$ ;  $r = 0,68$ .  $r = 0,67$ .) ошкор карда шуд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ҳосилшуда аз он дарак медиҳанд, ки дар кӯдакони гирифтори камхунии дараҷаи миёна ва вазнин кам шудани миқдори хучайраҳои В-лимфотситарӣ ( $CD20-14.0 \pm 0.69$ :  $11,8 \pm 1,31$  мувофиқан) ҷой дорад ва бешубҳа сабаби нокифоягии ҷавоби гуморалӣ ба шумор меравад.

Ҳамин тавр, зимни беморони КИГ ҳалалёбии зинаҳои гуморалӣ ва хучайравии масуният зоҳир гардид. Ин ҳолат аз он далолат мекунад, ки дар беморони гирифтори гиперсидеремия нокифоягии сонавии масунӣ ба назар мерасад. Бемории мазкур ҳангоми муолиҷаи патогенезӣ пурра бартараф намешавад ва маълум мешавад, ки истифодаи иммуномодуляторҳо дар комплекси муолиҷаи КИГ оқилона хоҳад буд.

Истифодаи Т-активин дар муолиҷаи беморони гирифтори камхунӣ (КИГ) боиси пурра пайдо шудани иштиҳо, беҳбудии аҳвол гардида, шикоятҳо аз беҳолӣро аз байн бурд. Зимнан берангии пӯшишҳои чилдӣ хеле коҳиш ёфтанд. Ҳангоми назорати катамнез дар зарфи 3-6 моҳ басомади пайдо шудани ОРВИ, пас аз ҷавоб шудан аз беморхона, амалан то се баробар коҳиш ёфт.

Ҳамин тавр, маълумотҳои ҳосилшуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар беморони

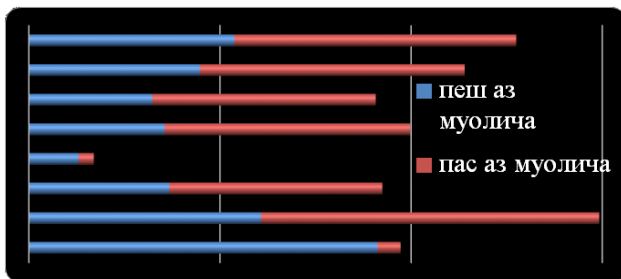
КИГ коҳиш ёфтани ретсепторҳое, ки фаъолшавии Т ва В-лимфоситҳоро тамғагузорӣ мекунад, бешубҳа ба кам шудани популятсияи хучайраҳои фаъоли Т ва В ишорат намуда, дар навбати худ хангоми камхунӣ боиси халалёбии ҷавоби мувофиқи

масуният ба агрессияи антигенӣ мегардад. Динамикаи нишондиҳандаҳои масунияти хучайравӣ ва гуморалӣ, пас аз шаш моҳи муолиҷаи тасхехкунандаи масуният, дар кӯдакони гирифтори КИГ дар ҷадвали 4 нишон дода шудааст.

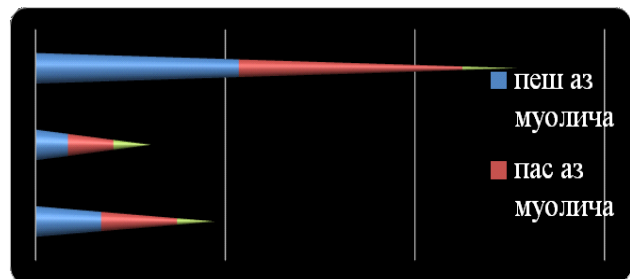
#### Ҷадвали 4

### Мақоми масунии кӯдакони гирифтори КИГ дар гурӯҳи асосӣ то муолиҷа ва пас аз шаш моҳи муолиҷа

#### Масунияти хучайравӣ



#### Масунияти гуморалӣ



Эзоҳ:\*( $p>0.005$ )\* $p<0.001$ -қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои масунияти хучайравӣ ва гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори КИГ то муолиҷа ва пас аз он.

Мувофиқи маълумотҳои зикргардида, дар ҷадвали 4, қимати миёнаи нишондиҳандаи лимфосит бо иммунофенотипҳои CD3.CD4.CD8.CD16.CD20.A, инчунин CD25 ва CD95, пас аз шаш моҳи муолиҷаи тасхехкунандаи масуният дар маҷмӯи муолиҷаи зиддиқамхунӣ ба таври назаррас зиёд гардид. Афзудани шумораи хучайраҳоро бо ретсепторҳои CD20 боло рафтани миқдори иммуноглобулинҳои А,М дар хун ( $p<0.001$ ) ҳамроҳӣ намуд ва миқдори иммуноглобулинҳои G бошад, каме зиёд шуду бас.

**Хулоса.** Муолиҷаи тасхехкунандаи масуният бо истифода аз Тактивин, дар маҷмӯъ бо муолиҷаи зиддиқамхунӣ беморони гирифтори КИГ, дар динамика боиси ба таври назаррас афзудани Т ва В-лимфосит ва зерпопулятсияи онҳо, инчунин болоравии миқдори иммуноглобулинҳои А,М,G дар хунгардид, ки албатта сабабгори ниҳоят кам шудани басомати бемориҳои интеркуррентӣ дар ин категорияи кӯдакони бемор низ ба шумор меравад.

### АДАБИЁТ

- 1.Алексеев Н.А. Гематология детского возраста. Н.А Алексеев-М. Гиппократ.2009 -1039с
- 2.Дидковский Н.А.и соавт.Влияния протока аргоновой плазмы на фагоциты и лимфоциты периферической крови больных вторичной иммунной недостаточностью с инфицированными ранами и язвами Эфферентная и физико-химическая медицина.№1.2010,34-41.
- 3.Дидковский Н.А и со автр. Уровень ряда провоспалительных цитокинов у больных синдромом хронической усталости и иммунной дисфункции, ассоциированным с герпес-вирусной инфекцией. Российский аллергологический журнал-2011-№4-.вып.1-Стр 214-216.
- 4.Жарова М.А. Определение вторичной иммунной недостаточности ассоциированной инфекцией при хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях и синдроме хронической усталости. Эфферентная физико-химическая медицина-2012.№4,с 24-38.
- 5.Малашенкова.И.К. Гурская.О.Г.ЗуйковИ.А. Роль лимфотропных вирусов в патогенезе синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции. Российский аллергологический журнал. - 2012-№4.Вып 1.с 193-195.
- 6.Руководство по лабораторной гематологии.Под.общ. ред. А.Н Воробьева -М: Практическая медицина. 2011. -352с.



## ВАЙРОНШАВИИ КОРИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САКТАИ МАҒЗИ САР

**М.Т. Ганиева, М.О. Исрофилов, М.Ч. Исокова.**

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тибби  
(мудири кафедра, н.и.т., Ганиева М.Т.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Ганиева Манижа Тимуровна - н.и.т., и.в. мудири кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: ganieva.manizha79@mail.ru, Тел.: +992 918 66 85 95;*

*Исрофилов Мақсудҷон Облобердиевич - н.и.т., ассистенти кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: Dr.Maks-55@mail.ru., Тел.: +992 935 35 00 55*

*Исокова Муҳайё Ҷӯрабоевна - ассистенти кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: Mухайо\_jurabaevna@mail.ru., Тел.: +992 907 74 69 29;*

Дар ин мақола натиҷаи тағйироти фаъолияти дил дар беморони гирифтори сактаи камхунӣ оварда шудааст. Таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори сактаи камхунӣ ҳамзамон иллати органикии дил ҳам мушоҳида мешавад. Сабти барқии дил яке аз усулҳои дақиқи иттилоотӣ (ин-

формативӣ) барои ташхиси бемориҳои дил мебошад, ки барои беморони бо вайроншавии шадиди хунгардиши мағзӣ ҳатмӣ мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** этилоли дил, вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар, сабти барқии дил.

## НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**М.Т. Ганиева, М.О. Исрофилов, М.Дж. Исокова**

Кафедра неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Ганиева Манижа Тимуровна - к.м.н., и.о. зав.кафедрой неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: ganieva.manizha79@mail.ru, Тел.: +992 918 66 85 95;*

*Исрофилов Мақсудҷон Облобердиевич - к.м.н., ассистент кафедры неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Dr.Maks-55@mail.ru, Тел.: +992 935 35 00 55*

*Исокова Муҳайё Ҷӯрабоевна - ассистент кафедры неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Mухайо\_jurabaevna@mail.ru, Тел.: +992 907 74 69 29;*

В этой статье приведены результаты изменения сердечной деятельности у больных с ишемическим инсультом. Анализы показали, что у больных с ишемическим инсультом одновременно наблюдается органическое поражение сердца. ЭКГ является одним из точных информативных методов для ди-

агностики заболевания сердца, проведение которого является обязательным у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Ключевые слова:** патология сердца, острое нарушение мозгового кровообращения, электрокардиограмма.

## HEART FAILURE IN THE PATIENTS WITH AN ACUTE STROKE

**M.T. Ganieva, M.O. Isrofilov, M.J. Isokova**

Department of neurology and basic of medical genetics of Avicenna TSMU

*Ganieva Manizha Timurovna - c.m.s., Head of Neurology and basic of medical genetics department of Avicenna TSMU, E-mail: ganieva.manizha79@mail.ru, Phone.: +992 918 66 85 95;*



*Isrofilov Maqsudjon Obloberdievich - c.m.s., Assistant of Neurology and basic of medical genetics department of Avicenna TSMU, E-mail: Dr.Maks-55@mail.ru., Phone.: +992 935 35 00 55*

*Isokova Muhayo Juraboevna - Assistant of Neurology and basic of medical genetics Department of Avicenna TSMU, E-mail: Muhayo\_Jurabaevna@mail.ru., Phone.: +992 907 74 69 29;*

The results of changing of the cardiac function in the patients with the ischemic stroke are brought in this article. Analyses showed that in patients with the ischemic stroke simultaneously is observed organic disorder of

**Муҳиммият.** Бемориҳои рағҳои рағзи сар яке аз масъалаҳои шадидтарини тиббӣ-ичтимоӣ мебошанд, ки ба ҷамъият зарари бузурги иқтисодӣ мерасонанд: онҳо сабаби асосии бистарикунӣ фаврӣ ва маъюбии дурру дароз мешаванд. Вобаста аз сабаби фавти аҳолии калонсол ҷои сеюм (аз рӯи маълумоти баъзе муаллифони ҷои дуюм)-ро ишғол намуда ва аз рӯи сабаби маъюбияти аввалиндараҷа бошад ҷои якумро мегиранд [1, 2]. Паҳншавии сактаи рағзи сар дар як сол дар ҷаҳон 460-560 ҳолатҳо ба 100 ҳаз. аҳолиро ташкил мекунад [2]. Агар аз рӯи эпидемиология, фавтият ва маъюбии беморони дорони беморони серброваскулярӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сухан ронем, гуфтаи лозим аст, ки дар минтақаи мо инҳо хусусиятҳои хоси худро доранд: ғизо ва вобаста ба ин гиперлипидемия, инкишофи тез-тези сактаи рағзи сар дар синни ҷавонӣ, маҳсусан дар солҳои охир маъюбии бештари беморон дар асоси набудани пешгирии ин патология.

Бемориҳои рағии серброваскулярӣ ва кардиалӣ аз рӯи пайдоиш алоқамандии зич доранд ва бештар ҳамрадиқ мебошанд. Ба меъёри фаъолияти кори дил дар давраи шадиди сактаи рағзи сар аҳамияти муҳим дорад ва ба оқибати (прогноз) беморӣ таъсири мусбӣ мерасонад [1, 2, 3].

Дар амалия ҷорикунӣ усулҳои муосири нейровизуализатсия ва дигар усулҳои муоинаи дил ва рағзи сар, имконияти омӯзиши алоқамандии этилоли кардиалӣ ва серб-ралоиро хеле васеъ ва амиқтар кардаанд. Алоқамандии кардиалӣ ва серброваскулярӣ ба умумияти як қатор омилҳои хатарӣ инкишофи бемории ишемикии дил (БИД) ва вайроншавии шадиди хунгардиши рағ-

the heart. ECG is the informative method for diagnostic of the heart diseases that must be done in the patients with stroke.

**Key words:** heart pathology, acute stroke, electrocardiogram.

зи сар (ВШХМС), механизмҳои патофизиологияи инкишофи сактаи дил ва сактаи рағзи сар, инчунин ба нақши хоси этилоли дил ҳамчун яке аз омилҳои асосии хатар дар патогенези сактаи рағзи сар вобастагӣ дорад [3, 4, 5].

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани вайроншавии кори дил ва оризаи он ба намуди вайроншавии шадиди гардиши хун дар рағзи сар. Омӯзиши зарурати ташхиси саривактии ин патология бо ёрии сабти барқии дил.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Кори тадқиқотӣ дар шӯъбаи асаби МД ММТ ҶТ гузаронида шуд. Ба тадқиқот 60 нафар аз синни 40 то 80 сола ҷалб карда шуданд, ки аз онҳо 34-то мардон ва 26-то занон буданд. Ҷамаи беморон ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд: 1-ум гурӯҳ аз 17 нафар аз синни 40 то 55 сола (11 нафар мардон ва 6 нафар занон), 2-юм гурӯҳ аз 23 нафар (14 нафар мардон ва 9 нафар занон) аз синни 56 то 70 сола ва 3-юм гурӯҳ аз 20 бемор (9 нафар мардон ва 11 нафар занон) аз синни 71 то 80 сола иборат буданд. Беморон дар асоси ҳолати фавқулода (ургентҳо) ба шӯъбаи асаб бо ташхиси ВШХМС ворид шуданд. Дар ҷараёни муоина ва табобат намуди вайроншавии гардиши хун дар рағзи сар аниқ шуд. Дар тадқиқот беморони бо ВШХМС бо намуди камхунӣ дохил кардаанд. Ҳангоми воридшавӣ ба ҷамаи беморон муоинаи сабти барқии дил (СБД) гузаронида шудааст.

Тағйирот дар СБД ҳангоми ВШХМС метавонад, ки бо ҳуди сактаи рағзи сар, ҳамрадиқ этилоли дил алоқаманд бошад, инчунин ба сактаи рағзи сар метавонад, ки вайроншавии шадиди хунгардиши коронарӣ ҳамроҳ шавад.





Тағйироти сабти барқии дили бевосита бо сактаи мағзи сар алоқаманд, ки ҳангоми ин метавонад як ё якчанд аломатҳои дар поён мавҷуд буда ба назар расад:

1) Дарозшавии назарраси систолаи барқии меъдачаҳо

2) Баландшавии амплитудаи дандонаи мусбати Т (баландии дандонаи Т аз 5 мм зиёд)

3) Зиёдшавии баландии дандонаи U (амплитудаи дандонаи U зиёда аз 1.5мм)

4) Пайдоиши дандонаи манфии Т, аксаран чуқурияш калон, ки бештар бо дарозшавии интервали QT якҷоя мешавад; дандонаи E метавонад низ ҳамвор шавад.

5) Қойивазкунии сегменти ST (болоравӣ ё депрессияи вай), барои осеби миокард хос аст

6) Бақайдгирии дандонаи патологӣ Q.

Ғайр аз ин, вайроншавии гардиши хун дар мағзи сар метавонад, ки ба пайдоиши дандонаи азимчуссаи мусбати Т бо амплитудаи калон, ки хеле ба тағйироти СБД ҳангоми камхунӣ (ишемия) монандӣ дорад,

оварда расонад. Баъзан тағйироти СБД нишонаҳои сактаи дилро ба хотир меорад. Аммо онҳо мумкин аст аз ҷониби дигар омилҳо (вайроншавии мувозинати электролитҳо, гипертрофияи меъдачаҳо, вайроншавии гузаронандагии дохили меъдачавӣ, инкишофи ҳамзамони сактаи дил ё ишемияи он, брадикардия, муҳосираи АВ, вайроншавии шадиди узвҳои ковокии шикам ва ғ.) вобаста бошанд. Тағйироти эътилолии СБД одатан аз ҳама зиёд дар баришҳои I, AVL, V4-V6 ба назар мерасад (Орлов В.Н., 2006).

#### Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Дар асоси шикоятҳо, собиқаи беморӣ, муоинаи объективӣ, усулҳои тадқиқоти озмоишӣ ва дастгоҳӣ дар 39 тадқиқотшавандагон ҳамрав эътилоли дил пайдо шуд: бемориҳои ишемикии дил (БИД) - дар 11 нафар, бемории фишорбаландӣ (ФБ) дар 18 тадқиқотшаванда ва БИД бо фишорбаландии шараёнӣ дар 10 беморон. Аз рӯи синну сол ва ҷинс тақсимои зерини беморон ба қайд гирифта шуд (ҷадв.1).

Ҷадвали 1. Тақсимои беморон аз рӯи синну сол ва ҷинс

	40-55		56-70		71-80	
	М	З	М	З	М	З
БИД	2	-	4	-	2	3
ФБ	6	3	5	3	-	1
ФБ+БИД	-	-	2	4	2	2

Аз рӯи натиҷаи (ҷадвали 2) маълум шуд, ки СБД-и меъерӣ танҳо дар 4 тадқиқотшавандагон ба назар расид. Тағйироти мушаххас ҳангоми намуди камхунӣ ВШХМС зоҳир нашуд. Тағйирот асосан бо эътилоли дилу-рағӣ дахлдор алоқаманд аст ва онҳо хеле гуногун мебошанд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон медиҳад, ки 12 нафар дар зарурати табобати фаврии эътилоли дил эҳтиёҷ доранд. Пеш аз ҳама, ин беморон бо тағйироти ишемикии қисматҳои алоҳидаи мушаки дил (миокард), бо вайроншавии назм (ритм) (ислоҳи зудии задани дил), инчунин беморони гирифтори вайроншавии гуногуни гузаронандагӣ мебошанд. Дар 20 беморон гипертрофияи меъдачаи чап ва пурбории (перегрузка) он муайян шуд, ки ба фишорбаландии шараёнӣ ислоҳнашаванда нишон медиҳад ва омили пешбарандаи хатари сактаи мағзи сар ба шумор меравад.

#### Хулоса

1. Вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар бо намуди камхунӣ амалан ҳамеша бо эътилоли дилурағӣ якҷоя ба назар мерасад. Он гоҳ дар тасвири клиникаи беморӣ фишорбаландии одатан бо маводҳои доругӣ ислоҳнашаванда бартарӣ дорад.

2. Сабти барқии дил яке аз усулҳои дақиқ барои ташхиси бемориҳои дил ба шумор меравад ва бояд яке аз тадқиқотҳои аввалини ҳатмии беморони дорои сактаи мағзи сар дар давраи шадид бошад.

3. Тағйироти сабти барқии дил ҳангоми сактаи камхунӣ ғайрихос мебошад ва бо эътилоли дил, ки бо сактаи камхунӣ якҷоя мегузарад, алоқамандаст.

4. Бо ёрии СБД метавон эътилоли дилро муайян кард, ки ба табобати фаврӣ эҳтиёҷ дорад, вай оқибати бемориро бештар мегардонад.



Чадвали 2. Тағйироти сабти барқии дил дар беморони мубталои сактаи мағзи сар

Тағйироти СБД	40-55		56-70		71-80	
	З	М	З	М	З	М
Вариантҳои меъёр	1	2		1		
Вайроншавии назм (ритм)						
Брадикардия						
Тахикардия			2			
Экстрасистолия					1	
Фибрилятсияи дахлезхо						1
Вайроншавии гузаронадагӣ						
Мухосираи (блокадаи) поячаи бастаи Гисс				2	2	3
Гипертрофияи меъдачаи чап (ГМЧ)	2	1	3	1	3	2
ГМЧ ва пурбории он				3	2	3
Тағйироти миокард						
Ишемияи миокард				1	2	2

### АДАБИЁТ

1. Винучик С.М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения / С.М. Винучик, Т.М. Черенько - К., 2003-120с.
2. Гусев Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007.- № 8. - с. 4-10.
3. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. - СПб.: ООО "Медлайн-Медиа", 2006.
4. Мачерет Е.Л. Справочник врача-невропатолога поликлиники / Е.Л. Мачерет, А.Я. Теленгатор. - К.: Здоровье, 1995-207с.
5. Мищенко Т.С. Эпидемиология неврологических заболеваний в Украине / Т.С. Мищенко. - НейроNEWS. -2008. -№ 3. -С.76-77.
6. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. / В.Н. Орлов -М.: МИА, 2006.-526с.
7. Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Профилактика ишемического инсульта: практические рекомендации / А.В., Фонякин Л.А. Гераскина. под. ред. З.А. Суслиной. М.: Спецкнига, 2012. 40 с

### ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ВА СОҲТОРИ ЭТИОЛОГИИ БЕМОРИИ ПНЕВМОНИЯИ БАКТЕРИАЛӢ ДАР ҚҶДАКОНИ НАВЗОД ВА ҚҶДАКОНИ СОЛИ АВВАЛИ ҲАЁТ

Л.Ф. Чумаева<sup>1</sup>, К. И. Исмоилов<sup>2</sup>, С. Саторов<sup>3</sup>, Ш.С. Музаффаров<sup>4</sup>

Кафедраи бемориҳои қўдакони №2 (мудири кафедра д.и.т., Исмоилов К. И) ва кафедраи микробиология, иммунология ва вирусология (мудири кафедра д.и.т., Саторов С.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Чумаева Лола Фахриддиновна:** ассистенти кафедраи бемориҳои қўдакони №2 ва Донши-гоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail.: dzhumaeval@mail.ru, тел. 919720070

**Исмоилов Комилҷон Исроилович:** д.и.т., профессор мудири кафедраи бемориҳои қўдакони №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино E.mail.: Kismoilov@mail.ru, тел.:985127845.

**Саторов Саидбеғ Саторович:** д.и.т профессор мудири кафедраи микробиология, иммунология ва вирусология ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail.sattorion@mail.ru, тел.987842424

**Музаффаров Шамшод:** Сабохатиллоевич: ординатори клиникӣи кафедраи бемориҳои қўдакони №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail.sha.zavr@mail.ru, тел: +99291584798



Дар мақолаи мазкур натиҷаи тадқиқоти 103 нафар кӯдаки гирифтори пневмония пешниҳод карда шудааст.

Дар раванди таҳқиқот хусусиятҳои клиникии раванди бемории пневмония дар кӯдакони навзод ва кӯдакони соли аввали ҳаёт ва инчунин равандҳои шадид ва ба таври тадриҷан оғозёбии беморӣ муайян карда шудааст. Ҳар як варианти клиникии беморӣ бо таҳқиқоти муайяни лабораториву

рентгенологӣ мувофиқат менамуд.

Натиҷаи таҳқиқотҳои бактериологӣ нишон доданд, ки барангезандаҳои асосии бемории пневмония штаммҳои гуногуни стафилакокки тиллоранг, стрептококкҳои фасодовар ва штаммҳои чӯбчамикроби рӯда ба шумор мераванд.

**Калимаҳои калидӣ.** Кӯдакони навзод, кӯдакони соли аввали ҳаёт, тавсифи клиникӣ, оризаҳои пневмония

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Л.Ф. Джумаева<sup>1</sup>, К. И. Исmoilов<sup>2</sup>, С. Саторов<sup>3</sup>, Ш.С. Музаффаров<sup>4</sup>

Кафедра детских болезней №2 и кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии  
ТГМУ им.Абуали ибниСино

*Джумаева Лола Фахриiddиновна: ассистент кафедры детских болезней №2 Таджикского Государственного Медицинского Университета им. Абуали ибни Сино, Э.таил.: dzhumaeva@mail.ru, тел.: 919720070*

*Исmoilов Комилчон Исроилович: д.м.н., профессор заведующий кафедрой детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E.таил.: Ismoilov@mail.ru, тел.: 985127845.*

*Саторов Саидбег Саторович: д.м.н профессор заведующий кафедрой микробиологии иммунологии и вирусологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E.таил.: satorov@mail.ru, тел.: 987842424*

*Музаффаров Шамшод Сабохатилоевич: клинический ординатор кафедры детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E.таил.: sha.zavr@mail.ru, тел.: +99291584798*

В работе приведены результаты исследования 103 детей с пневмонией. В ходе исследования были выявлены особенности клинического течения пневмонии у новорожденных и детей грудного возраста, а также варианты, как с острым, так и постепенным началом заболевания. Каждому из клинических вариантов соответствовал определенный тип лабораторного и рентгенологического исследования.

Результаты бактериологического исследования показали, что основными этиологическими агентами пневмонии являлись различные штаммы золотистого стафилококка, гноеродные стрептококки и штаммы кишечной палочки.

**Ключевые слова:** новорожденные дети, дети первого года жизни, пневмония, клиническая характеристика, осложнения пневмонии.

## CLINICAL CHARACTERISTICS AND ETIOLOGICAL STRUCTURE OF BACTERIAL PNEUMONIA IN NEWBORNS AND CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

L.F. Jumaeva<sup>1</sup>, K.I. Ismoilov<sup>2</sup>, S.Satorov<sup>3</sup>, Sh.S. Muzaffarov<sup>4</sup>

Department of Children's Diseases №2 (head of the department MD, professor K.I. Ismoilov) of Avicenna TSMU, Department of Microbiology, immunology and virology (head of the department MD, S.Satorov) of Avicenna TSMU



**Jumaeva Lola Fakhriddinovna:** assistant of the Department of Pediatric Diseases № 2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.: dzhumaeval@mail.ru tel.: 919720070

**Ismoilov Komiljon Isroilovich:** MD, professor, Head of the Department of Children's Diseases № 2 of Avicenna Tajik State Medical University E.mail.: Ismoilov@mail.ru, tel: 985127845.

**Satorov Saidbeg Satorovich:** MD, Professor, Head of microbiology, immunology and virology department of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.sattorion@mail.ru tel.987842424

**Muzaffarov Shamshod Sabohatyloevich:** Clinical resident of the Department of Children Diseases № 2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.sha.zavr @ mail.ru, tel: +99291584798.

The results of studies of 103 children with pneumonia were shown in this article. The study revealed the clinical features of pneumonia in newborns and infants, as well as options for both acute and gradual onset of the disease. Each of the clinical options corresponded to a certain type of laboratory and radiological studies.

**Мухимият.** Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ яке аз масъалаҳои мубрами соҳаи педиатрия ба ҳисоб рафта аз рӯи нишондоди дараҷаи фавтият ва беморнокӣ дар байни кӯдакони навзод ва синни то яксола мавқеи назаррасро ишғол менамояд. Ҷамасола дар ҷаҳон тақрибан 155 миллион ҳолати гирифтورشавии кӯдакон ба бемории пневмония ба қайд гирифта мешавад. Ҷамасола тақрибан 1,4 миллион нафар кӯдакони то панҷсола аз бемории пневмония мефавтанд.

Бемории пневмония дар кӯдакон дар заминаи таъсири як қатор микроорганизмҳои патогенӣ шарҳи патогенӣ аз он ҷумла вирусҳо, бактерияҳо ва замбӯруғҳо ба амал меояд. Дар нимсолаи аввали ҳаёт омилҳои этиологии нисбатан назарраси бемории пневмония дар кӯдакон *S.aureus*, *E.coli*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* ва вирусҳои респираторӣ ба ҳисоб рафта нақши пневмококкҳо ва чубчамикроби гемофилӣ наонқадар назаррас аст, зеро дар кӯдакон масунияти аз модар ба кӯдак тавассути ҳароҳак гузаштаи нофаъол ҷой дорад.

Аз нимаи дуҷуми соли аввали ҳаёт ва дар синни томактабӣ бемории пневмония асосан дар заминаи таъсири пневмококкҳо пайдо шуда баъзан намуди бегилофаки чубчамикроби гемофилӣ кишт карда мешавад ва инчунин дар 7-10%-и ҳолатҳо *H. Influenzae* намуди *b*, ки дар заминаи он пневмонияи

The results of bacteriological studies showed that the main etiological agents of pneumonia were various strains of *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* and *Escherichia coli* strains.

**Keywords.** newborns, children of the first year of life, pneumonia, clinical characteristics, complications of pneumonia.

вазнини оризавӣ пайдо мешавад ҳос аст. Дар мамлакатҳои мутараққӣ бештар пневмонияи пневмококкӣ ва дар мамлакатҳои рӯ ба тараққӣ бештар пневмонияи стафилакоккӣ бартарӣ доранд. Дар инкишофи бемории пневмония дар заминаи бемории зуком низ *S.aureus* нақши назаррас дорад.

Мувофиқи маълумотҳои метааналитики аз тарафи Pui-Ying Iroh Tam ва ҳаммуаллифони ӯ гузаронидашуда нишондоди сатҳи бактерияи *Staphylococcus aureus* дар сохтори этиологии муоисири бемории пневмония дар байни кӯдакон ҳамагӣ 2,1%-ро ташкил диҳад ҳам вале бемории пневмонияи стафилакоккӣ бо дорои хатари баланди раванди номусоид доштани худ аз дигар намудҳои бемории пневмония фарқ мекунад.

Мувофиқи назарияи Jan Kluytmans ва ҳаммуаллифони ӯ тақрибан 26%-и пневмонияҳои ғайригоспиталии бо хатари баланди афзоиши оқибатҳои номусоид гузаранда дар натиҷаи таъсири *Staphylococcus aureus* пайдо мешаванд.

Ба организми бештари кӯдакон стафилакоккҳо пас аз таваллуд ворид мешаванд вале вобаста ба синну сол миқдори кашонандаҳои беморӣ камтар мешавад. Більшинство детей колонизируются стафилококком после рождения, однако с возрастом количество носителей уменьшается (аз 63,8% дар



давраи навзодӣ то 28,2% дар 6 моҳагӣба қайд гирифта мешавад).

Барои минтақаи мо масъалаи мазкур хеле масъалаи мубрам ба ҳисоб меравад, зеро яке аз сабабҳои асосии беморнокии баланд дар байни кӯдакон ва махсусан кӯдакони навзод бемориҳои узвҳои нафаскашӣ ки бо заминаҳои преморбидии номусоид мегузаранд ба ҳисоб мераванд.

**Мақсади тадқиқот:** Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва сохтори этиологии бемории пневмония дар кӯдакони навзод ва кӯдакони соли аввали ҳаёт.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқи муштараку мақсадноки мо оиди 103 нафар кӯдаки навзоди гирифтори бемории пневмония дар давоми солҳои 2012-2017 шуъбаи бемориҳои навзодон ва шуъбаи эҳғарии соматикӣ кӯдакони МД ММТ ҚТ бистарибуда гузаронида шуд.

Ба ҳамаи кӯдакони тахти назорат қароргирифта таҳлилҳои лаборатории умумиклиникӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, наҷосат, таҳлили биохимиявии хун) ва усулҳои тадқиқоти бактериологӣ истифода бурда шуда дар мавриди он ба сифати маводи омӯзишӣ молишак аз девораи қафои ҳалқ, балғам ва хун таҳлил карда шуданд, ки нишондоди 10<sup>5-6</sup> КОЕ/мл ҳамчун баҳои сифатии аз ҷиҳати этиологӣ аҳамиятнок ҳисобида шуд. Илова бар ин усулҳои тадқиқоти инструменталӣ (рентгенографияи қафаси сина, электрокардиография, тадқиқоти ултрасадоии мағзи сар) истифода бурда шуд.

Таҳлили омории натиҷаи тадқиқот дар компютери инфиродӣ гузаронида шуд. Дарачаи саҳеҳии нишонаҳоро бо усули омории вариатсионӣ бо истифода аз меъёрҳои Стюдент, баҳодиҳӣ ба тамоюлҳои миёна ва мобайнии квадратӣ ва инчунин дарачаи саҳеҳӣ дар мавриди  $p < 0,05$  санҷида шуданд.

Таҳлили нишонаҳои клиникӣ имконият доданд, ки ду варианти раванди бемории пневмония ҷуда карда шуда дар ин замина беморонро ба ду гурӯҳ тақсим карда шаванд.

Ба гурӯҳи якум 59 (57,3%) нафар кӯдаки дорои раванди ниҳоят вазнини бемории пневмония, ки дар байни онҳо 25 (42,3%)

нафар кӯдаки навзод, 18 (30,5%) нафар кӯдаки аз 1 то 6 моҳа ва 16 (27,1%) нафар кӯдаки аз 6 моҳа то 12 моҳа буданд мансуби буданд.

Дар 13 (22,1%) нафар кӯдаки ин гурӯҳ бемории пневмония дар шабонарӯзи 3-7 пас аз таваллуд пайдо шуда дар 37 (62,7%) нафар ин беморӣ яке аз манбаҳои сепсис ба ҳисоб мерафт ва дар 9 (15,2%) нафар бемории пневмония дар заминаи СШРН ё пас аз гузаронидани СШРН пайдо шуда буд.

Гурӯҳи дууми тадқиқотиро 44 (42,7%) нафар кӯдаки дорои пневмонияи раванди вазниндошта ташкил медоданд. Дар байни онҳо 12 (27,3%) нафар кӯдакони навзод, 15 (34%) нафар кӯдакони аз 1 моҳа то 6 моҳа ва 17 (38,6%) нафар кӯдакони аз 6 моҳа то 12 моҳа ташкил медоданд.

Дар 29 (65,9%) кӯдакони мазкур бемории пневмония дар заминаи гузаронидани СШРН пайдо шуда 15 (34%) нафар кӯдакон то воридшавӣ ба беморхона таболати амбулаторӣ қабул менамуданд. Дар ҳамаи кӯдакони ин гурӯҳ бемории пневмония дар мавсими тирамоҳу баҳор пайдо шуда буд.

#### **Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо:**

Таҳлили раванди клиникӣ бемории мазкур нишон дод, ки дар ҳамаи кӯдакони гурӯҳи якум, ки раванди бемориашон хеле вазнин буд беморӣ ба таври шадид, бо баландшавии ҳарорати бадан, беқарорӣ, қайқунӣ ва намакидани синаи модар оғоз шуда буд. Кӯдакон дар давоми 3 шабонарӯзи аввали оғозёбии беморӣ ба беморхона ворид шуда буданд. Ҳамзамон дар ин кӯдакон конъюнктивити фасодӣ дар 6 (10,2%) нафар, зарарёбии фасодии пӯст дар 12 (20,3%), менингит дар 7 (11,18%) нафар ва энтероколит дар 17 (28,8%) нафар кӯдак мушоҳида карда шуд.

Аломатҳои клиникӣ хос дар мавриди бемории мазкур аломатҳои захролудшавии умумии бадан, сафедчатобиву хокистаррангии пӯст, сианози аёни секунҷаи лабу даҳон, акросианоз ва сианози паҳншуда ба ҳисоб мерафтанд.

Ҳолати кӯдакон зуд ва ба таври босуръат вазнинтар гардида аломатҳои захролудшавии умумибаданӣ афзоиш ёфтанд, ҳарорати бадани беморон аз 38,0С болотар шуда



беқарорӣ ба сустҳолӣ иваз шуд, тонуси мушакҳо паст шуда дар 31 (52,5%) ҳолат гипорефлексия, дар 7 (11,8%) ҳолат синдроми ихтилоҷӣ, дар 24 (40,6%) ҳолат гепатомегалия ва дар бисёр мавридҳо хоричоти кафкмонанд аз даҳон мушоҳида карда шуд.

Нишонаҳои хоси шушӣ норасогии нафасдараҷаҳои II-III, босуръат шудани нафасгирӣ то 60-100 маротиба дар давоми як дақиқа бо ёрии мушакҳои ёрирасон дар раванди нафасгирӣ мушоҳида карда шуд. Дар 15 (25,4%) нафар навзод апоноэ ба назар расид.

Ба таври аускултативӣ нафаскашии суст шунида шуда дар марҳилаҳои гуногуни беморӣ хирросҳои гуногунҳаҷми намнок пайдо шуданд. Сулфа дар 42 (71,1%) нафар кӯдак мушоҳида карда шуда дар 17 (28,8%) аломати сулфа ба назар намерасид.

Дигаргуниҳо аз ҷониби дил бо намуди тахикардия ва дар баъзе мавридҳо бо намуди брадикардия зоҳир мегардиданд. Удии таппиши дил дар як дақиқа ба 160-200 зарба расида пастшавии садоҳои дил мушоҳида карда шуд. Зухуроти вайроншавии иштиҳо дар 25 (42,4%) нафар навзод ва парези рӯдаҳо дар 11 (18,6%) нафар ба назар мерасид.

42 (74,5%) нафар кӯдак дар шуъбаи табобати шиддатнок ва эҳғарӣқарор доштанд ва аз ин миқдор 8 (13,5%) нафар кӯдак дар дастгоҳи нафасдиҳии сунъӣ буданд.

Дар 32 (54,2) маврид ҷараёни илтиҳоби иртишоҳии дутарафа мушоҳида карда шуданд. Раванди илтиҳобӣ дар қисмати рости шушҳо дар 16 (27,1%) ҳолат ва дар қисмати чапи шушҳо дар 11 (18,6%) ҳолат мушоҳида карда шуд.

Оризаҳои бемории пневмония деструксияи бактериалии шушҳо дар 5 (8,5%) ҳолат ва дар 2 (3,4%) ҳолат варами шушҳо буданд.

Ба оризаҳои ғайришушӣ синдроми ЛДРМ мансуб буд, ки он дар 19 (32,2%) ҳолат мушоҳида карда мешуд.

Фавтият дар 4 (6,8%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Дар 17 (38,6%) ҳолат сулфа хусусияти каммаҳсул дошт ва дар 27 (61,4%) ҳолат сулфаи хуруҷмонанд мушоҳида карда шуд.

Аломатҳои захролудшавӣ бо намуди сафедҷабобиву хокистаррангии сатҳи пӯст ва сианози секунҷаи лабу даҳон тадриҷан афзоиш ёфтанд.

Аломатҳои неврологӣ бештар бо намуди беқарорӣ ва ангишиёбӣ буданд дар 35 (79,5%) нафар кӯдак ва гипотонияву гипорефлексия дар 9 (20,5%) нафар кӯдак ҷой доштанд. Дар 37 (84%) нафар кӯдак ҳарорати бадан субфебрилӣ буд ва то то 38С баланд шуд.

Аломати нисбатан хоси беморӣ норасогии нафаскашӣ то 60 зарба дар як дақиқа, каме тарангшавии мушакҳои байниқабкурғавӣ, сианози наонқадар назарраси пероралӣ, ки дар ҳолати оромӣ муайян карда мешавад буд.

Ба таври аускултативӣ дар шушҳо садоҳои дурушт ё заиф, хирросҳои гуногунҳаҷми намнок ва крепитатсия муайян карда шуданд.

Дигаргуниҳои клиникӣ аз ҷониби дил наонқадар зухурёфта буданд ва дар 15 (34%) нафар кӯдак тахикардияи муътадил то 160 зарба ва инчунин пастшавии садоҳои дил муайян карда шуд.

Тағйиротҳо дар роҳи ҳозима бештар бо намуди вайроншавии ҳараркати рӯдаҳо бо зуд-зуд пайдо шудани давмиши шикам ва дар баъзе ҳолатҳо вайроншавии иштиҳо мушоҳида карда шуд.

Хусусиятҳои акси рентгенологӣ дорои бартарии зарарёбии яктаарфа буда сояҳои иртишоҳӣ бо намуди манбаҳои гуногун дар 31(%) ва манбавию омехта дар 13 (29,5%) буданд.

Ба таври рентгенологӣ дар 29 (65,9%) нафар кӯдакон пневмонияи мавқеӣ аз рост, дар 13 (29,5%) нафар пневмонияи мавқеӣ аз чап ва дар 2 (4,5%) нафар пневмонияи дутарафа муайян карда шуд.

Оризаҳои ғайришушии бемории пневмония синдроми ЛДРМ дар давраи гипокоагулятсия дар 7(15,9 %) ба назар мерасид.

Дар ҳама ҳолатҳо оқибати беморӣ хуб буд.

Аҳамияти хоса ба тадқиқоти бактериологӣ дар кӯдакони гирифтори бемории пневмония дода мешавад.



Таҳлили нишондодҳои тадқиқоти бактериологӣ нишон дод, ки микрофлораи девораи қафои ҳалқ дар кӯдакони ҳарду гурӯҳ дорои гуногуншаклии намудии нисбӣ буда дар балғам ва хун дар дараҷаҳои нисбатан пасттар вомехӯрад.

Натиҷаи тадқиқоти микробиологӣ нишон дод, ки микрофлораи аз маводҳои гуногуни биологии тадқиқшаванда пайдокардашуда бештар микробҳои шартан патогенӣ пайдо шуда нишондоди онҳо тақрибан якхела буд.

Ҳиссаи нисбатан зиёдро дар сохтори барангезандаҳои пневмония дар ҳарду гурӯҳ *S.aureus* ташкил дода зудии намудоршавии он дар кӯдакони гурӯҳи аввал  $27,1 \pm 5,8\%$ , дар балғам  $23,7 \pm 5,5\%$  ва дар хун  $18,6 \pm 5,1\%$  ташкил медиҳад.

Дар кӯдакони гурӯҳи дуюм зудии намудоршавии *S.aureus* аз девораи қафои ҳалқ  $38,6 \pm 7,3\%$ , дар балғам  $34,9 \pm 7,2\%$  ва дар хун  $15,9 \pm 5,5\%$  ташкил медиҳад.

*S. pyogenes* аз рӯи зудии намудоршавӣ дар кӯдакони гурӯҳи дуюм мавқеи дуюмро ишғол мекард. Зудии намудоршавии он дар девораи қафои ҳалқ  $29,5 \pm 6,9\%$ , дар балғам  $22,7 \pm 6,3\%$ , дар хун  $11,4 \pm 4,8\%$  мебошад.

Дар кӯдакони соли аввали ҳаёт *S. Pyogenes* камтар муайян карда шуда зудии муайянкунии он дар девораи қафои ҳалқ ба  $6,8 \pm 3,3\%$ , дар балғам ба  $3,4 \pm 2,4\%$  ва дар хун ба  $5,1 \pm 2,9\%$  баробар буд. Фарқият дар муқоиса дар ҳарду гурӯҳ мутлақ буданд ( $p < 0,05$ ).

*Enterobacteriaceae* бо бартарии *E. coli* қисмати муайянро дар сохтори доираи сохтори микробӣ дар кӯдакони гурӯҳи аввал ташкил медиҳад.

Зудии вохӯрии он дар девораи қафои ҳалқ  $16,9 \pm 4,9\%$ , дар балғам  $11,8 \pm 4,2\%$  ва дар хун  $8,5 \pm 3,6\%$  буда дар ҳама ҳолат дар кӯдакони тамоюли пастшавии он мушоҳида карда шуд. Зудии намудоршавии он аз девораи қафои ҳалқ  $6,8 \pm 3,8\%$ , дар балғам  $2,3 \pm 2,3\%$  мебошад. Фарқият дар муқоиса дар ҳарду гурӯҳ мутлақ буданд ( $p < 0,05$ ).

Бояд қайд намуд, ки *Enterobacteriaceae* дар кӯдакони гурӯҳи якум асоси сохтори этиологии бемории пневмонияи дар дар

марҳилаи навзоди пайдошуда ташкил медиҳад.

*K.pneumoniae* дар ҳарду гурӯҳ муайян карда шуда асосан дар кӯдакони дурудароз дар табобати статсионарӣ қарордошта ва дар кӯдакони гирифтори пневмонияҳои тақрибӣ вомехӯранд. Зудии намудоршавии он дар девораи қафои ҳалқ дар кӯдакони гурӯҳи якум  $13,5 \pm 4,4\%$  ҳолатҳо, дар балғам  $8,4 \pm 3,6\%$  ҳолатҳо, дар хун  $10,2 \pm 3,9\%$  ҳолатҳо мебошад. Дар кӯдакони гурӯҳи дуюм зудии намудоршавии он аз девораи қафои ҳалқ  $11,4 \pm 4,8\%$  ҳолатҳо, дар балғам  $6,8 \pm 3,8\%$  ҳолатҳо, дар хун  $4,5 \pm 3,1\%$  ҳолатҳо вомехӯрад.

Дигар намудҳои қатори *Staphylococcus*, *Streptococcus* ва *Enterobacteriaceae* дар боғозҳои паст дида шуда дар давраҳои гуногуни инкишоф бо заминаҳои преморбидии номусоид муҳим мебошанд.

Натиҷаҳои тадқиқоти бактериологӣ дар ҳарду гурӯҳ дар нақшаи №2 оварда шудааст.

Ҳамин тавр, натиҷаи тадқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар кӯдакони дорои пневмонияи равандаш ниҳоят вазнин аломати нисбатан хос ин оғозёбии шадиди беморӣ ба ҳисоб меравад. Нишонаҳои асосии клиникӣ дар мавриди ҳолати мазкур норасоии нафаскашии дараҷаи II-III, гипертермияи зиёда аз  $38,0\text{ C}$ , беқарорӣ ва сустҳолӣ буданд.

Дар кӯдакони навзоди гирифтори пневмонияи равандаш вазнин оғозёбии тадриҷии беморӣ хос буд.

Аломатҳои клиникӣ нисбатан хос норасоии нафаскашии дараҷаи I, ҳарорати субфебрилии бадан ва беқарорӣ буд.

Таҳлили тадқиқоти рентгенологӣ дар кӯдакони дорои раванди клиникӣ ниҳоят вазнин бартарии зарарёбии дутарафаи шушҳоро нишон дод, ки дар ҳама маврид дар кӯдакони дорои раванди клиникӣ вазнин зарарёбии шушҳо хусусияти яктарафа дошт ва бештар аз тарафи рост ҷойгир буд.

Оризаҳои шушӣ ба монанди деструксияи шадиди бактериалии шушҳо, варами шушҳо ва пневмоторакс дар кӯдакони раванди бемориашон ниҳоят вазнин ба назар мерасиданд.



## Сохтори намудӣ ва зудии намудоршавии микроорганизмҳо дар маводҳои гуногуни тадқиқшаванда

Намудҳои микроорганизмҳо	Раванди ниҳоят вазирии бемории пневмония						Раванди вазирии бемории пневмония					
	Маводи тадқиқшаванда											
	Девораи қафои ҳалқ n=59		Балғам n=59		Хун n=59		Девораи қафои ҳалқ n=44		Балғам n=44		Хун n=44	
	А.ч	%	А.ч	%	А.ч	%	А.ч	%	А.ч	%	А.ч	%
<i>S.aureus</i>	16	27,1±5,8	14	23,7±5,5	11	18,6±5,1	17	38,6±7,3	15	34,9±7,2	7	15,9±5,5
<i>S. pyogenes</i>	4	6,8±3,3*	2	3,4±2,4	3	5,1±2,9	13	29,5±6,9*	10	22,7±6,3	5	11,4±4,8
<i>E. coli</i>	10	16,9±4,9	7	11,8±4,2*	5	8,5±3,6	3	6,8±3,8*	1	2,3±2,3	-	-
<i>K.pneumoniae</i>	8	13,5±4,4	5	8,4±3,6	6	10,2±3,9	5	11,4±4,8	3	6,8±3,8	2	4,5±3,1
<i>P.aeruginosa</i>	2	3,3±2,3	1	1,7±1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S.epidermalis</i>	3	5,5±2,8	3	5,1±2,9	2	3,4±2,4	2	4,5±3,1	-	-	-	-
<i>C.trachomatis</i>	2	3,3±2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Candida albicans</i>	3	5±2,8	2	3,4±2,4	2	3,4±2,4	-	-	-	-	-	-
<i>P.mirabilis</i>	3	5±2,8	3	5,1±2,9	1	3,4±2,4	-	-	-	-	-	-
<i>S.agalactiae</i>	2	3,4±2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>S.haemolyticus</i>	2	1,7±1,7	1	1,7±1,7	1	1,7±1,7	2	4,5±3,1	1	2,3±2,3	-	-
<i>S.pneumoniae</i>	4	6,8±3,3	2	3,4±2,4	-	-	2	4,5±3,1	1	2,3±2,3	-	-
Ҳамагӣ	59		40		31		44		31		15	

**Эзоҳ:** Фарқият дар мавриди муқоисаи ҳарду гурӯҳ ба таври мутлақ ( $p < 0,05$ ).

Дар кӯдакони гурӯҳи дуҷум асосан оризаҳои ғайришушӣ ба монанди парези рӯдаҳо ва синдроми ЛДРМ мушоҳида карда мешуд.

Фавтият танҳо дар кӯдакони гурӯҳи аввал ҷой дошт.

Тадқиқоти микробиологии луоби девораи қафои ҳалқ, балғам ва хун нишон доданд, ки сохтори этиологии бемории пневмония дар кӯдакони соли аввали ҳаёт аз бактерияҳои граммуқбат ва грамманфии шартан патогенӣ иборат буда дар байни ҳарду гурӯҳ зудии нишондоди *S.aureus* аз ҳама баланд аст.

*S. Pyogenes* аз рӯи сохтори этиологӣ дар байни кӯдакони гурӯҳи дуҷум ҷои дуҷумро ишғол менамояд.

Фарқияти назарраси бартарии энтеробактерияҳо дар кӯдакони гурӯҳи аввал бо бартарии *E. coli* ба назар расида дар ҳамаи маврид нишондоди мазкур дар кӯдакони гурӯҳи дуҷум тамоюли камшавӣ дошт. Бактерияҳои қатори *Enterobacteriaceae* бо бартарии *E. coli* дар кӯдакони соли аввали ҳаёт дар бештари ҳолатҳо сохтори этиологии бемории пневмонияро ташкил медиҳанд.

### АДАБИЁТ

1. Володин Н.Н. Национальное руководство по неонатологии /Н.Н Володин-М.-2009 846с.
2. Колосов В.П. Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов) / В.П. Колосов, Е.Ю. Кочегарова, С.В. Нарышкина. - Благовещенск, 2012. - 124 с.
3. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика / НПК. Российское респираторное общество. - М., 2011. - 64 с.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: Пособие для врачей. - Смоленск: МАКМАХ, 2010. - 80 с.
5. Deepthi K. исавт. /The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. //BMJ. 2014;
6. Esposito S., Patria M.F., Tagliabue C., et al. CAP in children//European respiratory monograph 63: Community-acquired pneumonia/редакторы: J.Chalmers, M.Pletz, S.Aliberti - 2014 -p. 130-139
7. Mark I. Neuman et al. /Prediction of Pneumonia in a Pediatric Emergency Department // Pediatrics, August 2014, V. 128. ISUE 2





## ХУСУСИЯТҲОИ НИШОНДОДҲОИ ЭХОКАРДИОГРАФӢ ДАР КӢДАКОНИ МУБТАЛОИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ

**М.М. Шарипова, К.И. Исмоилов**

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

*Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна - ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, тел.: 881-88-08-09.*

*Исмоилов Комилҷон Исроилович - мудири кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: IsmoilovK@mail.ru, тел.: 985-12-78-45.*

Аз тарафи муаллифон ҳолати морфологичу функционалии системаи дилу рағҳо дар 38 кӯдаки мубталои астмаи бронхиалӣ омӯхта шудааст.

Тадқиқоти эхокардиографи: вайроншавии функсияи систоликии меъдачаҳо дар кӯдакон дар давраи хурӯчи бо шакли синдроми хиперкинетикӣ (56,7%), бо намудҳои гуногуни дисфунксияи дарғотҳо (23,2%) нишондод.

Дигаргуншавии функсияи диастоликии меъдачаҳо бо намуди "релаксатсияи охиста" дар 12% ҳолатҳо муайян карда шуд. Дигаргунҳои морфофункционалӣ аз тарафи системаи дилу рағҳо муайянкардаи мо, оқибати вайроншавии функсияи вентилятсионии шушҳо бо авҷгирии ҳипоксияи амиқ мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** кӯдакон, дил, астмаи бронхиалӣ, эхокардиограмма.

## ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

**К.И. Исмоилов, М.М. Шарипова**

Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино (заведующий кафедрой -д.м.н., профессор Исмоилов К.И.)

*Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна - ассистент кафедры детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, тел.: 881-88-08-09.*

*Исмоилов Комилҷон Исроилович - д.м.н., профессор заведующий кафедрой детских болезней №2 Таджикского Государственного Медицинского Университета им. Абуали ибни Сино. E.mail: IsmoilovK@mail.ru, тел.: 985-12-78-45.*

Авторами изучено состояние морфологических и функциональных параметров сердечно-сосудистой системы у 38 больных детей с бронхиальной астмой.

Эхокардиографическое исследование: нарушение систолической функции желудочков у детей в период обострения характеризуется формированием гиперкинетического синдрома (56,7%) с различными вариантами клапанной дисфункции

(23,2%). Выявлено изменение диастолической функции желудочков по типу "замедленной релаксации" в 12% случаев. Обнаруженные нами морфофункциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы являются следствием нарушения вентиляции в легких с развитием глубокой гипоксемии.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дети, сердце, эхокардиография.



## PECULIARITIES OF ECHOCARDIOGRAPHY INDICATORS OF BRONCHIAL ASTMA IN CHILDREN

M.M. Sharipova, K.I. Ismoilov

Department of children diseases №2 of Avicenna TSMU  
(head of the department - d.m.s., associate Professor K.I. Ismoilov)

*Sharipova Mavluda Mirzomuddinovna - assistant of the department of children diseases №2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, ph.: 881-88-08-09.*

*Ismoilov Komiljon Isroilovich - d.m.s., professor, head of the department of children diseases №2 of Avicenna Tajik State Medical University. E.mail: IsmoilovK@mail.ru, ph.: 985-12-78-45.*

The state of the morphological and functional parameters of the cardiovascular system in children with asthma was studied by the authors.

Echocardiography study: disturbance of ventricular systolic function in children in the period of exacerbation is characterized by the formation of hyperkinetic syndrome (56.7%) with different variants of valvular dysfunction

**Муҳиммият.** Астмаи бронхиалӣ ба яке аз бемориҳои паҳншаванда шомил буда, рӯ ба афзоиш дорад. Паҳншавии астмаи бронхиалӣ дар таи 20 соли охир ниҳоят боло рафтааст, ба хусус дар дар байни кӯдакони сини бармаҳал ва мактабӣ, ки бисёри онҳо ба гурӯҳи кӯдакони зуд-зуд беморшаванда дохиланд. Дар ҷаҳон зиёда аз 300 млн нафар аз ҳисоби бемории астма азият мекашанд. Дар кишварҳои пешрафта ва дар Федератсияи Русия аз ин бемори аз 5 то 15% аҳоли гирифтори астмаи бронхиалӣ мебошанд. Шумораи беморон дар шимол камтар гашта, дар ҷануб зиёд дида мешавад. Аз ҳама зиёд бемории астмаи бронхиалӣ дар марказҳои саноатии калони кимиёвӣ бо аҳолии зиёд ба назар мерасад. Сабаби асосии болоравии шумораи беморони мубталои астмаи бронхиалӣ дигаргуншавии хусусияти раванди беморӣ сенсителизатсияи аҳоли вобаста ба шаҳришавӣ ва аз меъёр зиёд истифодаи антибиотикҳо, ваксинаҳо, зардобаҳо аз барвакти истифодаи ғизои сунъӣ ё омехта.

Ҷалби системаи дилу рағҳо ба раванди патологӣ ҳангоми обструксияи бронхҳо аҳамияти патогенӣ дошта дар бисёр маври-

(23.2%). The changes in diastolic function by the type of "slow relaxation" in 12% of cases were revealed. The revealed morphological and functional changes in the cardio-vascular system is a consequence of disturbance of ventilation in the lungs with the development of profound hypoxemia.

**Key words:** bronchial asthma, children, heart, echocardiography.

дҳо раванд ва вазнинии бемориро муайян мекунад. Ба пайдошавии технологияи нави табобат, ки илтиҳоби музминро дар бронхҳо ба меъёр меоранд аҳволи беморон хело хуб гашт, аммо ба ин низоғи нақарда патологияи кардиалӣ дар ин беморон зиёд ба назар мерасад. Дар ин баробар сарчашмаҳои адабиёти асосан дигаргунҳои сохторӣ ва функцияи систолии миокард дар давраи ремиссия бемори дарҷ гаштааст.

**Мақсади тадқиқот:** омӯзиши хусусиятҳои нишондодҳои эхокардиографӣ дар кӯдакони мубталои астмаи бронхиалӣ.

**Мавод ва усули тадқиқот:** дар зери назорат буданд 38 беморон бо астмаи бронхиалӣ, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуд. Гурӯҳи 1-умро кӯдакони аз 5 то 10 сола ташкил карда, ба гурӯҳи дуюм кӯдакони синашон аз 11 то 14 сола.

Ултрасадои дил ба воситаи таҷҳизоти Vivad 3 (General Electric, США), бо дачики 2,5-5,0 МГц дар М-речаи 2-тарафа бо варианти рангаи доплерометрия бо истифодаи стандартҳои трансторакалӣ, бо усули умумгузаронида шуд. Муайянкарда шуд: ҳаҷми охири систоли ва диастоли (ҲОС, ҲОД), ғафсии девораи байни меъдаҷаҳо (ҒДБМ),



девораи акиби меъдаи чап (ДАМЧ), ғафсии девораи пеши меъдачаи рост (ФДПМР), ҳачми ДР ва ДЧ, диаметри решаи аорта ва артерияи шушӣ (Ао, АШ). Барои баҳодихии кашаишхурии умумии миокарди меъдачаҳо ҳисоби фраксияи партоиш гузаронида мешавад (ФП) бо формулаи Teichgolz бо М-реча.  $ФП = (ХОД - ХОС) / ХОД$ , ки дар ин ҷо ХОД-ҳачми охири диастолӣ, ХОС- ҳачми охири систолӣ мебошад. Баҳодихии функцияи диастолии (ФД) меъдачаҳо ҳангоме гузаронида шуд, ки ритми синуси имкони фарқ намудани ҳаракати ду қуллаи ҷои дар-ротро дошт. Ҳачми назоратӣ (PW) дар са-тҳи охири дарғоти митралӣ ва трикуспидалӣ паиҳам гузошта мешуд ва чунин нишондо-дҳоро муайян кардем: суръати максималии пуршавии барвақтии диастолӣ (пик Е), суръ-ати пуршавии барвақтии диастолӣ (DT), вақти сустшавии изовальюметрӣ (IWRT). Вобаста аз натиҷаҳои ба даст омада наму-ди дисфункцияи диастолиро омӯхтем. Барои баҳодихии критерияи дисфункцияи диас-толӣ (ДД) бо намуди "реласатсияи оҳиста" истифода шуд: таносуби Е/А камтар аз 1, да-розшавии IWRT зиёда аз 110 мс. Намуди "псевдомеъёрӣ" ДД бо афзудани маънои суръати пики Е, камшавии нишондоди пики А, зиёдшавии таносуби Е/А зиёда аз 1,6 кӯтоҳшавии IWRT < 70 мс ва вақти DT кам-тар аз 150 мс. Дуюм "рестриктивӣ" намуди

ДД гузошта шуд ҳангоми камшавии IWRT < 60 мс, болоравии пики Е ва камшавии пики А, зиёдшавии мутаносибии Е/А > 2, кӯтоҳшавии вақти DT камтар аз 150 мс.

Натиҷаҳои ба даст омада, ба воситаи барномаи Statistica 6.0. гузаронида шуд. Ҳангоми тақсимооти баробар аниқшавии дигаргуниро бо критерияи студент ҳисоб кардем ( $p < 0,05$ ). Дар дигар мавридҳо усули ғайрипараметрии Манна Уитнӣ истифода шуд.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Таҳлили нишондо-дҳои функцияи систолии МЧ шаҳодат аз он медиҳад, ки ҳангоми хурӯчи АБ дар кӯдако-ни гурӯҳи яқум болоравии нишондодҳои фраксияи патоиш ҷой дорад (ҷадвали 1). Аммо ин нишондодҳо дар киёс бо гурӯҳи назоратӣ аниқ набуданд ( $p > 0,05$ ), ба ҷуз ШТД ( $p < 0,05$ ). Дар давраи хурӯчи АБ дар кӯдакон пайдоиши синдроми хиперкинетик-ии аён ба монанди болоравии аниқи ни-шондоди ХДХ (МОК), ШТД (ЧСС), ФП (ФВ), ки бори дигар исбот мекунад фаъол-шавии симпатикиро дар давраи хурӯчи бе-морӣ. Тадқиқоти хемодинамикаи дохили дили асосан дисфункцияи дарғотиро дар гурӯ-ҳи дуҷум қайд кард. Регургитатсияи дараҷаи 1-2 дар дарғотҳои трикупидали ва артерияи шуши дар 20 ҳолат ба қайд гирифта шуд (46,5%), ки аниқ ( $p < 0,05$ ) нисбати гурӯҳи яқум мебошад.

#### Ҷадвали 1

#### Ҳолати функционалии меъдачаҳои дил дар кӯдакони мубталои астмаи бронхиалӣ (M±Std.Err.)

Параметрҳо	назоратӣ 1-гурӯҳ	Беморон 1 – гурӯҳ	P	назоратӣ 2 -гурӯҳ	беморон 2-гурӯҳ	P
ХЗ, мл	43,59±2,59	47,60±4,29	0,416	57,80±2,67	61,97±2,92	0,336
ШТД	86,12±5,87	114,94±6,4	0,038	75,04±5,87	96,45±3,46	0,041
ХДХ, л/мин	4,12±0,38	4,19±0,26	0,869	4,32±0,17	7,72±0,71	0,036
ФП, %	70,80±1,89	72,67±1,28	0,426	65,21±1,12	69,10±1,55	0,044
ФУ, %	40,05±1,60	41,73±1,20	0,435	38,80±1,29	35,85±0,99	0,075
АШ, м/с	0,78±0,02	0,79±0,01	0,122	0,86±0,02	0,89±0,02	0,122
ДМ Е, м/с	0,82±0,02	0,86±0,03	0,056	0,92±0,02	0,97±0,02	0,056
ДМ А, м/с	0,52±0,02	0,51±0,01	0,169	0,53±0,02	0,55±0,01	0,169
ДМЕ/А	1,31±0,05	1,35±0,04	0,701	1,33±0,05	1,31±0,04	0,701
ДТ А, м/с	0,38±0,02	0,48±0,02	0,001	0,49±0,02	0,59±0,02	0,001
ДТ Е/А	1,42±0,05	1,22±0,03	0,001	1,59±0,06	1,31±0,04	0,001

Эзоҳ: P- аҳамияти омории дигаргуниҳо, ки ба воситаи U критерияи Манна Уитни ба-хоғузурӣ шудааст.



Нишондодҳои функсияи диастолӣ бо дигаргунии аниқи суръати хунгардиш дар дарғотҳои ниммоҳтоби дар ҳаммаи беморон хангоми хурӯчи АБ ба ҷақд гирифта шуд. Таҳлили муқоисавии нишондодҳои трансмитралӣ дигаргуниҳои аниқро байни гурӯҳи беморон ва гурӯҳи назоратӣ пайдо накард, ки шаҳодати аз даст надодани хусусияти эластикӣ "фоёл" ва "ғайрифоёл"-и миокардро медиҳад. Дикати худро инчунин муносибати байни суръатҳои доплерометрӣ Е/А дар дарғоти митралӣ, ки аз 1,0 зиёд буда, дар баъзе мавридҳо то 1,4 мерасид ҷалб кард, ба хусус хангоми хурӯчи АБ. Дар 4 нафар кӯдаки бемори гурӯҳи дуҷум, ки собиқаи бемориашон аз 6 то 9 солро ташкил меод пайдошавии дисфунксияи диастолии МЧ бо намууди "релаксатсияи оҳиста" ошкор карда шуд.

Баҳодихии нишондодҳои ҷараёни транскуспидалӣ, болоравии суръати амиқи ҷараёни диастолии дериро дар дарғоти трикуспидалӣ, дар беморони АБ (ДТ А=0,59±0,02мс) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (ДТ А=0,49±0,02мс р?0,01), ки шаҳодати аз ҳад зиёд болоравии сарбориро дар МР хангоми хурӯчи беморист нишон медиҳад. Ҷамаи ин асос мешавад ба пастшавии хусусиятҳои эластикӣ миокард. Дар 18- бемор коэффисиенти ДТ Е/А аз 0,9 боло набуд, лекин бисёре аз онҳо нафастангии вазнинро ҳис мекарданд (46,0%) ё хурӯчи миёна вазнин доштанд (23,0%). Исботи гуфтаҳои боло дигаргунии амиқи нишондоди Е/А дар ДТ, дар гурӯҳи беморон нисбат ба гурӯҳи назоратӣ мебошад (р?0,001). Дар бисёри мавридҳо ин нишондод рӯ ба пастшавӣ дорад, ба хусус хангоми вазниншавии ҳолати беморон (ДТ Е/А дар гурӯҳи 1-ум 1,30±0,35, дар гурӯҳи назоратӣ бо-

шад 1,56±0,27 (р<0,01) ва ДТ Е/А дар гурӯҳи дуҷум - 1,39±0,04, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ, ки 1,65±0,35 (р=0,018) ташкил дод.

Ҷангоми баҳодихии ҳолати даври гардиши хурди хун аҳамият дорад суръат ва фишори хун дар АШ. Аҳамияти ташхисии ҳемодинамикӣ дорад фишори АШ зиёда аз 25 мм сут.сим. (5). Дар беморон хангоми хурӯчи беморӣ ин нишондод дигаргуниҳои амиқ дошт, нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ва маъноӣ он 6,246±2,95 мм сут.сим.-ро ташкил кард. Дар 14 нафар беморони гурӯҳи дуҷум суръати максималии хунгардиш дар АШ болотар буд нисбат ба гурӯҳи назоратӣ. Ин асоси патогенӣ дошт, яъне: дар беморони гирифтори АБ, ки обструксияи бронҳо ҷой дорад, дар минтақаҳои камҳавогузари шушҳо вазоконстриксияи ҳипоксикӣ ба амал меояд, ки боиси зиёдшавии муқобилият дар рағҳои шушӣ мегардад. Ҳипертонуси рағҳои шуши омили асосианд, ки ҳипертензияи шуширо муайян мекунад. Болоравии суръати хунгардиш ва дар навбати худ фишор дар АШ меорад ба вайроншавии функсияи диастолии меъдаҷаи рост.

**Хулоса.** Тадқиқоти эхокардиографи: вайроншавии функсияи систоликии меъдаҷаҳо дар кӯдакон дар давраи хурӯчи бо шакли синдроми ҳиперкинетикӣ (56,7%), бо намудҳои гуногуни дисфунксияи дарғотҳо (23,2%) нишондод.

Дигаргуниҳои функсияи диастоликии меъдаҷаҳо бо намууди "релаксатсияи оҳиста" дар 12% ҳолатҳо муайян карда шуд. Дигаргуниҳои морфофункционалӣ аз тарафи системаи дилу рағҳо муайянкардаи мо, оқибати вайроншавии функсияи вентилятсионии шушҳо бо авҷгирии ҳипоксияи чуқур мебошад.

## АДАБИЁТ

1. Воробьев А.С. Амбулаторная эхокардиография у детей. Руководство для врачей/А.С. Воробьев.-СПб.: СпецЛит, 2010.-543с.
2. Гаврисюк В.К. Нарушения сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой // Укр. пульмон. журн. - 2000. - № 2, дополнение. - С. 31 - 32.
3. Лебеденко А.А. Нейрогуморальные аспекты обострения бронхиальной астмы у детей/А.А. Лебеденко, О.Е. Семерник//Пульмонология. -2013. -№5. -С.36-39.
4. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". - 4-е изд., перераб. и доп.-М.Оригинал-макет, 2012. -184с.
5. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов/по ред. О.Ю. Атьюкова.-М.:Эксмо, 2009.-398с.



## РАВИШИ САРИРИИ ПНЕВМОНИЯИ ПНЕВМОТСИСТИИ ШУШҶО ДАР КЌДАКОНИ СИННИ ГУНОГУН

**Г.М.Саидмурадова, Н.М.Хочаева**

Кафедраи бемориҳои сироятии кўдакони (мудири кафедра н.и.т., дотсент  
Г.М.Саидмурадова)-и ДДТТ ба номи Абўалӣ ибни Сино

*Саидмурадова Гафхар Мирбаковна, мудири кафедраи бемориҳои сироятии кўдакони-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалӣ ибни Сино, E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел.: 907-70-67-44.*

*Хочаева Нигина Мурадовна, профессори кафедраи бемориҳои сироятии кўдакони-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалӣ ибни Сино, E.mail: nigina51@rambler.ru, тел.: 919-83-44-22.*

Равиши саририи сирояти пневмонияи пневмотсиств (ПП) дар кўдакони синни то яксола нишон медиҳад, ки сироятёбӣ асосан аз ду моҳагӣ сар шуда, бештар бошиддат, дер аёнгашта, дар ҳамаи кўдаконҳо намуди пневмонияи интерстициалӣ бо аломатҳои норасоии шадиди нафаскашӣ, дар 69,2% кўдаконҳо аломатҳои норасоии кори дил ва рағҳои хунгард, гузаштааст.

Дар кўдакони синни аз як то 3 сола равизи саририи беморӣ шадид сар шуда, аломатҳои захролудии умумии бадан на он гадар баланд буда, ҳамаи кўдакон ҳарорати субфебрилии бадан, 89,6% кедакон зиёд гаш-

тани адади нафаскашӣ, бештар дар вақти ҳаракати ҷисмонӣ, 82,7% кедакон сулфаи хушк бо худо гаштани балуами сафеди кафкмонанд, дар вақти нафаскашӣ дар минтақаи пушти тӯшдарднокии қафаси сина доштанд.

Дар кўдакони синни калон сирояти ПП бо намуди сабук, бе аломатҳои захролудии умумии бадан, бо ҳарорати субфебриликӣ, сулфаи хушк, ки давомнокиаш 1-2 моҳ, гузаштааст.

**Калимаҳои калидӣ:** пневмонияи пневмотсистӣ, кўдакон, норасоии шадиди нафаскашӣ, балуами кафкмонанд, Т-лимфотситҳо.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Г.М.Саидмурадова, Н.М.Ходжаева**

Кафедра детских инфекционных болезней (заведующая кафедрой - к.м.н., доцент  
Г.М.Саидмурадова) ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Саидмурадова Гафхар Мирбаковна: заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел.: 907-70-67-44.*

*Ходжаева Нигина Мурадовна, профессор кафедры детских инфекционных болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: nigina51@rambler.ru, тел.: 919-83-44-22.*

Клиническое течение пневмоцистной пневмонии (ПП) у детей до одного года показало, что инфицирование происходит с двух месячного возраста, в острой латентно протекающей форме, в виде интерстициальной пневмонии с признаками острой дыхательной недостаточности у всех детей, острой сердечно-сосудистой недостаточности у 69,2% детей.

У детей в возрасте от года до 3-х лет клиническое течение ПП протекало остро, при-

знаки общей интоксикации были выражены умеренно, у всех детей отмечена субфебрильная лихорадка, у 89,6% детей - одышка, больше во время физической нагрузки, у 82,7% детей - отхождение сухого кашля с пенистой, белой мокротой, боль во время дыхания за грудиной в области грудной клетки.

У детей старшего возраста заболевание ПП протекало в лёгкой форме, без признаков интоксикации, с субфебрильной темпе-



ратурой, сухим кашлем, длительностью до 1-2 месяцев.

Ключевые слова: пневмоцистная пневмония, дети, острая дыхательная недостаточность, пенная мокрота, Т-лимфоциты.

## CLINICAL CURRENT OF PNEUMOCYSTIC PNEUMONIA IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

G.M. Saidmuradova, N.M. Hojaeva

Department of Children's Infectious Diseases (Head of the Department - c.m.s, associate professor G.M. Saidmuradova) of Avicenna TSMU

*Saidmuradova Gafhar Mirbakoevna - head of Children's Infectious Diseases Department of ATSMU, E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, tel.: 907-70-67-44.*

*Khojaeva Nigina Muradovna, Professor of the Department of Pediatric Infectious Diseases of ATSMU, E.mail: nigina51@rambler.ru, tel.: 919-83-44-22.*

The clinical course of PP in children up to one year of age showed that infection occurs from two months of age, in an acute latent form, in the form of interstitial pneumonia with signs of acute respiratory failure in all children, and acute cardiovascular inefficiency in 69.2% of children.

In children aged from one year to three years, the clinical course of the disease was acute, signs of general intoxication were moderate, all children had subfebrile fever, 89.6% of children

had shortness of breath, more during physical exertion, 82.7 % of children noted dry cough discharge with frothy, white sputum, pain during breathing in the chest behind the sternum.

In older children, the disease PP occurred in a mild form, without any intoxication, with low-grade fever, dry cough, up to 1-2 months.

**Key words:** pneumocystic pneumonia, children, acute respiratory failure, frothy sputum, T-lymphocytes.

**Муҳимият.** Пневмонияи пневмотсистӣ (ПП) - сирояти респираторӣ занбурӯғие мебошад, ки бо намуди шадид ё ки латентӣ гузашта, роҳи гузариши ҳавоӣ-қатрагӣ дошта, дар нафароне, ки масунияти паст доранд бо намуди пневмонияи интерститсионалӣ вааломатҳои норасоии вазнини нафаскашӣ, дар нафароне, ки масунияти боқувват доранд бо намуди беалоимӣ мегузаранд.

Аввалин шуда барангезандаи ПП - *Pneumocystis P. jirovūci (carinii)* аз тарафи Шагас дар соли 1909 кашф шудааст, Карини дар соли 1910 аз шуши хукчаҳои обива одамонро муайян кардааст. Баъдан, дар соли 1912 паразитологичехӣ Ф. Деланое *P. Carinii* -ро ҳамчун намуди мустақил муайян намудааст [1,2,3]. Дар давоми якчанд даҳсолаҳо ин микроорганизмҳо ҳамчун сапрофитҳо мешинохтанд, ки дар одамон бо намуди ҳомилияти солим мегузаштанд ва баъдтар пневмосистозҳо дар навзодонва

кӯдакони синни калон низ дар намуди пневмонияи интерститсионалӣ хучайравии плазмавӣ муайян карданд.

Тасдиқ шудааст, ки пневмотсистозҳо таххо шушҳо осеб медиҳанд ва дар дигар узвҳо муайян карда нашудааст. Дар кӯдакони хурдсол беморӣ бо аломати илтиҳобии диффузии плазматситарии бофтаҳои интерститсионалӣ, бо ғавсшашии девораҳои байниалвеоларӣ ифода ёфта, ки боиси вазниншавии равиши беморӣ гашта, бо аломатҳои иммуносупрессия мегузаранд. Маълум аст, ки дар 66% кӯдакони солими синни то 4 солазиддиҷисмҳо бар зидди *P. Carinii* муайян карда мешаванд, ки ин омил паҳншавии зиёди дар байни кӯдакон сироятёбии беалоимири нишон медиҳад [1].

Дар шароити ҳозира ба қайдгирии омории сирояти пневмонияи пневмотсистӣ гузаронида намешавад ва аз ин сабаб ғисади беморшавии кӯдакон бо ин намуди беморӣ муайян карда нашудааст. Маҳдудияти ба-



қайдгирии сирояти ПП вобаста аз истифодаи микдори ками усулҳои ташхисгузори беморӣ вобаста мебошад.

Ташхиси асосии ПП дар кӯдакон дар асоси аломатҳои клиникӣ монда мешавад. Дар байни кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи беморони бо пневмонияи пневмосистӣ зиёд шуда истодааст ва бештари вақт беморӣ бо чараёни вазнин бо пайдоиши шаклҳои оризадори манифестӣ гузаштааст. Аз ин сабаб, истифодаи усулҳои муосири баландҳассоси ташхисгузори хусусии пневмонияи пневмосистӣ аҳамияти калон дорад. Аз рӯи нишондодҳои олимони рус, нишондодҳои протсессҳои эпидемиологияи пневмосистозҳо, дар байни кӯдакон, аз он ҷумла дар байни ҳамаи аҳолимауайян шудааст, ки: дар синни аз як то 15 сола беморшавӣ бо пневмоситозҳо зиёд гашта, лекин дар байни гурӯҳҳои дигари аҳолиадади беморон дигаргун нашудааст.

Бемории ПП дар кӯдакони синни то 18 сола бештар дар фасли тирамоҳ, бо зиёдшавии адади беморон дар моҳҳои август ва сентябр (41,4% и 39,6%) дида шудааст, ва аз ин лиҳоз равиши давравӣ бароисирояти пневмосистӣ хос нест [1,2].

Дар манбаҳои оилавӣ сиркулятсияи фаъоли барангезандаи сирояти пневмосистҳо, дар беморхонаи саратоншиносӣ зиёдшавии адади ПП дар байни беморон ва кормандони тиббӣ, ҳамчун бемории пневмонияи пневмосистии дохили беморхонагӣ хос аст. Муайян карда шудааст, ки давомияти қайдшавии зиддихисмҳои синфи IgM аз як то чор моҳро дар бар мегирад [1,2,3].

Аз маълумотҳои муҳарирони рус бармеояд, ки дар байни кӯдакон гирифтори бемории ВНМО ва қисмати пневмонияи пневмосистӣ 5,6-8,5% -ро ташкил мекунад. Пневмоситоз, ҳамчун сирояти оппортунистӣ, бештар дар кӯдакони бо норасоии масъунӣ аён мегардад. Вобаста аз ин, чараёни бемории асосӣ вазнинтар гашта, сабаби марги бемор мегардад. Аз ин сабаб, тадқиқ намудани чараёни пневмоситозҳо дар байни кӯдакони синни гуногун ҳамчун проблемаи актуалӣ ба ҳисоб меравад.

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани равиши саририи пневмонияи пневмосистӣ дар кӯдакони синни гуногун.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар зер нозрат 80 кӯдак, ки бо ташхиси пневмонияи пневмосистӣ (ПП) дар солҳои 2015-2018 ба шӯъбаҳои сирояти Маркази Тиббии Шаҳрии №1 ш. Душанбе ба номи Ахмедов Карим муроҷиат карда буданд. Ташхиси ПП дар асоси нишонаҳои клиникӣ, собиқаи беморӣ, усулҳои лабораторӣ ва инструменталӣ монда шудааст. Бемори дар ҳамаи кӯдакони бо ПП аз тез гаштани нафаскашӣ сар шуда, баъдан бо аломатҳои шиддатноки нафасангӣ, зиёд гаштани осеби роҳҳои нафаскашӣ, норасоии нафаскашӣ, беҳолӣ, баланд гаштани суръати такшинии эритроцитҳо (СТЭ), фоида надода ни муолиҷаи стандартӣ пневмония, гузошта шудааст.

Ташхиси лабораторӣ дар базаи Донишқадаи тибби пешгирикунандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Экспресс лабораторияи "АСРИ XXI" ш. Душанбе гузаронида шудааст, ки дарёфт намудани пневмосистҳои *P. jirovūci (carinii)* дар балғам, бо усули микроскопияи рост, бо истифодабарии молишакҳои рангкунанда ва молишакҳои хунин, муҳитҳои рангкунандаи Романовский-Гимза, таҳлили саририи хун, таҳлили биохимиявии хун барои муоинаи сафедаи хун ва фраксияҳои сафедавӣ, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), муоинаи ҳолати масъунӣ (масъунӣ хучайравӣ), нишондиҳандаҳои серологияи зардобаи хун, бо усули анализи иммунноферентӣ (АИФ) бо дарёфти зиддихисмҳои хусусӣ, антителаҳои махсуси синфи IgM и IgG. Таҳлили хуни беморон барои муоинаи ВНМО дар Маркази Ҷумҳуриявӣ мубориза ва пешгирии бемории ВНМО гузаронида шудааст. Акси ренгени ва тамографияи компютери шушҳо дар пойгоҳи Муассисаи давлатии МТШ ш. Душанбе №1 ба номи Ахмедов Карим гузаронида шуд.

Дар сохтори сироятҳои СПИД - аёнкунанда, мавқеи сирояти пневмонияи пневмосистии шушҳо баъди бемории сил, сирояти ситомегаловирусӣ, токсоплазмоз ва кандидози висералиро ишғол мекунад. Ҳамаи



кӯдакони гирифтори ПП аз муонаи ВНМО гузаштанд ва натиҷаи таҳлилтанҳо 2 (2,5%) кӯдаки синни калон мусбӣнишон дод.

#### **Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.**

Саршавии беморӣ шадид бо давомнокии миёна то 7-10 рӯз, ки пайдар пай бо тангнафасии зиёд ҳангоми ором будан, бо сулфаи хушк сурат мегирад.

Аз байни кӯдакони мурочиат карда 42 (52,5%) нафарашон синни хурдсол, 38 (47,5%) нафарашон синни аз 3 сола боло доштанд. Аз собиқаи бемории кӯдакони бемори бо ПП маълум шуд, ки новобаста аз синну сол, дар қисми зиёди онҳо 58 (72,5%) давраи ниҳонӣ 1-2 моҳ давом дода, танҳо дар 22 (27,5%) нафар дарозмудат буд. Дар муддати табобати амбулатории кӯдакон дар мудати 10-15 рӯз бо маводҳои антибактериалӣ, натиҷаи мусбии аломатҳои клиникаи муайян карда нашудаанд.

Кӯдакони синни то як сола бошад 13 (16,2%) нафарро ташкил мекарданд, ки аз байни онҳо дар 10 (76,9%) нафарашон бемории сирояти ситомегаловирусӣ (зидди ситомегаловирусии синфи IgM) муайян карда шудааст. Беморӣ дар кӯдакони синни то як сола асосан аз ду моҳагӣ сар шуда, бештар бошиддат, бо аломатҳои дер аёнгашата, дар намууди илтиҳоби интерстиционалӣ мегузарад.

Дар кӯдакони синни то яксола давраи ателектазии беморӣ қайд карда шуд, ки дар вақти оромӣ бо нафастангӣ аёншуда, сулфаи хуруҷноки дарозмудат, ки ба бемории сулфакабутак монандӣ дошта, бо авҷёбии он дар як шабонарӯзӣ ва худо шудани балғами часпаки хираранги кафкмонанди ранги шиша, мегузарад. Ба ғайр аз он дар ҳамаи кӯдакони синни то яксола аломатҳои захролудии бадан, бо ҳарорати фебрилӣ муайян карда шуд.

Аломатҳои норасоии шадиди нафаскашӣ дар ҳамаи (100%) кӯдакон, норасоии кори дил ва рағҳои хунгард дар 10 (76,9%) нафар кӯдакони синни то яксола ба қайд гирифта шудаанд. Аускултатсияи шушҳо дар 11 (84,6%) нафар кӯдакони синни то як сола бо шунавоии нафаскашии дурушт ва хирросҳои хушк, дар 5 (38,5%) нафар бо шунавоии пастишушҳо гузашта буд.

Дар кӯдакони синни аз як то 3-сола беморӣ шадид сар шуда, аломатҳои захролудии умумии бадан на он қадар баланд буданд ва ҳамаи кӯдакон ҳарорати - субфебрилӣ доштанд. Дар 26 (68,6%) нафар зиёд гаштани нафаскашӣ, бештар дар вақти ҳаракати ҷисмонӣ, дар 24 (63,1%) нафар сулфаи хушк бо худо гаштани балғами сафеди кафкмонанд, дарднокии қафаси сина дар минтақаи пушти тӯш, бештар дар вақти нафаскаши қайд карда шудааст. Дар 22 (57,9%) нафар кӯдакон аломатҳои норасоии нафаскаши, дар вақти аускултатсияи шушҳо шунавоии дурушт, хирросҳои паҳншудаи хушк, дар 6 (14,3%) ҳолат бошад, крепитатсияи дутарафа, дар вақти перкутсия намудани шушҳо кӯтоҳшавии садои шушҳо муайян карда шудааст. Норасоии кори дил ва рағҳои хунгард дар 10 (34,4%) кӯдакон ба қайд гирифта шудааст.

Дар кӯдакони синни калон сирояти ПП бо намуди сабук, бе аломатҳои захролудии умумии бадан, бо ҳарорати субфебрилӣ, сулфаи хушк, ки давомнокиаш 1-2 моҳро дар бар мегирифт, мегузашт.

Дар марҳилаи гузаронидани акси рентгении шушҳо дар қисми зиёди кӯдакон 64 (80,1%) дар қисмати решаи шушҳо пастшавии шаффофии мавтҳо, ба монанди абрҳо ё монанди болҳои шаппарак, ва манбаи доғҳои сиёҳ дида мешуд. Дар 3 (7,1%) кӯдакони синни то як сола дар вақти гузаронидани томографияи компютери шушҳо пастшавии диффузии ҳавоии мафтҳо дар намуди шишаи хира, бештар дар қисмҳои болои онҳо муайян карда шудааст.

Дар хуни канории кӯдакони дорои сирояти ПП камхунии дараҳаи 1-2, лейкоцитоз то  $12 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилия то 10-15 хуҳ., СТЭ 30 - 60 мм/с ва баландшавии фаъолияти ЛДГ, пастшавии сатҳи сафеда то 45-50 г/л. муайян карда шудааст.

Маълум аст, ки барои ҷавоби масунии пурра дар шароити сироятёби аз ҳар намуд антигенҳо корбарии дутарафаи макрофагҳо бо Т-лимфоситҳо ва аз боздошти ду намуди ҷавоби масунияти ҳучайравӣ ва гуморалии элиминатсияи барангезанда вобаста мебошанд [1]. Дар кӯдакони синни то як сола





фаъолияти вазифаи масуният норасид буда, дар намуди нопухтагии звенои масунияти хучайравии Т ва В лимфотситҳо бо сустии баровардани медиатори асосии масунияти хучайравӣ-ИФН- $\gamma$  гузашта, нишон доданд, ки дар кӯдакони дар зери назоратии синни то яксола, нисбати кӯдакони синни калонтар, бемории ПП бо намуди вазнин ва бо норасоии нафаскашӣ, норасоии кори дил ва рағҳои хунгард мегузашт.

Дар вақти баҳо додани ҷавоби масуният чанд омили нишондодҳои иммунологиро, чунончи, нишондодҳои хусусӣ (титрҳои антителаҳо ба антигенҳои барангезанда) ва ғайри хусусиро (тавоноии Т-лимфотситҳо ба афзоиш) ба эътибор гирифтанд лозим. Дар кӯдакони дорои бемории ПП муайян карда шудааст, ки антителаҳо ба пневмосистозҳои синфи IgG дар ҳамаи кӯдакон 1:200 -1:400-ро ташкил мекард, фаъолияти хелперии Т-лимфотситҳо иситотоксикӣ аз ҳисоби адади Т- лимфотситҳо, ( CD4+) ва Т-супрессорҳои (CD8+) қариб 2 қарат (Т-лимфотситҳо дар ҳудуди 20% - 40%, Т -хелперҳо 10% - 25%, Т-супрессорҳо 5% - 10%) паст гаштааст.

Танҳо дар кӯдакони то синни дусолагӣ системаи комплемент афзоиш меёбад, лекин Т - хелперҳо барои пайдо намудани антителаҳо кам ёрӣ расонида, дар кӯдакони синни то як сола антителаҳои синфи IgM синтез мешаванд. Дар ҳамаи кӯдакони бо сирояти ПП антителаҳои синфи IgM дар ҳудуди аз 0,17 то 1,45 ташкил карданд.

Муолиҷаи кӯдакони бо намуди вазнини ПП дар беморхонаи сироятӣ гузаронида мешавад, маводи интиҳобкарда бар зидди сирояти ПП триметоприм/сулфаметоксазол (15-20 мг\кг вазни кӯдак аз ҳисобитриметоприм) дохиливаридӣ ва глюкостероидҳо истифода бурда мешаванд. Ба ғайр аз он ба кӯдакон муолиҷаи симптоматикӣ (оксиген, бронхолитикҳо, баровардани балғам аз роҳҳои нафаскашӣ) гузаронида шудааст.

**Хулоса.** Равиши саририи сирояти ПП дар кӯдакони синни то яксола нишон медиҳад, ки сироятёби асосан аз ду моҳагӣ сар шуда, бештар бошиддат ва дер аён гашта, дар ҳамаи (100%) кӯдакондар намуди илтиҳоби интерстициалӣ бо аломатҳои норасоии шадиди нафаскашӣ ва дар 76,9% бо аломатҳои норасоии кори дил ва рағҳои хунгард гузаштааст. Дар кӯдакони синни аз як то 3 - сола равиши саририи беморӣ шадид сар шуда, аломатҳои захролудии умумии бадан на он қадар баланд буда, ҳамаи кӯдакон ҳарорати субфебрилӣ доштанд, дар 68,6% зиёд гаштани нафаскашӣ, бештар дар вақти ҳаракати ҷисмонӣ, дар 82,7% сулфаи хушк бо худо гаштани балғами сафеди кафкмонанд, дарднокии қафаси сина дар минтақаи пушти тӯш, ки бештар дар вақти нафаскаши аён мешуд, қайд карда шудааст. Дар кӯдакони синни калон равиши сирояти ПП бо намуди сабук, бе аломатҳои захролудии умумии бадан, бо ҳарорати субфебрилӣ, сулфаи хушк, ки давомнокиаш 1-2 моҳро дар бар мегирифт, гузаштааст.

## АДАБИЁТ

- 1.Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей, Руководство для врачей, 2-е издание, Москва, 2009 год, с.11-20, 558-563.
- 2.Каражас Н.В., Дехнич А.В. Пневмоцистная пневмония: клинические и микробиологические аспекты // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 1999. - Т. 1, № 1.
- 3.Шепеленко А.Ф., Миронов М.Б, Попов А.А. Пневмоцистная пневмония у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета // Лечащий врач. -2006. -№1.



## НАТИЧАҲОИ ТАҲҚИҚОТ ОИД БА КОРКАРДИ МАБЛАҒГУЗОРИИ ПЕРСПЕКТИВИИ ЗИДДИ ВНМО/БПНМ ДАР ТОҶИКИСТОН ДАР РОБИТА БО ХАТСАЙРИ ПЕШРАФТИ ЭПИДЕМИЯ

М.М. Рузиев<sup>1</sup>, Г.М. Усманова<sup>2</sup>, Г.Дж. Азимов<sup>3</sup>, Н.Дж. Джафаров<sup>2</sup>

Муассисаи давлатии "ИИТ экспертизаи тиббӣву иҷтимоӣ ва реабилитатсияи маъҷубон"<sup>1</sup>, кафедраи эпидемиологияи МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"<sup>2</sup>, МТ "Коллеҷи тиббӣ" ш.Ҳисор<sup>3</sup>

*Рузиев Муродали Мехмондустович - н.и.т., директори МД "ИИТ экспертизаи тиббӣву иҷтимоӣ ва реабилитатсияи маъҷубон"; E-mail: m.ruziev@mail.ru; Тел.: + 992 -918-71-32-66*

*Усманова Гулнора Муқимовна - д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; Тел.: +992 -933-44-03-93*

*Азимов Гурез Джаллилович - д.и.т., директори МТ "Коллеҷи тиббӣ" ш.Ҳисор. Гиссара; E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru; kaduchigrad1@bk.ru; Тел.: +992-907-70-59-99*

*Джафаров Навруз Дҷунайдуллоевич - ассистенти кафедраи эпидемиологияи МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; E-mail: ndzhafarov@gmail.com; Тел.: +992-907-81-55-98*

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳияи чорабиниҳои ҳамаҷонибаи таъмин кардани маблағгузориҳои перспективии барномаҳои миллӣ ва стратегияи ба мубориза бар зидди ВНМО/БПНМ алоқаманд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Талаботи маблағгузориҳои барномаҳои зидди ВНМО/БПНМ дар перспективаи то соли 2020 дар асоси модели математикии арзёбии пешрафти эпидемии ва пешгӯии он таҳия шудааст.

**Натиҷаҳо.** Арзёбии пешрафти эпидемии ВНМО/БПНМ, ки дар асоси модели математикӣ гузаронида шудааст, нишон медиҳад, ки

зиёд шудани маблағгузориҳои пушонидани ҳама хизматрасониҳои асосӣ оид ба профилактика ва таъбақи метавонад, ки ба пешгирии ҳолатҳои нави сироят ва нигоҳ доштани миқдори солҳои ҳаёт таъсир расонад.

**Хулоса.** Маблағгузориҳои кофии ҳама хизматрасониҳои асосӣ оид ба профилактика ва таъбақи ВНМО/БПНМ имконияти медиҳад, ки ба таври реалӣ ба мақсади пешгирии намудани паҳншавии минбаъдаи эпидемии ВНМО/БПНМ дар соли 2030 ноил шавем.

**Қалимаҳои калидӣ:** ВНМО/БПНМ, маблағгузорӣ, моделсозӣ, самаранокӣ, иҷрои барномаҳо, пешгӯии эпидемия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ ПЕРСПЕКТИВНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ/СПИД В ТАДЖИКИСТАНЕ В КОНТЕКСТЕ БУДУЩИХ ТРАЕКТОРИЙ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ

М.М. Рузиев<sup>1</sup>, Г.М. Усманова<sup>2</sup>, Г.Дж. Азимов<sup>3</sup>, Н.Дж. Джафаров<sup>2</sup>

Государственное учреждение НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов<sup>1</sup>, Кафедра эпидемиологии ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино"<sup>2</sup>, г. Душанбе, Государственное учреждение "Медицинский колледж" г. Гиссара<sup>3</sup>

*Рузиев Муродали Мехмондустович - к.м.н., директор ГУ "НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов"; E-mail: m.ruziev@mail.ru; Тел.: + 992 -918-71-32-66*

*Усманова Гулнора Муқимовна - д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; Тел.: +992 -933-44-03-93*

*Азимов Гурез Джаллилович - д.м.н., директор медицинского колледжа г. Гиссара; E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru; kaduchigrad1@bk.ru; Тел.: +992-907-70-59-99*



*Джафаров Навруз Джунайдуллоевич - ассистент кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абу-али ибни Сино; E-mail: ndzhafarov@gmail.com; Тел.: +992- 907-81-55-98*

**Цель исследования.** Разработка мер по обеспечению перспективного финансирования национальных программ и стратегий, связанных с противодействием ВИЧ/СПИДу.

**Материалы и методы.** Потребность финансирования программ противодействия ВИЧ/СПИД в перспективе до 2020г. разрабатывалась на основе математической модели оценки развития эпидемии и ее прогнозирования.

**Результаты.** Проведенная на основе математической модели оценка развития эпидемии ВИЧ/СПИД свидетельствует, что уве-

личение финансирования покрытия всех основных услуг по профилактике и лечению может оказать достаточное воздействие на предупреждение новых случаев заражения и сохранение продолжительности жизни.

**Заключение.** Достаточное финансирование всех основных услуг, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ/СПИД, позволит реально достичь цели по предотвращению дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ/СПИД к 2030 г.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, финансирование, моделирование, эффективность, выполнение программ, прогноз эпидемии.

## THE RESULTS OF INVESTIGATION OF PERSPECTIVE FINANCING DEVELOPMENT OF HIV / AIDS RESPONSE IN TAJIKISTAN IN THE CONTEXT OF FUTURE EPIDEMIC DEVELOPMENT TRAJECTORIES

M.M. Ruziev<sup>1</sup>, G.M. Usmanova<sup>2</sup>, G.J. Azimov<sup>3</sup>, N.J. Jafarov<sup>2</sup>

State institution "Research Institute of medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons"<sup>1</sup>, Department of Epidemiology, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"<sup>2</sup>, Dushanbe, State Institution "Medical College "of Gissar"<sup>3</sup>

*Ruziev Murodali Mehmondustovich - c.m.s., Director of SI "Research institute of medical and social expertise and rehabilitation of the disabled persons". E-mail: m.ruziev@mail.ru; Tel.: + 992-918-71-32-66*

*Usmanova Gulnora Mukimovna - MD, Professor of Epidemiology department of Avicenna TSMU; E-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; Tel.: +992-933-44-03-93*

*Azimov Gurez Jalilovich - MD, Director of the medical college of Gissar; E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru; kaduchigrad1@bk.ru; Tel.: + 992-907-70-59-99*

*Jafarov Navruz Junaydulloevich - Assistant of Epidemiology department of Avicenna TSMU; E-mail: ndzhafarov@gmail.com; Tel.: +992- 907-81-55-98*

In Tajikistan, despite of the taken measures, there are still problems to reduce the rate of spreading the epidemic and measures cover for the prevention and treatment of HIV / AIDS related to financing of HIV / AIDS contraction.

**Purpose of the study.** Development of measures to ensure the long-term financing of national programs and strategies related to HIV / AIDS contraction.

**Materials and methods.** The need of financing of HIV / AIDS contraction programs till 2020 are developed on the basis of a mathematical model assessment

of the epidemic development and its forecasting.

**Results.** Carried out assessment of epidemic development on the basis of mathematical model HIV/AIDS demonstrates that increase of financing the covering of all main services in prevention and treatment can have a sufficient influence on prevention of new cases of infection and preservation the number of years of life.

**Conclusion.** Adequate financing of all basic services related to the prevention and treatment of HIV / AIDS will allow us to actually achieve



the goal on preventing the further spread of the HIV / AIDS epidemic by 2030.

**Мухиммият.** Дар чумхурӣ ханӯз ҳам муш-килоти паст кардани суръати паҳншавии эпидемия ва андешидани тамоми чорабиниҳои профилактика ива табобати ВНМО/БПНМ мавҷуд мебошад. Вобаста аз ин чудо кардани захираҳои нав, иловагӣ ва устувори мубориза бар муқобили ВНМО/БПНМ вазифаи актуалӣ ба ҳисоб меравад [1].

Як гурӯҳ муҳаққикон зарурати гузаронидани таҳлили маблағгузори чорабиниҳои профилактикаи ВНМО/БПНМ-ро зарур меҳисобанд, вай имконият медиҳад, ки саҳми молиявии давлатҳо, донорҳои байналмилалӣ дар татбиқи амалии чорабиниҳои ба нақша гирифташуда, ҳамчунин имкониятҳои зиёд кардан ё равона кардани селҳои молиявиро ба дигар чорабиниҳо баҳогузори карда шавад [2, 3, 4].

Воситаҳои давлатии чумхурӣ, ки бо мақсади иҷрои Барномаҳои давлатӣ оид ба ВНМО/БПНМ харҷ карда мешаванд, асосан барои пардохти захираҳои кадрӣ ва таъмини нигоҳдории муассиса ва ташкилотҳои нигоҳдории тандурустӣ сарф карда мешаванд. Ҳаҷми онҳо тақрибан 24%-и ҳамаи хароҷотҳои барои мубориза бо ВНМО/БПНМ дар Тоҷикистон ҷудокардашударо дар соли 2013 ташкил медиҳанд [5].

Манбаи асосии маблағгузори чорабиниҳои миллӣ оид ба мубориза бо ВНМО/БПНМ манбаҳои байналмилалӣ буданд, аз ҷумла Фонди глобалии мубориза бо БПНМ, сил ва табларза (ФГМБСТ) буд [6].

Бухрони иқтисодии ҷаҳони имрӯзаро фарогирифта дурнамои афзоиши маблағгузори байналмиро ҷиҳати мубориза бо ВНМО/БПНМ дар Тоҷикистон кам кард, вобаста аз ин кишварамон кӯшиш мекунад, ки вобастагӣ аз маблағгузори берунӣ кам карда ва механизми маблағгузори дохилӣ таҳия гардад. Маҳдудии маблағгузори донорӣ ва ватании Барномаи миллӣ оид ба мубориза бо ВНМО/БПНМ захираҳои потенциалӣ ва оптимизатсияи онҳоро дар оянда тақозо мекунад.

**Key words:** HIV/AIDS, financing, modeling, efficiency, program execution, epidemic forecast.

**Мақсади таҳқиқот.** Коркарди чорабиниҳо барои таъмин намудани маблағгузори перспективии барномаҳои миллӣ ва стратегияҳо барои мубориза бо ВНМО/БПНМ дар доираи траекторияҳои ояндаи инкишофи эпидемия.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Талабот ба захираҳо барои ба қадри кофӣ маблағгузори инамудани мубориза бо ВНМО/БПНМ дар дурнамо то соли 2020 дар асоси модели математикӣ баҳодиҳӣ ва пешгӯии пешниҳодҳои Dodd PJ, Garnett GP, Hallett TV таҳия карда шудаанд [7]. Ҳисобҳои, ки бо ёрии вай иҷро карда шуданд, имконият доданд, ки ба тамоюли инкишофи эпидемияи ВНМО/БПНМ баҳо дода шавад, хароҷоти барномаи таъсиррасонӣ ("самаранокии инвестиция"), ки бо миқдори пешгирӣ намудани ҳолатҳои нави сироятнокшавӣ ва солҳои ҳаёт бо дар назардошти рӯзҳои қобилияти корношоямӣ аз рӯи се сценарии тахминӣ ифода шудаанд, арзёбӣ карда шаванд.

Сценарии яқум - бо нигоҳ доштани тақсими чорӣ инвестиция мувофиқи буҷет дар сатҳи соли 2013; сценарии дуҷум-ҳангоми оптимизатсияи тақсими мувофиқи буҷет дар сатҳи соли 2013; сценарии сеҷум-афзоиши маблағгузори то ҳадди пурра пӯшонидани ҳамаи хизматрасониҳои асосӣ ва табобати ВНМО/БПНМ.

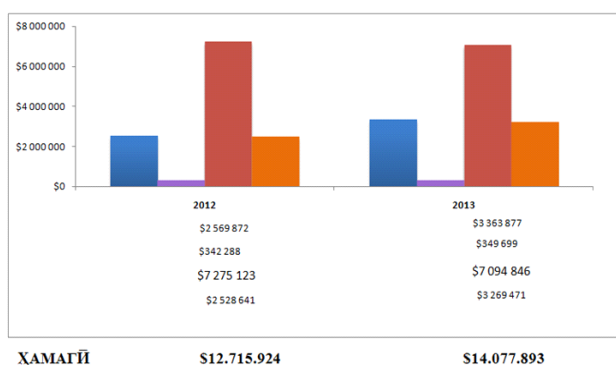
Бо мақсади коркарди модели математикӣ баҳодиҳӣ ва пешгӯии (ММБП) манбаҳои асосии маблағгузори хароҷоти эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо истифода аз ҳисоботҳои омории миллӣ аз рӯи секторҳо ва ҳисоботҳои муассисаҳои нигоҳдории тандурустӣ дар давраи солҳои 2008-2013; бо истифода аз усулҳои стандартии ҳисоббаробаркунии молиявӣ барои амалӣ кардани ҳамаи амалиётҳои молиявӣ, ки ба мубориза бо ВНМО/БПНМ дахлдоранд мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Хароҷотҳои мувофиқи манбаҳои маблағгузори, агентҳои молиявӣ, хизматрасонандаҳо, категорияҳои хароҷот, гурӯҳҳои мақсадноки бенефисиа-



рҳо бо истифодаи таснифоти функционалӣ ва муайянкуниҳое, ки тибқи Баҳодиҳии харочотҳои миллӣ барои БПНМ (БХМБ) гузаронида шудаанд, тасниф карда шуд. Ҳамаи маълумотҳои зарурии ба харочоти мубориза бо ВНМО/БПНМ дахлдор, ки ҳам аз ҳисоби манбаъҳои дохилии давлатӣ ва маблағгузори байналмилалӣ пӯшонидани мешаванд, чамъоварӣ карда шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Ҳаҷми маблағгузори чорабиниҳои бахшида ба мубориза бо ВНМО/БПНМ дар давраи омӯхташуда нобаробар буд: онҳо гоҳ кам мешуданду гоҳ зиёд. Агар дар соли 2008 тақрибан 6,2 млн доллари ИМА харҷ шуда бошад, ин миқдор дар соли 2012 ба 12,7 млн. доллари ИМА, соли 2013 ба 14,1 млн. доллари ИМА баробар буд. Аз соли 2008 сар карда, маблағгузорӣ аз манбаъҳои байналмилалӣ тақрибан то 2 маротиба афзуд.

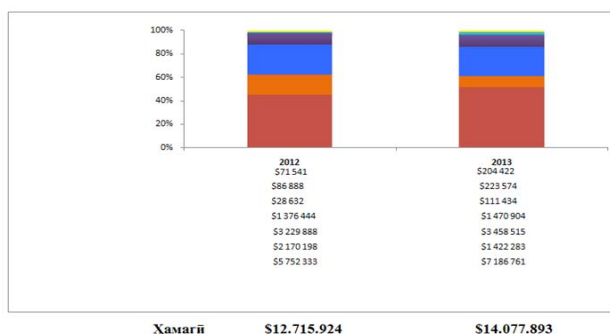
Инвеститсияи миллӣ барои чорабиниҳои мубориза бо ВНМО/БПНМ дар муқоиса бо инвеститсияҳои зарурӣ ва байналмилалӣ кифоя нест (расми 1). Чорабиниҳои ҷавобӣ дар ҷумҳурӣ барои мубориза бо ВНМО/БПНМ то дараҷаи баланд аз маблағгузори беруни вобаста аст, ки донори асосии он ФГМБСТ ба ҳисоб меравад, аммо харочотҳои давлатӣ низ тадричан ба зиёдшавӣ майл доранд.



**Расми 1.** Харочотҳои молиявӣ мубориза бо ВНМО/БПНМ дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2012-2013 аз рӯи манбаъҳои маблағгузорӣ

Қисми бештари захираҳои молиявӣ ба профилактикаи ВНМО равона карда шуда буданд ва асосан се гурӯҳи аҳолиро (гурӯҳҳои асосӣ), ки хатари нисбатан бештари

сироятноккунӣ доштанд, фаро гирифт: истеъмолкунандагони маводи муҳаддири тазриқӣ (ИММТ), кормандони тиҷорати секс (КТС), мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсикунанда (ММАҶ). Ҳаҷми маблағи бевоситаи барномавӣ барои муҳофизат ва табобат, аз ҷумла бо истифода аз табобати антиретровирусӣ (ТАР) нисбатан паст буданд, бар замми ин онҳо дар соли 2013 назар ба соли 2012 боз 34% кам карда шуданд. Харочот барои идоракунии барномаҳо ва барои нигоҳдори захираҳои кадрӣ, баръакс, афзуд ва дар соли 2012 24,6% (дар соли 2012 -10,4%) - ро ташкил дод. Дар маҷмӯъ онҳо аз афзудани маблағгузорӣ то андозаи 7% дар соли 2013 назар ба соли 2012 гувоҳӣ медиҳанд.



**Расми 2.** Маблағгузори чорабиниҳои ба ВНМО/БПНМ дахлдор дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2012 ва 2013 мувофиқи ҷузъҳои барнома

Маблағгузорӣ ҷиҳати чорабиниҳои профилактикаи ВНМО/БПНМ барои паст шудани сатҳи паҳншавии он дар байни ИММТ ва муътадил гаштани он дар байни дигар гурӯҳҳои аҳоли мусоидат намуд. Чунончи, сатҳи паҳншавии он, агар дар байни ИММТ дар соли 2006 23,5 бошад, дар соли 2014 то 12,9% буд, дар байни КС дар соли 2006 вай 3,7%, дар соли 2014 г. - 3,5%, дар байни ММАҶ (мардҳои бо мардҳо алоқаи чинсидошта) дар соли 2006 8,4%, дар соли 2015 - 2,7% - ро ташкил дод.

Дар солҳои 2011-2012, ҳаҷми тестгузаронӣ аз хусуси ВНМО/БПНМ зиёд шуд, махсусан дар байни гурӯҳҳои асосии аҳоли, ки ҳаёти бештари сироятпазирӣ доранд. Ба ҳар сурат, аксари бештари (65%) миқдори одамони арзёбишуда, ки бо ВНМО/БПНМ (шахсони бо СПИД зиндагикунан-



да) зиндагӣ мекунад, статуси худ ва имконияти ба дигаронинтиқол додани сироятро намедонанд. Миқдори арзёбишудаи шахсони бо СПИД зиндагикунанда 13.841 одамро ташкил дод, ки аз онҳо дар 4.581 (33%) ташхис гузошта шуд; 1.399 шахсони бо СПИД зиндагикунанда (31% бо ташхиси "ВНМО/БПНМ") дар охири соли 2013 табобати АРТ гирифтанд, аз ҷумла - 1.127 (миқдори арзёбишуда) -и беморон бо супрессияи вирусӣ.

Дар соли 2013 г. 2.516 шахсони бо СПИД зиндагикунанда аз 4.581 нафар, ки дар ҷумҳурӣ ба тари расмӣ ба қайд гирифта шудаанд, барои табобати ТАР (табобати антиретровирусӣ) нишондод доштанд. Баҳои миқдори умумии шахсони бо СПИД зиндагикунанда (13.841)-ро ба асос гирифта, чунин тахмин кардан мумкин аст, ки 5.200 шахсони бо СПИД зиндагикунанда барои табобати ТАР (табобати антиретровирусӣ) нишондод доранд. Яъне гузаронидани табобати ТАР маълумотҳои баҳогузорино мувофиқи миқдори баҳогузоришуда ва бақайдгирифташудаи шахсони бо СПИД зиндагикунанда мутаносибан аз 27% (1.399/5.200) то 56% (1.399/2.516) ва аз 10% (1.399/13.841) то 31% (1.399/4.581)-ро мепӯшонанд.

Дар соли 2013 дар ҷумҳурӣ каме камтар шудани фавтият аз ВНМО/БПНМ (63 ҳолати бақайдгирифташудаи фавт дар муқоиса аз 113 ҳолати фавти соли 2012). Монанди давлатҳои дигар, ин маълумотҳо бинобар проблемаҳои умумии бақайдгирии фавтият бо сабабҳои фавт ва проблемаҳои ба қайд гирифтани ҳолатҳои алоҳидаи ВНМО/БПНМ паст нишон дода шудаанд: аз даст додан барои муоинаи шахсони бо СПИД зиндагикунанда миқдори зиёди шахсони бо СПИД зиндагикунанда, ки дар онҳо ташхис муайян карда шудааст, ба онҳо ташхиси ВНМО/БПНМ гузошта нашудааст.

Миқдори шахсони бо СПИД зиндагикунанда, ки ба табобати антиретровирусӣ (ТАР) зарурат доранд, аз миқдори табобатшавандагон зиёд аст. Интизор меравад, ки миқдори одамоне, ки ба табобати антиретровирусӣ (ТАР), аз ҷумла ба схемаҳои табобати антиретровирусӣ (ТАР)-и қатори

дуом зарурат доранд, дар ояндаи наздик рӯ ба инкишоф доштанро идома медиҳанд. Дар соли 2013 Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) оид ба табобати ТАР дастурамали нави якҷояи ҷамъбастиро нашр кард. Ин тавсияҳо дар заминаи маълумотҳои воқеӣ асос ёфта тасдиқ мекунад, ки ТАР барои нигоҳ доштани саломатии шахсони бо СПИД зиндагикунанда мусоидат мекунад ва миқдори вирусро дар хун кам мекунад, ин дар навбати худ, интиқоли минбаъдаи вайро суст месозад. Иҷро намудани ин тавсия миқдори шахсони бо СПИД зиндагикунандаро, ки нишондоди табобатро доранд, хеле зиёд мекунад.

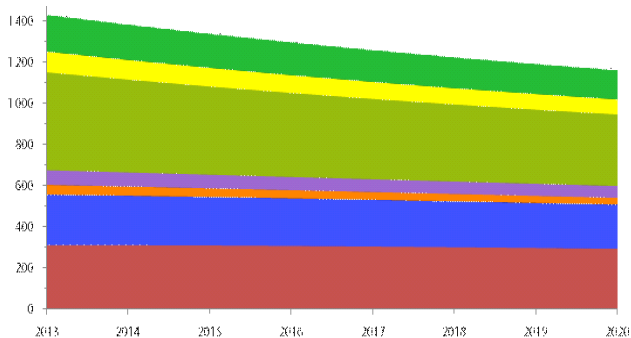
Ҳангоми баррасӣ намудани барномаи мубориза бар зидди ВНМО/БПНМ дар перспектива, ки бо ёрии ММОП ҳолати эпидемиологӣ дар шароити нигоҳ доштани тақсими инвестиция ва бучет дар сатҳи соли 2013, тадричан паст шудани беморшавии ВНМО/БПНМ бо камее тағйир ёфтани роҳҳои интиқоли он ба мушоҳида расид.

Аввалин ҳолати ВИЧ/СПИД дар ҷумҳурӣ соли 1991 ба қайд гирифта шудааст ва то соли 2000-ум дар бораи ин беморӣ дар Тоҷикистон маълумоти кам мавҷуд буд. Дар охири соли 2006 миқдори кумулятивии шахсони ба таври расмӣ ба қайд гирифташудагон бо ташхиси ВИЧ 707 нафар буд, дар охири соли 2013 ин миқдор то 5550 нафар расид (аз онҳо 4581 нафарашон зиндаанд). Натиҷаи ММБП нишондиҳандаҳои солонаи беморшавии ВНМО/БПНМ оҳиста кам шудани миқдори шахсони дорои ташхиси ВНМО-ро тақрибан аз 1450 нафари соли 2013 то 1150 нафар дар соли 2020 намоиш медиҳад.

Омили асосии ҳаракатдиҳандаи пастшавии баҳодихии модели беморшави гурӯҳи аҳоли бо сатҳи баланди хатари сироятнокшавӣ ба ВНМО/БПНМ ба ҳисоб меравад. Беморшавии баҳодихӣ то 28% дар байни КТС (кормандони тичорати секс), то 27% дар ИММТ (истеъмолкунандагони маводи муҳаддири тазриқӣ), то 27% дар байни маҳбусон ва то 20% дар байни мардҳои бо мардҳо алоқаи ҷинсӣ кунандаро нишон медиҳад.



Гузаронидани моделсозии ҳолатҳои мавҷудбуда мувофиқи сценарияи якум-ҳангоми нигоҳ доштани тақсими мавҷудаи инвеститсия аз буҷет дар сатҳи соли 2013 пешгӯӣ кардани минбаъда кам шудани сироятнокшавӣ дар байни мардҳо ва занҳоро мутаносибан то 13% ва 6 имконпазир месозад. Чунончи, дар соли 2013 57,5% -и ҳолатҳои нави сироятнокшавии ВНМО/БПНМ бо роҳи алоқаи ҷинсӣ, 27,3% дар натиҷаи истеъмоли маводи муҳаддири тазриқӣ, 5,5% аз модарон ба кӯдакон ба қайд гирифта шуд. Яъне интиқоли сироят бо роҳи алоқаи ҷинсӣ ва дар натиҷаи истеъмоли маводи муҳаддири тазриқӣ дар шароити имрӯзаи Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳи асосии интиқол ва паҳншавии ВНМО/БПНМ мебошад. Минбаъд, агар паҳншавии ВНМО/БПНМ дар байни истеъмомкунандагони маводи муҳаддири тазриқӣ дар ҷумҳурӣ давом кардан гирад, майли зиёдшавии ҳиссаи нави сироятҳо бо роҳи алоқаи ҷинсӣ низ афзоиш меёбад (расми 3).



**Расми 3.** Тамоюли баландшавии сатҳи беморшавӣ ба ВНМО/БПНМ нигоҳ доштани инвеститсия ва буҷети сатҳи соли 2013

Дар охири соли 2020 дар мавриди арзиши умумии барнома оид ба пешгирӣ намудани ВНМО/БПНМ дар солҳои 2014-2020 баробар ба 98,5 миллион доллари ИМА (дар сурати нигоҳ доштани маблағгузори сатҳи соли 2013 баробари 14,07 миллион доллари ИМА) тақсими инвеститсия мувофиқи сценарияи якум барои пешгирӣ намудани 3 1000 ҳолати нави сироятнокшавӣ ва нигоҳ доштани 5 000 ҳолати солҳои зиндагӣ, бо дар назардошти рӯзҳои корношоямӣ мусоидат мекунад.

Натиҷаҳои бо ёрии ММОП гузаронидани ситиуатсияи эпидемиологӣ ҳангоми шароити оптимизатсияи тақсими инвеститсия ва буҷети сатҳи соли 2013 баробар ба 98,5 миллион доллари ИМА, ҳамчунин нисбатан самаранок истифода кардани воситаҳо аз ҳисоби беҳтар сохтани самаранокии аллокатсионӣ, ки ба тақсими захираҳо оид ба ҷузъҳои гуногуни барномаҳо дар беҳтарин комбинатсияҳо (сценарияи дуюм) вобастаанд, таваҷҷуҳро бештар ҷалб мекунад.

Дар натиҷа, метавонем, ки дар доираи пакети буҷетӣ барои расидан ба мақсадҳо ҷиҳати кам кардани миқдори ҳолатҳои нави сироятнокшавӣ аз ВНМО/БПНМ ва нигоҳ доштани миқдори солҳои зиндагӣ бо ислоҳи рӯзҳои корношоямӣ, ба натиҷаҳои оптималӣ ва максималӣ бирасем.

Ҳангоми гузаронидани моделсозӣ мувофиқи сценарияи дуюм ду варианти алтернативӣ баррасӣ шуда буд: Варианти А: Беҳтар сохтани самаранокии аллокатсионӣ барои ҷузъҳои барномаҳо оид ба пешгирӣ, мувоқибат ва таъбибат, ки тақрибан 60%-и буҷети умумиро дар сатҳи соли 2013 ташкил дод; вақте ки пардохти маблағи захираҳои кадрӣ ва идоракунии барномаҳо бе тағйир боқӣ мемонад. Варианти Б: Беҳтар сохтани самаранокии аллокатсионӣ барои ҷузъҳои барномаҳо оид ба пешгирӣ, мувоқибат ва таъбибат, аммо бо 20% кам кардани тақсими буҷетӣ барои пардохти маблағи захираҳои кадрӣ ва идоракунии барномаҳо (тақрибан 1 миллион доллари ИМА-ро ташкил медиҳад) ва истифодаи воситаҳои сарфашуда бо мақсади минбаъда беҳтар сохтани самаранокии аллокатсионӣ барои ҷузъҳои барномаҳо оид ба пешгирӣ, мувоқибат ва таъбибат.

Ҳарду вариант ҳаҷми тағйирнаёбандаи захираҳои молиявиро барои профилактикаи ВИЧ барои шахсони бо СПИД зиндагикунанда, таъмин кардани бехатарии хунгузаронӣ ва дигар чорабиниҳо, ки ба профилактика (профилактика дар ҷойикорӣ, профилактикаи постконтактӣ ВНМО/БПНМ), тестгузаронӣ ва машварат ва ҷузъҳои "дигар"-и барномаҳоро пешбинӣ мекунад (ҷадвали 1).

## Чадвали 1

## Муқоиса кардани тақсимои захираҳои молиявии сатҳи соли 2013 вариантҳои ҷорӣ ва оптимизатсионии вариантҳои А ва В

	Тақсимои буҷетӣ бо доллари ИМА		
	а) ҷорӣ (с.2013) тақсимои захираҳо	б) варианти А тақсимои мусоидкунонид ашуда	в) варианти В тақсимои мусоидкунонид ашуда
<b>Харочоти умумӣ вобаста аз БПНМ</b>	<b>14.077.893</b>	<b>14.077.893</b>	<b>14.077.893</b>
<b>Харочот барои профилактика</b>	<b>7.186.761</b>	<b>6.682.225</b>	<b>7.458.762</b>
Профилактика – бехатарии хун, шахсони бо СПИД зиндагикунанда, дигар чорабиниҳо	555.040	555.040	555.040
Коммуникатсия барои тағйири рафтор (КТР)	270.702	0	0
Мобилизатсияи ҷомеа	886.404	0	0
Тестгузаронӣ ва машварат оид ба ВНМО (ТМ)	362.155	307.433	345.441
Дахлатҳои барномавӣ бо мақсади гурӯҳҳои осебпазир ва дастраси аҳоли	295.655	0	0
Профилактика – толибилмон, ҷавонон	362.977	0	0
Профилактика – ҷавононе, ки ба мактаб намераванд	356.561	0	0
Барномаҳои профилактикӣ барои гурӯҳҳои асосии аҳоли (ИММТ, СР, МСМ)	2.564.282	4.162.560	4.690.791
Профилактика, ташхис ва табобати СРҶИ барои ҷамаи аҳоли	733.241	670.850	755.981
ПИМК–и типаш номуайян	799.744	986.342	1.111.509
<b>Харочот барои мувоқофат ва табобат</b>	<b>1.422.283</b>	<b>1.926.819</b>	<b>2.136.166</b>
Тестгузаронӣ ва машварати корманди тиб	277.130	277.130	277.131
Мувоқофат ва табобати - АРТ, профилактикаи ОИ, мониторинги озмоишӣ, ва ғ.	1.145.153	1.649.689	1.859.035
<b>Харочот барои идоракунии барномаҳо ва захираҳои кадрӣ</b>	<b>4.929.419</b>	<b>4.929.419</b>	<b>3.943.535</b>
Дигар мхарочот бароиятимон ва кӯдакони сироятпазир, ҳифзи иҷтимоӣ, ташаккули муҳити солим, таҳқиқот).	<b>539.430</b>	<b>539.430</b>	<b>539.430</b>

Аз чадвали №1 дида мешавад, ки дар маҷмӯъ ҳаҷми маблағгузорӣ дар сатҳи соли 2013 барои минбаъд васеъ гардонидани дахлатҳои асосӣ ва самараноки стандартии пешгирӣ намудани ВНМО/БПНМ дар ҷумҳурӣ дар оянда нокифоя аст.

Гуфтаҳои боло, аз ҷумла, дурустанд, агар самараноки рақобаткунандаи дахлатҳои асосии калидӣ, ки ба паст кардани сатҳи паҳншавии сироят, кам кардани вазнинии беморӣ ва паст фаровардани сатҳи фаълият ба эътибор гирифта шавад. Ин маҳдудиятҳо ба инобат гирифта, модел тақсимои муносиб гардонидашудаи воситаҳои хангоми буҷети соли 2013 аз ҳисоби гузаронидани воситаҳо аз ҷунин муассисаҳои маблағгузоришаванда, монанди тағйироти коммуникабелӣ-рафторӣ, сафарбарии

ҷомеа, профилактикаи "гурӯҳи осебпазир ва дастраси аҳоли" ва ҷавонон, ба маблағгузориҳои чорабиниҳо дар байни аҳолии дорои хатари бештари сироятнокшавӣ аз ВНМО/БПНМ пешбинӣ мекунад.

Татбиқи амалии барнома оид ба профилактика ва табобати ВНМО/БПНМ, дар ҳолати оптимизатсияи тақсимои инвеститсия дар доираи буҷети сатҳи соли 2013 бо арзиши умумии барнома барои солҳои 2014-2020 баробар ба 98,5 миллион доллари ИМА, дар ҳаҷми соли 2020 барои пешгирӣ намудани тақрибан 4,200 ҳангоми варианти А ва 4.400 ҳангоми варианти В ҳолатҳои нави сироятнокшавӣ ва 12.500 ва 15.600 мутаносибан ҳангоми вариантҳои А ва В соли ҳаёт, бо ислоҳи рӯзҳои корношоямӣ мусоидат мекунад.





Ба андешаи мо, маблағгузорию кофии хамаи хизматрасониҳои асосӣ, ки ба профилактика ва табобати ВНМО/БПНМ дахлдоранд, имконият медиҳад, ки ба таври ҳаққонӣ дар масъалаи пешгирии паҳншавии минбаъдаи эпидемияи ВНМО/БПНМ дар соли 2030 ба мақсад расид [8].

Натиҷаҳои ММОП-и гузаронидашудаи барномаи муқовимат бар ВНМО/БПНМ мувофиқи сценарияи сеюм аз он гувоҳӣ медиҳад, ки хангоми зиёд кардани маблағгузорию чихати пӯшонидани хамаи хизматрасониҳои асосии профилактика ва табобати ВНМО/БПНМ вай метавонад, ки ба пеш-

гири намудани ҳолатҳои нави сироятнокшавӣ ва нигоҳ доштани миқдори солҳои ҳаёт, бо ислоҳи рӯзҳои корношоямӣ дар соли 2020 таъсир расонад. Илова бар ин, ин сценарияи ягона аст, ки дар он уҳдадорихои байналмилалӣ ҳаллу фасли мқсадҳои асосии Барномаи Миллӣ оид ба ВНМО/БПНМ иҷро карда мешаванд. Муқоиса кардани нишондодҳои ММОП ба таъсиррасонӣ ва хароҷоти паст кардани сатҳи паҳншавии ВНМО/БПНМ, кам кардани вазнинии беморӣ ва паст кардани фавтият бо нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар ҷадвали № 2 нишон дода шудааст.

## Ҷадвали 2

**Тақсими захираҳои молиявӣ барои иҷрои барномаи мубориза бо ВНМО/БПНМ ва таъсири он ба пешгирӣ намудани ҳолатҳои сироятнокшавӣ ва нигоҳ доштани ҳаёт дар давраи солҳои 2014 то 2020**

	Сценарияи 1	Сценарияи 2	Сценарияи 3
Пешгирии ҳолатҳои нави ВНМО	3.100	4.400	8.360
Пешгирии DALYs	5.100	15.500	101.700
Хароҷотҳои умумии барномавӣ	\$ 98,5 млн.	\$ 98,5 млн.	\$ 129,0 млн.

Тавре ки аз ҷадвали № 2 дида мешавад, дар ҳолати маблағгузорию кофии хамаи хизматрасониҳои асосӣ дар доираи буҷети баробар ба 129 миллион доллари ИМА дар давраи то охири соли 2020 тақрибан 8360 ҳолати нави сироятнокшавӣ ва нигоҳ доштани 101 700 соли ҳаёт бо ислоҳшавии рӯзҳои корношоям пешгирӣ карда мешавад.

Хулоса. Арзёбии майли инкишофи эпидемияи ВНМО/БПНМ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2014-2020, ки бо ёрии ММОП бо коркарди талабот ба захираҳо

ва таъминоти самаранокию иқтисодии иҷрои барномаҳои оянда аз рӯйи се сценария маблағгузорӣ шудаанд, гувоҳӣ медиҳанд, ки танҳо маблағгузорию кофии хамаи хизматрасониҳои асосӣ имконият медиҳад, ки сценарияи сеюм амалӣ карда шавад. Бар иловаи ин, ин ягона сценария аст, ки дар он имконияти ба таври реалӣ иҷро намудани уҳдадорихои байналмилалӣ оид ба расидан ба мақсадҳо чихати манъ кардани паҳншавии эпидемияи ВНМО/БПНМ то соли 2030 ба даст оварда шавад.

## АДАБИЁТ

1. Солиев А.А. Оценка национальных расходов для программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан // "Здравоохранение Таджикистана".- Душанбе, 2011.- 4.- С. 97-102.
2. Касаткина В., Черкашнев Р. Финансирование мероприятий, направленных на борьбу с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДА // Материалы конференции "Финансирование здравоохранения: проблемы и перспективы".- Тамбов, 2017.- С.75-82.
3. Петренко И.И. Финансирование мероприятий по ВИЧ/СПИД в Республике Казахстан в рамках "Программы по противодействию эпидемии СПИД на 2006-2010 годы" // "Здравоохранение Таджикистана".- Душанбе, 2011.- 4.- С. 69-71.
4. Самарина А.В., Рудакова А.В. Оценка эффективности затрат на проведение профилактики перинатального инфицирования ВИЧ и программ планирования семьи среди ВИЧ-



- инфицированных женщин // Сб. тезисов Четвертой Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, 2014.- С. 275.
5. Республика Таджикистан. Оценка Национальных Расходов в связи со СПИДом 2012-2013. Душанбе: Национальный Координационный Комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан; 2014.
6. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Выделение странам ресурсов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на период с 2014 по 2016 г. Женева, 2014.
7. Dodd PJ, Garnett GP, Hallett TB. Examining the promise of HIV elimination by 'test and treat' in hyperendemic settings. AIDS. 2010;24(5), pp. 729-35.
8. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД. Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году. Женева: 20.

### **СИРОЯТИ ПАРОВИРУСӢ (В19): ЭТИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ТАШХИС ВА ЗУӲУРОТИ КЛИНИКӢ**

**М. Ӣ. Ёдгорова, Ф.Х. Тишкова, М. Ӣ. Мирзокалонова, М.П. Носирова**

Кафедраи тибби оилавии № 2, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии тибби профилактикии ӢТ

*Ёдгорова Майрам Чумахоновна - дотсенти кафедраи тибби оилавии №2 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: mayram.7002@qmail.com., тел.: 918-73-80-09.*

*Тишкова Фарида Ҳамтғалиевна - пажӯҳишгоҳи илмӣ -тадқиқотии тибби профилактикии ӢТ E.mail: ftyshkova@qmail.com. тел.:*

*Мирзокалонова Моҳира Ӣалоловна-дотсенти кафедраи тибби оилавии №2 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: @mail.ru, тел.: 918-56-26-47.*

*Носирова Матлуба Пулатовна- дотсенти кафедраи тибби оилавии №2 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: @mail.ru, тел.: 907-97-72-02.*

**Хулоса.** Дар мақола маълумотҳои муосирӣ адабиётҳо оид ба омӯзиши сирояти мубрами вирусӣ, ҳамчун сирояти парвовирусии В19 чамбаст гардидаанд. Масъалаҳои этиология, эпидемиология ва чанбаҳои клиникӣ-иммунологӣ шарҳу тавзеҳ ёфта, стратегияи нави муоинаи мизочони гурӯҳи хатарзо ҳангоми шубҳа ба ин беморӣ пешни-

ҳод карда шудааст. Ба стратегияи муоинаи ҳомиладорон ва кӯдакони навзод, инчунин мизочони гирифтори бемориҳои камхунӣ, полиартритҳо ва норасоии масуниятдиққати махсус дода шуд.

**Вожаҳои калидӣ:** сирояти парвовирусии В19, паҳншавандагии сирояти парвовирусӣ, ташхиси лабораторӣ.

### **ПАРОВОИРУСНАЯ (В 19 V) ИНФЕКЦИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**М.Дж. Ёдгорова Ф.Х. Тишкова, М. Дж. Мирзокалонова, М.П. Носирова**

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Научно-исследовательский институт профилактической медицины РТ

*Ёдгорова Майрам Джумахоновна - доцент кафедры семейной медицины №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: mayram.7002@qmail.com., тел.: 918-73-80-09.*

*Тишкова Фарида Ҳамтғалиевна-Научно-исследовательский институт профилактической медицины E.mail: ftyshkova@qmail.com. тел.:*



**Мирзокалонова Мохира Джалоловна** - доцент кафедры семейной медицины №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: @mail.ru, тел.: 918-56-26-47.

**Носирова Матлуба Пулатовна** - доцент кафедры семейной медицины №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: @mail.ru, тел.: 907-97-72-02.

В статье обобщены современные данные литературы по изучению актуальной вирусной инфекции как парвовирусная инфекция В19. Освещены вопросы этиологии, эпидемиологии и клинико-иммунологические аспекты, предложена новая стратегия обследования пациентов из групп высокого риска при подозрении на данную инфекцию.

Особое внимание уделено стратегии обследования беременных и новорожденных детей, а также пациентов с анемией, полиартритами и иммунодефицитами.

**Ключевые слова:** парвовирусная инфекция В19, распространенность, парвовирусная инфекция, лабораторная диагностика.

## PARVOVIRUS (B19) INFECTION: ETIOLOGY, EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTICS AND CLINICAL MANIFESTATIONS

**M.J. Yodgorova, F.Kh. Tishkova, M. J. Mirzokalonova, M.P. Nosirova**

Department of Family Medicine №2 of Avicenna TSMU, Research Institute of Preventive Medicine of RT

**Yodgorova Mayram Jumakhonovna** - associate professor of the Department of Family Medicine №2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: mayram. 7002 @ qmail.com., Tel .: 918-73-80-09.

**Tishkova Farida Khamtgalievna** - Scientific Research Institute of Preventive Medicine, E.mail: ftyshkova @ qmail.com. tel .:

**Mirzokalonova Mohira Jalolovna** - associate professor of the Department of Family Medicine №2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: @ mail.ru, phone: 918-56-26-47.

**Nosirova Matluba Pulatovna** - associate professor of the Department of Family Medicine №2 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: @ mail.ru, phone: 907-97-72-02.

**Summary.** The article summarizes the current literature data on the study of a current viral infection as parvovirus B19 infection. Issues of etiology, epidemiology, and clinical and immunological aspects are covered, a new strategy for examining patients from high-risk groups for suspected infections is proposed.

Special attention has been removed to the strategy of examining pregnant and newborn children as well as patients with anemia, polyarthritis and immunodeficiency.

**Key words:** parvovirus B19 infection, prevalence parvovirus infection, laboratory diagnostics.

**Мухимият.** Ба таври маълум сироятхое, ки онхоро вирусҳо ба вучуд меоранд, чи дар байни кӯдакон ва чи дар байни калонсолон бемориҳои аз ҳама пахншуда ба ҳисоб мераванд. Вирусҳо метавонанд қариб ба тамоми узвҳои инсон осеби ҷиддӣ расонанд: узвҳои нафаскашӣ, ҷигар, дил, системаи асаб ва ғ. О.В.Зайтсева.

Сироятҳои дохилибатӣ сабаби асосии марги пеш аз таваллудӣ мегарданд. Аз

ҷумла, 80%-и фетопатияҳои сироятӣ ба муриш анҷом меёбанд. Дар кӯдакони зиндамонда зарарёбии вазнини узвҳои гуногун, пеш аз ҳама майнаи сар ва ҷигар ба мушоҳида мерасад.

Сирояти парвовирусии В19 дар байни таҳқиқотчиён ва клинитсистон пеш аз ҳама вобаста ба афзоиши бемории камхунии сабабҳои пайдоишаш номаълум дар солҳои



охир таваҷҷуҳи махсусро ба вучуд овардааст.

**Этиология.** Ба оилаи парвовирусҳо якчанд вирусҳои намуди ҳоси ҳайвонот дохил мешаванд, вале ба одам танҳо парвовирус В19 хос мебошад. Ин вирус бо рақами намунаи зардоби хуни одам, ки бори аввал аз он чудо карда шудааст, номгузорӣ гардидааст. Ин вируси хурди диаметраш 20-25 нм, бе пардаи берунӣ ва бо риштаи як печдоштаи ДНК мебошад. Парвовирус В19 устувории баланд дошта, қобилияти ҳаётиашро давоми 16 соат зери ҳарорати баланди 60°C нигоҳ дошта метавонад.

**Эпидемиология.** Беморҳои парвовирусӣ дар дилхоҳ фасли сол воমেҳӯранд, вале бештар зимистону баҳор паҳн мегарданд. Ҳангоми якбора рух додани чунин паҳншавӣ 20-60% кӯдакони аз 3-4 то 12-14 сола бемор мешаванд. Дар 10%-и ҳолатҳо сироят ба таври пӯшида маҷро мегирад.

Сироят бо роҳҳои ҳавоӣ-қатрагӣ, парентералӣ (ҳангоми тазриқи доруҳои хун), инчунин, ба таври вертикалӣ аз модар ба ҷанини ӯ интиқол меёбад. Аз рӯи маълумотҳои оммавии серологӣ ба парвовирус В19 аз 50-70% то 85 %-и калонсолон антитела (ҷисми бегона) доранд. Беморӣ дар давраи виремия, агар вирус дар луоби гулӯ, тарашшуҳоти роҳҳои нафас ва зардоби хун пайдо шавад, гузаранда мебошад. Парвовирус В19 интихобан ба ретсептори мембранагии эритроцитҳо-антигени Р мечаспад, ки ин шитоби вирусро ба сӯи ҳуҷайраҳо- пешгузаштаҳои эритроцитҳо, махсусан ба эритробластҳо ва нормобластҳо нишон медиҳад. Дар як қисмати ками одамон, ки антигени Р надоранд, парвовирус В19 сироятро ба вучуд намеорад.

**Зухуроти клиникӣ:** Эритемаи сироятӣ-зухуроти нисбатан зуд-зуди сирояти парвовирусӣ мебошад. Он асосандар кӯдакон воমেҳӯрад ва инчунин, бо номи "бемории панҷум" машҳур аст, ки ин ном дар охири асри 19 ҳамчун яке аз шаш сирояти кӯдакона, ки доначаҳои хурдро бо худ доранд, ба он дода шудааст. Эритемаи сироятӣ (сирояти парвовирусӣ) 100 сол пеш аз тарафи педиатри немис ба қайд гирифта шудааст, вале баран-

гезандаи он- парвовирус В19 танҳо соли 1975 аз тарафи вирусшиноси австралиягӣ дар зардоби хуни донори солим кашф карда шуд. Ҳангоми пурбинии электронӣ ҳиссаҳои хурди изометрикӣ дарёфт гардиданд, аз ин рӯ ба ин вирус бо назардошти бузургии он (parvum-хурдак) ва рақами намунаи зардоби хун дар панел (19) ном гузошта шуд.

Давраи инкубатсионӣ ҳангоми сирояти парвовирусӣ 7-14 рӯз идома меёбад. Қайд кардан лозим аст, ки сироят дар 20%-и одамон бе аломатҳо ҷараён мегирад.

Доначаҳои рахшони доғмонанд аввал дар рӯй ( рӯйи "шапотхӯрда") пайдо мегарданд. Пайдоиши доначаҳо баъзан ҳарорати субфебрилиро ба вучуд меорад. Донача одатан доғмонанди папулагӣ мешавад ва намуди тӯрмонанди доирашакл дорад. Он ба зудӣ дар панҷаҳои дасту пой паҳн мегардад. Баъзан донача дар шакли пӯстмонанд, везикулярӣ, геморрагӣ зухур карда хоришро бо худ дорад. Одатан, он тахминан баъди як ҳафта мегузарад, вале дар давоми ҳафтаҳои баъдина мумкин аст ба таври гузаранда боз доначаҳо пайдо гарданд: махсусан, ҳангоми эҳсосоти руҳӣ, кори вазнин, дар офтоби сӯзон истодан, оббозӣ, тағйирёбии ҳарорати муҳит.

Артралгияи шадид ё артрит. - аҳёнан дар кӯдакон рух медиҳад, вале он зухуроти зуд-зуд рухдиҳандаи сирояти парвовирусӣ дар калонсолон ба ҳисоб меравад. Дар бисёр ҳолатҳо артрит мутаносибан пайвандҳои музофотиро (зону, пайвандҳои панҷаҳо ва бади дастро) зарар мерасонад ва одатан, баъди 3 ҳафта бе тағйиротҳои вайронкунии сохторӣ мегузарад. Аммо дар баъзе беморон он якчанд моҳ, дар мавридҳои алоҳида якчанд сол боқӣ мемонад. Маълум нест, ки артрити дарозмуддат ба сирояти музмин ё реаксияҳои автоиммунӣ алоқаманд аст ё не. Донача дар калонсолон, баракс бисёр вақт вучуд надорад ё ғайриоддӣ -бе эритема дар рӯй мушоҳида мегардад. Мавридҳои алоҳида ба қайд гирифта шудаанд, ки дар онҳо алоқаи сирояти парвовирусӣ бо пурпураи (ранги арғувонии) идиопатикӣ тромботопенитикӣ, синдроми гемофагоситарӣ, пан-



ситопения, артрит, зарарбинии ба ҳамин монанди пайвандҳо хангоми бемории лаймӣ бо парестезияи такрорёбанда, фибромиагия, васкулитаҳои системавӣ (аз чумла, периартирити гирехӣ, гранулематози Вегенер, бемории Кавасаки) тахмин карда мешавад, вале ин нуқтаи назар алҳол исботи худро наёфтааст. Сирояти парвовирусӣ - сабаби бисёр бухронҳои ғайричашмдошти апластикӣ хангоми қариб ҳамаи камхуниҳои музмини гемолитикӣ, аз чумла камхунии досмонанди ҳучайравӣ, ферментопатияҳо, микросфероситози ирсӣ, талассемияҳо, гемоглинурияи пароксизмалии шабона, камхунии аутоиммунӣ гемолитикӣ мегардад. Ғайр аз ин, сирояти парвовирусӣ мумкин аст бухрони апластикиро дар беморони хунравии шадид ба вучуд орад.

Бухронҳоро камхунии вазнин бо паридарангӣ, беҳолӣ, хоболудагӣ ҳамроҳӣ мекунад. Бисёр вақт пеш аз якчанд рӯзи то бухрон аломатҳои умумӣ мушоҳида мегарданд. Ретикулотситопенияи саҳт 7-10 шабонарӯз давом мекунад. Ҳучайраҳои чавонаи эритроидӣ дар мағзи устухон вучуд надоранд, ҳарчанд ки ҳучайраҳои чавонаи гранулоситарӣ- моноситарӣ ба қадри кифоя ҷой доранд. Сатҳи гемоглобин то ҳадди ба ҳаёт хатарнок паст гашта, хунгузаронии фавриро талаб менамояд.

Дар фарқият аз эритемияи сироятӣ ва артрити бухрони апластикиро виремия ҳамроҳӣ мекунад ва ин гуна беморӣ гузаранда мебошад.

Дар беморони бо норасоии масуният, эҳтимол аз сабаби ба микдори зарурӣ кор карда натавонистани LgG-антитела, парвовирусӣ В19 аз организм ихроҷ намешавад. Бо вайроншавии ҳучайраҳо-пешгузаштагонии эритроситҳо дар мағзи устухон ва камхунӣ сирояти музмин инкишоф меёбад, ки хунгузаронии пайвастаро талаб менамояд. Чунин камхунӣ хангоми сирояти ВНМО, норасоии масунии модарзодӣ, муолиҷаи химиявӣ ёридиҳандаи лейкози лимфобластӣ ба қайд гирифта шудааст.

Сирояти музмини парвовирусӣ мумкин аст сабаби аплазияи идиопатикӣ чавонаи эритроидӣ гардад. Камхуние, ки ба ин сиро-

ят вобастагӣ дорад, баъзан сабаби ягонаи зуҳуроти норасоии масунии кашфношуда мегардад. Камхунӣ метавонад ба таври мавҷранг ҷараён ёбад; онро мумкин аст бо ёрии иммуноглобулинҳои мувофиқ табобат намуд ё ба беҳтаршавиаш муваффақ гашт. Спектри норасоии иммуниро, ки хангоми онҳо камхунии музмин ба назар мерасад, парвовирусӣ В19 ба вучуд меорад ва паҳншавии чунин алоқамандӣ алҳол омӯхта нашудааст.

Дар бисёр мавридҳо сирояти парвовирусӣ дар ҳомиладорон сироятёбии ҷанинро ба вучуд намеорад ва ба он таъсири зарарнок намерасонад. Аммо қариб дар 10%-и ҳомиладороне, ки сирояти парвовирусиро гузаронидаанд, ҷанин аз обхӯраки (водянка) ғайримасунӣ ба ҳалокат мерасад. Марг аз камхунии вазнин ва норасоии дил фаро мерасад. Вирусро дар бофтаҳои ҷанин, махсусан дар эритробластҳо ва нормобластҳо дарёфт мекунад. Дар ҳомиладороне, ки мумкин аст аз вирусӣ В19 сироят ёбанд, лозим аст, ки ҳар сари чанд вақт титри LgM ва сатҳи алфа-фетопротеин муайян карда, муоинаи такрорӣ ултрасадоӣ (УЗИ) гузаронида шавад, то ки обхӯраки ҷанин сари вақт ошкор карда шавад. Дар баъзе мавридҳо ҷанин обхӯракро таҳаммул мекунад ва солим таваллуд меёбад, ё ин ки аҳёнан бо камхунии модарзодӣ ва гипогаммаглобулинемия, ки бо иммуноглобулинҳои мувофиқ табобат намеёбад, ба дунё меояд.

Патогенези сирояти парвовирусӣ: Ба тӯфайли таҳқиқотҳо дар ихтиёриён маълум гаштааст, ки сирояти парвовирусӣ ду марҳила дорад. Марҳилаи якум ба виремияи рост меояд ва тахминан баъди 6 шабонарӯзи пас аз воридшавии интраназалии вирус дар шахсонӣ таъсирпазир (серонегативӣ) инкишоф меёбад. Виремия тахминан 1 ҳафта идома меёбад; дар рӯзҳои 2-3 аломатҳои умумӣ мушоҳида мегарданд: сардари, беҳолӣ, миалгия, ларза, табларза, хориш. Дар ин марҳила вирус бо тарашшуҳоти роҳҳои нафас фарқ карда меистад. Баъд аз чанд рӯз пастшавии на чандон намоёни сатҳи гемоглобин ба вучуд меояд, ки давоми 7-10 шабонарӯз боқӣ мемонад. Муоинаи мағзи сар дар ин давра харобшавии намоёни чавонаи эритроидиро



ошкор месозад. Баъзан лимфопенияи сабук, нейтропения ва тромбоцитопения мушоҳида мегардад. Марҳилаи дуҷуми беморӣ баъди 17-18 шабонарӯзи сироятёбӣ фаро мерасад. То ин вақт виремия қатъ мешавад ва LgM-антителаи ба худ хос пайдо мешавад. Зги антителаҳо баъди чанд моҳ нобуд мешаванд. Якчанд рӯз баъди LgM-антителаҳо LgG-антителаҳо пайдо мешаванд, ки ба таври номуайян ва дурудароз ҳифз мешаванд. Дар ин марҳила вирус аз тарашшуҳоти болои ҳалқ нобуд мешавад, миқдори ретикулоцитҳо дар хун муътадил мегардад, давоми 2-3 шабонарӯз доначаҳои доғмонанди папулезӣ ва 1-2 шабонарӯз дертар артралгия ё артрит ба мушоҳида мерасад.

Таҳқиқотҳои дар боло номбаршуда нишон доданд, ки дар одамони солим сирояти парвовирусӣ бе муолиҷа тез мегузарад. Зухуротҳои клиникӣ он-эритемаи сироятӣ ва артрит бешубҳа ба ташаккулёбии комплексҳои масунӣ мусоидат менамоянд. Инкишофи эритемаи сироятӣ дар беморони виремия ҳангоми ба онҳо ворид намудани иммуноглобулини муътадил ба ин гуфтаҳо далел шуда метавонад. Дар беморони камхунии музмини гемолитикӣ сирояти парвовирусӣ аксаран вазнин гузашта, вайроншавии васеи ҷавонаи эритроидии мағзи сарро ҳамроҳ бо худ дорад. Дар ҳоле, ки одамони солим қатъшавии эритропоэзро ба осонӣ дар 7-10 шабонарӯз мегузaronанд, ҳангоми камхунии гемолитикӣ вақте ки чуброн аз ҳисоби эритропоэзи пурқувват ба даст меояд, вайроншавии ҳуҷайраҳо-пешгузаштагонии эритроситҳо одатан ба бухрони вазнини апластикӣ оварда мерасонад. Дар беморони норасоии масунӣ виремия қатъ намешавад ва дар натиҷаи сироятёбии пайвастаи ҳуҷайраи ҷавонаи эритроидӣ камхунии музмини вазнин

инкишоф меёбад. Обхӯраки чанин ҳангоми сирояти дохилибатнӣ бо талаботи он ба эритропоэзи нисбат ба калонсолон шадидтар дар алоқамандӣ бо ноболиғии системаи масунӣ шарҳ дода мешавад.

Ташҳиси сирояти парвовирусӣ: Сирояти парвовирусиро одатан бо ҷенкунии титрҳои хоси LgM ва LgG бо ёрии маҷмуъҳои тайёрбарои ИФА тасдиқ менамоянд. Баъзан вирусро аз зардоби хун ё бофтаҳо ҷудо менамоянд, ё ин ки дар онҳо антигенҳои вирусӣ ва ДНК-ро ошкор менамоянд. Манзараи характерноки клиникӣ ва титри баланди LgM ё ҷудокунии худӣ вирус дар бораи титри кайҳо гузаронидаи LgG аз сирояти шадид гувоҳӣ медиҳанд.

Ҳангоми эритемаи сироятӣ ва артрити шадид вирусро одатан аз зардоби хун ҷудо намудан ғайриимкон аст, вале титри LgM баланд мебошад. Ҳангоми бухронҳои апластикӣ баробар бо титри баланди LgM дар зардоби хун миқдори калони вирус ё ДНК-и онро муайян менамоянд. Дар мағзи устухон эритробласти характерноки бузург ва гипоплазияи ҷавонаи эритроидиро пайдо менамоянд. Дар беморони норасоии масунӣ антителаро бисёр вақт муайян кардан ғайриимкон мегардад, вале дар зардоби хун вирус ё ДНК-и онро пайдо менамоянд.

Ташҳиси сирояти дохилибатнӣ обхӯраки чанинро ҳангоми дар обҳои назди чанинӣ ё хуни чанин мавҷуд будани ДНК-и вирусӣ дар алоқамандӣ бо титри баланди махсуси LgM дар ҳомиладорон тасдиқ менамояд.

Ҳамин тавр, бо назардошти паҳншавандагии сирояти парвовирусии В19 ва манзараи шабеҳи клиникӣ бо дигар беморҳои экзантемӣ масъалаи тактикаи муоинаи мизочон аз гурӯҳи баланди хатарзо мубраму муҳим боқӣ мемонад.

## АДАБИЁТ

1. Тимченко В.Н. "Инфекционные болезни у детей", Санкт-Петербург, 2005.
2. Тимченко В.Н. "Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций". В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов, Санкт-Петербург, 2005.
3. Шабалов Н.П. "Детские болезни", том 2, Санкт-Петербург, 2004.
4. Борисов Л.Б. "Медицинская микробиология, вирусология и иммунология", Москва, 2002.
5. О.В. Зайцева, "Актуальная проблема сегодняшнего дня: лечение и профилактика вирусных инфекций". Москва, 2002.



## БҮҲРОНИ ФИШОРБАЛАНДӢ ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАТАРИ САКТАИ МАЙНАИ САР

М.Т. Ганиева<sup>1</sup>, М.Ҷ. Исокова<sup>1</sup>, Р.А. Хошимов<sup>2</sup>, Ш.Р. Рабоева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Клиникаи шахсии "Асабшинос"

*Ганиева Манижа Тимуровна, н.и.т., и/в мудири кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: ganieva.manizha.79@mail.ru, тел.: (992)918668595.*

*Исокова Муҳайё Ҷӯрабоевна, ассистенти кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 907746929*

*Хошимов Раҳим Абдуллоевич, н.и.т., дотсент, табиб - асабшинос дар клиникаи шахсии "Асабшинос" тел. 907790006.*

*Рабоева Шоира Рашидовна, ассистенти кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 989171515.*

Бӯҳрони фишорбаландӣ оризаи вазнини фишорбаландии шараёнӣ мебошад. Одатан диққати олимонро бӯҳрони фишорбаландӣ ҳамчун омил хатари сар задани сактаи майнаи сар ба худ ҷалб мекунад. Пахншавии фишорбаландии шараёнӣ тибқи маълумотҳои мо 28,7%-ро ташкил дод. Бӯҳрони фишорбаландӣ бошад, 5,26% дар байни тамоми муоинашудагон ва 18,3% дар байни шахсоне, ки фишорбаландии шараёнӣ

доштанд, муайян карда шуд. Бӯҳрони фишорбаландӣ масъалаи муҳимми соҳаи тандурустӣ мебошад, зеро ин беморӣ сабабгори сар задани сактаи майнаи сар буда, ба паст шудани сифати ҳаёти беморон оварда мерасонад.

**Калимаҳои калидӣ:** сактаи майнаи сар, фишорбаландии шараёнӣ, бӯҳрони фишорбаландӣ, омил хатар, нишондиҳандаҳои эпидемиологӣ.

## ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА ИНСУЛЬТА

М.Т. Ганиева, М.Дж. Исокова, Р.А. Хошимов, Ш.Р. Рабоева

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Ганиева Манижа Тимуровна - к.м.н., и/о заведующей кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ имени Абуали ибни Сино E.mail: ganieva.manizha.79@mail.ru, тел.: (992)918668595.*

*Исокова Муҳайё Ҷӯрабоевна, ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел. 907746929*

*Хошимов Раҳим Абдуллоевич, к.м.н., доцент, врач-невролог в частной клинике "Асабшинос" тел. 907790006.*

*Рабоева Шоира Рашидовна, ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел. 989171515.*

Гипертонические кризы являются грозным осложнением артериальной гипертонии. Традиционно наибольшее внимание исследователей направлено на их роль в качестве фактора развития инсульта. Распространенность артериальной гипертонии, по нашим данным, составила 28,7%. Общая распространенность гипертони-

ческих кризов в анамнезе составила 5,26% и 18,3% среди лиц с артериальной гипертонией. ГК представляют серьезную проблему для системы здравоохранения, так как являются причиной развития острых нарушений мозгового кровообращения, а также причиной выраженного снижения качества жизни.



Ключевые слова: мозговой инсульт, артериальная гипертензия, гипертонический криз, фактор риска, эпидемиологические показатели.

## HYPERTONIC CRISES AS A STROKE RISK FACTOR

M.T. Ganieva, M.J. Isokova, R.A. Hoshimov, S.R. Raboeva

Department of neurology and bases of medical genetics of ATSMU

*Ganieva Manizha Timurovna, Ph. D., head of the Department of neurology and basics of medical genetics of ATSMU, e-mail: ganieva.manizha.79@mail.ru, phone: (992) 918668595.*

*Isokova MuhayoJuraboevna, assistant of department neurology and medical genetics bases of ATSMU, tel 907746929*

*Hoshimov Rahim Abdulloevich, PhD, associate Professor, neurologist in a private clinic "Asabshinos" tel; 907790006.*

*Raboeva Shoira Rashidovna., assistant of the department of neurology and bases of medical genetics of ATSMU, tel 989171515.*

Hypertensive crises are a formidable complication of arterial hypertension. Traditionally, the greatest attention of researchers is directed to their role as a factor in the development of stroke. The prevalence of hypertension according to our data was 28.7%. The overall prevalence of hypertensive crises in history was 5.26% and 18.3% among

people with hypertension. HC are a serious problem for the health care system, as they are the cause of the development of acute cerebral circulation disorders, as well as the cause of a marked decrease in the quality of life.

**Key words:** cerebral stroke, arterial hypertension, hypertensive crisis, risk factor, epidemiological indicators.

Муҳиммият. Баҳоидиҳии вазнинии беморӣ дар ҷаҳон дар соли 2010 нишон дод, ки гирифтронии сактаи майнаи сар зиёд шуда истодааст [6]. Инчунин дар байни ҷавонон ва миёнсолон зиёдшавии гирифтронии сактаи майнаи сар ба 25% аз соли 1990 то 2010 ташвишовар мебошад [7]. Ин эпидемияи сактаи майнаи сарро бояд катъ кунем ва ором созем [9], зеро аз 90%-и сактаҳо эҳтимолан раҳо ёфтани мумкин аст [6]. Дар пасти кардани беморшавӣ, фавтият ва маъюбшавӣ аз сактаи майнаи сар пешгирии аввалиндараҷа, ки танзими омилҳои асосии танзимшавандаи хатари сактаи майнаи сарро дар бар мегирад, аҳамияти калон дорад [3]. Пешгирии фаъоли бемориҳои рағҳои майнаи сар, ташхиси бармаҳал ва табобати онҳо вазифаи асосии муассисаҳои аввалияи тандурустӣ мебошад, ки дар минтақаи фаъолияти тиббӣ аз тарафи табибони оилавӣ ба танзим дароварда мешавад [2]. Барои сари вақт ба нақша гирифтани ва баргузор намудани ҷораҳои пешгирикунанда маълумоти мубрами эпидемиологӣ оид ба

омилҳои хатар ва баҳоидиҳии маҷмӯи онҳо ба воситаи дастурҳои байналмилалӣ зарур аст.

Бӯҳрони фишорбаландӣ (БФ) оризаи вазнинии фишорбаландии шараёнӣ мебошад. Одатан диққати олимонро бӯҳрони фишорбаландӣ ҳамчун омилҳои хатари сар задани сактаи майнаи сар ба худ ҷалб мекунад.

БФ ин яқубора барзиёд баланд шудани фишори хун буда, дар натиҷа нишонаҳои клиникӣ пайдо мешавад ва барои пасти намудани фишори хун зарурати гузаронидаани ҷораҳои таъҷили ба пеш меояд. Шахсоне, ки БФ гузаронидаанд хатари сар задани сактаи майнаи сар 4,9% меафзояд. Натиҷаи таҳқиқоти проспективии 10-солаи мардон нишон дод, ки дар 50%-и онҳо, ки БФ-ро гузаронидаанд, сактаи майнаи сар мушоҳида шуд [8]. Аз рӯи нишондиҳандаҳои регистри бригадаи ёрии таъҷили 1-2 сол пеш дар шахсони ба сакта гирифтрон шуда, дар 50-65%-и онҳо БФ мушоҳида шуда буд [1,4].

Исбот шудааст, ки сабаби асосии тағйирот дар мағзи сар ҳангоми БФ аз зиёдшавӣ





вии хунгардиши мағзи сар дар натиҷаи аз кор мондани ауторегулятсия бо зиёдшавии варами майнаи сар вобастагӣ дорад. Дар натиҷа қобилияти "монсаи гематоэнцефалитикӣ" вайрон шуда, ба мавзеи байниҳуҷайравии майнаи сар сафедаҳо ва нейротрансмитерҳо хорич мешавад, ки ба тағйиротҳои дистрофикии нейронҳо ва астроситҳо оварда мерасонад. Ҳамин тариқ, дар натиҷаи пасту баланд шудани фишори шараёнӣ тағйиротҳои паҳншудаи дистрофикӣ дар майнаи сар пайдо мешавад ва сабабгори вайроншавии вазифаҳои идрок мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани нишондиҳандаҳои эпидемиологии БФ дар байни аҳолии қобили меҳнати ш. Душанбе.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқотро 380 нафар мардон ва занони синни 40-59 сола, ки дар минтақаи хизматрасонии шуъбаи 6-и Маркази саломатии шаҳрии №1-и ш. Душанбе зиндагонӣ мекарданд, ташкил намуданд. Баъди розӣ шудан барои таҳқиқот муоинашавандагон аз рӯи карта-саволномаимахсус [5] санчида шуданд.

БФ дар мавриде гузошта шуда буд, ки дар натиҷаи барзиёд баланд шудани фишори шараёнӣ ҳолати бемор вазнин шуда, зарурати речаи бистарӣ ва кӯмаки ёрии таъҷилӣ пайдо гашта буд. Ба ғайр аз омӯзиши паҳншавии БФ, инчунин басомади индивидуалӣ, вазнинӣ ва ассотсатсияи он ба хусусиятҳои фишорбаландии шараёнӣ муайян карда шуд.

Дар ҳамаи муоинашавандагон санчишҳои нейропсихологӣ барои муайян кардани ҳолати хотира (санчиши Лурия) ва диққат (тести Мюнстенберг) гузаронида шуд, инчунин бо истифода аз саволномаи махсус [5] сифати ҳаёт санчида шуд. Дараҷаи аломати невротикӣ дар асоси нишондодҳои ҷадвали "ҳаяҷону пастшавии кайфият" ва пурсишномаи муайянқунандаи дистонияи навию рағибҳогузорӣкардашуд.

Бо истифода аз бастаи амалии "Statistica 6.0" (StatSoft, ИМА) дар компютери шахсӣ таҳлили омории натиҷаҳои ба дастамада гузаронида шуд. Бузургии мутлақ ба шакли арзишҳои миёна (М) ва хатогии худ ( $\pm m$ ), бузургии нисбӣ - дар таносуи фоизӣ (%)

пешниҳод карда шудаанд. Таҳлили мутлақи дисперсионии нишондиҳандаҳои мустақил бо истифодаи U-меъёри Манн-Уитни ва бузургии нисбӣ бо истифодаи меъери X<sup>2</sup> бо тасҳеҳи Йетса гузаронида шуд. Тафовут хангоми  $p < 0,05$  будан аҳмияти оморӣ дорад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар минтақаи таҳқиқшуда 5782 нафар аҳоли зиндагӣ мекунанд, ки 914 нафар дар синни 40-59 сола мебошанд, аз ҷумла 422 мард ва 492 зан. Аз ин миқдор 380 нафар (160 мард, 220 зан) муоина карда шуданд.

41,6%-и ашхоси дар рӯйхатбуда муоина шуданд. Асосан (63,4%) муоинашавандагон 40-49 сола буда, синну соли миёна 47,9 солро ташкил медиҳанд. 57,9%-и муоинашавандагонро занон ташкил намуданд. Дар байни муоинашавандагон коргарон (57%) ва нафарони дорои маълумоти олии (39%) бартарӣдоштанд. Дар байни мардон ва занон, хангоми муқоиса намудани паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар гурӯҳи 40-59 сола дар занон нисбат ба мардон 1,5 маротиба зиёдтар во меҳӯрад. Дар гурӯҳи 50-59 сола бошад, паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар байни занон ва мардон фарқиятизи ёд (1,3 маротиба) қайд нашуд. Паҳншавии фишорбаландии шараёнӣ дар байни аҳолии қобили меҳнати ш. Душанбе бо зиёдшавии синну сол меафзояд, басомади он дар байни аҳолии 40-49-сола 20% ва дар синни 50-59-сола 41,4%-ро ташкил медиҳад.

Муҳлати гирифтравшӣ ба фишорбаландии шараёнӣ аз 1 моҳ то 30 солро ташкил дод. Дар бештари мавридҳо (47,2%) давомнокии фишорбаландии шараёнӣ аз 1 то 3 сол қайд шуд ва танҳо 12,3% муҳлати зиёда аз 10 сол доштанд. Дараҷаи фишори шараёниро бо таснифи ТБТ муайян кардем. Асосан дар муоинашавандагон фишорбаландии шараёнӣ дараҷаи 1-уми беморӣ мушоҳида шуд. Дар 3,8%-и беморон бештари маврид нишондиҳандаи фишори шараёнӣ ба 180/110 ммс.т. сим. ва аз ин зиёдтар баробар буд. Табобати гипотензивиро давравӣ ё доимӣ (истифодаи доруворӣ 5-6 ё 8-10 моҳ дар як сол) танҳо 7% беморони гирифтори фишорбаландии шараёнӣ иҷро мекарданд ва дар



57,1%-и табобатгирандагон нишондиҳандаҳои мӯътадили фишори шараёни ба назар расид.

Паҳншавии умумии БФ дар собиқа 5,26%-ро ташкил намуд. Ҳисоби паҳншавии БФ, танҳо дар байни шахсони мубталои фишорбаландии шараёни 18,3%-ро ташкил намуд. Таҳлили басомади БФ дар зергурӯҳҳо вобаста ба дараҷаи фишори шараёни нишон дод, ки ҳангоми муоинаи муайян бо назардошти нишондодҳои собиқа дар шахсони бо фишори шараёни оптималӣ (аз 120/80мм.ст.сим. паст) БФ вучуд надошт ва басомади камтарин дар натиҷаи ФШ дараҷи I-ум мушоҳида шуд.

Паҳншавии умумии БФ дар собиқа 5,26%-ро ташкил намуд. Ҳисоби паҳншавии БФ, танҳо дар байни шахсони мубталои фишорбаландии шараёни 18,3%-ро ташкил намуд. Таҳлили басомади БФ дар зергурӯҳҳо вобаста ба дараҷаи фишори шараёни нишон дод, ки ҳангоми муоинаи муайян бо назардошти нишондодҳои собиқа дар шахсони бо фишори шараёни оптималӣ (аз 120/80мм.ст.сим. паст) БФ вучуд надошт ва басомади камтарин дар натиҷаи ФШ дараҷи I-ум мушоҳида шуд.

Синну соли миёнаи инкишофи БФ-и аввалин  $51,7 \pm 8,8$  солро ташкил мекард ва дар байни занон ва мардон фарқият мушоҳида нашуд. Дар 65% ҳолатҳо БФ дар давоми ҳаёт такроран буд; дар 68% дар 1 сол як маротиба; дар 18%-1-2 маротиба дар 1 сол ва дар 14% тез-тез вомехӯрд. Аз рӯи дараҷаи вазнинӣ БФ-и сабук (60%) бартарӣ дошта, ҳолати бемор дар давоми I шабонарӯз мӯътадил мешуд. Ҳолати вазнини миёна дар 34% -и мушоҳидаҳо муайян шудааст (мӯътадил шудани ҳолати бемор дар муддати якчанд рӯз). Дараҷаи вазнини БФ дар 6% ҳолатҳо мушоҳида шуда буд, ки дар шароити хона мӯътадил нагашта, бистарӣ шуданро талаб менамуд.

Таҳлили ассотсиатсияҳои эҳтимолии мавҷуд будани чараёни БФ бо хусусияти истифодабарии маводҳои фишорпасткунанда, ки аҳмияти оморӣ дорад, вобастагӣ надошт, гарчанде мавҷудияти БФ, зарурат барои гузаронидани табобати дарозмуддатро мусоидат менамояд. Басомади баланди мавҷу-

дияти БФ ҳатто ҳангоми муолиҷаи доимӣ метавонад нишонаи ғайримувофиқи ӯ бошад, ки дар бештари ҳолатҳо вомехӯрад.

Омӯзиши нишонаҳои неврологии БФ дар беморон бо фишорбаландии шараёни оризанашидаи дараҷаи I -II -юм омӯхта шуд. Барои пурра нишон додани носомонии мағзӣ усулҳои нейропсихологӣ истифода карда шуд.

Таҳлили басомади шикоятҳои асосии мағзӣ дар беморон бо зухуроти ибтидоии норасогии хунгардиш дар майнаи сар, ки шахсони мубталои БФ басомади бештари аҳамияти оморӣ доштаре нишон дод.

Энсефалопатияи диссиркуляторӣ дар 18%-и мушоҳидаҳо дар беморон бо БФ таҳис карда шуд. Дар бемороне, ки БФ надоштанд, энсефалопатияи диссиркуляторӣ да 5,8% муайян карда шуд (бо аҳамияти оморӣ камтарин  $P < 0,001$ ). Ҳамзамон энсефалопатияи диссиркулятории II дараҷа нисбатан бештар дар шахсоне, мубталои БФ (29%) буданд мушоҳида мешавад. Барои энсефалопатияи аввалиндараҷачунин вобастагӣ муайян нашуд (4,8 ва 4 % нисбатан).

Аз рӯи нишондодҳои тестҳои нейропсихологӣ байни басомад ва дараҷаи зоҳиршавии вайроншавии хотира ё диққат фарқият вучуд надошт. Вайроншавии хотира ва диққат дар беморон бо БФ дар 45 ва 51% мушоҳидашуд. Дар беморони гирифтори фишорбаландии шараёни бе БФ дар 42 ва 58% вохӯранд.

Носомонии депресивӣ бо басомади якхела новобаста аз мавҷудияти БФ дар 22% беморон вомехӯрад. Ҳисси ваҳм бештар дар шахсони бо БФ (37%) мавҷуд буд, лекин фарқият бо шахсони гирифтори фишорбаландии шараёни бе БФ (27%) аҳамияти оморӣ надошт.

Ҳамзамон пастшавии сифати ҳаёт ҳангоми БФ дар 91% мушоҳидаҳо муайян карда шудааст, ки аҳамияти оморӣ бештар ( $P < 0,05$ ), назар ба бе БФ (70%) мебошад.

БФ бо бартари зухуроти баръалои аломатҳои дистонияи навию рагӣ вобаста мебошад, ки миқдори холҳои миёна аз рӯи саволнома  $45,8 \pm 19,5$  ва  $36,6 \pm 20,1$  нисбатан ( $P = 0,02$ ) гузошта шуд.



Паҳншавии БФ аз рӯи нишондодҳои собиқа 5,26%-ро ташкил менамуд. Ин нишондиҳандаро мустақиман бо нишондиҳандаҳои адабиётҳо муқоиса кардан мумкин нест, чунки бештари тадқиқотчиён танҳо шаклҳои вазнини БФ сабт кардаанд.

Дар айни замон бештар шахсони мубталои фишорбаландии шараёнӣ ба ҳолати фишорбаландии эссенциалӣ мансуб мебошанд ва ҷудо кардани онҳо ба дигар зергурӯҳҳои патогенетикӣ вобаста ба таснифоти муосир ба назар гирифта нашудааст. БФ танҳо дар 18% беморон бо фишорбаландии шараёнӣ вучуд дошт. Ин гурӯҳи беморон чунин хусусиятҳо доро буданд: саршавии бармаҳал, давомнокии бештари фишорбаландии шараёнӣ, ба муолиҷа кам ҷалб шудани бемороне, ки ташхисашон тасдиқ шудааст. Ҳамин тавр, БФ метавонад маркери ҷараёни ноустувори фишорбаландии шараёнӣ бошад, ки ба таваҷҷӯҳи иловагари барои ба даст овардани назорати устувори фишори шараёнӣ талаб мекунад.

Яке аз фарзияҳои аввалиндараҷаи тадқиқот мавҷудияти асосиатсияи эпизодӣ ва муолиҷаи зиди фишорбаландӣ бо курсҳои кӯтоҳмуддат бо БФ басомадаш зиёд буд. Аммо таҳлили асосиатсияи равиши БФ бо хусусияти муолиҷаи зидди фишорбаландӣ тағйиротҳои назаррасро вобаста ба басомади БФ муайян накард. Мавҷудияти БФ дар асоси табобати доимӣ, ҳамчун нишонаи пастсифат ё ниёзи коррексияи нақшаи табобат метавон баҳо дод.

Дар умум таҳлили клинико-инструменталӣ таъсири назарраси БФ ба системаи марказии асаб ва вайроншавии вазифаҳои когнитивӣ ва моддаи мағзи сар муайян нашуд. Ҳамзамон дар байни шахсони гирифтори БФ бештар пастшавии сифати ҳаёт ва зиёдшавии басомади носомониҳои субъективӣ муайян шудааст. Ноустувории системаи асаби нашвӣ яке аз омилҳои мусоидаткунандаи инкишофи БФ ба назар гирифта шуд.

Хулоса. БФ яке аз масъалаҳои ҷиддӣ дар системаи тандурустӣ ба ҳисоб рафта, сабаби масрафи зиёд барои расонидани ёрии таъҷилии тиббӣ, инкишофи сактаи майнаи сар, инчунин сабаби пастшавии сифати ҳаёт мегардад. Ҳудуди паҳншавии нисбии БФ-и сабукбаҳои пурра дода нашудааст. Ба ин нигоҳ накарда, хангоми омӯзиши шаклҳои бештар паҳнғаштаи БФ (камвоҳӯранда, вазнини сабук ва миёна) асосиатсияи тағйироти морфологӣ дар узвҳои дарунӣ, ки аҳмияти омӯри дорад, муайян накардем.

Барои дақиқ муайян кардани аҳамияти оқибати БФ дар ин тоифаи беморон тадқиқоти проспективӣ зарур аст. БФ маркери ғайримувофиқӣ муолиҷаи зиди фишорбаландӣ ба ҳисоб меравад. Ин гурӯҳи беморон метавонанд мушкилоти махсусро дар интиҳоби муолиҷа доро бошанд. Аз ин лиҳоз истифодаи маводҳои доруғии муосирӣ таъсири дарозмуддат ва таркиби омехта доштасамти афзалиятнок мебошад.

## АДАБИЁТ

1. Котова Е.Ю. Клинико-эпидемиологическая характеристика, ведущие факторы риска, характер течения инсульта в г. Ульяновске (по данным Регистра инсульта). Автореф. дис. ... канд. мед.наук. М., 2009.
2. Мешкова К.С. Факторы риска и профилактика инсульта / К.С. Мешкова, В.В. Гудкова, Л.В. Стаховская // Земский Врач. - 2013. - № 2, Т.19. - С. 16-19.
3. Суслина З.А. Кардионеврология: современное состояние и перспективные направления / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина // Весник РАМН. - 2012. - №2. - С. 4-10.
4. Улимбашева Э.С. Клинико-эпидемиологическое исследование повторных инсультов при артериальной гипертонии (регистр инсульта в городе Нальчике). Автореф. дис. ... канд. мед.наук.М., 2007.
5. Факторы риска, цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции / М.А. Кравченко[и др.] // Ниғадхори тандурустии Тоҷикистон. - 2015. - № 1. - С. 14-21.



6. Feigin V.L. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi // Lancet. - 2014. - № 383. - С. 245-254.
7. Feigin V.L. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi // Lancet. - 2013. - № 382. - С. 1-12.
8. Lerario MP, Merkler AE, Gialdini G et al. Risk of Stroke After the International Classification of Diseases-Ninth Revision Discharge Code Diagnosis of Hypertensive Encephalopathy. Stroke 2016; 47 (2):372-5
9. Stroke risk profile: adjustment for antihypertensive medication. The Framingham Study / R.B. D'Agostino, P.A. Wolf, A.J. Belanger, W.B. Kannel // Stroke. - 1994. - V. 25. - P.40-43.

## ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ МАЧМҶҶИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНӢ, БО РИНИТИ МУЗМИНИ АЛЛЕРГӢ

Ш. Д. Муродов, М. И. Махмудназаров, М.Д. Шоев, З.Ҳ. Назаров

Кафедраи оториноларингология (мудири кафедра н.и.т., дотсент М.И. Махмудназаров)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Муродов Шамсиддин Донабоевич, докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи  
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:  
murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-11-85-05.*

*Махмудназаров Махмадамин Имомович - н.и.т., дотсент, муд. кафедраи оториноларин-  
гологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:  
mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.*

*Шоев Манучеҳр Давроншоевич - докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи  
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: shoevmd@mail.ru,  
тел.: 93-400-47-57.*

*Назаров Зарифҷон Ҳотамович - докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи До-  
нишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: zarifent@mail.ru,  
тел.: 93-877-26-82.*

Солҳои охир масъалаи ринити музмини аллергикӣ вобаста ба зиёдшавии шумораи бемориҳои бодигармӣ аҳамияти зиёди клиникӣ ва иҷтимоӣ пайдо намудааст. Аз рӯи маълумотҳои ТУТ, зиёда аз 40%-и аҳолии мамлаки мутараққӣ аломатҳои зухуроти аллергикиро доранд. Дар айни замон, зудии ринити аллергикӣ дар байни аҳолии умумӣ 10-20%-ро ташкил медиҳад. Дар баробари ин, сарчашмаҳои илмӣ оид ба рушдгирии сатҳи бемориҳои аллергикӣ дар оянда шаҳодат медиҳад. Ринити бодигармӣ яке аз проблемаи муҳими соҳаи тандурустӣ ба ҳисоб рафта, бо маҷмӯи аломатҳои клиникӣ ба пастшавии қобилияти корӣ оварда расонида, бо оризаҳои зиёди ҷиддии худ сатҳу сифати зиндагии беморро паст мегардонад.

Ҳамчоя будани РМБ бо дигар бемориҳои системаи роҳҳои нафас аҳамияти зиёди клиникӣ дорад. Илова бар ин, қобили тазаккур аст, ки аз ҳама муҳимтар ҳамон бемориҳои мебошанд, ки дар муддати кӯтоҳ хусусияти равиши бемории мазкурро вазнин гардонида, шиддатнокии сатҳи гипоксияи аз ҳисоби астма вобастабударо афзун менамоянд ва самаранокии муносибатҳои стандартии муолиҷавиро паст мекунад. Яке аз чунин бемориҳо, ки бо якҷоягии РМА во меҳӯрад, қашавии миёндевори бинӣ мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** аллерген, ринити музмини аллергикӣ, септум-чарроҳӣ, табобати маҷмӯӣ.



## ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Ш. Д. Муродов, М. И. Махмудназаров, М. Д. Шоев, З. Х. Назаров

Кафедра оториноларингологии (зав. кафедрой - к.м.н., доцент М.И. Махмудназаров)  
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Муродов Шамсиддин Донабоевич, докторант PhD кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-11-85-05.*

*Махмудназаров Махмадамин Имомович - к.м.н., доцент, зав. кафедрой оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.*

*Шоев Манучехр Давроншоевич - докторант PhD кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.*

*Назаров Зарифджон Хотамович - докторант PhD кафедры оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: zarifent@mail.ru, тел.: 93-877-26-82.*

В последние годы проблема аллергического ринита приобретает все большее клиническое и социальное значение в связи с общим ростом числа аллергических заболеваний. Так, по данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки аллергической готовности. В настоящее время частота аллергического ринита в общей популяции составляет 10-20%. При этом научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний. АР представляет серьезную медицинскую проблему в связи с широким распространением, ежегодным повсеместным ростом заболеваемости, частыми осложне-

ниями, а также резким снижением трудоспособности и качества жизни пациентов.

Большое клиническое значение имеет сочетание АР с другими заболеваниями дыхательной системы. При этом наиболее важными являются те заболевания, которые резко утяжеляют характер течения ринита, усугубляют уровень опосредованной астмой гипоксии, снижают эффективность стандартных терапевтических подходов. Одним из таких заболеваний, которое сочетается с АР, является искривление перегородки носа.

**Ключевые слова:** аллерген, аллергический ринит, септум-операции, комплексное лечение.

## FEATURES OF COMPLEX TREATMENT of PATIENTS WITH DEFORMATION OF THE NASAL SEPTUM COMBINED WITH ALLERGIC RHINITIS

Sh.D. Murodov, M.I. Mahmudnazarov, M.D. Shoev, Z.H. Nazarov

Otorhinolaryngology department (Head of the department c.m.s., associate professor M.I. Mahmudnazarov) of Avicenna Tajik State Medical University

*Murodov Shamsiddin Donaboevich - PhD student of the department of Otorhinolaryngology of ATSMU, E.mail: murodovsh@inbox.ru, ph.: 900-11-85-05;*

*Mahmudnazarov Mahmadaamin Imomovich - c.m.s., associate professor, head of the department of Otorhinolaryngology of ATSMU, E.mail: mahmadamin@inbox.ru, ph.: 93-506-75-43;*

*Shoev Manuchehr Davronshoevich - PhD student of Otorhinolaryngology department of ATSMU, E.mail: shoevmd@mail.ru, ph.: 93-400-47-57;*

*Nazarov Zarifjon Hotamovich - PhD student of Otorhinolaryngology department of ATSMU, E.mail: zarifent@mail.ru, ph.: 93-877-26-82.*



**Urgency.** In recently years, the problem of allergic rhinitis has become increasingly clinical and social meaning due to the general increase in the number of allergic diseases. Thus, according to WHO, more than 40% of the population of developed countries have signs of allergic readiness. Currently, the frequency of allergic rhinitis in the general population is 10-20%. At the same time, scientific forecasts indicate a further increase in the level of allergic diseases. AR is a serious medical problem due to the widespread occurrence, the annual general increase in the incidence rate, frequent complications, as well as a sharp decrease in the working capacity and quality of life of patients. A great clinical importance has the combination of AR with other diseases of the respiratory system. Moreover, the most important are those diseases that make worsen the nature of the course of rhinitis, aggravate the level of asthma-mediated hypoxia, and reduce the effectiveness of standard therapeutic approaches. One of these diseases, which is combined with AR, is the deviated of the nasal septum.

**The purpose.** Evaluate complex treatment in patients with deformation of the nasal septum, combined with allergic rhinitis.

**Material and methods.** In the period from 2014 to 2017 there were 48 patients in the ENT Departments of the NMC "Shifobakhsh" with

**Муҳиммият.** Сохтори калидие, ки биниро ба ду ҳиссаи баробар чудо менамояд, миёндевори бинӣ ном дорад ва ин чузъи бинӣ фаъолияти давравӣ ва бонизоми ковокии бинӣ ва вазоифи онро таъмин мекунад [1,3]. Ба пешрафт ва қадамгузориҳои мусбӣ вучуддоштаи ринологияи ватанӣ нигоҳ накарда, бемориҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ чун пештара дар байни этилолиятҳои роҳҳои болоии нафас дар мадди аввал меистад. Аз рӯи маълумотҳои муаллифони ватанӣ ва хоричӣ, қачшавии миёндевори бинӣ, ринити музмини гипертрофикӣ ва риносинуситҳои музмин яке аз этилолиятҳои густаришёфта дар сохтори бемориҳои оториноларингологӣ ба ҳисоб меравад [2]. Деформатсияи миёндевори бинӣ (ДМБ) яке аз сабабҳои асосии маҳкамшавии роҳҳои болоии

deformities of the nasal septum combined with allergic rhinitis under our supervision. The age of patients ranged from 15 to 56 years. There were 32 men and 16 - women. Patients before surgery and in the postoperative period were undergoing otolaryngological, clinical, allergological, X-ray, endoscopic and laboratory research methods.

**Result.** Rhinoscopically, on the background of the deformation of the nasal septum, pale pink or bluish mucosa of the nasal cavity, swelling of the lower nasal conchae, watery discharge in the nasal passages were determined. Against the background of hyposensitizing therapy, all patients underwent septum surgery. In the postoperative period, the nasal antihistamine and anti-inflammatory drops was used. The postoperative period was uneventful. Swelling of the nasal mucosa and swelling of the nasal concha decreased during 5-7 days of observation with a gradual restoration of respiration.

**Conclusion.** Adequate choice of treatment of patients with deformation of the nasal septum combined with allergic rhinitis, including septoplasty with antihistamine, corticosteroid and anti-inflammatory therapy allows to achieve the desired clinical effect.

**Key words:** allergen, allergic rhinitis, septoplasty, complex treatment.

нафас ба шумор меравад. Вайроншавии дарозмуддати нафаскашӣ тавассути бинӣ ба як қатор этилолиятҳо, аз чумла ба ҳар гуна шаклҳои синуситҳо, этилолияти нойҳои сомеъа, бемориҳои ханҷарабалъум, хирной ва бронхҳо оварда, ба вазифаҳои системаи дилу рағҳои хунгард низ метавонад таъсири манфӣ расонад.

Дар 15-20 соли охир зудии пайдошавии бемориҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ, аз чумла аз ҳисоби оқибатҳои қачшавии миёндевори бинӣ зиёда аз 10 маротиба афзудааст [2,4].

Аз рӯи маълумотҳои таҳқиқоти Маҳмудназаров М.И. (2014), миёни тамоми бемороне, ки бо этилолияти ринологӣ (2004-2014с.) дар шуъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии Муассисаи давлатии Маркази мил-



лии тибби ҚТ "Шифобахш" бистарӣ шуданд, 68%-и онро беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо риносинуситҳои музмин ташкил мекунад ва ин аз паҳншавии ин беморӣ дар Тоҷикистон шаҳодат медиҳад.

Аз 13 то 31 % беморони шуъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ бо мақсади қабул кардани табобати ҷарроҳӣ оид ба қачшавии миёндевори бинӣ ба беморхонаҳо муроҷиат карда, бистарӣ карда мешаванд [3,5]. Табобати ҷарроҳии қачшавии миёндевори бинӣ яке аз амалиётҳои дар узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ зуд-зуд гузаронидашаванда ба ҳисоб меравад. Ҷарроҳии мазкур на танҳо нафаскаширо тавассути бинӣ беҳтар месозад, балки дар аксар маврид табобати бемориҳои дигар узвҳои ГГБ ва системаҳои осон мегардонад [4,5].

Бемориҳои аллергияи ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинӣ яке аз масъалаҳои мубрами замони муосир ба шумор рафта, аз паҳншавии мунтазами раванди аллергиявӣ ба роҳҳои нафас, вазнинии раванди клиникӣ, мураккабии табобат ва оқибатҳои нохуши иқтисодӣ иҷтимоӣ вобаста аст. Беморӣ аз маҷмӯи аломатҳои клиникӣ иборат буда, дар байни онҳо мавқеи хосро атсазанӣ, маҳкамшавии бинӣ, обиятравии зиёд аз бинӣ (ринорея), сулфазанӣ ва ҷоршавии ихроҷоти эпитолии ковокии бинӣ ба самти бинибалғум ишғол менамояд. Ғайр аз он, беморон ба дарди сар, беҳолию бемадорӣ, вайроншавии хоб, нестшавии шомма, инчунин вайроншавии ақлию зеҳнӣ (пастшавии хотира, вайроншавии қобилияти фикронӣ), ки ба маҳдудгардии ҷабҳаҳои рӯҳӣ, ҳисмонӣ ва иҷтимоӣ ҳаёти бемор оварда мерасонад, шикоят мекунанд [6,8].

Яке аз эпитолиятҳо, ки дар якҷоягӣ бо ринити музмини бодигармӣ миёни бемориҳои самти ринологияи ҷарроҳӣ во меҳурд, ин деформатсияи миёндевори бинӣ ба шумор меравад. Маҳкамшавии музмини бинӣ ва обиятравии зиёд аз бинӣ (ринорея) ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ бо ринити музмини аллергияӣ ба вайроншавии устувори хоб, аз ҷумла ба синдроми апноэ оварда мерасонад, ки дар якҷоягӣ бо мон-

дашавӣ барои пайдогардии беҳолӣ, бетобӣ, пастшавии иштиҳо, нуқсонҳои рушдҳои давраи ба балоғатрасӣ, вайроншавии шахвоният, ки оқибат ба бадшавии зиёди сифати ҳаёти мариз меоварад, боис мегардад [8].

Ҳамин тариқ, деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музмини бодигармӣ яке аз бемориҳои бештар вохӯрандаи эпитолиятҳои ковокии бинӣ буда, ба вайроншавии вазифаҳои он ва пастшавии сифати зиндагии бемор оварда мерасонад.

**Мақсади тадқиқот.** Баҳо додани табобати маҷмӯӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, бо ринити музмини аллергияӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Давоми солҳои 2014-2017 дар шуъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ "Шифобахш" аз рӯи муроҷиат 48 бемор бо ташҳиси деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музмини аллергияӣ муоина гардида, бистарӣ карда шуд. Синни беморон аз 15 то 56-ро ташкил медиҳад. Аз онҳо мардон - 32, занон - 16. Ба беморон то ҷарроҳӣ ва дар марҳилаи баъдӣ ҷарроҳӣ муоина ва тадқиқи оториноларингологӣ, клиникӣ, алергологӣ, рентгенологӣ, эндоскопӣ ва лабораторӣ гузаронида шуд.

Ғайр аз ин, ҳолати функционалии бинии беморон (нақли мукосилиарӣ, олфактометрия ва тадқиқи РН-и луоби бинӣ) тадқиқ карда шуд. Вазифаи шомма бо ёрии усули сифатии маводҳои бӯйдиханда (дамобаи валериана, ҷавҳари навшодир) санҷида шуд. Суръати клиренси мукосилиарии эпителиаи мичғонақдори (мерсателӣ) ковокии бинӣ ба воситаи озмоиши сахаринӣ муайян карда шуд. РН-и муҳити ковокии бинӣ тавассути қоғази индикатордошта (Phan), ки тағйирёбии ранги он бо намунаи бастааш муқоиса карда мешавад, муайян мегардад.

**Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.** Шикоятҳои асосии беморон ба душвории нафаскашӣ бо бинӣ, обиятравии зиёд аз бинӣ, вайроншавии шомма ба намуди гипосмия, хориши бинӣ, атсазанин зуд-зуд хуруҷмонанд, дарди сар буд.

Ҳангоми риноскопияи қидомӣ дар манзари қачшавии миёндевори бинӣ луобпар-



даи сафедчатобу гулобиранг, кабудчатоб ва ё садафиранги ковокии бинӣ, варамнокии

суфраҳои поёнии бинӣ, ихроҷоти луобӣ дар роҳҳои бинӣ муайян карда шуд (расми 1).

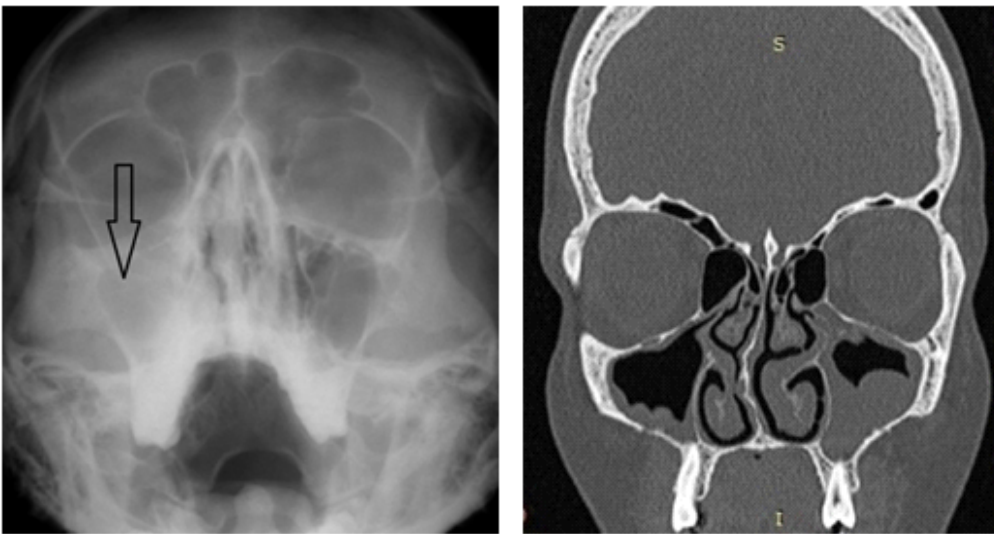


**Расми 1.** Намуди ковокии бинӣ ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ бо якҷоягии ринити музмини бодигармӣ.

Клиренси мукосилиарӣ ба ҳисоби миёна аз 55 то 90 дақиқаро ташкил намуд. Вайроншавии шомма қариб дар ҳама беморон ба намуди гипосмия мушоҳида гардид.

Дар акси рентгенографияи рақамӣ тирашавии пурраи ҷавфи ҷоғи боло

аз рост ва дар ТК-и ҷавфҳои наздибинигӣ илтиҳоби назарраси назди девори ҷавфи Хаймор аз чап, қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ дида мешавад (расми 2).



**Расми 2.** Намуди акси рентгенӣ ва КТ-и ҚНБ ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ бо ринити музмини аллергикӣ

Дар манзари табобати зиддиаллергикӣ ба тамоми беморон вариантҳои камосеби амалиёти септум-чарроҳӣ гузаронида шуд. Аз ҷумла, ҳангоми деформатсияи S-шакли миёндевори бинӣ (расми 3а) резексияи сегментарии қисмати назарраси қачии тағояк ва устухонро бо коррексияи навбатии қисматҳои боқимондаи на он қадар қачшудаи миёндевори бинӣ бо усули мобилизатсия гузаронидем. Дар мавриди қачшавии миёндевори бинӣ ба намуди С-шакл (расми 3б)

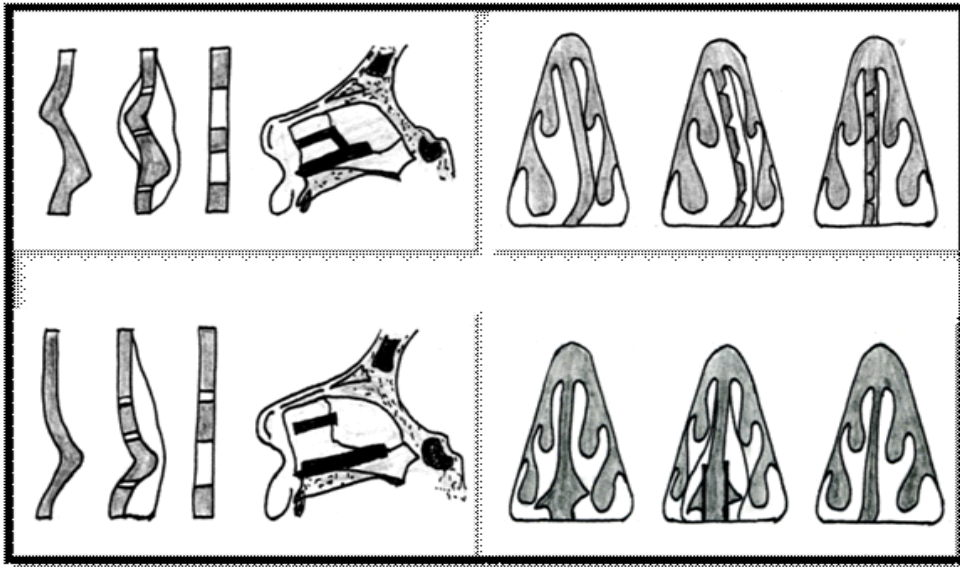
коррекцияи қисми қачшудаи тағояк бо буриши хаттии фонашакл дар барҷастагии тағояк баъди буридани тағояки чоркунча аз қисмати устухонии девора гузаронида шуд. Дар бемороне, ки қачшавии миёндевори бинӣ ба намуди қира (расми 3в) ва теға аст (расми 3г), резексияи сарфанокӣ қисми тағояк ва ё қисмати устухонӣ танҳо дар ҷузъи қачии дағалонаи он гузаронида шуд. Дар сурати баромадан ва ё бечошавии тағояки чоркунча, бо буришҳои амудӣ ва уфукӣ та-





гоякро аз асоси устухонии миёндевор чудо намуда, бо гузоштан ва мустаҳкам кардани

он бо дарзҳои кетгутӣ миёндевори биниро дар вазъи медиалӣ гузоштем.



**Расми 3.** Шаклҳои деформатсияи миёндевори бинӣ ва вариантҳои камосеби амалиёти септум-ҷарроҳӣ.

Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ маводи доруворӣи дорои таъсири зиддигистаминӣ, кортикостероидӣ ва зиддиалтиҳобӣ 2 қатрагӣ 3 бор ба бинӣ истифода бурда шуд. Ғайр аз ин, ҳамарӯза коркард ва тозакунии ковокии бинӣ бо ёрии дастгоҳи барқии обияткаш (электроотсос) сурат гирифта, камхунгардонии (анемизатсия) садафаҳои бинӣ ба воситаи маводҳои рагтангкунанда ва молиши пардаҳои луобии ковокии бинӣ бо малҳамҳои кортикостероидӣ (гидрокортизон, левомекол, синтомитсин) гузаронида шуд. Давраи баъдичарроҳӣ бе ягон ориза гузашт.

Клиренси мукосилиарӣ дар давраи баъдичарроҳӣ 30-35 дақиқаро ташкил кард. Шомма баъди қабули муолиҷаи маводӣ (консервативӣ) ба намуди гипосмия танҳо дар як бемор мушоҳида гардид, яъне тадқиқоти такрорӣи ҳолати функционалии бинӣ беҳтаршавии тамоми ҷабҳаҳои онро дар давраи баъдичарроҳӣ нишон дод.

Чуноне ки аз акси эндоскопии зерин аён аст, хангоми муоинаи такрорӣи ковокии бинӣ дар 10-12 шабонарӯзи назорат варамии пардаи луобӣ ва варамнокии суфраҳои поёнии бинӣ кам шуда, нафаскашӣ ба воситаи бинӣ тадриҷан барқарор гардид (расми 4).



**Расми 4.** Ҳолати луобпардаҳои ковокии бинӣ ва суфраҳои поёнии бинӣ дар давраи: то табобат (а) ва дар давраи баъди табобат (б).

Хулоса. Интиҳоби мувофиқ нисбати табобати маҷмӯӣи беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ бо ринити музмини аллергикӣ, ки табобати ҷарроҳӣ -

септопластика, муолиҷаи зиддигистаминӣ, стероидӣ ва зиддиалтиҳобиро фаро мегирад, барои ноил гардидан ба самараи мусбӣи клиникӣи дилхоҳ имкон медиҳад.



## АДАБИЁТ

1. Махмудназаров М.И., Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Журнал "Вестник Авиценны" Туйдиев Ш.Ш.ТГМУ, №4.- 2012.- С. 56-61.
2. Козаренко Е.А., Рябинин А.Г, Юнусов А.С., Рябинин В.А. Эффективность лечения аллергического ринита у больных с искривлением перегородки носа // Российская ринология. 2014. Т. 22, № 2. С.7-8.
3. Влайков А., Вичева Д., Димов П., Стоянов В. Оценка качества жизни пациентов с аллергическим ринитом // Рос. Ринология. 2016. №1. С. 38 - 42.;
4. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформаций носа и носовой перегородки / М.И. Махмудназаров. - Душанбе: Ирфон, 2016. - 265с.
5. Нестерова К.И. Место топических антигистаминных препаратов при сезонном аллергическом рините / К.И. Нестерова, А.А. Нестерова // Дневник казанской медицинской школы.- 2015.-№ 1 (7).-С.88-92.
6. Гаджимирзаев Г.А., Гаджимирзаева Р.Г. О причинах поздней диагностики, трудностях и ошибках при курации больных аллергическим ринитом и риносинуситом. Аналитический обзор и собственные исследования // Рос. оториноларингология. 2016. №1. С.19-20.;

## ОРИЗАҲОИ ҶОНИБИИ ТОБЛЕТҲОИ ЗИДДИҲОМИЛАГӢ

Доктор Абдулҳаким Ҳикамтӣ

Ассистент Фазл Аҳмад Бовар, Донишгоҳи тиббии Балх (Ҷумҳурии Исломии Афғонистон).

*Доктор Абдулҳаким Ҳикамтӣ, ассистент Фазл Аҳмад Бовар, Донишгоҳи тиббии Балх (Ҷумҳурии Исломии Афғонистон).*

Хулоса. Тоблетҳои зидди ҳомилагӣ ба манзури ҷилавгирӣ аз ҳомилагӣ корбурди васеъ дар арсаи табобат дар ҷаҳон ва Афғонистон дорад. Ба манзури тадвии hirsutism ҳам корбурди он матраҳи баҳси расонаҳои тиббӣ аст. Мушкilotи зиёдеро дар ҳини корбурд ба вучуд меоварад. Як идда муҳаққин аворизи ҷонибии зиёдеро бо ин вобаста медонанд ва иддаи дигари муҳаққикин камхатар будани онро тарафдорӣ мекунанд. Мо бар он шумед, ки авриси тоблетҳои зидди ҳомилагиро дарёфт намоем.

Таҳқиқи соҳавӣ ва китобхонагӣ ва таҷрибаи кори муҳаққик ин мебошад ва дар шифохона ва муоинахона ин кор сурат гирифт. Микдори зиёдро занон дар гурӯҳҳои синну соли 22-28-сола то 45%, 29-35-сола то 30% доштанд. Аз назари таҳсилот занони мавриди мутолиа 9% таҳсилоти донишгоҳӣ, 33% мактабӣ, 24 % олии нопурра, 26% иб-

тидой доштанд ва 8% бесавод буданд. 96,4%-и занон тез хонадор ва 85% -и онҳо шаҳрӣ, сокинони Мазори Шариф буданд.

Дар ширкаткунандагон бурузи аворизи ҷонибиро дар муддати масрафи тоблет, тағйирот хулқу хӯй дарёфт шуд, ки аз муҳимтарин аворизи тоблетҳои зидди ҳомилагӣ аст ва ҳудуди 30,6% дарёфт шуд.

Дар ин мутолиа мушоҳида шуд, ки 81%-и занони мавриди мутолиа ҷонибиро дар муддати масрафи тоблет дучори аворизи ҷонибии ношӣ аз масраф шудаанд.

Фишори хуни боло дар таҳқиқи мо мушоҳида нашуд, афзоиши вазн 5% мушоҳида шуд. Тағйир дар одат мохвор (ҳайз) 10% мушоҳида шуд.

**Калимаҳои калидӣ.** Тоблетҳои зидди ҳомилагӣ, коҳиши майли ҷинсӣ, таъхири қоидагӣ (ҳайзбинӣ), тағйири хулқу хӯй ва хунрезии ғайритабӣ.



## СОПУТСТВУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ТАБЛЕТОК

*Доктор Абдулхаким Хикамти, ассистент Фазл Ахмад Бовар, Медицинский университет г. Балха (Исламская Республика Афганистан).*

Противозачаточные таблетки с целью профилактики беременности широко применяются во всем мире, в том числе и в Афганистане. Использование этих таблеток в лечении hirsutism является объектом дискуссии в медицинских изданиях. Создается много трудностей во время применения. Ряд исследователей связывают с ними многочисленные осложнения, другие авторы поддерживают мнение о незначительной опасности этих таблеток. Наша цель в данной статье - определение осложнений противозачаточных таблеток.

Нами проводилось исследование на основе литературных данных и практических опытов в больнице и лаборатории. Большинство женщин находились в возрастных группах 22-28 лет, до 45%, в группах 29-35 лет до 30%. В плане образования: из общего

числа исследованных женщин 9% имели высшее образование, 33% - среднее образование, 24% - неполное высшее образование, 26% - начальное образование и 8% были безграмотными.

96,4% женщин рано вышли замуж и 85% были городскими, жителями города Мазори Шариф.

В данном исследовании отмечается, что 81% исследованных женщин в период употребления противозачаточных таблеток подвергались сопутствующим осложнениям.

В нашем исследовании не встречалась гипертония, но отмечалось увеличение массы тела на 5%.

**Ключевые слова:** противозачаточные таблетки, задержка менструации, снижение полового влечения, изменение в характере и поведении, носовая кровоточивость.

## CONCOMITANT COMPLICATIONS OF CONTRACEPTIVE TABLETS

Dr. Abdulhakim Hikamti, assistant Fazl Amad Bovar  
Medical University of Balkh (Islamic Republic of Afghanistan)

### Introduction

Pregnancy birth control pills have a widespread use of medicine in the world and in Afghanistan in order to prevent pregnancy. The use of hirsutism is also the subject of medical media discussion. It creates a lot of difficulties during application. A number of researchers associate numerous complications with them; other authors support the view that the pills are of little danger. To the extent that the investigators have detailed precautions, there are side effects alongside the side effects. We are now investigating the side effects of anti-pregnancy tablets. Our goal in this article is to identify the complications of birth control pills.

Research method: Field research, home study, and research work of researchers. This was done at the hospital and in the home examination.

**Findings and outcomes:** The most women were in the age of 22-28, up to 45% and 29-35 years old

up to 30%. In terms of education, of the total number of women studied, 9% had higher education, 33% had secondary education, 24% had incomplete higher education, 26% had primary education, and 8% were illiterate. 96.4% of women got married early and 85% were urban, residents of Mazori Sharif. In this study, it is noted that 81% of the women examined during the period of using birth control pills suffered from concomitant complications. The participants, mood changes were observed during the use of the tablet, which is one of the most important side effects of birth control pills and was found to be 30.6%.

**Controversy:** High blood pressure was not observed in our study but an increase in body weight was 5%.

**Keywords:** Anti-pregnancy tablets, delay of menstruation, Decreased libido, change in character and behavior, nosebleeds



**Муҳиммият.** Тоблетҳои зидди ҳомилагӣ (Oral contraceptive pill, ОСП, Combined oral contraceptive pill) ба гурӯҳи доруҳои хӯроқӣ ба шакли тоблет гуфта мешавад, ки барои вуқояи (пешгирии) аз ҳомилагӣ дар саросари ҷаҳон мебошанд ва нақши инқилобӣ дар ҷомиаи инсонӣ доштаанд.

Масрафи ин доруҳо аз ибтило ба амрози омезишӣ вуқоя намекунад, фақат барои вуқоя аз ҳомилагӣ аст.

**Мушкилот (проблемаҳо):** адами ҳамкориҳои мариз бо табиб, адми огоҳии мариз дар қисмати истеъмоли он, рӯҳияи хурофотгирӣ ба авризи ҷонибии даво, аз ҷумла проблемаи минтақавиро медахад.

**Масъалаҳои таҳқиқ:** оё ин даво танҳо ба манзури ҷилавгирӣ аз ҳомилагӣ мавриди истеъмол дорад ё ба мақсади тадовии дигар ҳам истеъмол мегардад. Чӣ аворизи ҷонибиро баъд аз истеъмоли даво маризон сари роҳи худ мушоҳида мекунад.

**Арзишмандии таҳқиқ:** аз он ҷое, ки дар заминаи аворизи ҷонибии ин даво дар Афғонистон таҳқиқ сурат нагирифтааст, мо лозим донистем, ки дар заминаи мутолеоти анҷом диҳем ба ҳалли проблемаҳои сари роҳи он пешниҳодоти мушаххаси худро дошта бошем.

**Ҳадафи таҳқиқ:** дарёфти аворизи ҷонибии тоблетҳои зидди ҳомилагӣ.

**Мавод ва методҳои таҳқиқ:** тоблетҳои зидди ҳомилагӣ, интернет, кутуби тиббии муътабарӣ дунё, мушоҳида аз маризони муроҷиаткарда ба шифохонаи кодрӣ (кадрӣ) ва муоинахонаҳо ба теъдоди 100 нафар мариз дар аввоили соли 1394 х. (соли 2016 м.), ки аз ин даво ба манзури ҷилавгирӣ аз ҳомилагӣ ва бо мақсади тадовии hirsutism ва танзими ҳайзбинӣ аз ин даво истифода карда, аворизи ҷонибии онро мо мавриди мутолиа қарор додаем.

**Маҳдудиятҳо:** фарҳанги истеъмоли тоблетҳои зидди ҳомилагӣ дар кишвари мо камтар ривож дорад. Вай ба манзури тадовии hirsutism танзими ҳайзбинии занон зиёдтар мавриди истеъмол дорад, то ба хотири ҷилавгирӣ аз ҳомилагӣ.

**Меъёрҳои дохил кардан ба мутолиа:** шомил доштани сини аз 15 то 49-сола, ки ҳадди

ақал як моҳ истифода аз тоблети LD, дорои фаъолияти ҷинсӣ ва надоштани маризии хос буданд. Ба таҳқиқ 100 нафар шомил буда, синну соли миёнаи занон 27,5 сол буд.

Дар ибтидои қарни XX як гурӯҳ донишмандони аврупоӣ, ҳамчун Beard, Prenant ва Loeb мутаваҷҷеҳи нақши ифрозоти ҷисми зарди (corpus luteum) -и ҳомилагӣ дар ҷилавгирӣ аз тухмакгузори шуданд. Дар соли 1928 донишманди астришӣ (австриягӣ) муваффақ шуд бо ин туршиҷот иқомати муваққат дар мушҳо эҷод кунад. Дар соли 1938 Макреасе нишон дод, ки перужастрон (перогастрон) -и ҳолис метавонад таухмакгузори дар харгӯш наҳӣ (манъ) кунад. Astwood ва Fevold ёфтаи мушобехеро дар соли 1939 ва дар мавриди мушҳо гузориш карданд. Ниҳоят дар соли 1950 Pincus, Garcia ва Rock асари таркибӣ аз перужастрон (перогастрон) ва 19 - норперужастронро дар манъ кардани тухмакгузори занон гузориш карданд.

Донишмандон бо ҳазфи мастронол аз таркиб мутаваҷҷеҳи коҳиши асари зидди ҳомилагӣ ва бурузи хунрезии таҳрибӣ (breakthrough bleeding) шуданд; лизо мастронолро ба таркиб изофа карданд.

Дар соли 1950 аввалин кори озмоишии сарирӣ дар мавриди масрафи тоблетҳои таркибии зидди ҳомилагӣ дар Гайити ва Пуэрто-Рико анҷом шуд, ки бо муваффақияти сад дар сади таркиби норэтинодрал-мастронолдарвуқоя аз ҳомилагӣ мувоҷеҳ шуд. Дар соли 1959 ENOVID (таркиби 9/75 мг норэтинодрал ва 150 мг мастронол) барои масраф дар бархе ихтилолҳо хунрезии занон мавриди таъйиди идораи маводи ғизоӣ доруи ИМА (FDA) қарор гирифт ва ниҳоят дар нуҳуми моҳи майи соли 1960 ин созмон ин доруо ҷитҳати масраф дар вуқоя аз ҳомилагӣ мавриди таъйид қарор дод (Дар ҳоли ҳозир дар Амрико листи (рӯйхати) доруӣ хориҷ шудааст).

Пас аз ин миллионҳо зн ба ба масрафи ин тоблетҳо рӯ оварданд, то ин ки дар сол гузоришҳои мабнӣ ба асароти ҷонибии ин дору ба даст омада. Таҳқиқоти баъдӣ нишон дод, ки ин авориз бо дозаи таркиботи таоблет иртибот дорад, лизо тоблетҳои



чадиде тарроҳӣ шуданд, ки дозаи камтаре аз гормонҳоро доштанд (тоблетҳои насли дуомlow dose). Бо афзоиши масрафи таркиботи дуфаза ё сефаза дар соли 1980 дозаи гормонҳо дар ин таблетҳо коҳиши бештаре дошт, ба тавре ки метавон ин дозаро камтарин миқдоре, ки метавонад ба таври муассир ҷилави ҳомилагиро бигирад, донист. Дар соли 1990 насли сеюми ин таблетҳо (DESOGEN ва CYCLEN), ки шомили таркиби перужастрон бо асароти коҳишёфта андрогенӣ буданд, ба бозор омаданд.

#### **Аворизи ҷонибии роиҷи таблетҳои зидди ҳомилагӣ**

Ин авориз иборат аст аз: хунрезихои байни ҳайзбинӣ, ҳолати дилбадӣ, ҳассосияти садр (сина), сардард, афзоиши вазн, тағйироти рафтору хулқу хӯ, таъхир ё набудани ҳайзбинӣ, коҳиши майли ҷинсӣ, ифрозоти вагиналӣ, тағйироти қобилияти басарӣ (биной). Дар ин ҷо бархе аз ин аворизи ҷониби-ро мавриди баррасӣқарор педихем (10-11).

1. Хунрезихои байни ҳайзбинӣ. Тақрибан 50%-и афроде, ки аз таблетҳои зидди ҳомилагӣ истифода мекунанд, байни давраҳои ҳайзбинии худ дучори хунрезӣ мешаванд, ки аглаб онро бо номи хунрезии ғайроитабӣ мешиносанд ва дар семоҳаи аввали масрафи таблетҳои зидди ҳомилагӣ шоеътар (маъмултар) аст. Ба таври куллӣ бо масрафи сеюмин бастаи таблетҳои зидди ҳомилагӣ, ин мушкил дар 90%-и маврид ҳал хоҳад шуд. Афроде, ки хунрезияшон 5 рӯз ё бештар бошад, дар шароите, ки ба таври муназзам таблет хӯрда, ё беш аз 3 рӯз хунрезии шадид дошта бошанд, мебоист ҳатман ба мутахассис муроҷиат кунанд (12-13).

2. Ҳолати дилбадӣ (дилбеҳузуршавӣ). Бархе афрод тайи нахустин бор истифода аз интаблетҳо, ҳолати дилбадии ҳақиқиро таҷриба мекунанд, ки аглаб баъд аз давраи кӯтоҳе бартараф мешавад. Истифода аз таблет ҳамроҳ бо ғизо ва ё змони хоб боиси коҳиши эҳтимоли бурузи (пайдошавии) дилбадӣ хоҳад шуд. Ҳар касе, ки дучори ҳолати дилбадии шадид ё доим шавад, бояд ба дунболи дастуруламалҳои махсуси табии марбут ба он бошад (14-15).

3. Ҳассосияти садр (сина). Тоблетҳои зидди ҳомилагӣ метавонанд мунҷар ба бузург шудан ё ҳассосияти садр (сина) шаванд. Ин оризаи ҷонибӣ тайи чанд ҳафта баъд аз оғози масрафи таблетҳо беҳбудӣ пайдо карда, аммо ҳар кас, ки мутаваҷҷеҳи барҷастагии хоше дар садри худ шуда ё дид садраш ҳассосияти хос пайдо карда ё дапрди шадиди садр дошт, бояд ба мутахассис муроҷиат кунанд. Кам кардани масраф кофеин ва намак боиси коҳиши ҳассосияти садр хоҳад шуд (16-17).

4. Сардард. Гормонҳои ҷинсӣ дар бадтар шудани сардард ва мигрен таъсиргузоранд. Анвои таблетҳо ва дозаҳои мухталифи гормонҳо алоими мухталифи сардардро ба ҳамроҳдоранд. Таҳқиқоти зиёде пеш аз ин нишон дода, ки дар сурати масрафи таблетҳо, ки дозаҳои ками аз гормонҳоро доранд, метавон вуқуи сардардҳо камтар хоҳад буд (18).

5. Афзоиши вазн. Таҳқиқоти сарири ҳеҷ иртиботи пайвастаеро байни истифода аз таблетҳои зидди ҳомилагӣ ва тағйироти вазн наёфтааст. Бо ин ҳол, бисёре аз афроде, ки ин таблетро масраф мекарданд, мӯъот дар баданашон бештар мемонад, хусусан дар садр. Ҳуҷароти (хучайраҳои) ҷарбӣ ҳам метавонанд таҳти таъсири астрогени мавҷуд дар таблетҳои зидди ҳомилагӣ бошанд (18).

6. Тағйири хулқу хӯ ва рӯҳия. Ба афроде, ки собиқаи афсурдагӣ доранд, твсия мешавад бо мутахассиси худ дар ин бора ва дар иртибот бо масрафи ин таблетҳо машварат кунанд, чаро ки бисёре аз афрод дар даврони масрафи ин таблетҳо дучори афсурдагӣ ё соир тағйирот эҳсос мешаванд. Муҳаққиқон тайи таҳқиқе, ки дар соли 2015 рӯйи 90 зан анҷом дҷоданд, дарёфтанд, ки истифода аз таблетҳои зидди ҳомилагӣ бо захома-ти камтари қишри мағз дар ғишои (пардаи) ҳалқаи ҷонибӣ ва ғишои камарбанди батнии мағз бурузи авомили муҳаррик марбут ҳастанд (19).

7. Таъхир дар қоидагӣ (ҳайзбинӣ). Замо-нҳое вучуд доранд, киба рағми масрафи ду-русти таблетҳои зидди ҳомилагӣ, эҳтимол дорад ҳайзбинӣ рух надода ва ё ба таъвиқ



биафтад. Авомили зиёде метавонанд бар ин масъала таъсир бигзоранд, аз чумла, стресс, маризӣ, ноҳинчориҳои гормонӣ ва тероидӣ. Агар ҳайзбинӣ рух надихад, ё ҳангоми масрафи тоблет хеле хафиф рух диҳад, бояд пеш аз масрафи варақи баъдии тоблет н тест и ҳомилагӣ анҷом диҳад. Агар боз ҳам ба таъхир афтод ё ҳайзбинӣ рух надихад ё хеле хафиф бувад, ҳатман ба мутахассис муроҷиат кунанд (20).

8. Коҳиши майли чинсӣ. Гормон ё гормонҳои мавҷуд дар тоблетҳои зидди ҳомилагӣ метавонанд дар бархе аз афрод бар майли чинсӣ таъсир бигзоранд. Бо ин ҳол авомили бисёри дигаре ҳам метавонанд сабаби коҳиши майли чинсӣ шаванд. Агар ин коҳиши мизони майли чинсӣ идома дошт ва бароятон озордиҳанда бувад, бояд ҳатман ба мутахассис муроҷиат кунанд (21).

Бо ин ҳол дар бархе аз мавридҳо тоблетҳои зидди ҳомилагӣ метавонанд боиси афзоиши майли чинсӣ шаванд. Чунин афзоиш метавонад ба хоҳири коҳиши алоими дарднок монанди шикамдардҳои ҳайзбинӣ, синдроми пеш аз ҳайзбинӣ, эндометроз ва фиброидҳои раҳмӣ (бачадонӣ) бошад (22).

9. Ифрозоти вагина (маҳбал). Бархе аз афрод дар давраи масрафи тоблетҳои зидди ҳомилагӣ дучори ифрозоти вагина мешаванд. Доманай бурузи ин тағйирот мутафовит аст, аз коҳиши нармӣ ва рутубати вагина сар карда, то бурузи тағйирот дар ҳуди ифрозот ва тағйироте, ки метавонанд бар духули чинсӣ таъсир гузоранд. Масалан дар мавриди кам шудани мизони нармӣ ва рутубати вагина афзудани маводи нармкунанда бештар метавонад боиси иртиқои вазъи-

яти робитаи чинсӣ шавад. Маъмулан тағйирот дар ифрозот и вагина чандон мзир нест (13).

10. Тағйироти басарӣ ҳангоми истифода аз линзаҳои тамосӣ. Тағйироти гормонӣ, ки ба хоҳири масрафи тоблетҳои кантрули ҳомилгӣ рух медиҳад, метавонад ба ҳифзи моеъоти бадан мунтаҳӣ (сабаб) шуда, ки ҳудаш сабаби варами қарния ва ё тағйироти шакли он хоҳад шуд. Замоне, ки ин таварум (варам) рух медиҳад, линзаҳои тамосӣ дигар ба роҳатқобили истифода нахоҳанд буд (14).

**Хулоса.** Дар маҷмӯъ метавон чунин натиҷагирӣ кард, ки теъдоде аз занон дар муддати масрафи тоблетҳои зидди ҳомилагӣ дучори тағйироти хулқу хӯ мешаванд, ки иллати он эҳтимол масрафитоблет аст, вале дар аксар роҳнамоҳои масрафи тоблетҳои мавҷуд дар марокази ироаи танзими хонавода ё ишорае ба бурузи тағйироти хулқу хӯ баъд аз масрафи тоблет нашудааст, ё бисёр камаҳамият ва ночиз дар назар гирифта шудааст ва ба ҳамин иллат ҳам роҳкорҳои амалӣ барои кантрули он ироа нашудааст. Лизо ба назар мерасад, на танҳо бояд ба таври мантиқӣ ба аворизи ҷонибии тоблет, бахусуси тағйироти хулқу хӯ баъд аз масрафи он пардохта шавад, балки бояд ба авомили ташдидкунандаи он, ки дар ин мутолиа ба бархе аз онҳо ишора шуд, монанди омӯзиши наҳваи (тарзи) кантрули аворизи ҷонибӣ дар ҳангоми таҳвили тоблет аз мароказироаи хидмат ва иҳои барои афзоиши таҳсилот ва ё дониши боло ба унвони иртиқодиҳандаи саломати занони масрафкунандаи тоблет тавачҷуҳи вижае шавад.

## АДАБИЁТ

1. American Medical Society for Sports Medicine (24 April 2014), "Five Things Physicians and Patients Should Question", Choosing Wisely: an initiative of the ABIM Foundation, American Medical Society for Sports Medicine, retrieved 29 July 2014
2. Aiko Hayashi (2004-08-20). "Japanese Women Shun The Pill". CBS News. Retrieved 2006-06-12
3. Acher JS, Archer DF (2002). "Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: a myth debunked". J Am Acad Dermatol. 46 (6): 917-23. doi:10.1067/mjd.2002.120448. PMID 12063491.
4. Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE (2005). "Association between the Current Use of Low-Dose Oral Contraceptives and
5. Cardiovascular Arterial Disease: A Meta-Analysis". Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 90 (7): 3863-70.



6. Crooks, Robert L.; Karla Baur (2005). Our Sexuality. Belmont, CA: Thomson Wadsworth. ISBN 0-534-65176-3.[page needed]
7. Contraceptive Use in the United States". Guttmacher Institute. 2004-08-04. Retrieved 2016-12-11.
8. Dickinson BD, Altman RD, Nielsen NH, Sterling ML (2001). "Drug interactions between oral contraceptives and antibiotics". Obstet Gynecol. 98 (5 Pt 1): 853-60. doi:10.1016/S0029-7844(01)01532-0. PMID 11704183.
9. DeRossi SS, Hersh EV (2002). "Antibiotics and oral contraceptives". Dent Clin North Am. 46 (4): 653-64. doi:10.1016/S0011-8532(02)00017-4. PMID 12436822
10. Danaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJ (March 11, 2010). "Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study". BMJ. 340: c927. doi:10.1136/bmj.c927. PMC 2837145?. PMID 20223876
11. Gladwell, Malcolm (2000-03-10). "John Rock's Error". The New Yorker. Archived from the original on 11 May 2013. Retrieved 2009-02-04.
12. Robert A.; Trussell, James; Nelson, Anita L.; Cates, Willard Jr.; Kowal, Deborah; Policar, Michael S. (eds.). Contraceptive technology (20th revised ed.). New York: Ardent Media. pp. 779-863
13. HMOsher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ (2004). "Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002" (PDF). Adv Data (350): 1-36. PMID 15633582. all US women aged 15-44
14. FFPRHC (2007). "Clinical Guidance: First Prescription of Combined Oral Contraception" (PDF). Archived from the original (PDF) on 2007-07-04. Retrieved 2007-06-26.
15. Huber J, Walch K (2006). "Treating acne with oral contraceptives: Use of lower doses". Contraception. 73 (1): 23-9
16. Mayo Clinic staff. "Birth control pill FAQ: Benefits, risks and choices". Mayo Clinic. Retrieved 1 February 201
17. (November 2001). "Mercilon SPC (Summary of Product Characteristics)". Retrieved 2007-04-07.
19. Stacey, Dawn. Birth Control Pills. Retrieved July 20, 2009.
20. Speroff, Leon; Darney, Philip D. (2005). "Oral Contraception". A Clinical Guide for Contraception (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 21-138. ISBN 0-7817-6488-2.
21. US Patent:Oralcontraceptive:Patent 6451778 Issued on September 17, 2002 Estimated Expiration Date: July 2, 2017". PatentStorm LLC. Archived from the original on June 13, 2011. Retrieved 2010-11-19
22. UN Population Division (2006). World Contraceptive Use 2005 (PDF). New York: United Nations. ISBN 92-1-151418-5. women aged 15-49 married or in consensual union

## **МАСЪАЛАИ ТАШХИСИ ДЕРИГИПОТИРЕОЗ ВА ЗАРУРАТИ ТАТБИҚИ СКРИНИНГИ НЕОНАТАЛӢ ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**Н.А. Иноятова, А.Д. Исаков, А. Мусоев**

Кафедраи эндокринология (муdiri кафедра н.и.т., дотсент Ниёзова Н.А.)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Н.А. Иноятова, - н.и.т., дотсенти кафедраи эндокринологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*А.Ҷ. Исаков, - ассистенти кафедраи эндокринологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.*

*П.К. Ҷумаева, - табиби шӯъбаи эндокринологияи калонсолони МТШД №1 ба номи Ахмедов Карим*



Мақсади таҳқиқот таҳлили катамнестикии таърихи бемориҳо мувофиқи муҳлати ташхиси гипотирозии модарзодӣ ва басомади паҳншавии он дар минтақаҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳлили катамнестикии таърихи бемориҳо дар шӯъбаи эндокринологияи кӯдакон Маркази саломатии шахрии шаҳри Душанбе дар давоми 9 сол анҷом дода шуд. Коркарди омории маълумотҳо тибқи барномаи Statistica 7.0. сурат гирифт.

Калимаҳои калидӣ: гипотиреоз, бемориҳои йод-дефицитӣ, дефицити йод, норасоӣ.

**Калимаҳои калидӣ:** гипотиреоз, бемориҳои йод-дефицитӣ, дефицити йод, норасоӣ.

## К ВОПРОСУ О ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА И НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Н. А. Иноятова - к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино.*

*А. Д. Исаков - ассистент кафедры эндокринологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино.*

*П.К. Джумаева - врач отделения взрослой эндокринологии ГМЦД №1 имени Ахмедова Карима*

Целью исследования является катамнестический анализ истории болезней по срокам диагностики врожденного гипотиреоза и частоте его распространения в регионах.

Материалы и методы исследования. Был проведен катамнестический анализ истории болезней по детскому эндокринологическому отделению в городском медицинском центре за последние 9 лет. Статическая обработка данных велась по программе Statistica 7.0.

Ключевые слова: гипотиреоз, йод-дефицитные заболевания, дефицит йода, недостаток.

**Ключевые слова:** гипотиреоз, йод-дефицитные заболевания, дефицит йода, недостаток.

## TO THE ISSUE OF LATE DIAGNOSTICS OF CONGENITAL HYPOTHYROIDISM AND NEED OF INTRODUCTION OF NEONATAL SCREENING IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

*N.A. Inoyatova, c.m.s., associate professor of endocrinology department of ATSMU (Avicenna Tajik State Medical University).*

*A.J. Isakov, assistant of endocrinology department of ATSMU (Avicenna Tajik State Medical University).*

*P.R. Jumaeva, physician in adult department of endocrinology in MDCC (Medical Diagnostic City Centre) named after Ahmedov Karim.*

Abstract: catamnesis analysis of patient's history in term of diagnosis of congenital thyroid deficiency and its frequency of incidence in regions.

Materials and methods of research: catamnestic analysis of patient's history has been

held in child endocrinology department in medical city centre last 9 year. Statistic evolution had been done according to the Statistica 7.0 program.

**Key words:** hypothyroidism, iodine deficiency diseases, iodine deficiency, lake

**Муҳиммият.** Ҷумҳурии Тоҷикистон аз лиҳози ҷуғрофӣ дар Осиёи Марказӣ ҷойгир шудааст ва ба Укёнуси ҷаҳонӣ роҳи баромад надорад. Тарибан 93%-и масоҳати онро кӯҳҳо ташкил медиҳанд, ки ба силсилаи кӯҳҳои Осиёи Миёна -қаторкӯҳҳои Тянь-Шан ва Помир дохил мешаванд. қисми беш-

тари масоҳати ҷумҳурӣ дар баландии зиёда аз 3000 м аз сатҳи баҳр қарор дорад. Возеҳ аст, ки аз қадим дар сарзамини Ҷумҳурии Тоҷикистон камбуди (дефицити) йод мушоҳида мешуд. Баъди эълон шудани Истиклолияти давлатӣ- нухуми сентябри соли 1991 баъди 27 сол тақрибан баъди як-ду соли на-





будани намакҳои ёднок чумхурӣ боз ҳам ба мушкилоти камбуди (дефитсити) ёд рӯ ба рӯ шуд. Вобаста аз ин тахти сарвари профессор Анварова Ш.С. гурӯҳи корӣ таъсис дода шуд, ки вай Барномаи миллии мубориза бар зидди бемориҳои ёд - дефитсит (БЖД) -ро барои солҳои 1997-2001 таҳия намуд [1]. Аллақай дар соли 2002 қонун "Дар бораи ёдноксозии намакҳо" қабул карда шуд [2]. Давлати Тоҷикистон ҷиҳати мубориза бар зидди бемориҳои ёд - дефитсит (БЖД) корҳои зиёдеро ба сомон расонид. Оқибатҳои вазнини БЖД-ро барои аҳолии Тоҷикистон ба ҳисоб гирифта, айни замон низ мубориза бар зидди БЖД дар хусуси тақдир додани сифати ёдноксозии намакҳо идома дорад.

Ҳолати статуси эндокринии модар асноӣ ҳомилагӣ дар шароити камбуди ёд аҳамияти калон дорад. Барои ҳамагон маълум аст, ки аксари бештари сохторҳои СМА (системаи марказии асаб)-и ҷанин (садафай дохилии гӯш, қишри майнаи сар, ҷисми рах-рах, роҳҳои субарахноидалий, ҷисми пинадор, чашм) аз ҳисоби гормонҳои тиреоидии модар ташаккул меёбанд, зеро ки ғадуди сипаршакли ҷанин аз ҳафтаҳои 15-18-уми ҳаёти дохилибатнӣ ба фаъолият оғоз мекунад.

Дар робита аз ин ҳангоми камбуди вазнини ёд паст шудани сатҳи гормонҳои тиреоидии занҳо метавонад, ки ба пайдошавии кретинизми вазнини неврологӣ оварда расонад. Ҳангоми ин кретинизм табобат бо гормонҳои тиреоидӣ самаранок нест, чунки ихтилолҳои неврологии дар марҳалаҳои аввали эмбриогенез пайдошуда ислохнашавандаанд.

Бо дар назардошти иачрибаи 20-солаи мубориза бар зидди БЖД дар ҚТ имрӯз дараҷаи сабуки дефитсити ёд ва дар ноҳияҳои баланҷкӯҳ дефитсити миёна дида мешавад, аммо фаҳмидан зарур аст, ки ҳатто дефитсити сабуки ёд ҳангоми ҳомиладорӣ ба норасоии гормонҳои тиреоидӣ оварда мерасонад, гарчанде метавонад, ки аз ҳадди ифодаҳои референсӣ нагузарад. Дар натиҷаи ин мумкин аст, ки ихтилолҳои сарҳадии инкишофи интеллектуалӣ ба амал оянд ва ба ҳадди олигофрениаи вазнин нарасанд. Ҳам-

чунин бевосита дар организми модар кам шудани гормонҳои тиреоидӣ меавад, ки дар наслҳо аномалияҳо ба бор оварад. Барои ғадуди сипаршакл ҳафтаҳои 15-16-34-уми инкишофи ҳаётии дохилибатнии ҷанин ҳафтаҳои ҳалқунанда ба ҳисоб мераванд, зеро маҳз дар ҳамин муҳлат таъсири омилҳои осебрасон ба ақибмонии дифференсировкаи паренхима, гипофунксияи ғадуди сипаршакли феталӣ бо гузаштан ба табоқшавии функционалии узв ва сабзидани бофтаи пайвастананда оварда мерасонад, ки боиси гипофунксия дар давраи постнаталӣ мегардад. Дер ташхис кардан ва табоқати нодурусти гипотиреозии модарзодӣ (ГМ) ба яке аз сабабҳои зиёд дучоршавандаи ақибмонии ақли дар синни кӯдакӣ дохил мешавад [3]. Дар робита аз ин омӯзиши муҳлатҳои ташхиси гипотиреозии модарзодӣ ва басомади паҳншавии он дар минтақаҳои ҚТ аҳамияти калонро касб мекунад.

**Мақсади таҳқиқот** таҳлили катамнестикӣ таърихи бемориҳо мувофиқи муҳлати ташхиси гипотиреозии модарзодӣ ва басомади паҳншавии он дар минтақаҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳлили катамнестикӣ таърихи бемориҳо дар шуъбаи эндокринологияи кӯдакон Маркази саломатии шаҳрии шаҳри Душанбе ба номи К. Аҳмедов дар давоми 9 сол анҷом дода шуд. Микдори беморон 252 нафар буд, ки аз инҳо 100 нафарашонро писарҳо ва 152 нафарашонро духтарҳо ташкил мекарданд. Синну соли миёнаи беморон  $8,6 \pm 0,37$  сол буд. Чунин параметрҳо, монанди ТТГ, фраксияи озоди тироксин, таҳлили умумии пешоб, минтақавӣ сукунат, муҳлати гузошта шудани ташхис, давомнокии беморӣ, дозаҳои ҳангоми табобат кардан, маълумотҳои антропометрӣ ба қайд гирифта шуданд. Коркарди омории маълумотҳо тибқи барномаи Statistica 7.0. сурат гирифт.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Мувофиқи натиҷаҳои таҳлили катамнестикӣ қонунмандии кам шудани басомади гипотиреозии модарзодӣ бо дараҷаи вазнинии дефитсити ёд муайян карда нашуд, ин ҳолат дар қадвали 1 оварда шудааст.



## Чадвали 1.

## Микдори беморони дорои гипотирози модарзодӣ аз рӯи минтақаҳо.

Минтақа	2017 n=23	2016 n=39	2015 n=35	2014 n=29	2013 n=36	2012 n=26	2011 n=20	2010 n=13	2019 n=31
НТЧ	17	26	25	20	23	18	13	6	23
Хатлон	4	12	10	9	11	6	7	7	7
Суғд	1	1	0	0	2	2	0	0	0
ВМКБ	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Бақайдгирии минтақаҳо нишон медиҳад, ки миқдори зиёди ГМ дар ноҳияҳои тобеи марказ ва вилояти Хатлон ба назар мерасад (чадвали 1).

Дар байни ҳамаи пациентҳо миқдори бештарро духтаракон ташкил доданд, ки таносуби он 1:1,5 буда, ба маълумоти адабиёти мавҷуда мувофиқат мекунад. Маълумотҳо дар чадвали 2 оварда шудаанд.

## Чадвали 1.

## Микдори беморони дорои гипотирози модарзодӣ дар байни духтарҳо ва писарҳо.

Ҳамаи беморон 252 нафар																
Писарҳо									Духтарҳо							
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
17	16	15	14	13	12	11	10	09	17	16	15	14	13	12	11	10
11	15	15	11	13	8	5	5	17	12	24	20	18	23	18	15	18
100 (39,7%)									152(60,3%)							

Ба ташхиси дери беморӣ диққати ҷиддӣ додан лозим меояд, зеро вай аз 6-моҳагӣ то

16 солагӣ фарқ мекунад. Маълумотҳо дар чадвали 3 оварда шудаанд.

## Чадвали 1.

## Микдори беморони дорои гипотирози модарзодӣ дар байни духтарҳо ва писарҳо.

Ҳамагӣ 252 нафар беморон бо ташхиси дери ГМ			
0-1 сол	2-5 сол	6-10 сол	11сол ва зиёдтар
20 (38,5%)	18(34,6%)	8(15,4%)	6(11,5%)

Дар таърихҳои бемориҳои таҳқиқшуда ташхиси топики ғадуди сипаршакл ба қайд гирифта нашудааст. Маъмулан дар кӯдакони гирифтори ГМ атиерози нопурра ба мушоҳида мерасад, гипоплазия ва десгенези ғадуди сипаршакл бошад, баъзан бо ҷойгиршавии атипӣ во меҳӯранд. Барои ташхиси атопикӣ гузаронидани сонографияи ултрасадоӣ ва стсинтиграфияи ғадуди сипаршакл зарур мебошад. Дар таърихҳои бемориҳои таҳлилшуда гузаронидани сонографияи ултрасадоии ғадуди сипаршакл нест ва стсинтиграфия дар ҶТ гузаронида намешавад.

Ақибмонии нишондиҳандаҳои антропометрӣ дар 74%-и беморон ба ташхиси дер ва табобати номуносиби беморӣ алоқаманданд. Ҳамчунин мувофиқати синну соли устухонӣ ба синну соли шиноснома дар 126 нафар пациент вучуд надорад. Таъкид бояд

кард, ки дар натиҷаи ташхиси дери беморӣ дар пациент ақибмонии назарраси синну соли устухонӣ ба мушоҳида расид, ки аз 1 то 13 сол буд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. ГМ - ин гурӯҳи гетерогении беморӣ ба ҳисоб меравад, ки дар асари ноболиғии морфофункционалии системаи гипотпипмо-гипофизарӣ, ихтилолҳои модарзодии гормоногенез ва ғадуди сипаршакл ё осебҳои анатомии он дар давраи дохилибатнӣ, дар натиҷаи шаклҳои маҳдуд ва ё синдроми ГМ пайдо мешавад. Бо дар назардошти бсиёромии беморӣ оид ба скринингсозии барвақти неонаталии навзодон ба ГМ барои ташхиси саривақтии ин патология таҳияи барномаи давлатии ҶТ зарур аст. Аз миёнаи солҳои 70-уми асри гузашта сар карда, дар бисёр кишварҳои дунё барномаҳои давлатии скрининги неонаталии



ГМ татбиқ шуда истодааст [4]. Ҳангоми қабул кардани барномаи давлатӣ чунин омилҳо ба ҳисоб гирифта шуданд: бисёр дучоршавии ГМ, возеҳии ками симптомҳо дар рӯзҳо ва ҳафтаҳои аввали ҳаёт; оқибатҳои чиддии сари вақт ташхис накардани беморӣ барои инкишофи менталии кӯдак; хассосияти баланди усули ташхис, табобати арзон, содда ва самаранок; самаранокии олии иқтисодӣ (арзиши скрининг ва табобати кӯдаки маъюб дар ҳолатҳои дер ташхис кардан бо таносуби 1:4). Тавре ки таҷрибаи ҷаҳонӣ нишон медиҳад, ҳангоми гузаронидани скрининги неонаталӣ миқдори дучоршавии ГМ дар кишварҳои аврупоӣ 1 ҳолат ба 2000-4500 навзод рост меояд, ки ин миқдор дар давраи то скрининг 1:6700 буд.

Усули муайян кардани гормони тиреотропӣ дар муқоиса аз муайянкунии аввалияи тироксини озод нисбатан самараноктар мебошад [5].

Дар таҳқиқоти мо нишон дода шудааст, ки дар робита бо инкишофи бисёромилӣ ГМ бартараф кардани камбудӣ ё бемориро кам карда наметавонад. Шояд ин аз он низ вобаста бошад, ки дефицити вазнини ёд аллакай дар соли 2009 бартараф карда шуда буд. Аз ҷиҳати омрпаҳншавии бештари ГМ дар НТМ ва вилояти Хатлон ба

қайд гирифта шудааст, ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар манотиқи дигар мурочиат беморон камтар шудааст. Бо мақсади муайян кардани дигар омилҳо таҳқиқоти иловагиро ба нақша гирифтани зарур аст. Дар маълумотҳои пешниҳодшуда ташхиси дер дақиқан нишон дода шудааст, чунончи дар 6 пациент бори аввал ГМ пас аз 11 сол, дар як бемор бошад, пас аз 16 сол ташхис карда шудааст.

**Хулоса**, бо дар назардошти дараҷаҳои гуногуни возеҳии гипотиреози аввалия ва ноаён будани аломатҳои клиникӣ, мақсади асосии скрининг ин ба ҳадди максималӣ барвақт муайян кардани ҳамаи кӯдакони навзоди дорои гипотиреози аввалия ва таъйин кардани табобат бо мақсади ба даст овардани IQ-и қобили қабул дар кӯдак мебошад [6]. Дар Тоҷикистон мавҷуд набудани скрининги муназзами неонатологӣ ба зухуроти гуногуни ин беморӣ оварда мерасонад. ГМ-проблемаи тиббиву иҷтимоӣ аст, ки ба маъюбшавии устувори кӯдакон ва таҳти таъминоти давлат қарор гирифтани онҳо оварда мерасонад. Дар навбати худ, сари вақт ташхис кардани беморӣ ва таъйин кардани табобати муносиби L - тироксинбарои беҳтар гаштани пешгӯии инкишофи беморӣ ёрӣ мерасонад.

### АДАБИЁТ

1. "Национальная программа по борьбе с йод-дефицитными состояниями на 1997-2001гг." Д., 1997.
2. "Закон о йодировании соли" Д., 2002.
3. Grosse S.D. Van Vilet G.//Arch.Dis.Child.-2011.-Vol.96.-P.374-379.
4. 1.Leger J.,Olivieri A., Donaldson M.,et al.//Horm. Res. Peadiatr.-2014.-Vol.87.-P.3209-3214; 2. Rose S.R.,Brown R.S. Foley T., et al.//Peadiatrics.-2006.-Vol.117.-P.2290-2303; 3.LaFranchini S.H.//J.Clin.Endocrinol.Metab.-2011.-Vol.96.-P.2959-2967.
5. Leger J.,Olivieri A., Donaldson M.,et al.//Horm. Res. Peadiatr.-2014.-Vol.87.-P.3209-3214.
6. Leger J.,Olivieri A., Donaldson M.,et al.//Horm. Res. Peadiatr.-2014.-Vol.87.-P.3209-3214.



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ЧАНБАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА КЛИНИКИИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ПӢСТ ДАР СОКИНОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

П.К. Курбонбекова

Кафедраи физиологияи патологӢ (мудирӣ кафедраи н.и.т., дотсент З.М.Тоштемирова)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Курбонбекова Парвина Қамчибековна, дотсенти кафедраи физиологияи патологияи донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., тел.: 934210394*

Дар мақола натиҷаи омӯзиши чанбаҳои гуногуни клиникаи чараёнгирии лейшманиозии пӯст дар сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон оварда шудааст. Барои таҳқиқ 100 нафар беморонро зерӣ назорат қарор додем. Ташҳис дар асоси омӯзиши ташҳиси мавзӯи чуғрофӣ, таърихи беморӣ, зухуроти клиникӣ ва натиҷаи ташҳиси лабораторӣ гузошта шуд.

Натиҷаи таҳқиқ нишон дод, ки занҳо назар ба мардҳо бештар ба беморӣ гирифта мешаванд (67% дар муқобили 33%). Сатҳи беморӣ дар сокинони деҳот балантар назар

ба сокинони шаҳр (87% дар муқобили 13%). Теъдоди зиёди синну соли беморон аз 3 то 10 лет (41%) ва аз 11 до 20 сола (28%) буд. Лейшманиозии пӯст бештар дар фасли тобистон ва тирамоҳ (92%), камтар баҳор (8%) ба қайд гирифта шуда, дерматозии зоонозӣ 87% -ро дарбар гирифт. Ихтилол бештар дар қисматҳои қушодаи сатҳи пӯст бо теъдоди зиёди яра (67,8%) вучуд доштанд. Дар 32,2% беморон ориза бо намуди лимфангоити ва лимфаденити мушоҳида гардид.

**Калимаҳои калидӣ:** лейшманиозии пӯст, чараёнҳои клиникӣ

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ

П.К. Курбонбекова

Кафедра патологической физиологии (зав.кафедрой к.м.н., доцент З.М.Тоштемирова) ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Курбонбекова Парвина Қамчибековна, доцент кафедри патофизиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, кандидат медицинских наук, тел.: 934210394*

В статье представлены особенности эпидемиологического и клинического течения кожного лейшманиоза в Таджикистане. Под наблюдением находились 100 пациентов. Диагноз был установлен на основании эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений и результатов лабораторного исследования.

Таким образом, в результате наших исследований выявлено, что женщины болеют чаще мужчин (67% против 33%). Уровень заболевания более высок среди сельского населения по сравнению с городским (87% против 13%). Подавляющее число

больных были в возрасте от 3 до 10 лет (41%) и от 11 до 20 лет (28%). Кожный лейшманиоз чаще регистрируется летом и осенью (92%), реже весной (8%). Чаще регистрировалась зоонозная форма дерматоза (87%). Очаги поражения преимущественно локализовались на открытых участках кожного покрова и характеризовались наличием язв, чаще множественных (67,8%). У 32,2% больных наблюдались осложнения в виде лимфангоита и лимфаденита.

**Ключевые слова:** кожный лейшманиоз, клиническое течение.



## EPIDEMIOLOGIC AND CLINICAL FEATURES OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN TAJIKISTAN

**P.K. Kurbonbekova**

Department of pathologic physiology (head of the department c.m.s., associate professor  
Z.M. Toshtemirova) of ATSMU

*Kurbonbekova P.K. - c.m.s., associate professor of Pathologic Physiology department of Avicenna TSMU. ph.: 934210394*

The epidemiologic clinical features of cutaneous leishmaniasis (CL) in Tajikistan are presented in this article. There were 100 patients under the observation. The diagnosis established on the basis of epidemiologic anamnesis, clinical manifestation and results of laboratory studies.

Thus, in the result of our investigations we found out that women become ill with this disease more frequently than men (67% against 33%). The level of illness is higher between rural population in comparison with urban population (87%

Лейшманиози пӯст - бемории эндемии дар мамӯлиқҳои тропӣ ва субтропикӣ паҳнгардида мебошад. Беморӣ дар 92 давлат ба қайд гирифта шудааст. Айни замон дар дунё аз рӯи нишондоди ТУТ қариб 12 млн. бемории лейшманиози пӯст ва ҳарсол аз нав 1000 000 нафари ин беморӣ ба қайд гирифта мешавад [1,2,]. Ду намуди ангезандаи лейшманиози пӯст вучуд дорад: *Leishmania tropica major*, ки ангезандаи намуди зоонозӣ (деҳагӣ) (ЛПЗ) ва *Leishmania tropica minor*- ангезандаи антропонозӣ (шаҳрӣ) (ЛПА) мебошанд. Паҳншавии лейшманиози пӯст ба мавзеи маскунгирии хомӯшак вобастагӣ дорад. Сарчашмаи ангезандаи ЛПЗ - муши калони сурхдуми регзор ва юрмони ангуштборик ва паҳнкундаи ангезандаи ЛПА - одами бемор мебошад [3,4].

Сироятшавӣ бо воситаи газидани хомӯшаки мода, аз оилаи *Phlebotomus* ба амал меояд.

Давраи ноаёни бемории ЛПЗ ба ҳисоби миёна 2-3 ҳафта мебошад. Дар ҷойи газидагӣ дончаи ягона ё бисёр ва саҳти сурх ё сурхи кабудчатоб, бе ҳиссиёти субъективӣ инкишоф меёбад. Баъди 1-2 ҳафта маркази онҳо яра мебаранд ва пас аз 2-6 моҳ дарзи яраҳо пайдо мешавад. Беморӣ метавонад ба

against 13%). Most of the patients were at the age of 3 to 10 years (41%) and from 11 to 20 years old (28%). Cutaneous leishmaniasis often registered at the summer and autumn (92%), rarely at spring (8%). Often registered zoonotic form of dermatosis (87%). Foci of lesions mostly localized in opened parts of skin and were characterized with the ulcers, often plural (67,8%). 32,2% of the patients had complications like lymphangitis and lymphadenitis.

**Key words:** Cutaneous leishmaniasis, clinical course.

оризаи лимфангоит гузарад. Одамоне, ки бемории ЛПЗ гузаронидаанд, дар онҳо масунияти абадӣ инкишоф меёбад [5, 6].

Хусусияти муҳими лейшманиози пӯст дар он аст, ки лейшманиома бештар дар мавзеҳои кушодаи сатҳи пӯст ҷойгир мешаванд.

Давраи ноаёни бемории ЛПА аз якҷанд моҳ то як сол ва аз он ҳам зиёдтар давом мекунад. Гирехҳои пайдошуда баъди 6-12 моҳ яра баста, сонӣ ба дарзи сатҳӣ мубаддал мегарданд [7, 8].

Чунин шаклҳои ғайримуқаррарии лейшманиози пӯстро чудо мекунанд: туберкулоидӣ ва абортивӣ (норасида). ЛП туберкулоидӣ баъди таназзулӯбии лейшманиома аз ҳисоби боқимонии он дар манбаи чараёни лейшмания инкишоф меёбад. Гирехҳои зардранги хиратоб инкишоф меёбанд, ки ба люпомаҳои бемории бодхӯрда (бемории сили пӯст) монандӣ доранд.

Таҳқиқи диаскопия симптоми полудаи (желе) себиро мусбӣ нишон дод. ЛП абортивӣ боиси ярашавии гирехҳо нагардида, дар сатҳи онҳо пӯстпартоӣ ба амал омада, сонӣ гирех ҷаббида мешавад [9, 10].

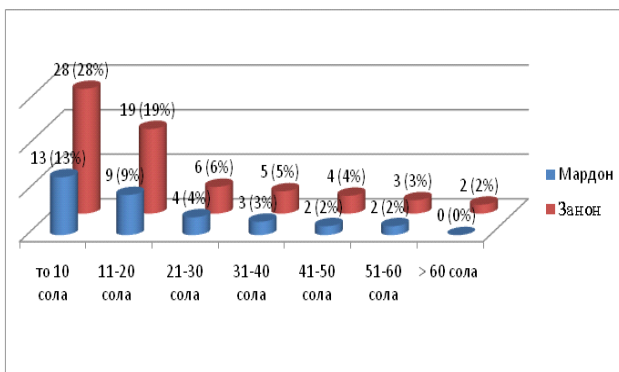
Ба пешравии илми тиб ва комёбиҳои амалии зидди бемориҳои сироятно паразитарии



одам нигоҳ накарда, бемории лейшианиоз ханӯз проблемаи актуалӣ мебошад, чунки дар солҳои охир зиёдшавии теъдоди бемории лейшманиози пӯст хусусан дар Тоҷикистон афзуда истодааст. Манбаъҳои бисёр фаъоли эпидемиологӣ дар вилоятҳои Суғд ва Хатлон, маҳз дар ноҳияҳои ҳамсарҳад ба Ҷумҳурии Узбекистон ва Афғонистон ҷойгир мебошанд. Сифати ҳаёти солимӣ аз ҳисоби пайдошавии дарзҳои дағали мавзёҳои кушодаи сатҳи пӯст нороҳаткунанда буда, проблемаи муҳими иҷтимоӣ мебошад ва барои ҳалли ин омӯзиши ҷанбаҳои гуногуни бемории лейшманиози пӯст хусусан, хусусиятҳои эпидемиологӣ ва клиникалии дерматоз дар давраи муосир муҳим мебошад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши ҷанбаҳои гуногуни эпидемиологӣ ва клиникалии бемории лейшманиози пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз соли 2014 то 2017 100 нафар беморони гирифтӣ ба лейшманиози пӯст дар беморхонаи клиникалии шаҳрӣ (БКШ)-и № 1 ш. Душанбе зери таҳқиқ қарор доштанд. Аз теъдоди умумии беморон мардон 33 (33%), занҳо - 67 (67%) нафарро дарбар гирифт. Аз рӯи синну сол беморон ба чунин гурӯҳҳо ҷудо шуданд: то 10 лет- 41 (41%); 11-20-28 (28%); 21-30 -10 (10%); 31-40- 8(8%); 41-50-6(6%); 51-60-5 (5%); более 60-2(2%). (нақшаи1).



**Нақшаи 1. Теъдоди беморони ЛП аз рӯи ҷинс ва синну сол (%).**

Чуноне, ки дар нақшаи 1 нишон дода шудааст, теъдоди зиёди беморон то синни 10сола ва аз 11 то 20 сола мебошанд (мувофиқан 41% и 28%).

Аз рӯи касбу кори беморон: кормандони хоҷагии қишлоқ13% (13), хонашин -20%(20),

нафақахӯр -3%(3), тоҷирони хурд-5%(5), мактаббачагон -24%(24), кӯдакони то 10 сола - 31%(31), донишҷӯён-4%(4) буданд.

Аз 100 нафари беморони гирифтӣ ба лейшманиози пӯст дар 87 (87%) нафар лейшманиози зоонозӣ (дехагӣ) ва дар 13(13%) - антропонозӣ(шаҳрӣ) ташхис гардид. Бештари беморон барои ёрии тиббӣ дар фасли тобистон ва тирамоҳ ва камтари онҳо дар фасли баҳор муроҷиат намуданд: дар моҳҳои июл-август 58 (58%) бемор, сентябр - октябр 34 (34%), ва моҳи май - 8 (8%) нафар. Қисми зиёди беморон сокинони деҳанишини ҳамсарҳади Афғонистанонва Узбекистон буданд. Ташхиси беморони назоратӣ дар асоси анамнези ҳаёти ва эпидемиологӣ, зухуроти клиникалии сатҳи пӯст ва натиҷаи таҳқиқи лабораторӣ гузошта шуд.

Барои ташхиси микроскопӣ молишҳои таҳқиқиро аз ҷароҳат омода намуданд: атрофи ҷароҳатро бо спирт пок намуда, бо ду ангушт фишурданд ё дар мавзеи он инфилтратро аз канораш бо сӯзан шикоф ё бо кордчаи ҷарроҳикабати болоиро чок намуданд. Барои омода сохтани молиш муҳтавои зардобиро истифода бурданд. Молишро дар ҳаво хушконида, бо омезаи Никифоров омехта ва бо усули Романовский-Гимз ранг намуданд. Баъди ранг намудани мавод, онро бо оби поки ҷароҳатро чайқонда ва хушконида. Таҳқиқот бо усули равғани иммерсионӣ гузаронида шуд. Дар маводи таҳқиқи макрофагҳо, ҳуҷайраҳои эндотелиалӣ, плазматикӣ, лимфоидӣ, фибробластҳо ва омезаи ками ҳуҷайраҳои хуни ноҳиявӣ бисёр хуб фарқ мешуданд. Лейшманияҳо дар макрофагҳо ва берун аз ҳуҷайра бо намуди ташкилаи байзашакли дарозияш 2-5 мкм, паҳноияш 1,5-4 мкммуайян гардид, ки протоплазмаи онҳо аз ду ядро - бузурги байзавӣ ва ҷӯбчашакли изофагӣ иборат аст. Дар молишҳо протоплазмаи ранги кабудӣ равшан, ядроии бузург - ранги сурхи бунафш, изофагӣ ранги бунафши торик доштанд.

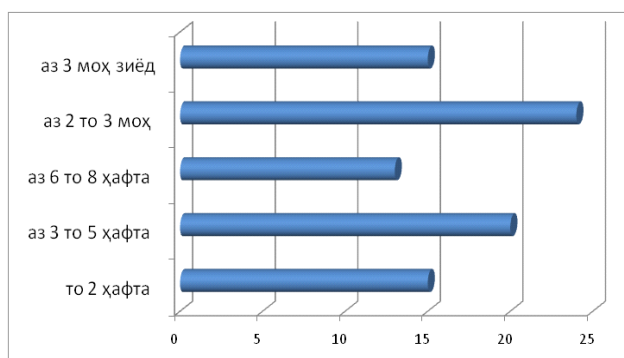
Натиҷа ва таҳлили таҳқиқот. Бо мақсади боз ҳам возеҳтар нишон додани ҷанбаҳои эпидемиологӣ ва клиникалии лейшманиоз вообаста аз ҷинс, синну сол, касбу кор, муҳлати беморӣ, мавзеи манбаъҳои иллат, на-



тичаҳои ташхиси лаборатории шаклҳои гуногуни клиникий бемориро омӯхтем.

Ба бемории ЛЗП занҳо 60 (68,9%), мардҳо - 27 (31,1%) нафар гирифта буданд. Ҳаёти беморон: кӯдакон 31 (35,6%), мактаббачаҳо - 24 (27,6%), донишҷӯён - 1 (1,1%), тоҷирони хурд - 1 (1,1%), коргарони хоҷагии қишлоқ - 7 (8,1%), хонашин - 20 (23,1%), нафақахӯрон - 3 (3,4%) буданд.

Давраи пеш аз бемории ЛЗП (аз вақти газидани пашша то пайдо шудани гирех (аз рӯи анамнез) аз 6-7 рӯз то 2 моҳ (дар бисёр маврид 1-2 ҳафта) давом мекунад. Давомнокии давраи худӣ беморӣ аз 2 ҳафта то 3 моҳ ва зиёд буд (расми 2).

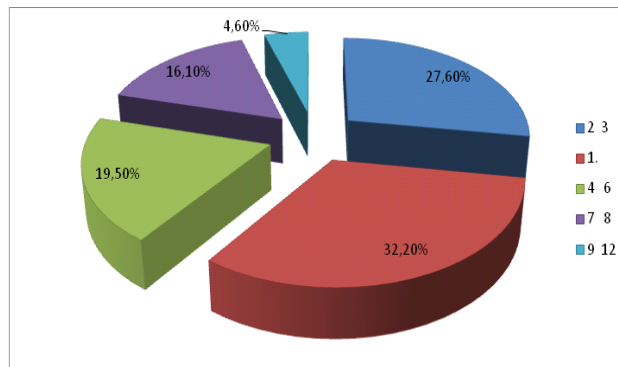


**Расми 2.** Давомнокии бемории лейшманиози зоонози пӯст.

Тасвири клиникий беморӣ қариб дар ҳамаи беморони гирифта ба лейшманиози зоонозӣ бо зухуроти яраи сатҳи пӯст мушоҳида гардид. Яра лейшманиомаҳо бо гирехҳо маҳз дар 3 (3,4%) - и нафари беморон дида шуд. Дар 28 (32,2%) нафари беморон яра лейшманиомаҳо бо гирехҳо боиси ориза бо намуди лимфангит ва дар 13 нафари онҳо инчунин лимфаденит мушоҳида гардид.

Дар 63 (72,4%) нафари беморон манбаҳои иллат дар ҷойҳои кушоди сатҳи пӯст (пешонӣ, абруҳо, бинӣ, кунҷи даҳон, лабҳо, манаҳ), гардан, суфраи гӯш, лунҷо, дастҳо, соқи пой ва аз 34 (27,6%) нафари беморон дар сатҳи кушода ва ноаёни пӯсти рӯй, андомҳои боло ва поёни, қафаси сина ва бадан ҷойгир буданд.

Теъдоди яраҳо аз 1 то 12, чунончӣ дар 28 (32,2%) нафари беморон 1 яра, дар 24 (27,6%) нафар 2-3, дар 17 (19,5%) 4-6, дар 14 (16,1%) 7-8, ва дар 4 (4,6%) нафар 9 то 12 ҷароҳат мушоҳида гардид (нақшаи 3).



**Нақшаи 3.** Теъдоди манбаҳои иллат дар беморони назоратӣ.

Читавре, ки дар нақшаи 3 оварда шудааст, яраҳои ягона танҳо дар 32,2%-и беморон ва дар боқимондаи онҳо теъдоди яраҳо аз 2-3 то 9-12 буданд. Яраҳои ягона нисбат ба яраҳои сершумор андозаи бузургтар доштанд. Андозаи яраҳо аз 1x1 см то 10x9 см-ро дарбар гирифтанд. Дар бисёри беморон яраҳо ҳамирмонанди шаклашон нодуруст - канораҳои кандашудаи ковокии шилшиладор вучуд доштанд. Дар як қатор беморон канораҳо дар болои қаъри яраҳо овезон буда, киса (чайб) ба вучуд оварданд. Дар атрофии яраи як қатор беморон мавзёи бисёр васеи инфилтрати илтиҳобӣ вучуд дошт. Дар дигари беморон инфилтрат дар сатҳи яра бо намуди барҷастагӣ қарор дорад.

Қаъри яраҳои нисбатан нави беморон бо зардоби римноки ҷудошудаи стода фаро гирифта шуда буд. Дар бемороне, ки давомнокии бемориашон 6-8 ҳафта буд, дар сатҳи яраҳо бофтаи навбунёд мушоҳида гардид. Шифоёбии яраҳо аз марказ оғоз ёфта буд.

Дар 28 (32,2%) беморони гирифта ба ЛЗП ориза бо намуди лимфангитҳои гирехӣ ва дар қад-қадӣ рағҳои лимфоидӣ симптоми ҷуфт мушоҳида гардид. Гирехҳои лимфоидӣ саҳт, андозаашон 4-8 мм, сатҳи ранги пӯсти он бетағйир ва бе ҳиссиёти субъективӣ буд. Дар 13 нафари беморон лимфаденит мушоҳида гардид, ки гирехҳои лимфоидии атрофи яраҳо бузург аз онҳо на он қадар дур ҷойгир буданд.

Дар 83 (95,4%) нафари беморон ҳангоми таҳқиқи микроскопии маводи гирехҳо ва зардоби канораи яраҳо ҷисмчаҳои Боровс-



кий ва дар 4 (4,6%) нафар натиҷаи таҳқиқи ангезанда манфӣ буд.

Ба мақсади ба таври возеҳ нишон додан мушоҳидаҳои клиникии беморони ба ЛЗП гирифтورشударо мисол меорем.

Бемор Туйчиев С. 26 сола, шаҳрванди ноҳияи Канибодом, деҳаи Хамза, корманди хочагии қишлоқ. Санаи 06.08.2015 сол ба шуъбаи бемориҳои дерматовенерологии беморхонаи клиникии шаҳрии №1, ш. Душанбе бо шикоятҳои доназании сатҳи пӯстилу-нҷҳои рӯй, камее дардмандӣ ворид гардид.



**Расми. 4.** Лейшманиози шакли зоонозии пӯст.

Аз анамнези бемор: Бемор дар ноҳияи ба Ҷумҳурии Узбекистонҳамсарат зиндагонӣ мекунад. Дар муддати 2 ҳафта, баъди пайдо шудани се адад барҷастагии на он қадар калон, ки мунтазам калон шуда, яққоя шуда, манбаи ягонаро пайдо намуд, худро бемор мешуморад. Бинобар ин ба табиби минтақавӣ муроҷиат намуд, ки он беморро барои муолиҷа ба шуъбаи бемориҳои дерматовенерологии беморхонаи клиникии шаҳрии №1, ш. Душанбе роҳхат доданд.

**Statuslocalis.** Ҷараёни беморӣ хусусияти маҳдудӣ дошта, дар сатҳи пӯсти қисми чапи лунҷи рӯй муайян гардид. Дар манбаи ихтилол 3 гиреҳи андозааш 10x7 см. ранги кабудӣ сурхчатоб, саҳт, бе ҳиссиёти субъективӣ, якеи аз онҳо дар марҳилаи ярашавӣ-арор дошт.

Бемор Муминова Г., 15 сола, шаҳрванди деҳаи "Пулотон"-и ноҳияи Конибодом, санаи 20.07.2016 сол бо шикоятҳои пайдошавии яра ва каме дарднокии сатҳи пӯсти қисми ростии рӯй ба шуъбаи бемориҳои дерматовенерологии беморхонаи клиникии шаҳрии №1, ш. Душанбе барои муолиҷаи статсионарӣ ворид гардид.



**Расми. 5.** Лейшманиози шакли зоонозии пӯст. Ярашавии лейшманиома, лимфаденит.

Аз анамнези бемор: Бемор дар ноҳияи ба Ҷумҳурии Узбекистонҳамсарат зиндагонӣ мекунад. Баъди аввалин бор дар сатҳи пӯст, дар мавзеи камонаки устухони руҳсора пайдо шудани барҷастагии дардманд, ки баъди 2 ҳафта яра шуд, 3 ҳафта худро бемор мешуморад. Бинобар ин ба табиби минтақавӣ муроҷиат намуд, ки он беморро барои муолиҷа ба шуъбаи бемориҳои дерматовенерологии беморхонаи клиникии шаҳрии №1, ш. Душанбе раҳсипор намуданд.

**Statuslocalis.** Ҷараёни беморӣ хусусияти маҳдудӣ дошта, дар сатҳи пӯсти қисми ростии лунҷи рӯй муайян гардид. Дар манбаи ихтилол яраи андозааш 6x4 см, канораҳои ноҳамвори бо қарахши зарди бурранг муайян гардид. Дар атрофи яра зухуроти лимфаденит вучуд дошт.

Бемор Исмоилов И., 38 сола, сокини ноҳияи Шаҳритуз, муаллими мактаби деҳа. Санаи 05.08.2016 сол бо шикоятҳои доназа-





нии сатҳи пӯсти қисми чапи се яки болоии пушт, бо каме дарднокии сатҳи пӯсти қисми ростии рӯй ба шуъбаи бемориҳои дермато-венерологии беморхонаи клиникаи шаҳрии №1, ш. Душанбебарои муолиҷаи статсионарӣ ворид гардид (расми 6).



**Расми 6.** Лейшманиози шакли зоонозии пӯст, металеишманиоз, лимфангоит.

Аз анамнез: бемор дар деҳаи ба Авғонистон ҳамсарҳад зиндагӣ мекунад. Дар муддати 2-4 ҳафтаи баъди дар бозуи чап пайдошавии 2 навташкилаи саҳти дардманд, ки ба се яки қисми болоии пушт гузашта, мунтазам калон шуда ва баъди 2 ҳафтаи ба яра табдил ёбии он худро бемор мешуморад. Баъди мурочиат ба табиби минтақавӣ барои муолиҷаи статсионарӣ ба БКШ №1 ш. Душанбе равона шуданд.

Statuslocalis. Ҷараёни беморӣ хусусияти мавзёӣ дошт ва дар сатҳи пӯсти қисми сеяки болоии пушт бо гузариш ба бозуи чап муайян гардид. Дар манбаи ихтилол яраи андозааш 6х3 см, шакли нодуруст бо канораҳои ноҳамвор, бо бофтаи навбунёд ва бо камее ғубори зардҷатоб пӯшида шудааст. Дар назди он дарзи доғдори сатҳии андозааш 5х5 см вучуд дошт, ки дар сатҳи боло ва атрофии он гиреҳчаҳои хурди зарди тира-ранги ҳамирмонанд намоён буд. Ҳангоми диаскопия симптоми полудаи себӣ мусбӣ буд. Дар ҷойи қатшавии даст лимфагоит-калоншавии ҷуфти гиреҳҳои лимфодӣ муайян гардид, ки андозаашон чени донаки олуболу, саҳт ва ранги пӯст бетағйир буд.

Беморони ба лейшманиози шакли антропонозии пӯст (ЛАП) гирифтورشуда ҳамагӣ 13 нафар, ки аз онҳо 7 нафар зан ва 6 нафарашон мардҳо буданд.

Ҳайати беморон: донишҷӯён - 3 (23%), кормандони хоҷагии кишлоқ - 6 (46,2%), тоҷирони хурд-4 (30,8%) нафар буд.

Давраи пеш аз бемории ЛАП дарозмуддат буда, аз 2-3 ҳафта то 1 сол ва зиёда он давом мекунад. Аз сабаби гуногун будани давомнокии давраи пеш аз беморӣ мавсимии беморӣ аниқ тақиқ нашуд. Аз 13 нафар беморони гирифторм ба ЛАП дар 4 нафарашон доназании гиреҳӣ, дар 6 нафар-ярагӣ ва дар 3 нафар металеишманиоз муайян гардид. Донаҳои гиреҳӣ камее аз сатҳи пӯст барҷаста, андозаашон 2-3 мм, ҳангоми палмосидан саҳт, кабудии сурхҷатоб бо микдори ками пулакчаҳои ба сатҳи он часпида дида шуд.

Яралеишманиомҳои ҳамирмонанди шаклашон нодуруст, бо канораҳои кандашудаи қаърашон ноҳамвори андозаашон аз 2-4 то 6 см, бо болопӯши зардобии хокистарии зардҷаранг ё бо қараҳои бури зардҷатоб-муайян шуд. Дар атрофии яра раҳи борики зардоби илтиҳобӣ намоён аст. Таҳкурсии яраҳо ба монанди ҳамир мулоим. Доназании гиреҳӣ ва ярагӣ дар ҳамаи беморон дар қисмҳои сатҳи кушодаи пӯст (рӯй, андомҳои болӣ, қафои соқи пойҳо) ҷойгир буданд.

Дар сатҳи пӯсти 3 нафар беморони гирифторм ба металеишманиоз (лейшманиози тубер-



кулоидӣ) дар атрофи дарзҳо ва дар сатҳи болои онҳо гурӯҳи гирехҳои хурди андозаашон 1-2 мм-изарди тираранг мушоҳида гардид. Ҳангоми диаскопия симптоми полудаи себӣ мусбат.

Ба мақсади возеҳ нишон додан натиҷа мушоҳидаҳои клиникӣ беморони ба ЛАП гирифторшударо мисол меорем.

Беморзан Кудратова Х. 44 сола, сокини ноҳияи Ашти вилояти Сугд, омӯзгори синфҳои ибтидоӣ. Санаи 15.07.2016 сол бо шикоятҳои доназании сатҳи пӯсти бинӣ барои муолиҷаи статсионарӣ ба шуъбаи дерматовенерологии БКШ № 1 ш. Душанбе ворид гардид (расми 7).



**Расми 7.** Лейшманиози антропонозии пӯст. Ярашавии лейшманиом.

Аз анамнез: бемор дар деҳаи ноҳияи Ашти ба Ҷумҳурии Узбекистон ҳамсарҳад зиндагӣ мекунад. Дар муддати 6-7 моҳ худро бемор мешуморад. Аз суханҳои бемор дар манбаи ихтилол аввал пайдошавии ташкилаи саҳти андозааш нахӯди беҳиссиёти субъективӣ, ки бо тадриҷ калон шуда ба яра мубаддал гашт. Бо ҳамин сабаб ба табиби минтақавӣ муроҷиат намуд, ки барои муолиҷаи статсионарӣ ба БКШ № 1 ш. Душанбе роҳхат доданд.

**Statuslocalis.** Ҷараёни беморӣ хусусияти мавзёи дошта дар нуғи бинҷойгир буд. Дар манбаи ихтилол яраи андозааш 2x2 см бо канораҳои ноҳамвор, бо қараҳои бури зардранг рӯпӯш гардида, атрофаш бо гиперемияи илтиҳобӣ ихота гардидааст.

Бемор Махсудова Х. 14 сола, сокини ноҳияи Шаартузи вилояти Хатлон ба шуъбаи дерматовенерологияи БКШ №1 ш. Душанбе санаи 02.08.2017 сол бо шикоятҳои пайдошавии яра дар қисми чапи рӯй ва бе ҳиссиётҳои субъективӣ барои муолиҷаи статсионарӣ ворид гардид (расми 8). Расми 8. Лейшманиози антропонозии пӯст.



**Расми 8.** Лейшманиози антропонозии пӯст.

Аз анамнези бемор: бемор деҳанишини ноҳияи Шаартузи ба Ҷумҳурии Авғонистон ҳамсарҳад буда, худро 7-8 моҳ бемор мешуморад. Аз шикоятҳои бемор 6-7 моҳ пеш дар қисми ростии лунҷи рӯй ташкилаи саҳти бедард пайдо шуда, бо тадриҷ калон гардида ба яра мубаддал гашт, ки бо ин сабаб ба табиби минтақавӣ муроҷиат намуд, ки аз ҷониби он барои муолиҷаи статсионарӣ роҳхат дода шуд.

**Statuslocalis.** Ҷараёни беморӣ хусусияти мавзёи дошта, дар қисми ростии лунҷи рӯй муайян гардид. Дар манбаи ихтилол яраи андозааш 1,5x1,5 см, канораҳои ноҳамвори бо қараҳои бури зардранг рӯпӯш гардида муайян шуд. Атрофҳои яра бо қамбаракҳои гиперемияи илтиҳобӣ ихота гардидааст.

**Хулоса.** Натиҷаи таҳқиқи омӯзишиҷанбаҳои эпидемиологӣ ва клиникӣ бемори лейшманиозипӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дод, ки сатҳи беморӣ дар сокинони деҳот балантар назар ба сокинони шаҳр (87% дар муқобили 13%). Теъдоди зи-



ёди синну соли беморон аз 3 то 10 лет (41%) ва аз 11 до 20 сола (28%) буд ва занҳо назар ба мардҳо бештар ба беморӣ гирифта мешаванд (67% дар муқобили 33%). Лейшманиози пӯст бештар дар фасли тобистон ва тирамоҳ (92%), камтар баҳор (8%) ба қайд

гирифта шуда, дерматози зоонозӣ 87% -ро дарбар гирифт. Ихтилол бештар дар қисмати ҳамаҷонибаи сатҳи пӯст бо теъдоди зиёди яра (67,8%) вучуд доштанд. Дар 32,2% беморон ориза бо намуди лимфангоит и лимфаденит мушоҳида гардид.

### АДАБИЁТ

1. Баротова М.Р., Шадиёв У.Х. Клиника и течение городского типа лейшманиоза. / Баротова М.Р., Шадиёв У.Х. // "Актуальные проблемы дерматологии и венерологии. -Ташкент.-2006. -С.71-72.
2. Борьба с лейшманиозом. Доклад на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом. - Женева, 22-26 марта 2010 год.
3. Икромов Н.Д., Абидова З.М., Извекова О.В., Байназаров Н.Б. Клинические аспекты и иммуно-цитокинный профиль кожного лейшманиоза. /Икромов Н.Д., Абидова З.М. и др. //Дерматология и эстетическая медицина. - 2015. -№1. -С. 45-50.
4. Каримов С.С. Руководство по эпидемиологии, клинике, лабораторной диагностике, лечению и профилактике лейшманиозов в Республике Таджикистан. / С.С. Каримов [и др.]. -Душанбе. -2014. - 12с.
5. Покровский В.И., Пак Г.С., Брико В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология. /Покровский В.И., Пак Г.С. и др.//Учебник для студентов лечебных факультетов мед. вузов. "ГЭОТАР-Медиа".- 2017 г.
6. Понировский Е.Н., Чарыев Б.Ч. Особенности ландшафтного распределения лейшманиозов в Туркменистане. /Понировский Е.Н., Чарыев Б.Ч //Медицинская паразитология, паразитарные болезни. -2010. - №4. - С. 13-17.
7. Тихоновская И.В., Адаскевич В.П., Мяделец В.О. Кожный лейшманиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение. /Тихоновская И.В., Адаскевич В.П., Мяделец В.О. //Вестник ТГМУ. - 2016. - Том 15. - №4. -С.69-77.
8. Cutaneous leishmaniasis/ R. Reithinder et al.// The Lancet Infectious diseases. - 2007. -P.581-596.
9. Hengg U.K., Marini L. Cutaneous leishmaniasis. Hautarsi. - 2008; 59: 627-632.
10. Zribl J. Cutaneous leishmaniasis in the immunocompromised patients: therapeutic difficulties / J. Zribl//JEADV. -Paris. - 2008. -С.45-48.

### ВИЖАГИҲОИ ШАРОИТИ КОРИ КОРМАНДОНИ СЕХИ ФАБРИКАҲОИ ҚАННОДӢ

<sup>1</sup>Ф.Д. Ҳасанов, <sup>2</sup>И.И. Бабаев, <sup>3</sup>Х.С. Хайров, <sup>4</sup>А.К. Қайюмов

1 Кафедраи беҳдошти умумӣ ва экология (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ф.Д. Ҳасанов)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 2 Институту тибби профилактикӣ, 3 Муасисаи давлатии "Маркази Ҷумҳуриявӣ ғизо" 4 Муасисаи давлатии илмӣ " Маркази омӯзиши пиряхҳои АИ ҚТ"

### ОСОБЕННОСТИ И УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ КОНДИТЕРСКИХ ФАБРИК

<sup>1</sup>Ф.Д. Ҳасанов, <sup>2</sup>И.И. Бабаев, <sup>3</sup>Х.С. Хайров, <sup>4</sup>А.К. Қайюмов

*Ҳасанов Ф. Д.* -к.м.н., доцент, зав.кафедройобщей гигиены и экологии, ТГМУ имени Абуали ибни Сино *Hasanov.70@inbox.ru;*

*Бабаев И.И.*- д.м.н., профессор, зам. директора ГУ "НИИ питания" Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан, *Email: faizigulamkulova@mail.ru;*



В статье отмечается, что при работе на кондитерских фабриках в условиях жаркого климата работницы подвергаются влиянию дискомфортных микроклиматическим условиям, значительной концентрации органической пыли, интенсивного шума,

что приводит к напряжению отдельных органов и систем, что может служить причиной развития утомления, и диктует необходимость разработки оздоровительных мероприятий по профилактике общей и стоматологической заболеваемости.

## FEATURES OF THE WORKING CONDITIONS OF EMPLOYEES OF CONFECTIONERY

<sup>1</sup>F.D. K.Hasanov, <sup>2</sup>I.I. Babaev, <sup>3</sup>Kh.S. Khairov, <sup>4</sup>A.K. Qayumov

1. Department of General Hygiene and Ecology of Avicenna Tajik State Medical University - head of the department, candidate of medical sciences, assistant professor F.D. K.Hasanov. E-mail: Hasanov.70@inbox.ru;

2. Deputy Director of the state organization "RI of food" Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan, Doctor of medical science, professor Babaev I.I., E-mail: faizigulamkulova@mail.ru;

3. State organization "Republican Center for Nutrition" Doctor of medical science, Dr. Kh.S. Khairov. E-mail: Kxairov@yandex.ru;

4. State scientific organization "Glacial Training Center of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan" Director Dr.Prof. Kayumov A.K., abdkaumo@mail.ru;

### Resume:

In the article it is noted that when working on confectionery in condition of hot climates female workers are affected to uncomfortable micro-climatic conditions, significant concentrations of organic dust, intensive noise

bring to considerable tension of individual organs and systems, that can cause the development of tiredness and dictate necessity of development recreation activities on preventive general health care and dental diseases.

**Мухимият.** Рушди саноати хӯрокворӣ, муассисаҳои савдо ва хӯроки умумӣ боиси афзудани микдори коргарон гардид ва ин, табиист, ки боиси ҷалб шудани таваҷҷуҳи мутахассисон ҷиҳати омӯхтани шароити кори ин коргарони ин муассисаҳо гардид. Соҳаҳои ҳам аз ҷиҳати муҳимият ва ҳам аз ҷиҳати микдори коргарони дар ин муассиса коркунанда муҳимтарини саноати хӯрокворӣ истеҳсолоти нонпазӣ ва қаннодӣ ба ҳисоб мераванд. Маводҳои таҳқиқотҳои зиёд аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки коргарони саноати хӯрокворӣ таҳти таъсири шароитҳои касбӣ истеҳсолотӣ, нороҳатии микроклиматӣ дар ҷойи корашон мегарданд, ки то андозае аз фаъли сол ва хусусиятҳои протсессҳои технологӣ вобастаанд. Дар баробари ин, вобаста аз вижагиҳои корҳои иҷрошаванда, инчунин таъсири омилҳои зарарноки физикиву химиявӣ, шавшуви қанд ва орд (85-90 ДБА), вибраторӣ ва ноқофӣ бу-

дани равшанӣ дар ҷойҳои кори низ ба мушоҳида мерасанд [И.А. Мишкич, Л.В. 2006].

**Мақсади таҳқиқот.** Коркарди ҷорабиниҳо ҷиҳати муносиб кардани шароити кори коргарзанҳои фабрикаҳои қаннодӣ ва профилактикаи бемориҳои касбӣ.

**Мавод ва услҳои таҳқиқот.** Бо мақсади баҳо додан ба муҳити истеҳсолӣ дар фабрикаҳои қаннодӣ мо ҳарорат, намнокии нисбӣ, суръати ҳаракат ва вижагиҳои қобилияти сардсозии ҳаво дар ҷойҳои кори, ҳамчунин ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол дар динамикаи басти кориро таҳти омӯзиш қарор додем. Мо зиёда аз 2000 андозагирии параметрҳои гуногуни микроклиматро анҷом додем.

Вижагии протсеси кори ва таъсири истеҳсолот ба ҳолати функционалии организми коргарзанҳо аз рӯи ҳарорати бадан, мавзӯҳои гуногуни пӯст, микдори кашиш-хӯриҳои дил, фишори систоликӣ, диасто-



ликӣ ва набз, ҳолати системаи марказии асаб (СМА), қувват ва тоқатпазирии мушакҳои дастпанча, ки бо усулҳои аз тарафи умум қабулшуда дар динамикаи басти корӣ дар фаслҳои гуногуни сол арзёбӣ карда шуданд. Ҳамагӣ 30 шахсони тақрибан солими 25-40-сола мавриди таҳқиқ қарор дода шуданд. Ҳамагӣ 600 андозагирӣ иҷро карда шуд. Қобилияти корӣ бо роҳи аксбардории рӯзи корӣ анҷом дода шуд.

Маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки ҳангоми дар фаслҳои сард ва гарми сол кор кардан ҳарорати бадани ҳамаи таҳқиқшудагон дар ҳудуди меъёрҳои физиологӣ қарор дошт, танҳо дар пазандаҳо, печонандаҳо ва машинисткаҳои дастгоҳҳои тамгазании сеҳи карамелбарорӣ дар давраи гарми сол ҳароратаи бадан то  $37,1 \pm 0,03^\circ\text{C}$  баланд буд, ки аз шиддати протсессҳои терморегуляторӣ гувоҳӣ медиҳанд.

Нишондиҳандаҳои ҳарорати пӯст яке аз нишондиҳандаҳои адеквативии ҳолати мувозинати ҳолати гармии одам мебошад. Маводи усули таҳқиқоти ҳарорати мавзёҳои алоҳидаи пӯсти (пешонӣ, сина, дастпанча, соқ, кафи по) кормандони истеҳсолоти қаннодӣ нишон медиҳанд, ки дар давраи тобистон майл ба афзудани ҳарорати пӯст дар охири басти корӣ ба мушоҳида мерасад.

Дар байни коргарони сеҳи карамелбарорӣ ҳарорати миёнаи пӯст дар давраи тобистон мутаносибан то  $32,7 \pm 0,13^\circ\text{C}$  ва  $34,8 \pm 0,06^\circ\text{C}$  баланд мешавад. Дар давраи зимистон дар охири рӯзи корӣ ин нишондод ба ҳисоби миёна  $34,5 \pm 0,09^\circ\text{C}$ , дар сеҳи конфету шоколад  $34,4 \pm 0,13^\circ\text{C}$  буд.

Нишондиҳандаҳои градиенти ҳарорат ҳангоми кор кардани коргарзанҳо дар сеҳи карамелӣ то  $0,1 \pm 0,11$ , дар коргарони сеҳи бисквитӣ  $0,2 \pm 0,19$  С, дар сеҳи конфету шоколад то  $0,3 \pm 0,03$  С буд, ки аз шиддати ҳолати гармӣ гувоҳӣ медиҳанд (ҷадвали 1).

Омӯхтани талафи намнокӣ дар коргарзанҳои сеҳҳои гуногуни фабрикаи қаннодӣ дар динамикаи рӯзи корӣ нишон медиҳад, ки ҳангоми кор кардан дар давраи зимистон онҳо  $1508 \pm 35,6$  мл;  $935 \pm 84,6$  мл;  $1013 \pm 41,3$  мл, ҳангоми кор дар давраҳои

гарм вай то  $3747 \pm 71,3$  мл;  $3394 \pm 62,1$  мл;  $3480 \pm 51,2$  мл. боло рафт, ки аз шиддати возеҳи протсессҳои терморегулятсия гувоҳӣ медиҳанд.

Ҳангоми кор дар давраи тобистон ҳангоми кор кардани коргарзанҳо дар сеҳи карамелӣ басомади (миқдори) набз дар охири басти корӣ ба андозаи  $40,5$  зарба/дақ. ( $p < 0,01$ ), дар давраи зимистон то  $14,4$  зарба/дақ. ( $p < 0,01$ ) зиёд мешавад. Ҳамин тавр, баланд шудани ҳарорати муҳити атроф таъсир расонидани сарборихои ҷисмонӣ ба системаи дилу рағҳои коргаронро боз ҳам амиқтар месозанд. Зиёд шудани миқдори набз дар коргарон дар динамикаи рӯзи корӣ, махсусан дар шароити гарм шудани микроклим то  $105,5 - 120,4$  зарба/дақ. дараҷаи вазнинии иҷро кардани сарбории ҷисмониро нишон медиҳанд. Таҳқиқоти фишори шарёнӣ нишон доданд, ки тағйир ёфтани он дар динамикаи басти корӣ аз дараҷаи вазнинии нороҳатии (дискомфорти) возеҳи шароитҳои микроклимӣ ва вазнинии кори иҷрошаванда вобаста аст.

Ҳамин гуна манзараи баланд шудани фишори систоликӣ аз  $108,6 \pm 2,7 - 112,5 \pm 2,7$  то  $112 \pm 2,1 - 121 \pm 1,8$  мм сут.сим. ва фишори диастоликӣ аз  $76,2 \pm 2,3$  - то  $78 \pm 1,7$  мм сут.сим. дар коргарони сеҳҳои конфету шоколад ва бисквитбарорӣ ба мушоҳида мерасад.

Ҳангоми муддати тӯлонӣ кор кардан дар шароити гарми микроклим мутаммакҷаззии диққат бад, мувозинати ҳаракатҳо вайрон ва аксуламал дар муқобили ангезандаҳои берунӣ суст мегардад. Индикатори бартарии протсессҳои таваккуфкуниҳо (тормозӣ), ба сифати натиҷаи таъсири ҳароратҳои баланд ин зиёд шудани вақти аксуламалҳои ҳаракатӣ - дар давраи тобистон аксуламалҳои босираву моторӣ ва шунавоиву моторӣ ба ҳисоб мераванд. Маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки вақти давраи пӯшидани аксуламали босираву моторӣ дар давраи тобистон дар коргарони сеҳи карамелбарорӣ субх  $211,4 \pm 2,3$  м.с. ва дар охири басти корӣ  $240,3 \pm 11,8$  м.с. буд, яъне то  $29,3$  м.с. зиёд шудани он ба мушоҳида расид.



**Чадвали 1. - Ҳолати гармии организми коргарони сеҳҳои асосии фабрикаи қаннодӣ дар давраи сарди сол дар динамикаи басти қорӣ ( $M \pm m$ )**

Динамикаи басти қорӣ	Ҳарорати бадан, °С	Ҳарорати миёнаи пуст, °С	Ҳарорати миёна, °С	Градиенти ҳароратӣ	Гармиҳискунии балл
Сеҳи карамелӣ					
То оғози басти қорӣ	36,3 ± 0,16	32,4 ± 0,18	35,2 ± 0,16	2,7 ± 0,17	4,3
Пеш аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,4 ± 0,17	33,6 ± 0,2	35,6 ± 0,17	2,3 ± 0,21	4,6
Пас аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,6 ± 0,15	33,5 ± 0,17	35,5 ± 0,21	2,4 ± 0,16	5,1
Дар озири басти қорӣ	36,8 ± 0,12	34,0 ± 0,21	35,9 ± 0,18	1,8 ± 0,15	5,8
Сеҳи конфетӣ-шоколадӣ					
То оғози басти қорӣ	36,2 ± 0,17	32,2 ± 0,16	35,0 ± 0,17	2,6 ± 0,14	3,8
Пеш аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,5 ± 0,2	33,8 ± 0,18	35,5 ± 0,18	1,8 ± 0,13	4,2
Пас аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,6 ± 0,12	33,6 ± 0,2	35,3 ± 0,2	2,1 ± 0,12	4,8
Дар озири басти қорӣ	36,6 ± 0,10	33,8 ± 0,15	35,6 ± 0,16	1,9 ± 0,17	5,4
Сеҳи бисквитӣ					
То оғози басти қорӣ	36,2 ± 0,03	32,3 ± 0,09	35,1 ± 0,15	2,7 ± 0,15	4,1
Пеш аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,4 ± 0,07	33,7 ± 0,16	35,5 ± 0,16	2,2 ± 0,12	4,8
Пас аз танаффуси нисфирӯзӣ	36,6 ± 0,04	33,6 ± 0,14	35,7 ± 0,21	2,4 ± 0,14	5,2
Дар озири басти қорӣ	36,8 ± 0,04	33,9 ± 0,13	35,8 ± 0,23	1,7 ± 0,21	5,7

Дар ин маврид вақти барои барагнгузандаҳои садоҷудошуда дар охири басти қорӣ то  $262,3 \pm 5,3$  ( $p < 0,01$ ) баланд шуд.

Натиҷаҳои арзёбии ҳолати функционалии системаи марказии асаб (СМА) тибқи маълумоти тестҳои корректурии Анфимов нишон медиҳанд, ки дар охири рӯзи қорӣ миқдори аломатҳои барои азназаргузаронӣ додашуда дар коргарзанони сеҳи карамелбарорӣ дар давраҳои сард ва гарми сол то 13,5% кам шуда, миқдори ғалатҳо ё хатоҳо то  $6,2 \pm 2,1$  -  $8,5 \pm 1,7$  ( $p < 0,01$ ) зиёд шуд. Ҳамин гуна тағйиротҳо дар коргарони сеҳҳои карамелбарорӣ бисквитбарорӣ мутаносибан 7,7% буд ва миқдори ҳаёҳои содиршуда аз  $3,7 \pm 1,2$  то  $6,7 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ) зиёд шуд. Таҳқиқотҳои динамометрӣ нишон медиҳанд, ки таҳти таъсири сарбориҳои пуршиддати ҷисмонӣ, ки бо қори дастпанча ва банди дастиртибот доранд, дар коргарзанон паст шудани қувва ва таҳаммулпазирии мушакҳои дастпанчаҳои рост ва чап ба мушоҳида расид, ки махсусан ҳангоми кор дар давраи гарми сол возеҳтар буд. Дар коргарони сеҳи бисквитбарорӣ ба таври возеҳ паст шудани қувва ва таҳаммулпазирии мушакҳо ба назар расид. Дар давраи сарди сол қор қардан

кам шудани қувваи мушакҳо дар басти қорӣ ба ҳисоби миёна 16,5% ( $p < 0,01$ ), таҳаммулпазирии мушакҳои дастпанча бошад, 31,1% ( $p < 0,01$ ) буд. Ҳамин гуна паст шудани қувва ва таҳаммулпазирии мушакҳои дастпанча дар коргарзанҳои сеҳҳои конфетку шоколад ва карамелбарорӣ низ ба назар расид. Тағйиротҳои ошкоршудаи дастгоҳи мушаку асабҳо дар коргарони истеҳсолоти қаннодӣ аз пайдо шудани мондашавии зиёди организми онҳо гувоҳӣ медиҳад, ки ба иҷро намудани қори вазнин ва пуршиддати сарбории ҷисмонӣ вобастагӣ доранд. Тағйиротҳои нисбатан возеҳи функционалӣ дар коргарзанони сеҳи бисквитбарорӣ ҳангоми қор қардан дар давраи гарми сол дар қисми дуҷои басти қорӣ ба мушоҳида расид.

**Хулоса.** Ҳангоми дар шароити иқлими гарм дар фабрикаи қаннодӣ қор қардан коргарзанҳо ба таъсири шароити ноҳуби микроклим, консентратсияи барзиёди гарду чанги органикӣ, шавшуви шадид дучор мешаванд, ки боиси пуршиддат гаштани узвҳо ва системаҳои алоҳида ва сабаби мондашавӣ мегарданд, зарурати қорқарди чорабиниҳои солимгардонии пешгирӣ намудани беморшавиҳои умумӣ ва соматикиро ба миён меорад.

## АДАБИЁТ

1. Актуальные вопросы промышленного микроклимата/ сб. науч. тр. НИИ гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР / Под ред. Н.Ф. Измерова. - М., 1978. - 127 с.



2. Вульфович, В.О. Профессиональные и производственно обусловленные заболевания на предприятиях пищевых отраслей промышленности / В.О. Вульфович. - М., 1982. - 52 с
3. Sonnabend, E. Investigation of baker's caries in bakery and confectionary students / E. Sonnabend, G Maschinski, G. Sussmann // ZWR. - 1991. - Vol. 3, № 100. - P. 171-173.
4. Masalin, K. Work-related behavioral and dental risk factors among confectionery workers / K. Masalin, H. Murtomaa // Scand. J Work Environ Health. - 1992 - Vol. 6, № 18. - P. 388-392.
5. Гигиенические вопросы в нормах проектирования пищевых предприятий малой мощности. Пособие для санитарных врачей / И.А. Мишквич, Л.В. Белова, Г.А. Кресова, и др. // Под ред. М.Т. Ромашкиной. - СПб., 1998. - 134 с.
6. Белова, Л.В. Научные основы питания работниц пищевой промышленности: автореф. Дис... д-ра мед. наук / Белова Лариса Васильевна. - СПб., 2000. - 43 с.
7. Biswas, R. Cardiac strain of confectionery worker in relation to heat exposure during regular work shift / R. Biswas, A. Samanta, P. Saha. // Indian. J. Occup. Environ Med. - 2011. - Vol. 3., № 15. - P. 120-126.

## **ТАЪСИРИ МАВОДИ КОМПЛЕКСИИ ФЕРАЗОН+ЛИПОВИТОЛ БА БАЪЗЕ АЗ НИШОНДИҲАНДАҲОИ БИОКИМИЁВИИ ХУНИ ҲАЙВОНҲОИ МУБТАЛОИ ДИАБЕТИ СТРЕПТОЗОТОСИНИ**

**Х.А. Ғаниев<sup>1</sup>, Ҷ.А. Азонов<sup>2</sup>, Ғ. Ҷалилов<sup>1</sup>**

(ОМИТ-ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, Пажӯҳишгоҳи давлатии Ғизои Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон)

*Х.А. Ғаниев - директори ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, дотсент, н.и.б.тел. 933668813 E-mail hurshed.g.@mail.ru.*

*Ҷ.А. Азонов - Сармушовири калони илмии Пажӯҳишгоҳи давлатии Ғизо, х.к.и. ОМИТ-и ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино д.и.т., профессор. Тел. - 93 537 07 77 E- azonov\_02@mail.ru*

*Ғ. Ҷалилов - лаборанти калони ОМИТ-ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел. 902 90 90 93.*

Муаллифон дар таҷрибаҳои илмии дар ҳайвонҳо амали шуда, таъсири маводи комплекси феразон-липовитолро ба баъзе аз нишондиҳандаҳои биокимиёии таркиби хуни каламушҳои сафед, ки тавассути ба онҳо гузаронидани маводи диабетовари стрептозотосин дар мейёри 50 мг/кг вазн, мубталои диабети стрептозотосини гаштаанд муайян намудаанд. Натиҷаҳои татқиқот нишон доданд, ки маводи комплекси фаъолнокии диалдегиди малони ва маркерҳои ситолити хепатоситҳоро, ки дар натиҷаи таъсири ма-

води стрептозотосин дар таркиби хун баланд мегарданд паст намуда, микдори холестерини триглицеридҳоро кам ва липопротеинҳои зичияшон баландро зиёд менамояд. Ва дар муқоиса маводи озмоишию комплекси феразон+ липовитол ва метформин+липовитол нисбати феразон ва метформин таъсири хепатохифозатии беҳтар нишон доданд.

**Калимаҳои калидӣ:** диабет, стрептозотосин, гиполипидемӣ, феразон, метформин, холестаза, липидой, липовитол, хепатохифозатӣ, комплекси

## **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО СРЕДСТВА ФЕРАЗОН-ЛИПОВИТОЛА НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА КРОВИ ПРИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМ ДИАБЕТЕ**

*Х.А. Ғаниев, - директор ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино? к.б.н., доцент, Тел. 933668813, E-mail: hurshed.g.@mail.ru.*

*Ҷ.А. Азонов, - Гл. научный консультант ГНИИ питания Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан, с.н.с. ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. д.м.н, профессор, Тел. - 93 537 07 77 E- azonov\_02@mail.ru*



Г. Джаллилов, - ст. лаборант ЦНИЛ, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел. 902 90 90 93.

Данная статья посвящена комплексному влиянию феразона, метформина и эфиромасличного средства липовитол на некоторые метаболические процессы на фоне стрептозотоцинового диабета у белых крыс. Экспериментальными исследованиями установлено, совместное применение феразон+липовитол в дозах 0,5-0,02 г/кг, Меформин 0,05 г/кг+липовитол 0,02 г/кг массы в течение 1 месяца по сравнению с контрольными животными достоверно ( $P < 0,001$ ) снижает концентрацию глюкозы в сыворотке крови подопытных крыс. Наряду с этим снижается повышенная

активность маркеров цитолитического синдрома (АЛТ, АСТ), перекисного окисления липидов (МДА) и холестаза (ЩФ), а также улучшается показатель гликогена и липидного состава крови. Месячное введение феразона и метформина совместно с липовитолом по всем изучаемым параметрам превосходит аналогичные свойства феразона и метформина, введенных в отдельности.

**Ключевые слова:** диабет, стрептозотцин, гиполипидемия, феразон, метформин, холестаз, липиды, липовитол, гепатозащитный, комплексный.

## THE INFLUENCE OF COMPLEX AGENTS OF FERAZON-LIPOVITOL ON SOME BIOCHEMICAL INDICES OF THE BLOOD COMPOSITION IN STREPTOZOTOCIN DIABETES

*Kh. A. Ganiev Director of the Central Research Laboratory of ATSMU, Associate Professor, c.b.s., tel.933668813, E-mail: hurshed.g.@mail.ru.*

*D.A. Azonov Chief Scientific Consultant of State Research Institute of Nutrition, Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan, Senior Researcher of CRL of ATSMU. MD, professor, E- azonov\_02 @ mail.ru, tel. - 93 537 07 77*

*G. Jalilov Senior laboratory assistant of Central Research Laboratory of ATSMU. Tel.902 90 90 93.*

This article is devoted to the complex effect of ferazone, metformin and essential oil plants lipovitol on some metabolic processes against streptozotocin diabetes in white rats. Experimental studies have established the combined use of ferazone + lipovitol in doses of 0.5-0.02 g / kg, Meformin 0.05 g / kg + lipovitol 0.02 g / kg of mass for 1 month in compare with control animals significantly ( $P < 0.001$ ) reduce the concentration of glucose in the blood serum of experimental rats. At the same time, the increased

activity of markers of cytolytic syndrome (ALT, AST), lipid peroxidation (MDA) and cholestasis (APF) are decreased and also the rate of glycogen and lipid content of blood is improved. Monthly introduction of ferazone and metformin together with lipovitol in all studied parameters surpasses similar properties of ferazone and metformin introduced separately.

**Key words:** diabetes, streptozotocin, hypolipidemia, ferazone, Metformin, cholestasis, lipids, lipovitol, hepatoprotective, complex

**Муҳиммият-** Муайян карда шудааст, ки бемории диабети қанд, ҳолатест, ки дар натиҷаи дурудароз баландшудани миқдори қанди таркиби хун, ки вобаста ба таъсири як идда омилҳои дохилию берунаи ба вайроншавии кори ҳуҷайраҳои қазирачаҳои Лангенгарси думҷаи ғадуи зермеъда ва норасоии инсулину вайроншавии мубодилаи карбогидратҳо, сафедаҳо, чарбӯҳо, ферментҳо, ва инсулинрезистентност мусоидат

менамояд. Дар 25 соли охир адади беморони асили ДҚ дар дунё 10 қарат афзудааст. (1)

Мувофиқи маълумоти МДФ Федератсияи байналмиллалӣи диабети (ФБД) (The International Diabetes Federation, IDF), миқдори беморони дар натиҷаи ташхисгузарони муайянгардидаи ДҚ дар байни аҳолии аз 20 то 70 сола дар дунё то соли 2030 то 439 млн зиёд мегардад. [10].





Дар татқиқотҳои зиёд муайян карда шудааст, ки яке аз омилҳои асосии вайроншавии метаболизм ҳангоми диабет қанди-2 садамаи оксиди мебошад, ки дар навбати худ ба оризаҳои гуногун аз ҷумла вайроншавии сохти рағҳои хунгарди паҳлуӣ ва хурушбӯии гипоксия, ки ба ринопатия, микроангиопатия ва ғайра оварда мерасонад [3, 4, 5].

Аз ҷумла Строев Ю.И. ва диг., [2007] дар он ақидаанд, ки синдроми метаболитки бо вайроншавии комплекси мубодилаи ҷарбуҳо, карбогидратҳо ва сафедаҳо, ки аз таъсири омилҳои берана ва дохили ҷараён меград, ки онҳо механизмҳои батанзимиоварии фаъолияти эндотелияро вайрон намуда, ба баландшавии фишори хун мусодат мекунад. [6, 7, 12]

Имрӯз барои ба танзим даровардани синдроми метаболитӣ, аз ҷумла диабет қанд, ки дар амалишавии онҳо садамаҳои оксидӣ нақши муҳим мебозанд, маводи зиддиоксидӣ, гипогликемикӣ, зиддиилтиҳоби табиӣ ва сунъиро истифода мебаранд [10, 11].

Муайян карда шудааст, ки рустаниҳои полисахариддор (топинамбур, косни, ширинбӯя, қоқу, ғилофаки лубиё) ва ғайра хусусияти зиддидиабетӣ ва рағҳои атрӣ (анҷибар, даҳмаст, қаронфул, бодиён, арҷаи зарафшонӣ ва ғайра) хусусияти ҳепатоҳифозатӣ, гиполлипидемӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддиоксидӣ, мембранаҳифозатӣ ва подзаҳридоранд. [1, 2]

Аз ин лиҳоз мо дар назди худ вазифа гузоштем, ки таъсири комплекси маводи полисахариддори феразон, маводи рағани атридори липовитол ва маводи зиддидиабетии метформиноро ба баъзе аз нишондиҳандаҳои биокимии таркиби хуни ҳайвонҳои мубталои диабет стрептозотосинит таҷрибавӣ дар каламушҳои сафед оиди омӯзиш қарор диҳем.

**Мақсади татқиқот** Омӯзиши таъсири феразон+липовитол ва метформин+липовитол ба баъзе аз нишондиҳандаҳои биокимии таркиби хуни ҳайвонҳои диабет қанди стрептозотосинии таҷрибавӣ.

**Мавод ва усулҳои татқиқот.** Омӯзиш дар 56 каламушҳои безоти сафеди вазнашон

190-230 г амали карда шуд. Нигоҳдории ҳайвонҳои омӯзиши мувофиқи қоидаҳои вобаста ба талаботҳои гузаронидани татқиқотҳои токлиники аз рӯи ГОСТ-и № 51000.3 ва 51000.4-2008 ва бо талаботҳои дастури Байналмилаллии конвенсияи Аврупоӣ оиди ҷимояи ҳайвонҳои сутунмӯҳрадор, ки дар татқиқотҳои истифода бурда мешаванд роҳандози карда шуд. Ҳайвонҳои омӯзиши ва контроли (назорати) дар муҳити ҳарорати стандартӣ бо таъмини рушноии табиӣ ва дастрасии озод ба обу ғизо нигоҳ дошта шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Муайян карда шудааст, ки дар раванди диабет стрептозотосини дар ҳайвонҳо ва омӯзиши таркиби хуни онҳо фаъолшавии шадиди маводи аввалиндараҷа ва дуумдараҷаи оксидшавии перекисии липидҳо дар ғадуди зермеда ва ҷигар ба амал меояд, ки дар натиҷаи садамаҳои зиёди оксиди боиси гипергликемия ва аз мейёр зиёдшавии глюкозаи таркиби хун мегардад. [9]

Ғайр аз ин ҳангоми диабет стрептозотосини фаъолшавии нишондиҳандаҳои синдроми ситолитики АЛТ ва АСТ дар таркиби хуноба ва бофтаҳои ҷигар бо зиёдшавии миқдори аланинаминотрасфераза ва нишондиҳандаи холестаза фосфатазаи ишқори (ФИ) мушоҳида мегардад, ки он аз вайроншавии фаъолияти функсионалии ҷигар ва ҳучайраҳои он далолат мекунад [5, 8].

Дар баробари ин дар ҷараёни диабет стрептозотосини тамаркузи Диалдегиди маллонови таркиби хунобаи каламушҳои зиёд мегардад, ки он аз афзудани фаъолнокии маводи оксидкунанда дар комплексҳои липопротеини дарак медиҳад.

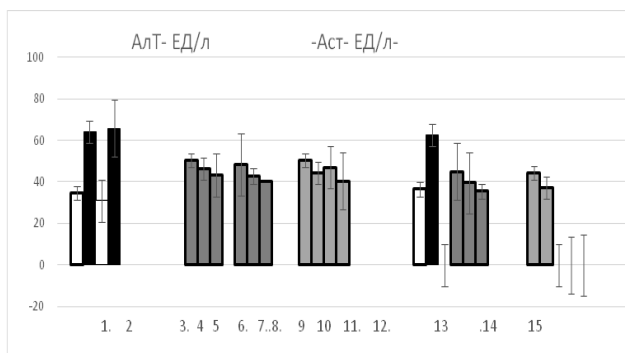
Натиҷаҳои ба даст омада (расми 1) нишон доданд, ки ҳангоми таъсири якмоҳаи маводи стрептозотосин ба ҳайвонҳои назоратӣ фаъолнокии нишондиҳандаҳои синдроми ситолитикӣ, аланинаминотрасфераза (АЛТ) дар таркиби хунобаи онҳо нисбати ҳайвонҳои солим 85% ва аспартат-аминотрасфераза (АСТ) 112,25% зиёд мешавад. Нишондиҳандаи холестаза, фосфатазаи ишқори (ФИ) бошад, нисбати каламушҳои солим 70,95% афзоиш меёбад.



Дар натиҷаи таъботати якмоҳи ҳайвонҳои татқиқоти бо маводи феразон дар мейёри 0,5 г/кг вазн фаъолнокии АЛТ нисбати каламушҳои назорати 28%, феразон+липовитол 0,5-0,02 г/кг вазн 32,4%, метформин 0,05 г/кг 21,33% ва метформин 21,33%, метформин+липовитол на 31% паст мегардад.

Маводи озмоиши инчунин сатҳи нишондиҳандаи холестази фосфатазаи ишқори таркиби хуни ҳайвонҳои зери татқиқот қарордоштаро нисбати нишондиҳандаи каламушҳои назорати 36,7%, 43,0%, 28,5% ва 40,0% кам мекунад.

Аз рӯи натиҷаҳои ба даст омада маводи озмоиширо аз рӯи таъсири мусбаташон дар катори зерин гузошт; феразон 0,5 г/кг+липовитол 0,02 г/кг; метформин 0,05 г/кг+липовитол 0,02 г/кг; феразон 0,5 г/кг; метформин 0,05 г/кг; феразон 0,35 г/кг.

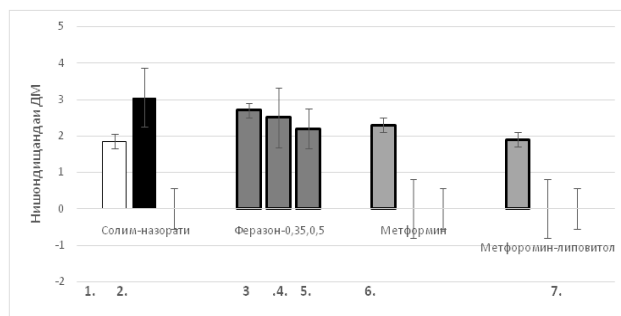


**Рис. 3.** Фаъолнокии маркерҳои синдроми ситолитики ва холестази ҳангоми диабетии стрептозотосинӣ дар татқиқот. 1.2-инт-назорати . 3.4.5-феразон-0,35-0,5г/кг.-феразон+липовитол(АЛТ).6.7.8- феразон-0,35-0,5 г/кг .-феразон+липовитол (АСТ). 9.10.11.12.-метформин-0,05 - метформин+липовитол 0,02 г/кг 12.инт.-контр. 13.феразон 0,35-0,5 г/кг. Феразон+липовитол ( АЛТ-АСТ). 13-инт.-контр. 14 феразон 0,35-0,5. феразон+липовитол 0,5- 0,02 г/кг 15. Метформин-0,05-метформин+липовитол-0,02 г/кг.

Дар баробарин ин дар зери таъсири стрептозотосин фаъолшавии сатҳи диалдегиди малонивии (ДМ) таркиби хун ба мушоҳида мерасад,ки он аз фаъолшавии чараёни перекиси дар комплексҳои липопротеинҳо,ки мета- вонанд омили вайроншавии пайвастишавии липопротеинҳо ба ретсепторҳо

яшон гардад, ва ин омил ба ҳосилшавии деворчаҳои холестерини дар деворҳои рағҳои хунгард мусоидат мекунад.

Мувофиқи маълумотҳои дар (расми 2) оварда шуда сатҳи ДМ дар таркиби хуни ҳайвонҳои назорати нисбати ин нишондиҳанда дар ҳайвонҳои солим 39% зиёд мешавад. Дар гурӯҳҳои бо маводи озмоиши таъботатёфта бошад миқдори ДМ нисбати ҳайвонҳои назорати 11,5%, 18,27% ,24,6% ва 37,7% кам мешавад, ки ин бо хусусиятҳои зиддиоксидии маводи озмоиши алоқаманд аст.



**Рас. 4.** Таъсири маводи озмоиши ба фаъолноқшавии ДМ ҳангоми диабетии стрептозотосини. (1-2 солим,назорати; 3,4 феразон 0,35, 0,5 г/кг; 5 феразон + липовитол 0.5-0,02 г/кг; метформин - 0,15 г/кг; Метформин+липовитол 0,15-0,02 г/кг.

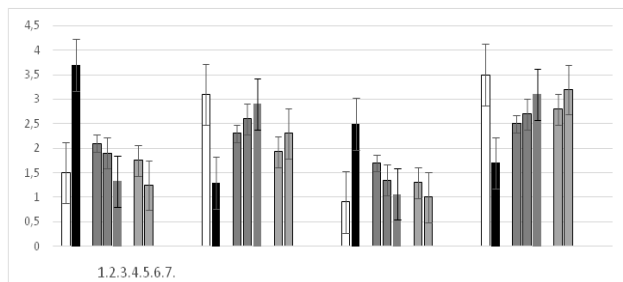
Натиҷаҳои татқиқот аз он шаҳодат медиҳанд,ки дар раванди диабетии стрептозотосини истифодаи маводи зиддидиабети дар якҷояги бо рағған-ҳои атри хусусиятҳои зиддиоксиди, подзаҳри ва мембрано ҳифозатии онҳоро беҳтар мекунад.

Муайян карда шудааст, ки нишонаҳои клиникии диабетии қанди навъи-2 озмоиши (экспериментали) бо шаклҳои гуногуни гиперлипидемия, аз ҷумла бо зиёдшавии миқдори холестерин, триглицеридҳо, липопротеинҳои зичияшон паст (ЛПЗП), липопротеинҳои зичияшон ниҳоят паст ( ЛПЗНП) ва камшавии тамаркузи Липопротеинҳои зичияшон баланд (ЛПЗБ) ва фосфолипидҳо (ФЛ) алоқамандии зич дорад . [7]

Мувофиқи натиҷаҳои дар расми 3 оварда шуда, ҳангоми диабетии стрептозотосини дар таркиби хуни ҳайвонҳои назорати ва озмоиши тағйиротҳои назаррас дар муво-



дилаи чарбуҳо (липидҳо) мушоҳида мешавад. Пас аз як моҳи гузаронидани стрептозотосин дар таркиби хунобаи ҳайвонҳои назорати миқдори холестерини умумӣ 2,2 карат, триглицеридҳо 2,3 карат баланд шуда, миқдори ЛПЗБ фосфолипидҳо 2,5 ва 2 карат кам мешаванд.



**Рис.5.** 1,2 Инт-контр. 3,4,5 феразон-0,35-0,5 г/кг 5. Феразон 0,5+липовитол 0,02 г/кг. 6-7 метформин 0,05 г/кг. Метформин+липовитол-0,02 г/кг.

Дар гурӯҳҳои бо феразон дар мейёри 0,5 г/кг, феразон-липовитол (0,5-0,02 г/кг), метформин 0,15 г/кг, метформин - липовитол (0,15-0,02 г/кг) дар муддати як моҳ таъбаат ёфта сатҳи холестерини умумӣ, триглицеридҳо 48,6% 64% афзуда, миқдори ЛПЗБ ва

фосфолипидҳо нисбати калламушҳои назорати 52,7% ва 66 кам шуд.

Маводи озмоиши дар мейёрҳои дар боло оварда шуда, аз ҷумла дар гурӯҳҳои, ки феразон+липовитол ва метформин+липовитол қабул карда буданд нисбати маводи феразон ва метформин дар алоҳидаги ба нишон- диҳандаҳои биокимиёии таркиби хуни ҳайвонҳои озмоиши таъсири беҳтарини мусбат расонидани миқдори липидҳо ба танзим оварда самараноки- яшон назаррас буд.

**Хулоса.** Натиҷаҳои ба даст омада, гувоҳи онанд, ки истифодаи комплекси равшанҳои атри бо маводи зиддидиабети ба камшавии таъсир ва оризаҳои, ки дар натиҷаи ба ҳайвонҳо гузаронидани маводи диабетовари стрептозотосин аз ҷумла, вайроншавии мубодилаи карбогидратҳо, чарбуҳо, хусусиятҳои зиддиоксидии чигар ба амал меояд мусоидат менамоянд, ки ин амал феълан бо хусусиятҳои зиддидиабети полисахаридҳо, флованидҳо, инулини таркиби маводи феразон ва равшанҳои атри, ки хусусияти ҳепатохинозати, зиддиоксидӣ, зиддиингиби, гиполлипидемӣ, мембранҳои- фозати ва ғайрадоранд, алоқаманд аст.

## АДАБИЁТ

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства гераноретинала и эфирных масел / Д.А.Азонов, А.К.Холов, Г.В.Разыков./ - Душанбе "Маориф", 2011.-135 с.
2. Азонов Д.А. Гиполипидемические свойства эфирных масел / Д.Азонов,А.К.Холов, Б.М.Холназарова и др./ Душанбе "Истедод".-2015.- 144 с.
- 3.Аметов А.С., Соловьева О.Л..Окислительный стресс при сахарном диабете 2-го типа и пути его коррекции. Проблемы эндокринологии. 2011.- 6.- с. 52-56.
- 4.Аmineва, Н.В. Коагуляционные признаки эндотелиального стресса у больных СД 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией/ Н.В. Аmineва, М.Т. Сальцева, О.В. Занозина и др. // Проблемы эндокринологии. - 2002. - Т.48, № 4. - С. 27-30.
- 5.Боднарчук Ю. В. Функциональное состояние печени крыс в условиях развития стрептозотоцинового диабета/ Ю.В. Боднарчук, О.Я.Журакивская, В.М. и соавт//.Мир медицины и биологии.-2017.- С. 103-105.
- 6.Строев, Ю.И. Классические и современные представления о метаболическом синдроме. Часть 2. Патогенез/ Ю.И. Строев, М.В. Цой, Л.П. Чурилов и др. // Вестник Санкт-Петербургского Университета. - 2007. - Вып. 4. - С. 3-13.
7. Шилов, А.М. Место статинов в коррекции нарушений липидного обмена у пациентов с метаболическим синдромом/ А.М. Шилов, М.В. Мельник, А.О. Осия // Лечащий врач. - 2010. - № 4. - С. 68-71.
8. Цисельский Ю.В.Влияние фитопрепаратов на активность щелочной фосфатазы печени и сыворотки крови крыс со стрептозотоциновым диабетом/Ю. В. Цисельский// Одеський Медичи журнал 2007.-№3/- (102)/- с 33-35.



9. Roselli, M. Phytochemical, antioxidant and anti- $\alpha$ -glucosidase activity evaluations of *Bergenia cordifolia*/ M. Roselli, G. Lentini, S. Habtemariam // *Phytotherapy Research*. - 2011. - Vol. 26. - P. 908-914.
10. Shaw, J.E., Sicree, R.A. and Zimmet P.Z. (2010) Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030, *Diabetes Research and Clinical Practice*/ J.E. Shaw, R.A. Sicree, P.Z. Zimmet /.-2010.- 87, 4-14.
11. Shahaboddin, M.-E. *Pyrus bioisleriana* Buhse leaf extract: an antioxidant, antihyperglycaemic and antihyperlipidemic agent/ M.-E. Shahaboddin, M. Pouramir, A.-A. Moghadamnia et al. // *Food Chemistry*. - 2011. - Vol. 126. - P. 1730-1733.
12. Takada, J. Neonatal streptozotocin-induced diabetes mellitus: a model of insulin resistance associated with loss of adipose mass/ J. Takada, M.A. Machado, Peres S.B. // *Metabolism*. - 2007. - Vol. 56(7). - P. 977-84.

### ХОСИЯТҲОИ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМӢ ВА ҚАНДПАСТКУНИИ АЛАФИ ИСПАНД (*PEGANUM HARMALA*) ҲАНГОМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯИ ТАҶРИБАВӢ

**Б.А. Ишонқулова, М.В. Урунова, М.Ҳ. Насруллоева, Ф.О. Расулова**  
Кафедраи фармакология (мудир кафедра н.и.т., Урунова М.В.)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Ишонқулова Бустон Астановна, д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: Ishankulova@mail.ru, тел.: 918460129*

*Урунова Муҳаббат Ваҳобовна, н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: muhabat65@mail.ru, тел.: 918941671.*

*Насруллоева Малика Ҳусейновна, муаллими калони кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: m.nasrulloeva@mail.ru, тел.: 938030064.*

*Расулова Фарангис Олимовна, ассистенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: тел: 985617675.*

Дар мақола муаллифгон таъсири гиполлипидемӣ ва гипогликемии қиёми алафи испандро дар модели фарбеҳии калламушони сафед омӯхта, исбот намуданд. Дар муқоиса нисбати қиёми барги ангур таъсири испанд каме зиёдтар буд. Испандро метавонем барои муолиҷаи комплекси бемороне,

ки вайроншавии мубодилаи ангиштор ва чарбхоро (диабети қанд, атеросклероз) доранд, дар якҷоягӣ бо дигар маводҳои доругӣ тавсия намоем.

**Қалимаҳои калидӣ:** қиёми алафи испанд, диабет қанд, гиперлипидемия, калламушӯ.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ТАДЖИКИСТАНА, ОБЛАДАЮЩИХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

**Б.А. Ишанкулова, М.В. Урунова, М.Ҳ. Насруллоева, Ф.О. Расулова**  
Кафедра фармакологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Ишанкулова Бустон Астановна, д.м.н., профессор кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: Ishankulova@mail.ru, тел.: 918460129*



**Урунова Муҳаббат Ваҳобовна**, к.м.н., кафедра фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: muhabat65@mail.ru, тел.: 918941671.

**Насруллоева Малика Хусейновна**, старший преподаватель кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: m.nasrulloeva@mail.ru, тел.: 938030064.

**Расулова Фарангис Олимова**, ассистент кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail, тел: 985617675.

Научно-исследовательская работа посвящена изучению листьев шелковицы, айвы и травы испанда на нарушенный жировой и углеводный обмен, а так же на ПОЛ при экспериментальной гиперхолестеринемии. Авторами доказано, что настой этих лекарственных растений оказывало достоверное гиполипидемическое, гипогликеми-

ческое и антиоксидантное действие, что позволяют рекомендовать их больным с метаболическим синдромом. Настой листьев шелковицы по многим показателям лидировал среди изучаемых объектов.

**Ключевые слова:** белые крысы, листья шелковицы, айвы, трава испанда, гиперхолестеринемия, липопротеиды, глюкоза, МДА.

## EFFECT OF PEGANUM HARMALA ON THE LEVEL OF GLUCOSE AND CHOLESTEROL IN HYPERLIPIDEMIA (in the experiment)

**B.A. Ishonkulova, M.V. Urunova, M.H. Nasrulloeva**

Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University

**Ishonkulova Buston Astanovna**, MD, Professor of Pharmacology Department of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: Ishankulova@mail.ru, tel.: 918460129

**Urunova Muhabbat Vahobovna**, c.m.s., associate professor of Pharmacology department of Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: muhabat65@mail.ru, tel.: 918941671.

**Nasrulloeva Malika Huseynovna**, senior teacher of Pharmacology Department of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: m.nasrulloeva@mail.ru, tel.: 938030064.

**Rasulova Farangis Olimovna**, Assistant of Pharmacology Department of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: tel: 985617675.

In the article, authors studied and proved the hypolipidemic and hypoglycemic effect of peganum harmala infusion on the model of white rats obesity. In compare the effect of peganum harmala infusion was slightly higher than to the infusion of grape leaves. Peganum

harmala can be recommended in the treatment of patients with impaired metabolism of fats and carbohydrates (diabetes mellitus, atherosclerosis), in complex therapy with other drugs.

**Key words:** peganum harmala infusion, diabetes, hyperlipidemia, white rats.

**Муҳимият:** Таъсирҳои шифобахши испанд (Peganum harmala, гармала) ҳанӯз ба олимони давраи асрҳои миёна маълум буд. Шайхурраис Абӯалӣ ибни Сино дар асари худ "Ал-Қонун фит-тиб" қайд карда буд, ки испанд ҳангоми дарди буғумҳо ва илтиҳоби асаби тихигоҳ, беморҳои испурч, манъшавии пешоб ва вайроншавии ҳайз таъсирбахш аст. Ба ғайр аз ин дар китоби "Ал-қонун фит тиб" низ Абӯалӣ ибни Сино оиди

самарабахш будани испанд ҳангоми беморҳои рӯдаҳо, бавосир (геморой) ва таъсиртанзимкунии он ба фаъолияти бачадон маълумот додааст (1,2).

Қайд кардан лозим аст, ки чунин таъсирҳои фармакологии испанд аз таркиби химиявиаш вобаста аст, ки он аз тарафи олимони Тоҷикистон таҳти роҳбарии академик П. Н. Овчинников омӯхта шудааст. Дар испанд чунин моддаҳои фаъоли биологӣ ба



монанди алкалоидҳои пеганин, пеганол, гармин, гармалин, гликозидҳои флаваноидӣ, кислотаҳои органикӣ, микроэлементҳои мис, манган, хром, никел, алюминий, сурб мавҷуданд. Ҳар яке аз ин моддаҳои фаъол таъсирҳои ба худ хос доранд, аз он ҷумла таъсирҳои оромбахш, зиддиилтиҳобӣ, қандпаस्तкунӣ, рагвасеъкунӣ, гипотермӣ, зиддигиччагӣ, антисептикӣ, арақбарорӣ ва пешобронӣ (3,4,6).

Дар Тоҷикистон бо дуди испанди муқаррарӣ бемороне, ки фалаҷ ва ё нимфалаҷанд таъбаат карда, ҳамчун маводи оромбахш истифода мебаранд. Дуди испанд таъсири антисептикӣ дорад. Испанд ҳамчун маводи шифобахш дар тибби халқии минтақаҳои Осиёи Марказӣ, Қазқоз, Қазоқистон, Афғонистон, Покистон хеле васеъ истифода бурда мешавад. Онро ҳангоми тарбод (ревматизм), муолиҷаи бемориҳои пӯст, марҳалаи аввали катаракта, дарди буғумҳо ва ҳамчун маводи пешоброн ва арақчудоқунанда истифода мебаранд (5,7). Дар дорухонаҳо испандро дар шакли хушки пресскардашуда, ки дар саноати фармасевтӣ тайёр карда мешавад, вохӯрдан мумкин аст. Онро дуд карда, ҳамчун антисептик ва маводи оромбахш бо роҳи нафас истифода мебаранд. Солҳои охир дар сарчашмаҳои адабӣ маълумотҳои истифодаи испанд дар тибби халқӣ ҳангоми вайроншавии мубодилаи чарбҳо, фишорбаландӣ, баландшавии сатҳи қанд дар хун ва дигар ҳолатҳои гирд оварда шудаанд. Вале мо то ин дам дар ягон адабиёт ё сарчашмаҳои корҳои илмӣ асосноккардашударо оиди омӯзиши хосиятҳои фармакологии ин растани вонахӯрдаем. Аз ин лиҳоз мо мақсад гузоштем, то дар як қатор таҳқиқотҳои таҷрибавӣ таъсирҳои шифобахши испандро омӯзем.

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиши таъсири қиёми алафи испанд ба сатҳи холестерин ва миқдори глюкоза дар хун дар таҷриба.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Қиёми алафи испандро (1:10) дар ҳаммоми обӣ дар муддати 25 дақиқа тайёр кардем. Таҳқиқот дар 36 калламуши сафеди ҳар ду ҷинс бо вазни миёнаи 180 - 200 гр. гузаронида шуд. Таъсирҳои гиполипидемӣ ва гипогли-

кемии растаниҳо дар модели парҳези гиперлипидемӣ (ПГЛ) омӯхта шуд, ҷунки фарбеҳӣ одатан бо вайроншавии мубодилаи ангиш-тоб ва чарбҳо мегузарад. Бо ин мақсад ба ҳайвоноти гурӯҳҳои назоратӣ ва таҷрибавӣ дар давоми 3 ҳафта ғизои рағандор дода шуд, ки таркибаш аз 2,5% холестерин, 0,12% метилурасил, рағани растанигии дар ҳарорати баланд гарм карда, пас аз он хунук карда шуда ва инчунин рағани ҳайвонот аз ҳисоби 1:4 иборат буд. Ба калламушҳои солим ва назоратӣ (муолиҷанашуда) ба дохили меъда оби дистиллат аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид карда шуд. Ба ҳайвоноти таҷрибавӣ, ки дар парҳези гиперлипидемӣ (ПГЛ) буданд, ба дохили меъда қиёми алафи испандро бо меъёри 5 мл/кг вазн дар муддати 21 рӯз ворид кардем. Ба гурӯҳи муқоисавии назоратӣ қиёми барги ангур, ки аз тарафи қормандони кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино омӯхта шудааст, аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ба дохили меъда ворид кардем.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Дар ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ (муолиҷанашуда) миқдори холестерин дар хун нисбати гурӯҳи солим ( $1,4 \pm 0,04$  ммол/л), ки дохили меъдагӣ оби дистиллатро аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид карда будем, ба  $2,5 \pm 0,08$  ммол/л баробар шуд.

Дар калламушоне, ки дар ПГЛ қарор доштанд ва дохили меъдагӣ қиёми испандро бо меъёри 5 мл/кг вазн қабул карда буданд, миқдори холестерин саҳеҳан то 121% ( $1,7 \pm 0,05$  ммол/л) нисбати гурӯҳи назоратӣ паст шуд ( $P < 0,001$ ). Дар хуни калламушоне, ки ба дохили меъда қиёми барги ангурро ворид кардем, ин нишондод ба  $1,9 \pm 0,07$  ммол/л баробар шуд, ки нисбати гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан 135% паст аст.

Миқдори қанд дар хуни ҳайвоноти назоратӣ (муолиҷанашуда) ҳангоми парҳези гиперлипидемӣ каме баланд шуда,  $10,7 \pm 0,2$  ммоль/л-ро нисбати ҳайвоноти солим ( $4,5 \pm 0,03$  ммол/л ( $P < 0,001$ )) ташкил медиҳад.

Дар калламушҳои дар парҳези гиперлипидемӣ буда, ки давоми 21 рӯз бо қиёми испанд муолиҷа карда шуданд, миқдори қанд дар хун  $5,9 \pm 0,05$  ммол/л-ро ташкил дод, ки ин нисбати гурӯҳи назоратӣ 131% аст. Дар



хуни калламушҳои бо қиёми барги ангур 6,3±0,02 ммол/л баробар шуд, ки ин 140 % муолиҷаёфта, миқдори қанд дар хун ба нисбати гурӯҳи назоратӣ аст.

### Ҷадвали 1.

#### Таъсири қиёми алафи испанд ба сатҳи холестерин ва қанд дар хуни калламушҳои хангоми пархези гиперлипидемӣ (ПГЛ) дар давоми 21 рӯз

№	Силсилаи таҷрибаҳо ва воя бо мл/кг вазн	Миқдори холестерин дар хун ммол/л	Миқдори қанд дар хун ммол/л M-m P<
1	Гурӯҳи солим- оби дистил. 5 мл/кг n=8	1,4±0,04	4,5±0,03
2	Назоратӣ (ПГЛ) + оби дистил. 5мл/кг n=8	2,5±0,08 178% P<0,001	10,7±0,2 237% P<0,001
3	Таҷрибавӣ (ПГЛ)+қиёми алафи испанд 5 мл/кг n=8	1,7±0,05 121% P<0,05	5,9±0,05 131% P<0,001
4	Муқоисавӣ-назоратӣ+қиёми барги ангур 5 мл/кг n=8	1,9±0,07 135% P<0,001	6,3±0,02 140% P<0,001

**Эзоҳ:** P - саҳеҳияти фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

Ҳамин тариқ, қиёми алафи испанди бо роҳи дохили меъдагӣ ворид кардашуда дар меъраи 5 мл/кг вазн ба ҳайвоноти таҷриба-вии дар ПГЛ буда, сатҳи холестерин ва қандро дар хун нисбати ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ назаррас паст мекунад. Инчунин қайд кардан лозим аст, ки таъсири гиполпидемӣ ва гипогликемии қиёми алафи ис-

панд нисбати қиёми барги ангур каме назаррас аст.

**Хулоса.** Аз натиҷаҳои таҳқиқот бармеояд, ки қиёми испандро барои бемороне, ки вайроншавии мубодилаи ангиштоб ва чарбро (диабети қанд, атеросклероз) доранд, дар муолиҷаи комплексӣ якҷоя бо дигар маводҳои доругӣ тавсия намудан мумкин аст.

### АДАБИЁТ

- 1.Абуали ибни Сино. "Канон врачевой науки". /Абуали ибни Сино. Кн.2 - Ташкент, изд-во АН Узб. ССР. - 1966, 820 с.
2. Ишанкулова Б.А., УруноваМ.В. "Ақидаҳои Абӯалӣ ибни Сино ба баъзе ҷанбаҳои фармакотерапия дар "Ал- қонун" аз нуқтаи назари тибби муосир". Авчи Зухал №2, 2018с,
- 3.Ишанкулова Б.А. "Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана". Монография. Душанбе. 2015 г. с.192.
4. Лебеда А. Ф. и др. Лекарственные растения. Самая полная энциклопедия / А.Ф. Лебеда и др. / Научн. ред. Н. Замятина. - М.: АСТ-пресс книга, 2009. - С. 138.
- 5.Бердимухамедов Г. "Рустаниҳои шифобахши Туркменистон" /Г. Бердимухамедов. 2010. -С.106-107
- 6.Овчинников П.Н. Флора Таджикской ССР /П.Н.Овчинников. - Ленинград "Наука", том 8, 1981. - С.379-382
- 7.Braun R. Standardzulassungen fur Fertigarzneimittel/ R.Braun ed, Stand: Dezember, 2004. Stuttgart, Deutscher Apotheker Verlag, 2005. -P. 78-79.



## ХУСУСИЯТИ МОРФОЛОГИИ СОХТОРИ ҒАДУДҲОИ КУРРҶДА ҲАНГОМИ МЕГАСЕКУМ

Э.Х. Тағойкулов<sup>1</sup>, С.Т. Ибодов<sup>1</sup>, Ҳ.Ю. Шарипов<sup>1</sup>, Р.Р. Ахмедова<sup>2</sup>

Кафедраи анатомияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ҳ.Ю. Шарипов), кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А. Раҳимов (мудири кафедра н.и.т., Р. Зокиров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва кафедраи морфологияи ДДТ

*Тағойкулов Эркинҷон Холикулович - муаллими калони кафедраи анатомияи патологӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: tagaykulov70@mail.ru, тел: 907-07-22-06.*

*Ибодов Саидмуқим Тиллоевич - д.и.т., профессори кафедраи анатомияи патологӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: ibodov2010@yandex.ru. тел: 918-15-37-64.*

*Шарипов Хамдам 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.*

*Ахмедова Раъно Раҳматова - ассистенти кафедраи морфологияи Донишгоҳи давлатии Тоҷикистон, тел: 777-00-76-11*

Дар мақола натиҷаи тадқиқоти морфологии 4 биоптати сохтори ғадудҳои куррӯдаро зимни мавҷудияти мегасекум дар мисоли одамони вобаста ба давраи 1-уми синни балоғат омӯхта шуд, ки ин кор дар муқоиса бо маълумотҳои санҷишӣ анҷом дода шуд.

Маълумотҳои рақамӣ фарқиятҳои ҷиддиро ошкор сохтанд. Микдори ғадудҳои рӯда дар масоҳати 1 мм<sup>2</sup> девораи куррӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекумадар организми одамони вобаста ба гурӯҳи синнусолии мазкур нисбат ба нишондиҳандаи дахлдори санҷишӣ 1,5 маротиба камтар мебошад ( $p < 0,05$ ).

Дарозии ғадуди рӯдавии куррӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума дар қиёс бо нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,4 маротиба камтар аст ( $p < 0,05$ ). Масоҳати ғадуди рӯдавӣ дар бурриши тӯлии он ба иртиботи гурӯҳи синнусолии мазкур нисбат ба нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,3 маротиба камтар ба назар расид ( $p < 0,05$ ). Нисбат ба нишондиҳандаи санҷиш ба андозаи 1,5 маротиба камтар муқаррар гашт ( $p < 0,05$ ).

Масоҳати ғадуди рӯдавӣ дар бурриши арзии он зимни давраи 1-уми синни балоғат ҳангоми мавҷудияти мегасекума нисбат

ба нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,5 маротиба камтар ба дид омад ( $p < 0,05$ ). Микдори эпителиотсит дар бурриши тӯлии ғадуди рӯдавӣ дар девораи куррӯда ба иртиботи мардумоне, ки аз гурӯҳи синнусолии тахти мушоҳида берун омадаанд, ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар мушоҳида шуд ( $p < 0,05$ ).

Микдори эпителиотсит дар бурриши арзии ғадуди рӯдавӣ дар девораи куррӯда ба иртиботи гурӯҳи синнусолии мазкур ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар ба сабт расид ( $p < 0,05$ ).

Микдори дарсадии хучайраҳои ҷаббидашуда дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар будааст ( $p < 0,05$ ).

Микдори дарсадии хучайраҳои қадахмонанд дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба бештар падидор гаштааст ( $p < 0,05$ ).

Зимни мавҷудияти мегасекума дар таркиби ғадуди рӯдавӣ афзоиши дарсадии микдори хучайраҳои соғармонанд ба амал меояд

**Калимаҳои калидӣ:** куррӯда, ғадудҳои рӯдавӣ, хучайраҳо, мегасекум, эпителиотситҳо, хучайраҳои қадахмонанд.





## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗ СЛЕПОЙ КИШКИ ПРИ МЕГАЦЕКУМ

Э.Х. Тагайкулов<sup>1</sup>, С.Т. Ибодов<sup>1</sup>, Х.Ю. Шарипов<sup>1</sup>, Р.Р. Ахмедова<sup>2</sup>

Кафедра патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино (зав. кафедрой к.м.н., доцент Х.Ю. Шарипов), кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова (зав. кафедрой к.м.н., Р.Зокиров) ТГМУ имени Абуали ибни Сино и кафедра морфологии ТГУ

*Тагайкулов Эркинжон Холикулович - старший преподаватель кафедры патологической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: tagaykulov70@mail.ru. тел: 907-07-22-06.*

*Ибодов Саидмухим Тиллоевич - д.м.н., профессор кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: ibodov2010@yandex.ru. тел: 918-15-37-64*

*Шарипов Хамдам 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.*

*Ахмедова Раъно Рахматова - ассистент кафедры морфологии ТГУ тел: 777-00-76-11.*

В статье приведены результаты морфологического исследования слепой кишки при мегацекум. Железы исследованы у четырех человек (ограниченность количества наблюдений обусловлена анатомической редкостью фактического материала) 1-го периода зрелого возраста. В качестве контроля рассматривали аналогичные структурные показатели желез у людей такого же возраста (14 случаев) при нормальном топографо-анатомическом варианте толстой (слепой) кишки.

По нашим данным, количество кишечных желез на площади 1 кв. мм стенки слепой кишки при мегацекум у людей этой возрастной группы в 1,5 раза меньше ( $p < 0,05$ ) соответствующего контрольного показателя. Длина кишечной железы в стенках слепой кишки при мегацекум в 1-м периоде зрелого возраста в 1,2 раза меньше ( $p < 0,05$ ) контрольного показателя. Ширина кишечной железы у слепой кишки при мегацекум меньше в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), по сравнению с контролем. Пло-

щадь кишечной железы на ее продольном срезе у людей этой возрастной группы при мегацекум меньше контроля в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ).

Площадь кишечной железы на поперечном ее срезе в 1-м периоде зрелого возраста при мегацекум меньше контроля в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ). Процентное количество абсорбционных клеток на продольном срезе кишечной железы при мегацекум в стенках слепой кишки меньше контроля в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ).

Процентное количество бокаловидных клеток на продольном срезе кишечной железы при мегацекум в стенках слепой кишки меньше контроля в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). Площадь просвета устья кишечной железы (данные макромикроскопии) при мегацекум у людей 1-го периода зрелого возраста в 1,7 раза меньше ( $p < 0,05$ ) контрольного показателя.

**Ключевые слова:** слепая кишка, кишечные железы, мегацекум, эпителиоциты, бокаловидные клетки.

## MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF GLANDS OF CAECUM AT MEGACEACUM

E.Kh. Tagaykulov, S.T. Ibodov, H. Yu. Sharipov, R.R. Akhmedova

Department of pathological anatomy of Avicenna TSMU (head of the department, c.m.s., associate professor H. Yu. Sharipov) Human Anatomy department named after Ya.R.Rahimov of Avicenna TSMU (head of the department, c.m.s. Zokirov R.) Morphology department of TNU

*Tagaykulov Erkin Khalikulovich - senior teacher of pathologic anatomy department of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: tagaykulov70@mail.ru, ph. 907-07-22-06.*



*Ibodov Saidmukim Tilloevich* - MD, Professor of Human Anatomy department named after Ya.R.Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: [Ibodov2010@yandex.ru](mailto:Ibodov2010@yandex.ru), ph. (+992) 918-15-37-64.

*Sharipov Hamdam Yuldashevich* - c.m.s., associate professor, head of pathologic anatomy department of Avicenna Tajik State Medical University E-mail: [dr.sharipov@mail.ru](mailto:dr.sharipov@mail.ru), mobile ph. 919-13-00-15

*Akhmedova Rano Rakhmatovna* - assistant of morphological department of TNU, ph. 777-00-76-11

Results of a morphological research of a caecum at megaceacum are given in the article, glands are investigated at four persons (the limitation of the number of observations is caused by an anatomic rarity of the actual material), of the 1st period of mature age. As control were considered similar structural indicators of glands at people of the same age (in 14 cases) at normal topographical-anatomic option of a thick (caecum) intestine.

According to our data, the number of intestinal glands on the area of 1 sq. mm of a wall of caecum at megaceacum at people of this age group is 1.5 times less ( $p < 0.05$ ) of the corresponding control indicator. The length of intestinal gland in caecum walls at megaceacum in the 1st period of mature age is 1.2 times less ( $p < 0.05$ ) of the control indicator. The width of intestinal gland at the caecum at megaceacum is 1.4 times less ( $p < 0.05$ ), in comparison with control. The area of intestinal

gland on its longitudinal section at people of this age group at megaceacum is less of the control in 1.3 times ( $p < 0.05$ ).

The area of intestinal gland on cross its section in the 1st period of mature age at megaceacum is less control in 1.5 times ( $p < 0.05$ ). The percentage quantity of absorbing cells on longitudinal section of intestinal gland at megaceacum in walls of caecum is less of the control in 1.2 times ( $p < 0.05$ ).

The percentage quantity of goblet cells on longitudinal section of intestinal gland at megaceacum in walls of caecum is less of the control in 1.2 times ( $p < 0.05$ ). The area of lumen of intestinal gland mouth (data macro - microscopy) at megaceacum at people of the 1st period of mature age is 1.7 times less ( $p < 0.05$ ) of the control indicator.

**Keywords:** caecum, intestinal glands, megaceacum, epithelial cells, goblet cells.

**Муҳимият.** Мегасекум яке аз вариантҳои топографо-анатомии куррӯда ба ҳисоб рафта, тахминан 1-2% аҳолии воҷӯрад ва бо зиёдшавии андоза, сатҳи масоҳат ва тағйирёбии синтопияи байни узвҳои ковоки сифоқ ва коси хурд зухурот меёбад. (Романов П.А. 1987) [1].

Барои ин варианти анатомии рӯдаи гафс қабзият, колостаз, зухуроти диспептикӣ ҳос аст, ки моҳияти сифати ҳаётро ҳалалдор мекунад (Махмудов З.А. 2006) [2-9]. Морфологияи девораи куррӯда ҳангоми мегасекум пештар таҳқиқиот гузаронида нашудааст, маълумотҳо дар бораи сохтори ин узв бениҳоят кам аст [7,16]. Бештари ғадудҳои ин узв чӯзҳои доимӣ сохтори девораи он мебошад, дар ҳазмшавии (ҳосилкунии луоби рӯдавӣ), равандҳои реабсорбтсия, ташакуллӯбии механизмҳои иммунитетии маҳаллӣ иштирок мекунад (Сапин М.Р, и др., 2001) [3]. Як қатор асарҳое, ки ба хусусиятҳои тавсифоти морфо-

логии дастгоҳи ғадудӣ бахшида шудаанд, муддатҳо пеш аз ин таҳия гашта, бар рӯйи қоидаҳои тибби собитшуда таъя надоранд. Вайроншавии сохторию вазифавӣ дастгоҳи ғадудӣ куррӯда зимни мегасекум, эҳтимол, метавонад бад шудани потентсиалии адаптатсионӣ девораи ин узв, равандҳои реабсорбтсионӣ ва транзити мазруфи рӯдавӣ оварда расонад (Колесников Л.Л. 2008).

Ба ғайр аз ин гузаргоҳи тихигоҳу куррӯда макони зоҳиршавии ҳолатҳои гуногуни патологӣ ва бахши пайдоиши зудраси омос ба ҳисоб мераванд [15], аммо ғадудҳои рӯда пойгоҳи анатомии рушди аденокарсинома ва омосҳои бадсифат мебошанд, ки аз эпителияи ғадудию аденомаи патдор маншаъ гирифта, ҳолати пеш аз саратонро ба хотир мерасонанд. Ончунон ки дар адабиёти илмӣ ишора рафтааст, маълумотҳои вобаста ба таркибу анатомияи ғадудҳо хеле ноҷи-



занд[13,14]. Ғадудҳои куррӯда зимни мегасекума, яъне зимни варианти нодири топографӣ-анатомии рӯдаи ғафс пеш аз ин таҳқиқ нагаштаанд.

**Мақсади таҳқиқот** - омӯзиши ғадудҳои куррӯда зимни мегасекума ба ҳисоб меравад.

**Мавод ва усули таҳқиқот.** Муоинаҳои макро-микроскопӣ ғадудҳоро бо ёрии стереомикроскопи МБС-9 (окклюзивии 8, объективҳои 16, 40, 32, 64) омӯхтаанд. Бар рӯи препаратҳои васеъ миқдори ғадудҳои рӯдаро шумурданд, ки аз рӯи таъдод ба масоҳати равзани даҳанаи маҷрои ғадуди рӯдарост меояд (10 ченак барои ҳар як шубҳаи муоинашудаи кунҷи тигигоҳию куррӯда бо шумориши минбаъдаи нишондиҳандаи миёна). Бо ин мақсад тӯри окулярӣ ба кор бурда шуд.

Мо бар пояи препаратҳои гистологӣ микротопография ва микроанатомияи ғадудҳои вобаста ба гузаргоҳи куррӯдаро омӯхтем. Пас аз беобкунии (формалини 10%) тар кардани онВ дар спирти концентратсияш болораванда ва ғӯтонидан дар блокҳои парафинӣ қисм-қисм чок намудем (аз ҳар пора 5-7 қисми тоза бо ғафсии 5-7 мкм ба даст овардем). Қисмҳоро бо гематоксилин-эозин ва аз рӯи усулҳои ван Гизон ва Гримелиус бо ёрии пикрофуксин (реаксияи нуқраафшонӣ) рангмолӣ кардем.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Мо аз усулҳои макро - микроскопӣ ва гистологӣ бо корбурди равиши морфометрӣ истифода намуда, нишондиҳандаҳои сохтории ғадудҳои куррӯдаро ҳангоми мавҷудияти мегасекума дар мисоли одамони вобаста ба давраи 1-уми синни балоғат (4 мисол барои мушоҳида) омӯхтем, ки ин кор дар муқоиса бо маълумотҳои санҷишӣ анҷом дода шуд (расми 3,4). Мо бо мақсади санҷиш нишондиҳандаҳои ҳамгуни ғадудҳои куррӯдаро ба асоси шароити ҳадди меъёр дар одамони вобаста ба гурӯҳи синнусолии мазкур баррасӣ намудем. Маълумотҳои рақамӣ фарқиятҳои қиддиеро ошкор сохтанд, ки мо намунаашро дар чадвали рақами 1 хоҳем дид.

Миқдори ғадудҳои рӯда дар масоҳати 1 мм<sup>2</sup> девораи куррӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума дар организми одамони вобаста ба гурӯҳи синнусолии мазкур нисбат ба нишондиҳандаи дахлдори санҷишӣ 1,5 маротиба камтар мебошад ( $p < 0,05$ ).

Дарозии ғадуди рӯдавии куррӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума дар қиёс бо нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,4 маротиба камтар аст ( $p < 0,05$ ).

Масоҳати ғадуди рӯдавӣ дар бурриши тӯлии он ба иртиботи гурӯҳи синнусолии мазкур нисбат ба нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,3 маротиба камтар ба назар расид ( $p < 0,05$ ). Нисбат ба нишондиҳандаи санҷиш ба андозаи 1,5 маротиба камтар муқаррар гашт ( $p < 0,05$ ).

Масоҳати ғадуди рӯдавӣ дар бурриши арзии он зимни давраи 1-уми синни балоғат ҳангоми мавҷудияти мегасекума нисбат ба нишондиҳандаи санҷишӣ ба андозаи 1,5 маротиба камтар ба дид омад ( $p < 0,05$ ).

Миқдори эпителиотсит дар бурриши тӯлии ғадуди рӯдавӣ дар девораи куррӯда ба иртиботи мардумоне, ки аз гурӯҳи синнусолии таҳти мушоҳида берун омадаанд, ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар мушоҳида шуд ( $p < 0,05$ ), (расми-1).

Миқдори эпителиотсит дар бурриши арзии ғадуди рӯдавӣ дар девораи куррӯда ба иртиботи гурӯҳи синнусолии мазкур ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар ба сабт расид ( $p < 0,05$ ).

Миқдори дарсадии хучайраҳои чаббидашуда дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба камтар будааст ( $p < 0,05$ ). (расми-2).

Миқдори дарсадии хучайраҳои қадахмонанд дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда ҳангоми мавҷудияти мегасекума ба андозаи 1,2 маротиба бештар падидор гаштааст ( $p < 0,05$ ).

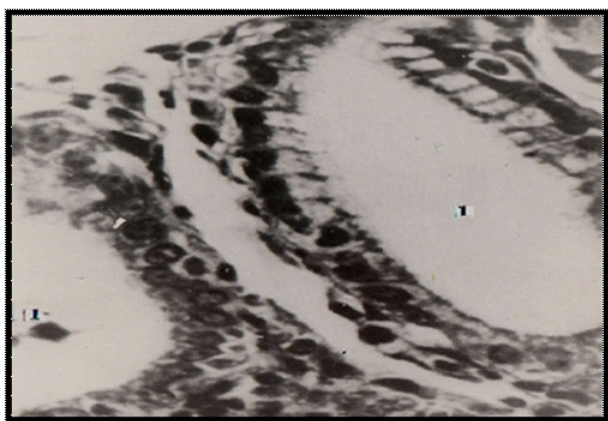


## Чадвали 1.

Нишондиҳандаҳои морфометрии ғадудҳои рӯдавии кӯррӯда дар давраи 1-уми синни ба-  
лоғат ҳангоми мавҷуд будани навъҳои мегасекума ( $X \pm Sx$ ; min-max. кв. мм.  $\times 10^{-4}$ )

Номгӯи нишондиҳанда, дараҷаи мунтазамӣ, гурӯҳи тахти мушоҳида	Моҳияти нишондиҳандаҳо
Микдори ғадудҳои рӯда дар майдони 1 мм <sup>2</sup> -санчиш - навъҳои мегасекума	52,2±2,4; 38,4-62,2 34,0±3,1; 29,2-40,6
Дарозии ғадуди рӯда, мкм -санчиш -навъҳои мегасекума	198,6±4,3; 166,9-219,0 165,2±5,6; 160,2-180,0
Бари ғадуди рӯда, мкм -санчиш -навъҳои мегасекума	45,1±1,5; 36,5-54,2 32,2±4,9; 26,5-38,4
Масоҳати ғадуди рӯда ба асоси бурриши тӯлӣ, мм <sup>2</sup> 10 <sup>-4</sup> - санчиш -навъҳои мегасекума	78,9±1,4; 70,2-84,2 60,0±5,8; 54,2-82,1
Масоҳати ғадуди рӯда ба асоси бурриши арзӣ, мм <sup>2</sup> 10 <sup>-4</sup> -санчиш -навъҳои мегасекума	27,9±0,7; 19,8-28,9 18,1±1,5; 15,0-21,2
Микдори эпителиосит дар бурриши тӯлии ғадуд -санчиш -навъҳои мегасекума	90,2±2,0; 78,3-103,0 78,0±4,5; 70,5-91,0
Микдори эпителиосит дар бурриши арзиғадуд -санчиш -навъҳои мегасекума	19,0±0,5; 14,8-21,0 16,2±1,3; 12,4-17,2
Дарсадии микдори ҳуҷайраҳои чаббидашуда дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда, % -санчиш -навъҳои мегасекума	48,8±1,6; 35,2-54,4 40,0±4,9; 32,2-49,8
Дарсадии микдори ҳуҷайраҳои қадахмонанд дар бурриши тӯлии ғадуди рӯда, % -санчиш -навъҳои мегасекума	49,8±1,3; 36,5-52,2 58,8±3,7; 50,1-63,4
Масоҳати даҳанаи ғадуди рӯда, кв. мм 10	

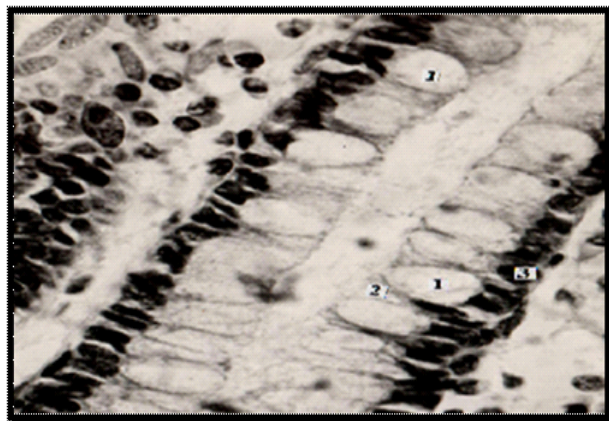
**Эзоҳ:** 4 маврид ҳангоми мавҷудияти мегасекума омӯхта шуда, ба сифати санчиш (гунбази кӯррӯда, дар ҳадди меъёр) 14 маврид ворасӣ гардид.



**Расми.1.** Васеъшавии ғадудҳои кӯррӯда ҳангоми мегасекума.

1- равшанаи ғадуди рӯда; 2-қабати хусусии луобпарда.

Рангкунӣ бо гематоксилин-эзин. Калонкунӣ  $\times 450$ .



**Расми.2.** Микротопографияи ҳуҷайраҳои қадахмонанди чаббидашаванда дар девораи ғадудҳои рӯдаи кӯррӯда.

1- ҳуҷайраҳои қадахмонанд; 2- ҳуҷайраҳои чаббидашаванда; 3- ядра эпителиоситҳо.

Рангкунӣ гематоксилин-эзин. Калонкунӣ  $\times 600$ .



**Расми.3.** Тасвири макроскопӣ курӯда хангоми мегасекум

Масоҳати даҳанаи маҷрои ғадуди рӯдавӣ (маълумотҳои вобаста ба макро-микроскопия) хангоми мавҷудияти мегасекум дар вучуди мардумони вобаста ба давраи 1-уми синни балоғат нисбат ба нишондиҳандаҳои санҷишӣ ба андозаи 1,7 маротиба камтар зухур кардааст ( $p < 0,05$ ).

Ҳадди ниҳии инфиродӣ ва ҳадди аксари миқдори ғадудҳои рӯдавӣ, инчунин дарозӣ, бар ва масоҳати ғадудҳо, миқдори эпителиотситҳои таркиби он (бар рӯйи бурришҳои тӯлию арзӣ), дарсадии муҳтавии хучайраҳои чаббидашаванда зимни мавҷудияти навъҳои мегасекума камтар, аммо хучайраҳои соғармонанд бештар бо нишондиҳандаҳои санҷишӣ



**Расми.3.** Тасвири макроскопӣ курӯда хангоми мегасекум

мутобиқат доранд (ба чадвали рақами 1 нигаред).

**Хулоса.** Зимни мавҷудияти мегасекум дар организми мардумони вобаста ба давраи 1-уми синни балоғат як навъ камшавӣ дар қиёс бо ҳадди меъёр ба мушоҳида мерасад. Миқдори ғадудҳои рӯдавӣ (дар масоҳати 1 мм<sup>2</sup> девора) кам мешавад. Тӯлу арзи ғадуди рӯдавӣ, масоҳати он ва миқдори хучайраҳои эпителиявӣ дар таркиби ғадуд (дар бурришҳои тӯлию арзӣ). Масоҳати даҳанаи маҷрои ғадуд, дарсадии миқдори хучайраҳои чаббидашаванда дар таркиби он. Зимни мавҷудияти мегасекума дар таркиби ғадуди рӯдавӣ афзоиши дарсадии миқдори хучайраҳои соғармонанд ба амал меояд.

## АДАБИЁТ

1. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки.-М., Медицина.- 1987.-137с
2. Махмудов З.А. Структурные особенности желез слепой кишки при разных вариантах илиоцекального угла.- Мат. Докл. VIII международной ассоциации морфологов.- Морфология.- -2006. Т.129, вып.4.-С.80.
3. Сапин М.Р. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем. /Сапин М.Р., Никитюк Д.Б, Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т //М., АПП "Джангар", 2001.-134с.
4. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов.М.,
5. Байтингер В.Ф. Сфинктеры пищеварительной системы./ В.Ф.Байтингер -Томск., изд. Сибирск. Мед.ин-та, 1994-248с.
6. Л.Е.Этинген. Очерки по функциональной анатомии // Л.Е. Этинген, Я.А.Рахимов, М.К. Каримов - М.: Медицина, 1996.-87с.
7. С. Т Ибодов. Вопросы классификации и морфогенеза малых желёз стенок полых внутренних органов/С. Т. Ибодов, Д. Б. Никитюк // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2008. - № 3. - С. 100-107.
8. С.С.Курбанов. Морфологическая характеристика желез ректосигмоидального отдела кишечника человека в постнатальном онтогенезе: автореф. дис. д-ра мед. наук / С.С.Курбанов. - Новосибирск, 2002. - 32 с.



9. Л.Л. Колесников. Сфинктерология / Л.Л. Колесников - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. -151с.
10. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека. Новый взгляд на проблему. / Л.Л. Колесников Мат.докл. VIII Конгресса Международной ассоциации морфологов.- Морфология.-2006.Т.129,вып.4.-С.6.
11. Межидов У.С. Сфинктерный аппарат внепеченочных желчевыводящих путей человека /У.С. Межидов, Д.Б. Никитюк // Анатомо-клинические параллели.Мат. 2 ежегодной науч.-практич. конф. молодых ученых НИИ питания РАМН.-М, 2009.-С.62.
12. Р.Д.Синельников Метод окраски желёз слизистых оболочек и кожи //Мат. к макромикроскопии вегетативной нервной системы и желёз слизистых оболочек и кожи. Харьков, 1948.- С.401-405.
13. Никитюк Д.Б. Сфинктер Мирризы / Д.Б. Никитюк, У.С. Межидов // Анатомо-физиологические особенности и каннические параллели: - Мат, конф. Здоровье - здоровая нация. - М., 2009 - С.- 50.
14. М.А.Пальцев. Атлас патологической анатомии / М.А.Пальцев, Н.М Аничков.-М.: Медицина, 2005.С. 228.
15. First N. Tumors of the ileocecal region of the human colon / N. First Cancer.-1999. -V.65, # 3.-P.1137-1146.
16. Teiumasa K. Morphology and physiology of the gastrointestinal tract. /К. Teiumasa et al.] - New-York.-1990. -P. 964.

### ЭНСЕФАЛОПАТИЯ И ШАДИДИ СӰХТАГИИ КӰДАКОН

**Н.Р.Саломзода, С.Т.Ибодов, Р.Х.Зокиров, М.Ф.Менликулов, А.А.Рахматуллоев,  
О.Т. Девонаев.**

Кафедра анатомии одам ба номи Я.А.Раҳимов (мудири кафедра н.и.т. Р.Х.Зокиров)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Саломзода Наим Раҳимович - муаллими калони кафедраи анатомии одам ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:Salomzoda1972@mail.ru, тел. 919-03-40-22.*

*Ибодов Саидмуқим Тиллоевич - д.и.т. профессори кафедраи анатомии одам, ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:Ibodov2010@yandex.ru, тел. 918-15-37-64.*

*Зокиров Раҳматулло Ҳамидович - н.и.т., мудири кафедраи анатомии одам ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail:rahmatullo.zokirov@mail.ru, тел. 900-21-67-67*

*Менликулов Муродалӣ Файзалиевич - ассистенти кафедраи анатомии одам ба номи Я.А.Раҳимови ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино E.mail: murodali@mail.ru, тел.988-43-31-75,*

*Рахматуллоев Аъзамшоҳ Асламшоевич -мудири кафедраи фанҳои морфологӣ ва стоματοлогияи Коллеҷи тиббӣ-иҷтимоии ш. Душанбе тел. 552-05-70-00.*

*Девонаев Олимҷон Темурович - профессори кафедраи анатомии одам ба номи Я. А. Раҳимов ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино; Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Борбад, б. 48/32, кв. 56. E-mail: olytmjon61@bk.ru. Тел.: 935236023.*

Далелҳои овардашуда натиҷаи таҳқиқоти шахсии муаллифон буда, онҳо маълумоти осебҳои сӯхтагӣ, энсефалопатия, омеси мағзи сар, морфология ва патофизиологияи майнаи сар, профилактикаи пайдоиши

хуруҷҳои эпилептикӣ дар кӯдакҳои дорони осеби сӯхтагиро дида баромаданд.

**Калимаҳои калидӣ.** энсефалопатияи баъди сӯхтагӣ, гипоксия, хуруҷҳои эпилептикӣ, гипопропротеинемия, варами майнаи сар.



## ОСТРАЯ ОЖОГОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ

**Н.Р. Саломзода, С.Т. Ибодов, Р.Х. Зокиров, М.Ф. Менликулов, А.А. Рахматуллоев, О.Т. Девонаев**

Кафедра анатомии человека имени Я.А.Рахимова (зав. кафедрой, к.м.н Р.Х.Зокиров)  
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

*Саломзода Наим Рахимович - старший преподаватель кафедры анатомии человека им. Я. Р. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино. E.mail: Salomzoda1972@mail.ru, тел. 919-03-40-22*

*Ибодов Саидмухим Тиллоевич - д.м.н, профессор кафедры анатомии человека им. Я. А. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино. E.mail: Ibodov2010@yandex.ru, тел. 918-15-37-64.*

*Зокиров Рахматулло Хамидович - к.м.н, заведующий кафедрой анатомии человека им. Я.Р Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино E.mail: rahmatullo.zokirov@mail.ru, тел. 900-21-67-67*

*Менликулов Муродали Файзалиевич - ассистент кафедры анатомии человека им. Я.Р Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино. E.mail: murodali@mail.ru, тел. 988-43-31-75,*

*Рахматуллоев Аъзамшоҳ Асломиоевич - заведующий кафедрой морфологических дисциплин и стоматологии медицинско-социального колледжа города Душанбе, тел. 552-05-70-00*

*Девонаев Олимджон Темурович - профессор кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ТГМУ. Таджикистан, г. Душанбе, ул. Борбада д. 48/32 кв.56. E-mail: olimjon61@bk.ru. Тел: 93 - 523 - 60 - 23*

Приведенные данные, являясь результатом личных исследований авторов, содержат сведения об ожоговых травмах, энцефалопатии, морфологии и патофизиологии головного мозга, а также о его отеках, профилактике возникновения эпилепти-

ческих припадков у детей с ожоговыми травмами.

**Ключевые слова.** послеожоговая энцефалопатия, гипоксия, обострение, эпилептический рецидив, гипопротенимия, отек головного мозга.

## ACUTE BURN ENCEPHALOPATHY IN CHILDREN

**N.R. Salomzoda, S.T. Ibodov, R.H. Zokirov, M.F. Menlikulov, A.A. Rahmatulloev, Devonaev O. T.**

Human Anatomy department named after Ya. A. Rahimov (head of the department c.m.s. R. H. Zokirov) of ATSMU

*Salomzoda Naim Rahimovich - senior teacher of Human Anatomy department named after Ya. R. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: Salomzoda1972@mail.ru, ph. (+992) 919-03-40-22*

*Ibodov Saidmukim Tilloevich - MD, Professor of Human Anatomy department named after Ya. R. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: Ibodov2010@yandex.ru, ph. (+992) 918-15-37-64*

*Zokirov Rahmatullo Hamidovich - c.m.s. head of Human Anatomy department named after Ya. R. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: rahmatullo.zokirov@mail.ru, ph. (+992) 900-21-67-67*

*Menlikulov Murodali Fayzalievich - assistant of Human Anatomy department named after Ya. R. Rahimov of Avicenna TSMU. E-mail: murodali@mail.ru, ph. (+992) 988-43-31-75*

*Rahmatulloev Azamshoh Aslamshoevich - head of morphological disciplines and stomatology of medical-social college, Dushanbe. ph. (+992) 552-05-70-00*

*Devonaev Olimjon Temurovich - professor of Human Anatomy department named after Ya. A. Rahimov of ATSMU, Tajikistan, Dushanbe, Borbad St. 48/32, flat 65. E-mail: olymjon61@bk.ru; Tel. 935236023*

The brought data being the result of personal investigations (studies) of authors have information about burn traumas, encephalopathy, brain edema, morphology and



pathophysiology of brain, prophylactic appearing of epileptic seizure in children with burn traumas.

Зимни солҳои фаъолият дар Маркази чумхуриявии бемориҳои сӯхтагии БМК №5 аз соли 1998 то соли 2003 90 кӯдаки бемори гирифтори осебҳои сӯхтагӣ муоина гардид. Ҳангоми иллатнокшавии сироятӣ САМ (менингит, энсефалит) оризаҳо аз ҷониби системаи асаби марказӣ то марганҷомӣ мушоҳида гардиданд. Аз рӯйи маълумотҳои мо, дар кӯдакони гирифтори сӯхтагӣ басомади пайдошавии энсефалопатия дар ҳудуди аз 4 то 6 (18-20%) ҳодиса тағйир меёбад. Зимни осебҳои сӯхтагӣ омоси мағзи сар, таъсири захрҳои сӯхтагӣ, дар шабонарӯзи 2-3-юми пас аз сӯхтагӣ, сабаби ихтилолоти неврологӣ мегарданд. Ҳангоми беморӣ дар шабонарӯзи аввал нооромӣ, хашмгинӣ, ҳаяҷон ба назар мерасид. Рӯзҳои баъд ҳоболудӣ, дезориентатсия, ҳолати ҳазёнӣ, инчунин галлютсинатсия, дилбеҳузурӣ ва ташаннучи мушакҳо, то аз қор мондани дил мушоҳида мегардид. Тарҳи аниқи манзараи клиникӣ дар робита бо осеби зиёди сӯхтагӣ ба зиёда аз 40%-и сатҳи бадан дар мавриди 25% тағйирот дар рафтор, зимни 30% ҳалалёбии шуур ва дар 60% ихтилолоти омехтаи равонӣ вучуд надорад.

Мақсади таҳқиқот: Мақсад аз таҳқиқот муайян кардани сабабҳои бешумори энсефалопатияи кӯдакони гирифтори сӯхтагии зиёд, инчунин баррасии патофизиология ва морфологияи системаи асаби канорӣ, хусусан манбаъҳои, ки бо эҳсоси дардҳои ба сӯхтагӣ ва ихтилолоти ҳассосият вобастагӣ доранд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар Маркази чумхуриявии бемориҳои сӯхтагӣ 90 бемори гирифтори осебҳои зиёди сӯхтагии аз 25% то 65%-и сатҳи бадан, ки асосан хусусияти термикӣ (оби ҷӯш ва оташ) дошту синнашон аз 2 то ба 9-солагӣ мерасид, муоина карда шуд. Асосан таҳқиқоти мо аз зоҳир намудани оризаҳои клиникӣ, ки ҳангоми сӯхтагии зиёд дар кӯдакон аз ҷониби системаи асаби марказӣ ошкор мешаванд, иборат мебошад. Электроэнсефалография

**Keywords:** after burn encephalopathy, hypoxia, exacerbation, epileptic recurrence, hypoproteinemia, brain edema.

(ЭЭГ) аз усулҳои муоинаи беморони сӯхтагӣ ба мақсади ошкор намудани энсефалопатия ба ҳисоб меравад. Дар мавриди 20 бемори, аз 90 пацсенти таҳти муоина қарордошта, зимни ЭЭГ мавҷҳои паҳншудаи сусти дар қитъаҳои хос қач, ки вазнинии сӯхтагиро тасҳеҳ мекунад, ба қайд гирифта шуд. Тағйиротҳои мазкур аз рӯзи 2-юм то 12-уми пас аз сӯхтагӣ мушоҳида гардиданд ва барои хурӯҷҳои саръие, ки одатан дар 48 соати аввали пас аз воридшавӣ ба Маркази чумхуриявии бемориҳои сӯхтагӣ ба назар мерасанд, хос нест. Дар мавриди 20 бемори гирифтори сӯхтагӣ тағйироти ЭЭГ бо амплитудаи хеле пасти мавҷҳо (хусусан дар мавзеи паси сар) ва зимни 16 пацсент бошад, ЭЭГ барои хурӯҷи саръмонанд хос буд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Паҳншудатарин симптоми энсефалопатия ташаннуч ба ҳисоб меравад. Басомади пайдоиши ташаннуч, дар кӯдакони сӯхтагӣ, зимни 20 бемори аз 90 пацсенти таҳти муоина қарордошта, тақрибан 22%-ро ташкил медиҳад. Марҳилаи ниҳонӣ, аз лаҳзаи осеби сӯхтагӣ то пайдо шудани ташаннуч дар байни аз якчанд соат то ду ҳафта тағйир меёбад. Давомнокии он бо этиологияи хурӯҷ алоқамандӣ дорад, зимнан дар баъзе ҳолатҳо ихтилолоти метаболӣ сабаби барвақт пайдо шудани ба ҳисоб меравад. Омилҳои этиологияи ташаннуч ҳамеша мувофиқ қунонида намешаванд ва асосан ба онҳо гипопротенемия, табларза, фишорбаландӣ, гипоксия, омоси мағзи сар, ки моқабли хурӯҷ аст, таъсири баъзе аз маводи доруворӣ ва истифодаи препаратҳои мавзеии зиддимикробӣ шомиланд. Дар мавриди 20 пацсент, аз 90 бемори таҳти муоина қарордошта, пас аз истифодаи мавзеии лидокаин ва тэтратаксиклин хурӯҷи саръ, ташаннуч ва бозистодани нафас мушоҳида гардид. Ҳанӯз то ба амал омадани ташаннуч қобилияти фарқ кардан, бозистӣ нишондиҳандаи нозуктарини фаъолияти қишри майна гум мешавад (И.П.Павлов). Рефлексҳои шартӣ пас аз ташаннуч тадричан барқарор





мешаванд. Хуруҷҳои хеле саҳт ва дуру дарози ташаннуч метавонанд боиси халалёбии устувори функсияи анализатории қишри мағзи сар гарданд (қарӣ, кӯрӣ ва дигар оризаҳо). Дар 9 кӯдак аз 90 бемори муоинашаванда, ки 10%-ро ташкил медиҳад, тазйиқи пай, рағ ва дигар рефлексҳо бо минбаъд инкишоф ёфтани фалаҷ, нимафалаҷ ва парестезия ба амал омад.

Ҳамин тавр, таҳқиқотҳои баъдина нишон доданд, ки яке аз омилҳои муайянкунандаи оризаи неврологӣ гипоксия ба ҳисоб меравад. Минбаъда инкишоф ёфтани оризаҳои неврологӣ гипоксемия ва гипертонияро ошкор намуд, ки масмумият обӣ ва гипопропротеинемияро ҳамроҳ дошт. Дар баъзе мавридҳо сабаби энсефалопатияи сӯхтагӣ метавонад усулу препаратҳои гардад, ки ҳангоми муолиҷаи иллатҳои сӯхтагӣ ба қор бурда мешаванд. Масалан, нитрати нуқра, сулфадиазини нуқра, ки ба сифати марҳам барои қорқарди мавзеи қароҳати сӯхтагӣ ба қор бурда мешавад ва дар натиҷаи реакцияҳои химиявӣ, ки дар сатҳи сӯхтагӣ ба амал меоянд, боиси талаф ёфтани ионҳои натрий мегардад. Таҳқиқотҳои аввалин далали онанд, ки ҳангоми оризаи даҳлдор пеш-

гӯйи номусоид аст. Тибқи маълумотҳои Краус, дар кӯдакони гирифтори энсефалопатияи сӯхтагӣ мумкин аст кӯрӣ, истисқои афзоишбанди сар инкишоф ёбад. Тибқи маълумотҳои клиникӣ мо, дар кӯдакони солашон қалонтар (аз 4 то 7 сола), ақибмонии зеҳнӣ дар қиёс ба ҳамсолон мушоҳида гардид. Сабабҳои энсефалопатияи сӯхтагӣ дар кӯдакони хусусияти бисёрмонӣ дорад. Дар марҳилаи ибтидоӣ гипоксия, атсидоз, ҳолати садамавӣ метавонанд нақши муҳим дошта бошанд. Баъдан, ҳангоми токсемияи шадиди сӯхтагӣ гипогидротатсия, гипонатриемия, гипокалимия ва ихтилолотҳои дигарӣ мувозинати обу электролитӣ, баланд шудани ҳарорат ва уфунат метавонанд боиси инкишоф ёфтани ташаннуч ва омӯси мағзи сар гарданд. Муолиҷаи бемориҳои сӯхтагӣ, ки аз истифодаи препаратҳои мавзей, вояи зарбаросони антибиотикҳову анестезия иборат аст, низ метавонад боиси сабаби мушқилоли неврологӣ гардад. Муоинаи бодикқати лаборатории мувозинати электролитиву обӣ, инчунин назорати инкишоф ёфтани сироят барои қанор мондан аз оризаҳо, ки аз қониби системаи асаби марказӣ аст, қумак мерасонад.

## АДАБИЁТ

1. Х.Ф. Карваял, Д.Х. Пагрис. Ожоги у детей /Москва, 1990, стр. 379-386
2. А.Д Адо, В.В Новицкий. Патологическая физиология/Томск, 2006,стр105-174
3. П.Ф.Литвитский. Патофизиология/ Москва, Геотар Медиа, 2006. стр. 405-406
4. В.К Салогуб. Лечение обожженных на этапах медицинской эвакуации/ Москва, 1979, стр.64-70

## СИНТЕЗИ Z,E-ИЗОМЕРҲОИ МОНОЭФИРҲОИ СОДДАИ ДУСЕЮМИНАИ ДИОКСИАЛДЕГИДҲОИ ЕНИНӢ

**И.У. Файзилов, А. Абдиразоқов, Ш.С. Шамсутдинова, Р.Ё. Шарипова**

Кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоиди (мудири кафедра н.и.х., дотсент И.У Файзилов)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Файзилов Иқром Усмонович-н.и.х., дотсент, мудири кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоиди Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино; ш. Душанбе, к. Маяковский 69/2, х. 37. E-mail: Ikromfayzilov@mail.ru. Тел: 918-40-22-11*

*Абдиразоқов Аланазар-н.и.х., дотсенти кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоиди Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино; ноҳияи Рӯдакӣ, шаҳрчаи Сомониён, к. Баҳористон 32. E-mail: allanazar @bk.ru. Тел: 900212044*



**Шамсутдинова Шоира Сирочевна**-ассистенти кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоидии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино; ш. Душанбе, к. С. Шерозӣ 20/1, х. 27. Тел: 928465114

**Шарипова Рӯзигул Ёқубовна**-н.и.х., дотсенти кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоидии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино; ш. Душанбе, кӯчаи Навбахор 1/1 х. 19. Тел: 918877876

Дар таҳқиқоти мазкур шароитҳои гузаронидани синтез ва схемаи ҳосилкунии Z, E-изомерҳои моноэфирҳои содаи диоксиалдегидҳои енинӣ оварда шудаанд. Реаксияи додашуда бо роҳи оксидкунии Z, E-изомерҳои моноэфирҳои содаи якума-дусеюминаи триолҳои енинӣ бо дуоксиди

мангани ( $MnO_2$ ) ҷаъол гузаронида шудааст, реаксия дар муҳити эфири хушк ё гексан дар ҳарорати 40-50 °C гузаронида мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** моноэфирҳои сода - дуоксиди мангани ҷаъол - диоксиалдегидҳои енинӣ.

## СИНТЕЗ Z,E- ИЗОМЕРОВ ПРОСТЫХ МОНОЭФИРОВ ДИТРЕТИЧНЫХ ЕНИНОВЫХ ДИОКСИАЛЬДЕГИДОВ

**Файзилов Икром Усмонович**-к.х.н., доцент, заведующий кафедрой биоорганической и физколлоидной химии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; г. Душанбе, ул. Маяковского 69/2 кв. 37. E-mail: Ikrom.fayzilov@mail.ru. Тел: 918402211.

**Абдиразоков Аланазар**-к.х.н., доцент кафедры биоорганической и физколлоидной химии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; р. Рудаки, п. Сомониён, ул. Бахористон 32. E-mail: allanazar@bk.ru. Тел: 900212044

**Шамсутдинова Шоира Сирочевна**-ассистент кафедры биоорганической и физколлоидной химии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; г. Душанбе, ул. С. Шерозӣ 20/1, кв. 27. Тел: 928465114.

**Шарипова Рӯзигул Ёқубовна** -к.х.н., доцент кафедры биоорганической и физколлоидной химии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; г. Душанбе, ул. Навбахор 1/1, кв. 19. Тел: 918877876.

В работе отражены условия проведения синтеза и схема получения Z,E-изомерных простых моноэфиров ениновых диоксиальдегидов. Данная реакция проведена путем окисления Z, E-изомеров простых моноэфиров первично-дитретичных ениновых трио-

лов активированной двуокисью марганца ( $MnO_2$ ), реакция проводится в среде сухого эфира или гексана при температуре 40-50°C.

**Ключевые слова:** простые моноэфиры, активированная двуокись марганца, ениновые диоксиальдегиды.

## SYNTHESIS OF Z, E-ISOMERS OF MONOETHERS OF DITRETIC ENINE DIOXYALDEHYDE

**Fayzilov Ikrom Usmanovich** - c.ch.s., associate professor, Head of the Department of bioorganic and physicolloid chemistry of ATSMU. Dushanbe, 69/2 Mayakovsky st., apart. 37. E-mail: Ikrom.fayzilov@mail.ru. tel:918402211.

**Abdirazokov Alanazar** - c.ch.s., associate professor of the Department of bioorganic and physicolloid chemistry of ATSMU. Rudaki district, Somoniyon, 32 Bahoriston St., E-mail: allanazar@bk.ru. tel:900212044

**Shamsutdinova Shoira Sirojevna** - assistant of the Department of bioorganic and physicolloid chemistry of ATSMU. Dushanbe, 20/1 Sherozi St., apart. 27. Tel:928465114.

**Sharipova Ruzigul Yoqubovna** - c.ch.s., associate professor of the Department of bioorganic and physicolloid chemistry of ATSMU. Dushanbe, , 1/1 Navbahor St, apart. 19. tel: 918877876.



The conditions of carrying out of synthesis and the scheme of obtaining of Z, E-isomeric simple monoesters enine dioxyaldehydes were represent in the work. This reaction was realized by the way of oxidation of Z, E-isomeric simple monoesters of primery ditertiary

enine triols of activated Manganese Dioxide ( $MnO_2$ ) the reaction is carried out in the media of dried ether or hexane at the temperature of 40-50  $^{\circ}C$ .

**Key words:** simple monoethers, activated manganese dioxide, enic dioxyaldehydes.

**Мухимият.** Дар байни пайвастагиҳои атсетилени ҳосилаҳои енинӣ, яъне пайвастагиҳои, ки дар он бандҳои дучанда ва се-чанда алоқаманд мебошанд, ҳеле мароқоваранд, зеро саҳми омили структуравиро дар фаъолнокии биологӣ баҳогузори карда метавонанд. Мавҷудияти банди дучанда аз мавҷуд будани изомерҳои фазои Z,E дарак медиҳад. Изомерҳои додасуда ба ғайр аз он, ки дар фазо ҷойгиршавии гуногуни гурӯҳҳои нисбат ба банди дучанда доранд, инчунин боз бо қобилияти ҳосил кардани бандҳои гидрогении дохилимолекулавӣ (БГД) аз ҳамдигар фарқият доранд. Барои Z-изомер ҳосил кардани БГД-вии байни абрҳои электрони атсетилени бо протони ОН-и гурӯҳи охири метилени хос мебошад. Нишондиҳандаи он, ки дар кадом дараҷа БГД ба ҳосияти химиявии ин синф таъсир мерасонад, ин қобилияти оксидшавандагии гурӯҳи оксиметилени он мебошад. Дар натиҷаи ин гуна реаксия Z,E-изомерҳои дусеюминаи диоксиалдегидҳои енинӣ ҳосил карда шудаанд. Ҳамин тариқ исбот карда шудааст, ки БГД омили нишондиҳандаи рафтори химиявии Z,E-изомерҳои триолҳои енинӣ шуда наметавонад [1,2]. Агар ба фаъолияти биологӣ қатори пайвастагиҳои зерин нигоҳ кунем, чи ҳеле, ки тадқиқи фармакологӣ нишон медиҳад, Z,E-изомерҳои триолҳои енинӣ ва эфирҳои содаи онҳо бо радикалҳои алифатӣ ва алициклӣ ҳосияти талҳачудокунӣ ва зидди илтиҳобӣ доранд, вале ҳосилаҳои оксидшудаи триолҳои енинӣ, диоксиалдегидҳои енинӣ ҳосияти фаъоли зиддибактериявӣ зоҳир намуданд. Муқаррар шудааст, ки диоксиалдегидҳои енинӣ ба патогенҳои стафилакоки тиллоӣ, стрептококк, ҷӯбчаҳои кабуду сабзи чирк, микробҳои дизентерӣ, ҷӯбчаҳои энтеропатогении рӯда, салмонелла, паратифи "В" ва протейи дурушт таъсири фаъол доранд. Омӯзишҳо

нишон доданд, ки E-изомерҳо нисбат ба Z-изомерҳо 2-3 маротиба таъсири зиддимикробии зиёдтар доранд.

Таҳлили адабиётҳои нишон дод, ки оксидшавии системаҳои бисёралоқаманд камбудихоро пеш меоранд, масалан ҳангоми истифодабарии оксидкунандаҳои қавӣ ( $KMnO_4$ ,  $K_2Cr_2O_7$  ва ғ) ба протсесҳои номатлуб оварда мерасонад, ба монанди кандашавии молекулаҳо аз рӯи банди каратӣ. Дар таҷрибаҳои мо ҳангоми ба сифати оксидкунанда истифодабарии оксидкунандаҳои маҳинтар, ба монанди пероксиди никели фаъол, пероксиди гидроген, комплекси хрому пиридин, ангидриди кислотаи хромат дар кислотаи сулфат, ба қатроншавии назаррас оварда мерасонад. Чи ҳеле, ки таҷрибаҳои ояндаи мо нишон доданд, барои ҳосил кардани Z,E-изомерҳои моноэфирҳои содаи дусеюминаи диоксиалдегидҳои енинӣ дуоксиди мангани ( $MnO_2$ ) фаъолноқшуда ҳеле мувофиқ аст.

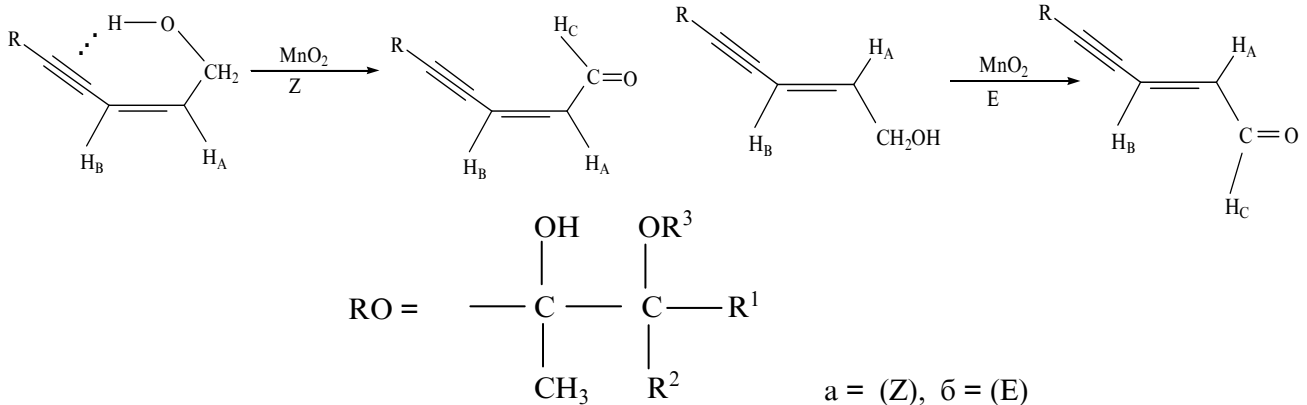
**Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он.** Дар давоми тадқиқот оиди синтез ва вобастагии ҳосиятҳои химиявӣ, фаъолнокии биологӣ триолҳои енинӣ ва ҳосилаҳои онҳо аз омилҳои структурӣ, синтези намояндаҳои нави диоксиалдегидҳо бо роҳи оксидкунии Z,E-изомерҳои моноэфирҳои содаи якума дусеюминаи триолҳои енинӣ гузаронида шудаанд.

Реаксияи додасуда дар муҳити эфири хушк ё гексан дар ҳарорати 40-50  $^{\circ}C$  бо роҳи омехтакунии Z,E-изомерҳои моноэфирҳои содаи дусеюминаи триолҳои енинӣ бо микдори 5-7 каратаи  $MnO_2$  гузаронида мешавад. Гузариши реаксия бо ёрии хроматографияи қабати тунук дар силуфол дар системаи бензол: метанол (8:2) санҷида шуд. Саршавии реаксия бо гузаштани 30-40 дақиқа ба ҳисоб гирифташуда, тамомшавии он бошад 5-6 соат давом намуд. Дар вақти



гузариши реаксия қатроншавӣ ё ягон эффек-  
тҳои номатлуб мушоҳида нашудааст. Схе-

маи гузариши реаксияро чунин ҳел тасав-  
вур кардан мумкин аст:



Дар ин ҷо (Ia,б)  $R^1=R^2=R^3=CH^3$ ; (IIa,б)  $R^1=R^2=CH^3$ ;  $R^3=C^2H^5$ ;  
(IIIa,б)  $R^1=C^2H^5$ ,  $R^2=CH^3$ ; (IVa,б)  $R^1=R^3=C^2H^5$ ;  $R^2=CH^3$ ;

Маҳсулотҳои ҳосилшуда моеъҳои часпа-  
ки зарди - равшан мебошанд. Баромади маҳ-  
сулот 46-76,5% ташкил медиҳад. Таркиб ва

сохти пайвастагиҳои синтезшуда (I а,б- IV  
а,б) бо таҳлили элементӣ, спектрҳои ИС ва  
РПМ исбот карда шудаанд (ҷадвали 1-3)

### Ҷадвали 1

#### Баромад, характеристикаи физикавӣ-химиявӣ ва маълумотҳои тадқиқи элементии пайвастагиҳои (Ia,б-IVa,б)

№ пайвастагӣ	Пайвастагӣ	Баро- мад, %	Т.ҷуш., 0 °С (мм. ст.сим.)	n <sub>D</sub> <sup>20</sup>	Ёфта шуд,%		Формула	Ҳисоб карда шуд %	
					С	Н		С	Н
Ia	Z-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-метокси-2-октен-4-ин-ал	62	138-139 (1)	1.5147	67.42	8.06	C <sub>11</sub> H <sub>16</sub> O <sub>3</sub>	67.3 5	8.16
Iб	E-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-метокси-2-октен-4-ин-ал	67	141-142 (1)	1.5156	67.23	8.21	C <sub>11</sub> H <sub>16</sub> O <sub>3</sub>	67.3 5	8.16
IIa	Z-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-метокси-2-октен-4-ин-ал	73	144-146 (1)	1.4942	68.64	8.62	C <sub>12</sub> H <sub>18</sub> O <sub>3</sub>	68.5 7	8.57
IIб	E-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-этокси-2-октен-4-ин-ал	76,5	148-150 (1)	1.4997	68.50	8.51	C <sub>12</sub> H <sub>18</sub> O <sub>3</sub>	68.5 7	8.57
IIIa	Z-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-метокси-2-нонен-4-ин-ал	57	153-156 (1)	1.4804	68.63	8.49	C <sub>12</sub> H <sub>18</sub> O <sub>3</sub>	68.5 7	8.57
IIIб	E-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-метокси-2-нонен-4-ин-ал	61	157-159 (1)	1.4898	68.53	8.64	C <sub>12</sub> H <sub>18</sub> O <sub>3</sub>	68.5 7	8.57
IVa	Z-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-этокси-2-нонен-4-ин-ал	46	161-163 (1)	1.4976	69.73	8.84	C <sub>13</sub> H <sub>20</sub> O <sub>3</sub>	69.6 4	8.93
IVб	E-6 гидрокси-6,7- диметил- 7-этокси-2-нонен-4-ин-ал	52	168-169 (1)	1.5018	69.59	8.97	C <sub>13</sub> H <sub>20</sub> O <sub>3</sub>	69.6 4	8.93

### Ҷадвали 2

#### Басомадҳои асосии фурӯбарӣ дар спектрҳои ИС-и моноэфирҳои содаи дусеюминаи диоксиалдегидҳои енинӣ

№ Пайвастагӣ	ИК- спектрҳо (ν, см <sup>-1</sup> )						
	C≡C	HC≡CH	C=O	OH	C-O (OH-сеюм)	-OCH <sub>3</sub>	-OC <sub>2</sub> H <sub>5</sub>
Ia	2200	1600 725	1670	3400	1160	2825	--
Iб	2200	1600 940	1670	3400	1160	2825	--
IIa	2180	1580 740	1640	3380	1155	--	2860
IIб	2180	1580 940	1640	3380	1155	--	2860
IIIa	2190	1585 930	1655	3390	1160	2830	--
IIIб	2190	1585 940	1655	3390	1160	2830	--
IVa	2200	1575 735	1645	3380	1150	--	2860
IVб	2200	1575 945	1645	3380	1150	--	2860



### Параметрҳои спектрҳои моноэфирҳои соддаи дусеюминаи диоксиалдегидҳои енинӣ

Пайвастагиҳо	РПМ спектрҳо, м.д.(J,Гц), ҳалқунанда СДСІЗ
Ia	1.44, 1.32,1.23 (CH <sub>3</sub> ), 3.1 (OH), 10.0 д.д (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>n</sub> = 7.8,6.53 (H <sub>b</sub> ), JH <sub>a</sub> H <sub>b</sub> = 10.0, 6.2д (H <sub>a</sub> ), 3,41 (OCH <sub>3</sub> )
Iб	1.44, 1.32,1.23 (CH <sub>3</sub> ), 3.1 (OH), 9.46 д.д. (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>a</sub> = 1.0 JH <sub>c</sub> H <sub>b</sub> = 6,6, 6,3 д.д (H <sub>a</sub> )J H <sub>a</sub> H <sub>b</sub> =15.0, 6.54 д.д (H <sub>b</sub> ), 3.41(OCH <sub>3</sub> )
IIa	1.44, 1.32,1.23 (CH <sub>3</sub> ), 3.1 (OH), 10.0 д.д (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>b</sub> = 7.8,6.53 (H <sub>b</sub> ), JH <sub>a</sub> H <sub>b</sub> = 10.0, 6.2д (H <sub>a</sub> ), 1.09 т.(CH <sub>3</sub> ) 3,4 кв. (OCH <sub>2</sub> )
IIб	1.44, 1.32,1.23 (CH <sub>3</sub> ), 3.1 (OH), 9.46 д.д (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>a</sub> = 1.0 JH <sub>c</sub> H <sub>b</sub> = 6,6, 6,3 д. (H <sub>a</sub> ), J H <sub>a</sub> H <sub>b</sub> = 15.0, 6.54 д.д (H <sub>b</sub> ),1.09 т. (CH <sub>3</sub> ), 3.4 кв. (OCH <sub>2</sub> )
IIIa	1.44, 1.25*,1.14 (CH <sub>3</sub> ), 0.93 т (CH <sub>3</sub> ,R), JCH <sub>3</sub> CH <sub>2</sub> = 7.0, 1/62 rd (CH <sub>2</sub> ,Et), 3.25 (OH), 10.0 д.д (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>a</sub> ≈ 0.7J H <sub>c</sub> H <sub>b</sub> =7,8 6.61 д.д (H <sub>b</sub> ), J H <sub>a</sub> H <sub>b</sub> =10.0, 6,35 д.д (H <sub>a</sub> ), 3,42 (OCH <sub>3</sub> )
IIIб	1.44, 1.25*,1.14 (CH <sub>3</sub> ), 0.93 т (CH <sub>3</sub> ,R), J CH <sub>3</sub> CH <sub>2</sub> = 7.0, 1.62 кв (CH <sub>2</sub> ,Et), 3.25 (OH), 9.46 д.д (H <sub>c</sub> ), J H <sub>c</sub> H <sub>a</sub> 1.0, J H <sub>c</sub> H <sub>b</sub> =6,6 6.62 д.д (H <sub>b</sub> ), J H <sub>a</sub> H <sub>b</sub> =15.0, 6,35 д.д (H <sub>a</sub> ), 3,42 (OCH <sub>3</sub> )
IVa	**
IVб	**

**Эзоҳ.\***- қайди сигнали диастереомерҳо; **\*\***- Спектри РПМ барои пайвастагиҳои (IVa,б) аксбардорӣ нашудааст.

Дар спектрҳои ИС моноэфирҳои соддаи диоксиалдегидҳои енинӣ хатҳои фурӯбарии -C?C - банд дар 2180- 2200 см<sup>-1</sup>, -C=C- банд дар 1580-1600 см<sup>-1</sup> ва C=O банд дар 1640-1670 см<sup>-1</sup> равшан айён мешаванд. Бузургҳои нисбатан пасти басомадҳои гурӯҳҳои этиленӣ ва карбонилӣ дар муқоиса бо триолҳои енинӣ бо эффекти алоқамандии системаи енинӣ бо гурӯҳҳои карбонилӣ фаҳмонида мешаванд. Лапиши валентии OH дар ҳудуди 3380-3400 см<sup>-1</sup> хати васеъ медиҳад. Хатҳои фурӯбарӣ дар ҳудуди 1155-1160 см<sup>-1</sup> ба лапиши C-O-и гурӯҳҳои гидроксиди сеюмина рост меоянд. Мавҷудияти фурӯбарӣ дар ҳудуди 725-745 см<sup>-1</sup> барои пайвастагиҳои (Ia-IVa) Z-конфигуратсияи онҳоро ифода мекунад, мавҷудияти хатҳои фурӯбарӣ дар соҳаи 940-945 см<sup>-1</sup> барои пайвастагиҳои (Iб-IVб) E-конфигуратсияи онҳоро нишон медиҳад. Хатҳои фурӯбарӣ дар ҳудуди 2825-2860 см<sup>-1</sup> лапиши гуруҳҳои метоксидӣ ва этоксилиро дар пайвастагиҳои (Ia,б-IVa,б) нишон медиҳанд.

Дар спектрҳои РПМ-и пайвастагиҳои ҳосилкардашуда пайдоиши сигнал дар ҳудуди 9,46 м.д (Z-изомер) ва дар ҳудуди 10.0 м.д. (E-изомер), ки ба протони алдегидӣ мувофиқат мекунад, мушоҳида карда шуданд.

Қисми таҷрибавӣ

Спектрҳои ИС пайвастагиҳои ҳосилкардашуда дар асбоби "UR-20" ва "Spekord" дар

пардаи моеъ аксбардорӣ шудаанд. Спектрҳои РПМ дар спектрометри "Tesla BS-487 C" бо зудии қорӣ 80 МГ дар маҳлулҳои СДСІЗ ва ГМДС ба сифати стандарти дохили аксбардорӣ шудаанд.

Синтези моноэфирҳои соддаи триолҳои енинӣ якума-дусеюминаи дар[1] оварда шудаанд. Дар поён усули ҳосил кардани моноэфирҳои соддаи диоксиалдегидҳои дусеюминаи дар мисоли Z, E -изомерҳои 6 гидроксиди- 6,7 диметил-7 метокси-2-октен-4-ин-ал оварда шудаанд.

Ба маҳлули 0,08 мол (15,84г) моноэфирҳои соддаи триоли енинӣ дар 100 мл эфир 60 г дуоксиди манганро ҳангоми аралашкунии илова карданд ва омехтаро дар давоми 5-6 соат дар ҳарорати 40-50 0C аралаш карданд.

Рафти реаксияи оксидшавиро бо хроматографияи қабати тунук дар "Silufol" дар системаи бензол : метанол (8:2) назорат карданд. Баъди пурра нест шудани доғи триолҳои енинӣ дар пластинкаи хроматографияи аралашкуниро бас карданд. Омехтаро то ҳарорати хона хунук карда, таҳшинро ҷудо карданд, якчанд маротиба онро бо эфир шустаанд ва маҳлули эфирии маҳсулро бо сульфати магний хушконидаанд. Баъди бугронӣ шудани эфир омехтаи боқимондаро дар вакуум тақтир карданд. Баъди тақтиркунии дар вакуум 9,72 г (62%) пайвастагии (Ia) ва 10,5 г (67%) пайвастагии (Iб) ҳосил карда шуд.



## АДАБИЁТ

1. Сабиров С.С, Файзилов И.У., Исобаев М.Д. Синтез первично-дитритичных ениновых триолов, их простых моноэфиров и их гирирование, ЖорХ., 1986, т. 22, вып 5, с 987-992.
2. А.с.1072409 (СССР). Сабиров С.С., Файзилов И.У., Ҳайдаров К.Х., Алиджонов У. Ениновый триол, обладающий желчегонной активностью - 1983, 5 с (не подлежит опубл.в открытой печати)

### МАЪЛУМОТИ МУФИД ОИДИ ШИНОВАРӢ ВА ТАЪСИРИ ОН БА САЛОМАТИИ ИНСОН

**М.А. Комилова**

Муаллимаи кафедраи биологияи тиббии факултети биология ва химияи МДТ "Донишгоҳи давлатии Хучанд ба номи академик Б.Ғафуров"

*М.А. Комилова, муаллимаи кафедраи биологияи тиббии факултети биология ва химияи МДТ "Донишгоҳи давлатии Хучанд ба номи академик Б.Ғафуров", Кота 090909@mail.ru*

**Муҳиммият.** Мақолаи мазкур ба яке аз муаммоҳои муҳимму рӯзмарраи ҳаёти муосир - шиноварӣ ва таъсири он ба организм ва саломатии инсон бахшида шудааст. Дар ин мақола муаллиф кӯшидааст, то чабҳаҳои гуногуни шиновариро мавриди омӯзиш қарор дода, дар бораи услубҳои касбии шиноварӣ, услубҳои ҳаводоронаи он маълумот ҷамъоварӣ намояд. Инчунин, оиди таъсири муфиди шиноварӣ ба узвҳои алоҳидаи инсон ва системаи рағу дил, нафаскашӣ ва умуман, ба тамоми организм маълумот додааст.

Дар мақола ҳамчунин, оиди тадбирҳои эҳтиётӣ ва наҷотбахш сухан меравад, зеро, барои онҳое, ки шиновариро наомӯхтаанд, шиноварӣ дар оби қушод, ва ҳатто, дар ҳавзи на он қадар чуқур боиси хатарҳо, аз ҷумла, хатарии ғарқшавӣ дар об гаштанаш аз эҳтимол дур нест. Аз ин лиҳоз, қабл аз руҳ додани ҳодисаҳои нохуш тадбирҳои эҳтиётиро андешидан нуран ало нур мебуд.

**Вожаҳои калидӣ:** шиноварӣ, услубҳои шиноварӣ, варзиши обӣ, шиновариҳои ҳаводорона, обутобдихӣ, ҳавзи шиноварӣ, таъсири мусбии шиноварӣ ба организми инсон, эминӣ аз хатарии ғарқшавӣ.

### ПОЛЕЗНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПЛАВАНИИ, ЕЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ И ЗАЩИТНЫЕ МЕРЫ ПРИ ПЛАВАНИИ

**М. А. Камилова**, преподаватель кафедры медицинский биологии, факультета биологии и химии Государственного образовательного учреждения "Худжандского государственного университета имени академика Б. Гафурова".

*М.А. Камилова, преподаватель кафедры медицинский биологии, факультета биологии и химии Государственного образовательного учреждения "Худжандского государственного университета имени академика Б. Гафурова". Кота 090909@mail.ru*

Актуальность. Данная статья посвящается одной из актуальных проблем современного мира - плаванию и оздоровительному ее влиянию на организм и здоровье человека. В данной статье автор проявляет усердие, чтобы изучить различные аспекты плавания и подытоживать сведения о профессиональных стилях плавания, также, о любительских стилях плавания. Следственно,

об оздоровительном влиянии плавания отдельным органам организма, как, сердечно-сосудистой системе, системе органов дыхания и в целом, всему организму человека собрано достаточное количество полезных материалов.

В статье также рассматриваются меры предосторожности при занятии этим видом спорта, так как, для тех, кто не обучен пла-



ванию, потенциальная опасность погружение в воду возникает даже в открытых плавательных бассейнах, не говоря уже об открытых водах. Поэтому, прежде чем встретится с опасностью лицом к лицу, необходимо принимать и соблюдать меры предосторожности.

Information about the author: Khujand State University named after academician B. Gafurov. Lecturer at the Department of Medical Biology, Faculty of Biology and Chemistry, Kamilova Mukhiba Azimovna. Koma 090909@mail.ru

State Educational Institution KSU named after Academician B. Gafurov address: 735700, Khujand, Mavlonbekov passage 1. The main building.

The author studies about the actual problems of modern world- swimming and its healthy impact to the organism and healthy lifestyle of the people. The article provides to learn various aspects of floats and the results of the information about professional style of swimming also nonprofessional stiles of swimming. In addition the autor gathered enough useful materials about the influences of swimming to the heart blood-vascular

**Муҳиммият.** Шиновариҳои фардӣ ва пас аз он мусобиқаҳои шиноварӣ ба масофаҳои дуру дароз дар ҳавзҳои кушод аз охири садаи XIX оғоз гардида, гузаронида шуданд. Бешубҳа, аз ҳама машҳуртарини онҳо - шино намудан ба воситаи гулӯгоҳи Ла-Манш буд, ки онро аввалин шуда соли 1875 англис Мэттью Уэбб дар 21 соату 45 дақиқа убур намудааст.

Услуби шиноварӣ бо ҳолати ҳисми шиновар ва иҷрои мунтазами ҳаракатҳо ифода меёбад. Дар шиноварии варзишии муосир чунин услубҳои шиноварӣ истифода меёбанд: крол, шиноварӣ бо тахтапушт, брасс ва монанди инҳо.

Барои шиноварии ҳаводорона якҷанд услуби шиноварӣ мувофиқат мекунад. Бисёр шиноварони ҳаводор он услубро интихоб менамоянд, ки дар он сари инсон аз об берун буда, дастҳо бошанд, баръакс, ҳамеша зери об менамоянд. Услубҳои бештар паҳншуда, ки дар шиновариҳои ҳавдорӣ истифода бурда мешаванд, ин: брасс, шиноварӣ бо як паҳлу, крол сарро аз об берун

**Ключевые слова:** плавание, стили плавания, водный спорт, любительское плавание, закаливание, плавательный бассейн, положительное влияние плавания на организм человека, безопасность от угрозы потопления.

system, breathing organs and to all organs of the men.

The article shows the efforts of precautions while engaging with this kind of sport who didn't know the rules of swimming in an open swimming pools. In this case before happening with dangerous it is necessary to be follow some rules of precautions.

**At the end,** specific efforts for successful problems of this kind of sport are made.

намуда, "услуби сағмонанд", баҳрӣ ("қурбоққавӣ") ва м.ин. мебошанд.

Таъсири гигиенӣ ва обутобдиҳии об ин талаботи ногузири инсон оиди ҳамеша тозаву муназзаҳ будани ҳисми ӯст. Ба қабатҳои пӯст таъсир намуда, об бадани инсонро мешӯяд, онро аз чангу ғубор, пӯсти шахшуда, аз арақшор шудан ва ҳар гуна ифлосҳои ихроҷшаванда тоза менамояд, ки дар натиҷа, пӯсти бадани инсон покиза гашта, ба он моддаҳои муфид ворид мегарданд. Пӯсти инсон мулоим ва нарм мегардад.

Шиноварӣ воситаи ҳуби обутобдиҳӣ ва баландшавии муқовимати организм нисбат ба бемориҳои зуком маҳсуб меёбад. Об қобилияти баланди таҳвилу интиқоли гармиро дорад, ки маҳз бо ҳамин хосияташ таъсири обутобдиҳии он муайян карда мешавад.

Дар об қарор доштан ва шиноварӣ гармидиҳии мутақобилаи организмро машқ дода, устувории организмро нисбати дигаргуншавии ҳарорат меафзояд. Агар шиноварӣ дар ҳавзи кушод воқеъ шавад, пас, бо



мақсади обутобдихӣ офтобу ҳаво истифода меёбанд.

Инсонне, ки дар об қарор дорад, суръати нафаскашиаш тез шуда, кашишхӯрии мушакҳои дил дар ӯ меафзояд, инчунин, тонуси рағҳои ғайримарказии хунгард тағйир ёфта, мубодилаи моддаҳо дар организми ӯ пурзӯр мегардад. Дар натиҷаи таҳвили мутақобилаи баланди гармӣ дар об мубодилаи моддаҳо дар ҷисми инсон ғаёлол гардида, аз ин лиҳоз, ҳангоми шиноварӣ нисбат ба дигар намудҳои варзиш қувваи инсон зиёдтар масраф мегардад. Ин махсусияти машғулияти шиновариро дар мавриди мубориза бо вазни баризофа хеле васеъ истифода мебаранд. Ҳарорати об ҳамеша аз ҳарорати бадан паст буда, аз ин лиҳоз, вақте инсон дар об қарор мегирад, бадани ӯ нисбати қарор доштаниш дар ҳаво 50-80% зиёдтар гармӣ ҷудо мекунад.

Шиноварӣ дар ҳавз барои калонсолон низ муфид аст. Чуноне ки дар боло зикр ёфт, об таҳвилкунандаи беҳтарини гармӣ буда, аз ин лиҳоз, танҳо ҳангоми ҳамагӣ 15 дақиқа дар об қарор доштан (дар ҳарорати 24 С) инсон тақрибан 100 ккал гармиро аз даст медиҳад. Ба таври дигар баён созем, барои одамони солхӯрда, ки иҷрои кори бошиддати ҷисмонӣ душвор аст, шиноварӣ воситаи хуби ғаёлолгардонии раванди мубодилаи моддаҳо дар организм махсуб меёбад.

Таъсири шиноварӣ ба системаи рағзову дил низ мусоид ва созгор аст. Ҳангоми шиноварӣ дар ҳолати уфуқӣ қарор ёфтани бадан барои кори дил шароити мусоидбарпо месозад. Дар чунин ҳолат қарор гирифтани шиновар, ҳамчунин, ҳаракатҳои давравӣ, ки бо кори мушакҳо вобаста аст, фишори об ба ҷараёни зерипӯстии рағҳо, нафаскашии ҷуқури диафрагмалӣ ва ҳолати мутавозии бадан - ҳамаи ин баҳри ҷоришавии хун ба дил мусоидат намуда, умуман, кори онро ба таври назаррас осон мегардонад. Аз ин лиҳоз, шиноварӣ яке аз воситаҳои мустақкам намудан ва инкишоф додани системаи рағзову дил мебошад.

Дар шиноварони варзида зери таъсири машқварзиҳои зиёд дар сохтор ва кори системаи рағзову дил ҷунбишҳои мусбӣ рух медиҳанд: ҳаҷм ва қувваи мушакҳои дил

афзуда, ҳаҷми систоликии дил зиёд мешавад, ки ин аз имконияти мушакҳои дили инсонҳое, ки бо варзиш машғул нестанд, хеле бартариатро соҳибӣ мекунад.

Дар натиҷаи машғулият бо шиноварӣ фишори систоликии хун паст шуда, ёзандагии (чандирии) рағҳо меафзояд, ҳаҷми тапиши дил зиёд мегардад. Инро дар навбати аввал, метавон аз тағйирёбии суръати набз мушоҳида намуд. Инсонҳое, ки мунтазам бо шиноварӣ машғуланд, кори набзи дилшон хеле хуб мегардад. Байни шиноварон онҳое, ки ба фишорбаландии хун гирифтгоранд, назар ба намояндагони намудҳои дигари варзиш, ин нишондиҳанда 2 маротиба камтар аст.

Шиноварӣ ҳамчунин барои узвҳои нафаскашӣ таъсирихуб дорад. Ҳангоми нафаскашӣ ва нафасбарорӣ фишори баланди об ба қафаси сина ва мушакҳои нафас дар об мушакҳои нафаскаширо машқ медиҳанд. Дар мавриди бо тарзу услуби қрол ва брасс шиноварӣ намудан нафаскашӣ ва нафасбарорӣ каме душворӣ дорад: ҳангоми нафаскашидан зарурати бартариф намудани фишори об ба бадан ба миён меояд, ҳангоми нафасро баровардан бошад - муқовимати обро бартариф намудан амри зарурат пайдо мекунад. Аз ин лиҳоз, мушакҳои нафас бо гузашти вақт устувор мегарданд ва инкишоф меёбанд. Дар натиҷа, ҳаҷми ҳаётии шушҳо (ХҲШ) меафзояд.

Машғулият бо шиноварӣ, омӯзиши техникаи тарзу услубҳои варзишии он назми дурусти нафаскаширо машқ медиҳад, ки ягон намуди дигари машқҳои ҷисмонӣ ба он қодир нест.

Ҳангоме ки инсон дар об қарор мегирад, бо ихтиёри худ ё беихтиёрона, ба ӯ хавфу хатарҳои зиёд низ таҳдид намуданиш аз эҳтимол дур нест, қадоме оқибатҳои нохуши марговарро низ дошта метавонад. Шиноварии омӯхта ҳолати ҳам ихтиёран дар об қарор гирифтани ва ҳам зуд тарк намудани онро дар ҳолатҳои хатарнок пешбинӣ менамояд.

Ҳолатҳои бештар бақайдгирифташудаи марг дар об ба чунин категорияҳо ҷудо мешаванд:





Воҳима ё ҳаросонӣ, вақте шиновари камтаҷриба ё оне, ки шиновари ро наомӯхтааст, аз он ки бар об афтадасту ин ҳолат ўро зеро об мебарад ва дар назари ўғарқшавӣ ноғузир метобад, руҳафтада мегардад. Баъзан ҳаросонӣба воситаи гипервентилятсия хатто дар оби кам боиси марг мегардад.

Руҳафтадагӣ, вақте инсон кӯшишҳои худро якҷоя намуда наметавонад, то дар об шино намояд, ки ин низ аксар вақт ба марг оварда мерасонад.

Дар инсонии мукаллаф шушҳо пурра ва сеъ шуда, мукамалшудаанд, ки бо ин сабаб ў малакаи шиновари мусбиро дорад. Агар ў ором бошад, бо кӯшиши камтар дар оби истода метавонад шино намояд. Кӯдаки хурд бошад, малакаи шиновари манфӣ дорад. Ба об фаромада, ў ё зуд ғарқ мешавад, ё ин ки, ў бояд кӯшиши зиёд ба харҷ диҳад, то дар сатҳи рӯи об боқӣ монад.

Гипотермия ё сардшавии бадан, вақте ҳарорати бадани инсон аз ҳад зиёд, то дараҷаи хатарнок паст фаромада, ин боиси беҳушӣ ё боздошташавии кори дил мегардад.

Хушкшавии бадан дар натиҷаи робитаи дуру дароз бо оби шӯр сар мезанад, ин вақте рӯй медиҳад, ки оби шӯри фурубурдашуда дар шушҳо кафкро ба вучуд оварда, дар натиҷа нафаскашӣ танг мегардад.

Сардшавӣ ва хушкшавии бадан метавонад инчунин ба марг оварда расонад, хатто агар ҳодисаи ғарқшавӣ мушоҳида нагардад ҳам ва инсон камзӯли наҷотбахш пӯшида бошад ҳам. Аз ин рӯ, омӯхтани шиноварӣ

амри зарурат пайдо мекунад, то ки инсон дар ҳолатҳои мухталифи ҳаётӣ барои наҷоти худ мубориза бурда тавонад.

Шиноварӣ баҳри инкишоф ёфтагӣ ва пуқувватшавии мушакҳо мусоидат менамояд, зеро, бо амалиёти фаъоли аксарияти мушакҳои устухонбандии одам тавбаам аст. Сарборӣ ба гурӯҳҳои алоҳидаи мушакҳо баробар тақсим гашта, барои кори онҳо шароити мусоид барпо месозад. Ин бо давравӣ будани шиноварӣ вобастагӣ дорад (бо муназзामी ҷойивазкунии пайдарҳами шиддатнокӣ ва сусти намудани гурӯҳи мушакҳо).

Сарбории ҷисмонӣ (нигоҳдорӣ ҳолати уфуқии бадан, барои баргараф намудани муқовимати муҳити зичии об ва ёзандагии он бо ёрии мушакҳо қувва сарф намудан) дар ҳамҷоягӣ бо амали омилҳои ҳароратӣ (ҳарорати пасти об баҳри афзоиши тонуси мушакҳо мусоидат менамояд), қувваи мушак ва қобилияти кори организмро баланд мебардорад.

Машғулияти шиноварӣ- барои таъби баланду хуш ва болидахотирӣ, иқтидору қувваи организм, беҳтар шудани кори узвҳои ҳозима, мубодилаи моддаҳо мусоидат менамояд. Инчунин, ба таври мунтазам машғул шудан бо шиноварӣ барои обутобёбии организм, ташаккулёбии дурусти сутунмӯҳра, барои инкишофи мутаносиби дастгоҳи мушакӣ кӯмак мекунад. Бо мақсади беҳдошти тандурустӣ машғулият бо шиноварӣ барои инсонҳо дар ҳама гуна синну сол муфид ва дастрас аст.

## АДАБИЁТ

1. Абсалямов, Т.М. Научное обеспечение подготовки пловцов: Педагогические и медико-биологические исследования / Т.М. Абсалямов, Т.С. Тимакова. - М.: Физкультура и спорт, 1983. - 191 с.
2. Булгакова, Н.Ж. Познакомьтесь - плавание. Первые шаги в спорте. Москва. Аст астрель. 2002 с.
3. Кардамонова, Н.Н. Плавание: лечение и спорт / Н.Н. Кардамонова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. - 32 с.
4. Мельникова О.А. Плавание. Теория. Методика. Практика: учеб. Пособие / О.А. Мельникова. - Омск: Изд-во ОмГТУ, 2009. - 80 с.
5. Личный опыт.



**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 ҷарағон чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудоғонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 5-8 саҳифа зиёд набоянд, мавҷуд будани тақрир ҳатмист.
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 ҳуқуқии 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 1саҳифа), 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. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
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 кор 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 тақрир 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 10.09.2019 супорида шуд. Ба чопаш 12.09.2019 имзо шуд.  
Чопи офсет. Коғази офсет. Андозаи 30x42 1/4, 40,5 ҷузъи чопӣ  
Супориши №106. Адади нашр 100 нусха.*