



САРДАБИР
д.и.т., профессор
Мухаббатов Циёнхон Курбонович

Чонишини сардабир ва мухаррири масъул
н.и.ф., дотсент
Юсуфов Абдулло Исмоилович

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодзода С.Т. - д.и.т., профессор
Сакина Ҳочӣ Иброҳими - д.и.т., профессор
(Эрон, Табрез)
Назаров Т.Н. - д.и.т., профессор
(ФР, Санкт-Петербург)
Холбекиён М.Ё. - д.и.б., профессор
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., профессор
Ҳамроев А.Ҷ. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Тошкент)
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент
Ҳабибова Н.Н. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Бухоро)
Мусоева Д.М. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Бухоро)
Бобоева Л.А. - н.и.т., дотсент
Юсуфӣ С.Ҷ. - д.и.ф., профессор
Назаров М.Н. - н.и.б., дотсент
Боймуродова Ш.А. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Тошкент)

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Додхоев Ҷ.С. - д.и.т., профессор
Назаров Ш.Қ. - д.и.т., профессор
Қаландарзода Ё.Қ. - н.и.б., дотсент
Раҷабов У.Р. - д.и.х., профессор
Абдуллозода С.М. - д.и.т.

АВҶИ ЗУҲАЛ

Нашрияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Маҷаллаи илмӣ - амалӣ
Ҳар се моҳ чоп мешавад.
21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

Нашри ҷорӣ:
№ 4 (57) 2024

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, таҳти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризи, ки КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои интишори натиҷаҳои асосии илмии рисолаҳои докторӣ ва номзадӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст.

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 21.06. 2010, таҳти №0124 ба қайд гирифта шуд.

Санаи аз нав ба қайдгирӣ 19.03.2018, 051/МҶ-97.

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:
734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139.
МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"
Тел.: (+992) 44 600 36 17; (+992) 37 224 45 83
E-mail: avjizuhal@tajmedun.tj
Сомона: www.avji-zuhal.tj



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

**Заместитель главного редактора
ответственный редактор**
к.ф.н., доцент
Юсуфов Абдулло Исмаилович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодзода С.Т. - д.м.н., профессор
Сакина Ходжи Иброхими - д.м.н., профессор
(Иран, Табрес)
Назаров Т.Н. - д.м.н., профессор
(РФ, Санкт-Петербург)
Холбекиён М.Ё. - д.б.н. профессор
Рахмонов Э.Р. - д.м.н., профессор
Хамроев А.Дж. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Ташкент)
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент
Хабибова Н.Н. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Бухара)
Мусоева Д.М. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Бухара)
Бобоева Л.А. - к.м.н., доцент
Юсуфи С.Дж. - д.ф.н., профессор
Назаров М.Н. - к.б.н., доцент
Боймуродова Ш.А. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Ташкент)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Додхоев Дж.С. - д.м.н., профессор
Назаров Ш.К. - д.м.н., профессор
Каландарзода Ё.К. - к.б.н., доцент
Рацабов У.Р. - д.х.н., профессор
Абдуллозода С.М. - д.м.н.

AVÇI ZUHAL

Издание ГОУ "Таджикский
государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино"

Научно-практический журнал
Издаётся каждые три месяца
Учреждено 21 июня 2010 года

Текущее издание:
№ 4 (57) 2024

Согласно постановлению Управления
Высшей аттестационной комиссии при Пре-
зиденте Республики Таджикистан от
31.01.2019 года за №29, журнал "Авчи Зу-
хал" внесён в список научных рецензионных
журналов, рекомендуемых ВАК при Прези-
денте Республики Таджикистан для публи-
кации основных научных результатов док-
торских и кандидатских диссертаций.

Дата о регистрации №051/МЧ-97 от
19.03.2019.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
734003, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"
Тел.: (+992) 44 600 36 17; (+992) 37 224 45 83
E-mail: avjizuhal@tajmedun.tj
Сайт: www.avji-zuhal.tj



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

**АКУШЕРӢ ВА
ГИНЕКОЛОГИЯ**

**АКУШЕРСТВО И
ГИНЕКОЛОГИЯ**

**OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY**

**Рачабова Г.К., Султонова
Ч. М., Одинаева Н.Ф.**
Усулҳои алтернативии
табобати чарроҳии миомай
субмукозии бачадон
8

**Раджабова Г.К., Султанова
Дж.М., Одинаева Н.Ф.**
Альтернативные методы
хирургического лечения
субмукозной миомы матки
8

**Rajabova G.K., Sultanova
J.M., Odinaeva N.F.**
Integrated approach for
hysteroscopic surgical treatment
of submucose uterine myoma
8

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ВНУТРЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

INTERNAL DISEASES

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.
Гимнастикаи нафаскашӣ бо
усули к.п.бутейко хангоми
бемориҳои системаи нафаскашӣ
15

Алиева Е.Г., Фаттоева Н. В.
Дыхательная гимнастика по
к.п.бутейко при заболевани-
ях дыхательной системы
15

Alieva E.G., Fattoeva N.V.
Breathing exercises according
to k.p. buteyko for diseases of
the respiratory system
15

**Зубайдов Р.Н., Махмудзода
Х.Р., Жаборов М.К.**
Таҳлил ва баҳоидиҳии умумӣ
ба системаи лахташавии хун
дар беморони гирифтори
бугумдарди тарбодмонанд
17

**Зубайдов Р.Н., Махмудзода
Х.Р., Джаборов М.К.**
Комплексная оценка состо-
яния свёртывающей систе-
мы крови у больных с рев-
матоидным артритом
17

**Zubaydov R.N., Makhmudzoda
H.R., Dzhaborov M.K.**
Comprehensive assessment of
the state of the blood
coagulation system in patents
with rheumatoid arthritis
17

**Чонназарова Д.Х.,
Холиқова Н.А.**
Омилҳои хатар ва хусусия-
тҳои клиникӣ дар беморони
гирифтори бемории никрис
22

**Джонназарова Д.Х.,
Халикова Н.А.**
Факторы риска и клиничес-
кие особенности у больных
подагрой
22

**Dzhonnazarova D.H.
Халикова Н.А.**
Risk factors and clinical
features in patients with
goat
22

**Юсупова М.Х., Мехмонов
П.Х., Султонов Х.С.**
Хусусиятҳои клиникӣ-
функционалии аломатҳои
гипертрофияи меъдачаи чап
дар беморони дорой марҳа-
лаҳои гуногуни бемориҳои
музмини гурдаҳо
26

**Юсупова М.Х., Мехмонов
П.Х., Султонов Х.С.**
Особенности клиничес-
ко-функциональных проявле-
ний гипертрофии левого
желудочка у больных с
различными стадиями
хронической болезни почек
26

**Jusupova M.H., Mehmonov
P.H., Sultonov Kh.S.**
Characteristics of clinical and
functional manifestations of
left ventricular hypertrophy in
patients with various stages of
chronic kidney
disease
26

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

INFECTIOUS DISEASES

**Матинов Ш. К., Иронов
О.С., Шарифов М.Ч.**

**Матинов Ш.К., Иронов
О.С., Шарипов М.Дж.**

**Matinov Sh. K., Ironov O.S.,
Sharipov M.L.**



Тавсифи клиникӣ-эпидеми-
ологии бруселлэзи музмин
аз рӯи маводҳои БШКБС
шаҳри Душанбе
33

БЕХДОШТ**Рахмоналиев О.Б.**

Хусусият ва вазъи ғизоии
донишҷӯёни вилояти Хатло-
ни Ҷумҳурии Тоҷикистон
40

ОНКОЛОГИЯ**Бозоров Н. И., Муродзода
А.И., Махмадов Ф. С.**

Масъалаи созмондиҳию
алгоритми муолиҷаи баъзе
мушкилот дар беморони
бахши онкология, ки ёри
паллиативӣ мегиранд
45

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**Исмоилова М.А.,
Давронзода М.Д.**

Усулҳои барқарорсозии
садо ҳангоми дисфонияҳои
вазоифӣ дар беморони
гирифтори ихтилоли асаб
52

СТОМАТОЛОГИЯ**Зарипов А.Р., Шарипов
Х.С., Таибов С.А.,
Эсанов М.А**

Муайян кардани таҳаммул-
пазирии бофтаҳои пародонт
дар мавзеи дандонҳои
тақягоҳӣ ҳангоми адентияи
ҷузъӣ то ва пас аз про-
тезгузорӣ дар беморони
гирифтори беморҳои
хамроҳ
57

Клинико - эпидемиологичес-
кая характеристика хрониче-
ского бруцеллэза по мате-
риалам ГКИБ г. Душанбе
33

ГИГИЕНА**Рахмоналиев О.Б.**

Особенности и статус питания
студентов Хатлонской обла-
сти Республики Таджикистан
40

ОНКОЛОГИЯ**Базаров Н. И., Муродзода
А.И., Махмадов Ф. С.**

К вопросу организации, алго-
ритма терапии некоторых
проблем у пациентов онколо-
гического профиля получаю-
щих паллиативную помощь
45

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**Исмоилова М.А.,
Давронзода М.Д.**

Методы восстановления
голоса при функциональ-
ных дисфониях у больных с
нервными заболеваниями
52

СТОМАТОЛОГИЯ**Зарипов А.Р., Шарипов
Х.С., Таибов С.А.,
Эсанов М.А**

Определение выносливос-
ти тканей пародонта в
области опорных зубов
при частичной адентии до и
после протезирования у
больных с сопутствующими
заболеваниями
57

Clinical and epidemiological
characteristics of chronic brucellosis
based on materials from the City
Infectious Diseases Hospital, Dushanbe
33

HYGIENE**Rahmonaliev O.B.**

Features and nutritional status
of students in the Khatlon region
of the Republic of Tajikistan
40

ONCOLOGY**Bazarov N. I., Murodzoda
A.I., Mahmudov F. S.**

To the organisation of an
algorithm for the treatment of
some problems in oncological
patients receiving palliative
care
45

OTORHINOLARYNGOLOGY**Ismoilova M.A.,
Davronzoda M.D.**

Methods of voice recovery in
functional dysphonia in
patients with nervous
diseases
52

DENTISTRY**Zaripov A.R., Sharipov Kh.S.,
Taibov S.A.,
Esanov M.A.**

Determination of the
endurance of periodontal
tissue in the area of
supporting teeth in partial
adentia before and after
prosthetics in patients with
concomitant
diseases
57



Тохтахоҷаева С.Т., Уманова Н.Э., Тағоева Ш.О., Табарова Н.М.

Муносибати тафриқавӣ ба табобати папилломаи сироятӣ вирусии ковокии даҳон

61

ФАРМАТСИЯ

Борачабова Н.Б., Азонов Ҷ.А.

Хосиятҳои ҷароҳатшифӣ ва зиддибактериявӣ марҳами карвиол дар калламушҳои озмоишӣ

65

Нидоев С.Н., Рачабзода Ф.К.

Баҳодиҳии маркетингии воситаҳои доругии зиддигистаминӣ дар бозори фармасевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон

69

Рачабов У.Р., Мадикромӣ А.М.

Мураккаботи координатсионии нуқра(і) бо атсетилсистеин

73

Юсуфзода А.

Фармакоэпидемиология ҳамчун асоси тибби исботкунанда

77

ФТИЗИАТРИЯ

Бобоҳочаев О.И., Мухаммадҷусуфи Ёдгорӣ

Вазъи эпидемиологии бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар шаш соли охир

82

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Табарова Н.М.

Дифференциальный подход к лечению папилломавирусной инфекции полости рта

61

ФАРМАЦИЯ

Бораджабова Н.Б., Азонов Дж.А.

Ранозаживляющие и антибактериальные свойства карвиоловой мази на экспериментальных крысах

65

Нидоев С.Н., Раджабзода Ф.К.

Маркетинговая оценка антигистаминных лекарственных средств на фармацевтическом рынке Республики Таджикистан

69

Раджабов У.Р., Мадикромӣ А.М.

Координационные соединения серебра(і) с ацетилсистеином

73

Юсуфзода А.

Фармакоэпидемиология как основа доказательной медицины

77

ФТИЗИАТРИЯ

Бобоҳоджаев О.И., Мухаммадҷусуфи Ёдгори

Эпидемиологическая ситуация по заболеванию туберкулезом в Исламской Республике Афганистан за последние шесть лет

82

Tokhtakhodzhaeva S.T., Umanova N.E., Tagaeva Sh.O., Tabarova N.M.

Differential approach to treatment of papillomavirus infection of the oral cavity

61

PHARMACY

Borahabova N.B., Azonov J.A.

Wound healing and antibacterial properties of carviolo ointment on experimental rats.

65

Nidoev S.N., Rajabsoda F. K.

Marketing evaluation of antihistamine medicines on the pharmaceutical market of the republic of Tajikistan

69

Rajabov U.R., Madikromi A.M.

Coordination complexes of silver (i) with acetylcysteine

73

Yusufzoda A.

Pharmacoepidemiology as a basis for evidence-based medicine

77

PHTHISIATRICS

Bobokhojaev O.I., Muhammadyusufi Yodgori

Epidemiological situation of tuberculosis in the Islamic Republic of Afghanistan over the last six years

82

**ҚАРРОҲӢ**

**Назаров Х.Ш. Сайдалиев
Ш.Ш. Гаюров У.Х.,
Солиев А.К.**

Кам намудани аворизи
баъдичарроҳӣ зимни табо-
бати беморони гирифтори
тобхӯрии рӯдаи сигмашакл

88

ХИРУРГИЯ

**Назаров Х.Ш. Сайдалиев
Ш.Ш. Гаюров У.Х.,
Солиев А.К.**

Уменьшение послеопераци-
онных осложнений у боль-
ных с заворотом сигмовид-
ной кишки

88

SURGERY

**Nazarov H.Sh., Saidaliev
Sh.Sh., Gayrov U.Kh.,
Soliev A.Q.**

Reducing the frequency of
postoperative complications
in the treatment of patients
with sigmoid colon inversion

88

ТАЪРИХИ ТИБ

Саидасанов Ю.Ш.

Таҳлили муқоисавии рушди
тибби Фарб ва Шарқ дар
давраи асрҳои X-XV

93

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Саидасанов Ю.Ш.

Сравнительный анализ
развития медицины на Западе
и Востоке периода X-XV вв

93

HISTORY OF MEDICINE

Saidasanov Yu.Sh.

The development of
medicines deed in West and
East period of X-XV centuries

93

Холов М.Ш.

Авзони тиббии ниёгон
дар «Тухфаи ҳаким муъ-
мин»-и Муҳаммад Муъмин
Хусайни Туниқобунӣ

97

Холов М.Ш.

Медицинские меры веса
предков в «Тухфаи ҳаким
мумин» Муҳаммадмумина
Хусейна Туниқабунӣ

97

Kholov M.Sh.

Medical measures of weight
of ancestors in “Tuhfai hakim
mumin” by Muhammad
mumin Khuseyn Tunikabuni

97

ШАРҲИ АДАБИЁТ

**Азонов И.Д., Холназар
Б.М., Азонов Ҷ.А.**

Камоли бадбӯӣ (*ferula
assafoetida* L) истифода дар
тибби қадим, мардумӣ,
муосир ва илмӣ

105

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Азонов И.Д., Холназар
Б.М., Азонов Д.А.**

Ферула вонючая (*Ferula
assafoetida* L) использование
в древней, народной, совре-
менной и научной медицине

105

LITERATURE REVIEW

**Azonov I.D., Kholnazar B.M.,
Azonov D.A.**

Ferula stinking (*Ferula
assafoetida* L) usage in
ancient, folk,
modern

105

**Исоева М.Б., Раҳимзода
О.Ш., Зарифӣ Н.А.,
Рабоева Ш.Р.**

Усулҳои муосири табоба-
ти невралгияи баъдигерпесӣ

121

**Исоева М.Б., Раҳимзода
О.Ш., Зарифӣ Н.А.,
Рабоева Ш.Р.**

Современные принципы лечения
постгерпетической невралгии

121

**Isoeva M.B., Rahimzoda O.S.,
Zarifi N.A., Raboeva S.R.**

Modern principles of
treatment of postherpetic
neuralgia

121

**Холикова Н.А.,
Ҷонназарова Д.Х.**

Иртиботи мутақобилаи
депрессия ва беморҳои
дилу рағҳо

130

**Халикова Н.А.,
Джонназарова Д.Х.**

Взаимосвязь депрессии и
сердечно - сосудистых забо-
леваний

130

**Khalikova N.A.,
Dzhonnazarova D.Kh**

The relationship between
depression and
cardiovascular

130



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

**ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА**

**THEORETICAL
MEDICINE**

**Гулов М.К., Амонов Б.П.,
Чумъаев Б.Б.**

Таҳлили муқоисавии миқдо-
ри сафедаи с-реактивӣ дар
беморони синну соли 1-15-

сола то ва баъд аз муолиҷа

138

**Гулов М.К., Амонов Б.П.,
Джумаев Б.Б.**

Сравнительный анализ
количества срб у больных в
возрасте от 1-15 лет до и
после лечения

138

**Gulov M.K., Amonov B.P.,
Jumaev B.B.**

Comparative analysis of the
amount of crp in patients
aged from 1-15 years before
and after treatment

138

**Зокиров Р. Х., Менликулов
М.Ф., Хасанов Ш.Х.,
Шарипов С.Р.**

Хусусиятҳои морфометрии
нефронҳои калобаҷаҳои
гурдаҳои генератсияшон

гуногун

141

**Зокиров Р.Х., Менликулов
М.Ф., Хасанов Ш.Х.,
Шарипов С.Р.**

Морфометрическая харак-
теристика почечных клубоч-
ков нефронов разных гене-
раций

141

**Zokirov R.Kh., Menlikulov
M.F., Khasanov Sh.Kh.,
Sharipov S.R.**

Morphometric characteristics
of renal glomeruli of nephrons
of different
generations

141

**Холбекиён М.Ё.,
Шоқурбонова М.Ш.,
Хомидҷонова Д. Ҳ., Ризоев
О. А., Исроилов Р.С.**

Хусусиятҳои комплекси
ҳолати функционалии орга-
низми донишҷӯёни муасси-
саи оӣ

144

**Холбекиён М.Ё.,
Шоқурбонова М.Ш.,
Хомидҷонова Д.Х.,
Ризоева О.А., Исроилов Р.С.**

Комплексные характерис-
тики функционального
состояния организма сту-
дентов вуза

144

**Kholbekiyon M.Yo.,
Shokurbonova M.Sh.
Khomidjonova D.Kh., Rizoeva
O.A., Isroilov R.S.**

Complex characteristics of
the functional state of the
body of university
students

144

Мухамадиева З.А.

Усули морфологӣ ва баъзе
хусусиятҳои истиҳолоти
хешутаборӣ дар забони
тоҷикӣ ва англисӣ

150

Мухамадиева З.А.

Морфологический метод и
некоторые характеристики
терминов родства в таджик-
ском и английском языках

150

Mukhamadijeva Z. A.

Morphological method and
some characteristics of kinship
terms in tajik and english
languages

150

АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ АЛТЕРНАТИВИИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ МИОМАИ
СУБМУКОЗИИ БАЧАДОНРаҷабова^{1,2} Г.Қ., Султонова Ч. М.^{1,2}, Одинаева Н.Ф.²¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2-и МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”²Муассисаи давлатии «Маҷмааи тандурустии Истиқлол»

Мубраммӣ. Миомаи бачадон аз ҷумлаи маъмултарин бемориҳои хушсифати узвҳои таносули занон буда, тахминан дар 30%-и занони то 35-сола ва тақрибан дар 70-80% аз синни 50-солагӣ пайдо мешавад [1-3]. Миомаҳои бачадон яке аз нишондодҳои маъмултарин барои амалиёти гистерэктомиа мебошанд [4]. Гарчанде аксари занон намуди асимптоматикӣ беморӣ доранд, ҳадди ақал яке аз ҷаҳор аломати клиникӣ [4-6] дар 3-5% ҳолатҳо сабаби машваратҳои гинекологӣ мешавад [5]. Илова бар ин, ҷойгиршавӣ омили муҳим дар муайян кардани басомад ва шиддати нишонаҳои клиникӣ мебошад. Миомаҳои субмукозӣ (зери луобпарда) аз 5,5% то 16,6% тамоми миомаҳои бачадонро ташкил медиҳанд [6] ва сабаби маъмули сохтори хунравии “айримуқаррарии ҳайз, дарди коси хурд, безуретӣ ва дигар аломатҳо мебошанд [7,8].

Миомэктомиаи гистероскопӣ усули самараноктарини табобат [9,10] ва як амали стандартии амалиёти инвазивии минималӣ барои табобати миомаҳои зерилуобӣ мебошад. Хунравии бачадон ва безуретӣ нишондодҳои маъмултарин барои бурида гирифтани миомаи бачадон ба ҳисоб мераванд. Миомэктомиаи гистероскопӣ бори аввал соли 1976 анҷом дода шуда бошад ҳам, то имрӯз дар натиҷаи тақмили технологияи эндоскопӣ ва асбобҳо ба як амали бехатар ва самаранок табдил ёфт [11,12]. Интиҳоби усул асосан аз васеъшавии дохилии миома, инчунин таҷрибаи ҷарроҳ ва таҷҳизоти мавҷуда вобаста аст. Тасниф ба се синф, вобаста ба андозаи миома ва таносуби миомаҳое, ки ба ковокии бачадон мебароянд, дар муайян кардани дараҷаи мураккабии миомэктомиаи гистероскопӣ самаранок ба ҳисоб меравад [5,13].

Аксари усулҳо ба табдил додани фибромаи интрамуралӣ ба осеби пурраи дохили-кавитарӣ нигаронида шудаанд ва ба ин васила аз буридани амиқи миометрий пешгирӣ мекунанд. “Буридани резектоскопӣ” ҳоло ҳам усули “стандартӣ тиллоӣ” барои табобати миомаҳои G₀ мебошад. Дигар усулҳои муосир ба монанди аблятсияи лазерӣ, морселлатсияи гистероскопӣ [14] ва миомэктомиаи офисӣ ҳамчун алтернатива ба резектоскопияи анъанавӣ усулҳои бартараф кардани миомаҳои зерилуобӣ мебошанд. Дар 10-солаи охир гурӯҳи муаллифони испанӣ Sergio Naimovich ва дигарон (2015) [12] як резексияи думарҳилавии гистероскопии офисии миомаҳои зери луобпардаи G₁ ва G₂-ро ҳамчун амали амбулаторӣ бидуни наркоз таҳия карданд, ки бе шубҳа дар амал хеле самаранок буд.

Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки сатҳи ҳомилашавӣ пас аз истифодаи ин усул аз 58 то 70% аст [10,11]. Умуман, занони гирифтори миомаи зери луобпардаи бачадон на танҳо ба ислоҳи ҷарроҳӣ ниёз доранд, балки аксар вақт сироятҳои ҳамроҳи узвҳои таносул низ дар пешгӯии табобат нақши муҳим доранд, ки табиатан муносибати мувофиқро тақозо мекунад [13,14]. Ин патологияҳои ҳамроҳ ҳамчун нишондодҳои таҳқиқоти иловагии бактериологӣ ва мувофиқи дастамалҳои табобатӣ хизмат мекунанд. Риоя накардани принципҳои стандартии муносибат дар ин гурӯҳи занон дар 3-10,0% ҳолатҳо боиси пайдоиши мушкилоти сироятӣ ва илтиҳобии пас аз ҷарроҳӣ мегардад, ки ба саломатӣ ва вазоифи репродуктивии занони синни таваллудкунӣ таъсири манфӣ мерасонанд [14]. Аз ин лиҳоз, зарурати омӯзиши ҳамаҷонибаи натиҷаҳои миомэктомиа, ки бо истифода аз техникаи ги-



стероскопӣ анҷом дода мешавад, равшан мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Бехтар намудани натиҷаҳои табobati чарроҳии гистероскопии миомаҳои зери луобпардаи бачадон бо усули ҷудо намудани инфиродии занон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба маводи омӯзишӣ 83 нафар занон бо ҷойгиршавии зерилуобии миомаи бачадон, ки дар шӯбаи гинекологияи таваллудхонаи Муассисаи

давлатии «Маҷмааи тандурустии Истиқлол»-и шаҳри Душанбе дар солҳои 2016-2022 чарроҳӣ шудаанд, дохил карда шуданд. Синни занон аз 22 то 47-сола буда, ба ҳисоби миёна $38,2 \pm 0,8$ солро ташкил дод. Тааҷҷубовар нест, ки тақрибан 90,0%-и занон беморони синни қобили таваллуд буданд. Занони гурӯҳи синни калон (аз 50- сола боло) 9,6%-ро ташкил доданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Хусусиятҳои синнусолии занони гирифтори беморҳои гинекологияи таъҷилӣ (n=83)

Синну сол	Миқдор	
	Мутлақ	%
17-20	7	8,4
21-30	27	32,5
31-40	23	27,7
41-50	18	21,7
51 и >	8	9,6
Синну соли миёна (M±SD)	26,4±11,1	

Эзоҳ: $p > 0,05$ хангоми муқоисаи гурӯҳҳо

Ҳамаи занони омӯхташуда тибқи нақша дар беморхона бистарӣ карда шуданд. Пеш аз чарроҳӣ таҳқиқоти ҳамаҷонибаи клиникӣ ва лабораторӣ, аз ҷумла омӯзиши микробиологии узвҳои таносул (пеш ва 3 рӯз пас аз чарроҳӣ) барои арзёбии параметрҳои миқдорӣ ва сифатии микрофлора дар маҳбал, канали гарданаки бачадон ва пешоб гузаронида шуд. Таҳқиқот бо усули пошидани маводи мувофиқ дар муҳити “изоӣ бо сабти миқдории минбаъдаи бактерияҳои парваришшуда ва муайянкунии намуди онҳо маъмулан қабул карда мешавад. Маълумотҳои ба дастамада бо истифода аз усулҳои омории вариатсия ва таҳлили коррелятсия коркард карда шуданд.

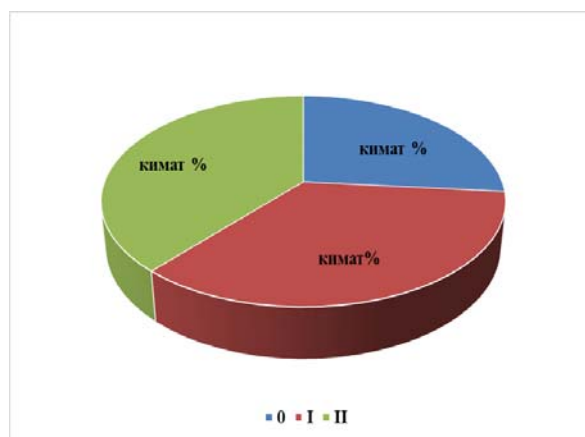
Гистероскопия таҳти беҳисгардонии умумӣ бо истифода аз таҷҳизот ва маҷмуи асбобҳои «Karl Storz» (Олмон) гузаронида шуд. Барои муайян кардани меъёрҳои интихоби усули оптималии миомэктомиаи гистероскопӣ, таснифоти К. Wamsteker самаранок истифода шуд (расми 1).

Таҳлил нишон дод, ки занон дар 22 (26,5%) ҳолат гиреҳҳои навъи 0, дар 29 (34,9%) ҳолат гиреҳҳои навъи I ва дар 32 (38,6%) ҳолат гиреҳҳои навъи II доштанд.

Дар баъзе ҳолатҳо, мавриди ҷой дошта-

ни зарурат, ташҳиси ултрасадоӣ низ истифода мешуд. Барои муайян намудани ҳолати кунунии эндометрий, пеш аз миомэктомиа, биопсияи мақсадноки эндометрий ва эндосервикс гузаронида шуда, пас аз он дар марҳилаи дуҷуми давраи ҳайз ташҳиси морфологӣ анҷом дода мешуд. Дар ҳолатҳои хунравии бачадон гистероскопияи ташҳисӣ бо кюретажи муолиҷавӣ ва ташҳисӣ бо мақсади гемостатикӣ иловатан гузаронида мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Гиреҳҳои зери луобпардаи навъи 0 бо андозаи то 1 см дар ҳама ҳолатҳо бо истифо-



Расми 1. Гурӯҳбандии занон мувофиқи таснифи К. Wamsteker

да аз асбобҳои 2 мм ва 4 мм ва андозаи 1 см бошад бо истифода аз усули бухорсозии гирехҳо дар якҷоягӣ бо асбоби бартараф кардани маҳсулоти нобудшавӣ, бо як даҳлат ва талафоти ҳадди ақалли хун гузаронида шуданд. Гирехҳои зери луобпардаи навъи I, ки андозаашон то 10 мм аст, бо истифода аз эндоасбобҳои 2 мм ва 4 мм, дар мавриди ҷойгиршавии гирехҳо дар канори деворҳои пеш ($n=1$) ва паҳлӯӣ ($n=1$) гирифта шуданд. Ҳангоми ҷойгиршавии гирехҳо дар қаъри бачадон (*fundus*) ($n=1$), конверсияи усули асбобӣ ба электроҷарроҳӣ – бу“созии гирехҳо бо якҷоягӣ гирифта партофтани табдил додани техникаи инструменталӣ ба электроҷарроҳӣ – бу“созии гирехҳо якҷоя бо бартараф кардани маҳсулоти харобшавӣ бо усули асбобӣ имкон дод, ки гирехҳо дар давоми як даҳлат бартараф карда шаванд. Гирехҳои зери луобпардаи навъи I бо андозаи аз 1 то 2 см ($n=3$) ва зиёда аз 3 см ($n=3$), новобаста аз ҷойгиршавии пойгоҳ, бо истифода аз техникаи буриши электроҷарроҳии монополярӣ дар давоми як даҳлат бо талафоти ҳадди ақалли хун (то 50 мл) гирифта шуданд.

Миомэктомиаи гистероскопии гирехҳои миомагӣ бо ҷойгиршавии субмукозии навъи II дар 10 зан гузаронида шуд. Аз он ҷумла, дар 3 (9,3%) ҳолат мавриди ҷой доштани хунравӣ, гистероскопияи ташхисӣ бо кюретажи деворҳои бачадон гузаронида шуда, дар 7 (21,9%) ҳолати дигар гистероскопияи ташхисӣ дар марҳилаи аввали давра, якбора баъд аз хотимаёбии ҳайз гузаронида шуд. Да 3 ҳолат гирехҳое, ки дар девораи пеш ва паҳлӯӣ ҷойгир буданд, бо усули кушодани капсулаи онҳо бо қайчӣ ва энуклеатсия гирифта шуданд. Дар 2 мавриди ҷойгиршавии гирехҳо дар қаъри бачадон муяссар гардид, ки бо қайчӣ “илофаро кушода, ба воситаи эндоасбобҳои қапандаи андозаашон 4 мм энуклеатсия иҷро карда шавад. Дар ин занон ҳамзамон амалиёти бу“кунонии гирехҳо бо гирифта партофтани бофтаҳои боқимонда гузаронида шуд. Зимни ҳама ин амалиётҳо ҳаҷми минималии (то 50,0 мл) талафоти хун ба қайд гирифта шуд.

Гирехҳои субмукозии навъи II-юм, ки андозаи аз 1 то 3 см ($n=2$) доштанд, новобаста аз ҷойгиршавӣ, бо усули буриши электроҷарроҳии монополярӣ бартараф карда шуданд.



Расми 2. Марҳилаҳои ҷарроҳии гистероскопӣ: а – то амалиёт, б – замони амалиёт, в – баъд аз амалиёт

Қобили қайд аст, ки дар 3 ҳолат буриши қисми интрамуралии гирехҳо аз имкон берун буд ва дар 2 зан марҳилаи дуҷуми буриш баъд аз 1,5-2 моҳ гузаронида шуд. Ҳамзамон марҳилаи дуҷуми амалиёт дар ҳама занҳо самаранок гузашт.

Таҳлили микробиологӣ узвҳои таносул дар занони дорои миомаи бачадон яке аз самтҳои асосии ташхис ва табобати комплексӣ ба ҳисоб меравад. Вақти гузаронида ни таҳқиқоти микробиологӣ узвҳои занона, ки гирифтори миомаи субмукозии бачадон буданд, зиёд ассотсиатсияи аз 2 то 5 микроорганизми шартӣ-патогенӣ муайян карда шуданд. Аз он ҷумла дар аксари мавридҳо ассотсиатсияи аэробию анаэробӣ, ки 38,6%-ро ташкил медод ($n=32$), аэробию анаэробӣ дар 33,7% ($n=28$) ва анаэробию-анаэробӣ дар 27,7% ($n=23$) ҳолатҳо муайян карда шуданд. Дар маҷмӯъ микроорганизмҳои анаэробӣ дар таҳқиқоти мазкур 51,8% ва аэробӣ 48,2%-ро ташкил доданд (расми 3).



Расми 3. Хусусияти ассотсиатсияи микроорганизмҳои узвҳои таносул дар занон бо миомаи субмукозии бачадон



Таҳлил нишон дод, ки ассотсиатсияи аэробию анаэробӣ дар 32 (38,6%) зан аксаран бо микроорганизмҳои монанди *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus*, *Bacteroides* ва *Candida albicans* хос буданд. Дар навбати худ ассотсиатсияи аэробию аэробӣ (n=28) аксаран якҷоя бо микроорганизмҳои *Enterococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans*, *E.coli*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus hicus*, *Staphylococcus hominis*, *S. xylosis*, *Streptococcus agalactiae* ва *Corynebacterium* вомехӯрданд. Ба микроорганизмҳои *Gardnerella*, *Bacteroides*, *Mobiluncus vaginalis*, *Leptotrichiabuccalis*, *Prohionibacterium* ва

Actynomices ассотсиатсияи анаэробию анаэробӣ хос буд (n=23).

Бояд қайд намуд, ки ба занҳои мавриди таҳқиқ аксаран ассотсиатсияи стафилококкии коагулоза-манфӣ (*S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*) ва нисбатан камтар стафилококкии коагулоза-мусбат (*S. aureus*) ҳамроҳӣ менамуданд.

Бо мақсади таҳлили муқоисавии натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологӣ ҳамзамон таҳқиқоти узвҳои таносули 21 зане, ки бо ташхисҳои гуногуни бемориҳои занона табобати консервативӣ гирифта, дар шӯъбаи занона бистарӣ карда шуда буданд, гузаронида шуд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Хусусиятҳои муқоисавии микрофлораи умумии канали гарданаки бачадон дар занони гирифтори миомаи зерӣ луобпардаи бачадон (n=83)

Микроорганизмҳо	Гурӯҳи асосӣ (n=83)		Гурӯҳи назоратӣ (n=21)		p
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	
<i>G. Vaginalis</i>	5	6,0	-	-	>0,05
<i>Candida</i>	10	12,0	1	4,8	>0,05
<i>Ur. Ureaiticus</i>	13	15,7	2	9,5	>0,05
<i>E. Coli</i>	5	6,0	1	4,8	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байнигурӯҳҳо (аз рӯйи санчиши дақиқи Фишер)

Чуноне ки хусусиятҳои муқоисавии микрофлораи умумии канали гарданаки бачадон дар занҳои гирифтори миомаи зерӣ луобпардаи бачадон нишон медиҳанд, аксаран спектри маъмултари флораи шартӣ-патогенӣ бо бартарии микроорганизмҳои монанди *Ur. Ureaiticus* (15,7%), *Candida* (12,0%), *G. Vaginalis* ва *E. Coli* (6,0% дар ҳарду ҳолат) муайян карда шудааст.

Барои арзёбии самаранокии истифодаи нишондиҳандаҳои пешниҳодшуда барои пешгӯии чараёни беморӣ дар ҳар як зан онҳо дар идоракунии 83 бемори гирифтори миомаи зерӣ луобпардаи бачадон барои табобати статсионарӣ ба шӯъбаи гинекологӣ фиристода шуданд.

Ҳангоми таҳлили вазъи иҷтимоӣ маълум гардид, ки аксарияти беморон (48,2%) дар синну соли фаъоли репродуктивӣ мебошанд, ки дар онҳо функцияи репродуктивӣ ҳанӯз анҷом наёфтааст.

Зиёда аз 55,4% занон сабти никоҳ надоштанд, аз ҷумла 23 (52,3%) нафари онҳо муҷаррад буда, аксаран патологияҳои экстра-

гениталӣ доштанд. Патологияҳои эндокринӣ ва бемориҳои системаи пешоб яке аз патологияҳои маъмули экстрагениталии занон буданд.

Ҳангоми омӯзиши функцияи ҳайз маълум шуд, ки синну соли миёнаи ҳайз $12,7 \pm 0,4$ солро ташкил медиҳад. Давомнокии ҳайз бошад, $5,1 \pm 0,9$ рӯз ва даври умумии он $28,0 \pm 2,3$ рӯз буд, ки инкишофи физиологии функцияи ҳайзро ифода мекунад.

Маълум аст, ки ташхиси патологияҳои барвақти гинекологӣ дар байни занон ҳам барои ташхис ва ҳам барои табобати патогенетикӣ аҳамияти зиёд дорад (Ҷадвали 3).

Таҳлили муфассали таърихҳои беморӣ сатҳи баланди ихтилоли микробии миомаи маҳбал ва канали гарданаки занони омӯхташударо ошкор мекунад.

Хулоса, усули асбобии миомэктомиаи гистероскопӣ бе супрессияи пешакии эндометрий ва миометрий дар зиёда аз 80,0%-и ҳолатҳо бартарафсозии ибтидоии радикалии гиреҳҳои зерӣ луобпардаи ҳама намудхоро бидуни истифодаи иловагии бу“ку-

Чадвали 3. Беморҳои аз саргузаронидаи занона дар анамнез

Номи беморӣ	Микдор	
	Мут.	%
Эндосервисит	46	55,4
Вулвовагинит	43	51,8
Ихтилоли ҳайз	41	49,4
Кистаи тухмдонҳо	11	14,4
Безуриётӣ	20	24,1

нонӣ таъмин менамояд. Дар занони гирифтори миомии зери луобпардаи бачадон саҳи баланди микрофлораи шартӣ-патогенӣ дар канали гарданаки бачадон мушоҳида мешавад, ки ҳангоми ислоҳи патологияи асли ба назар гирифтани онҳо зарур аст.

Адабиёт

1. Айламазян Э.К., Толибова Г.Х., Траль Т.Г. и др. Новые подходы к оценке эндометриальной дисфункции // Журн. акушерства и женск. болезней. 2017. Т.66, №3. С. 8-15.
2. Алекперова А.Ф. Сравнительный анализ эффективности простой гистерэктомии, выполненной абдоминальным, лапароскопическим и робот-ассоциированными методами при миоме матки: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.01 / Алекперова А.Ф. – М., 2013. 23 с.
3. Караваяев Ю.Е., Коган Е.А., Аскольская С.И. Морфофункциональное состояние эндометрия у больных миомой матки репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 2013. №8. С.46-51.
4. Каробекова Д.А., Рахматуллоева Ш.Х., Сафаров Ч.Б. Хирургическое лечение больных с миомой матки // Вестник Авиценны. 2014. №2. С. 79-83.
5. Лызикова Ю.А. Микробиологический состав половых путей и эндометрия: значение в развитии патологии // Охрана материнства и детства. 2017. №1(29). С.19-22.
6. Савельева Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 880 с.
7. Хушвахтова Э.Х., Абдурахманова Н.Д., Холова С.Х. Репродуктивное здоровье женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников // Вестник Авиценны. 2017. №1(19). С.17-20.
8. Штох Е.А., Цхай В.Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска // Сибирское медицинское обозрение. - Красноярск. 2015. №1(91). С. 22-27.
9. Barjon K., Mikhail L.N. Uterine Leiomyomata. [Updated 2023 Aug 7]. In StatPearls [Internet]; StatPearls Publishing: Treasure Island, FL, USA, 2024.
10. Dolmans M.M., Isaacson K., Zhang W., Gordts S. Intramural myomas more than 3-4 centimeters should be surgically removed before in vitro fertilization // Fertil. Steril. 2021, Vol.116.P.945-958.
11. Donnez J. Intramural myomas-related infertility: Should the myomas be removed? Not easy to reach a consensus // Fertil. Steril. 2021, Vol.116.P.943-944.
12. Haimovich S., Lypez-Yarto M., Urresta Бвила J., Saavedra Tascyn A., Hernández JL., Carreras Collado R. Office Hysteroscopic Laser Enucleation of Submucous Myomas without Mass Extraction: A Case Series Study // Biomed Res Int. 2015;905204. doi: 10.1155/2015/905204.
13. Pritts E.A., Parker W.H., Brown J., Olive D.L. "Outcome of occult uterine leiomyosarcoma after surgery for presumed uterine fibroids: a systematic review," // The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2015. 1(22).pp. 26-33.
14. Yang Q., Ciebiera M., Bariani M.V., Ali M., Elkafas H. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment // Endocr. Rev. 2022. Vol.43.P.678-719.



АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

Раджабова Г.К.^{1,2}, Султанова Дж. М.^{1,2}, Одинаева Н.Ф.²

¹Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

²Государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол».

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения субмукозной миомы матки, путем индивидуального выбора женщин.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и гистероскопического лечения 83 женщин с субмукозной миомой матки.

До операции проведено комплексное клинико-лабораторное исследование, в том числе микробиологическое исследование урогенитального тракта. С целью определения критериев выбора оптимальной методики гистероскопической миомэктомии применена классификация К. Wamsteker, где узлы 0 типа отмечены в 22 (26,5%), узлы I типа в 29 (34,9%) и узлы II типа в 32 (38,6%) наблюдениях. Для уточнения внутриматочной патологии перед вмешательством проводили диагностическую жидкостную гистероскопию.

Результаты исследования. При каждом типе субмукозного узла была применена индивидуальная тактика. С учётом диаметра, локализации узлы были удалены с применением 2 мм и 4 мм эндоинструментов, методикой вапоризации узлов в сочетании

с инструментальным удалением продуктов деструкции, монополярной электрохирургической резекции, в течение одного вмешательства с минимальной кровопотерей. При проведении микробиологических исследований урогенитального тракта у женщин с субмукозной миомой матки, наиболее часто определялись ассоциации от 2 до 5 условно-патогенных микроорганизмов.

Выводы. Инструментальная методика гистероскопической миомэктомии без предварительной супрессии эндо- и миометрия в более 80% случаев обеспечивает первичное радикальное удаление субмукозных узлов всех типов. У женщин с субмукозной миомой матки наблюдается высокая частота встречаемости условно-патогенной микрофлоры в цервикальном канале, что крайне необходимо учесть при коррекции основной патологии.

Ключевые слова: субмукозная миома матки, гистероскопия, диагностическая гистероскопия, методика вапоризации узлов, жидкостная гистероскопия, гистероскопическая миомэктомия, приоритетные виды микроорганизмов урогенитального тракта.

INTEGRATED APPROACH FOR HYSTEROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF SUBMUCOSE UTERINE MYOMA

G.K. Rajabova^{1,2}, J.M.Sultanova^{1,2}, N.F Odinaeva²

¹Department of Obstetrics and Gynecology №1 of “Tajik Institute of Post-Graduate Education of medical Staff”

²SI “Istiklol health complex”

Aim. Improving the results of surgical treatment of submucous uterine fibroids by individual choice of women.

Materials and methods. The work is based on the analysis of the results of diagnostics and hysteroscopic treatment of 83 women with submucosal uterine fibroids.

Before the operation, a comprehensive clinical and laboratory examination was performed,

including a microbiological examination of the urogenital tract. In order to determine the criteria for selecting the optimal method of hysteroscopic myomectomy, the classification of K. Wamsteker was applied, where with nodes of type 0 it was noted in 22 (26.5%), with nodes of type I - 29 (34.9%) and with nodes of type II - 32 (38.6%) observations. To clarify the endometrial



pathology before the intervention, diagnostic fluid hysteroscopy was performed.

Results. For each type of submucous node, an individual tactic was applied. Taking into account the diameter, the localization of the nodes was removed using 2 mm and 4 mm endoinstruments, the method of vaporising the nodes in combination with instrumental removal of degradation products, monopolar electrosurgical resection, during one intervention with minimal blood loss. When conducting microbiological studies of the urogenital tract in women with submucosal uterine fibroids, associations of 2 to 5 opportunistic microorganisms were most often determined.

Conclusion. The instrumental technique of

hysteroscopic myomectomy without prior suppression of the endo- and myometrium, in more than 80% of cases, provides primary radical removal of submucous nodes of all types, without additional application of vaporization. У женщин, с субмукозной миомы матки, наблюдается высокая частота встречаемости условно-патогенной микрофлоры в цервикальном канале, что крайне необходимо учесть при коррекции основной патологии.

Keywords: submucosal uterine myoma, hysteroscopy, diagnostic hysteroscopy, node vaporization technique, liquid hysteroscopy, hysteroscopic myomectomy, priority types of microorganisms of the urogenital tract.

Рачабова Гулчахон Курбоналиевна – н.и.т., дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2-и МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”. 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, н. Сино, к. Мехнатобод - 100. Тел: +992 918764490. E-mail: gkrajabova29@gmail.com

Султонова Чамила Мансуровна – ассистенти кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №2-и МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, н. Шохмансур, к. Дехлавӣ- 1-119. Тел: +992 918421033. E-mail: jsult@mail.ru

Одинаева Нигина Фарходовна – д.и.т., акушер-гинеколог шӯъбаи эҳёи калонсолони МД “МТ Истиклол”, 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Хамзаалиева – 12. Тел: +992 901070701. E-mail: odinaeva_nigina@mail.ru

Раджабова Гульдҷахон Курбоналиевна – к.м.н., доцент кафедраи акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мехнатобод-100. Тел: +992 918764490. E-mail: gkrajabova29@gmail.com

Султанова Джамиля Мансуровна – ассистент кафедраи акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дехлави - 1-119; Тел: +992 918421033. E-mail: jsult@mail.ru

Одинаева Нигина Фарходовна – д.м.н, акушер-гинеколог отделения реанимации, государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол», Республика Таджикистан». Г. Душанбе, ул. Хамзаалиева – 12. Тел: +992 901070701. E-mail: odinaeva_nigina@mail.ru

Rajabova Guljahon Kurbonaliyeva – Head of Department of Obstetrics and Gynecology №1 of the SEI “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of Tajikistan”; Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mekhnatobod st., 100. Tel: +992 918764490. E-mail: gkrajabova29@gmail.com candidate of medical science, Associate Professor. Tel. +992 900 76 44 90. E-mail: gkrajabova@mail.ru

Sultanova Jamilya Mansurovna – Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №2 of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan”, Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. Dekhlavi - 1-119. Tel. +992 918421033. E-mail: jsult@mail.ru

Odinaeva Nigina Farkhodovna – Doctor of Medical Sciences, obstetrician-gynecologist, intensive care unit, SI “Istiklol health complex”. Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. Khamzaalievna – 12. Tel. +992 901070701. E-mail: Odinaeva_nigina@mail.ru



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ГИМНАСТИКАИ НАФАСКАШӢ БО УСУЛИ К.П.БУТЕЙКО ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ СИСТЕМАИ НАФАСКАШӢ

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедраи бемориҳои дарунии № 1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамӣ. Одамони муосир вақти худро дар ҳавои кушод хеле кам сипарӣ мекунанд. Ашхоси маш“ул ба меҳнати фикрӣ муддатҳои тӯлонӣ дар утоқи корӣ мебошанд, аксари онҳо чунин мепиндоранд, ки дар хона нишастан аз сайру гашт беҳтар аст. Ҳангоми тарзи ҳаёти камҳаракат функсияи ҳаётан муҳим - нафаскашӣ осеб мебинад. Мо ба ноҳамвор нафас кашидан сар мекунем, ки ба саломатии мо таъсири манфӣ боқӣ мегузорад. Роҳи ба худ ёрӣ расонидан дар ин ҳолат на танҳо дуруст нафас кашидан, балки худро пурра солим гардонидан тавассути машқҳои нафаскашӣ мебошад.

Нафаскашӣ яке аз муҳимтарин равандҳое аст, ки ба функсияҳои физиологии организм таъсир мерасонад. Дастгоҳи нафаскашии хуб инкишофёфта кафолати бозътимоди фаъолияти ҳаётии мукаммали ҳуҷайраҳо ба ҳисоб меравад. Муқаррар карда шудааст, ки ҳар қадар қобилияти оксигенро ҳазм кардани организм баланд бошад, қобилияти қори одам ҳамон қадар беҳтар мегардад. Ва баръакс: дастгоҳи хуб инкишофнаёфтаи нафаскашии берунӣ боиси ба қадри ноқофӣ ба организм ворид гаштани оксиген мешавад, ки ин метавонад ба пайдо шудани ихтилолҳое дар организм боис гардад, ки на танҳо ба узвҳои нафаскашӣ, балки ба системаҳои дилу рағҳо ва системаи марказии асаб низ иртибот доранд.

Барои мустаҳкам кардани системаи нафас якҷанд усули гимнастикаи нафасӣ тавсия мегардад. Баланд бардоштани сатҳи истеъмоли оксиген ҳар андоза муҳим бошад, ҳамон андоза қоркарди устувории организм дар муқобили гипоксия, яъне гуруснагии оксигении бофтаҳо муҳим аст. Яке аз одитарин усулҳои расидан ба ин ҳадаф машқҳои махсусе мебошанд, ки моҳияташон бо ирода идора кардани нафас аст. Гипоксияи сунӣ ба организм имконият медиҳад, ки функсияҳои худро навсозӣ намояд ва захираҳои муҳофизатии худ

ро сафарбар кунад. Дар хотир доштан зарур аст, ки чунин машқҳо бо диққат ва эҳтиёт гузаронидан лозим аст, аз норухати нафаскашӣ дурӣ ҷустан лозим аст.

Воситаи беҳтарин сарбориҳои ҷисмонӣ мебошанд. Чунин сарборӣ таъсири дукарата дорад: сатҳи устуворӣ дар муқобили норасоии оксигенро баланд мебардорад ва қувваи системаи дилу рағҳо зиёд намуда, барои беҳтар кардани ҳазми он мусоидат мекунад. Сарбориҳои ҷисмонӣ боз як таъсири дигари мусбат низ доранд. Пурқувват шудани амплитудаи ҳаракати диафрагма ба ҳолати дигар узвҳои дарунӣ низ таъсир мерасонад. Диафрагма ҳангоми нафасгирӣ ба чигар ва дигар узвҳои ҳозима фишор меоварад ва ба аксулчараёни онҳо аз хуни варидӣ ва қисмиҳои рости дил мусоидат менамояд. Ҳангоми нафасбарорӣ диафрагма боло меравад ва ба ин васила чараёни хуни шарёниро ба узвҳои ковокии шикам сабук гардонида, “изогирӣ ва қори онҳоро беҳтар месозад.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқоти мазкур омӯختани таъсири гимнастикаи нафасӣ тибқи усули К.П. Бутейко ҳангоми ихтилолҳои нафаскашии системаи бронху шушҳо мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 8 бемор - занҳои аз 40 то 60-сола қарор доштанд, ки дар анамнезашон бемории астмаи бронхиалӣ доштанд. Ҳамаи онҳо аз душвории нафаскашӣ, эҳсоси норасоии ҳаво, нафастангӣ, сулфа, сустии умумӣ ва паст шудани қобилияти қорӣ шикоят доштанд.

Методи Бутейко ё методи иродавии аз байн бурдани нафаскашии амиқ ба беҳтар соختани вентилятсияи шушҳо равона шудааст. Чунин таъсирро аз ҳисоби суст кардани суръат ва амиқии нафаскашӣ ба даст овардан мумкин аст. Нафаскашии сатҳӣ аз тариқи бинӣ ҷузъи муҳимтарини комплекси нафаскашӣ мебошад, ки “анишавии хун



ва бофтаҳо аз оксиген ва карбон таъмин мекунад. Ин усул ба қатъ намудани хуруҷҳои бемориҳои бронху шушҳо ёри мерасонад ва сифати ҳаётро дар маҷмуъ беҳтар месозад, чунки дигар узвҳои муҳими одам ба ин қорҷалб карда мешаванд ва ба ин тартиб қобилияти қоришон низ беҳтар мешавад.

№1. Барои қори қисмҳои болоии шушҳо. 5 сония – нафас ба дарун кашидан, баъдан 5 сония – нафас баровардан (мушакҳои қафаси сина суҷ карда шаванд), баъдан 5 сония таваққуф (дар ҳолати суҷшавии максималӣ). 10 маротиба тақрор қардан.

№2. Нафаскашии пурра. Нафаскашии диафрагмавӣ ва қафаси сина якҷоя мешаванд. Дар муддати 7,5 сония - нафас гирифттан, аз нафаскашии диафрагмавӣ сар мешаванд, дар нафаскашии қафаси сина тамом мешаванд, баъдан 7,5 сония нафас баровардан, о“оз – аз қисмҳои болоии шушҳо, анҷом-аз қисмҳои поёнии шушҳо (диафрагмавӣ), баъдан 5 сония таваққуф. 10 маротиба тақрор қардан.

№3. Масҳи нуқтавии бинӣ дар лаҳзаи таваққуфи максималӣ. 10 маротиба тақрор қардан.

№4. Нафаскашии пурраи қисми рост, баъдан қисми чапи бинӣ. 10 маротиба иҷро қардан.

№5. Дарун кашидани шикам. 7,5 сония давом мекунад, бо нафасгирии пурра. Баъди он нафасбарории максималӣ дар даво-

ми 7,5 сония, баъдан 5 сония таваққуф. Мушакҳои шикам ҳама вақт кашада. 10 маротиба тақрор қардан.

№6. Вентилатсияи максималии шушҳо. 12 маротиба ба таври максималӣ нафасгирӣ ва нафасбарории зуд. Дар давоми 2,5 сония – нафас гирифттан, 2,5 сония – нафас баровардан. Муддати як дақиқа бо навбат давом додан. Баъдан дарҳол таваққуфи максималӣ дар нафасбарорӣ иҷро қарда шаванд. Нафасбарорӣ бояд ҳадди баландтарин бошад. Гимнастика ҳамаҷуз дар қисми аввали рӯз гузаронида шуда, аз 15 то 30 дақиқа давом мекунад. Курси тақобат вобаста аз муътадилшавии ҳолат аз 15 то 30 рӯз давом мекунад.

Нагиҷаҳои таҳқиқот. Пас аз тақобати гузаронидашуда тамоҷули қам шудани нафастангӣ, сулфа, беҳтаршавии ҳолати умумӣ, барқарор шудани хоб ба мушоҳида расид, қобилияти қорӣ ва таъбеҳтар шуданд.

Хулоса, дуру дароз истифода қардани гимнастикаи нафаскашӣ бо усули Бутейко экскурсияи шушҳо хеле беҳтар месозад, сулфаро қам ва ҳолати беморро муътадил месозад. Ҳамин тавр, гимнастикаи нафасӣ бо усули К.П. Бутейко аз сабаби универсалӣ ва бисёрфункционалӣ буданаш ба тамоми организм таъсири муҷбат мерасонад ва аз одам барои гузаронидани маш“улият шароити маҳсууро талаб намекунад.

Адабиёт

1. Епифанов В.А. Учебник: Лечебная физическая культура и спортивная медицина / Епифанов В.А. //М.: Медицина, 2019.
2. Щетинин М.Н. Методические рекомендации: Дыхательная гимнастика по Бутейко А. Н. / Стрельникова. А.Н., Щетинин М.Н., Москва, 2010г.
3. Маргазин, В.А. «Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем», Санкт-Петербург 2015.
4. Пирогова Л.А. «Основы медицинской реабилитации и не медикаментозной терапии». Москва 2018 г.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПО К. П. БУТЕЙКО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Алиева Е.Г., Фатгоева Н.В.

Кафедра внутренних болезней № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния дыхательной гимнастики по методу К.П. Бутейко при дыхательных нарушениях бронхо-лёгочной системы.

Под нашим наблюдением находилось 8 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, имеющих в анамнезе заболевание бронхиальной астмой. Все они предъявляли жалобы на



затруднённое дыхание, чувство нехватки воздуха, одышку, кашель, общую слабость, снижение работоспособности.

Метод Бутейко или метод волевой ликвидации глубокого дыхания (ВЛГД) направлен

на улучшение лёгочной вентиляции. Достичь такого эффекта получается за счёт уменьшения скорости и глубины дыхания.

Ключевые слова: дыхательная гимнастика по Бутейко, нарушения бронхо-лёгочной системы.

BREATHING EXERCISES ACCORDING TO K.P. BUTEYKO FOR DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Department of Internal Diseases № 1, SEI “Avicenna TSMU» Tajikistan

This article examines the effects of breathing exercises according to the K.P. Buteyko method on respiratory disorders of the bronchopulmonary system.

We observed 8 patients – women aged 40 to 60 years with a history of bronchial asthma. All of them complained of difficulty breathing, a feeling of shortness of breath, shortness of breath, cough, general weakness, and decreased

performance.

The Buteyko method or the method of voluntary elimination of deep breathing (VEDB) is aimed at improving pulmonary ventilation. This effect is achieved by reducing the speed and depth of breathing.

Key words: breathing exercises according to Buteyko, disorders of the bronchopulmonary system.

Алиева Елена Гулямовна – н.и.т., доценти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталя Валеревна - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail: musnat06@mail.ru. Тел.: 93-501-71-92

Алиева Елена Гулямовна – к.м.н, доцент кафедраи внутрених болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Тел.: 917-58-08-62.

Фаттоева Наталья Валерьевна – старший преподаватель кафедры внутрених болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». E-mail: musnat06@mail.ru. Тел.: 93-501-71-92

Alieva Elena Gulamovna – associate professor of the department of internal diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University. Tel.: 917-58-08-62

Fattoeva Natalya Valerievna – senior lecturer of the department of internal diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: musnat06@mail.ru. Tel.: 93-501-71-92

ТАҲЛИЛ ВА БАҲОДИҶИИ УМУМӢ БА СИСТЕМАИ ЛАҲТАШАВИИ ХУН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БУҒУМДАРДИ ТАРБОДМОНАНД

Зубайдов Р.Н., Махмудзода Х.Р., Ҷаборов М.Қ.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Дар байни сабабҳои асосии марги бармаҳал дар беморони бу“умдарди тарбодмонанд (БТ) мавқеи асосиро ҳолатҳои фавқулодаи дилу рағҳо иш“ол мекунанд, ба монанди сактаи миокард (СМ), сактаи ма“зи сар ва таваққуфи ногаҳонии дил, ки бо рушди барвақт ва суръат гирифтани атеросклероз (АС) ва инчунин пайдошавии

зуд-зуди гипертонияи шараёнӣ (ГШ) алоқаманд мебошад [1-3]. Дар беморони БТ дар заминаи фаъолшавии музмини ҷавоби имунӣ нобаробарии шабакаи ситокинҳо ташаккул меёбад [8-10]. Хузури ин ҳолат, ки асоси атеротромбозро ташкил медиҳад (дисфунксияи эндотелий, вазоконстриксия, оксидшавии пероксидии липидҳо, гиперко-

агулятсия), аслан омили асосии ташаккули ихтилолҳои рағӣ дар ин гурӯҳи беморон мебошад [2,11-13]. Дар сохтори номутавозунии рағӣ ҳангоми БТ мавқеи асосиро АС ва оризаҳои он иш“ол мекунад [4,5].

Та“йироти сохторию функционалии системаи рағҳо ҳангоми БТ-ро як қатор муаллифон бо равандҳои илтиҳобии иммунӣ-васкулити ревматоидӣ, ихтилоли гардиши микросиркулятории хун (МС) ва гемокоагулятсия иртибот додаанд [14-16]. Дар ревматологияи муосир масъалаҳои алоқамандии илтиҳоби музмини аутоиммунӣ бо атеросклероз, та“йирёбии гомеостаз ва ихтилоли микросиркуляторӣ (МС) фаъолна баррасӣ мешаванд [12, 13, 14]. Дар айни замон, гиперфибриногенемия ва та“йироти гиперкоагулятсионӣ дар параметрҳои системаи лахташавии хун ҳамчун омилҳои хатарноки мустақил барои рушди оризаҳои манфии бемории дилу рағҳо (ОМБДР) эътироф мегардад [15, 17].

Мувофиқи назари муҳаққиқони муосир, омилҳои, ки бо зухуроти субклиникӣ ва клиникии бемориҳои кардиоваскулярӣ (БКВ) дар БТалоқамандӣ дорад, ҳам ба омилҳои анъанавии хатар ва ҳам ба омилҳои марбут ба БТ мебошанд [15, 16, 17, 18]. Гузашта аз ин, муайян шудааст, ки хатари воқеии рушди бемориҳои дилу рағҳо дар БТ назар ба натиҷаи пешбинишуда хеле зиёд буда, ниёз ба мутобиқсозии ин нишондиҳандаҳо барои беморони БТ бо дарназардошти омилҳои хатарноки марбут ба беморӣ ва мавҷудияти ихтилолҳои гиперкоагулятсионӣ дар системаи лахташавии хун дорад [6,17,19-20].

Аммо, агар ҳолати системаҳои лахташавӣ ва фибринолитикии хун, инчунин хусусияти ихтилолҳои микросиркуляторӣ (МС) ба таври муфассал дар беморони гирифтори атеросклероз ва оризаҳои он омӯхта ва арзёбӣ шуда бошад, чунин маълумот дар мавриди бу“умдарди тарбодмонанд (БТ), бахусус дар ҳамроҳӣ бо бемориҳои дилу рағҳо (БДР), хеле кам ва аксар вақт зиддиятноқ мебошанд [7,14-16,20-21].

Мақсади тадқиқот: Арзёбии хусусиятҳои ихтилолҳои гемокоагулятсионӣ дар беморони БТ вобаста ба дараҷаи фаъолнокии бе-

морӣ ва мавҷудияти патологияи дилу рағҳо.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Дар таҳқиқот 63 бемор бо ташҳиси дақиқшудаи БТ мувофиқи меъёрҳои Коллегияи ревматологҳои Амрико (КРА, 1987) иштирок намуданд, ки дар шӯбаи ревматологии Беморхонаи клиникии шаҳрии №5 шаҳри Душанбе дар давраи солҳои 2013 то 2015 таҳти назорат қарор доштанд. Синни миёнаи беморон $46,3 \pm 3,4$ солро ташкил дод. Аз беморони таҳқиқшуда, 49 нафар (77,8%) зан ва 14 нафар (22,2%) мард буданд. Аксарияти беморон (83,1%) аз рӯи нишондиҳандаи ревматоидӣ-фактор (РФ) серопозитив буданд. Давомнокии миёнаи бу“умдарди тарбодмонанд (БТ) $8,4 \pm 1,6$ солро ташкил дод. Аз 36 нафар (57,1%) беморони таҳқиқшуда бо БТ бемориҳои дилу рағҳо (гипертонияи шараёнӣ, бемории ишемиявии дил) ва гуногунии зухуроти системавии беморӣ мушоҳида гардид. Дар беморони таҳқиқшуда фаъолнокии БТ дараҷаи I, II ва III ба таври мутаносиб дар 15, 18 ва 30 нафар муайян карда шуд. Гурӯҳи назоратиро 20 нафар одамони солим ташкил доданд (14 зан ва 6 мард). Меъёрҳои дохилшавӣ иборат буданд: ташҳиси БТ мувофиқи меъёрҳои Коллегияи ревматологҳои Амрико (КРА), давомнокии «ревматоидӣ-анамнез» < 12 моҳ, доштани бемориҳои дилу рағҳо.

Ҳолатҳои истисноӣ аз гепатитҳои вирусии В, С ва ВНМО, бандшавии вазнини норасоии музмини дил (НМД), сирояти фаъолии бактериявӣ ё вирусӣ ва ҳомиладорӣ иборат буданд.

Фаъолнокии БТ-ро мувофиқи индекси DAS28 (нишондиҳандаи фаъолнокии беморӣ) муайян карда шуд, ки он ба сатҳи паст ($DAS28 < 3,2$), миёна ($3,2 < DAS28 < 5,1$) ва баланд ($DAS28 > 5,1$) тақсим карда шуд [19].

Ҳолати системаи лахташавии хун дар ҳамаи беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои зерин баҳогузорӣ карда шуд: вақти қисман фаъолшудаи тромбопластин (ВҚФТ, сония); вақти протромбинӣ (ВПТ, сония), таносуи байналмилалии муқаррарӣ (ТБМ, воҳиди шартӣ); консентратсияи фибриноген (г/л) ва маҳсулоти вайроншавии фибрин/фибриноген



(МВФ, мг/л), инчунин комплексҳои ҳалшавандаи фибрин-мономерӣ (КХФМ).

Параметрҳои коагулятсионии системаи гемостаз дар коагулометри барномарезишавандаи «Минилаб-701» бо истифода аз маҷмуаҳои ташхисии ширкати «Ренам» (Федератсияи Россия) муайян карда шуданд [20]. Дар коркарди омории натиҷаҳо барномаи «Statistica 6.0» истифода шуд. Барои баҳогузории фарқиятҳо байни қиматҳо t-критерияи Студент истифода шудааст. Фарқиятҳо ҳамчун статистикӣ муҳим ҳангоми $p < 0,05$ ҳисоб карда шудааст. Натиҷаҳо ҳамчун $M \pm m$ оварда шудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо: Аз натиҷаҳои таҳқиқи нишондиҳандаҳои системаи лахташавии хун дар муқоиса бо параметрҳои шабеҳи гурӯҳи назоратӣ, камшавии боэътимоди ВПТ ва ВҚФТ ($p < 0,05-0,01$), пастшавии ТБМ ва инчунин зиёдшавии боэътимоди концентратсияи параметрҳои муҳимтарини гемокоагулятсионӣ, аз ҷумла фибриноген, КХФМ ва МВФ ($p < 0,01$) ба назар мерасид. Ҳангоми муқоисаи параметрҳои гемокоагулятсионӣ дар беморони БТ дараҷаи фаёлнокии I-и раванди илтиҳобӣ (ҷадвали 1) бо параметрҳои шабеҳи гурӯҳи назоратӣ, майли кӯтоҳшавии ВҚФТ ва зиёдшавии концентратсияи фибриноген мушоҳида шуд, гарчанде ки ин па-

раметрҳо аз қиматҳои гурӯҳи назоратӣ боэътимод фарқ надоштанд. Боқимонда нишондиҳандаҳои гемокоагулятсионии хун тақрибан бо маълумоти гурӯҳи назоратӣ мувофиқ буданд.

Дар беморони БТ бо дараҷаи фаёлнокии II ва III нисбат ба беморони бо дараҷаи фаёлнокии I, бо истиснои ТБМ, ҳамаи дигар параметрҳои гемокоагулятсионӣ тағйироти боэътимодно нишон доданд. Натиҷаҳои бадастомада ва маълумоти дигар муҳаққиқон [14-16] нишон медиҳанд, ки дар беморони БТ (ҷадвали 1) (бо зиёдшавии дараҷаи фаёлнокии раванди илтиҳобӣ) зиёдшавии пайдарпайи параметрҳо бо фарқияти боэътимод мушоҳида мегардад. Ҳамингуна қонуният инчунин дар сатҳи сифатӣ низ мушоҳида мешавад, яъне бо афзоиши фаёлнокии беморӣ дараҷаи боэътимодии фарқиятҳо барои ҳар як параметри системаи лахташавии хун мунтазам зиёд мешавад.

Кӯтоҳшавии боэътимоди ВҚФТ, ки мо дар миёни параметрҳои коагулятсионӣ барои баҳогузории ҳолати гемокоагулятсионии хун дар беморони БТ муайян кардем, метавонад ҳамчун параметри асосӣ ҳисобида шавад, зеро санҷиши ВҚФТ имкони ошкор кардани норасоии функционалии ҳамаи омилҳои дохилии лахташавии хунро медиҳад.

Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои системаи лахташавии хун дар беморони БТ вобаста ба дараҷаи фаёлнокиӣ ($M \pm m$)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи назоратӣ	Беморони БТ (n=63)		
		I (n=15)	II (n=18)	III (n=30)
ВҚФТ, сон	35.4 ± 2.6	28.9 ± 1.86	26.3 ± 1.7*	21.8 ± 1.63***
ВПТ, сон	16.2 ± 1.2	16.1 ± 1.24	12.0 ± 0.6**	11.4 ± 0.51***
Фибриноген, г/л	3.5 ± 0.5	4.0 ± 0.03	5.5 ± 0.5*	6.4 ± 0.41**
ТБМ, в. ш.	1.52 ± 0.12	1.48 ± 0.17	1.34 ± 0.18	1.22 ± 0.12
МВФ, мг%	4.6 ± 0.8	4.8 ± 0.62	9.1 ± 0.8**	12.0 ± 0.14***
КХФМ, мг%	5.1 ± 0.16	5.4 ± 0.18	8.6 ± 0.12**	12.0 ± 0.4***

Эзоҳ: *P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001 - боэътимодии фарқиятҳо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур нишон медиҳанд, ки бо афзоиши дараҷаи фаёлнокии раванди ревматоидӣ, шумораи параметрҳои гемокоагулятсионӣ бо фарқияти боэътимод афзоиш меёбад, ки ин метавонад алоқамандии байни ин параметрҳоро ишора кунад, ки қаблан аз ҷониби дигар муҳаққиқон низ қайд шудааст [7,14,15]. Барои тас-

дики ин фарзия, таҳлили коррелятсионӣ байни баъзе маълумоти гемокоагулятсионӣ ва нишондиҳандаҳои лаборатории фаёлнокии БТ гузаронида шуд. Дар ин раванд, робитаи байни нишондиҳандаҳои сафедаи C-реактивӣ ва фибриноген, инчунин комплексҳои ҳалшавандаи фибринмономерӣ муайян карда шуд (мувофиқан $r = 0,23$;

$r=0,34$). Нишондиҳандаҳои сафедаи С-реактивӣ бо қимати ВҚФТалокаи манфӣ доштанд ($r=-0,28$).

Натиҷаҳои таҳқиқи ҳолати системаи лахташавии хун дар беморони БТ ва маълумоти адабиёти илмӣ [3,7,15,16] нишон медиҳанд, ки илтиҳоби системавӣ дар БТ ба фаъолашавии унсурҳои прокоагулянтҳои гемостаз бо якҷоягии сустшавии фаъолияти фибринолитикии хун таъсири назаррас мерасонад, ки тибқи таҳқиқоти муосир, ин масъалаи коморбидии БТ ва бемориҳои дилу рағҳоро боз ҳам муҳимтар мегардонад [7,15,20].

Параметрҳои гемоккоагулятсионӣ дар беморони БТ бидуни осеб ва бо осеби системаи дилу рағҳо хусусияти гуногунсафт

доштанд, бинобар ин натиҷаҳои ин таҳқиқот ба таври алоҳида бо маълумоти гурӯҳи назоратӣ муқоиса карда шуда, дар чадвали 2 пешниҳод карда шуд.

Дар беморони БТ бидуни бемориҳои дилу рағҳо (чадвали 2) натиҷаҳои таҳқиқоти нишондиҳандаҳои системаи лахташавии хун камшавии боэътимоди ВҚФТ ($p<0,05$) ва зиёдшавии концентратсияи фибриноген ва КХФМ-ро нишон доданд. Дар та“йироти дигар параметрҳои гемоккоагулятсионӣ (ВПТ, ТБМ, МВФ) дар беморони БТ бидуни бемориҳои дилу рағҳо тамоюли муайяне ба гиперкоагулятсия мушоҳида шуд, аммо ин та“йирот нисбат ба гурӯҳи назоратӣ боэътимод набуд ($p>0,05$).

Чадвали 2. Параметрҳои гемоккоагулятсионии хун дар беморони БТбе ва бо бемориҳои дилу рағҳо ($M\pm m$)

Нишондиҳанда	Гурӯҳиназоратӣ (n=20)	БТ беБДР (n=35)	БТ боБДР (n=28)
ВПТ, сон	15.70 ± 1.30	$14.20 \pm 1.34^*$	$10.60 \pm 1.30^*$
ВҚФТ, сон	34.60 ± 2.60	$25.80 \pm 2.67^*$	$21.60 \pm 2.60^*$
ТБМ, в.ш.	1.52 ± 0.18	1.44 ± 0.19	$1.39 \pm 0.18^*$
Фибриноген, г/л	3.00 ± 0.30	$5.20 \pm 0.31^*$	$5.60 \pm 0.30^{***}$
МВФ, мг%	4.80 ± 0.14	$7.70 \pm 0.14^{***}$	$11.80 \pm 0.14^{***}$

Эзоҳ: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ – фарқиятҳо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ

Дар беморони гирифтори БТ бо бемориҳои дилу рағҳо (БДР) та“йироти боэътимод дар ҳамаи параметрҳои гемоккоагулятсионии хун, ба истиснои ТБМ, ба назар мерасид (чадвали 2). Самти ин та“йирот ба таври возеҳ далели гиперкоагулятсияи шадид буд, ки асосан аз ҳисоби нишондиҳандаҳои ба монанди санчиши ВҚФТ, КХФМ ва сатҳи фибриноген ба амал омадааст. Ин ҳолат ба мавҷудияти депрессияи фибринолиз дар ин гурӯҳи беморон ишора мекунад, ки вазъи тромбогениро дар шароити ҳамзистии БТ ва БДР боз ҳам мураккабтар месозад [6,7].

Таҳлили муфассали дохилигурӯҳӣ ва баҳогузори та“йироти параметрҳои гемоккоагулятсионӣ вобаста ба афзалияти осебҳои бу“умҳо ва дигар узвҳои дохилӣ (пеш аз ҳама, системаи дилу рағҳо) нишон дод, ки натиҷаҳои патологӣ дар параметрҳои асосии гемоккоагулятсионӣ ба таври назаррас бештар мушоҳида мешуданд ва шадидтар дар беморони дорои БТ бо БДР зоҳир ме-

шуданд. Ин имкон медиҳад, ба ҳулосае расем, ки та“йироти параметрҳои гемоккоагулятсионӣ бо хусусияти системавии раванди илтиҳобӣ дар БТ алоқаманданд, ки ин бо маълумоти муҳаққиқони муосир мувофиқат мекунад [3,7,14,15].

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда ба таври равшан та“йироти назарраси параметрҳои асосиро, ки ҳолати системаи лахташавии хунро тавсиф мекунанд, нишон медиҳанд. Ин та“йирот далели равшани гиперкоагулятсияи шадид ва депрессияи фибринолиз мебошад, ки бештар дар беморони дорои шаклҳои фаъоли баланди БТ ва мавҷудияти бемориҳои дилу рағҳо (БДР) ба назар мерасанд. Ин, аз як тараф, зарурати мутобик кардани востаҳои муосири баҳогузори хатари умумии рушди оризаҳои манфии дилурағҳоро дар ин гурӯҳи беморон талаб мекунад ва аз тарафи дигар, оптимизатсияи стратегияи табобати бемориро дар маҷмуъ тақозо мекунад.



Адабиёт

1. Ребров А.П., Иванова О.В. Предпосылки развития эндотелиальной дисфункции при ревматоидном артрите // Терапевтический архив. — 2004. — №5. — С. 79–85.
2. Tomasson G. et al. Effect of rheumatoid factor on mortality and coronary heart disease // Ann. Rheum. Dis. — 2010. — V. 69. — P. 1649–1654.
3. Мясоедова Е.Г. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. — 2012. — №2. — С. 31–34.
4. Алекберова З.С. и др. Тромбозы и ревматические заболевания: частота встречаемости и механизмы развития (обзор и собственные данные) // Научно-практическая ревматология. — 2012. — №1. — С. 65–71
5. Кропотина Т.В., Морова Н.А. Особенности гемостаза у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца в различных возрастных группах // VII Всероссийская конференция ревматологов России «Ревматология в реальной клинической практике»: Сб. тезисов. — Владимир, 2012. — С. 28.
6. McInnes I.B., Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis // New Engl. J. Med. — 2012. — V. 365. — P. 2205–2219.
7. Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Метаболический синдром при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. — 2013. — №3. — С. 302–312.
8. Майорова Ю.Н. Нарушения липидного профиля крови у больных с высокой активностью ревматоидного артрита // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — №1. — С. 54–59.
9. Князева Л.И. и др. Провоспалительные медиаторы и эндотелиальная дисфункция при ревматоидном артрите // Успехи современного естествознания. — 2015. — №2. — С. 63–67.
10. Пьеполи М. Ф, Хоес А. В, Эйджвол Л. С, Альбус С, Бротонс С. (2016). Европейские конференция 2016 года по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. Шестая совместная рабочая группа Европейского общества кардиологов и других общества кардиологов и других обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний клинической практике. EurorHeartJ, 37 (29), стр.2315-2381.
11. АгсаР, Хеслинга С.К, Ролефстад С. (2017). Официальные рекомендации управление риском сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ревматоидным артритом и другими формами воспалительных заболеваний суставов;обновление за 2015-2016 годы. Энн Реймонд, 76(1). Стр. 17-18.
12. Арида А, Протогеру А. Д, Китас Г. Д, Какис П. П, (2018). Системная иммунная реакция и атеросклероз: парадигма хронических воспалительных ревматических заболеваний. Международный научный журнал. 19 (7) стр. 1890.
13. В.И. Мазурова.Тактика врача–ревматолога. Практическоеруководство.2022г.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Зубайдов Р.Н., Махмудзода Х.Р., Джаборов М.К.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ” ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

В статье представлены результаты исследования состояния свертывающей системы крови у 63 больных с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от степени активности заболевания и наличие кардиоваскулярной патологии. Выявлено, что у пациентов с РА наблюдается закономерное увеличение количества параметров свёртывающей системы кро-

ви с достоверным различием по мере нарастания степени активности воспалительного процесса, что подтверждается наличием корреляционной связи между показателями С-реактивного белка, фибриногена и фибринмономерных комплексов (соответственно, $r = 0,23$ и $r = 0,34$; $p < 0,05$).

Установлено, что наряду с активностью



воспалительного процесса, другим фактором, который тесно ассоциировался с формированием гиперкоагуляционного состояния у больных РА, являлось наличие сердечно-сосудистой

патологии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, свёртывающая система крови, сердечно-сосудистая патология.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE STATE OF THE BLOOD COAGULATION SYSTEM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Zubaydov R.N., Makhmudzoda H.R., Dzhaborov M.K.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, State Educational Institution "Avicenna TSMU".

The article presents the results of a study of the state of the blood coagulation system in 63 patients with rheumatoid arthritis (RA), depending on the degree of disease activity and the presence of cardiovascular pathology. It was revealed that in patients with RA there is a regular increase in the number of parameters of the blood coagulation system with a significant difference as the degree of activity of the inflammatory process increases, which is confirmed by the presence of a correlation

between the indicators of C-reactive protein, fibrinogen and fibrin-monomer complexes (respectively $r = 0.23$ and $r = 0.34$; $p < 0.05$).

It was found that along with the activity of the inflammatory process, another factor that was closely associated with the formation of hypercoagulation in RA patients was the presence of cardiovascular pathology.

Key words: rheumatoid arthritis, blood coagulation system, cardiovascular pathology.

Зубайдов Рустам Нигматович, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.

Маҳмудзода Хайём Рузибоӣ, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.

Джаборов Манучеҳр Қосимович, ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.

Зубайдов Рустам Нигматович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Маҳмудзода Хайём Рузибоӣ, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Джаборов Манучеҳр Қосимович, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Zubaidov Rustam Nigmatovich, candidate of medical sciences, docent, Head of the Department of Propedeutics of Internal Diseases SEI "ATSMU".

Mahmudzoda Khaiyom Ruziboevich, candidate of medical sciences, docent of the Department of Propedeutics of Internal Diseases SEI "ATSMU".

Jaborov Manuchehr Qosimovich, assistant of the Department of Propedeutics of Internal Diseases SEI "ATSMU".

ОМИЛҲОИ ХАТАР ВА ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ НИҚРИС

Ҷонназарова Д.Х., Холиқова Н.А.

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Ниқрис бемории музмини пешраванда аст, ки ба ихтилоли мубодилаи перинҳо алоқаманд буда, дорои хусусиятҳои баланд будани "ализати кислотаи пешоб дар хун (гиперурикемия) ва таҳшин шудани уратҳо дар гурдаҳо, бу"умҳо ва боф-

таҳои назди бу"умҳо ва дигар узвҳо мебошад. Гиперурикемия натиҷаи вайрон шудани метаболизм аст ва дар солҳои охир мушкоти нисбатан паҳншуда маҳсуб мешавад. Аломатҳои нисбатан бештар дучоршавандаи падидаи артрити ниқрисӣ пайдо шуда-



ни тофусҳои никрисӣ ва ташаккул ёфтани сангҳои уратӣ дар гурдаҳо мебошад [1,2]. Солҳои зиёд чинин меҳисобиданд, ки кислотаи пешоб моддаи метаболикии инерти аст, ки дар натиҷаи ин никрис ва гиперурикемия дар давоми солҳои зиёд аз тарафи ҷамъиятҳои илмӣ рад карда шуда буд. Баъди муайян кардани он, ки кислотаи пешоб омили этиологии пайдошавии бемориҳои гурдаҳо, гипертензияи шарёнӣ мебошад, ҷамъиятҳои тиббӣ ба ин проблема тавачҷуҳ зоҳир намуданд. Баъдан, он ҳамчун ихтилоли комплекси ба ҳамдигар алоқаманди дорои аксуламалҳои занҷирӣ ва ҷуброншаванда будани равандҳо бо ғоизи баланди ҳолатҳо дарк карда шуд.

Мақсади таҳқиқот. Муқаррар кардани омилҳои нисбатан муҳимми хатар ва арзёбӣ кардани иртиботи онҳо бо хусусиятҳои клиникии никрис.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 56 бемор (ҳамашон мард, синну соли миёна – $53,2 \pm 8,8$ -сола) фаро гирифта шуда буданд, ки ба Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз январи соли 2016 то декабри соли 2020 бо ташҳиси боэътимоди никрис тибқи меъёрҳои баҳодихии S.L. Wallace (1977) муроҷиат карда буданд, [7]. Оғози беморӣ $49,4 \pm 8,8$ -солагиро ташкил дода, давомнокии беморӣ аз лаҳзаи муроҷиат – $3,8 [1,0; 5,0]$ сол (аз 2 ҳафта то 25 сол) буд. Басомади ретсидивҳои артрит дар соли охири беморӣ 3,0-ро ташкил дод $[1,0; 10,0]$. Ба ҳисоби миёна дар тамоми давраи беморӣ осеб дидани $5,0 [2,0; 14,0]$ буғум ба мушоҳида расид. Ҳангоми арзёбӣ кардани анамнез варианти артрит мувофиқи давомнокии бештарини шиддатгирии охири дар соли чорӣ муайян карда мешавад. Ҳамин тавр, дар давраи муоинаи яқум дар 15 (26,8%) бемор артрити шадиди никрисӣ мушоҳида карда шуд, дар 6 (10,7%) бемор вай хусусияти давомнок дошт (бо давомнокии аз 3 ҳафта то 3 моҳ), дар 16 (28,6%) бемор артрити музмин ташҳис карда шуд (давомнокӣ >3 моҳ), 19 (33,9%) бемор дар давраи байни хуруҷҳо таҳқиқ карда шуданд. Дар 23 (41,1%) бемор тофусҳои зерипӯстӣ муайян карда шуд, миқдори онҳо ба ҳисоби

миёна 4 [2; 11]–ро ташкил дод бо калавиши аз 1 то 21. Аломати рентгенологии тофуси дохилиустухонӣ – симптоми «мушт задан» дар 12 (21,4%) бемор муайян карда шуд. Нефролитиаз мувофиқи маълумоти таҳқиқоти ултрасадоӣ дар 24 (42,9%) бемор муайян карда шуд. Дар давраи таҳқиқот табобати зиддиникрисӣ бо аллопуринолро (аз 1 ҳафта то 1 сол) 27 (48,2%) бемор гирифтаанд. Дар равиши таҳқиқот чунин параметрҳои антропометрӣ муайян карда шуданд: қад, массаи бадан, шохиси массаи бадан (ШМБ) мувофиқи формулаи Кеттле ($\text{кг}/\text{м}^2$), даври камар (ДК) (см). Ташҳиси фарбеҳӣ ва возеҳии он бо ёрии ШМБ мувофиқи схемаи тавсиянамудаи ТУТ муайян карда шуд [8]. Ченкунии фишори шарёнӣ (ФШ) тибқи усули Н.С. Коротков ба таври дастӣ рӯзона дар мавқеи нишаста иҷро карданд. Фишори шарёнӣ (ФШ) ҳангоми бузургҳои ФШ-и систолиқӣ (ФШС) баландтар аз 140 мм сут. сим. ва ё ФШ-и диастолиқӣ (ФШД) болотар аз 90 мм сут. сим. (таснифи ТУТ ва МОАГ, 1999) дар ҳолати ду ё зиёда ташрифҳои пай дар пай бо фосилаи 1 ҳафта дар шароити набудани табобати антигипертензивӣ муайян карда шуд. Ташҳиси бемории ишемикии дил (БИД) мувофиқи меъёрҳои арзёбии ТУТ (1979) муқаррар карда шуд. Бо мақсади муайян кардани хатари умумии коронарӣ (ХУК) алгоритми тавсиянамудаи Маркази давлатии илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии ВТ ФР муқаррар карда шуд. Мутаносибан, нишондиҳандаи СКР $\geq 20\%$ ҳамчун хатари баланд, нишондиҳандаи СКР ≥ 25 $\text{кг}/\text{м}^2$, БИД ё дигар бемориҳои атеросклерозии хешовандони наздик: мардҳои ҷавонтар аз 55-сола, занҳои ҷавонтар аз 65-сола) СКР, тибқи модели истифодашуда, 2 маротиба зиёд шудааст. Мавҷуд будани аломатҳои клиникии БИД дар ҳуди бемор ҳамчун $+20\%$ -и хатари умумии оризаҳои шадиди БИД арзёбӣ карда шуд. СМ аз ҷиҳати клиникӣ дар асоси критерияҳои кории коршиносони Пажуҳишгоҳи миллии тандурусти ИМА (АТР III, 2002) ташҳис карда шуд. Бо мақсади баҳо додан ба тағйироти мубодилаи карбогидратҳо ва ташҳиси ДҚ критерияҳои ташҳисии ТУТ (1999) истифода



карда шуданд. Ташхиси ДҚ ҳангоми $e^{7,1}$ ммол/л будани концентратсияи глюкоза дар хуноба (дар меъдаи холӣ) гузошта шуд. Дар ҳамаи беморон бо меъдаи холӣ сатҳи глюкоза (бо усули глюкооксидаз) ва кислотаи пешоб (КП) дар хуноба (усули колориметрии ферментативӣ) чен карда шуд, таҳқиқи спектри липидӣ-сафедавии хун –холестерини умумӣ (ХУ), триглитсеридҳо (ТГ) ва холестерини липопротеидҳои зичиашон баланд (ХСЛЗБ) бо усули колориметрӣ гузаронида шуд [9]. Сатҳи холестерини липопротеидҳои зичиашон паст (ХСЛЗП) бо усули ҳисобкунӣ мувофиқи формулаи Фривалд [10] муайян карда шуд. Коэффитсиенти атерогеният тибқи формулаи (ХС – ХСЛЗБ)/ХСЛЗБ муайян карда шуд, меъёр нишондиҳандаи 102 см қабул карда шуд, ки бо он зиёдшавии хатари пайдошавии БКВ дар 9 (90%) бемори дорои никрис муайян карда шуд, аз фарбеҳӣ азият мекашиданд. Тибқи маълумоти адабиёт, басомади ФШ ҳангоми никрис аз 36 то 41% [11, 12] буда, дар якҷоягӣ бо СМ ин нишондиҳанда то 72% мерасад [3]. Маълумотҳои ба даст овардашуда аз иртиботи байни пайдошавии ФШ ва мавҷуд будани СМ дар беморони дорои омилҳои никрис гувоҳӣ медиҳад, ки дар як бемор хатари фалокатҳои кардиоваскулярӣ хеле баланд мешавад [13]. Дар ин маврид якҷоя шудани якҷанд, ҳатто ОХ кардиоваскулярии возеҳиашон муътадил аз лиҳози пешгӯӣ кардан ногувортаранд, нисбат ба хеле афзудани як омилҳои кардиоваскулярӣ. Таҳлили тақсим кардани СКР дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ гузаронида шуд. Ба гурӯҳи I беморони аз 30 то 40-сола ($n=3$), ба гурӯҳи II аз 40 то 50 -сола ($n=13$), ба гурӯҳи сеюм аз 50 то 60 -сола ($n=30$), ба гурӯҳи IV аз 60 то 70 -солат ($n=7$) ва ба гурӯҳи V болотар аз 70-сола ($n=3$) дохил карда шуданд.

Муқаррар карда шуд, ки бо гузашти ҳар як даҳсола, махсусан, шуруъ аз даҳсолаи панҷуми ҳаёт нишондиҳандаи СКР баланд мешавад ($p=0,05$, дар ҳамаи ҳолатҳо). Ин маълумотҳо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки хатари пайдошавии бемориҳои кардиоваскулярӣ на танҳо барои беморони солхӯрда, балки барои ҷавонон низ вучуд дорад. Диққати махсус ба омӯзиши алоқамандии байни СКР ва хусусиятҳои асосии клиникӣ никрис равона карда мешавад. Омилҳои хатар n (%): син >55 –сола - 20 (35,7%) ХСУ $>6,5$ ммол/л - 50 (89,3%), ХСЛЗБ $d^{1,6}$ ммол/л - 34 (60,7%), сигоркашӣ, n (%) - 7 (12,5%), ФШС >140 мм сут.сим. - 32 (57,1%), диабет қанди типии 2 - 19 (33,9%), ГТ $>2,3$ ммол/л - 18 (32,1%), ШМБ >25 кг/м² 48 (85,7%), анамнези оилавӣ оид ба БИД, n (%) - 15 (26,8%).

Хулосаҳо. Дар беморони дорои никрис омилҳои нисбатан хос, дар баробари синну сол, баланд шудани сатҳи холестерин (дар 83,3%-и беморон), паст шудани сатҳи холестерини липопротеидҳои зичиашон баланд (дар 60,7%), фарбеҳӣ (дар 85,7) ва гипертонияи шарёнӣ дар (57,1%) низ ба ҳисоб мераванд. Дар беморони дорои артрити никрисӣ комплекси ихтилолҳо мавҷуд аст, ки боиси пайдо шудани фалокатҳои кардиоваскулярӣ мегарданд, барои ҳамин ҳам баҳогузорӣ кардани нишондиҳандаи хатари умумии кардиоваскулярӣ мувофиқи мақсад мебошад.

Адабиёт

1. Mikuls T.R. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990-1999 / T.R. Mikuls [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – V. 64. – P. 267-272
2. Nakagawa T. Unearthing uric acid: an ancient factor with recently found significance in renal and cardiovascular disease / T. Nakagawa // Kidney Int. – 2006. – V. 69. – P. 1722-1725
3. Kanbay M. Uric Acid in Hypertension and Renal Disease: The Chicken or the Egg? / M. Kanbay // Blood Purif. – 2010. – V. 30. – P. 288-295
4. Kutzing M.K. Altered uric acid levels and disease states / M.K. Kutzing, B.L. Firestein // J. Pharmacol. Exp. Ther. – 2008. – V. 324. – P. 1-7
5. Chen S.Y. Trends in the manifestations of gout in Taiwan / S.Y. Chen [et al.] // Rheumatology. – 2003. – P. 1529-1533
6. Lawrence R.C. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: part II / R.C. Lawrence [et al.] // Arthritis Rheum. – 2008. – V. 58. – P. 26-35
7. Risk



factors for gout and prevention: a systematic review of the literature. *Curr Opin Rheumatol*. 2011 Mar;23(2):192-202 8. Rothenbacher D. Frequency and risk factors of gout flares in a large population-based cohort of incident gout / D. Rothenbacher [et al.] // *Rheumatology*. – 2011. – 6. Мухин Н.А. Гиперурикемия, артериальная гипертензия и хроническая болезнь почек: интерпретация взаимосвязи и стратегия действий / Н.А. Мухин // *Клиническая нефрология*. - 2010. - №4. - С. 4-11 15 С. Diagnosis and treatment of gout in primary care / C. Rakieh, P.G. Conaghan // *Practitioner*. – 2011. – V. 255(1746). – P. 17-20 50. Schumacher H.R. The practical management of gout / H.R. Schumacher, L.X. Chen // *Cleve. Clin. J. Med*. – 2008. – V. 75. – P. S22-S25 51.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Джонназарова Д.Х., Халикова Н.А.

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Резюме. Подагра - хроническое прогрессирующее заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, характеризующимся повышением концентрации мочевой кислоты в крови (гиперурикемия) и отложением уратов в почках, суставных и около-суставных тканях и других органах. Гиперурикемия является следствием нарушения метаболизма и становится всё более распространённой проблемой в последние годы. Наиболее частыми проявлениями данного феномена являются подагрический артрит, появление подагрических тофусов и формирование уратных камней в почках [1,2]. Долгие годы считалось, что мочевая кислота

является метаболически инертным веществом, вследствие чего подагра и гиперурикемия игнорировались на протяжении многих лет научным сообществом. После того, как было обнаружено, что мочевая кислота является этиологическим фактором развития заболевания почек, артериальной гипертензии, медицинское общество обратило внимание на данную проблему, только тогда она стала восприниматься как взаимосвязанный комплекс нарушений с цепными реакциями и обратимостью процессов в большом проценте случаев.

Ключевые слова: подагра, гиперурикемия, подагрическая нефропатия.

RISK FACTORS AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH GOAT

Dzhonnazarova D.H. Khalikova N.A.

Department of Internal Diseases No. 1 of ATSMU

Gout is a chronic progressive disease associated with a disorder of purine metabolism, which is characterized by an increase in the concentration of uric acid in the blood (hyperuricemia) and the deposition of urate in the kidneys, articular and periarticular tissues and other organs. Hyperuricemia is a consequence of metabolic disorders and has become an increasingly common problem in recent years. The most common manifestations of this phenomenon are gouty arthritis, the appearance of gouty tophi and the formation of urate stones in the kidneys [1,2]. For many years, uric acid was

believed to be a metabolically inert substance, and as a result, gout and hyperuricemia were ignored for many years by the scientific community. After it was discovered that uric acid is an etiological factor in the development of kidney disease and arterial hypertension, the medical community paid attention to this problem, only then did it begin to be perceived as an interconnected set of disorders with chain reactions and reversibility of processes in a large percentage of cases.

Key words: gout, hyperuricemia, gouty nephropathy.



Чонназарова Д.Х. - ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». 734058, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, х.Рӯдакӣ - 29-31, www.tajmedun.tj. Тел.: +992927201311. E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

Джонназарова Д.Х. - ассистент кафедраи внутрених болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Адрес: 734058, РТ, г. Душанбе, пр. А.Рудаки, 29-31. www.tajmedun.tj. Тел.: +992927201311. E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

Dzhonnazarova D.H. - assistant of department of internal medicine No.1 ATSMU. 734058, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki ave. Тел.: +992927201311/ E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

Холиқова Н. А. - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, Тел.: +992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis. A.Khalikova.01@gmail.com.

Халиқова Н. А. - к.м.н., ассистент кафедраи внутрених болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан, г. Душанбе. Тел.: +992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis. A.Khalikova.01@gmail.com.

Khalikova N.A. - Assistant of Department of Internal Medicine No. 1, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Republic of Tajikistan, Dushanbe. Tel. +992 918 12 64 96, e-mail: Nargis. A.Khalikova.01@gmail.com.

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-ФУНКЦИОНАЛИИ АЛОМАТҲОИ ГИПЕРТРОФИЯИ МЕЪДАЧАИ ЧАП ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ МАРҲАЛАҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО

Юсупова М.Х.,¹Мехмонов П.Х.,¹Султонов Х.С.²

1. Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». 2. Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Ба дастовардҳои назарраси тибби муосир нигоҳ накарда, бисёр масъалаҳои клиникӣ, ташхис, табобат, арзёбии вазнини чараёни беморӣ, пешгӯӣ ва профилактикаи бемориҳои музмини гурдаҳо мубрам боқӣ мемонанд. Таҳлили маълумоти адабиёти илмӣ барои мо дастрас нишон медиҳад, ки бисёр ҷанбаҳои проблемаҳои дар боло зикршуда кам омӯхта шудаанд ва дар маълумотҳои пешниҳодшуда муҳолифатҳои муайян ба назар мерасад. Махсусан ин ба омӯзиши системаи дилу рағҳо дахл дорад, ки асосан вазнинии чараёнро дар беморони дорои бемориҳои музмини гурдаҳо муайян мекунад. Дар таҳқиқотҳои нашршудаи муаллифони маъруф нақши асосӣ дар патогенези пайдошавии таъйироти дилу рағҳо таъсири гипертонияи шарёнӣ ва анемия нишон дода шудааст. Дар марҳалаи норасоии музмини гурдаҳо (НМГ) омилҳое, ки ба кори миокард таъсири манфӣ мерасонанд, инчунин барои пайдо шудани осебҳои бисёрузвӣ мусоидат мекунанд, зиёд мешаванд.

Дар баробари гипертензияи шарёнӣ, камхунӣ, омили манфӣ барангезандаи осебҳои миокард, аз тарафи умум эътирофшуда, инчунин таъсири бевоситаи моддаҳои токсикӣ метоболизми азотӣ - карбамид, креатинин, дисбаланси электролитӣ, вайроншудани таносуби мубодилаи обу намак, ҳолати кослотаву ишқорҳо, гипопропротеинемия, инчунин омилҳои аутоиммунӣ ба ҳисоб мераванд. Дар ин маврид ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки ихтилолҳои ситемаи дилу рағҳо ҳангоми БМГ на дар ҳолати таъсири ҷудогонаи яке аз омилҳои дар боло зикршуда, балки тавассути таъсири комплексии ҳамзамони чанд омил ба вучуд меояд. Ба ин ё он дараҷа зохир шудани ихтилолҳои кори дил, махсусан гипертрофияи меъдачаи чап ва баъдан ремоделизатсияи он, ба чараёни клиникӣ беморӣ асосӣ таъсири назаррас боқӣ мегузорад. Асосан, падидаи мазкур пешгӯӣ ва оқибати бемориро муайян мекунад ва сабаби фавти беморон аз БМГ мешавад. Ба муҳим будани масъалаи мавриди назар нигоҳ накарда, дар адабиё-



ти барои мо дастрас танҳо ягон-ягон пажу-
хишҳо ба чашм мерасанд, ки чанбаҳои зиё-
ди он баҳснок мебошанд ва дар популятсияи
Тоҷикистон омӯхтанашуда боқӣ мемонанд.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши аломатҳои
клиникӣ-функционалии гипертрофияи меъ-
дачаи чап дар беморони гирифтори марҳа-
лаҳои гуногуни БМГ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Барои раси-
дан ба мақсади таҳқиқот 106 бемори гириф-
тори БМГ таҳқиқ карда шуданд. Синни бе-
морон аз 20 то 50-сола буда, мардҳо 64 на-
фар, занҳо 42 нафар буданд. Гурӯҳи назо-
ратиро 20 нафари ихтиёрии солим ташкил
дод, ки аз ҷиҳати ҷинс ва син муқоиса-
ванда буданд. Дар ҳамаи беморон таҳқиқо-
ти пурраи нефрологӣ анҷом дода шуд, аз
ҷумла таҳқиқоти умумии клиникӣ, таҳқиқо-
ти рағҳои қаъри чашм, бо усули биохими-
явӣ сатҳи карбамид, креатинин, электроли-
тҳо дар зардоби хун, таҳлили умумии кли-
никии хун, пешоб, намунаи Нечипоренко,
бактериурия, протеинурияи шабона, муай-
ян кардани функцияи концентратсионии
гурдаҳо тибқи намунаи Зимнитский анҷом
дода шуд. Таҳқиқоти ултрасадоии гурдаҳо
ва ҳангоми зарурат урографияи инфузионӣ
гузаронида шуд. Дар қатори ин таҳқиқотҳо
таҳлили электрокардиограммаҳо, Эхо-КГ
ичро карда шуд.

Дар ҳамаи ҳолатҳо натиҷаҳои таҳқиқо-
ти стандартии эхокардиографӣ (Эхо-КГ),
доплер Эхо-КГ анҷом дода шуд. Массаи

миокарди меъдачаи чап (МММЧ) мувофиқи
формулаи Чамъияти америкоии эхокарди-
ография баҳогузурӣ карда шуд. Шохиси
массаи миокарди меъдачаи чапро ҳамчун
таносуби МММЧ ба майдони сатҳи бадан
хисоб карданд. ГМЧ ҳангоми ШМММЧе
”134г\м² дар мардҳо ва е”110г\м² дар занҳо
(Devieux R. B. et. al.) арзёбӣ карда шуд.

Ба маводи таҳқиқот беморони дорои
БМГ, ки омили этиологии онҳо бемории ги-
пертонӣ, атеросклероз, диабет қанд, не-
фропатияҳои метаболикӣ ва аутоиммунӣ
буданд, дохил карда нашуданд. Коракарди
оморӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.
Дар натиҷаи таҳқиқоти 106 беморе, ки дар
онҳо сабаби БМГ дар 58 бемор гломеруо-
нефрити музмин, дар 30 бемор пиелонефри-
ти музмин ва аз онҳо 8 нафар дорои анома-
лияи модарзодии гурдаҳо, дар 9 нафар бе-
мории кистозии гурдаҳо, дар 2 нафар
systemic lupus erythematosus буд, бемории
санги пешоб дар анамнез бо пиелолитомия
дар 7 бемор ҷой дошт. Бо истифода аз схе-
маҳои маъмулии таснифӣ мо беморонро аз
рӯйи возеҳии норасоии гурдаҳо, мувофиқи
нишондиҳандаҳои сатҳи креатинини хун ва
бузургии суръати филтратсияи калобачаҳо
ба се гурӯҳ ҷудо кардем: ибтидоӣ, интерми-
татсионӣ (қобили табобати консервативӣ),
терминалӣ (ҷадвали №1). Тамоми беморо-
ни таҳти табобати тодиализӣ, консерва-
тивӣ, ивазкунандаи гурдаҳо қарор доштанд.

Ҷадвали №1.- Тақсим кардани беморон мувофиқи марҳалаҳои БМГ n=106

№	Этиологияи БМГ	Марҳалаҳои БМГ			Ҳамагӣ Миқдори мутлақ бо %
		Марҳалаи муъта- дил СФК=40.0 мл/минт±3.2	Марҳалаи вазнин. СФК=31.4 мл/мин±6.4	Марҳалаи терми- налӣ. СФК =8,6мл/мин±2,4	
1	Гломелуронефрити музмин	19	20	19	58-(54.5)
2	Пиелонефрити музмини аввалия	8	7	7	22-(21.7)
3	Аномалияи модар- зодии гурдаҳо	2	3	3	8-(8.5)
4	Бемории кистозии гурдаҳо	5	2	2	(8.5)
5	Бемории санги пе- шоб дар анамнез бо пиелолитомия	2	2	3	7-(6.6)
6	Systemic lupus erythematosus	-	-	2	2-(1.9)
7	Всего	36-(34.0)%	34-(32.2)%	36-(34.0)%	106-(100.0)%

Аз чихати клиникӣ синдроми варамииш бо дараҷаҳои гуногуни возеҳӣ дар беморони дорои гломерулонефрити музмин ба мушоҳида расид. Варамҳои муътадили рӯй, андомҳои поёни ва бадан дар 31 бемор ба назар расид, дар 11 бемор варамҳои ковокидор бо аломатҳои астсит ва гидроторакс ба назар расид, ки 6 нафари онҳо гидроперикард доштанд. Ҳангоми таҳқиқоти лабораторӣ дар 11 нафари болозикр аломатҳои классикии синдроми нефрозӣ ба қайд гирифта шуд. Варамҳои андомҳои поёни ва варамидани варидҳои гардан, калон шудани чигар аз мавҷуд будани норасоии музмини дил дар 6 бемор (5.6%) дарак медиҳад. Гипертонияи шарёни дар 76 бемор, муътадил дар 36, возеҳ дар 27 ва вазнин дар 13 бемор мушоҳида шуд.

Возеҳӣ ва дараҷаи вазнинии гипертонияи шарёни ба дараҷаи норасоии гурдаҳо мувофиқат мекунад. Гипертонияи вазнини шарёни бо аломатҳои руқуд дар даври хурди гардиши хун бо лаҳзаҳои хуруҷи астмаи дил бештар дар беморони дорои марҳалаи терминалии БМГ мушоҳида шуданд. Ҳангоми

таҳқиқи клиникии дил бечо шудани тақдирҳои дил ба тарафи чап, ҳамчун натиҷаи гипертрофияи меъдаҷаи чап дар 52 (49%) бемор ба мушоҳида расид. Тақдирҳои дил аксар вақт дар фосилаи байниқабурҷавии буми тарафи чап пурқувват ҳаст. Бо таври аускултативӣ дар қуллаи дил, маъмулан, шавшуви систоликии функционалӣ, дар 8 бемор шавшуви соиши перикард шунда шуд. Таҳқиқи рағҳои қаъри чашм бештар симптомҳои ретинопатияро дар шакли тангшавии артериолаҳо ва хеле кам бо мавҷуд будани геморагияҳои хурд дар қаъри чашм муайян кард. Таҳлили электрокардиограмма бештар тахикардияи синусӣ, ихтилоли равандҳои реполяризация бо аломатҳои гипертрофияи меъдаҷаи чап бо экстросистолаҳои тоқа-тоқаро нишон дод. Басомади муайянкунии Эхо-КГ аломатҳои гипертрофияи меъдаҷаи чап, нисбатан бо возеҳии равшантари гипертонияи шарёни, анемия ва бо дараҷаи дуршавиҳои лаборатории метаболизми азотдор, мубодилаи электролитҳо ва бузургии суръати филтратсияи калобачаҳо муайян карда шуд (ҷадвали №2).

Ҷадвали №2. – Ҳолати клиникӣ-функционалии миокарди меъдаҷаи чап ва нишондиҳандаҳои лабораторӣ дар беморони дорои марҳалаҳои гуногуни БМГ.

№	Нишондиҳандаҳои асосӣ	Марҳалаи амбулатории курабелӣ		Марҳалаи терминалӣ n=36 M±m
		Марҳалаи муътадил n=36 M±m	Марҳалаи вазнин n=34 M±m	
1	Карбамид (мочевина) (ммол/л)	13,0±1,6	28,6±2,8	45,4±4,2
2	Креатинин (ммол/л)	226±14,0	364± 18.0	681±24.0
3	Суръати филтратсияи калобачаҳо (мл/дақ.)	42.0±3,6	26,0 ± 6,4	8,2± 2.4
4	Реабсорбсияи каналҷавӣ (%)	94.4± 3.2	89.2 ± 6.8	84.6 ± 4.2
5	Гемоглобин (г/л)	112.0±8.6	79.6± 9.6	64.6± 4.6
6	Нарий плазма (ммол/л)	140.0 ± 3.8	138,2±3,4	134.6±6.1
7	Калий плазма (ммол/л)	4,5±0,02	5,1±0,06	5,4±0,06
8	Магний плазма (ммол/л)	1,2±0,1	1,4±0.2	1.8±0.4
9	ГМЧ (%)	38.9 (14)	55.9 (19)	72.2 (26)
10	Пешдили чап (СМ)	3.7±0.4	3.8±0.6	3.9±0.4
11	Ғафсии девораи ақиби меъдаҷаи чап (СМ)	1.12±0.3	1.24±0.2	1.26±0.4
12	Ғафсии девораи байнмеъдаҷавии меъдаҷаи чап (СМ)	1.17±0.4	1.4±0.12	1.46±0.16
13	Фраксияи партоб (%)< 50,0	16.6% (6)	32.2% (11)	41.1% (16)
14	Дисфунксияи диастоликии (%)	30.6 (11)	35.3% (12)	61.1 (22)

Эзоҳ: дар қавсайн миқдори мутлақи беморон ва бо % эътимоднокии фарқиятҳо нишон дода шудаанд p<0,005.

Маълумотҳои пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки дар марҳалаи муътадили НМГ

асосан бузургиҳои филтратсияи калобачаҳо ва реабсорбсияи каналҷаҳо бо баланд шу-



дани кератинин дар зардоби хун ба таври муътадил паст шудаанд. Электролитҳои хун ва сатҳи гемоглобин дар бештари беморон дар доираи бузургиҳои муътадил нигоҳ дошта шудаанд, танҳо ба гиперкалиемия бо гипокальциемия майлдоранд. Маълум аст, ки пеш аз он ки ба НМГ оварда расонанд, бемориҳои музмини гурдаҳо метавонанд, ки аз як сол то ду даҳсола давом дошта бошад ва якчанд марҳаларо тай мекунад. Ба таври шартӣ чудо кардани онҳо барои дуруст арзёбӣ кардани вазнинии ҷараёни беморӣ ва пешгӯии он ва барои банақшагирии табобати муносиб зарур аст. Пас, омилҳои асосии этиопатогенетикии ГМЧ–и дил дар беморони дорои марҳалаи муътадили БМГ бо симптомокомплекси бемории асосӣ, пеш аз ҳама, бо гипертонияи шарёнӣ алоқаманд мебошад. Дар марҳалаҳои минбаъдаи НМГ нишондиҳандаҳои функционалии гурдаҳо якбора паст мешавад, симптомҳои уремикӣ, дисбаланси электролитӣ, гипертонияи шарёнӣ ва анемия меафзоянд. Аз ин рӯ, дар марҳалаҳои возеҳ ва вазнинии НБГ, ГМЧ бештар вомехӯрад ва таркиби сифатии таҷйирот дар геометрияи дил дар маҷмуъ зиёд мешавад. Муайян кардани таҷйироти дилу рағҳо махсусан ГМЧ-и дил, дар марҳалаҳои гуногуни БМГ барои банақшагирии табобати беморон аҳамияти бузург дорад, вай имконият медиҳад, ки табобати барвақти кардиалӣ самараноктар татбиқ шавад. Муҳимияти масъалаи мазкур дар марҳалаҳои возеҳ, вазнин, махсусан терминалии БМГ, дар давраи пеш аз диализ ва дар тайёр кардан ба оғози табобати гемодиализи барномавӣ хеле боло меравад, зеро ҳуди протсекураи гузаронидани гемодиализ метавонад, ки хатари пайдо шудани як микдор оризаҳои даҳшатнок, аз қабилҳои оризаҳои дилу рағҳоро ба вучуд оварад.

Аз маълумотҳои пешниҳодшуда (ҷадвали №2) низ динамикаи зиёдшавии аломатҳои гипертрофияи меъдачаи чап ба мушоҳида мерасад. Андозаи пешдиҳии рост, “афсии девораи ақиби меъдачаи чап (’ДАМЧ), ҳисоб кардани шохиси массаи миокарди меъдачаи чап муайян карда мешавад. Андозаи пешдиҳии чап, “афсии девораи ақиби меъ-

дачаи чап (’ДАМЧ), “афсии девораи байни-меъдачаи (’ДБМЧ), ҳисоб кардани шохиси “афсии нисбии меъдачаи чап (Ш’НМЧ), шохиси массаи миокарди меъдачаи чап дар марҳалаи ибтидоии НМГ ба таври муътадил зиёд шудааст. Дар ин марҳилаи беморӣ патогенези гипертрофияи меъдачаи чап, асосан бо давомноқӣ ва вазнинии гипертонияи шарёнӣ, омилҳои аутоиммунӣ аз ибтидои оғози ҷараёни асосӣ вобаста аст. Мумкин аст, тамоюл ба анемия дар ин ҳолат аҳамияти калон дошта бошад, ки ҳангоми он узву бофтаҳо бо оксиген аллақай дар марҳалаи муътадили БМГ дар ҳаҷми кофӣ таъмин карда намешаванд. Бо пешрафти аломатҳои БМГ, марҳалаҳои возеҳ, вазнин (фосилавӣ), махсусан дар марҳалаи терминалии БМГ миқдори гипертонияи вазнини шарёнӣ зиёд мешавад, махсусан дар марҳалаи терминалӣ басомади вазнинии гипертонияи шарёнӣ баланд мешавад, анемия, таъсири токсикӣ дисбаланси электролитӣ маҳсулоти азотии метаболизм, ихтилоли ҳолати кислотава ишқор рушд мекунад. Дар умум равшан аст, ки бо зиёд шудани вазнинии БМГ омилҳои манфӣ, ки ба рушди гипертрофияи меъдачаи чап ва дар маҷмуъ осеб дидани системаи дилу рағҳо оварда мерасонанд, зиёд мешаванд. Тавре аз таҳлили ЭХО-КГ дида мешавад, андозаи пешдил, ’ДАМЧ, ГДБМ, Ш’НМЧ, ШБММЧ дар муқоиса аз марҳалаи муътадили БМГ, дар марҳалаи вазнин ва махсусан дар марҳалаи терминалии он зиёд мешавад.

Дар баробари ин, иртиботи коррелясионии байни басомад ва возеҳии таҷйироти геометрияи меъдачаи чап бо нишондиҳандаҳои функционалии миокард муайян карда мешавад. Бузургии фраксияи партоби меъдачаи чап дар беморони гирифтори марҳалаи муътадили БМГ нисбатан ҳифз мешуд, вале рӯ ба камшавӣ доштан (150%) дар 6 (16,6%) бемор муайян карда шуд ва дар 11 бемор аломатҳои дисфунксияи диастоликӣ мавҷуд буд.

Ҳол он ки дар марҳалаи фосилавӣ фраксияи партоб дар 11 (32,3%) бемори дорои аломатҳои дар ҳадди муътадил паст буд.

Ҳамин тавр, басомади муайян кардани

гипертрофияи меъдачаи чап бо аломатҳои кам шудани функцияи кашишхӯрии миокард ба таври муайян бо вазниниву дараҷаи возеҳии БМГ мутаносиб буда, дар патогенези пайдошавии гипертрофияи меъдачаи чап ва ихтилоли функцияи миокард, таъсири гипертонияи шарёнӣ, анемия, азотемия, ихтилолҳои электролитӣ ва суст шудани суръати филтратсияи калобачаҳо махсусан таъкид карда мешавад. Вобастагии дучонибаи муайяни гипертрофияи меъдачаи чап бо суст шудани суръати филтратсияи калобачаҳо дар таҳқиқотҳои худ Д.А. Жидкова ва Н.А. Томилина мушоҳида кардаанд, онҳо динамикаи гипертрофияи меъдачаи чапро пас аз трансплататсияи гурдаҳо дар беморони дорои БМГ омӯхтаанд. Бо паст шудани суръати филтратсияи калобачаҳо, басомади гипертрофияи меъдачаи чап зиёд мешавад, бо баланд шудани суръати филтратсияи калобачаҳо пас аз трансплататсияи гурдаҳо аломатҳои гипертрофияи меъдачаи чап ба регрессияи баръакс дучор шуд. Ин қонуниятӣ нисбӣ, инчунин дар таҳқиқоти мо муайян кард, ки бо зиёд шудани вазнинии БМГ бо пастшавии пешравандаи суръати филтратсияи калобачаҳо басомади аломатҳои гипертрофияи меъдачаи чап зиёд шудааст. Дар марҳалаи муътадили БМГ гипертрофияи меъдачаи чап дар 38% бемор, вазнин дар 55%, терминалӣ дар 72% бемор муайян карда шуд. Дар натиҷа, муқоиса кардан бо омилҳои хатар бо бузургии Ш'НМЧ, ШБММЧ ва ФП –и миокард имконият доданд, ки иртиботи мутақобилаи байни пайдошавии гипертрофияи меъдачаи чап бо возеҳии аломатҳои хатар муқаррар карда шавад. Ҳамагӣ гипертрофияи меъдачаи чап дар марҳалаҳои гуногуни НМГ аз 106 нафари таҳқиқшуда (55,6%) дар 59 бемор муайян карда шуд.

Ҳисоб кардани геометрияи меъдачаи чап Ш'НМЧ < 0,45 ҳангоми ШМММЧ муътадил ҳисоб карда шуд. ГМЧ-и консентрикӣ ҳангоми 'НМЧ е" 0,45 бо зиёд шудани ШМММЧ дар 30 (45,8%) бемор, ГМЧ-и эксцентрикӣ ҳангоми Ш'НМЧ < 0,45 бо зиёд шудани ШМММЧ дар 18 (30,5%) бемор муқаррар карда шуд, гипертрофияи миокар-

ди меъдачаи чап ҳангоми Ш'НМЧ е" 45 ва ШМММЧ –и муътадил дар 11 (18,7%) беморони дорои ГМЧ ба мушоҳида расид.

Таҳлили муқоисавии клиникӣ иртиботи мутақобилаи муайяни коррелятсионии навъҳои гипертрофияи миокарди меъдачаи чапро бо аломатҳои клиникӣ БМГ ва дараҷаи осеби системаи дилу рағҳо дар маҷмуъ нишон дод. ГМЧ-и эксцентрикӣ бештар дар беморони дорои фишори баланд ва вариантҳои шарёнӣ ва назми дил ба мушоҳида расид. Дар 12 бемор аломатҳои дисфункцияи диастоликӣ ба назар расид, ки аз онҳо 6 нафар бо ФП < 50% буданд. ГМЧ-и эксцентрикӣ дар 42,9%-и беморон дар марҳалаи аввали БМГ мушоҳида шуд, ҳамин тартиб, дар этиопатогенези пайдошавии ин тартиби та"йиротҳои геометрияи миокард, асосан, аз вазнинӣ ва давомнокии гипертонияи шарёнӣ вобаста аст, зеро дар ин марҳилаи БМГ синдроми анемия, ихтилоли мубодилаи электролитӣ ва ҳолати кислотавау ишқор нисбатан ҷуброншаванда боқӣ мемонанд. ГМЧ-и консентрикӣ бештар дар марҳалаҳои вазнин ва терминалии БМГ дида шуда, дар пайдошавии худ таъсиррасонии комплекси омилҳои хатар, дараҷа ва давомнокии гипертонияи шарёнӣ, анемия, азотемия, номутавозинии электролитӣ ва ихтилоли ҳолати кислотавау ишқорро, ки хоси ин марҳалаи беморӣ ҳастанд, таъкид мекунад. Паст шудани ФП < 50% дар 27 бемор, дисфункцияи диастоликӣ дар 34 таҳқиқшудаи дорои марҳалаҳои вазнин ва терминалии БМГ ба қайд гирифта шуд. Аз ҷиҳати клиникӣ, дар гурӯҳи беморони дорои гипертрофияи консентрикӣ меъдачаи чап 20,3% дорои аломатҳои норасоии музмини дил бо лаҳзаҳои хуруҷи астмаи дилӣ дар баробари руқуд дар даври хурди гардиши хун буданд. Та"йирёбии консентрикӣ меъдачаи чап дар ҳама марҳилаҳои БМГ тақрибан як хел буд. Паст шудани ФП < 50% бо дисфункцияи диастоликӣ аз 11 беморони дорои ин навъи та"йироти геометрияи миокард дар 6 бемор мушоҳида шуд. Аз ҷиҳати клиникӣ аломатҳои норасоии музмини ноаёни гурдаҳо мушоҳида шуд, ки майли пешравӣ дошт.



Ҳисоб кардани таҳқиқоти функционалии дил (Ш'НМЧ ва ШМММЧ) имконият доданд, ки та“йироти махсуси геометрияи меъдачаи чап муқаррар карда шавад. Гипертрофияи концентрикии меъдачаи чап дар 30 (50,8%) нафар аз 59 бемори дорои гипертрофияи меъдачаи чап муайян карда шуд. Гипертрофияи эксцентриқӣ дар 18 (30,5%) бемор дида шуд. Та“йирёбии концентрикии геометрияи миокарди меъдачаи чап дар 11 (18,7%) бемор дида шуд. Аз ҷиҳати клиникӣ дар беморони дучори гипертрофияи эксцентриқӣ бештар гипертонияи возеҳ ва ноустувори шарёнӣ ва назми дил ба мушоҳида расид. Ҳангоми гипертрофияи концентрикии миокарди меъдачаи чап бештар камшудани фраксияи партоб (37,2%) бо дисфункцияи диастоликӣ (57,6%) бо майл ба пешрафти аломатҳои норасоии музмини дил мушоҳида карда шуд.

Муқаррар кардани ҳолати клиникӣ-функционалии миокарди меъдачаи чап, хусусиятҳои та“йирёбии шакли он, барои тартиб додани табобати мақсадноку комплекси консервативӣ ва дар муқаррар кардани пешгӯйии беморӣ аҳамияти муҳим дорад.

Хулоса, таҳқиқоти клиникӣ-функционалии ҳолати миокарди меъдачаи чап дар 106 бемори дорои марҳалаҳои гуногуни БМГ имконият дод, ки гипертрофияи меъдачаи чап дар 59 (55,6%) бемор муайян карда шавад. Аз онҳо дар марҳалаи муътадил 38,9%, вазнин 55,9%, терминалӣ 72,2% беморон буданд. Аз рӯи натиҷаи муқоиса иртиботи мутақобилаи муайяни басомади пайдошудани гипертрофияи меъдачаи чап дар байни дараҷаи вазнин ва муддати гипертонияи шарёнӣ, анемия, сатҳи сустшудани суръати филтратсияи калобачаҳо, азотемия муқаррар карда шуд.

Адабиёт

1. Карабаева А.Ж. и соавт. // Нефрология. 2008. Т.12. № 2. С. 56-60.
2. Карабаева А.Ж. Альдостерон как фактор прогрессирования кардиоваскулярных осложнений при хронической болезни почек - Автореф. дис. докт. мед. наук. - Санкт-Петербург. 2019. 48 с.
3. Наточина Н.Ю. // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. 2009. № 6. № 41-46.
4. Ребров А. П., Зелепукина Н. Ю. // Нефрология и диализ. 2011. № 4. (доступно по <http://www.nephro.ru/magazine/article.php?id=8838>).
5. Есаян А.М., Каюков И.Г. //Лечение хронической болезни почек / Под ред. С.И. Рябова. - СПб.,2017. С. 26-35.
6. Тареева И.Е. // Тер. архив. 2006. № 6. С. 5-10.
7. Мовчан Е.А. // Бюллетень сибирской медицины, 2018. Приложение 2 С. 88-96,

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Юсупова М.Х., Мехмонов П.Х., Султонов Х.С

1. Кафедра внутренних болезней №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».
2. Кафедра ПВБ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

В данной статье анализируется клинико-функциональная характеристика гипертрофии левого желудочка у 120 больных с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП). В результате обследования гипертрофия левого желудочка установлена у 59 (55,6%) больных с ХБП. Из них в умеренной стадии у 38,9%, тяжелой у 55,9%,

терминальной у 72,2% больных. Авторы указывают на определённую взаимосвязь частоты возникновения гипертрофии левого желудочка между степенью тяжести и давности артериальной гипертонии, анемии, уровня снижения скорости клубочковой фильтрации, азотемия. По мере нарастания выше указанных отрицательных факторов



риска увеличивалась частота гипертрофии левого желудочка. Расчёт данных функциональных исследований сердца позволили установить определённые изменения геометрии левого желудочка. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка установлена у 30 (50,8%) больных из 59 больных с гипертрофией левого желудочка. Кон-

центрическое ремоделирование выявлено у 11 (18,7%) больных, эксцентрическое у 18 (30,5%).

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гипертрофия левого желудочка, ремоделирование миокарда левого желудочка, артериальная гипертония, анемия, азотемия, скорость клубочковой фильтрации.

CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND FUNCTIONAL MANIFESTATIONS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PATIENTS WITH VARIOUS STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Jusupova M.H., Mehmonov P.H.

Department of Internal Medicine No. 1, Avicenna State Medical University

This article analyzes the clinical and functional characteristics of left ventricular hypertrophy in 120 patients with various stages of chronic kidney disease (CKD). As a result of the examination, hypertrophy of the left stomach was found in 59 (55.6%) patients with CKD. Of these, 38.9% are in the middle stage, 55.9% are severe, and 72.2% are terminal. The authors note a certain relationship between the manifestations of hypertrophy of the left ventricle, the intensity and duration of arterial hypertension, anemia, a decrease in glomerular filtration rate and azotemia. With the increase of the negative risk factors mentioned above,

the incidence of left ventricular hypertrophy increased. Calculation of the data of the functional study of the heart allowed us to establish certain changes in the geometry of the left ventricle. Concentric hypertrophy of the left ventricular myocardium was found in 30 (50.8%) patients out of 59 patients with left ventricular hypertrophy. Concentric regeneration was detected in 11 (18.7%) patients, eccentric in 18 (30.5%).

Key words: chronic kidney disease, left ventricular hypertrophy, left ventricular myocardial remodeling, arterial hypertension, anemia, azotemia, glomerular filtration rate.

Мехмоноов Примкул Хазраткулович - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел: 900889168

Юсупова Манзура Ҳамзаалиевна - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел: 918733310.

Мехмоноов Примкул Хазраткулович – к.м.н., доцент кафедри внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Тел.: 900889168

Юсупова Манзура Ҳамзаалиевна – к.м.н., доцент кафедри внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Тел.: 918733310

Mehmonov Primkul Khazratkulovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No.1 of the SEI «ATSMU». Tel. 900889168

Yusupova Manzura Khamzaalievna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1 of the SEI «ATSMU». Tel.918733310

Султанов Ҳабибулло Суванович номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Султанов Ҳабибулло Суванович кандидат медицинских наук, доцент кафедри пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997

Sultanov Khabibulo Suvanovich, candidate of medical sciences, associate professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine 2 of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University» E-mail: sultonovhabibullo471@gmail.com тел. 900799997.



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ТАВСИФИ КЛИНИКӢ-ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРУТСЕЛЛӢЗИ МУЗМИН АЗ РӢӢИ МАВОДӢОИ БШКБС ШАӢРИ ДУШАНБЕ

Матинов Ш. Қ., Иронов О.С., Шарифов М.Ч.

Кафедраи бемориҳои сироятии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мубрамӣ. БрутселлӢз сирояти зоонозие мебошад, ки аз ҳайвонот ба одамон дар оқибати тамос бо ҳайвоноти сироятёфта ё хангоми истеъмоли гӯшт, шир ва маҳсулоти ширии сироятёфта мегузарад.

Вазъи эпидемиологӣ оид ба бемории брутселлӢз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муддати тулонӣ номусоид боқӣ монда, бо мавҷудияти эпизоотияҳои ҳифзшудаи брутселлӢз дар байни ҳайвоноти хоҷагии қишлоқ – чорвои майда ва калон, ки сарчашмаҳои асосии ангезандаи бемории брутселлӢз барои одамон мебошанд, муайян карда мешавад. Аҳамияти иҷтимоӣ ва иқтисодии мушкилоти брутселлӢзро хусусиятҳои ҷараёни ин сироят бо зуд-зуд инкишоф ёфтани шаклҳои музмин, ки аксар вақт боиси аз даст додани қобилияти меҳнати дурудароз ва баъзан маъюбшавӣ мегардад, муайян мекунад. Гурӯҳи асосии зарардида аҳолии қобили меҳнат мебошад, ки ҳам бо омилҳои касбӣ ва ҳам бо сабабҳои иҷтимоӣ алоқаманд аст [1.2.7].

БрутселлӢз чун пештара дар байни бемориҳои касбии этиологияи сироятӣ ва паразитарӣ ҳоло ҳам дар ҷойи аввал қарор дорад. Ташҳиси барвақтӣ ва ошкор кардани брутселлӢз дар одамоне, ки аз ҳисоби камшавии ташҳиси лабораторӣ оид ба брутселлӢз дар одамоне аз ҷиҳати касбӣ бо хатари сирояти брутселлӢз алоқаманд мебошанд, инчунин афзоиши ҳиссаи беморони ба чорводорӣ ҷамъиятӣ алоқаманд набуда ҳамчун мушкилот боқӣ мемонад. Дар баробари ин, ташҳиси саривақтӣ, инчунин табоботи мувофиқ имкон медиҳад, ки сирояти музмин ва аз даст додани қобилияти кори доимӣ пешгирӣ карда шавад [3.5.10].

Мақсад. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-эпидемиологӣ ва лаборатории ҷараёни брутселлӢзи музмин.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар заминаи кафедраи бемориҳои сироятии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва Беморхонаи шахрии клиникӣ бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе 89 нафар бемори гирифтори брутселлӢзи музмин таҳти назорати мо қарор доштанд.

Аз онҳо ба 65 зан (75%) ва 24 мард (35%) дар асоси маълумотҳои клиникӣ-эпидемиологӣ ташҳис гузошта шуд, ки ба таври лабораторӣ тасдиқи худро ёфтанд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар байни беморон бо бартарияти занон (65 нафар, 75%) мардон 24 нафар (35%), шахсони аз 20 то 59-сола 77%, шахсони то 20-сола 4%, аз 20 то 39-сола 21%, аз 40 то 49-сола 28%, аз 50 то 59-сола 28%, аз 60-сола боло 19% буданд. Аз рӯйи маҳалли истиқомат 21,5% беморон дар шаҳрҳо (Душанбе, Бохтар, Хучанд, Норақ), 78,5% дар деҳот зиндагӣ мекарданд. Тибқи анамнези эпидемиологӣ, роҳҳои тахминии сироят инҳоянд: алиментарӣ (истеъмоли маҳсулоти ширии хом) - 17%; тамосӣ - 49%; омехта (алиментарӣ ва тамосӣ) - 21%; норақсан – 13% муоинашудагон. Дар давраи мушоҳида бемории касбии «брутселлӢзи музмин» дар 12 бемор (8 қассоб, 1 байтор, 3 говҷӯш) муайян ва тасдиқ карда шуд.

Аз рӯйи маълумотҳои ҷараёни клиникӣ, дар 91% беморон синдроми астеновегетативӣ, дар 55% нишонаҳои сабуки захролудшавӣ бо ҳарорати субфебрилӣ, дар 89% синдроми бу“умҳо (дард дар бу“умҳои зону дар 89%, дар бу“умҳои косу рон дар 60%, дар бу“умҳои соқи пой дар 57%), дар 49% беморон фиброзити диаметри 0,5–1,5 см, муътадили дарднок бо бештар ҷойгиршавӣ дар минтақаи камару чорбанд ошкор карда шуд.

Ташҳиси лабораторӣ-таҷҳизоти брутселлӢз ҳам ба усулҳои маъмули нақшавии клиникӣ ва биохимиявӣ, ташҳиси ултраса-

дой ва рентгенӣ ва ҳам ба таҳқиқоти мушаххас оид ба ташреҳи этиологӣ: таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) бо муайян кардани антителоҳои IgM ва IgG, РПГА бо ташхиси брутселлэз, реаксияҳои агглютинатсияи Райт, Хедделсон асос ёфта буд.

Бо усули ТИФ дар 91% беморон антителоҳо ба барангезандагони брутселэзи (*Br. abortus*, *Br. melitensis*) синфи IgG (73%) ва IgM (23%) муайян карда шуд, дар 75% беморон аксуламали мусбати агглютинатсияи Райт, 25% реаксияи агглютинатсияи Хедделсон ошкор карда шуд. Дар хуни канорӣ та“йиротҳои зерин ба мушоҳида расиданд: дар 15% - лейкоцитоз, дар 4% - лейкопения, дар 40% - ТСЭ -и босуръат, дар 34% - лимфоситоз, дар 21% - камхунии дараҷаи сабук, аз рӯйи нишондодҳои биохимиявӣ дар 24,5% - баланд шудани сатҳи СРБ, дар 17% - афзоиши фаъолнокии санчиши тимоловӣ ва нишондиҳандаҳои аланинаминотрансфераза.

Мутобиқи ташхиси ултрасадоии узвҳои ковокии шикам, дар 90,5% афзоиши андозаи чигар, дар 34% - зухуроти гепатоз, дар 87% - афзоиши андозаи испурч, дар 87% - дискинезияи роҳҳои сафро, дар 32% - пиелонефрити музмин, дар 17% - норасоии гурда дараҷаи I ошкор карда шуд. Фиброгастроуденоскопия (ФГДС) дар 24 нафар (45%) гузаронида шуд, дар 83% гастродуоденити музмин, 46% рефлюкс-эзофагит, дар 25% рефлюкси рӯдаи дувоздахангушта, 21% захми рӯдаи дувоздахангушта ошкор карда шуд.

Синдроми муштарак дар беморони гирифтори брутселлэзи музмин тавассути ташхиси рентгенӣ тасдиқ карда шуд. Ҳамин тариқ, рентгенографияи бу“умҳои калони андомҳои поёнӣ (косу рон, зону, соқи пой) дар 40 (75%) бемор падидаҳои артрози деформатсионӣ, дар 15% - остеопороз, дар 22,5% - склерози субхондралии лавҳҳои охири; ва дар 42,4% дар андомҳои болоӣ (китф, оринчи даст) падидаҳои склерозии субхондралии лавҳҳои охириро маълум намуд.

Рентгенографияи бу“умҳои хурди дасту пой дар 20 бемор артрозҳои деформатсиониро (80%) ва остеопорозро дар 30% ҳолатҳо муайян кард. Дар рентгенограммаи сунтунмуҳраи гардан, қафаси сина ва камар дар

29 бемор (55%) остеохондроз дар 85%, спондилэзҳои деформатсиявӣ дар 45,5% ва спондилоартроз дар 27% ҳолатҳо муайян карда шуданд.

Дар 64% беморон шакли омехтаи беморӣ бо осеби низоми тақяву ҳаракат ва асаб, дар 36% бо осеби бартаридоштаи системаи тақяву ҳаракат мушоҳида шуд.

Брутселлэзи касбӣ бештар дар давраи музминшавии раванд, дар ҳолати субкомпенсатсия, бо осебҳои муштарак мушаххас ва системаи асаб ташхис карда мешавад. Сабаби дер ташхис гузоштан полиморфизми манзараи клиникӣ; мавҷуд набудани нишонаҳои патогномӣ, ки дар натиҷаи он муолиҷаи дарозмуддат (солҳо) аз ҷониби духтурони ихтисосҳои гуногун ва сифати пасти муоинаи пешакӣ ва даври тиббӣ ба қайд гирифта мешавад, мебошад. Анамнези эпидемиологӣ, ки ба ташхиси саривақтӣ мусоидат мекунад, ба назар гирифта намешавад, усулҳои мушаххаси таҳқиқоти лабораторӣ ба қадри кофӣ истифода намешаванд. Ҳангоми ташхиси ҷараёни муосири брутселлэз дар муқоиса бо астросептикӣ бартарияти назарраси шаклҳои музминро дар муқоиса ба шаклҳои шадиди септикӣ ба назар гирифтани лозим аст, аз ин рӯ, ҳангоми ташхиси тафриқавӣ низ пеш аз ҳама, осеби системаи марказию канорӣ асаб, бу“умҳо, инчунин бемориҳои гуногуни музмин бояд ба назар гирифта шаванд.

Давомнокии давраи тухмгузорӣ, номуайянии аксуламали масунӣ ҳангоми умумикунӣ раванд ва махсусан дар ҷараёни музмини брутселлэз зарурати истифодаи якчанд санчишҳои ташхисиро барои муайян кардани сироят ва тасдиқи ташхис ба миён меорад. Таҳлили маълумотҳо нишон дод, ки дар амал реаксияи Райт, ки барои ошкор кардани шаклҳои музмини брутселлэз ҳасосияти кофӣ надорад, дар аксари лабораторияҳо асосан ҳамчун санчиши скринингӣ, инчунин барои тасдиқи ташхиси эҳтимолӣ истифода мешавад. Дар ин ҳолат тавсия дода мешавад, ки аз таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) истифода бурда шавад.

Хулоса, бемории брутселлэзи музмин дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз нигоҳи эпи-



демиологӣ номусоид боқӣ монда, бо мавҷудияти сироят дар ҳайвоноти хочагии кишлок муайян карда мешавад, ки манбаи асосии сирояти одамон маҳсуб ёфта, анамнези касбии онҳо ва бартарияти роҳҳои омехтаи (тамосӣ-алиментарӣ) сироятёбӣ боқӣ мемонад.

Дар амалияи клиникӣ бруцеллёзи музмин хусусиятҳои бемории системавино бо бартарияти осеби дастгоҳи тақаву ҳаракат ва системаи асаби канорӣ дар заминаи син-

дроми сабуки захролудӣ ва синдроми муътадили астеновегетативӣ нигоҳ медорад.

Санчиши этиологии ҳолатҳои бруцеллёзи музмин ба усулҳои маъмулии ташхиси серологӣ асос ёфтааст, аммо гуногунсантии натиҷаҳои онҳо омӯзиши дақиқи давомнокии сироят, хусусиятҳои аксуламали масуниро дар ҳар як ҳолати мушаххас дар динамикаи мушоҳида ва эътимоднокии усулҳои оид ба ҳассосият истифодашаванда дар шароити татбиқи онҳо тақозо менамояд.

Адабиёт

1. Рахмонов Р.Э. / Бемориҳои сироятӣ// Душанбе. - 2017: - 495 с.
2. Курбонов К.М. Эпидемиологическое районирование Республики Таджикистан по степени риска инфицирования населения бруцеллезом /К.М.Курбонов// Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.-2014.-№6.-С19-23.
3. Курбонов, К.М. Проблемы эпизоотолого-эпидемиологического надзора за бруцеллезом в условиях социально - экономических преобразований в Республике Таджикистан [Текст] / К.М. Курбонов, Н.Б. Лукьянов, С.С. Саторов // Доклады ТАСХ. - 2014. - №4 (42). - а 56-58.
4. Курбонов, К.М. Результаты исследования «знание, отношение, практика» относительно механизмов передачи и профилактики бруцеллеза среди населения в некоторых районах Республики Таджикистан [Текст] / К.М Курбонов // Матер. годичной науч.-прак. конф. «Профилактика заболеваний инфекционной и неинфекционной природы в Таджикистане». - Душанбе. 2012. - С. 65-68.
5. Курбонов, К.М. Современные проблемы эпизоотологического надзора как фактор обострения эпидемиологической ситуации бруцеллеза в Республике Таджикистан [Текст]/ К.М. Курбонов, С.С. Саторов// Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - №2. - С. 63-68.
6. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018;
7. Покровский В. И., Пак С. Г. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. – 816 с.
8. Фазылов В.Х., Гилмуллина Ф.С., Загидуллина А.И., Хамидуллина З.Л. Диагностика и лечение хронического бруцеллёза в реальной практике. Практическая медицина. 2014; (7): 72–75.
9. Сафонов А.Д. Пневский Ю.А., Нурпейсова А.Х. Бруцеллёз — актуальная зоонозная инфекция на территории Омской области. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017; 22 (3): 134–138.
10. Сергеева И.В. Ошибки в диагностике хронического бруцеллёза. Современные проблемы науки и образования. 2013;

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ГКИБ г. ДУШАНБЕ.

Матинов Ш. К., Иронов О.С.- Шарипов М. Дж.

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель: Изучение клинико-эпидемиологических и лабораторных особенностей течения хронического бруцеллёза

Материал и методы исследования. Нашим наблюдением было охвачено 89 пациентов с хроническим бруцеллёзом, находящихся на



стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе, которая является базой кафедры инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибни Сино». Из них женщин было 65 (75%), мужчин 24 (35%). Диагноз был поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден лабораторно.

Результаты исследования. Среди пациентов преобладали женщины (n=65;75%). Лица трудоспособного возраста составили: от 20 до 59 лет — 77%; до 20 лет — 4%; от 20 до 39 лет — 21%; от 40 до 49 лет — 28%; от 50 до 59 лет — 28%; старше 60 лет — 19%. По месту жительства: 21,5% больных проживали в таких городах, как Душанбе, Бохтар, Худжанд и Нурек, 78,5% были жителями сельских районов. По данным эпидемиологического анамнеза, предполагаемыми путями заражения были: алиментарный (употребление сырых молочных продуктов) — у 17%; контактный — у 49%; смешанный (алиментарный и контактный) — у 21%; неясный — у 13% обследованных. За период наблюдения профессиональное заболевание «хронический бруцеллез» установлено и подтверждено у 12 пациентов (8 — мясники, 1 — ветеринарный врач, 3 — доярки).

По данным клинического течения, у 91% больных заболевание протекало с астеновегетативным синдромом, у 55% отмечались слабовыраженные симптомы интоксикации с субфебрильной температурой, у 89% — с суставным синдромом (боли в коленных суставах отмечались в 89% случаев, в тазобедренных - в 60%, в голеностопных - в 57%). У 49% больных были выявлены фиброзы диаметром 0,5–1,5 см, умеренно болезненные с преимущественной локализацией в пояснично-крестцовой области.

Лабораторно-инструментальная диагностика бруцеллеза основывалась как на общепринятых методах клинико-биохимического плана, ультразвуковой и рентгенодиагностики, так и на специфических исследованиях по этиологической расшифровке: иммуноферментный анализ (ИФА) с определением антител класса IgM и IgG, РПГА

с бруцеллезным диагностикумом, реакции агглютинации Райта и Хеддельсона.

Методом ИФА у 91% больных определяли антитела к возбудителям бруцеллеза (*Br. abortus*, *Br. melitensis*) класса IgG (73%) и IgM у (23%); у

У 75% больных выявлена положительная реакция агглютинации Райта, у 25% — положительная реакция агглютинации Хеддельсона. Со стороны периферической крови наблюдались следующие изменения: у 15% пациентов наблюдался лейкоцитоз, у 4% — лейкопения, у 40% — ускоренное СОЭ, у 34% — лимфоцитоз, у 21% — анемия легкой степени тяжести. По биохимическим показателям у 24,5% больных отмечалось повышение уровня СРБ, у 17% повышение активности тимоловой пробы и -показателя аланинаминотрансферазы.

По данным УЗИ органов брюшной полости, у 90,5% больных было выявлено увеличение размеров печени, у 34% — явления гепатоза, у 87% — увеличение размеров селезенки, у 87% — дискинезия желчевыводящих путей, у 32% — хронический пиелонефрит, у 17% — нефроптоз 1 степени. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) была проведена 24 пациентам (45%), из них в 83% случаев выявлен хронический гастродуоденит, в 46% — рефлюкс-эзофагит, в 25% — дуоденогастральный рефлюкс, в 21% — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Суставной синдром у пациентов с хроническим бруцеллезом подтверждался рентгенодиагностикой. Так, проведенная рентгенография крупных суставов нижних конечностей (тазобедренных, коленных, голеностопных) у 40 (75%) пациентов выявила явления деформирующего артроза, у 15% — остеопороза, у 22,5% — субхондральный склероз замыкательных пластинок; в верхних конечностях (плечевых, локтевых, лучезапястных) у 42,4% — субхондральный склероз замыкательных пластинок.

Рентгенография мелких суставов кистей и стоп у 20 пациентов определила деформирующий артроз в 80% случаев и остеопороз — в 30%. На рентгенограммах шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника



у 29 пациентов (55%) были диагностированы: остеохондроз - в 85% случаев, деформирующий спондилёз — в 45,5% и спондилоартроз — в 27%.

У 64 % пациентов наблюдалась смешанная форма заболевания с поражением опорно-двигательной и нервной систем, у 36% - с преимущественным поражением опорно-двигательной системы.

Профессиональный бруцеллёз чаще диагностируется в период хронизации процесса, в состоянии субкомпенсации, с сочетанным поражением опорно-двигательной и нервной систем. Причинами поздней диагностики являются полиморфизм клинической картины; отсутствие патогномичных признаков, вследствие чего отмечается длительное (годами) лечение у врачей различных специальностей и низкое качество предварительных и периодических медицинских осмотров. Не учитывается эпидемиологический анамнез, который способствует своевременной диагностике, недостаточно используются специфические лабораторные методы исследования.

В диагностике современного течения бруцеллёза необходимо учитывать значительное преобладание хронических форм в сравнении с остросептической. Поэтому в дифференциальной диагностике, в первую очередь, следует учитывать поражения центральной и периферической нервных систем, суставов, а также различные хронические заболевания.

Длительность инкубационного периода, неоднозначность иммунного ответа при генерализации процесса и, особенно, при хроническом течении бруцеллёза, создают необходимость применения нескольких диаг-

ностических тестов для выявления инфекции и верификации диагноза. Анализ данных показал, что на практике в большинстве лабораторий в качестве скрининговых тестов, а также для подтверждения предполагаемого диагноза, в основном используется реакция Райта, которая не обладает достаточной чувствительностью для выявления хронических форм бруцеллёза. В этом случае, рекомендуется использовать иммуноферментный анализ (ИФА).

Выводы. Заболеваемость хроническим бруцеллёзом в Республике Таджикистан с эпидемиологических позиций остается неблагополучной и определяется наличием инфекции у сельскохозяйственных животных, которые являются основными источниками заражения людей, сохраняется их профессиональный анамнез и преобладание смешанного (контактно-алиментарного) пути инфицирования.

В клинической практике хронический бруцеллёз сохраняет черты системного заболевания с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на фоне слабовыраженного синдрома интоксикации и умеренного астеновегетативного синдрома.

Этиологическая верификация случаев хронического бруцеллёза основывается на классических методах серологической диагностики, однако разнонаправленность их результатов требует тщательного изучения длительности инфицирования, особенностей иммунного ответа в каждом конкретном случае в динамике наблюдения и достоверности используемых методов по чувствительности в условиях их выполнения.

Ключевые слова: бруцеллёз, диагностика.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC BRUCELLOSIS BASED ON MATERIALS FROM THE CITY INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL, DUSHANBE

Matinov Sh. K., Ironov O.S., Sharipov M.L.

Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Objective: To study the clinical, epidemiological, and laboratory features of chronic brucellosis.

Materials and Methods: The study was conducted at the Department of Infectious Diseases of the Tajik State Medical University

and the City Clinical Infectious Diseases Hospital in Dushanbe. We observed 89 patients with chronic brucellosis who were hospitalized. Among them, 65 (75%) were women, and 24 (35%) were men. The diagnosis was established based on clinical and epidemiological data and confirmed through laboratory testing.

Study Results: Among the patients, 77% were of working age (20 to 59 years old). Those under 20 years constituted 4%; from 20 to 39 years—21%; from 40 to 49 years—28%; from 50 to 59 years—28%; and over 60 years—19%. Urban residents accounted for 21.5% (Dushanbe, Bokhtar, Sughd, Nurek), while 78.5% were from rural areas. Epidemiological data indicated the suspected transmission routes as alimentary (consumption of raw dairy products) in 17%, contact in 49%, mixed (alimentary and contact) in 21%, and unclear in 13%. Professional brucellosis was confirmed in 12 patients (8 butchers, 1 veterinarian, 3 dairy workers).

According to the clinical course, 91% of patients exhibited asthenovegetative syndrome, 55% had mild intoxication symptoms with subfebrile temperature, and 89% presented with joint syndrome (knee joint pain was reported in 89%, hip joint pain in 60%, and ankle joint pain in 57%). Additionally, 49% of patients were found to have fibrositis, 0.5–1.5 cm in diameter, moderately painful, predominantly localized in the lumbosacral region.

The laboratory and instrumental diagnostics of brucellosis were based on standard clinical and biochemical methods, including ultrasound and X-ray diagnostics, as well as specific etiological tests. These included enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) for detecting IgM and IgG antibodies, passive hemagglutination reaction (PHR) with brucellosis diagnosticum, and Wright's and Hedderson's agglutination tests.

ELISA identified antibodies to brucellosis pathogens (*Br. abortus*, *Br. melitensis*) in 91% of patients, with IgG detected in 73% and IgM in 23%. Wright's agglutination test was positive in 75% of patients, while Hedderson's agglutination test was positive in 25%.

Peripheral blood tests revealed the following changes: leukocytosis in 15%, leukopenia in 4%,

elevated ESR in 40%, lymphocytosis in 34%, mild anemia in 21%, increased CRP levels in 24.5%, and elevated thymol test and alanine aminotransferase levels in 17% of patients.

Abdominal ultrasound detected liver enlargement in 90.5%, hepatic steatosis in 34%, splenomegaly in 87%, biliary dyskinesia in 87%, chronic pyelonephritis in 32%, and first-degree nephroptosis in 17%. Fibrogastroduodenoscopy (FGDS) was performed in 45% of patients, revealing chronic gastroduodenitis in 83%, reflux esophagitis in 46%, duodenogastric reflux in 25%, and duodenal ulcer in 21%.

Joint syndrome in patients with chronic brucellosis was confirmed by radiological diagnostics. X-rays of the major joints of the lower limbs (hip, knee, and ankle) in 40 patients (75%) revealed signs of deforming osteoarthritis, osteoporosis in 15%, and subchondral sclerosis of the endplates in 22.5%. For the upper limb joints (shoulder, elbow, and wrist), subchondral sclerosis of the endplates was detected in 42.4% of patients.

Radiography of the small joints of the hands and feet in 20 patients revealed deforming osteoarthritis in 80% and osteoporosis in 30%. X-rays of the cervical, thoracic, and lumbar spine in 29 patients (55%) showed osteochondrosis in 85%, deforming spondylosis in 45.5%, and spondyloarthrosis in 27%.

Mixed forms of the disease, affecting both the musculoskeletal and nervous systems, were observed in 64% of patients, while 36% had predominantly musculoskeletal involvement. Occupational brucellosis was more often diagnosed during the chronic phase, with subcompensated conditions and combined musculoskeletal and nervous system involvement. Delayed diagnosis was attributed to the polymorphism of clinical symptoms, the absence of pathognomonic signs, prolonged treatment by various specialists, and low-quality preliminary and periodic medical examinations. The lack of epidemiological history consideration also hindered timely diagnosis, and specific laboratory methods were underutilized.

In the current diagnostic approach, chronic



forms of brucellosis predominate over acute septic forms, which requires focusing differential diagnosis on the central and peripheral nervous systems, joints, and other chronic conditions. The long incubation period and variable immune response, particularly in chronic cases, necessitate the use of multiple diagnostic tests for infection detection and diagnosis verification. In practice, Wright's agglutination test is commonly used for screening and diagnosis confirmation, although it lacks sufficient sensitivity for chronic brucellosis detection. In such cases, enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) is recommended.

Conclusions. Chronic brucellosis in the Republic of Tajikistan remains an

epidemiological concern, primarily due to the presence of infection in agricultural animals, which are the main source of human infection, and the continued prevalence of mixed (contact-alimentary) transmission routes.

In clinical practice, chronic brucellosis retains features of a systemic disease with predominant musculoskeletal and peripheral nervous system involvement, alongside mild intoxication and asthenovegetative syndromes.

Etiological verification relies on classical serological diagnostic methods, but variability in their results requires careful monitoring of infection duration, immune response dynamics, and the accuracy of the diagnostic methods used.

Keywords: Brucellosis, diagnostics.

Матинов Ш. К. - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». E-mail: dr-matin@mail.ru. Тел: (+992)918177905.

Иронов О.С. - мудири шуъбаи беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои сироятии (БШКБС) шаҳри Душанбе. Тел: (+992) 935401012.

Шарипов М. Ч. - табиби беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои сироятии (БШКБС) шаҳри Душанбе. Тел: (+992) 000805978.

Матинов Ш. К. - кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; E-mail: dr-matin@mail.ru. Тел: (+992)918177905.

Иронов О. С. - заведующий отделением городской клинической инфекционной больницы (ГКИБ) г. Душанбе. Тел: (+992)935401012.

Шарипов М. Дж. - врач городской клинической инфекционной больницы (ГКИБ) г. Душанбе. Тел: (+992) 000805978.

Matinov Sh. K. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: dr-matin@mail.ru. Phone: +992 918.17.79.05

Ironov O. S. – Head of the Department, City Clinical Infectious Diseases Hospital, Dushanbe. Phone: +992 93.540.10.12

Sharipov M. L. – Doctor of the City Clinical Infectious Diseases Hospital, Dushanbe/ Phone: +992 00.08.05.978

БЕҲДОШТ

ХУСУСИЯТ ВА ВАЪЗИ ҒИЗОИИ ДОНИШЧЌҶНИ ВИЛОЯТИ ХАТЛОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Раҳмоналиев О.Б.

Кафедраи беҳдошт ва муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Ғизо омили асосии таъмини саломатии инсон аст. Бояд гуфт, ки сохтори ҳуҷайра ва бофтаҳои организм аз сафедаҳо, рағванҳо, карбогидратҳо ва моддаҳои иборат аст, ки дар натиҷаи мубодилаи моддаҳо ба вучуд меоянд. Барои таъмини фаъолияти ҳуҷайраҳо ва бофтаҳо энергия ва маводи ғизоӣ лозим аст, ки шахс аз маҳсулоти ғизоӣ ба худ қабул менамояд [17].

Натиҷаҳои корҳои илмӣ нишон медиҳанд, ки саломатии донишчўён дар муассисаҳои таҳсилоти олӣ нишондиҳандаи аҳамияти иҷтимоии аҳоли мебошад, зеро зуд-зуд беморшавӣ боиси паст шудани самаранокӣ ва фаъолияти таълимӣ ва баъдан касбии онҳо мегардад [18].

Масъалаи норасоии арзиши энергетикӣ ғизо дар байни донишчўён аҳамияти маҳсус дорад, ки инро натиҷаҳои таҳқиқоти Каштанова тасдиқ мекунанд. Мувофиқи маълумоти ӯ, арзиши миёнаи энергетикӣ ғизои донишчўёни ш. Оренбурги Федератсияи Россия барои писарон $2066,3 \pm 53,2$ ккал-ро ташкил дод, ки ин 15,7% аз меъёрҳои тавсияшуда камтар аст ва барои духтарон $1757,6 \pm 24,1$ ккал-ро ташкил дод, ки ин 12,1% аз талаботи физиологӣ камтар аст [19].

Таҳқиқоти миллии вазъи микроэлементҳо дар Тоҷикистон (2016) нишон дод, ки норасоии вазн дар байни кўдакони 6-59 моҳа 6,2% ва бозмонии инкишоф 20,9%-ро ташкил медиҳад. Барои занони қобили тавалуд (15-49) норасоии вазн 8%-ро ташкил дод. Ин маълумот аҳамияти мушкилоти норасоии моддаҳои ғизоӣ ва бозмонӣ аз инкишофро дар кўдакон тасдиқ мекунад, ки ба рушди ҷисмонӣ ва зехнии онҳо таъсир мерасонад [20].

Пешгирии фарбеҳӣ ба масъалаҳои муҳими тиббии муосир тааллуқ дорад ва дар маркази тавачҷуҳи ҳукуматҳои тамоми кишва-

рҳои ҷаҳон (аз ҷумла, Ҷумҳурии Тоҷикистон) қарор дорад [4, 10].

Дар аксари кишварҳои ҷаҳон якҷанд омили муҳими хатар қисми зиёди ҳамаи ҳолатҳои марг ва бемориҳоро аз бемориҳои музмини ғайрисироятӣ (фарбеҳӣ, бемориҳои дилу рағҳо, диабет қанди навъи 2, баъзе шаклҳои саратон ва ғайра) ташкил медиҳанд. [3]. Ин бемориҳо ба ҷумлаи бемориҳои иҷтимоии муҳим тааллуқ доранд ва дар рушди онҳо омилҳои марбут ба ихтилолҳои ғизоӣ нақши асосӣ мебозанд [2, 9].

Масъалаи омӯзиш, пешгирӣ ва табобати фарбеҳӣ дар доираи тадқиқи «Барномаи пешгирии фарбеҳӣ ва ташаккули ғизои солим дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2019-2024» барои соҳаи тандурустӣ муҳим муайян шудааст [10].

Мақсад. Ҳадафи тадқиқот омӯзиши ғизои воқеӣ ва паҳншавии норасоии сафедаю нерӯӣ (гипотрофия) ва фарбеҳӣ дар байни донишчўёни донишгоҳҳои вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Усулҳои тадқиқот. Омӯзиши сохтори ғизо дар байни 225 донишчў ва вазъи ғизо дар байни 637 донишчўӣ синни 18-29-сола дар вилояти Хатлон бо истифода аз барномаи компютери «Tj_AssNut» (№ бақайдгирӣ давлатӣ 2202100479 аз 23 июни 2021) гузаронида шуд [11].

Нишондиҳандаҳои қад ва вазни бадан бо усули умумӣ бо истифода аз тарозуҳои электронӣ (Seca бо дақиқии $\pm 0,1$ кг) ва қадсанҷҳои сайёр (истехсоли Англия) муайян карда шуданд. Мувофиқи таснифи байналмилалӣ, ки аз ҷониби ТУТ пешниҳод шудааст [23], бо роҳи муайян кардани индекси вазни бадан (ИВБ) вазъи ғизоӣ арзёбӣ карда шуд. Бо истифода аз барномаи инноватсионии компютери болозикр таҳлили омории маълумоти гирифташуда анҷом ёфт.

Натиҷаҳои тадқиқот. Ба тадқиқот 637 до-



нишчӯ чалб карда шуд, ки дар 225 нафари онҳо хусусият ва ғизои воқеӣ мавриди тадқиқ қарор гирифт. Дар ҳамаи донишҷӯён вазъи

ғизоӣ ташхис карда шуд. Ҳаҷми истеъмоли энергия ва моддаҳои ғизоии таҳқиқшудагон дар ҷадвали №1 нишон дода шудааст.

Ҷадвали №1 - Сохтори “ғизои донишҷӯёни муассисаҳои таълимии олии дар соли 2022 (вилояти Хатлон) n=225

ИВБ	Арзёбии ИВБ	Миқдори донишҷӯён N	Бо %
< 16,00	НСН* дараҷаи вазнин	-	-
16,00 – 16,99	НСН дараҷаи миёна	8	11,67
17,00 – 18,49	НСН дараҷаи сабук	60	88,24
<18,00	НСН дар маҷмуъ	68	10,68
18,50 - 24,99	ВҒМ*	488	76,61
25,00 - 29,99	ВЗБ*	62	9,73
> 30	Фарбеҳӣ дар маҷмуъ	19	2,98
30,00 - 34,99	Фарбеҳии дараҷаи сабук	18	94,74
35,00 - 39,99	Фарбеҳии дараҷаи миёна	-	-
>40,00	Фарбеҳии дараҷаи вазнин	1	5,26

Эзоҳ: НСН* - норасоии сафеда-нерӯӣ; ВҒМ* - вазъи ғизоии муқаррарӣ; ВЗБ* - вазни зиёди бадан

Ирсият дар инкишофи фарбеҳӣ нақши калидӣ мебозад. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки агар ҳарду волидайн аз фарбеҳӣ азият кашанд, эҳтимоли рушди ин беморӣ дар фарзандони онҳо ба 80% мерасад. Ҳатто агар танҳо яке аз волидайн мушкilotи вазн дошта бошад, хатари фарзандон ҳамон баланд мешавад - тақрибан 40%.

Ба ин тариқ, масъалаи ҳифзи саломати донишҷӯён бисёрҷониба буда, соҳаи тандурустӣ дар танҳо дар ҳалли ин мушкilot танқиси кашида, ин вазифа ғайриимкон мегардад. Он ба ҳамкориҳои якҷояи муассисаҳои дахлдоре, ки ба раванди мустаҳкам намудани солимии ҷавонон таваҷҷуҳ дорад, бояд равона карда шавад.

Баррасии маводҳои бадастомада. Истеъмоли миёнаи шабонарӯзии калорияҳо дар байни донишҷӯёни вилояти Хатлон $2207 \pm 33,63$ ккалро ташкил медиҳад, ки ин 113 ккал аз меъёри муқарраршуда камтар аст ва ба норасоии энергетикӣ ишора мекунад. Дар Душанбе истеъмоли миёнаи шабонарӯзии калорияҳо 2553 ккалро ташкил медиҳад [14], ки ба меъёр мувофиқ аст. Ин фарқият метавонад бо фарқиятҳо дар шароити ғизо, одатҳо ва дастрасии маҳсулот алоқаманд бошад.

Аз шахсони таҳқиқшуда 8,95% ИМБ <18,5 доштанд, ки ин ба гипотрофия ишора мекунад. Ин нишондиҳанда дар байни

донишҷӯёни ҳамсоли шаҳри Душанбе 6,22%-ро ташкил медиҳад, яъне паҳншавии норасоии сафедаю нерӯи 2,73% камтар аст нисбат ба гурӯҳи муқоисашаванда [13]. Қайд кардан зарур аст, ки маълумоти гирифташуда тақрибан ба натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар байни донишҷӯёни шаҳри Томски Федератсияи Россия мувофиқ аст, ки дар он ҷо норасоии сафедаю нерӯи 9,4%-ро ташкил медиҳад.

Зиёдшавии вазни бадан ва фарбеҳӣ сатҳи беморӣ ва маъҷубиятро ба таври назаррас баланд мебардорад, чараёни бемориҳои ҳамроҳро мушкilot мекунад, сифати зиндагӣ ва ҳолати умумии саломатиро бад мекунад ва умри миёнаро коҳиш медиҳад. Дар шахсони дорои ИМБ баланд ва фарбеҳӣ эҳтимоли рушди бемориҳои зерин баланд аст [1, 3, 7, 17, 22]:

- бемориҳои дилу рағҳо (гипертония, бемории ишемикӣ ва ғайра);
- диабети навъи дуюм;
- саратонҳои эндо метрий, простата, сина, рӯдаи ғафс ва рост, гурдаҳо, ҷигар ва талхадон;
- ташаккули сангҳои талха ва пешоб;
- мушкilotи ҳомилагӣ ва таваллуд;
- ихтилолҳои функцияи репродуктивӣ ва дигарон.

Натиҷаҳои тадқиқоти мо нишон доданд, ки 9,73% респондентҳо вазни зиёдатӣ до-

ранд ва 2,98% аз фарбеҳӣ азият мекашанд. Ин нишондиҳанда дар байни донишҷӯёни шаҳри Душанбе мутаносибан 10,24% ва 4,62% мебошад [13]. Афзоиши вазн ва фарбеҳӣ дар байни донишҷӯёни шаҳри Душанбе мумкин аст бо дастрасӣ ба маҳсулоти ғизоӣ вобаста бошад.

Қолиб аст, ки нишондиҳандаҳои афзоиши вазн (9,73%) ва фарбеҳӣ (2,98%) дар байни донишҷӯёни вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки нисбат ба донишҷӯёни шаҳри Томски Федератсияи Россия (38,8% ва 4,47%) хеле пасттар аст [18].

Аз 19 донишҷӯӣ муассисаҳои олии вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки аз фарбеҳӣ азият мекашанд, 18 нафар (94,74%) фарбеҳии дараҷаи сабук (ИМТ 30,00 - 34,99) ва 1 нафар (26,0%) фарбеҳии дараҷаи вазнин (ИМТ зиёда аз 40,0) доштанд. Қойгиршавӣ ва тақсмоти чарб омилҳои муҳим мебошанд, ки муайянкунадаи хатари инкишофи бисёр аз бемориҳо бошад. Аз рӯйи хусусияти тақсмоти чарб фарбеҳии гиноидӣ ва андроидӣ ҷудо карда мешаванд [6].

Изофаи чарб дар минтақаи шикам (абдоминалӣ) хатари бузурге барои саломатӣ дорад, нисбат ба изофаи чарб дар минтақаи ронҳо (гиноидӣ). Изофаи чарб дар минтақаи

шикам бо фишори баланди хун, диабетиканд ва рушди бармаҳали бемории ишемикии дил алоқаманд аст [21].

Маҳз фарбеҳии абдоминалӣ ҳамчун яке аз омилҳои асосии хатари рушди атеросклероз ва дигар бемориҳои дилу рағҳо, диабет ва синдроми метаболикӣ аҳамияти аввалиндараҷа дорад. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки дар байни гурӯҳҳои донишҷӯёни гирифтори фарбеҳӣ, 56,3% фарбеҳии абдоминалӣ доштанд. Ин нишондиҳанда барои донишҷӯёни шаҳри Душанбе ба 53,3% баробар мебошад.

Хулоса. Кори илмию тадқиқотӣ дар байни донишҷӯёни вилояти Хатлон чунин ҳолатро муайян намуд:

1. Истеъмоли миёнаи шабонарӯзии нерӯ дар байни донишҷӯёни вилояти Хатлон $2207 \pm 33,63$ ккалро ташкил медиҳад, ки ин 113 ккал аз меъёри муқарраршуда камтар аст.

2. 8,95% донишҷӯён норасоии сафедаю нерӯӣ доранд;

3. 9,73% донишҷӯён вазни зиёдатӣ доранд;

4. 2,98% аз фарбеҳӣ азият мекашанд. Дар байни шахсоне, ки аз фарбеҳӣ азият мекашиданд, 56,3% фарбеҳии абдоминалӣ доштанд.

Адабиёт

1. Богданов А.Р., Дербенева С.А., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Каганов Б.С. (2012) Изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с избыточной массой тела и ожирением // Вопросы питания. 2012. Т.1, № 81. С. 69-74.
2. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета (2013) // Международный эндокринологический журнал. - 2013. - №2(50). - С.19-24.,
3. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ. - 2004. - 21 с.; План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. ВОЗ, 2012, 40 с.
4. Европейская министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением. //Отчет о работе конференции. ВОЗ. Дания.- 2006. - 42 с.
5. Ивлеева А.Ю., Бурков С.Г. Избыточный вес и ожирение - проблема медицинская, а не косметическая (2010) // Ожирение и метаболизм. - 2010. - Т.7. - №3. - С.15-19.
6. Исследование, по оценке статуса питания и здоровья населения Казахстана (2014) /Минздрав РК, Казахская академия питания, Алматы, 2014. - 296 с.
7. Лескова И.В., Ершова Е.В., Никитина Е.А., Красниковский В.Я., Ершова Ю.А., Адамская Л.В. Ожирение в России (2019): современный взгляд под углом социальных проблем. Ожирение и метаболизм. 2019;16(1):20-26.]
8. Хаиров Х.С., Сатторов С.С., Азонов Ж. Физиологические нормы потребления энергии и питательных веществ для отдельных групп населения Республики Таджикистан. // – Ду-



шанбе, 2013. – 63 с.

9. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 96. ВОЗ, 2005, 525 с.

10. «Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы». Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 октября, № 463.

11. Хайров Х.С. «Информационный резерв», № государственной регистрации 2201700350 от 03.05.2017 г., - г. Душанбе, - 2017 г.

12. Хайров Х.С. Профилактика избыточной массы тела и лечение ожирения с помощью питания (методическое пособие). Душанбе- 2020, -100с.

13. Хайров Х.С. Пищевой статус студентов в г. Душанбе. Х.С. Хайров, О.Б. Рахмоналиев. // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2022. – №3 (354). – С. 60-65.

14. Рахмоналиев О.Б. Фактическое питание студентов г. Душанбе/ Рахмоналиев О.Б., Хайров Х.С // Материалы XVIII Всероссийского конгресса с международным участием «Нутрициология и диетология для здоровьесбережения населения России», посвященного 300-летию Российской академии наук. Вопросы питания. – 2023. – Том 92, № 5. – Москва, 13–14 ноября 2023 г. – С. 74-75. <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2023-92-5s-070>

15. Тажибаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А., Кайнарбаева М.С. Здоровое питание - основа профилактики избыточной массы тела и ожирения (2012) (Модуль 1). - Алматы: Казахская Академия питания, 2012. - 32 с.

16. Голдаева П.Р. Павленко О.А. Заболеваемость ожирения среди студентов г.Томска. (2016) // Современные проблемы науки и образования 2016, № 6. – г. Москва-2016.

17. Олимзода Н.Х. Физои солим бо дарназардошти мавсимҳои сол [Матн] книга / Н.Х. Олимзода, Х.С. Хайров. –Душанбе: “Контраст”, 2020. – 345 с.

18. Саидюсупова И.С. Медико-социальная оценка состояния здоровья студентов медицинского вуза и пути совершенствования организации медицинской помощи [Текст] / И.С. Саидюсупова. - Москва, 2008. - 24 с.

19. Сазонова О.В. Изучение состояния фактического питания, обоснование и разработка программы оптимизации питания населения Самарской области [Текст] / О.В. Сазонова. - диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук 14.02.01. - Самара, 2011. - 320 с.

20. Национальное исследование статуса микроэлементов в Таджикистане [Текст] // Душанбе, 2016. – 47 с.

21. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012"2016. WHO, Copenhagen, Denmark, 2012, 34 p.

22. Causes of death 2008: data sources and methods. Department of Health Statistics and Informatics. World Health Organization, Geneva, April 2011.

23. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008, 47 p.

ОСОБЕННОСТИ И СТАТУС ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Рахмоналиев О.Б.

Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Интегральным показателем при анализе качества питания человека является состояние питания. Состояние питания — это показатель, отражающий взаимосвязь со-



стояния здоровья и фактического питания с учетом воздействия факторов окружающей среды, и представляет собой гигиенический критерий качества жизни.

В данной статье рассматриваются особенности питания и статус питания студентов Хатлонской области в возрасте 18–29 лет. Изучены структура питания и распространенность алиментарно-зависимых заболеваний (белково-энергетической недостаточности и ожирения) среди студентов. Используются инновационные компьютер-

ные программы, разработанные учеными ТГМУ имени Абуали ибни Сино и Национального университета Таджикистана, «Tj_AssNut» (№ государственной регистрации 2202100479 от 23 июня 2021 года), которые позволяют проводить исследование структуры питания и определение статуса питания.

Ключевые слова: особенности питания, статус питания, студенты, индекс массы тела, белково-энергетическая недостаточность, ожирение.

FEATURES AND NUTRITIONAL STATUS OF STUDENTS IN THE KHATLON REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Rahmonaliev O.B.

Department of Environmental Hygiene, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

The integral indicator in the analysis of human nutrition quality is the nutritional status. Nutritional status reflects the interrelationship between health status and actual nutrition, considering the influence of environmental factors, and serves as a hygienic criterion for quality of life.

This article examines the features and nutritional status of students aged 18–29 years in the Khatlon region. The study analyzed the dietary structure and the prevalence of nutrition-related diseases (protein-energy

deficiency and obesity) among students. Innovative computer programs developed by scientists from the Avicenna Tajik State Medical University and the National University of Tajikistan, “Tj_AssNut” (State Registration No. 2202100479, dated June 23, 2021), were utilized. These programs enable the analysis of dietary structures and the determination of nutritional status.

Keywords: nutritional features, nutritional status, students, body mass index, protein-energy deficiency, obesity.

Раҳмоналиев Орзу Боронович - унвонҷӯи кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. E-mail: Orzu.9596@mail.ru. Тел.: +992987108272

Раҳмоналиев Орзу Боронович - соискатель кафедры гигиены окружающей среды ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
Email: Orzu.9596@mail.ru. Тел.: +992 98 710 82 72

Rahmonaliev Orzu Boronovich - Applicant at the Department of Environmental Hygiene of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”.

E-mail: Orzu.9596@mail.ru. Phone: +992 98 710 82 72



ОНКОЛОГИЯ

БЕМОРОНИ БАХШИ ОКОЛОГИЯ ВА МАСЪАЛАИ СОЗМОНДИҶИЮ АЛГОРИТМИ МУОЛИҶАИ БАЪЗЕ МУШКИЛОТ

Бозоров Н. И., Муродзода А.И., Махмадов Ф. С.

Кафедраи онкологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Соли 1987 дар Англия донишмандон ёри паллиативиро (ЁП) ҳамчун як равияи мустақили илми тиб эътироф намуданд, ки таърифи он чунин аст: бахше аз риштаи тиб, ки беморонро зимни марҳалаҳои ниҳоии амрози авҷгиранда таҳти омӯзиш қарор медиҳад; дар айни ҳол пешгӯӣ бадфарҷом арзёбӣ шуда, вазифаи табобат танҳо аз дастгирии сифати зиндагӣ иборат аст, ки он як навъ мададест барои чунин беморон.

Аз ҳамон давра сар карда, дар тамоми дунё хосписҳои бешуморе ташкил шуданд ва қисме аз онҳо тахассусӣ мебошанд: хоспис барои кӯдакон, хосписи неврологӣ, ки дар он ҷо беморони мубтало ба БПНМ (СПИД) аз ёрии тиббӣ бархӯрдор мегарданд ва ҳоказо. Аммо дар кишварҳои мутаракқӣ аз 50 то 90%-и хосписхоро барои беморони бахши онкология ихтисос додаанд. Дар қаламрави ИҶШС хосписи нахустин соли 1990 дар шаҳри Санкт-Петербург таъсис ёфт [1,2].

Муҳимтарин вазифаи ЁП тақвият додани ҳолати хушӣ, аммо баъзан беҳтар намудани ҳолати умумии маризе мебошад, ки дар марҳалаи терминалии беморӣ қарор дорад. Ранҷҳои асосии онкологии маризон тайи марҳалаи терминалии беморӣ аз инҳо иборатанд: дард – аз 60 то 80%, кахексия - 50%, дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ - 40%, қабзият - 47%, исҳол - 4% [1,2,3,4,5,6].

Авҷгирии ихтилолоти депрессиявӣ, нияту аъмол ва тарсу ваҳми марбут ба худкушӣ, ҳамчунин воқунишҳои ҳамлаварона **бо синдроми дард** бастагӣ доранд. Таҳлил ва ташхиси тафриқавӣ асоси ғалаба бар дардро ташкил медиҳанд. Ҳангоми мавҷуд будани омози тавъам бо метастаз дар сутунмуҳраи мариз бештар ташаннучи мушакҳо, яъне чизе ба исми қолиби мушакӣ дар ноҳияи гиребон ё ягон ноҳияи дигар падида меояд. Ташаннучи аз андоза зиёд боиси ангиизиши

дард мегардад. Ҳарчанд тавассути маводи маъмулии карахткунанда қатъ намудани чунин дард номумкин аст, аммо он ба воситаи релаксантҳои мушакӣ, аз ҷумла тавассути мидокалму транквилизаторҳои навъи реланиум ва седуксен баргараф мегардад. Дарди нотситсептивие, ки ба таъсиргузори бевоситаи омоз, яъне ба фишорорӣ, илтиҳоби сонавӣ ё иллатнокшавӣ марбут аст, аналгетикҳои муқаррариро тақозо дорад. Агар онҳо ғоидае наоранд, дар он сурат доруҳои афюндорро таъйин мекунанд. Илочиҳои карахткунанда бо тақия бар зинаи аналгетикӣ ва тибқи тавсияи мумаййизҳои ТУТ ба амал бароварда мешавад. Ҳангоми хеле шадид будани дард аналгетикҳои муҳаддири таъсиршон саҳт (морфин), ҳангоми муътадил будани дард аналгетикҳои муҳаддири таъсиршон андак (кодеин), аммо ҳангоми дар ҳадди минималӣ қарор доштани дард аналгетикҳои орь аз муҳаддир (аспирин, паратсетамол-долмол, индометатсин-индомин, диклофинак-вотрекс, доналгин) ба кор бурда мешаванд.

Кахексия–истилоҳест, ки зимни мавҷудияти баъзе бемориҳои вазнин, аз он ҷумла ҳангоми мавҷудияти омозҳои бадҳим лоғаршавии умумии организмро ифода мекунад. Он аз ду калимаи юнонӣ ба ҳам омадааст: *kakos* - бад ва *hexis* - ҳолат. Норасоии зиёди вазни одамон ҳангоми мавҷудияти кахексия ҳамчун нишондиҳандаи қобили мулоҳизаи равандҳои ниҳонии биохимиявӣ ба ҳисоб меравад. Бинобар шаҳодати маълумотҳои бахши омор, дар кишвари мо ва мамолики хориҷӣ аз 31 то 87% беморони бахши онкология ҳанӯз то оғози илочиҳои як қисми вазни баданашонро аз даст медиҳанд. Тақрибан дар мавриди нисфе аз онҳо ба андозаи 10% лоғаршавӣ мушоҳида гашта, дар робита бо чоряки онҳо норасоии вазн муодили 20% мебошад. Кахексия дар робита бо чу-



нин маризон на фақат боиси бад шудани пешгӯи беморӣ ва кӯтоҳ гаштани дарозии миёнаи умр мегардад, балки боз заминаҳои сифати бад (нороҳатӣ)-и зиндаги ро фароҳам сохта, бад-ин тариқ ташвишу нигаронии худӣ маризону хешовандонашонро ангишиш медиҳад. Кахексия як навъ лоғаршавии аз андоза зиёд ва дистрофияи мушакӣ мебошад. Он бештар дар пайвастагӣ бо анорексия-беиштиҳой ба назар мерасад. Бинобар ин бояд зимнан аз хусуси синдроми «кахексия-анорексия» сухан дар миён орем. Дараҷаи зоҳиршавии кахексия бо марҳадлаи беморӣ ё миқдори ҳғроки истеъмолшуда робитаи дучониба надошта, балки метавонад, ҳанғз қабл аз муқаррар намудани ташҳиси клиникӣ, ҳатто баъзан ҳангоми мавҷуд будани андозаи начандон зиёди омози аввалия авҷ гирад. Кахексия моҳиятан сидроми паранеопластикӣ (маншаъгирифта аз омоз) буда, аз ҳисоби баъзе омилҳои номусоиди ҳамроҳикунанда шадидтар шуда метавонад [3,4,5,6,7].

Омилҳои паранеопластикӣ: метаболизми аз андоза зиёд, аномали (истеъмоли аз андоза зиёди захираҳои энергетикӣ)-и сафеда, карбогидрат, чарб, гормон; ба асоси гумону тахминҳо, омоз як қисми моддаҳоеро, ки масъули авҷгирии кахексия мебошанд, ҳосил ё илқо мекунад. Чунончи, маводи зерин аз ин ҷумлаанд: навъҳои пептид, ки раванди метаболизмо шиддат мебахшанд ва липид, ки омили сафарбаркунанда ҳисобида мешавад, ҳамчунин навъҳои ситокин, ки омили танакрузи омоз мебошанд (TNF), интерлейкин-1, интерлейкин-6, интерферон-гамма. Дар айни ҳол ин нуқта ба исбот расидааст, ки физиологияи кахексия бо фаъолнокии кахектин шарҳу тавзеҳ ёфта, зимни ангишиши эндотоксинӣ тавассути анвои макрофаг ҳосил мешавад.

Омилҳои ҳамроҳикунанда: беиштиҳои шадид, камтар истеъмоли намудани ҳӯрок; қайкунӣ, исҳол, халалдор гаштани чаббӣш, ногузаронандагии рӯдаҳо; ба сабаби муолиҷа аз даст додани ҳаракатнокӣ; ҳангоми мавҷуд будани захмҳои боз ва хунравӣ миқдори зиёди сафедаро талаф додани организм.

Нишонаҳои клиникии кахексия: асосӣ - лоғаршавии зиёд, анорексия, заъфу сустӣ, рӯҳафтадагӣ; *иловагӣ* - сершавии зуд аз ҳӯрок, халалдор гаштани ҳисси часоӣ, рангпаридагӣ (камхунӣ), варамкунӣ (гипоалбуминемия).

Омилҳои равонӣ: сарулибосе, ки бемор пештар ба он одат карда буд, дигар дар танаи шинам нест ва ин чиз эҳсоси талафоту беҳуда буданро ангишиш медиҳад; аз даст додани чаззобият ҳамзамон бо қавӣ гаштани эҳсоси тарсу танҳой; мушқил гаштани муносиботи дучониба дар чаҳорҷӯби оила ва муошират дар ҷомеа.

Муолиҷаи кахексия. Бештари саъю талошҳо дар роҳи мубориза бар зидди кахексия бояд барои беҳтар намудани ҳӯрок ва афзудани ҳамзамони вази бадан равона гарданд. Аммо пурзӯр намудани гизои энтерали (бо роҳи табиӣ ё тавассути зонд) ва парентерали ба сабаби баланд будани сатҳи метаболизм дар бештари мавридҳо натиҷаи дилхоҳ намедиҳад. Тазриқи доруҳои сафедабунёд тавсия дода намешавад, зеро-тибқи маълумотҳои мавҷуда-, чунин иқдом танҳо боиси авҷ гирифтани кахексия хоҳад гашт. Бо вучуди ин, ҷораю тадбирҳои, ки тибқи хоҳиши бемор барои овардани иштиҳо ва беҳтар намудани сифати ҳӯрокпазӣ нигаронида шудаанд, самарабахш буда метавонанд.

Ҳангоми муолиҷаи кахексия препаратҳои давоӣ истифода шуда метавонанд, ки яке аз онҳо мегейс (атсетати мегестрол) - ҳосилаи сунъии гормони стероидии прогестерон мебошад.

Препарати мазкур бар рӯи ихтилолоти метаболикӣ, ки ангишишдиҳандаи аслишон омоз аст, таъсири фаъолона мегузорад, аммо дар айни замон пеши роҳи ҷудошавии кахектин ё таъсири онро мегирад; он ҳамчунин аз тариқи таъсиргузори бар кахектин истифодаи энергияро коҳиш медиҳад; фаъолнокии энзимҳои липогениеро, ки консентратсияи кислотаҳои чарбиро дар хун аз ҳисоби табдил ёфтанишон ба чарби таркиби апулотситҳо коҳиш хоҳанд дод, ангишиш медиҳанд; бевосита ё аз тариқи медиаторҳо бар рӯи иштиҳо таъсир мегузорад, ки ба



ин далел ҳачми хӯроки истеъмолшаванда афзоиш ёфта, вазни бадан дубора зиёд мешавад; ба афзоиши миқдории нишондиҳандаҳои сафедаи умумӣ дар таркиби плазмаи хун мусоидат менамояд.

Мегайс дар дастгоҳи меъдаю рӯдаҳо зуд чабида шуда, концентратсияи максималии он дар плазма тақрибан пас аз 3 соат ба даст меояд, давраи ихроҷи нопурраи вояи яккаратии он 2-3 рӯз идома меёбад. Баробари афзоиш ёфтани муддати истеъмол ва вояи маҷмуии препарат таъсири он ҳам зиёд мешавад. Истеъмоли шабонарӯзии препарати мазкур (3-4 маротиба) бо дарназардошти маълумотҳои қаблан зикршуда ба андозаи 320-480 мг тавсия дода мешавад, ки фарогири 8-12 ҳафта хоҳад буд. Баъдан илҷияи шабонарӯзии тақвиятдиҳанда ба миқдори 160 мг муқаррар мегардад. Гузашта аз ин, дастгирии равонии бемор низ дар амри муолиҷаи кахексия хеле арзишманд буда, бояд аз ҷен кардани муназзами вазни бадани бемор худдорӣ ба амал ояд.

Дар 40% мавридҳо дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ боиси ранҷу беморони бахши онкология шуда метавонанд. Сабабҳо: дар ҳамаи сатҳҳо *халалдор гаитани гузаронандагии рӯдаҳо*, фишорории берунӣ бар рӯи меъда; *сабабу ангеаҳои химиявӣ* бештар боиси дилбеҳузурӣ гашта, он гоҳе якҷоя бо қайкунӣ чараён меёбад. Маводи доруворӣ таъсиргузор бар рӯи маркази қайкунӣ аз ин қабиланд. Чунончи, дигоксин, навъҳои афюн, карбомазепин, НСПВП-диклофенак, навъҳои ситостатик, антибиотикҳои истеъмолашон тӯлонӣ, маводи дорои унсури оҳан ва доруҳои дигаре, ки боиси беҳаракати (бозистӣ, руқуд)-и муҳтавии меъда мегарданд. Дисбаланси биохимиявӣ: уремия, гиперкалсиемия, дегидрататсия. Масмумияти бактериявӣ: уфунат, септитсемия; *фишори баланди косахонаи сар* аввал боиси дилбеҳузурӣ ва сипас қайкунии беморон мегардад. Маъмулан ҳолати мазкур ба таври ногаҳонӣ бо хуручи қаблии сардари зоҳир мегардад; *омили психогенӣ*. Тарсу нигаронӣ хуручи қайкуниро барангехта метавонанд. Шакли нофориам ва бӯйи хӯрок. Протсекураҳои ҳанӯз татбиқношуда, махсусан тазриқи дохилива-

ридии доруҳои химиявӣ. Табобати дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ. Арзёбии сабабҳо ва роҳҳои баргарафкунӣ: барқарор намудани ногузаронандагии ДМР: анастомозгузории ихотаӣ, аз байн бурдани копростаз, ихроҷи моеи асситикӣ, коҳиши воя ё манъ намудани антибиотикҳо, НСПВП; барқарор намудани дисбаланси биохимиявӣ; аз байн бурдани уремия, гиперкалсиемия, дегидрататсия, илҷияи дезинтоксатсионӣ ва зиддиилтиҳобӣ; коҳиш додани фишори дохилиҷумҷумай; ба вучуд овардани вазъи ороми муҳити атроф; аз байн бурдани бӯй ва хӯроке, ки дилбеҳузуриро ангеизиш медиҳад; ба миқдори кам таҳия намудани хӯриш; дар ноҳияи соид ангеизиш додани нуқтаи сӯзанхалонии Пб. Табобат тавассути дору: доруҳои зидди қайкунӣ (маҳдудгардонии 5-НТi-ретсепторҳои серотонинии марказию ноҳиявӣ): галоперидол (таъсиргузорӣ ба маркази қайкунӣ) — 1,5-5 мг per os шабона, 5 мг п/к 1 маротиба тайи як шабонарӯз; метоклопрамид (серукал) мотилиум, латран, зофран; навъҳои транквилизатор: диазепам (реланиум); навъҳои кортикостероид — таъсири зиддиилтиҳобӣ, коҳиши фишори дохилиҷумҷумай.

Қабзият —барои бемори мазкур камтар аз миқдори маъмулӣ ихроҷ намудани маводи ғоятро меноманд. Баъзе симптомҳои фарҳӣ-аз қабилӣ диарея (ба сабаби фаъолияти бактерияҳо тунуктар шудани қабати болоии маводи ғоята, банд мондани пешоб, ногузаронандагии рӯдаҳо,-қабзиятро ҳамроҳӣ карда метавонанд. Муолиҷаи қабзият чунин қисмхоро дар бар хоҳад дошт: ба миқдори зиёд истеъмол намудани нӯшокӣ, хӯроқиҳои лифдор (мевагӣ, сабзавоти тару тоза, афшураи табиӣ); корбурди маводи мусҳил дар шакли шамъ (дар сурати имконнопазир будани воридкунии перректалӣ ба шакли regos истифода намудани он); ҳукна, навъи рағани он беҳтар хоҳад буд (шаби дароз истифода намудани он); ихроҷкунии дасти маводи ғоята. Ба ниёзмандон бояд пас аз тозакунии рӯдаҳо барои профилактикаи такрорӣ қабзият истеъмоли маводи мусҳилро тавсия намоянд. Бемороне, ки аналгетикҳои афюндор истеъмол мекунанд, ногу-



зиранд, то ин ки барои профилактикаи қабзият маводи мусхилро истифода баранд. Таснифи маводи мусхил: навъҳои барангезанда (онҳо боиси шиддати перисталтика хоҳанд гашт)-бисакодил (ба сурати шамъ ё курс), гутталакс (ба сурати курс, қатра), навъҳои сеннозид- глаксенна, регулак; нармкунандаи маводи ғоята: норгалакс, равғани наботот; маводи осмосӣ: лакутола; навъҳои намак: гидроксиди магний, (шири магнезиалӣ), сульфати магний. Истеъмоли маводи барангезандаю мусхил ҳангоми имконпазир будани хатари ногузаронандагии рӯдаҳо мувофиқи матлаб нахоҳад буд. Зеро пешгирӣ намудани қабзият нисбат ба муолиҷаи он осонтар менамояд.

Диарея—дефекатсияи такрор ба такрор ва ё тунук шудани маводи ғоятаро чунин ном мебаранд. *Сабабҳо*: афзудани вояи маводи мусхил; ногузаронандагии рӯдаҳо (ба сабаби фаъолияти бактерияҳо тунуктар шудани қабати болоии маводи ғоята ба

амал меояд); энтерити фаронурӣ; таъсири манфии препаратҳои дармонӣ; иллатнокшавии гадуи зерӣ меъда; стеаторея; маводи хӯроқӣ; меваю сабзавоти тару тоза, лӯбиё, наск, беҳпиёз, салати дорои майонез, шарбати тозаии мева, субҳонаи аз рустаниҳои хӯшаии хушк омодашуда. *Муолиҷаи диарея*: нигоҳубини доимии беҳдоштӣ ба манзури профилактикаи матсератсия; навъҳои сирояти занбурғӣ; препепаратҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ ҳангоми энтерити нурӣ; креон, октреотид зимни стеаторея; навъҳои абсорбент: каолин, бўр, навъҳои тарит, имодиум (лоперамид), навъҳои опиоид; чораю тадбирҳои дегидрататсионӣ (пурра намудани камбуди моеъ ва микроэлементҳо). Ҳамин тариқ, муносибати комплекси вообаста ба таъхис ва илочиҳои этиологӣ-патогенезӣ муваффақияти муолиҷаро дар мавриди он беморони баҳши онкология, ки таҳти пӯшиши ёрии паллиативӣ қарор доранд, муайян хоҳад намуд [6,7].

Адабиёт

1. Абиджанова, Н.Н. Совершенство паллиативной помощи онкологическим больным в Республике Таджикистан: автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.Н. Абиджанова – Душанбе. – 2016. -25с.
2. Аве Р.К. Исследование состава отделений паллиативной помощи и хосписов в Японии/ Р.К. Аве // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. -№ 4. -С.49-50.
3. Базаров, Н.И. // Руководство по клинической онкологии. Часть-3. Восстановительные операции и современные методы лечения солитарных и первично-множественных опухолей челюстно - лицевой области и шеи. / Под редакцией профессора Н.И. Базаров «Шарки озод» - Душанбе, - 2018, -С. 50-671 .
4. Егорова А.Г., Ищеряков С.Н., Осетрова О.В., и др. Курация и организационно-методическая поддержка системы паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в учреждениях здравоохранения Самарской области/ А.Г. Егорова, С.Н. Ищеряков, О.В., Осетрова, и др. // Онкология. - 2015. - № 6. - С.48-56.
5. Захарочкина, Е.Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи/ Е.Р. Захарочкина // Вестник Росздравнадзора. 2015 .- № 4.- С.16-23.
6. Новиков, Г.А. Рудой С.В., Вайсман М.А., и др. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации/ Г.А Новиков, С.В. Рудой, М.А Вайсман, и др. // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2015. -N 4. -С.5-8.
7. Новиков Г.А., Куликов Е.П. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник/ Под ред. проф. Г.А. Новикова и проф. Е.П. Куликова. М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, -2016.-С.12-344.



К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ АЛГОРИТМА ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Базаров Н.И., Муродзода А.И., Махмадов Ф. С.

Кафедра онкологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

В статье кратко рассмотрен вопрос истории становления паллиативной помощи (ПП), основные симптомы онкологических больных в терминальной стадии заболевания, которые состоят из болей - 60-80%, кахексии - 50%, тошноты и рвоты - 40%, запоров - 47%, диареи - 4% и их терапии. Кроме того приводится патогенез:

а) боли, в случае которых при опухолях с метастазами в позвоночник у пациента нередко возникает напряжение мышц так называемый мышечный каркас в воротниковой или иной зоне. последняя не купируется обычными обезболивающими, но снимается мышечными релаксантами, в том числе миодакломом и транквилизаторами типа реланиум и седуксен, а также ноцицептивная боль, связанная с прямым воздействием опухоли то есть давлением, вторичным воспалением или повреждением, требует обычных анальгетиков, в случае если они не помогают, то назначают опиаты;

б) кахексия, согласно статистическим данным, наблюдается у 31 до 87% онкологических больных, при этом у них снижается вес до начала терапии. Примерно у половины из них отмечено снижение массы тела на 10%, а еще у четверти дефицит веса составляет около 20%. Кроме ухудшения прогноза болезни и укорочения средней продолжительности жизни, у таких больных кахексия становится причиной плохого качества (дискомфорта) жизни, вызывая беспокойство самих больных и их родственников. Во время кахексии происходит значительная потеря веса и мышечная дистрофия. Она часто наблюдается в сочетании с анорексией - потерей аппетита, поэтому следует говорить о синдроме «кахексия-анорексия». Выраженность кахексии не коррелирует со стадией заболевания или количеством потребляемой пищи, может развиваться и до постановки клинического диагноза, а иног-

да и при небольших размерах первичной опухоли;

в) тошнота и рвота; причиной их является нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта на всех уровнях, сдавление желудка извне; химические причины чаще вызывают тошноту, иногда сопровождающуюся рвотой. Среди них: медикаменты, действующие на область рвотного центра: дигоксин, опиоиды, карбомазепин, НСПВП - диклофенак, цитостатики, длительно принимаемые антибиотики, железосодержащие и другие препараты, вызывающие стаз желудка. Биохимический дисбаланс: уремия, гиперкальциемия, дегидратация. Бактериальная интоксикация: инфекция, септицемия; *повышенное внутричерепное давление* вызывает у пациентов вначале тошноту, а затем и рвоту. Обычно это проявляется неожиданно с предшествующим приступом головной боли; *психогенный фактор*. Страх и беспокойство могут спровоцировать приступ рвоты. Неприятный вид и запах еды. Предстоящие процедуры, особенно внутривенные вливания химиопрепаратов;

г) запоры могут сопровождаться некоторыми вторичными симптомами, такими, как диарея (разжижение верхнего слоя каловых масс из-за деятельности бактерий), задержка мочи, кишечная непроходимость. **Лечение запора** складывается из нескольких моментов: увеличенное потребление жидкости, волокнистой пищи (фрукты, зеленые овощи, натуральные соки); прием слабительных в виде свечей (при невозможности перректального введения возможен прием *peros*); клизмы, лучше масляные (оставить на ночь); мануальная эвакуация каловых масс. После очистки кишечника необходимо рекомендовать прием слабительных для профилактики повторного запора. Пациентам, принимающим опиоидные анальгетики, следует для профилактики запора принимать слабительные;

д) диарея; этиология - передозировка слабительного; кишечная непроходимость (в результате деятельности бактерий происходит разжижение поверхности фекальных масс); постлучевой энтерит; побочное действие лекарственных препаратов; заболевания поджелудочной железы: стеаторея; продукты питания: свежие фрукты и овощи, фасоль, чечевица, лук, салаты с майонезом, свежие фруктовые соки, злаковые сухие завтраки; Лечение диареи: постоянный гигиенический уход с целью профилактики мацерации; грибковой инфекции; нестероидные противовоспалительные препараты при лучевом энтерите; креон, октреотид при сте-

аторее; абсорбенты: каолин, мел, отруби; имодиум (лоперамид), опиоиды; дегидратационные мероприятия (восполнение дефицита жидкости и микроэлементов). Таким образом, комплексный подход к диагностики и этиопатогенетической терапий определяют успех лечению пациентов онкологического профиля, получающих паллиативную помощь.

Ключевые слова: паллиативная помощь, частота наиболее часто наблюдаемых осложнений (боли, кахексии, тошноты и рвоты, запоров, диареи), их терапия у пациентов онкологического профиля, получающих паллиативную помощь

ON THE ORGANIZING A THERAPY ALGORITHM FOR SOME PROBLEMS IN ONCOLOGICAL PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE

Bazarov H. I., Murodzoda A.I., Маhmadov F. S.

SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Department of Oncology.

The article briefly discusses the history of palliative care (PC), the main symptoms of cancer patients in the terminal stage of the disease, which consists of pain - 60-80%, cachexia - 50%, nausea and vomiting - 40%, constipation - 47%, diarrhoea - 4% and their therapy. In addition, the pathogenesis is given: a) pain, which in tumours with metastases in the spine, the patient often has muscle tension so-called muscle skeleton in the collar or other area. The latter is not controlled by conventional analgesics, but is relieved by muscle relaxants, including midocalm and tranquilisers such as Relanium and Seduksen, as well as nociceptive pain associated with the direct impact of the tumour, i.e. pressure, secondary inflammation or damage, requires conventional analgesics, in case they do not help, opiates are prescribed;

b) cachexia, according to statistical data it is observed from 31 to 87% of cancer patients lose weight before the start of therapy. About half of them have a 10% reduction in body weight, and another quarter of them have a weight deficit of about 20%. In addition to worsening the prognosis of the disease and shortening the average life expectancy, cachexia in these patients causes poor quality of life (discomfort),

causing concern for the patients themselves and their relatives. During cachexia there is significant weight loss and muscular dystrophy. It is often observed in combination with anorexia - loss of appetite, so we should talk about the syndrome 'cachexia-anorexia'. The severity of cachexia does not correlate with the stage of the disease or the amount of food consumed, it can develop before clinical diagnosis, and sometimes with small primary tumour size;

c) nausea and vomiting are caused by impaired patency of the gastrointestinal tract at all levels, compression of the stomach from outside; chemical causes more often cause nausea, sometimes accompanied by vomiting. Among them: medications acting on the area of the vomiting centre: digoxin, opioids, carbamazepine, NCADs - diclofenac, cytostatics, long-term antibiotics, iron and other drugs that cause gastric stasis. Biochemical imbalance: uremia, hypercalcaemia, dehydration. Bacterial intoxication: infection, septicaemia; increased intracranial pressure causes patients to experience first nausea and then vomiting. It usually manifests itself suddenly with a preceding attack of headache; psychogenic factor. Fear and anxiety can



provoke an attack of vomiting. Unpleasant sight and smell of food. Upcoming procedures, especially intravenous infusion of chemo drugs;

d) constipation may be accompanied by some secondary symptoms such as diarrhoea (liquefaction of the upper layer of faeces due to bacterial activity), urinary retention, intestinal obstruction. Treatment of constipation consists of several points: increased fluid intake, fibrous food (fruits, green vegetables, natural juices); taking laxatives in the form of suppositories (in the impossibility of perrectal administration is possible to take peros); enemas, preferably oil enemas (left overnight); manual evacuation of faecal masses. After bowel cleansing, laxatives should be recommended to prevent recurrent constipation. Patients taking opioid analgesics should take laxatives to prevent constipation;

e) diarrhoea aetiology: laxative overdose; intestinal obstruction (bacterial activity liquefaction the surface of faecal masses); post-

radiation enteritis; side effects of drugs; pancreatic diseases: steatorrhoea; foods: fresh fruit and vegetables, beans, lentils, onions, salads with mayonnaise, fresh fruit juices, cereal breakfast cereals; Treatment of diarrhoea: constant hygienic care to prevent maceration; fungal infection; non-steroidal anti-inflammatory drugs for radiation enteritis; Creon, octreotide for steatorrhoea; absorbents: kaolin, chalk, bran; immodium (loperamide), opioids; dehydration measures (replenishment of fluid and micronutrient deficiency). Thus, an integrated approach to diagnosis and etiopathogenetic therapy will determine the success of treatment in oncological patients receiving palliative care.

Key words: palliative care, frequency of the most frequently observed complications (pain, cachexia, nausea and vomiting, constipation, diarrhoea) and their therapy in oncological patients receiving palliative care.

Бозоров Н.И.- д.и.т., профессори кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел.:+992 919 10 04 66.

Муродзода А. И. - н.и.т, директори МД “МҚИС”-и ВТХИА ҚТ, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Маҳмадов Ф. С. - унвонҷӯи кафедраи онкологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел.:+992 918 53 53 44.

Базаров Н. И. -д.и.т. профессор ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино”, кафедра онкологии. Тел.: 919 10 04 66.

Муродзода А.И. - к.м.н., директор ГУ “РОНЦ” МЗ СЗН РТ г. Душанбе, Республика Таджикистан. Тел.: +992 988 85 66 56.

Маҳмадов Ф.С. - соискатель ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино”, кафедра онкологии. Тел: +992 918 53 53 44.

Bozorov N.I. -Professor of the Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan. Phone: 919 10 04 66.

Murodzoda A.I. -с.м.с. director of the Republican Oncology Scientific Center of the Republic of Tajikistan. Phone: +992 988 85 66 56.

Mahmadv F.S - Applicant of the Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan. Phone: +992 918 53 53 44

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ БАРҚАРОРСОЗИИ ОВОЗ ҲАНГОМИ ДИСФОНИЯҲОИ ФУНКЦИОНАЛӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ИХТИЛОЛҲОИ АСАБ

Исмоилова М.А., Давронзода М.Д.

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ
ибни Сино», ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Табобати бемориҳои функсионалии дастгоҳи овоз аз сабаби мураккабии этиология ва патогенези онҳо душвориҳои зиёд ба бор меорад. Барои интихоби тактикаи дурусти муолиҷаи беморони гирифтори дисфонияи функционалӣ, дақиқ муайян кардан лозим аст, ки оё ин ҳолат аломати невроз аст ё ихтилоли овоз ба рушди ҳолати неврозӣ вобастагӣ дорад. Пеш аз ихтилоли овоз аксар вақт омилҳои патогенез, ба монанди шамолкашӣ ва шиддати овоз ба вучуд меоянд, аммо онҳо танҳо як ангезаи рушди дисфония мебошанд, зеро ҳангоми баргараф кардани тағйироти патологӣ дар ҳанчара пас аз табобати мувофиқ садо барқарор намешавад [6]. Дар даҳсолаҳои охир дар баробари тағйирот ва мураккабшавии аломатҳои психопатологии неврозҳо як қатор муаллифон инчунин пайдоиши манзараи мураккаби ихтилоли овозро қайд карданд, ки ҳамчун “дисфонияҳои психоневрастенӣ” тасниф мешаванд [3,5]. Ихтилоли дарозмуддати садо вазъияти психотравматикиро ба вучуд меорад (хусусан, барои одамони касбҳои овозӣ), ки дар сурати мавҷудияти майл ва омилҳои астеникӣ боиси рушди ҳолати невротикӣ мегардад. Омӯзиши функционалии тавсияшудаи дастгоҳи овозӣ аз маҷмуи машқҳои махсус барои фаъол кардани мушакҳои дохилии ҳанчара ва дароз кардани нафаскашӣ оғоз меёбад, масалан, пуф задани рухсораҳо, расидан ба нӯги бинӣ бо нӯги забон, нафас кашидан ва баровардан тариқи бинӣ, нафас кашидан тариқи бинӣ ва баровардан аз даҳон, нафас кашидан тариқи даҳон ва баровардан аз бинӣ, нафаскашӣ ва нафас баровардан аз як димоғи бинӣ, баъд аз дигараш, аз як димоғ нафас кашидан, ба воситаи дигараш баровардан, аз бинӣ нафас кашидан ва аз лабони фишурдашуда нафас баровардан. Баъ-

дан, машқи «пуф кардани гармоникаи лабӣ» таъйин карда шуд. Дар баробари ин, ба хусусиятҳои конститусионӣ аҳамияти калон дода, таносуби байни ҳислатҳои шахсият ва дисфонияро қайд намуда, чунин мешуморанд, ки муайян кардани нақши омилҳои равонӣ калиди асосии интихоби табобат мебошад [1, 2, 4, 6].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши масъалаҳои норавшани патогенези дисфонияи функционалӣ дар беморони гирифтори ҳолати неврозӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шуъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» аз соли 2020 то 2023 44 нафар беморони гирифтори ихтилоли функционалӣ ва намудҳои дигари вайроншавии садо барои муолиҷаи барқароркунии овоз зери назорати мо қарор доштанд. Ҳамаи беморон аз муоинаи умумии клиникӣ ва оториноларингологӣ гузаронида шуданд. Табобат аз рӯи усулҳои махсус коркардшуда, аз ҷумла муолиҷаи фонопедӣ, машқҳои функционалӣ, машқҳои ортофонетикӣ гузаронда шуд. Баҳодиҳии самаранокии табобат аз рӯи мушоҳидаҳои клиникӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Қисмати зиёди беморон дар синни аз 15 то 47-сола буданд. Хусусияти кориҳои профессионалии таҳқиқшавандагон зарурати сарбории мунтазам ва дарозмуддати овоз буд. Дар вақти мурочиат беморон аз хиррагӣ ё тамоман набудани овоз, зуд фарорасии ҳастагии он, кашиши мушакҳои гардан ҳангоми суханронӣ шикоят мекарданд. Аксарияти беморон аз норасоии нафас на танҳо ҳангоми фонатсия, балки ҳангоми оромӣ низ шикоят доштанд. Беморон ба 2 гурӯҳ тақсим гардиданд: ба гурӯҳи якум беморони гирифтори патологияҳои касбӣ, ба гурӯ-



ӯхи дуҷум беморон бо дисфония ва афонияи психотравмавӣ дохил карда шуданд. Аммо дар 9 нафаре, ки гурӯҳи I-ро ташкил медоданд, мо аломатҳои ҳолати неврозиро ошкор накардаем, таҷрибаҳои онҳо хусусияти реаксияҳои психологӣ-вазъиятӣ дошта, шиддати онҳо ба як қатор ҳолатҳо вобаста буд: нақши овоз дар меҳнат, ҳислатҳои шахсият, давомнокии ихтилоли овоз, басомади табобат дар гузашта ва ғ. Ин гурӯҳи тадқиқшудагон аз паст будани кайфият шикоят карда, нигарониҳои худро аз зиндагии ояндаи худ дар доираи касбият баён кардаанд. Психотерапияи оқилона ва аввалин, далели имкони ба даст овардани овози садонок дар раванди таълим буда, аксуламалҳои психогении дар боло тавсифшударо комилан аз байн бурданд ва овоз дар ҷараёни дарсҳои фонетикӣ барқарор карда шуд. Беморон ба табобати равоӣ ниёз надоштанд. Дар 13 нафари боқимондаи гурӯҳи II, ихтилоли равоиро метавон ҳамчун ихтилоли невротикӣ тавсиф кард. Мувофиқи тасвири клиникии неврозҳо онҳо ба ду гурӯҳи нобаробар тақсим карда шуданд, ки гурӯҳи калонтарин аз 8 бемори гирифтори неврозҳои навъи психостеникӣ иборат буд. Пеш аз ҳама, онҳо шахсиятҳои фаъоли мақсаднок, то андозае саҳтгир ва бо ҳисси зиёди масъулият ба вазифа буданд. Онҳо аз уҳдаи вазифаи касбии худ нағз баромада, пурмахсул ва босамар меҳнат мекарданд, худро дарег намедоштанд ва аксар вақт супоришҳоро барзиёд иҷро мекарданд. Дар баробари ин, ба онҳо як андоза худбодарӣ, шубҳаи изтироб, ҳаяҷон пеш аз баромад кардан хос буд. Дисфония дар ин беморон, чун қоида, пас аз сарбории овозӣ ё ҳунакӣ ва шамолхурӣ ба вучуд омадааст. Овоз ҳошу ва боқувват шуд, вале онҳо корро давом дода, овозро маҷбур карданд, ки ба боз ҳам бадтар шудани аҳволашон оварда расонид. Дисфония боиси тарси баромадкунии оммавӣ дар беморон гардид. Дикқати онҳо пайваста ба сифати баромадани овоз ҷалб карда мешуд. Дисфония бо ҳастагии босуръати умумӣ, ноустувории эмотсионалӣ, худбодарӣ, изтироб, беҳобӣ, рӯҳияи паст, дард дар дил, тапиши дил дар сурати набудани бемориҳои

соматикӣ ҳамроҳ буд. Ҳолати беморони дорои динамикаи инкишофи синдроми дар боло тавсифшуда, ба назари мо, метавонад ҳамчун неврозҳои интизории изтироб, ки хусусияти монотематикӣ дорад, тавсиф карда шавад. Дар ҳолати тӯлоии ҷараёни беморӣ, махсусан дар шахсоне, ки овоз дар фаъолияти касбии онҳо аҳамияти аввалиндараҷа дорад, ҳолати депрессияи невротикӣ аз тарси имконнопазирии идомаи кор аз рӯи ихтисос аз сабаби вайроншавии овоз инкишоф ёфтанд. Ба беморони ин гурӯҳ лозим аст, ки табобатро бо равоинос ва ҳамзамон бо дарсҳои барқарорсозии овоз оғоз кунанд. Психотерапияи оқилона махсусан муҳим аст. Вазифаи суҳбати психотерапевтӣ аз он иборат аст, ки дар беморон эътиқод ба имкони барқарор кардани овози баланд ва табобати бемории ӯ вучуд дорад. Суҳбатҳои психотерапевтӣ борҳо гузаронида мешуданд, онҳо ҳамеша идеяи бозгашти ихтилоли овозро илҳом мебахшиданд. Мо сабаби пайдо шудани беморию ба таври оммавӣ фаҳмонда, роҳҳои кори барқароркуниро мухтасар нишон додем. Дар ҳамҷоягӣ муолиҷаи доруӣ низ ба роҳ монда шуд. Барои рафъи зухуроти астеникӣ витаминҳо, фенибут, ново-пассит таъйин карда шуданд. Барои рафъи шиддати аффективӣ, изтироб, беҳобӣ транквилизаторҳо аз қабилҳои седуксен (то 15 мг дар як рӯз) кофӣ буданд. Таъсири мусбати онҳо инчунин аз таъсири оромкунандаи транквилизаторҳо ба мушакҳои ҳанҷара ва таъсир ба минтақаи диэнсефалӣ вобаста аст, ки бо асабҳои ҳанҷара пайваст буда, тембри таъсирбахши овоз ва ифоданокии онро таъмин мекунад. Ба беморони гирифтори депрессия антидепрессантҳо дар якҷоягӣ бо транквилизаторҳо ё вояи хурди нейролептикҳо таъйин карда шуданд. Барои рафъи гипертонияи мушакҳои ҳанҷара, ба беморон мидокалм дар вояи на бештар аз 150 мг дар як рӯз таъйин карда шуданд. Аз байн рафтани ихтилоли невротикӣ барвақттар аз барқарор кардани овози баланд ба амал омад. Пеш аз ҳама, изтироб, беҳобӣ, зухуроти вегетативӣ аз байн рафтанд, руҳия беҳтар шуд. Бо пайдоиши бодарӣ ба барқароршавӣ фикс-



рҳои беморон дар бораи паст будани онҳо аҳамияти камтар пайдо карданд, онҳо бештар диққати худро ба сифати баровардани овоз равона карданд, ки ин боиси аз байн рафтани изтиробии интизории нокомӣ гардид. Ҳамаи ин боиси танаффус дар доираи ногувор гардида, ба рафъи рефлeksi патологii ташаккули овоз мусоидат намуд. Гурӯҳи хурдтар (5 нафар) аз беморони афония иборат буд, ки ба ихтилоли истерикӣ асос ёфтааст. Пеш аз ҳама, ин гурӯҳ бо таассуротпазирӣ, шавқмандӣ ва бозии пурқуввати ҳаёлот тавсиф мешуд. Ихтилоли овоз ба таври психогенӣ ба вучуд омада, муддати тӯлонӣ ислоҳ карда шуд. Дар муқоиса бо беморони гирифтори психастения, ки тарс ва изтиробии интизории нокомӣ дар манзараи клиникӣ неврозҳо бартарӣ дошта, дар беморони ин гурӯҳ таваҷҷуҳ ба равшанӣ ва тасвири беҳбудии онҳо ҷалб карда мешавад. Онҳо аз эҳсоси «хасташавӣ», «плёнкаи часпидан», «кома» дар ҳанҷара шикоят мекарданд. Беморон бо ҳар роҳ кӯшиш мекарданд, ки вазнинии аҳволашонро таъкид кунанд, ба имкони сихат шуданашон, ба пайдо шудани овоз бовар накарда, дар рафтори онҳо хислатҳои намоишӣ қайд карда мешуданд. Ихтилоли овоз характери «хушнудии шартӣ ва матлуб» дошт, зеро он ба онҳо баъзе имтиёзҳо меод, масалан, маъюбии дарозмуддат дар вазъияти номусоиди кор ё ба манфиати онҳо ҳал кардани низоъ дар оила. Дар робита ба ин, барқарорсозии овоз дар беморони гирифтори афонияи истерикӣ душвории бузург аст. Дарсҳои фонопедӣ бо ин гурӯҳ бояд танҳо пас аз муолиҷаи дарозмуддат аз ҷониби равоншинос оғоз карда шавад. Тибқи методологияи таҳияшуда терапияи фонопедӣ гузаронида шуд, ки ҳадафи он барқарор кардани кинестезия ва координатсияи дастгоҳи овозӣ, инчунин автоматикунонии овоздиҳии дуруст бо усули таълими махсуси функционалии дастгоҳи овозӣ мебошад. Ба бемороне, ки давомнокии беморӣ то 1 моҳ аст, режими хомӯшӣ ё маҳдудкунии назарраси сарбории овозро бо мақсади ором кардани дастгоҳи овозӣ ва пешгирии сабти овози патологii пешбаранда таъйин намудем. Ҳангоми афонияи

тӯлонӣ ба андешаи мо, режими хомӯшӣ тавсия дода намешавад, зеро он танҳо бесадоро ислоҳ карда метавонад. Сарборӣ дар ин машқ дар ҳадди ақал пешниҳод шуд - 15 сония дар як воя, 6 маротиба дар як рӯз ва тадричан дар тули 3-4 ҳафта то 15 дақиқа, 12 маротиба дар як рӯз зиёд карда шуд. Чунин машқҳо ба дароз кардани нафаскашӣ, ки барои фонатсияи дуруст заруранд, инчунин массажи ханҷараро бо ҳаводиҳии нафасӣ ва нафаскашӣ таъмин мекунанд. Аз ҳафтаи 3-юми омӯзиши барқарорсозӣ мо ба машқҳои ортофонӣ гузаштем. Овози пурсадо тавассути омӯзиши фонатсияи сонанти «М» ба осонӣ ҳатто бо афония ба даст оварда шуд. Баъди ба вучуд омадани сонанти баланди садонок ба ҳичоҳо, калимаҳо ва ибораҳо ворид гардид. Машқҳои минбаъдаи ортофонӣ душворӣ наоварданд. Ягона истисно беморони дорои таърихи тӯлонии беморӣ буданд, ки дар онҳо ҳар як машғулият машқи дарозтарро талаб мекунад. Дар чунин мавридҳо барои мустаҳкам кардани маҳорати дурусти овоздиҳӣ дар болои матнҳо муддати тӯлонӣ кор кардан лозим аст. Машқҳои вокалӣ аз ҳафтаи 5-6-уми синфҳо оғоз гардида, дар давоми 2 ҳафта гузаронида шуданд. Дар баробари ин барои ба роҳ мондани нафаскашии физиологӣ беморон дар кабинети физиотерапевтӣ машқҳои махсуси нафаскаширо гузаронданд.

Давомнокии курси барқарорсозии овоз аз рӯи дараҷаи норасоии функционалии дастгоҳи овозӣ, давомнокии вайроншавии овоз, вазнинии ихтилоли неврозӣ муайян карда шуда, то 6 моҳ бо муолиҷаи амбулаторӣ 1-2 маротиба дар як ҳафта буд. Дар натиҷаи муолиҷаи комплекси реабилитатсионӣ дар 18 нафар овози баланд пайдо шуд, дар 4 нафар бо муътадил шудани тасвири ларингоскопия овоз хеле беҳтар гардид. Мо танҳо дар як бемори гирифтори афонияи истерикӣ натиҷаи мусбӣ ба даст наовардем, зеро бемор хостори гирифтани гурӯҳи маъюбӣ шуд ва аз муолиҷаи равонпизишк даст кашид. Натиҷаҳои дарозмуддат барои то 3 сол, мо дар 15 нафар назорат намудем. Ҳама мушоҳидашудагон ба кор идома медиҳанд, дар бораи овоз шикоят нест. Чор нафар такроран мурочиат карданд,



сето — баъди 1—1,5 сол. Бозгашти беморӣ пас аз зуком ба миён омад. Як бемор пас аз 1,5 сол мурочиат кард, кори ӯ бо сарбории зиёди овоз ва фишори эмотсионалӣ алоқаманд аст. Дар маҷмӯъ, вайроншавии овоз нисбат ба табобати аввал камтар ба назар мерасид ва пас аз барқарор кардани омӯзиши фонопедӣ, овоз пас аз 4-5 ҳафта комилан барқарор шуд. Дар се беморони гирифтори афонияи истерикӣ, бар асари ҳолати осеби ретсидив ба амал омад, онҳо аз ҷониби равоншинос табобат карда шуданд.

Хулоса. Барқарорсозии овоз дар дисфонияи функционалӣ, хусусан дар беморони гирифтори невроз, бояд дар марҳилаҳои

ибтидоӣ, аз лаҳзаҳои аввалини беморӣ гузаронида шавад. Табобат бояд ҳамаҷониба бошад ва дар доираи он иштироки равоншинос ҳатмӣ аст. Агар ихтилоли овоз хусусияти истерикӣ дошта бошад, табобати равоншинос бояд пеш аз гузаронидани дарсҳои фонопедӣ анҷом дода шавад. Барои беморони гирифтори психастения, табобат ва дарсҳо бояд ҳамзамон гузаронида шаванд. Бо ёрии саривақтии кӯмаки фонопедӣ ва психиатрӣ имконият ҳаст, ки фиксатсияи фонатсияи патологӣ пешгири ва барқарорсозии устувори овоз таъмин гардад. Ин равиш метавонад ба рафъи ихтилоли неврозӣ кӯмак расонад.

Адабиёт

1. Арабей А.А., Юрков А.Ю. Эндоскопическая картина гортани у детей с психосоматической и неврологической патологией // Рос. оторинолар. 2017. №3. С. 9-15.
2. Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В. и др. Восстановление верхних отделов пищеварительного тракта и голосовой функции у пациентов после ларингэктомии // Рос. оторинолар. 2017. № 2. С. 64-71.
3. Романова Ж.Г., Заболотная А.М. Конверсионные нарушения голоса // Росс. оторинолар. 2009. №2. С. 356-359.
4. Румянцева В.В., Бестолкова О.С. Акустические показатели голоса в разные возрастные периоды у взрослых и их прогнозирование // Росс. оторинолар. 2015. №1. С.118-122.
5. Филатова Е.А., Шелестова В.В. Опыт применения метода нейромышечной электрофонопедической стимуляции при нарушении голоса // Росс. оторинолар. 2017. №2. С. 384-390.
6. Юрков А.Ю., Шустова Т.И., Степанова Ю.Е., Науменко Н.Н. Вегетативная иннервация слизистой оболочки голосовых складок при патологии гортани // Росс. оторинолар., 2009. №2. С. 394-397.

МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСФОНИЯХ У БОЛЬНЫХ С НЕРВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исмоилова М.А., Давронзода М.Д.

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, г. Душанбе

В данной статье приводятся результаты лечения 44 больных с функциональными нарушениями голоса в возрасте от 15 до 45 лет, получивших амбулаторное лечение в НМЦ “Шифобахш”. Всем больным было проведено общеклиническое и оториноларингологическое обследование. Лечение проводилось по специально разработанной методике, включающей фонопедическую терапию, функциональные тренировки, ортофонические упражнения. Показано, что восстановление го-

лоса при функциональных дисфониях у больных с неврозами следует проводить в ранние сроки с момента заболевания, лечение должно быть комплексным, с обязательным участием психиатра. При нарушениях голоса истерической природы лечение у психиатра должно предшествовать фонопедическим занятиям, а у больных с психастенией лечение и занятия следует проводить параллельно.

Ключевые слова: функциональная дисфония, фонопедическая терапия, ортофонические упражнения.



METHODS OF VOICE RECOVERY IN FUNCTIONAL DYSPHONIA IN PATIENTS WITH NERVOUS DISEASES

Ismoilova M.A., Davronzoda M.D.

Department of Otorhinolaryngology named after Yu.B. Iskhaki SEI “Avicenna TSMU”,
Dushanbe

This article presents the results of treatment of 44 patients with functional disorders of voice aged 15 to 45, who received outpatient treatment at the NMC “Shifobakhsh”. All patients underwent general clinical and otorhinolaryngological examination. The treatment was carried out according to a specially developed methods, including phonopedic therapy, functional training, orthophonic exercises. It has been shown that restoration of the voice in functional dysphonia

in patients with neurosis should be carried out in the early stages from the moment of the disease, the treatment should be comprehensive, with the obligatory participation of a psychiatrist. In case of voice disorders of a hysterical nature, treatment by a psychiatrist should precede phonopedic classes, and in patients with psychasthenia, treatment and classes should be carried out in parallel.

Key words: functional dysphonia, phonopedic therapy, orthophonic exercises.

Исмоилова Мушарраф Абдуғаффаровна – н.и.т. дотсенти кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, тел.: 92-700 -70-70.

Давронзода Манучехр Давроншо – н.и.т. дотсенти кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. E-mail: shoevmd@mail.ru, **ORCID** 0000-0001-9244-0203. Тел.: 93-400-47-57.

Исмоилова Мушарраф Абдуғафаровна - к.м.н. доцент кафедри оториноларингологиии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Тел.: 92-700-70-70.

Давронзода Манучехр Давроншо - к.м.н. доцент кафедри оториноларингологиии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. E-mail: shoevmd@mail.ru, **ORCID** 0000-0001-9244-0203. Тел.: 93-400-47-57.

Ismoilova Musharraf Abdugafarovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Avicenna TSMU”. Тел.: 92-700-70-70.

Davronzoda Manuchehr Davronsho - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Avicenna TSMU”. E-mail: shoevmd@mail.ru, **ORCID** 0000-0001-9244-0203. Тел.: 93-400-47-57.



СТОМАТОЛОГИЯ

МУАЙЯН КАРДАНИ ТАҲАММУЛПАЗИРИИ БОФТАҲОИ ПАРОДОНТ ДАР МАВЗЕИ ДАНДОНҲОИ ТАКЯГОҲӢ ҲАНГОМИ АДЕНТИЯИ ЧУЗӢӢ ТО ВА ПАС АЗ ПРОТЕЗГУЗОРӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲ

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Таибов С.А., Эсанов М.А.

Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Солҳои охир ба сифати ёрии стоматологияи ортопедӣ таваҷҷуҳи бештаре зоҳир карда мешавад. Бо вучуди ин, теъдоди натиҷаҳои ғайриқаноатбахш хеле зиёд боқӣ мемонанд [1]. Барои боло бурдани сифати муолиҷаи ортопедии нуқсонҳои қатори дандонҳо барои интихоби усули муолиҷа дар мавриди беморони гирифтор ба талафёбии чузъии дандонҳо шеваи стандартикунонишудаи методологӣ, инчунин истифодаи усулҳои объективии арзёбии вазъии клиникӣ, бар шумули рентгенография дар марҳалаҳои токlinikӣ ва клиникӣ ва дар давраи назорати диспансерӣ зарур аст [2,3]. Муолиҷаи ортопедии стоматологии барқароркунандаи функсияи мукаммали қатори дандонҳо чораи муҳимми пешгирӣ дар пайдоиш ва такрорёбии амрози музмини узвҳои ҳозима мегардад [4].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таҳаммулпазирии бофтаҳои пародонт дар мавзеи дандонҳои тақягоҳӣ зимни амрози ҳамроҳи ҳангоми адентияи чузъӣ то ва пас аз протезгузорӣ бо протезҳои ҷудонашаванда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Муоинаи клиникӣ, муолиҷа ва назорати 326 бемор (147 мард ва 179 зан) дар синни аз 20 то 60-сола дар пойгоҳи Маркази таълимӣ-илмӣ-клиникии “Стоматология”-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ба амал оварда шуд. Вобаста ба фосилаи нуқсонҳои қатори дандонҳо ва бо дарназардошти муайян кардани реаксияи баамалояндаи фиброзӣ-мутобиқшавандагии бофтаҳои пародонт, инчунин дигаргуниҳои ибтидоии гемодинамикӣ ҳангоми нуқсонҳои чузъии қатори дандонҳо беморон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд.

Гурӯҳи I – ба ин гурӯҳ 56 бемор бо нуқсонҳои хурди қатори дандонҳо шомил карда шуданд (санҷишӣ).

Гурӯҳи II – гурӯҳи мазкурро 63 бемори мубтало ба чунин нуқсонҳо, вале бо заминаи носозгори соматикӣ ташкил медиҳанд.

Тамоми беморон дар динамика пас аз 1, 3, 6 ва 12 моҳи то ва баъд аз муолиҷаи ортопедии стоматологӣ аз тариқи протезҳои гуногуни пулшакл муоина карда шуданд. Ҳангоми муоинаи беморон усулҳои умумиклиникии фарогирандаи пурсиш, муоинаи рӯй ва ковокии даҳон ба кор бурда шуд. Ҳангоми пурсиш дараҷаи кӯхнашавӣ ва сабабҳои талафёбии дандонҳо, аз ҷониби беморони таҳти таҳқиқ истифода шудани протези дандон, коршоям будан ва беҳдошти ҳолати протезҳои мавҷудаи дандон муайян карда шуданд.

Барои арзёбии бофтаҳои пародонт ва бофтаҳои устухонии ҷоғ рентгенографияи тамосии дохилидаҳонӣ ва манзаравӣ, инчунин ортопантомография ба кор бурда шуд. Баъди амалиномаи рентгенограммаҳои манзаравӣ онҳо мувофиқи нақшаи пешниҳоднамудаи Воробев Ю.М. (1989) таҳлил карда шуданд. Ҳангоми таҳлил сифати рентгенограмма, ҳаҷми решаи дандони тақягоҳӣ (самт, қачӣ, ҳамшавии он ба тарафҳо), тавсифи канали реша (гузароғӣ, самт, сифати пломбаи гузошташуда), ҳолати роғи пародонталӣ (пахнӣ, мавҷудияти дигаргуниҳои гранулятсионӣ ё дигар), ҳолати устухони алвеолярӣ, хусусан тавораи байниалвеолярӣ (шакл, баландӣ, мавҷудияти остеопороз, сахтшавии устухон, дараҷаи атрофия), ҳолати шоҳаи алвеолярӣ дар мавзеи бедандон, зичӣ ва сохтори он ба назар гирифта шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқ ба асоси ченкуниҳои гнатодинамометрӣ, ки дар мавзеи дандонҳои солим ва камони дандонҳои солим зимни гурӯҳи I (санҷишӣ) ҳосил гардид, нишондиҳандаи таҳаммулпазирии пародонти дан-



донҳои чоғи боло дар маҷмуъ қиёсан ба поёни хеле зиёд аст.

Вале ба ҳисоби миёна молярҳои поёни ($43,4 \pm 2,18$ воҳ. шартӣ) дар қиёс ба болоиҳо ($42,9 \pm 2,16$ воҳ. шартӣ) таҳаммулпазирии бештаре доштанд, валефарқиятҳои инфиродӣ нишон дода шудаанд. Ин ҳолат бо сохтори анатомии чоғи боло ва бо он алоқамандӣ дорад, ки дандонҳои чоғи боло системаи боқуввати канорӣ дошта, сатҳи окклюзиони дандонҳои болоӣ дар муқоиса ба поёниҳо зиёдтар аст. Нишондиҳандаи таҳаммулпазирии пародонти дандонҳои солим дар ҳар ду чоғ андаке фарқ карда, ба хусусиятҳои инфиродӣ бастагӣ доранд. Таҳаммулпазирии пародонти дандонҳои солим ба таҳмили амудӣ ба камони дандонҳои солим дар ҳолати мавҷуд будани нуқсони чузъии қатори дандонҳотаҳқиқ шуда, дигаргуниҳои таҳаммулпазирии пародонти дандонҳои солим бо нуқсони қатори дандонҳои солими ҳамшафат мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Ченкунии гнатодинмометрӣ дар мариди беморони гурӯҳи дуюм низ татбиқ гардид. Нишондиҳандаҳои миёнаи ҳосилгардаи таҳаммулпазирӣ ба таҳмили амудии пародонти аввалӣ аз нуқсони қатори дандонҳо дар қиёс ба меъёр андаке пасттар буда, дар муқоиса ба нишондиҳандаҳои гурӯҳи санчишӣ ба ҳисоби миёна 11,2 % то 36,3 % ро ташкил медиҳад. Сонавиҳо аз нуқсони дандонҳо ба таҳмили амудӣ таҳаммулпазирии камтаре дошта, он аз 2,1% то 10,7% мерасад. Таҳаммулпазирӣ ба таҳмили амудӣ дар дандонҳои савум аз нуқсонҳои қиёсан ба ҳаҷми муътадил фарқияти камтаре дошт.

Нишондиҳандаҳои маҷмур дар чоғи боло хеле фарқ мекунанд. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои таҳаммулпазирӣ ба таҳмили амудии бо нуқсони дандонҳо ҳамшафат ба ҳисоби миёна 5,7-11,1 %, зимни сонавиҳо аз нуқсони дандонҳо 1,1-3,4 % ва дар мавриди савумиҳо аз нуқсони дандонҳо бошад, нишондиҳандаҳои аз меъёр камтар фарқ мекарданд.

Ҳангоми нуқсони қатори дандонҳо коҳиш ёфтани таҳаммулпазирӣ парадонт нисбатан ошкоро аст. Ҳамин тавр, баъди як моҳи кандани дандонҳо нишондиҳанда ба 20% -44% поён рафт. Нишондиҳандаи таҳаммулпази-

рии пародонт дар моҳи савум тадричан ба болоравӣ оғоз мекунад. Раванди маҷмур шаш моҳ ҳифз мешавад ва дар муҳлати дур устувор мегардад. Қайд кардан зарур аст, ки ченкунии гнатодинмометрӣ вобаста ба мавзегириву фосилаи нуқсон тағйир меёбад ва ба нишондиҳандаҳои маҷмур дараҷаи ҳамшавии тири дароз мувофиқи муносибати сатҳи окклюзиони дандонҳои тақягоҳӣ таъсир мерасонад, ки ин нуқтаро ҳангоми интиҳоби конструкияи протези дандон ба назар гирифтани лозим меояд.

Баъди протез гузоштани нуқсонҳои хурду миёнаи қатори дандонҳо бо протези пулшакл пас аз як моҳ таҳаммулпазирии пародонти дандонҳои тақягоҳӣ ба ҳисоби миёна ба 11-16% боло рафта, афзоиши нишондиҳандаҳои дар муқоиса ба ҳаҷми ибтидоӣ дар моҳи савум ҳифз шуд. Дар моҳҳои баъдина ин нишондиҳандаҳои устувор боқӣ монданд.

Таҳлили қиёсии нишондиҳандаҳои таҳаммулпазирии пародонти дандонҳо зимни камони дандонҳои солим бо ҳамчунинҳо ҳангоми адентияи чузъӣ ба таври аёни қуонунмандии муайяно нишон медиҳад: таҳаммулпазирии пародонт дар ҳолати набудани як ё якчанд дандон ба таври намоён коҳиш меёбад, инчунин таҳаммулпазирии пародонти дандонҳо ба таҳмили амудӣ бо ҳадди наздик шудани онҳо ба нуқсони қатори дандон якбора кам мешавад. Нишондиҳандаҳои миёнаи таҳаммулпазирии пародонти дандонҳо ба таҳмили амуд дар одамони бо камони дандонҳои солим дар муқоиса ба таҳаммулпазирии пародонти дандонҳои бо нуқсони камони дандонҳо ҳамшафат хеле баландтар аст.

Нишондиҳандаҳои таҳаммулпазирии дандонҳои тақягоҳ баъди протезгузорӣ меафзояд, пас протезгузорӣ ба воситаи протезҳои пулшакл ҳолати пародонтро беҳтар сохта, нишондиҳандаҳои таҳаммулпазирӣ ба ҳаҷми муътадил наздик мешавад.

Таҳқиқи рентгенологӣ дар дастгоҳи денталӣ дар муҳлатҳои гуногуни то ва пас аз протезгузори нуқсонҳо тавассути протези пулшакл ба амал оварда шуд. Ба беморони гирифтӣ ба адентияи чузъии сонавӣ аксҳои рентгенологии денталии ҳадафнок ва орто-



пантограмма татбиқ карда шуданд. Ҳангоми арзёбии рентгенограмма ба баландии тавораи байниалвеолярӣ, шакли куллаи онҳо, сохтори моддаи исфанҷӣ, ҳолати лавҳаҳои кортикалӣ, навъи ҷаббиши бофтаҳои устухонӣ тавачҷух зоҳир карда шуд. Аз ҷихати рентгенологӣ ошкор гардид, ки атрофияи шоҳаи алвеолярӣ дар ҷойи дандони кандашуда ба девораи дисталии алвеолаҳо маҳдуд нашуда, ба ҳадде дар сатҳи вестибулярӣ-дахонӣ низ ба амал меояд. Дар муҳлати ибтидоӣ дар ҷойи дандони кандашуда рельефи сохтори устухон хуб намоён нест.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар мавриди беморони мубтало ба амрози ҳамроҳ бо нуқсонҳои қатори дандонҳо остеопорози куллаи тавораи байнидандонҳо ва қисман нест шудани лавҳаи кортикалии пайвастунанда ба мушоҳида мерасад. Аксаран, манбаъҳои остеопороз ва қитъаҳои хурди дес-труксияе ошкор гардид, ки боиси қоҳиш

ёфтани баландии тегаи байниалвеолярӣ мегардад. Таҳлили маълумоти таҳқиқоти рентгенологии қитъаҳои гуногуни ҷоғ дар мавриди беморони гирифтор ба адентия аз вобаста будан ба сершавии минералии бофтаҳои устухон, фосила ва кукна будани нуқсонҳои қатори дандон далолат менамояд. Сохтори бофтаи устухон дар ҷойи дандони кандашуда дар моҳи шашум ба барқароршавӣ оғоз менамояд. Ҳангоми нуқсонҳо пайдо шудани рельефи сохтори устухонҳо дар моҳи 12-уми баъди кандани дандонҳо мушоҳида мешавад. Дар асоси таҳқиқоти рентгенӣ хулоса кардан мумкин аст, ки замони таҷдиди бофтаҳои устухонӣ дар беморони мубтало ба заминаи носозгори соматикӣ мустакиман ба ҳаҷми нуқсон мутаносиб аст. Барқарор шудани нуқсонҳои қатори дандонҳо, зимни беморони мубтало ба амрози ҳамроҳ, дар муҳлати нишондодаи мо қимати равандҳои таллоюфӣ-мутобиқшавандагиро бо устуворшавии гемодинамика дар мавзеи дандонҳои тақягоҳӣ беҳтар месозад.

Адабиёт

1. Амиджанова З.Р. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных. /З.Р.Амиджанова, А.А.Исмоилов, С.Каримов// Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. -№ 1.-С.10-15.
2. Емельянова Т.В. Клиническая оценка качества несъемных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы /Т.В. Емельянова, И.Ю.Лебеденко // Российский стоматологический журнал. -2013. - № 5. - С.23-26.
3. Анализ результатов работы городской комиссии по экспертизе качества ортопедического лечения и изготовления зубных протезов г. Москвы за 15 лет / А.Ю.Малый, Е.С.Ирошникова, А.В.Шиханов, С.В. Харитонов // DentalForum. - 2015. - № 2 (57). - С. 30-34.
- 4.Каливрадзян Э.С.Основы технологии зубного протезирования: учебник: в 2 т. для СПО.Артикул: 108376.ISBN: 978-5-9704-3608-0.Год издания: 2016.Страниц:576 с ил,392с

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА В ОБЛАСТИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Таибов С.А., Эсанов М.А.

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ, «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».

В последние годы качеству стоматологической ортопедической помощи уделяется все большее внимание. Тем не менее число неудовлетворительных результа-

тов ортопедической помощи остается достаточно высоким. Для повышения качества ортопедического лечения дефектов зубных рядов необходимо стандартизировать методо-



логические подходы к выбору метода лечения пациентов с частичной потерей зубов, а также использовать объективные методы оценки клинической ситуации, включая рентгенографию на доклиническом, клиническом этапах и в период диспансерного наблюдения. Ортопедическое стоматологическое лечение, восстанавли-

вающее функциональную полноценность зубных рядов, становится важной мерой профилактики возникновения и рецидивирования хронических заболеваний органов пищеварения.

Ключевые слова: опорный зуб, выносливости тканей пародонта, протезирование, сопутствующие заболевания.

DETERMINATION OF THE ENDURANCE OF PERIODONTAL TISSUE IN THE AREA OF SUPPORTING TEETH IN PARTIAL ADENTIA BEFORE AND AFTER PROSTHETICS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES

Zaripov A.R., Sharipov Kh.S., Taibov S.A., Esanov M.A.

Department of Orthopedic Dentistry TSMU named after Abuali ibn Sino

In recent years, the quality of dental orthopedic care has received increasing attention. However, the number of unsatisfactory results of orthopedic care remains quite high. To improve the quality of orthopedic treatment of dental defects, it is necessary to standardize methodological approaches to choosing a method of treating patients with partial tooth loss, as well as to use objective methods for assessing the clinical

situation, including radiography at the preclinical, clinical stages and during dispensary observation. Orthopedic dental treatment that restores the functional integrity of the dentition is becoming an important measure for preventing the occurrence and recurrence of chronic diseases of the digestive system.

Keywords: supporting tooth, periodontal tissue endurance, prosthetics, concomitant diseases.

Зарипов Акбар Раҳмонович - номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: Zaripov.Dovud.98@bk.ru Тел.: 93-803-63-29

Шарипов Хуршед Саидҷонович - номзади илмҳои тиб, директори МТИК «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.: 918 22 88 08

Таибов Саидшоҳ Аюбович - ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.: 918826375

Эсанов Мулоҷасан Абдусаломович, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.: 918 85 40 61

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

Шарипов Хуршед Саидҷонович - кандидат медицинских наук, директор УНКЦ «Стоматология» ТГМУ Абуали ибни Сино. Тел.: 918 22 88 08

Таибов Саидшоҳ Аюбович - ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.: 918826375

Эсанов Мулоҷасан Абдусаломович - ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.: 918 85 40 61

Zaripov Akbar Ranjmonovich - PhD, Associate Professor, Head of the Department of Orthopedic Dentistry, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: Zaripov.Dovud.98@bk.ru. Tel.: 93-803-63-29

Sharipov Khurshed Saidzhonovich - Candidate of Medical Sciences, Director of the National Research Center "Dentistry", ATSMU. Tel.: 918 22 88 08

Taibov Saidshhoh Ayubovich - Assistant of the Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University, tel. 918826375

Esanov Mulohasan Abdusalomovich - Assistant of the Department of Orthopedic Dentistry of Avicenna Tajik State Medical University. Tel.: 918 85 40 61



МУНОСИБАТИ ТАФРИҚАВЌ БА ТАБОБАТИ ПАПИЛЛОМАИ СИРОЯТИ ВИРУСИИ КОВОКИИ ДАҲОН

Тохтахоҷаева С.Т., Уманова Н.Э., Тағоева Ш.О., Табарова Н.М.

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».
Тоҷикистон.

Муҳимият. Папилломаҳо номияҳои хушсифати сатҳии эпителии пардаи луобӣ мебошанд, ки аз тарафи вируси папилломаи одам ба вучуд омадаанд. Дар этиологияи папилломатозаи пардаи луобии ковокии даҳон ҳамагӣ зиёда аз 100 типи вирусҳо мавҷуд аст, аксар вақт HPV-2, 6, 11, 18, 30 ва 32 типи аз оилаи Пароваут ё ае, дар ин маврид даросебдидани ноҳияҳои гуногуни ковокии даҳон ва ханҷара иштирок мекунанд [2].

Паҳншавии омили вирусӣ хеле зиёд аст ва тибқи маълумоти ТУТ (Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ) ҳомилҳои вируси папилломаи одам 60%-м аҳолии Замин ба ҳисоб мераванд, дар баъзе кишварҳо ин рақам то 90% мерасад. Аз вируси папилломаи одам то ин ё он дараҷа аз 10 нафар 7 нафар сироятнок шудааст [2].

Вирус қобиляти муддати тӯлонӣ дар ҳолати латентӣ (ноаён) қарор доштанро дорад, аломатҳои клиникаш зоҳир намешаванд. Тавлид шудани папилломаҳо бинобартаъсиррасонии омилҳои физикӣ, химиявӣ ё биологӣ барои суст шудани иммунитети маҳаллӣ ва иммунитети умумӣ мусоидат мекунанд. Особҳои хурди пардаи луобӣ, ки амиқии вай то қабати базалӣ мерасад ва ба вайрон шудани бутунии нӯғҳои асабҳо ва озод шудани заррачаҳои вирусӣ оварда мерасонанд. Вируси папилломаҳо ба осонӣ ба сохторҳои ҳамсоя мегузарад, ки ин боиси нотавонии хучайраҳои системаи иммунӣ мегардад, ки наметавонад ҳамаро идора кунад. Риоя накардани қоидаҳои беҳдошти шахсӣ, ашёҳои умумии нигоҳубини пӯст ва луобпардаҳо, ба ҷойҳои умумии чамбиятӣ рафтани тамос доштани бо ҳомилҳои вирус, яққоя зиндагӣ қардан, ҳатто дастфишории оддӣ метавонанд сабаби сироят гарданд [4].

Усули асосии табобати папилломатоза имрӯзҳо мудохилаи ҷарроҳӣ, электрокоагулятсия, радиочарроҳӣ, криодеструксия, лазеротерапия ба ҳисоб меравад. Аммо ҳатто бо

роҳи ҷарроҳӣ нест қардани папилломаҳо бо назорати микроскопии луобпарда аксар вақт имкон намедихад, ки ремиссияи устувори беморӣ ба даст оварда шавад. Айни замон яке аз самтҳои асоснок ва ояндадор дар несткунии комплекси ҷарроҳии папилломаҳо воситаҳои муштараки зиддивирӯсӣ ва ислоҳқунандаи масуният махсуб мешаванд [1,2,3,4].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши аломатҳои клиникӣ ва ҷараёни папилломатозии ковокии даҳон ва оптимизатсияи усулҳои муолиҷаи ҳамачониба.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 56 бемор қарор дошт, ки бо шикоятҳо аз номияҳои ҷудоғона ё сершумор дар пардаи луобии ковокии даҳон ва нороҳатӣ муруҷиат қарда буданд. Синни беморон аз 4 то 45-сола буд. Ташхис дар асоси шикоятҳо, анамнези беморӣ, аломатҳои махсуси клиникалии беморӣ, таҳқиқоти гистологӣ ва усули ПСР гузаронида шуд.

Ҳангоми таҳқиқот папилломатозии ковокии даҳон бо шаклҳо ва паҳншавии муайян ошқор қарда шуд. Дар синни аз 4 то 13-сола (дар 23 нафар) ва аз 14 то 24-сола (19 нафар) ҷойгиршавии маъмулии папилломаҳо ноҳияҳои пардаи луобии рухсораҳо, кунҷҳои даҳон, сатҳи дарунии лабҳои поёнӣ ва болоӣ буданд. Папилломаҳо миқдори зиёди ранги гулобӣ, сатҳи ҳамвор, асоси васеъ, болои ноҳамвори нӯғтез ва пойчаҳои борик доштанд. Дар баъзе мавзӯҳо онҳо ба якдигар омезиш ёфта, андозаашон қалон мешавад. Андозаи онҳо аз 2 до 5 мм буда, ҳангоми палмосидан бедард ва нарм аст. Дар 11 (19,6%) бемори нисбатан қалонсолтар (25-45-сола) папилломаҳо тоқа-тоқа буданд, андозаи хурд, сатҳи ноҳамвор, пойчаҳои борики мутаҳаррик доштанд, аз якдигар дур-дур ҷойгир мешуданд.

Дар 5,4% ҳолатҳо (3 нафар) ҳамзамон мавҷуд будани папилломаҳои андозаашон



бузургар ба асоси то 10 мм ба мушоҳида расиданд. Дар 18,2% ҳолатҳо ба папилломатози ковокии даҳон ҷойгиршавии озаҳ дар пӯсти ангуштони даст ҳамроҳ мешуд. Ҳолати умумии беморон ҳалалдор нашудааст.

ПСР-ташҳис ВПО (вируси папилломаи одам) –и навъи 6-умро дар 26 (46,4%), ВПО навъи 11 дар 24 (42,9%) ва ВПО навъи 18 дар 6 (10,7%) бемори таҳқиқшуда ба мушоҳида расиданд. Дар таҳқиқоти гистологии маводҳои дар рафти амалиёти ҷарроҳӣ ба даст овардашуда ҳуҷайраҳои аз эпителии сабзида пайдошударо муайян карданд, ки бо кератинизатсияи ноҳамвор муайян мешаванд ва мембранаи хоси возеҳ дида мешавад. Атипизми бофтаҳо бо инкишофи нобаробари эпителий ва строма, инчунин бо тавлиди барзиёди рағҳои майдаи хунбарзохир мешавад.

Бо назардошти хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва синну сол дар 30 бемор табобати терапевтӣ гузаронида шуд, дар 12 бемор усули терапевтии табобат якҷоя бо ҷарроҳӣ сурат гирифт, дар 14 бемор бо мақсади пешгирӣ намудани ретсидиви беморӣ амалиёти аввалияи ҷарроҳӣ бо ҳамзамон истеъмол намудани препаратҳои зиддивирӯсӣ ва тақвиятбахшҳои масунят иҷро карда шуд.

Табобати терапевтӣ мувофиқи схемаи зерин гузаронида шуд: гропреносин 500мг, 2 ҳаб 3 маротиба дар як рӯз барои калонсолон, шарбат 50 мг/мл, 15 мл 3 маротиба дар як рӯз барои кӯдакони то 12-сола. Изопринозин 500мг, 2 ҳаб 3 маротиба дар як рӯз барои калонсолон, S ҳаб 4 маротиба дар як рӯз барои кӯдакон дар давоми 14-28 рӯз. Ликопид 1мг, 2 ҳаб барои калонсолон, барои кӯдакон 1 ҳаб, як маротиба дар як рӯз ба зери забон гузоштан дар давоми 10 рӯз. Сиклоферон 125 мг/мл, 2 мл барои калонсолон, 1 мл барои кӯдакон 1 маротиба дар як рӯз, 10 тазриқи дохилимушакӣ, 2 тазриқи аввал ҳар рӯз, аз рӯзи 3-юм баъди 48 соат. Виферон дар шакли шамъчаи мақъадӣ (ректалӣ) 1 000 000 МЕ, 1 суппозиторий (шиёф) 2 маротиба дар як рӯз баъди ҳар 12 соат дар давоми 10 рӯз. Баъди курси 10-рӯза - 1 суппозиторий 3 маротиба дар як ҳафта (1 ҳафта), баъдан танаффуси 7-рӯза бо мақсади курси дастгирикунан-

да - 1 суппозиторий 3 маротиба дар як ҳафта (1 ҳафта). Супрастин 25мг, 1 ҳаб 2 маротиба дар як рӯз ва S ҳаб 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 10 рӯз. Аскорутин 0,5 мг, 1-3 ҳаб дар 1 рӯз. Тазриқи дохилиюмосии «Реаферон-ЕС» бо 1млн МЕ дар 1-2мл маҳлул бо 0,9 % маҳлули натрии хлорид сурат гирифт. Аппликацияи пардаи луобӣ бо маҳлули 0,05%-и хлоргексидин ва 1%-и йодиол, марҳами 3%, 5% асикловир гузаронида шуд, тадричан ғилзат дар давоми 14 рӯз, гел ва марҳами виферон, равғани мусхил зиёд карда шуд.

Усули ҷарроҳии табобат бо роҳи буридани номияҳои сершумор ва электрокоагуляцияси алоҳидаи номияҳо дар ҳудуди бофтаҳои солим таҳти бедардкунии инфилтратсионии мвзеи мустақим ва ғайри мустақим бо маҳлули 1%-и лидокаин гузаронида, баъдан таҳқиқоти гистологӣ анҷом дода шуд. Барои электрокоагулятсия дастгоҳи FORCE2-20 PC бо nozzle-ҳои гуногун истифода карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили усули муолиҷаи терапевтии гузаронидашуда нишон дод, ки дар трӯзи 8-уми баъди саршудани табобат дар 12 (21,4%) бемор хурдшудани андозаи папилломаҳо, дар рӯзҳои 10-14-ум нестшудани номияҳои хурд ва камшудани миқдори онҳо - 22 (39,3%) ба мушоҳида расид. Дар рӯзҳои 25-30 –юми табобат дар ҳамаи беморон (30 нафар), ки танҳо муолиҷаи терапевтӣ гирифтаанд, шифоёбии мукамал ба ҷашм расид.

Дар 8 бемори синну соли 4-10 –сола пас аз тазриқи реоферон-ЕС синдроми занбӯруғмонанд бо ҳолати вараҷагии кӯтоҳмуддат, ҳарорати баланди бадан аз 37,4 то 39°C, дилбеҳузуршавӣ, қайкунӣ, ки якҷанд соат пас аз тазриқ руҳ медиҳад, ба мушоҳида расид. Синдроми занбӯруғмонанд пас аз 3-4 тазриқ дар 5 (62,5%) бемор ва пас аз 6 тазриқ дар 3 (37,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми аксуламали возеҳи ҳароратдорухи табшикан таъйин карда шуд. Дар 11,9%-и ҳолатҳо тазриқи дохилиюмосии реоферон-ЕС ба виферон дар шакли шамъҳои ректалӣ иваз карда шуд.

Дар 16 (28,5%) бемори синну соли 18-24 –сола табобати терапевтӣ бо амалиёти



чарроҳӣ омехта ичро карда шуд. Чараёни хуби беморӣ ҳангоми тазриқи «Реаферон-ЕС» дар зери папилломаҳои асосашон паҳн, пас аз буридан (56,3%) ва электрокоагулятсия (43,7%) – папилломаҳои тоқабда дарозии пойчаҳо ба мушоҳида расид. Дар рӯзҳои 8-10 –уми пас аз табобати терапевтӣ бо Реаферон кам шудани паҳншавии чараён дар 37,5%-и ҳолатҳо, дар рӯзҳои 20-25-ум – дар 93,8% ба қайд гирифта шуд.

Бурриши аввалияи папилломаҳо ва дӯхтан дар 23 (41,1%) –и беморон дида шуд, ки препаратҳои таъсирашон зиддивирӯсӣ ва иммунитетстимулясионӣ истеъмол мекарданд. Шифоёбии аввалияи бидуни фасодгирӣ 20 (86,9%) бемор дар рӯзи 5-6 -ум, дар 3 (13,1%) бемор дар шабонарӯзи 2-юм дуршавии кӯкҳо

ба амал омад, дар шабонарӯзи 7-8-ум чароҳат бо шифоёбии дувум шифо ёфт.

Усулҳои зикршудаи табобат имконият доданд, ки ремиссияи устувор дар ҳамаи ҳолатҳо ба даст оварда шавад, дар давоми 1,5-2 соли муоина ретсидиви беморӣ ба мушоҳида нарасид.

Хулоса, табобати сирояти папилломавирусӣ дар ковокии даҳон дар ду самт гузаронида мешавад: беҳтар сохтани масунияти маҳаллӣ ва умумӣ ва таъсиращасонӣ ба папилломаҳои аллақай ба вучудодада. Истифодаи воситаҳои зиддивирӯсӣ, тақвиябахши масуният, десенсибилизатсионӣ ва омехтаи табобати терапевтӣ ва чарроҳӣ самаранокии табобатро баланд бардошта, инчунин натиҷаҳои мусбат дод.

Адабиёт

1. Готовяхина Т. В., Горкина О. К., Козлова Е. П.. Эффективность применения реаферона при рецидивирующем респираторном папилломатозе у детей. Российская оториноларингология № 1 (26) 2007 С.40-44
2. Давыдова М. Г., Виноградов В. В., Решульский С. С., Мукминов А. С.. Опыт лечения рецидивирующего папилломатоза гортани. Российская оториноларингология № 3 (64) 2013 С.32-34
3. Дорбышева А.Ю., Янушевича О.О./Челюстно-лицевая хирургия. Учебник.2018.
4. Еегоров В.И., Мустафаев Д.М., Кочнева А.О. Папилломатоз гортани у детей: современное состояние проблемы. Вестник оториноларингологии №5 2018 С.84-90

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА

Тохтаходжаева С.Т., Уманова Н.Э., Тагаева Ш.О., Табарова Н.М.

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. Проведено обследование и лечение 56 пациентов с папилломавирусной инфекцией полости рта. Диагноз установлен по характерным клиническим проявлениям заболевания, методом ПЦР и гистологического исследования. Проведено общее и местное терапевтическое лечение, и сочетание терапевтического с хирургическим методом с одновременным приемом внутрь противовирусных и иммуностимулирующих препаратов с целью профилактики рецидива заболевания. На 25-30 день лечения у всех пациентов (30 человек), получивших только терапевтическое лечение, отмечалось

полное выздоровление. У 16 (28,5%) пациентов наблюдалось благоприятное течение заболевания при внутриопухолевом введении «Реаферон-ЕС» и после иссечения (56,3%) и электрокоагуляции (43,7%) одиночных папиллом на длинной ножке. Приведённые методы лечения позволили достичь устойчивой ремиссии, во всех случаях в течение 1,5-2 года наблюдения не отмечались рецидивы заболевания.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, папилломавирусная инфекция полости рта, реоферона-ЕС, лечение терапевтическое и хирургическое.



DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF PAPILLOMAVIRUS INFECTION OF THE ORAL CAVITY

Tokhtakhodzhaeva S.T., Umanova N.E., Tagaeva Sh.O., Tabarova N.M.

Department of Therapeutic Dentistry, State Educational Institution "TSMU named after Abualiibni Sino." Tajikistan

Summary. Examination and treatment of 56 patients with papillomavirus infection of the oral cavity was carried out. The diagnosis was established based on characteristic clinical manifestations of the disease, by PCR and histologic examination. General and local therapeutic treatment, and a combination of therapeutic and surgical methods with simultaneous intravenous administration of antiviral and immunostimulating drugs, were carried out to recurrence of the disease.

On day 25-30 of treatment, all patients (30 individuals) who received only therapeutic

treatment showed complete recovery. In 16 patients (28,5%), a favorable course of the disease was observed after intralesional injection of "Reaferon-EC" and after excision (56,3%) and electrocoagulation (43,7%) of single papillomas on a long stalk. The given methods of treatment allowed achieving stable remission, and no cases of disease recurrence were observed during the 1.5-2 years of follow-up.

Key words: human papillomavirus, oral papillomavirus infection, Reaferon-EC, therapeutic and surgical treatment.

Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail: tsaodat61@mail.ru. Тел.: 918-48-04-56

Уманова Насиба Эргашевна - омӯзгори калони кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail: unasiba85@mail.ru. Тел.: 918-28-92-88

Тагаева Шахло Олимовна - номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». E-mail: tagaevashlo24@gmail.com. Тел.: 901-11-20-08

Табарова Нигина Мухидиновна - ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел.: 918-95-12-27

Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна - кандидати медицинских наук, доцент кафедри терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: tsaodat61@mail.ru. Тел.: 918-48-04-56

Уманова Насиба Эргашевна - старший преподаватель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: unasiba85@mail.ru. Тел.: 918-28-92-88

Тагаева Шахло Олимовна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: tagaevashlo24@gmail.com. Тел.: 901-11-20-08

Табарова Нигина Мухидиновна - ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел.: 918-95-12-27

Tokhtakhodzhaeva Saodat Tupalonovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". E-mail: tsaodat61@mail.ru. Тел.: 918-48-04-56

Nasiba Ergashevna Umanova - senior lecturer at the Department of Therapeutic Dentistry of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". E-mail: unasiba85@mail.ru. Тел.: 918-28-92-88

Tagaeva Shakhlo Olimovna - Candidate of Medical Sciences, assistant at the Department of Therapeutic Dentistry of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". E-mail: tagaevashlo24@gmail.com. Тел.: 901-11-20-08

Tabarova Nigina Mukhidinovna - assistant of the Department Of Therapeutic Dentistry of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". Тел.: 918-95-12-27



ФАРМАТСИЯ

ХОСИЯТҲОИ ЧАРОҲАТШИФОӢ ВА ЗИДДИБАКТЕРИЯВИИ МАРҲАМИ КАРВИОЛ ДАР КАЛЛАМУШҲОИ ОЗМОИШӢ

Борачабова Н.Б.^{1,3}, Азонов Ч.А.²

1. Пажухишгоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии “Ғизо”-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави ҚТ. 2. ОИТ “Пажухишгоҳи илмҳои бунёди”. 3. Кафедраи бемориҳои №1-и МДТ-и “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Коркард, омӯзиш ва дар амал татбиқ намудани доруҳои нави ватанӣ яке аз масъалаҳои муҳими соҳаи фармакология ва фарматсия ба ҳисоб меравад. Мусаллам аст, ки имрӯз муолиҷаи чароҳатҳо яке аз вазифаҳои мубрама мебошад ва барои муолиҷаи чароҳатҳои гуногун асосан марҳамҳои бо роҳи синтези маводҳои гуногуни кимиёвӣ тайёркардашуда истифода бурда мешаванд [4.7.11].

Ғайр аз ин, тавлиди марҳамҳои нави таркибашон аз маводи зиддибактериявии кимиёӣ ё бо истифодаи антибиотикҳо омодашуда низ аксаран таъсири дилхоҳ дода наметавонанд.

Аз ин лиҳоз, имрӯз аксари мутахасссон ба он ақидаанд, ки барои бомуваффақият таъбабат намудани чароҳатҳо дар раванди таъбабат бо доруҳои кимиёӣ истифодаи маводи дорои хосияти зиддуфунӣ (антисептикӣ) ниҳоят зарур аст [3. 4. 9. 17].

Ба андешаи Солошенко В.В. (2016), ҳангоми интихоби маводи зиддуфунӣ бояд хосияти бактериякушии онҳо ба назар гирифта шавад, зеро ин хосияти онҳо таъсири барқароркунӣ, яъне регенератории ҳучайраҳоро коҳиш намедиҳад [14].

Муайян карда шудааст, ки равғанҳои атрий, аз чумла равғани анчибар, даҳмаст, арвона, бодиён, қаранфул ва ғайра дорои хусусиятҳои ҳепатоҳифозатӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддуфунӣ, зиддиоксидӣ, бактериякушӣ, зиддимикробӣ ва ғ. доранд. [1.13. 15. 16.]

Аз ин лиҳоз мо тасмим гирифтём, ки хосияти илтиёмбахшии марҳами карвиолро, ки дар асоси равғани атрии гашниз омода шудааст, таҳти омӯзиш қарор дода, таъсири илтиёмбахш, зиддиилтиҳобии марҳамро омӯзем.

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши хусусияти

илтиёмбахшии марҳами карвиол дар калламушҳои сафед.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Омӯзиш дар 30 сар калламушҳои безоти сафеди вазнашон 200-220 гр дар озмоишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии “Пажухишгоҳи бунёди”-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” амалӣ карда шуд. Ҳайвоноти озмоишӣ вобаста ба талаботи озмоишгоҳӣ оиди гузаронидани таҳқиқотҳои токлиникӣ аз рӯи ГОСТ № 51000. 3-96 -51000.-2018 ва амалисозии дастури байналмиллалии Ковенсияи аврупоӣ оиди ҳимояи ҳайвонҳои сутунмуҳраддор, ки мавриди озмоишҳои амалӣ қарор доранд, истифода мешаванд. Ҳайвонҳо дар муҳити озмоишӣ, ҳарорати стандартӣ ва рӯшноии табииву дастрасии озод ба об ва ғизо қарор доштанд.

Омӯзиши хусусияти илтиёмбахшии марҳами 2% ва 3%-и карвиолро бо истифода аз усули чароҳати болои пӯст дар 4 гурӯҳи иборат аз 8 сар калламуш гузарондем. Гурӯҳи 1-ум аз калламушҳои санчишӣ, гурӯҳи 2-юм аз калламушҳои бо марҳами 2%-и карвиол муолиҷашаванда, гурӯҳи 3-юм аз калламушҳои бо марҳами 3%-и карвиол муолиҷашаванда ва гурӯҳи 4-ум аз ҳайвоноте иборат буд, ки тавассути марҳами левомикол муолиҷа карда мешуданд. Пас аз он ки калламушҳои таҳти таъсири гексинал (гексинал 50мг/кг) хобонда шуданд, бо истифода аз қоидаҳои зиддуфунӣ дар сатҳи пӯсти аз пашм тозакардашудаи калламушҳо бо корди чарроҳӣ ба дарозии 3 см² чароҳат гузошта шуд.

Дар раванди озмоиш динамикаи раванди чароҳат, яъне тағйироти дар он ба амалномада, аз чумла сатҳи чароҳат ва раванди илтиҳобро таҳти мушоҳида қарор додем. Фоизи камшавии сатҳи чароҳатро бо истифода аз формулаи (Дотсенко Б.М ва диг.,

1989), фоизи камшавии сатҳи чароҳат= S^R - SS^R x100 43, ки S^R -сатҳи ибтидоии чароҳат; SS -сатҳи чароҳат дар лаҳзаи ченкунӣ, ҳисоб намуда, муйян кардем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аз маълумоти дар чадвали 1 овардашуда бармеояд, ки сатҳи чароҳати гурӯҳҳои бо мар-

ҳами 2% ва 3%-и карвиол табобатгирифта нисбати нишондодҳои ибтидоӣ дар шабонарӯзи 3-юм 28,3%, 36,92%, дар шабонарӯзи 7-ум 53%, 70,2%, дар шабонарӯзи 14-ум 94%, 100% ва дар шабонарӯзи 18-ум дар силсилаи бо марҳами 2 %-и карвиол табобатшуда 100% коҳиш меёбад.

Чадвали 1

Мавод	Масоҳати миёнаи захм, см ² дар шабонарӯзи муайян					
	Ибтидо	1	3	7	14	18
Назоратӣ	1,3±0,1	1,3±0,1	1,2±0,1	1,04±0,05	0,6±0,02	0,01±0,001
Карвиол, 2%	1,2±0,1	1,2±0,1	0,86±0,05	0,56±0,03	0,01±0,01	
Карвиол, 3%	1,2±0,1	1,15±0,1	0,82±0,04	0,36±0,02	-	-
Левомикол, 5%	1,3±0,1	1,2±0,1	0,84±0,05	0,46±0,03	0,2±0,01	-

Дар баробари ин, дар гурӯҳи бо марҳами 5%-и левомикол табобатгирифта сатҳи чароҳат дар шабонарӯзи 3-юм 35%, дар шабонарӯзи 7-ум 64%, дар шабонарӯзи 14-ум 84,6% ва дар шабонарӯзи 18-ум 100% коҳиш ёфт.

Таъкид бояд кард, ки таҳти таъсири марҳами 3%-и карвиол дар шабонарӯзи 9-ум нишонаҳои илтиҳоб, аз ҷумла, экссудатсия, пурхунӣ, омос, инфилтратсияи атрофи чароҳат пурра бартараф шуда, дар чароҳат фасод мушоҳида нагардид.

Таҳлили натиҷаҳои ҳосилшуда шаҳодат медиҳанд, ки натиҷабахшии марҳами 3 %-и карвиол «иёсан бо марҳами 5%-и левомикол дар шабонарӯзи 14-ум ба 16,4 % бештар буд.



Расми 1. Санчишӣ.

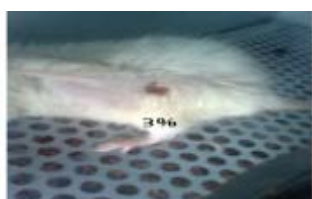


Расми 2. Марҳами карвиол

Таҳлили натиҷаҳои ҳосилшуда аз он дарак медиҳанд, ки дар шабонарӯзи 14-ум натиҷабахшии марҳами 3%-и карвиол «иёсан бо марҳами 5%-и левомекол 16,4 % бештар буд.



Расми 3. Марҳами 2%-и карвиол



Расми 4. Карвиол, 3%

Ҳамин тариқ натиҷаҳои ҳосилшуда шояд онанд, ки марҳами 3%-и карвиол дар қиёс ба маводи таҳти озмоишии левомекол бартарият дошта, барои пурра ба ҳам омадани канораҳои чароҳат дар муддати кӯтоҳтарин шароит фароҳам меорад ва эҳтимолан, хусусияти илтиёмбахшии марҳами карвиол бо хусусиятҳои зиддиилтиҳобӣ, зиддиоксидӣ ва мембраноҳифозатӣ, зиддиуфунӣ, зиддимикробӣ ва зиддибактериявӣ рав“анҳои атрӣ, аз ҷумла рав“ани атрии гашниз, ки ҷузъи асосии марҳами мазкур ба ҳисоб меравад, алоқамандии зич дорад.



Расми 5. Карвиол, 2%.



Расми 6. Карвиол, 3%

Вобаста ба хусусияти зиддимикробии рав“анҳои атрӣ, аз ҷумла рав“ани атрии гашниз мо тасмим гирифтем, ки хусусияти зиддимикробии марҳами 2 % ва 3%-и карвиолро дар муқоиса бо марҳамҳои саноатӣ мавриди озмоиш қарор диҳем.

Хусусияти зиддимикробии марҳами карвиолро бо истифода аз усули “колотса” муайян намудем [5,6].

Ба ҳайси ангезандаҳои микробӣ staphylococcus aureus, Escherichiacoli, staphylococcus albuswood, Escherichi aparasoli, Bacilluss ubtilis-ро истифода намудем.



Барои муайян намудани таъсири зиддимикробии марҳам аз меъёрҳои барои антибиотикҳо муайяншуда истифода намудем, аз чумла агар қитъа барои нест кардани микробҳо 10 мм-ро ташкил диҳад, пас марҳам таъсири зиддимикробӣ надорад. Агар ин нишондиҳанда аз 10 то 15 мм бошад, пас аз

таъсири сусти зиддимикробии марҳам дарак медиҳад. Дар ҳолати қутри захм 10 то 25 мм будан таъсири самарабахш ва аз 25 мм зиёдтар будан аз таъсири ниҳоят баланди хусусияти зиддимикробӣ доштани марҳам шаҳодат медиҳад.

Чадвали 7. Муқоисаи ғазолии зиддимикробии марҳами карвиол бо малҳамҳои зиддибактериявии саноатӣ.

Маводи озмоишӣ	Staphylococcus aureus	Escherichia coli	Bacillus subtilis	Proteus vulgaris	Pseudomonas seruginosa
Марҳами 2%-и карвиол	32,0±0,5	19,0±0,7	21,3±0,5	18,4±0,4	18,2±0,6
Марҳами 3%-и карвиол	36,0±0,4	23,3±0,6	24,0±0,4	16,3±0,6	19,0±0,7
Марҳами 3%-и райҳон	28,0±0,5	15,0±0,3	18,5±0,3	15,5±0,3	16,9±0,3
Марҳами 5%-и левомекол	32,0±0,8	22,0±0,9	22,0±0,6	14,5±0,4	18,5±0,8

Маълумоти дар чадвали 2 овардашуда аз он далолат мекунад, ки марҳами 2%-и карвиол анғезандаҳои дар нақша овардашуда-ро дар масоҳати 18,2 то 32мм, марҳами 3%-и карвиол дар масоҳати аз 16,3 то 36 мм, марҳами райҳон (базилик) дар масоҳати аз 15 то 28 мм ва марҳами левомекол дар масоҳати аз 14,5 то 32 мм маҳв мекунад.

Ҳамин тариқ, аз маълумотҳои ба дастмада чунин натиҷагирӣ мешавад, ки марҳами 3%-и карвиол, ки ба раванди илтиёми чароҳат мусоидат намуда, аз лиҳози ҳосияти зиддимикробӣ доштан назар ба маводи таҳти муқоиса таъсири беҳтар нишон медиҳад.

Адабиёт

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства гераноретинола и эфирных масел /Д.А. Азонов, А.К. Холов, Г.В. и др/ Монография/Душанбе. “Матбуот” – 2011. - 135 с.;
2. Агаларян, А.Х. Лечение гнойно-некротических ран с использованием вакуум-терапии / А.Х. Агаларян, Д.Д. Устьянцев, С.В. Богданов // 2-ой Международный конгресс, посвященный 70-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 2014. – С. 39–41.
3. Адарченко А.А. Сравнительное исследование антибиотиков и антисептиков в отношении S. aureus / А.А. Адарченко, А.П. Красильников, О.П. Собошук // Антибиотики и химиотерапия. – 1991. - №2. – С. 21-24.
4. Алексеев, К.В. Перспективные противовоспалительные препараты для заживления ран / К.В. Алексеев [и др]. //Воен.-мед. журн.- 2000.- №1.- С.85-86.
5. Андреева, Н. Л. Ветеринарная фармация: учебник / Н. Л. Андреева, Г. А. Ноздрин, А. М. Лунегов [и др.]. - Санкт-Петербург: Лань, 2020. - 452 с.
6. Великанов, В.И. Лекарственные средства, применяемые в ветеринарной медицине: учебное пособие для вузов / В.И. Великанов, Е.А. Елизарова; под общей редакцией В.И. Великанова. - Санкт-Петербург: Лань, 2020. - 176 с.
7. Грязнов, В.Н. Использование гелевых сорбентов в экспериментальной и клинической хирургии / В.Н. Грязнов, Е.Ф. Чередняков, А.В. Черных. - Воронеж: Издательство ВГУ, 1990. - 88с.
8. Доценко Б.М., Бирюкова С. В., Тамм Т. И. Методические рекомендации по экспериментальному (доклиническому) изучению лекарственных препаратов для местного лечения гнойных ран (МЗ СССР Фармакологический Комитет). - Москва, 1989. - 46 с.
9. Ерюхин, И.А. Раневая инфекция / И.А. Ерюхин, В.А. Хрупкин, В.М. Бадиков // Хирургические инфекции: руководство / под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова - СПб. : Питер, 2003. - С. 213-257

10. Камышников, В. С. Справочник по клинико – биохимической лабораторной диагностике/ В.С. Камышников .- Мн: Беларусь, 2000. Т. 1. – 495 с.
11. Матвеев, В.М. Сравнительный анализ применения ранозаживляющего 4% геля с хлоргексидином и мази левомеколь / В.М. Матвеев, А.М. Лунегов, В.А. Барышев // В сборнике «Эффективные и безопасные лекарственные средства в ветеринарии» по материалам V-го Международного конгресса ветеринарных фармакологов и токсикологов. – СПб. – 2019. – С. 122-125.
12. Меркулов, Г. А./ Курс патологической техники / Г.А. Меркулов. – М.: Медицина, Ленинград. Отделение. – 1969.- 424 с.
13. Разыкова Г.В. Фармакологическое изучение гипополипидемических свойств гераноретинола, лаврового и лимонного эфирных масел/ Автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук.- Душанбе 2012.- 22 с.
14. Солошенко В.В. Экспериментальное исследование раневого процесса в ожоговой ране при комбинированной травме [текст] / В.В. Солошенко // Вестник Смоленской государственной медицинской академии – 2016 . – Т. 15, № 3. – С 39 -45
15. Шарипов Х.С. Противовоспалительные свойства кориандрового и лимонного эфирного масла при экспериментальных артритах/Х.С. Шарипов, Д. А. Азонов // Вестник Авиценны .-2009.-№2.- С.147-151.
16. Холов А.К., Изучение токсичности ферусинола в условиях трехмесячного эксперимента на белых крысах/ А.К. Холов, А.Д. Азонов, Г.В. Разыкова, И.Д. Азонов, и др// Современные концепции научных исследований XLV111 Международная научная конференция.- Москва.-2019, ч.2.- С.117.
17. Hillier A., Lloyd D.H., Weese J.S., Blondeau J.M., Boothe D., Breitschwerdt E., Guardabassi L., Papich M.G., Rankin Sh., Turnidge J.D., Sykes J.E. Guidelines for the diagnosis and antimicrobial therapy of canine superficial bacterial folliculitis (Antimicrobial Guidelines Working Group of the International Society for Companion Animal Infectious Diseases) // Veterinary Dermatology, 2014, Vol. 25, P. 163-243

РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИЕ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА КАРВИОЛОВОЙ МАЗИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫСАХ

Бораджабова Н.Б., Азонов Ч.А.

1. ГНИИ питания, Министерство промышленности и новых технологий РТ.
2. НИЛ Институт фундаментальной медицины.
3. Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Аннотация. Данная статья посвящена ранозаживляющей и антибактериальной свойствам 2-3%-ой карвиоловой мази на фоне асептической раны, проведена на белых крысах. Экспериментальными исследованиями доказано, что 2%, 3%-я карвиоловая мазь на фоне асептической раны оказывает заметный ранозаживляющий, противовоспалительный и антибактериальный эффект, что подтверждается достоверным уменьшением

объема раны и подавлением активности патогенных бактерий по сравнению с контрольными животными. При сравнительном анализе установлено, что карвиоловая мазь по ранозаживляющим и антибактериальным эффектам превосходит аналогичные свойства препаратов сравнения.

Ключевые слова: рана, воспаления, антибактериальный, карвиол, гексилал, левомеколь.



WOUND HEALING AND ANTIBACTERIAL PROPERTIES OF CARVIOL OINTMENT ON EXPERIMENTAL RATS

Borajabova N.B., Azonov J.A.

1. State Research Institute of Nutrition, Ministry of Industry and New Technologies of the RT.
2. Research Laboratory, Institute of Fundamental Medicine.
3. Department of Internal Medicine No. 1, SEI "Avicenna Tajik State Medical University".

Annotation. This article is devoted to the wound-healing and antibacterial properties of 2-3% carviol ointment against the background of aseptic wounds, on white rats. Experimental studies have shown that 2%, 3% carviol ointment against the background of aseptic wounds leads to the development of wound healing, anti-inflammatory and antibacterial effects, which is confirmed by a significant

reduction in the volume of wounds and suppression of the activity of pathogenic diseases, compared with control animals. In a comparative analysis, it was found that carviol ointment is superior in wound healing and antibacterial effects to the similar properties of comparison drugs.

Key words: wound, inflammation, antibacterial, carviol, hexinal, levomikol.

Борачабова Назирабегим Баходуровна - унвонҷӯи Пажухишгоҳи давлатии илмӣ-тадқиқотии "изо"-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави ҶТ, ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: Voradzhabova@mail.ru

Бораджабова Назирабегим Баходуровна - соискатель Государственного научно-исследовательского института питания Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан, ассистент кафедры внутренних болезней № 1 ГОУ «Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». E-mail: Voradzhabova@mail.ru

Borajabova Nazirabegim Bahodurovna – Applicant of the Research Institute of Nutrition, Ministry of the Ministry of Industry and Technologies of the Republic of Tajikistan, assistant of Department of internal diseases of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". Tel: +992934167516. E-mail: Voradzhabova@mail.ru

Азонов Чахон - д.и.т. профессор, ходими пешбари ОИТ Пажухишгоҳи бунёдии МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". E-mail: azonov_02@mail.ru

Азонов Джахон - доктор медицинских наук, ведущий сотрудник НИЛ Института фундаментальной медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». E-mail: azonov_02@mail.ru.

Azonov Jahon - Doctor of Medical Sciences, leading employee of the Institute of Fundamental Medicine SEI "Avicenna Tajik State Medical University". E-mail: azonov_02@mail.ru.

БАҲОДИҲИИ МАРКЕТИНГИИ ВОСИТАҲОИ ДОРУГИИ ЗИДДИГИСТАМИНӢ ДАР БОЗОРИ ФАРМАТСЕВТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Нидоев С.Н., Рачабзода Ф.К.

Кафедраи химияи фарматсевтӣ ва идораи иқтисодиёти фарматсевтии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Дар замони ҳозира афзоиши бемориҳои аллергияи ҳамчун мушкилоти умумимикҷасӣ дар бисёр мамлакатҳо ба назар мерасад [2,3,6,7].

Гурӯҳи асосии маводи дар муолиҷаи аллергия истифодашаванда маводи доругии зиддигистаминӣ мебошанд. Дар бозор ном-

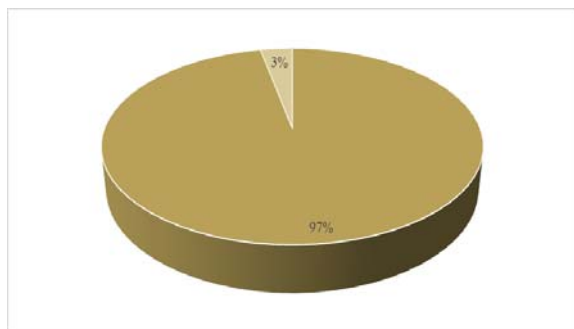
гӯи васеи маҳсулоти тичоратии дорои маводи таъсири якхела дар гардиш аст, ки ин ҳолат интихобро мушкил менамояд [1,6,7,8]. Барои истифодаи оқилона ва баланд бардоштани сифат ва самаранокии муолиҷа бо гурӯҳи маводи мазкур таҳлили номгӯи бо

назардошти номгӯи бозор ва номгӯи байналмилалии “айрипатентӣ, шарҳи асосии фармакологии мамлакатҳои истеҳсолкунанда ва қимати миёнаи нарх ба маводи доругии антигистаминӣ лозиманд (5,7,8).

Мақсади кори мазкур омӯзиши бозори фарматсевтии зиддигистаминӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Маълумоти омории шуъбаи бақайдгирии Хадамоти назорати давлатӣ дар соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (минбаъд ВТ ва ҲИҚТ) ҳамчун маводи кумақрасон истифода шуда, натиҷаҳо тавассути мета-анализ ва омори таснифӣ бо истифода аз барномаи «MS Jffice EXE1 2017» такмил дода шуданд.

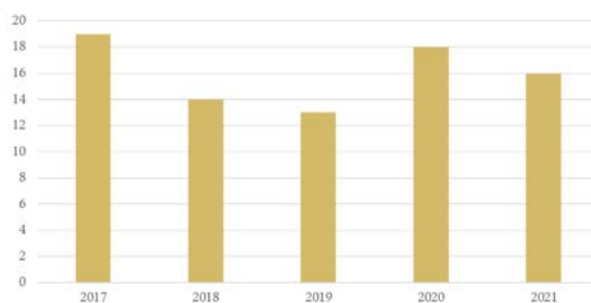
Натиҷаҳо ва муҳокимаҳо. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки дар давраи солҳои 2017-2021 дар бозори фарматсевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамагӣ 2650 номгӯи воситаҳои доругӣ (4), аз ҷумла 80 номгӯи воситаҳои доругии зиддигистаминӣ (4) ба қайд гирифта шуда буд. Тавре дар Расми 1 дида мешавад, миқдори умумии воситаҳои доругии ба қайд гирифташуда ҳамагӣ 3%-ро ташкил меод.



Миқдори умумии маводи зиддиаллергӣ

Миқдори умумии маводи доругии ба қайд гирифташуда дар миқёси мамлакат

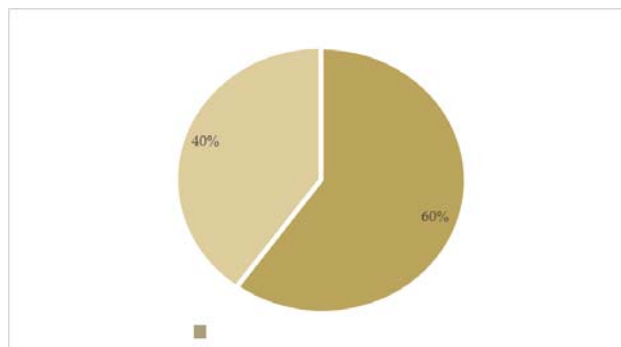
Миқдори зиёдаи МДЗГ-и ба қайд гирифташуда ба соли 2017 рост омада (ҷадвали 1), 19 номгӯро ташкил меод. Миқдори ками ба қайд гирифташуда ба давраи пандемияи Ковид-19 дар соли 2019 рост омад, ки 13 номгӯро ташкил дод. Дар охири соли 2020 болоравии ками МДЗГ-и ба қайд гирифташуда дида мешавад, ки он 18 номгӯро ташкил дод (Расми 2).



Расми 2. Ҷадвали маводи зиддиаллергии ба қайд гирифташуда дар солҳои 2017-2021

Аз миқдори умумии маводи зиддиаллергӣ 40 Ҷоизро дорувории зиддигистаминӣ ташкил меод.

Расми 3.



Сол	Миқдори умумии маводи дорувории ба қайд гирифташуда дар кишвар	Миқдори МДЗГ-и ба қайд гирифташуда дар кишвар
2017	870	19
2018	189	14
2019	130	13
2020	560	18
2021	901	16

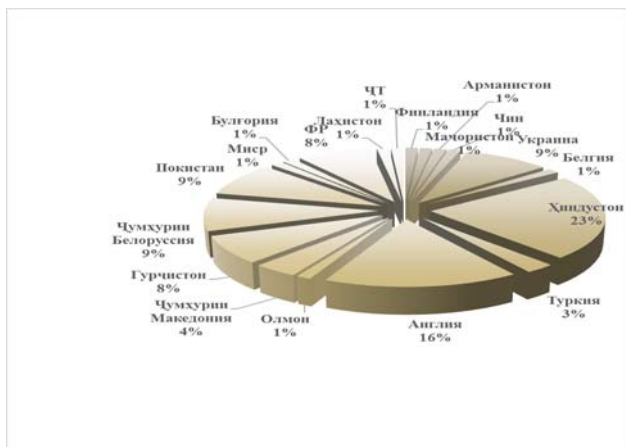
Дар ин давра дар бозори фарматсевтии Тоҷикистон воридшавии маводи доругии зиддигистаминӣ аз 19 мамлакат ба қайд гирифта шуда буд.

Тавре дар расми 4 дида мешавад, ҳиссаи истеҳсолкунандагони ватанӣ ҳамагӣ 2 % -

ро ташкил медиҳад. Аз ҳиссаи мамлакатҳои хориҷӣ қисмати зиёдашро Ҳиндустон (23%), сипас Англия (16%), Украина, Покистон, Ҷумҳурии Белоруссия (9%), Федератсияи Россия, Гурҷистон (8%), Ҷумҳурии Македония (4%), Туркия (3%), Олмон, Булғория,



Миср, Лахистон, Финландия, Венгрия (дар расм - Маҷористон), Арманистон, Чин, Белгия (ҳамааш якфоизи) ташкил меод [4].



Ҳангоми коркарди маълумот ҳамчунин муайян гардид, ки дар миёни маводи зиддигистаминии дараҷаи 1 чунин номгӯи тиҷоратии воситаҳои доругӣ ба қайд гирифта шудаанд: Псило-балзам, Димедрол (истехсоли маҳаллӣ ва истехсоли Федератсияи Россия, Чумҳурии Белоруссия, Чумҳурии Қазоқистон ва Чин), Супрастин, Супростан, Тавегил, Диазолин, Фенкарол. Ба гурӯҳи маводи зиддигистаминии дараҷаи 2 шомил шуданд: Аллервег (Ҳиндустон), Лоратадин, Ломилан[®], Новекс, Сетиризин, Аллеркапс, Зодак[®], Сетек, Зиртек, Сетиризин, Алер-Г. Аз маводи зиддигистаминии дараҷаи 3: Эслотин, Лордестин, Софалор[®], Алгис, Жардин, Лоранекс, Лоравин (4).

Ҳангоми коркарди оморӣ маълумоти тадқиқоти гузаронидашуда ҳамчунин маълум гардид, ки миқдори бештари МДЗГ дар шакли курс - 32 номгӯй, баъдан сироп - 16, маҳлул барои тазриқ - 10, қатраҳо барои чашм ва гӯш - 8, спрейи бинӣ - 4, суспензия ва малҳам барои истифодаи беруна - 3 номгӯй, “илофак ва малҳам - 2-номгӯй истехсол карда мешаванд.

Номгӯи АГШАФ-и ба қайд гирифташуда дар ҳудуди Чумҳурии Тоҷикистон



Хулоса. Натиҷаҳои тадқиқоти бозори фарматсевтии ИЗГ нишон доданд, ки ассортименти мавҷуда ҳамаи намуди асосии маводи доруворӣ зиддигистаминиро инъикос менамояд. Аз ин лиҳоз духтурон имконияти интиҳоби муносиби МЗГ-ро барои ҳар бемор вобаста ба зухуроти клиникӣ таассури аллергӣ, дараҷаи беморӣ, шакли зиндагӣ ва ташҳиси дучониба доранд.

Адабиёт

1. Оконенко Т.И. Костыркин М.А. «Маркетинговый анализ ассортимента антигистаминных лекарственных средств на примере аптеки. // Международный журнал экспериментального образования.-2015.-№11-2-С.208-211;»
2. С.Н. Ивакина, А.Р. Бадакшанов, К.А. Пупкина, Г.М. Хасанова, А.Н. Хасанова, 2018. «Анализ ассортимента противомикробных лекарственных средств применяемых при лечении инфекционных заболеваний. Вестник современной клинической медицины 2018 г. Том 11, выпуск 6».
3. Т.Г. Авдеева, А.В. Крикова, М.С. Асташук. «Анализ фармацевтического рынка антигистаминных лекарственных средств в промышленном городе центрального региона России (на примере Смоленска). Научные ведомости, Фармация. 201.2013г.»
4. Маълумотҳои оморӣ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ Чумҳурии Тоҷикистон.
5. Vertkin A. L., Skotnikov A. S., Feldman M. A. Antihistamines in therapy comorbid patients [Antigistaminnye preparaty of terapii komorbidnykh bol'nykh]. Lechashchiy vrach [Doctor]. 2013. № 4. P. 71–73. 2.
6. Gosudarstvennyy reestr lekarstvennykh sredstv [The state register of medicines]. Available at:



[http://grls.rosminzdrav.ru / GRLS.aspx](http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx) 3. Zaytseva O.V. Antigistaminnye preparaty v praktike pediatri: Rukovodstvo dlya vrachey [Antihistamines drugs in pediatric practice: a guide for physicians]. Moscow, 2012. 42 p.

7. Leonova M.V. Modern antihistamines: abundance of choice [Sovremennye antigistaminnye preparaty: vybor v izobilii predlozheniy]. Farmateka [Pharmateca]. 2011. № 10. P. 26–31. 5. Yakusheva E. N., Ushkalova E. A. Use of defi ned daily dose system in drug selection [Ispol'zovanie sistemy dnevnykh standartnykh doz pri otbore lekarstvennykh sredstv]. Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akad. I. P. Pavlova. 2008. № 3. P. 25–29.

8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Available at: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

МАРКЕТИНГОВАЯ ОЦЕНКА АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Нидоев С.Н., Раджабзода Ф.К

Кафедра фармацевтической химии и управления экономики фармации ТНУ

В данной статье представлены результаты маркетингового анализа фармацевтического рынка антигистаминных лекарственных средств на территории Республики Таджикистан. Было установлено, что за 5 лет всего из этой фармгруппы зарегистрировано 80 наименований ЛС различных лекарственных форм. Среди общей доли рынка противоаллергические средства составили 3%. Доля отечественных произво-

дителей составляет 2%, на долю импортных приходится: Индия (23%), Англия (16%), Украина, Пакистан, Республика Беларусь по (9%), РФ, Грузия (8%), Республика Македония (4%), Турция (3%), Германия, Болгария, Египет, Польша, Финляндия, Венгрия, Армения, Китай, Бельгия (1%).

Ключевые слова: аллергические заболевания, антигистаминные препараты, рынок, Республика Таджикистан.

MARKETING EVALUATION OF ANTIHISTAMINE MEDICINES ON THE PHARMACEUTICAL MARKET OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Nidoev S.N., Rajabsoda F. K.

Department of Pharmaceutical Chemistry and Management of Pharmacy Economics, TNU.

This article presents the results of a marketing analysis of the pharmaceutical market of antihistamine drugs in the territory of the Republic of Tajikistan. It was found that for 5 years only 80 names of drugs of various dosage forms were registered from this pharmaceutical group. Among the total market share, antiallergic products accounted for 3%. The share of domestic producers is 2%, the share of

imported: India (23%), England (16%), Ukraine, Pakistan, Republic of Belarus (9%), Russian Federation, Georgia (8%), Republic of Macedonia (4%), Turkey (3%), Germany, Bulgaria, Egypt, Poland, Finland, Hungary, Armenia, China, Belgium (1%).

Key words: allergic diseases, antihistamines, market, Republic of Tajikistan.

Нидоев С.Н. - н.и.ф., муовини сардори Раёсати технологияҳои иттилоотӣ ва коммуникатсионии Дастгоҳи Маҷлиси намояндагони Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон. 734051, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ – 42. Тел: 919104165.

Рачабзода Ф.К. - н.и.б. дотсенти кафедраи химияи фарматсевтӣ ва идораи иқтисодиёти фарматсевтии ДМТ. Нишонӣ: 734025, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139. Тел: 906888188

Нидоев С.Н. - к.ф.н., заместитель начальника Управления информационных технологий и коммуникаций Аппарата Маджлиси намояндагон (Парламент) Маджлиси Оли Республики Таджикистан. 734051, г. Душанбе, пр. Рудаки - 42. тел: 919104165;



Рачабзода Ф.К. - к.б.н., доцент кафедры фармацевтической химии и управления экономики фармации ТНУ. 734025, г. Душанбе, пр. Рудаки - 17. Тел: 906888188;

Nidoev S.N. - Candidate of Pharmaceutical Sciences, Deputy Head of the Department of the information and communication technologies of the Majlisi namoyandagon of Majlisi Oli of RT. 734051, Rudaki – 42. Tel: 919104165;

Rajabsoda F. K. - Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Management of Pharmacy Economics TNU. Adres: 734025, Rudaki – 139. Tel: 906888188;

МУРАККАБОТИ КООРДИНАТСИОНИИ НУҚРА (I) БО АТСЕТИЛСИСТЕИН

Рачабов У.Р.¹, Мадикромӣ А.М.²

1. Кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносӣ.

2. ОИТ МД “ПТБ”-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мухимияти мавзӯ. Дар кимиёи координатсионии муосир микдори таҳқиқот оиди омӯзиши механизми ҳосилшавии мураккаботи координатсионӣ дар маҳлул рӯз аз рӯз меафзояд. Масалан, пайвастаҳои комплекси металлҳои интиқоли бо кислотаҳои карбон ҳамчун маводи фаъоли биологӣ дар соҳаҳои гуногуни илм, техника, хоҷагии халқ ва тиб дар истифода қарор гирифтаанд. Аз ҷумла, мураккаботи координатсионии нуқра(I) бо лигандҳои органикӣ ва ҳосилаҳои онҳо ҳамчун донори микроэлементҳо, ки барои рушду нумӯи зироатҳои хоҷагии халқ заруранд, қобили истифода мебошанд. Микроэлементҳоро дар намуди заррачаи комплексӣ растанӣ беҳтару хубтар ҷаббида мегирад ва табиати лиганди дар мураккаботи координатсионӣ буда барои инкишофи рустани кӯмак мекунад [1,2].

Аминокислотаҳо ашёи асосӣ барои истеҳсоли аксари маводҳои дорӯӣ ба шумор мераванд. Дар ин бахш атсетилсистеин, ки ҳосилаи систеин аст, солҳои охир ҳамчун маводи зиддимикробӣ ва ба “амрон истифода мешавад [3,4]. Аз ин хотир, омӯзиш ва таҳқиқи мураккаботи комплекси металлҳо бо аминокислотаҳо мавзӯи мубрам аст.

Мақсади кор ва тариқаи таҳқиқ. Мақсади кори баррасишаванда таҳқиқи мураккаботи координатсионии нуқра (I) бо атсетилсистеин дар ҳарорати 308K, қувваи ионии 0,1 мол/л (NaNO₃) тавассути усули оксредметрӣ ба шумор меравад

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Таҳқиқи оксредметрӣ нишон медиҳад, ки

дар системаи омӯхташуда дар соҳаҳои рН = 1,0ҷ6,5 дар маҳлул мураккаботи координатсионии мономерӣ ҳосил мешавад. Таркиб ва собитаи устувории мураккаботи координатсионӣ тавассути функсияи оксидонӣ, ки иштибоҳаш камтар аст, таҳқиқ ва ҳисоб карда шуд. Дар асоси таҳлили вобастагии потенциали оксидонӣ аз “ализати ионҳои рН, рС_{Ag(I)}, рС_L ва функсияҳои оксидонии назариявӣ ва эксперименталӣ дар бораи ҳосилшавии мураккаботи координатсионии нуқра(I) бо атсетилсистеин ва ҷоршавии равандҳои протолитӣ дар маҳлул ҳулоса баровардан мумкин аст [5-7].

Барои муайян намудани собитаи устуворӣ ва ҳудуди ҳосилшавии мураккаботи координатсионие, ки дар системаи таҳқиқшаванда ҳосил мешаванд, муодилаи назариявӣ функсияи оксидониро ε_T^0 ба муодилаи эксперименталии функсияи оксидонӣ ε_3^0 наздик менамоем. Ҳамин тариқ тавассути тариқаи иттератсия, яъне мувофиқкунонии функсияи оксидонии назариявӣ ε_T^0 ва эксперименталӣ ε_3^0 қимати адабии собитаи устувории мураккаботи координатсионӣ ҳисоб карда мешавад.

Барои ин вобастагии потенциали оксидонӣ логарифми “ализати ионҳои гидроген, лиганд, нуқра (I) дар намуди графикӣ тасвир карда шуд. Ҷенкуниҳо дар дастгоҳи маҳсуси оксредметрӣ, ки аз занҷир бо интиқоли галванӣ мураттаб шудааст, гузаронида шуд. Таъйирёбии “ализати ионҳои гидроген, лиганд, нуқра (I) тавассути электродҳои шишагӣ ва нуқрагӣ ба ҷо оварда шуд. Ба

сифати электроди муқоисавӣ электроди хлору нукрагӣ истифода шуд.

Ҳастаияти мураккаботи координатсионии нукра (I) тавассути вобастагии потенциали оксидонӣ аз “ализати ионҳои нукра (I) таҳқиқ карда шуд. Адади лиганди ба таркиби мураккаботи координатсионӣ дохилшаванда тавассути вобастагии потенциали оксидонӣ j аз логарифми “ализати лиганд муайян карда шуд.

Бо зиёдшавии “ализати лиганд, потенциали оксидонӣ кам мешавад, ки ин аз ҳосилшавии мураккаботи координатсионии дорои таркиби метали комплексҳосилкунанда: лиганд 1:1 ва 1:2 гувоҳӣ медиҳад, яъне ба як нукра (I) мувофиқан 1 ва 2 лиганд рост меояд. Барои муайян намудани соҳаи мавҷудияти мураккаботи координатсионии нукра (I) бо атсетилсистеин ва аник намудани теъдоди умумии лигандҳо дар комплекс вобастагии потенциали оксидонӣ аз фаъолияти ионҳои

гидроген, яъне рН омӯхта шуд. Бояд тазакур дод, ки вобастагӣ барои ҳисоби собитаи устуворӣ ва мурағтаб намудани диаграммаи тақсимоти мураккаботи координатсионии нукра (I), бо лиганд истифода мешавад. Камшавии потенциали оксидонӣ бо зиёдшавии рН-и маҳлул дар асоси муодилаи Нернст аз иштироки нукра (I) дар раванди комплексҳосилшавӣ гувоҳӣ медиҳад. Ҳамин тавр, дар асоси таҳлили вобастагии потенциали оксидонӣ аз “ализати ионҳои гидроген, нукра (I), ва лиганд мавҷудияти мураккаботи координатсионии мономер ва якҳастай дар маҳлул таҳқиқ карда шуд, ки намунаи он дар ҷадвали 1 оварда шудааст. Бояд тазакур дод, ки таркиби мураккаботи координатсионии таҳқиқшуда нишонаи сифатӣ аст ва барои тавсифи микдории он тариқаи функсияи оксидонӣ бо истифодаи тариқаи муосири моделиронии мураккаботи кимиёӣ, яъне тариқаи иттератсия истифода шуд [8-11].

Ҷадвали 1.- Таркиби мураккаботи координатсионӣ ва қимати зарби кунҷӣ дар системаи нукра (I) – атсетилсистеин – NaNO_3 -об

№	Қимати зарби кунҷӣ				Таркиби мураккаботи координатсионӣ
	ΔpH	$\phi\text{-pH}$	$\phi\text{-pC}_{\text{acc}}$	$\phi\text{-pC}_{\text{Ag}}$	
0,1	3,0 :- 4,0	0; - 9	0 9; 9	0; ; -9	$\text{AgOH}^+, \text{Ag}(\text{H}_2\text{O})^+$
0,2	4,0 :- 5,0	-29	9 29 9 29	-9;-9/2	AgL, AgL_2
0,3	5,0 :- 6,0	-29	9 29 9 29	-9;-9/2	AgL, AgL_2

Ҳисобҳо бо истифодаи компютер дар барномаи EXEL ба сомон расонида шуданд. Барои ин дар асоси таркиби таҳқиқшуда, ки дар ҷадвали 1 оварда шудааст,

матритса тартиб дода шуд, ки ба он таркиби мураккаботи координатсионӣ ва ифодаҳои собитаи устуворӣ оварда шудааст (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Таркиби мураккаботи координатсионӣ ва ифодаҳои собитаи устуворӣ дар нукра (I) – атсетилсистеин – NaNO_3 -об

№ п/п	q	p	s	l	k		β_{qpslk}
							K_a
01	1	0	0	0	0	$\text{Ag}(\text{H}_2\text{O})^+$	β_{10000}
02	1	0	0	0	1	AgOH^+	K_{10001}
03	1	0	1	1	1	$\text{AgL},$	β_{10011}
04	1	0	2	2	0	AgL_2	β_{10120}

Қиматҳои ададии собитаи устувории мураккаботи координатсионӣ дар системаи

нукра (I) – атсетилсистеин – NaNO_3 - об дар ҷадвали 3 оварда шудааст.



Чадвали 3.- Таркиби мувозинати ионии системаи нукра (I) – атсетилсистеин – NaNO₃ -об ва логарифми константаи ҳосилшавии пайвастаи координатсионӣ

№ п/п	Таркиб	β_{qpslk}	$\lg\beta_{\text{qpslk}}$	pH
	$\text{H}_2\text{L}^+ \leftrightarrow \text{H}^+ + \text{HL}$	K_a	$\lg K_a$	
01	Ag(H ₂ O) ⁺	β_{10000}	0	1,0-2,0
02	AgOH ⁺	K_{10001}	(-3,72±0,01)	3,0-4,0
03	AgL,	β_{10110}	3,31±0,004	4,0-5,0
04	AgL ₂ +	β_{20442}	6,33±0,004	5,0-6,0

Хулоса. Дар системаи нукра (I) – атсетил-систеин – NaNO₃ -об дар ҳарорати 308 К ва қувваи ионии 0,1 мол/л (NaNO₃) тавассути тарикаи оксредметрӣ ҳосилшавии мураккаботи координатсионии моноҳастай таҳқиқ карда шуд. Бо истифодаи тарикаи муосири моделиронии мураккаботи кимиёӣ, яъне тарикаи иттератсия ва компютер дар барномаи

EXEL, таркиби мураккаботи координатсионӣ таҳқиқ шуда, собитай устувории онҳо ҳисоб карда шуд. Дар асоси таҷриба шароитҳои аз маҳлул ҷудо намудани мураккаботи координатсионии полиҳастаии нукра (I) бо атсетилсистеин, ки қисми асосии маводҳои доруии ҳосияти бал“амронӣ доштаро ташкил мекунанд, қор карда баромада шуд.

Адабиёт

1. Синтез и биологические свойства Метрарга / М.Шухратзода, У.Р.Раджабов, А.У.Козихонов, Ш.А.Турдиев, М.М.Шарифова, М.Н.Давлатов // Докл АН РТ, 2017.- Т.60, №11 – 12, Стр 599 – 604
2. Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г.,Бойназарова К.У./ Физико – химических свойств координационного оединения серебра(I) с альбендазолом // Докл НАНТ, 2023.- Т.66, №7-8. – Стр 445-452
3. Исследование процессов образования координационных соединений цинка (II) с аминокислотами /А.У.Козихонов, У.Н.Джулаев, У.Р.Раджабов, Мижгон Шухратзода, Г.М.Бобиев // Докл АН РТ, 2015.- Т.58, №7 - С.608-614.
4. Джулаев У.Н., Раджабов У.Р., Бобизода Г.М., Хасанова З.Ш. Синтез, исследование и биологические свойства смешаннолигандных координационных соединений цинка (II) с глицином и глутаминовой кислотой // Журнал здравоохранение Таджикистана.-2019.-№2.- С.88-90
5. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Антиоксидантное действие железа(II) с Ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток // Докл АН РТ, 2018.- Т.61, №9-10. – Стр 788 – 793
6. Ибрагимова С.Дж., Чориева С.А., Раджабов У.Р.,Саидова С.И. Применение метода тонкослойной хроматографии для определения степени чистоты координационных соединений серебро с ацетилцистеином/ Журнал здравоохранение Таджикистана.-2018.-№4.- С.66-67
7. Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г.,Бойназарова К.У./ Физико – химических свойств координационного оединения серебра(I) с альбендазолом // Докл НАНТ, 2023.- Т.66, №7-8. – Стр 445-452
8. С.Г.Ёрмамадова, У.Р.Раджабов, И.У.Камолова/Исследование процессов комплексообразования в системе Fe(II) – мерказолилом - Н₂О методом оксредметрии / Вестник Московского государственного технического университета имени Н.Э. Баумана серия естественные науки № 6[111].2023.-С. 70-79. ISSN 1812-3368
9. Мадиномов А.М., Раджабов У.Р., Ёрмамадова С.Г., Камолова И.У., Соединения железа(II,III) с метионином // Докл НАНТ, 2022.- Т.65, №11-12. – Стр 761-767
10. Ёрмамадова С.Г., Камолова И.У., Раджабов У.Р. Биологические свойства координационных соединений цинка (II) с мерказолилом/ Наука и инновация. -2019. №3. - С.133-135
11. Раджабов У.,Қозихонов А.У., Чулаев У.Н., Мижгон Ш.,Бобиев ’.М. координационные соединения цинк (II) с аминокислотами. / Авчи Зухал. -Душанбе.- 2016.-№1 .– С. 68– 71.

**КООРДИНАЦИОННЫЕ СОЕДИНЕНИЯ СЕРЕБРА (I) С АЦЕТИЛЦИСТЕИНОМ****Раджабов У.Р.¹, Мадикромӣ А.М.²**

1. Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».
2. Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины. г. Душанбе

Аннотация

В современной координационной химии исследования по изучению механизма образования координационных соединений в растворе с каждым днем увеличиваются. Например, координационные соединения переходных металлов с карбоновыми кислотами как биологически активные вещества находят широкое применение в различных областях науки, техники, народного хозяйства и медицины. В частности, координационные соединения серебра(I) с органическими лигандами и их производные как доноры микроэлементов, которые необходимы для роста и развития сельскохозяйственных культур, являются полезными. Микроэлементы, находящиеся в виде частиц комплекса, лучше ус-

ваиваются растениями, и природа лиганда в координационном соединении способствует их росту и развитию. Аминокислоты являются основным сырьем для производства большинства фармацевтических препаратов. В этой области ацетилцистеин, производное цистеина, в последние годы используется как антимикробное и отхаркивающее средство. Поэтому исследование и изучение комплексов металлов с аминокислотами является актуальной темой.

Ключевые слова: лиганды, серебро(I), антимикробное, отхаркивающее, аминокислоты, координационные соединения, ацетилцистеин, переходные металлы, оксидметрия, окислительно-восстановительная функция.

COORDINATION COMPLEXES OF SILVER(I) WITH ACETYLCYSTEINE**Rajabov U.R.¹, Madikromi A.M.²**

Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino". Scientific Research Institute of Fundamental Medicine. Tajikistan, Dushanbe.

In modern coordination chemistry, research on the mechanisms of the formation of coordination complexes in solution is increasing day by day. For example, coordination complexes of transition metals with carboxylic acids, as biologically active substances, have found applications in various fields of science, engineering, agriculture, and medicine. In particular, coordination complexes of silver(I) with organic ligands and their derivatives, as microelement donors essential for the growth and development of agricultural crops, are of great importance. Microelements in the form of complex particles are better absorbed by plants,

and the nature of the ligand in the coordination complex aids in the development of the plants.

Amino acids are the main raw material for the production of most pharmaceutical substances. In this field, acetylcysteine, a derivative of cysteine, has recently been used as an antimicrobial and expectorant agent. Therefore, the study and research of coordination complexes of metals with amino acids is an actual and important topic.

Keywords: ligands, silver(I), antimicrobial, expectorant, aminoacids, coordination complexes, acetylcysteine, transition metals, oxredmetry, oxidation-reduction function.

Рачабов Умарали Рачабович – д.и.х., профессори кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». 734003, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ - 139. Тел.: (992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru.

Мадикромӣ Амриддин Мадикром - ассистенти кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». 734003, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ - 139,



МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тел.: (992) 88-058-26-58.

Раджабов Умарали Раджабович - д.х.н., профессор кафедри фармацевтической и токсикологической химии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки – 139. Тел.: (992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru.

Мадикроми Амриддин Мадикром - ассистент кафедри фармацевтической и токсикологической химии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки – 139. Тел.: (992) 907-46-48-29. E-mail:

Rajabov Umarali Rajabovich - Professor of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, SEI “AvicennaTajik State Medical University”. Doctor of Chemical Sciences. 734003, Dushanbe, Rudaki Avenue – 139. Phone: (992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru.

Madikromi Amriddin Madikrom - Assistant of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, SEI “AvicennaTajik State Medical University”. 734003, Dushanbe, Rudaki Avenue - 139. Phone: (992) 88-058-26-58.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ҲАМЧУН АСОСИ ТИББИ ИСБОТКУНАНДА Юсуфзода А.

Кафедраи химияи фарматсевтии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Фармакоэпидемиология илме мебошад, ки таъсири фармакологии (матлуб, “айриматлуб, иловагӣ) воситаҳои дорувориро баъди баровардани онҳо ба бозори фарматсевтӣ дар сатҳи популятсия (гурӯҳи бисёри одамон) меомӯзад.

Фармакоэпидемиология муносибатҳои эпидемиологиро барои омӯзиши талабот, самаранокӣ ва бехатарии воситаҳои доруворӣ истифода мебарад.

Мақсади тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ тасдиқ намудани самаранокии терапевтии воситаҳои доруворӣ ва пайдо намудани таъсири иловагӣ баъди баровардан ба бозори фарматсевтӣ ва ҷорӣ намудан ба таҷрибаи васеи тиббӣ мебошад.

Вазифаҳои тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ:

§ Назорати сифати табобат бо доруворӣ;

§ Ошкор намудани таъсири нави воситаҳои доруворӣ, ки қаблан номаълум буд (ҳам мусоид ва ҳам “айримусоид);

§ Муайян намудани таъсири робитаи мутақобилаи он бо истеъмоли воситаҳои доруворӣ;

§ Баҳодиҳии хатар – суръати инкишофи таъсири иловагии маълум ва нав (номаълум) дар популятсия;

§ Омӯзиши истифодабарии речаҳои гуногуни табобат бо доруворӣ;

§ Омӯзиши арзиши тахминии истифода-

барии доруворӣ табобатӣ бо назардошти эҳтимолии реаксияи “айримусоид.

Замини пайдоиши фармакоэпидемиология. Дар айни замон ҷараёни таъсис, ҳаракат дар бозори фарматсевтӣ ва ҷорӣ намудани дорувориҳои табобатии нав ба таҷрибаи васеи тиббӣ якҷанд марҳиларо дар бар мегирад.

Марҳилаи то бақайдгирӣ:

§ Тадқиқоти токлиникӣ – тадқиқоти озмоишии самаранокӣ ва безарарии ҷавҳар ва шаклҳои доруворӣ дар ҳайвонот;

§ Давраи I тадқиқоти клиникӣ – муайян намудани безарарӣ (тоқатоварӣ) доруворӣ; бо 20 – 30 нафари солими ихтиёрманд гузаронида мешавад;

§ Давраи II тадқиқоти клиникӣ – тасдиқ намудани самаранокии доруворӣ, ки дар тадқиқоти токлиникӣ муқаррар шуда буд; бо 100 – 300 нафар бемор гузаронида мешавад;

Марҳилаи баъди бақайдгирӣ:

§ Давраи III тадқиқоти клиникӣ – та“йирот ва/ё васеъ намудани нишондодҳо барои истифодабарии доруворӣ; бо 5000 – 10 000 нафар бемор ва беш аз он гузаронида мешавад;

§ Давраи IV тадқиқоти клиникӣ – муқоиса намудани самаранокии воситаҳои доруворӣ, аз рӯи нишондодҳо яқхела; аниқ қардани бехатарӣ; бо 5000 – 10 000 нафар бемор ва бештар аз он гузаронида мешавад;



§ Давраи V тадқиқоти клиникӣ (мушоҳидаи постмаркетингӣ) – мониторинги самаранокӣ ва бехатарии доруворӣ.

Шароити гузаронидани тадқиқоти клиники дорувориҳои табобатӣ то бақайдгирии онҳо ва баровардани он ба бозори фармасевтӣ як қатор фарқиятҳои кулӣ аз шароити воқеии таҷрибаи клиникӣ дорад, бахусус:

- интихоби беморон ҷиддӣ аз рӯйи меъёрҳои «доиҳл кардан/хориҷ кардан»;

- дар тадқиқот кӯдакон, ҳомиладорон ва занҳои синадиҳанда, мизочони куҳансол ба ҳисоб гирифта намешавад;

- теъдоди беморон, ки дар озмоиш интирок мекунад нисбатан на он қадар зиёд (баъзан аз 1000 зиёд);

- истифодабарии воситаҳои доруворӣ одатан аз рӯйи нишондодҳои муайян ба назардошти таъсири табобати ҳамроҳикунандаи беморӣ ва таъсири мутақобили доруворӣ баҳо дода мешавад;

- марҳилаи тадқиқот маҳдуд аст (одатан на беш аз 1 сол).

Вобаста бо сабабҳои нишондодашуда як қатор масъалаҳои объективӣ пайдо мегардад.

Масъалаи баҳодиҳии бехатарии воситаҳои доруворӣ – муқаррар намудани реаксияи иловагии камёб, дароз будани муҳлати вақт, реаксияи иловагӣ вобаста ба синну сол, хосияти физиологӣ ва дигар хусусияти инфиродии мизоч “айриимкон мебошад.

Масъалаи баҳодиҳии самаранокии воситаҳои доруворӣ - вобаста бо маҳдудияти теъдоди беморон ва муҳлати тадқиқоти клиникӣ дар марҳилаи то бақайдгирӣ ба сифати меъёри самаранокии амалӣ намудани он имконияти истифодабарии танҳо нишондодҳои “айримустақим (фосилавӣ), на ин ки натиҷаи аслии клиникӣ (нуқтаҳои ниҳони натиҷаҳои тадқиқот (табобат) мебошад.

Масъалаи сарфакорона истифода бурдани воситаҳои доруворӣ - муайян намудани оқибати иқтисодӣ ва иҷтимоии истифодабарии доруворӣ алоҳида “айриимкон аст.

Имконияти ҳалли масъалаҳои ишорашударо илми фармакоэпидемиология пешниҳод мекунад. Гузаронидани тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ бо гурӯҳҳои калони бе-

морон дар муддати бемаҳдуди давраи вақт гирифтани иттилооти бештар дақиқро дар бораи самаранокӣ ва бехатарии дорувориҳои табобатӣ, ки асос барои ҷорӣ намудани онҳо дар таҷрибаи васеи тиббӣ мутобиқ бо усулҳои тибби исботкунанда аст, имконпазир месозад.

Ба усулҳои тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ мушоҳида, озмоиш ва баҳодиҳии талабот ба воситаҳои доруворӣ (методологияи АТC/ДDД) дохил мешаванд.

Мушоҳида – усули тадқиқоти афзалиятноки фармакоэпидемиологӣ мебошад, ки ба таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳои қаблан гирифташудаи самаранокӣ ва бехатарии воситаҳои доруворӣ (аз рӯйи маълумоти ҳуччатҳои бойгонӣ, сарчашмаҳои адабиёт ва дигар) асос меёбад. Дар вақти истифода бурдани ин усул вариабелнокии маълумотҳои аввалия оид ба технологияи тиббӣ нисбатан баланд аст.

Озмоиш – тадқиқоти тарҳи нақшавӣ мебошад, ки мутобиқи протокол иҷро карда мешавад. Ин тадқиқоти гуногуни бисёрмарказии клиникии воситаҳои доруворӣ ба теъдоди калони беморон (барои 5000 – 10 000 бемор ва бештар аз он), ки дар давраи III ва IV тадқиқоти клиникӣ гузаронида мешавад. Маълумотҳои аввалия барои ин тадқиқот нисбатан якранг мебошанд, зеро ки гурӯҳҳои беморонро мутобиқ ба меъёрҳои дохилкунӣ/хориҷкунӣ интихоб мекунад.

Баҳодиҳии талабот ба воситаҳои доруворӣ (методологияи АТC/ДDД) ин муайян намудани ҳиссаи ҳар як аз доруворӣ омӯхташаванда дар ҳаҷми умумии талабот ба он мебошад. Чунин тадқиқот гирифтани маълумоти микдорӣ дар бораи истифодабарии дорувориҳои табобатӣ дар сатҳи гуногун (МТП, вилоят давлат) имконият медиҳад. Натиҷаҳои ба даст омадаро бо тавсияҳо ва дастурҳои амалкунанда оид ба табобати бемориҳои муайян муқоиса мекунад. Натиҷаҳои чунин муқоиса барои ҳулоса баровардан дар бораи дараҷаи сарфаи истифодабарии доруворӣ имконият медиҳад ва барои қабули қарори идоракунӣ (гузаронидани семинарҳои таълимӣ, нашри ҳуччатҳои батартибандозии талаботи дору-



ворӣ, дохил намудани ислоҳот дар тавсияҳои амалкунанда ва дигар) асос мебошад.

Намудҳои тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ

I. Вобаста аз масъалаҳои гузашташуда: сифатӣ ва миқдорӣ.

Тадқиқоти сифатнокии фармакоэпидемиологӣ – тадқиқот, ки ба вазифаи он омӯзиши самарабахшии терапевтии воситаҳои доруворӣ, таъсири иловагӣ (соҳаи бехатарӣ), коркарди нақшаи исботшудаи табобат (усулҳои озмоиш ва мушоҳида) доил мешавад.

Натиҷаҳои сифатии тадқиқоти фармакоэпидемиологӣ имкониятҳои зеринро медиҳанд:

§ Тавсифи бештар пурраи хосияти фармакологии доруворихои табобатӣ;

§ Назорат кардани сифати доруҳои терапевтӣ (самаранокӣ ва бехатарӣ);

§ Пешгӯӣ намудани истифодабарии имкониятҳои нави доруворихои табобатӣ дар клиникаҳо: нақшаи муайяни табобат, шаклҳои нави доруворӣ;

§ Сарфакорона истифода бурдани воситаҳои доруворӣ.

Тадқиқоти миқдории фармакоэпидемиологӣ – тадқиқоти ҳаҷм ва сохти талаботи воситаҳои доруворӣ (методологияи АТС/DDD)

Натиҷаҳои тадқиқоти миқдории фармакоэпидемиологӣ имкониятҳои зеринро фароҳам месозанд:

§ Гирифтани маълумоти миқдорӣ дар бораи истифодабарии воситаҳои доруворӣ дар сатҳҳои гуногун (шаҳр, вилоят, давлат);

§ Муқоиса намудани сатҳи талаботи воситаҳои доруворӣ дар ҳудуди як гурӯҳи терапевтӣ байни муассисаҳои табобатӣ, минтақаҳои кишвар;

§ Баланд бардоштани сифати истифодабарии воситаҳои доруворӣ (ислоҳ намудани талаботи норасоӣ ё барзиёд, сохти истеъмоли);

§ Баҳо додани бехатарии истифодабарии воситаҳои доруворӣ (бо роҳи муқоиса намудани чараёни инкишофи талабот ва бақайдгирии таъсири иловагӣ, хоса барои воситаҳои дорувории алоҳида).

II. Нисбат ба вақти омӯзиши ҳодисаҳои манфиатӣ дар лаҳзаи рушди он: тарҷеӣ, проспективӣ ва яклаҳзагӣ.

Тадқиқоти тарҷеӣ – тадқиқот, ки танҳо бо кӯмаки таҳлили ҳуҷҷатҳои бойгонӣ иҷро шудааст (таърихи беморӣ, карти амбулаторӣ, дигар аснод). Тадқиқот дар вақти қорӣ гузаронида мешавад, аммо натиҷаҳои табобати гирифташуда дар гузашта аст.

Тадқиқоти проспективӣ – тадқиқот, ки дар он гурӯҳи (гурӯҳҳои) беморон махсус ташкил карда шуда ва дар оянда мақсаднок пайгирӣ карда мешавад. Тадқиқот мутобик бо протокол барои ояндабинӣ гузаронида мешавад.

Тадқиқоти яклаҳзагӣ – тадқиқоте, ки дар лаҳзаи муайяни вақт бо мақсади баҳодихии паҳншавии ин ё он ҳодиса гузаронида мешавад (беморӣ, натиҷаи клиникӣ, тарзи табобат ва дигар).

III. Аз рӯи хосияти ташаккули гурӯҳи омӯхташаванда: тасвири ҳолат, тадқиқоти силсилаи ҳолатҳо, омӯзиши тамоюли дарозмуддат, тадқиқоти «ҳолат – назорат», тадқиқоти когортӣ (гурӯҳӣ).

Тасвири ҳолат (caserepot)- тасвири ҳолати ягонаи клиникӣ (масалан омӯзиши хабарӣ (таъсири) пайдо шудани ин ё он нишона дар мизоч, муттасил номатлуб баъди қабули доруворӣ). Тадқиқот тарҷеӣ гузаронида мешавад. Ин сарчашмаи фарзияи илмӣ ваз амина барои гузаронидани тадқиқоти ҳақиқии фармакоэпидемиологӣ мебошад.

Тадқиқоти силсилаи ҳолатҳо (caseseries) хабар дар бораи гурӯҳи монанд ба ҳолатҳои клиникӣ (масалан омӯзиши хабар (таъсир) дар бораи гурӯҳҳои монанд ба ҳодисаҳои номатлуб дар мизочон, ки дорувории муайяноро чӣ дар яке аз муассисаҳои табобатӣ – профилакторӣ ва чӣ дар гуногун қабул кардааст). Тадқиқот тарҷеӣ гузаронида мешавад.

Омӯзиши тамоюли дарозмуддат (analysesofsecular trends) – таҳлили яквақтитамоюли ду ҳосида бо баҳодихии натиҷаи алоқаи тарафайни ин ҳодисаҳо (масалан тамоюл дар истифода бурдани воситаҳои доруворӣ ва суръати бақайдгирии ҳодисаҳои номатлуб дар беморӣ хангоми қабу-

ли он; тамоюл дар суръати истифодабарии антибиотики муайян дар вақти бемории мушаххас ва дараҷаи инкишоф дар устуворӣ ба он дар оянда). Ин тадқиқот метавонад ҳам тарҷеӣ ва ҳам проспективӣ бошад.

Тадқиқоти «ҳолат – назорат» (case – control study) чун қоида тадқиқоти тарҷеӣ, ки хангоми он аз рӯйи маълумотҳои бойгонӣ гурӯҳи мизочонро бо ҳодисаҳои инкишофёбанда (беморӣ, нишона, ҳодисаи номатлуб хангоми қабули доруворӣ) бо гурӯҳи назоратӣ муқоиса мекунам, ки дар кадоми онҳо ҳодисаи мазкур мушоҳида намешавад. Дар гурӯҳи назорати мизочоне интиҳоб карда мешавад, ки аз рӯйи ҳамаи тавсифот бо мизочони гурӯҳи асосӣ монанд бошад, “айр аз таъсири омилҳои омӯхташаванда (суръ-

ати истифодабарии воситаҳои доруворӣ омӯхташаванда). Маълумоти гирифташуда баҳодиҳии хатари нисбии инкишофи ҳодисаи номатлуб вобаста бо омӯзиши омилҳои имконият медиҳад (қабули доруворӣҳои табобатӣ).

Тадқиқоти когорти (гурӯҳӣ) (cohort studies) намуди тадқиқот, ки дар он иштирокчиён ба гурӯҳҳо (когорти) аз рӯйи баъзе нишонаҳои муайян дар лаҳзаи оғози тадқиқот интиҳоб карда мешавад (синну сол, манзили зист, мавҷудияти омили берунии зараррасон ва дигар) ва баъд таҳқиқоти такрорӣ дар муддати муайяни (бисёр вақт муддати тӯлонӣ) вақт гузаронида мешавад. Тадқиқоти когорти метавонад ҳам тарҷеӣ ва ҳам проспективӣ бошад.

Адабиёт

1. Саидова М.Н., Гулов Э.С. // Трендовый анализ фармацевтического рынка сердечно-сосудистых препаратов в Республики Таджикистан. / Наука и инновация. – Душанбе, 2024г. – №1. – С. 35-41.
2. Саидова М.Н., Маркетинговые исследования лекарственного обеспечения больных Государственного учреждения республиканского клинического центра кардиологии РТ // Монография. 2021. 172 стр.
3. Saidova M. N. Gulov E. Marketing analysis of trends in the pharmaceutical market of cardiovascular drugs in the Republic of Tajikistan // International Conference “Scientific research of the SCO countries: synergy and integration” Page 123-127.
4. Васнецова О.А., Саидова М.Н. // Организация лекарственного обеспечения кардиологических больных г. Душанбе. Тезисы докладов. Российский Национальный Конгресс Кардиологов 2009. стр. 62-63.
5. Абдуалимов С.Х., Давроншозода Ф.Д., Саидова М.Н., Мусозода С.М. // ABC/ VEN и частотный анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения Центральной больницы района Дангары. / Наука и инновация. – Душанбе, 2019. – №4. – С. 10-17.
6. Саидова М.Н. // Фармакоэкономический анализ лекарственного обеспечения кардиологического отделения центральной больницы района Дангары. / Наука и инновация. – Душанбе, 2021г. – №4. – С. 114-121.
7. Юсуфзода, А. Ч. Усулҳои физикию химиявии таҳқиқи лактонҳои сесквитерпеноидии таркиби намудҳои *Inula*. / А. Ч. Юсуфзода, С.И. Раҷабов, С.М. Мусозода // Илм ва фановарӣ № 4. Душанбе - 2020. -С. 186-194.
8. Юсуфзода, А. Ч. Таҳқиқи физикию химиявии лактонҳои қисми зеризаминии *Inula macrophylla* L/ А. Ч. Юсуфзода, С.И. Раҷабов, С.М. Мусозода // Паёми ДМТ №4. Душанбе - 2021. -С. 294-301.
9. Анализ российского рынка антибактериальных препаратов для педиатрии [Текст] / И.А. Наркевич, О.Д. Немятых, Д.М. Медведева, Ю.М. Ладутько, Т.М. Тернинко, Д.Э. Загалов, Ю.В. Михайлова // Журнал «Ремидиум». – 2019. – №10. – С. 52–57.
10. ABC / VEE – анализ лекарственного обеспечения пульмонологического отделения в многопрофильном стационаре [Текст] / С.А. Павлищук, Н.В. Лабинцева, Л.В. Шульженко, Ю.Г. Забурдяева // Журнал. Пульмонология 2. – 2013. – С. 85–88.



11. Методика проведения ABC / VEE – анализа [Текст] /М.Ю. Фролов, О.Н. Барканова, О.В. Шаталова // Лекарственный Вестник. – 2012. – №6(46). Т6. – С. 3–6.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Юсуфзода А.

Кафедра фармацевтической химии Таджикский национальный университет.

Аннотация. В статье рассмотрены основы фармакоэпидемиологической науки, которая изучает применение лекарственных средств и их эффекты на уровне популяции или больших групп людей с целью повышения эффективности и безопасности фармакотерапии. Также представлены результаты обобщения

литературных данных о видах фармакоэпидемиологических исследований и этапов их проведения в фармацевтической практике.

Ключевые слова: фармакоэпидемиология, эффективность, безопасность, лекарственные препараты, фармация, регистрация лекарств, качества терапии.

PHARMACOEPIDEMOLOGY AS A BASIS FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE Yusufzoda A.

Department of Pharmaceutical Chemistry Tajik National University.

Annotation. The article discusses the basics of pharmacoepidemiological science, which studies the use of drugs and their effects at the population level or large groups of people with the aim of increasing the effectiveness and safety of pharmacotherapy. Also presented are the results of a synthesis of

literature data on the types of pharmacoepidemiological studies and the stages of their implementation in pharmaceutical practice.

Key words: pharmacoepidemiology, effectiveness, safety, drugs, pharmacy, registration of drugs, quality of therapy

Юсуфзода Ахлиддин Чаъфариддин – Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, муаллими калони кафедраи химияи фарматсевтӣ. 734025, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки - 17. E-mail: ahliddin2491@mail.ru. Тел.: 937447177.

Юсуфзода Ахлиддин Джаъфаридин – Таджикский национальный университет, старший преподаватель кафедры фармацевтической химии. Адрес: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки - 17. E-mail: ahliddin2491@mail.ru. Телефон: 937447177.

Yusufzoda Ahliddin Jafaridin - Tajik National University, senior assistant of the Department of Pharmaceutical Chemistry. 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave.-17. E-mail: ahliddin2491@mail.ru. Phone: 937447177.

ФТИЗИАТРИЯ

ВАЗЪИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҚУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АҶҶОНИСТОН ДАР ШАШ СОЛИ ОХИР

Бобохоҷаев О.И., Муҳаммадҷосуфи Ёдгорӣ

Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳимияти масъала. Проблемаи бемории сил барои ҷомеаи ҷаҳонӣ, бахусус барои кишварҳои камдаромад, ки дар онҳо паҳншавӣ ва зарар аз ин беморӣ бештар аст, муҳим боқӣ мемонад. Дар саросари ҷаҳон ҳар сол 10,0 миллион (9,0–11,1) нафар бемор мешаванд ва шумораи миёнаи фавтидагон аз бемории сил 1,2 миллион нафарро (1,1–1,3) ташкил медиҳад. Мувофиқи маълумоти коршиносони ТУТ, аз 1 миллион кӯдаке, ки гирифтори бемории сил дар ҷаҳон ташхис шудаанд, дар соли 2021 тақрибан чоряки онҳо фавтидаанд [1].

Дар Афғонистон бемории сил ҳамчунон як мушкили иҷтимоиву иқтисодӣ боқӣ мемонад. Дар баробари паҳншавии бемории сил дар байни аҳоли дар кишвар низоъҳои ҳарбӣ ба амал омада, инфрасохтори иҷтимоию иқтисодӣ, аз ҷумла системаи расонидани ёрии зидди сил ба аҳоли ҳароб гардиданд [2].

Таърихи мубориза бар зидди бемории сил дар Афғонистон аз соли 1954 оғоз мешавад, ки Барномаи миллии мубориза бар зидди сил аз ҷониби Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ бо кӯмаки ТУТ таъсис дода шуд. Дар соли 1997 Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ бо шарикони дохилӣ ва хориҷӣ стратегияи таъботати мустақими мушоҳидашудаи бемории силро (DOTS) дар Афғонистон ҷорӣ намуд. Барномаи DOTS аз соли 2002 дар саросари кишвар амалӣ мешавад. Дастрасии сокинони кишвар ба муассисаҳои муолиҷавии хизматрасонии DOTS аз 14% дар соли 2001 то 97% дар соли 2014 афзоиш ёфт [3].

Шумораи умумии марказҳои саломатӣ, ки DOTS-ро амалӣ мекунанд, аз 10 дар соли 2001 то 1306 дар соли 2014 афзоиш ёфт, вале Афғонистон дар байни кишварҳои Баҳри Миёназамини Шарқӣ (тибқи таснифоти ТУТ) дуввумин сатҳи бемории сил боқӣ мемонад ва дар байни кишварҳои дорои сатҳи баланди гирифтورشавӣ ба бемории сил дар ҷои 22-юм дар ҷаҳон қарор дорад [4].

Барномаи зиддисилӣ аз ҷониби Вазорати тандурустии ҷамъиятӣ дар ҳамкорӣ бо ташкилотҳои кишварҳои донор – Агентии Ҷопон оид ба ҳамкориҳои байналмилалӣ (JICA), Хазинаи глобалии мубориза бо СПИД, сил ва вараҷа (GFATM), лоиҳаи Агентии рушди байналмилалӣ ИМА (USAID) оид ба мубориза бар зидди бемории сил ТВ СТА / ТВ CARE-I ва ТУТ ва Ассотсиатсияи зидди сил ва бемориҳои шушҳои Афғонистон (ATLDS), бахши хусусӣ ва барномаи Urban DOTS ва Ассотсиатсияи беморони сил амалӣ карда мешавад [5].

Дар байни кишварҳои ҳамсои Тоҷикистон Афғонистон бо мо зиёда аз 1300 километр марзи муштарак дорад. Дар ин кишвар, ки солҳои тӯлонӣ дар ҳоли ҷанг қарор дорад, дар соли 2022 тибқи нишондоди эҳтимолии ТУТ мизони гирифтори ба бемории сил ба 100 ҳазор аҳоли 185 нафарро ташкил медиҳад, ки дар маҷмуъ мизони гирифтори ба бемории сил ҳудуди 76 ҳазор нафарро ташкил медиҳад (бо аҳолии 40 млн). Гузашта аз ин, агар сарбории намудҳои ба дору устувори бемории сил дар байни беморони нав дар соли 2022 паст буда, ҳамагӣ 4,2 фоизро ташкил дода бошад, дар байни беморони дубора таъботатшуда ин нишондод нисбат ба Тоҷикистон бештар буда, 38 фоизро ташкил медиҳад (дар Тоҷикистон дар соли 2022 дар байни ҳодисаҳои нав 28% и ва дар байни ҳодисаҳои такроран таъботатшуда 33%) [6].

Баъди пошхурӣ ва амалан эълон шудани Аморати исломии Афғонистон системаи ташкили ёрии зидди сил ба аҳоли тамоман тағйир ёфт.

Ҳамин тавр, тадқиқоти илмӣ мазкур бо назардошти тағйироти сиёсии ба вучудода ва пайдоиши маҳдудиятҳои зиёд ҳам барои гузаронидани таҳқиқотҳои илмӣ, аҳамияти назаррас дорад.

Мақсади тадқиқот: омӯзиши сатҳи гирифтورشавӣ ба бемории сил вобаста ба ҷинс, синну сол ва хусусиятҳои минтақавӣ



дар давоми 6 соли охир (2017-2022) дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот.

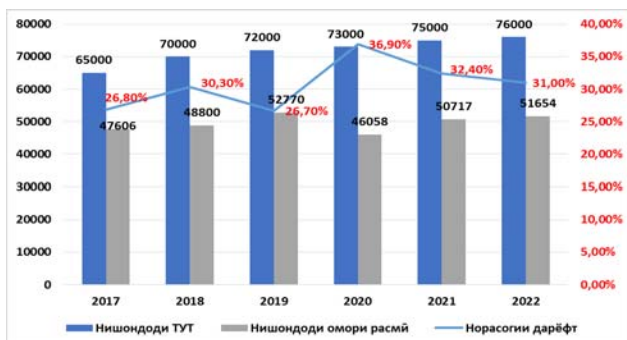
Маълумот аз омили расмӣ Барномаи миллии мубориза бо сили Афғонистон, инчунин нишондодҳои арзёбии ТУТ дар бораи сатҳи гирифтورشавӣ ба бемории сил дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар 6 соли охир (2017-2022) таҳлил карда шудааст.

Коркарди омили мавод бо истифода аз Microsoft Excel 2010 ва Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) анҷом дода шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ ҳамчун хатои миёна ва стандартӣ тавсиф карда шуданд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ ҳамчун арзишҳои мутлақ ва саҳмияҳо (%) пешниҳод карда мешаванд. Барои муқоисаи дугонаи нишондиҳандаҳои сифатӣ санҷиши χ², аз ҷумла ислоҳи Йейтс ва санҷиши дақиқи Фишер истифода шудааст. Тафовутҳо аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд, вақте ки p камтар аз 0,05 буд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.

Дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон вазъи гирифтورشавии аҳоли ба бемории сил мавриди назар боқӣ мемонад. Фарқияти нишондоди дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил байни омили расмӣ ва нишондоди арзёбии Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) дар расми 1 нишон дода шудааст.

Расми 1. Фарқияти нишондоди дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил байни омили расмӣ ва нишондоди арзёбии Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ.



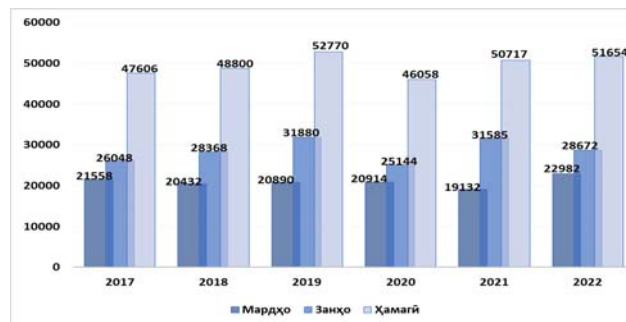
Чи хеле аз расми мазкур бармеояд, дар 6 соли охир фарқияти нишондоди дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил байни нишондоди арзёбии ТУТ ва омили расмӣ аз 26,7% то 36,9% мебошад (p<0,001). Яъне наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории

сил дарёфт карда намешаванд. Ҳамзамон бояд қайд кард, ки дар солҳои 2017-2019 дарёфти бемории сил каме беҳтар гардида (p>0,05), дар солҳои 2019-2020, ки пандемияи COVID-19 вуқӯъ гардида буд, дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил паст гардида (p<0,001), солҳои 2020-2022 боз ҳам зиёд гардидааст (p<0,001).

Хулосаҳои мазкур бо раванди бемории сил дар давраи COVID-19 дар дигар кишварҳо, аз ҷумла Тоҷикистон низ, монанди доранд [7].

Дар расми 2 фарқияти гирифтورشавӣ ба бемории сил байни мардону занон нишон дода шудааст.

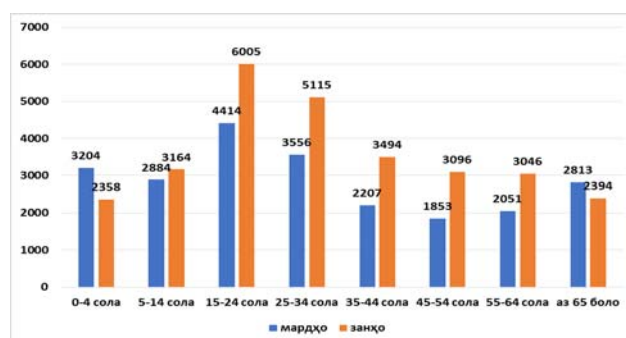
Расми 2. Фарқияти гирифтورشавӣ ба бемории сил байни мардону занон



Чи хеле аз расми мазкур бармеояд, дар 6 соли охир занон нисбати мардон бештар ба бемории сил гирифтдор мешаванд. Фарқияти беморшавӣ ба 4490 ҳодиса дар соли 2017, 7936 – дар соли 2018, 10990 – дар соли 2019, 4230 – дар соли 2020, 12453 – дар соли 2021 ва 5690 ҳодиса дар соли 2022 баробар буда, назаррас мебошад (p<0,001).

Дар расми 3 фарқияти гирифтورشавӣ ба бемории сил байни гурӯҳҳои гуногуни синну сол дар соли 2022 нишон дода шудааст.

Расми 3. Фарқияти гирифтورشавӣ ба бемории сил байни гурӯҳҳои гуногуни синну сол





Чи хеле, аз расми мазкур бар меояд дар соли 2022 чун солҳои дигар бештар (40%) ҷавонони синни 15-34 гирифтори бемории сил шудаанд. Хулосаи мазкур бо раванди бемории сил дар Тоҷикистон низ монандӣ дорад [8].

Дар баробари ин, наздики 11% ҳодисаҳои нав (5562 аз 51654 ҳодиса) дар синну

соли 0-4-сола ба қайд гирифта шудааст, ки мавриди диққати махсус бояд қарор дода шавад.

Дар ҷадвали 1 нишондоди беморшавӣ ба бемории сил (ба 100 ҳазор аҳоли) дар ҳамаи 34 вилояти Афғонистон дар соли 2022 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 1. Нишондоди беморшавӣ ба бемории сил (ба 100 ҳазор аҳоли) дар 34 вилояти Афғонистон

№	Номи вилоят	Шумораи аҳоли	Маркази вилоят	Нишондоди бемории сил ба 100 ҳазор аҳоли
1	Бағлон	1 014 634	Пули Хумрӣ	191
2	Бадахшон	1 054 087	Файзобод	87
3	Бодғис	549 583	Қалъаи Нав	271
4	Балх	1 509 183	Мазори Шариф	172
5	Бомиеън	495 557	Бомиеън	83
6	Майдон Вардак	660 258	Майдоншаҳр	72
7	Ғазнӣ	1 352 504	Ғазнӣ	111
8	Ҳирот	2 140 662	Ҳирот	132
9	Ҳилманд	1 446 230	Лашкаргоҳ	276
10	Ғур	764 472	Чағҷарон	271
11	Дайкундӣ	516 504	Нилӣ	130
12	Ҷузҷан	602 082	Шибирғон	193
13	Зобул	384 349	Калат	278
14	Кобул	5 204 667	Кобул	111
15	Қандаҳор	1 399 594	Қандаҳор	175
16	Қаписа	488 298	Махмудракӣ	87
17	Қунар	499 393	Асадобод	171
18	Қундуз	1 136 667	Қундуз	132
19	Лағман	493 488	Меҳтарлам	131
20	Лоғар	434 374	Пулиалам	131
21	Нангархар	1 701 698	Чалолобод	324
22	Нимруз	183 554	Заранҷ	315
23	Нуристон	163 814	Парвон	132
24	Пактика	775 498	Шорона	132
25	Пактия	611 952	Гардиз	175
26	Панҷшер	169 926	Бозорак	47
27	Парван	737 700	Чоряккор	87
28	Самангон	430 489	Айбак	151
29	Сари Пул	621 002	Сари Пул	132
30	Таҳор	1 093 092	Толукан	111
31	Урузгон	436 079	Таринкот	131
32	Фароҳ	563 026	Фароҳ	272
33	Фореъб	1 109 223	Маймена	154
34	Хуст	636 522	Хуст	350

Чи хеле аз ҷадвали мазкур бармеояд, аз ҳама вазъи вазнин нисбати гирифтورشавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Хуст, Нангархар ва Нимруз мебошад, ки мутаносибан, ба 350, 324 ва 315 ба 100 ҳазор аҳоли баробар мебошад. Аз ҳама вазъи беҳтар нисбати гирифтورشавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Панҷшер, Майдон Вардак ва Бомиеън мебошад, ки мутаноси-

бан ба 47, 72 ва 83 ба 100 ҳазор аҳоли баробар мебошад.

Хулосаҳо. Дар солҳои охир наздики сеяки ҳодисаҳои нави эҳтимолии бемории сил дарёфт карда намешаванд. Дар солҳои 2019-2020, ки пандемияи COVID-19 вуқӯъ гардида буд, дарёфти ҳодисаҳои нави бемории сил паст гардида, солҳои 2020-2022 каме зиёд гардидааст. Занон нисбати мардон ба бемо-



рии сил бештар гирифтор мешаванд. 40% ходисаҳои нави бемории сил дар байни ҷавонони синну соли 15-34 ва наздики 11% ходисаҳои нав дар синну соли 0-4 сола ба қайд гирифта шудааст. Дар байни 34 вило-

яти Афғонистон аз ҳама вазъи вазнин дар вилоятҳои Хуст, Нангархор ва Нимруз ва аз ҳама вазъи беҳтар нисбати гирифторшавӣ ба бемории сил дар вилоятҳои Панҷшер, Майдан Вардак ва Бомӣён мебошад.

Адабиёт

1. WHO, Global TB Report. - Geneva. - 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>.
2. Qader G.Q., Seddiq M.K., Rashidi K.M., et al. Prevalence of tuberculosis among mentally ill patients in conflictstricken Afghanistan: A cross-sectional study // International Journal of Infectious Diseases. – 2019. - V89. – P.45-50.
3. Carthaigh N.N., Gryse B., Esmati A.S., et al. Patients struggle to access effective health care due to ongoing violence, distance, costs and health service performance in Afghanistan // Int Health. – 2015. – V 7. – pp. 169-175.
4. Аман А.М., Исакова Ф.А., Ералиева Л.Т. Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Афганистане // Вестник КазНМУ. – 2022. – №2(61). – С. 1-14.
5. Rahimi B.A., Rahimy N., Mukaka M., et al. Determinants of treatment failure among tuberculosis patients in Kandahar City, Afghanistan: A 5-year retrospective cohort study // International Journal of Mycobacteriology. - 2019. - №8(4). – pp. 359-365.
6. Мухаммадҷусуфи Ё.М., Бобоходжаев О.И. Этапы становления и эффективность функционирования противотуберкулёзной службы в Исламской Республике Афганистан / Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (IV-ая годовичная), посвящённой 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан «Современные вызовы и стратегия развития медицинской науки и здравоохранения». – Душанбе: 22 декабря 2023 г. – 2023. - С. 247-248.
7. Бобоходжаев О.И., Раджабзода С.Р., Пулатова С.Дж. Извлечённые уроки после пандемии COVID-19: опыт противотуберкулёзной службы / Мат. XI Ежегодной научно-практической конференции московских фтизиатров с международным участием «Противотуберкулёзный диспансер - миссия XXI века», 14-15 сентября 2023 года. Москва. // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – Москва. – 2023. – Т.11. - №4(44). – С. 69-70.
8. Bobokhojaev O.I. Experience in optimizing the accessibility of services for tuberculosis in the Republic of Tajikistan / J. Community Med Health Solut. – 2022. -№3. – pp. 064-068. DOI: 10.29328/journal.jcmhs.1001022.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ ШЕСТЬ ЛЕТ

Бобоходжаев О.И., Мухаммадҷусуфи Ёдгори

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования: изучить заболеваемость туберкулезом в зависимости от пола, возраста и региональных особенностей за последние 6 лет (2017-2022 гг.) в Исламской Республике Афганистан.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные официальной статистики Национальной программы борьбы с туберкулезом в Афганистане, а также оцен-

ка ВОЗ заболеваемости туберкулезом в Исламской Республике Афганистан за последние 6 лет (2017-2022 гг.).

Результаты исследования. В Исламской Республике Афганистан положение населения с туберкулезом продолжает вызывать обеспокоенность. За последние 6 лет разница в частоте выявления новых случаев туберкулеза между оценкой ВОЗ и официальной

статистикой составляет от 26,7% до 36,9%. При этом следует отметить, что в 2017-2019 годах выявляемость туберкулеза несколько улучшилась, в 2019-2020 годах, когда произошла пандемия COVID-19, выявляемость новых случаев туберкулеза снизилась, в 2020-2022 годах снова увеличилась. За последние 6 лет туберкулезом болеет больше женщин, чем мужчин. Разница в заболеваемости равна 4490 случаев в 2017 г., 7936 - в 2018 г., 10990 - в 2019 г., 4230 - в 2020 г., 12453 - в 2021 г. и 5690 случаев - в 2022 г. и является достоверной. В 2022 году, как и в другие годы, больше (40%) диагностировали туберкулез у молодых людей в возрасте 15-34 лет. При этом около 11% новых случаев (5562 из 51654 случаев) зарегистрировано в возрастной группе 0-4 года, на что следует обратить особое внимание. Наиболее серьезная ситуация по заболеваемости туберкулезом складывается в провинциях Хост, Нангархар и Нимроз, которые равны 350, 324 и 315 на 100 тысяч населения соответственно. Наилучшая ситу-

ация по заболеваемости туберкулезом - в провинциях Панджшер, Майдан-Вардак и Бамиан, которые составляют 47, 72 и 83 на 100 000 населения соответственно.

Выводы. Разница в частоте выявления новых случаев туберкулеза между оценкой ВОЗ и официальной статистикой составляет от 26,7% до 36,9%. В 2019-2020 годах, когда произошла пандемия COVID-19, количество новых случаев туберкулеза снизилось, а в 2020-2022 годах - вновь возросло. Женщины более склонны к туберкулезу, чем мужчины. 40% новых случаев туберкулеза регистрируется среди молодежи в возрасте 15-34 лет, около 11% новых случаев регистрируется в возрастной группе 0-4 лет. Среди 34 провинций Афганистана худшая ситуация складывается в провинциях Хост, Нангархар и Нимроз, лучшая - в провинциях Панджшер, Майдан-Вардак и Бамиан.

Ключевые слова: туберкулез, показатели официальной статистики, показатели оценки ВОЗ, возраст, пол, регионы.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF TUBERCULOSIS IN THE ISLAMIC REPUBLIC OF AFGHANISTAN OVER THE LAST SIX YEARS

Bobokhojaev O.I., Muhammadyusufi Yodgori

Department of Phthisiopulmonology of the SEI ATSMU

Purpose of the study: to study the incidence of tuberculosis depending on gender, age and regional characteristics over the past 6 years (2017-2022) in the Islamic Republic of Afghanistan.

Material and research methods. Data from the official statistics of the National Tuberculosis Program of Afghanistan, as well as the WHO assessment of the incidence of tuberculosis in the Islamic Republic of Afghanistan over the past 6 years (2017-2022) were analyzed.

Research results. In the Islamic Republic of Afghanistan, the situation with tuberculosis remains a cause for concern. Over the past 6 years, the difference in the frequency of detection of new cases of tuberculosis between the WHO estimate and official statistics ranges from 26.7% to 36.9%. It should be noted that in 2017-2019, the detection of tuberculosis

improved slightly; in 2019-2020, when the COVID-19 pandemic occurred, the detection of new cases of tuberculosis decreased, and in 2020-2022 it increased again.. Over the past 6 years more women than men suffer from tuberculosis. The difference in incidence is 4490 cases in 2017, 7936 in 2018, 10990 in 2019, 4230 in 2020, 12453 in 2021 and 5690 cases in 2022 and is significant. In 2022, as in other years, more (40%) were diagnosed with tuberculosis in young people aged 15-34 years. Moreover, about 11% of new cases (5562 out of 51654 cases) were registered in the age group 0-4 years, which should be paid special attention to. The most serious situation regarding the incidence of tuberculosis is in the Khost, Nangarhar and Nimroz regions, which are 350, 324 and 315 per 100 thousand population, respectively. The best situation for tuberculosis incidence is in the Panjshir, Maidan-Wardak and Bamiyan



regions, which are 47, 72 and 83 per 100,000 population, respectively.

Conclusions. The difference in the incidence of new cases of tuberculosis between the WHO estimate and official statistics ranges from 26.7% to 36.9%. In 2019-2020, when the COVID-19 pandemic occurred, the number of new cases of tuberculosis decreased, and in 2020-2022 it increased again. Women are more prone to tuberculosis than men. 40% of new cases of

tuberculosis are registered among young people aged 15-34 years, about 11% of new cases are registered in the age group 0-4 years. Among the 34 provinces of Afghanistan, the worst situation is in the provinces of Khost, Nangarhar and Nimroz, and the best situation for tuberculosis is in the provinces of Panjshir, Maidan Wardak and Bamiyan.

Keywords: tuberculosis, official statistics rates, WHO estimate rates, age, gender, regions.

Бобохоҷаев Октам Икромович - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тел.: +992985868080. E-mail: bobokhojaev@mail.ru

Мухаммадҷусуфи Ёдгорӣ - докторанти PhD кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Бобоходжаев Октам Икромович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.: +992985868080. E-mail: bobokhojaev@mail.ru

Мухаммадҷусуфи Ёдгори – докторант PhD кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Bobokhojaev Oktam Ikromovich - doctor of medical sciences, professor, head of the Department of Phthisiopulmonology of ATSMU. Тел.: +992985868080. E-mail: bobokhojaev@mail.ru

Muhammadyusufi Yodgori - PhD doctorant of the department of phthisiopulmonology of the ATSMU

ЧАРРОҲӢ

КАМ НАМУДАНИ АВОРИЗИ БАЪДИЧАРРОҲӢ ЗИМНИ ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ТОБХӢРИИ РӢДАИ СИГМАШАКЛ

Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Ғаюров У.Х., Солиев А.К.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.,
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мухимият. Яке аз намудҳои бештар дучоршандаи НШР тобхӯрии рӯдаи сигмашакл (*volvulus sigmatis*) мебошад, ки миёни ҳама намудҳои ин беморӣ дар калонсолон 19%-ро ташкил менамояд [2;4;7]. Бояд гуфт, ки сабаби бештар вохӯрдани ин намуди НГШ дар он аст, ки сабабҳои зиёди бавучудоиро аз қабилӣ дароз будани масорикаи рӯда, мавҷудияти хадшаҳо дар ковокии шикам, ки ҳалқаи рӯдаҳоро фаро мегирад, коп-ростаз, риоя нашудани речаи истеъмоли хӯрок, вайроншавии ҳаракатнокии рӯда ва ғ. доро мебошад. Ин ҳолат то як андоза ҷараёни пешгиринамоии сар задани бемориро мушкӣ месозад [1;5;8].

Навобаста аз пайдошавии усулҳои нави баландмаълумоти ташхисӣ ва дастгоҳҳои нави ҷарроҳӣ то кунун шумораи беморони бо авориз бистаришаванда ва натиҷаи табобати ҷарроҳии чунин беморон қонеъкунанда нест [2;3;9]. Ҳолати зикргадидаро нишондоди баланди аворизи баъдичарроҳӣ ва ҳатто фавти беморон тасдиқ менамояд, ки тибқи маълумоти адабиёт, басомади фавти беморон 14–16% ва зимни ҷой доштани некрози рӯдаи сигмашакл то ба 70–78% мерасад [1;4;6].

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии натиҷаи табобати ҷарроҳии беморони гирифтори тобхӯрии рӯдаи сигмашакл.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маводи илмӣ пешниҳодгардида натиҷаи ташхису табобати 83 (100%) бемореро дар бар мегирад, ки бо ташхиси тобхӯрии рӯдаи сигмашакл дар шуъбаҳои ҷарроҳии МД МШЭТТ ш. Душанбе аз соли 2021 то моҳи августи 2024 бистарӣ гардиданд. Дар миёни беморон бартарияти шумораи мардон ҷой дошт, ки 52 (62,7%) ҳолатро ташкил намуданд. Загон бошанд дар 31 (37,3%) ҳолат вохӯрданд. Синну соли беморон аз 21 то 79- сола буд, ки миёни онҳо бартарияти шахсони аз 40-

сола боло ба мушоҳида расид. Давомнокии вақти беморӣ дар беморон аз вақти оғози аломатҳои аввалини он то вақти бистаринамоӣ аз 3 соат то 4 шабонарӯзро дар бар гирифт. Дар 64 (77,1%) ҳолат мавҷудияти перитонит дар беморон ошкор карда шуд, ки онҳо вобаста ба ҷараёни илтиҳобии сифоқпарда дар 43 (51,8%) ҳолат хусусияти серозию ҳеморрагӣ, дар 17 (20,5%) ҳолат фибринозӣ ва дар 4 (4,8%) ҳолати боқимонда бошад хусусияти фибринозую фасодиро дар бар гирифтанд. Дар 37 (44,6%) ҳолат беморон дар собиқа худ амалиёти лапаротомияро аз сар гузарониданд. Дар 52 (62,7%) ҳолат амалиёти қисматбурии рӯдаи сигмашакл гузаронида шуд, ки аз онҳо дар 32 (38,6%) ҳолат ҷарроҳӣ бо гузоштани анастомози байнирӯдавӣ (барқарорнамоии бифосилавии рӯдаҳо) ва дар 20 (24,1%) ҳолати боқимонда бошад, бо гузоштани колостома ба анҷом расонида шуд. Дар 31 (37,3%) ҳолат қисмати асосии амалиёти ҷарроҳиро деторсияи (баҷоории меъёрии ҳалқаи тобхӯрдаи рӯда) бо найчагузории тавассути мақъади ҳалқаи тобхӯрда ба масофаи 30 см болотар аз мавзеи тобхӯрӣ ва тозанамии дохилиҷарроҳии рӯда бо истифода аз найчаи гузошташуда гузаронида шуд. Бо мақсади камнамоии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам ва пешгирии хатари авҷгирии аворизи баъдичарроҳии илтиҳобию фасодӣ баъд аз ба анҷом расидани қисмати асосии ҷарроҳӣ ковокии шикам тавассути маҳлули антисептикийи декасан шуста шуд. Амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳама ҳолат дар беморон ба таври анъанавӣ (лапаротомӣ) гузаронида шуд.

Бо мақсади муайяннамоии ташхис ва гузаронидани назорати динамикийи ҳолати беморон зимни баҳогузурӣ ба натиҷаи табобати гузаронида дар марҳилаи баъдичар-



роҳӣ дар ҳама беморон ташҳиси умумӣ ва биохимиявии хуну пешоб, ЭКГ, ТУС ва рентгенографияи умумии ковокии шикам ва қафаси сина, дар ҳолати зарурӣ ташҳиси колоноскопӣ ва рентгенографияи контрастӣ системаи ҳозима гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Бояд гуфт, ки дар раванди табobati беморон интиҳоби намуди ҷарроҳӣ аз якҷанд омил вобастагӣ дошт: ҳолати ҳалқаи тобхӯрда, хусусият ва вазнинии дараҷаи перитонити ҷойдошта, басомади такрорёбии тобхӯрии рӯда дар собикаи беморӣ, дарозии масориқаи ҳалқаи тобхӯрда, ҳолати умумии бемор (вобаста ба оризаи беморӣ ва ё бемориҳои ҳамрадиф). Вобаста ба баҳогузориҳои ҳолатҳои дар боло зикргардида дар 32 (38,6%) беморе, ки дорои масориқаи дарози рӯдаи сигмашакл ва ҳаракатнок буданд ва дар онҳо перитонити серозию-геморрагӣ ҷой дошт, навобаста аз оне, ки аломатҳои некрозшавии рӯда вучуд надоштанд амалиёти қисматбурии рӯдаи сигмашакл (якҷоя бо ҳалқаи тобхӯрда) бо гузоштани анастомози нӯг ба нӯг гузаронида шуд (Расми 1 А). Бояд қайд намуд, ки ҳолати умумии беморон имкон меод, то равиши ҷарроҳӣ бо ин тарз гузаронида шавад. Дар 20 (24,1%) ҳолат бо назардошти ҷой доштани некрози ҳалқаи тобхӯрда ва перитонити фибринозую-фасодӣ, инчунин ва мавҷудияти ҷараёни вазнинии илтиҳобӣ дар девораи ҳалқаҳои рӯдаҳо амалиёти ҷарроҳӣ бо гузаронидани қисматбурии рӯдаи сигмашакл бо гузоштани колостома ба анҷом расонида шуд (Расми 1 Б). Дар бештари маврид ҳолати умумии ин беморон (аз ҳисоби оризаи беморӣ ва бемориҳои ҳамрадиф) вазнин ва ниҳоят вазнин баҳогузорӣ гардиданд.



А

Б

Расми 1. Қисматбурии ҳалқаи ғайринекрозӣ (А) ва некрозӣ (Б)

Дар 31 (37,3%) беморе, ки дар марҳилаи барвақтии беморӣ бистарӣ гардида буданд ва дар онҳо аломатҳои илтиҳобӣ дар ковокии шикам он қадар вазнин набуданд ва ҳалқаи тобхӯрда дорои қобилияти ҳаёти буд, амалиёти бартарарфнамоии тобхӯрии ҳалқаи тобхӯрда (деторсия) бо найчагузориҳои трансаналии қисмати чапи рӯдаи ғафс (дар масофаи 30-40 см болотар аз қисмати тобхӯрдаи рӯда) ва тозанамоеи дохилиҷарроҳии ковокии рӯда аз мӯҳтаво бо ҳамин найчаи гузошташуда тавассути дастгоҳи баҳудкаш (Расми 2 А). гузаронида шуд. Дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ рӯда ҳамарӯза 2-3 маротиба бо маҳлули то 37°C гармнамудаи қаблан аз бобуна ва ё ҷойкаҳак тайёр кардашуда шуста мешуд (Расми 2 Б ва В).



А

Б

В

Расми 2. Тоза кардани дохилиҷарроҳии ковокии рӯда аз муҳтаво (А), тайёр намудани маҳлул (Б) ва шустани баъдичарроҳии рӯда (В).

Дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ дар бемороне, ки амалиёти ҷарроҳии қисматбурии рӯдаи сигмашакл бо гузоштани анастомози нӯг ба нӯг гузаронида шуд (n=32) дар 1 (1,2%) фасодгирии захми баъдичарроҳӣ ва дар 1 (1,2%) ҳолат nobасомонии нопурраи хати кӯкҳои анастомоз ба мушоҳида расид, ки дар ҳарду ҳолат бо гузаронидани ҷораҳои лозимаи консервативӣ оризаҳо бартарарф карда шуданд. Дар бемороне, ки амалиёти ҷарроҳӣ бо гузаронидани қисматбурии рӯдаи сигмашакл бо гузоштани колостома ба анҷом расонида шуд (n=20) дар 2 (2,4%) ҳолат фасодгирии захми баъдичарроҳӣ ба мушоҳида расид, ки ҷорраҳои лозима бо натиҷаи мусбӣ гузаронида шуд. Дар гурӯҳи бемороне, ки ба онҳо амалиёти деторсияи ҳалқаи тобхӯрда бо



найчагузории трансаналии қисмати чапи рӯдаи ғафс бо тозанамии дохиличарроҳии ковокии рӯда аз мӯхтаво гузаронида шуд ($n=31$) дар 1 (1,2%) ҳолат фасодгирии захми баъдичарроҳӣ ба мушоҳида расид.

Ҳолати фавт дар 1 (1,2%) бемор, ки дар ҳолати ниҳоят вазнин бистарӣ гардида, амалиёти қисматбурии рӯдаи сигмашакл бо гузоштани колостома гузошта шуда буд, аз ҳисоби давомёбии перитонити ҷойдошта ва норасогии бисёрузвӣ ба мушоҳида расид.

Хулоса. Интихоби дурусти намуди чарроҳӣ дар беморони гирифтори тобхӯрии

рӯдаи сигмашакл яке аз омилҳои муҳими камнамии аворизи баъдичарроҳӣ ба ҳисоб меравад. Гузаронидани амалиёти деторсияи ҳалқаи тобхӯрда бо найчагузории трансаналии қисмати чапи рӯдаи ғафс ва шустани рӯда дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ бо маҳлулҳои дорои хусусияти зидмикробӣ ва зиддиилтиҳобӣ дар ҳолати ҷойнадоштани аломатҳои некрози ҳалқаи тобхӯрда боиси кам гардидани басомади аворизи илтиҳобию фасодии баъдичарроҳӣ ва зудтар барқарор гардидани қобилияти кории чунин беморон мегардад.

Адабиёт

1. Диагностика и лечение заворота сигмовидной кишки как формы толстокишечной непроходимости / А.Г. Лебедев и др. // Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.- 2023.-№12(3).-С.360–368.
2. Результаты оперативного лечения больных с острой непроходимостью сигмовидной кишки / М.Я. Сардорбек и др. // Scientific Journal Impact Factor (SJIF).- 2021.-V. 2.-ISSUE 4.-P.1544-1548
3. Сараев А.Р. Усовершенствование классификации перитонитов/ А.Р. Сараев // Вестник Авиценны.-2018.-Том 20.-№ 4.-С.442-447
4. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //Ф.А. Хаджибаев и др. // Вестник экстренной медицины.-2021.-Том 14.-№ 4.-С.116-119
5. Стальмахович В.Н. Заворот сигмовидной кишки как наиболее редкая форма странгуляционной кишечной непроходимости /В.Н. Стальмахович, А.А. Дюков, А.Ю. Богонос // Медицинский вестник Северного Кавказа- 2009.-№1.-С.48-49
6. Appropriate treatment of acute sigmoid volvulus in the emergency setting. / Z. lou et al. // World J Gastroenterol.-2013.-№19.-P.4979–4983.
7. Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction /Jon D. Vogel et al. // Diseases of the Colon & ReCtum/- 2016/-Volume 59: 7.-P.589-599
8. Colonic volvulus: presentation and management in Metropolitan, Minnesota, United States. B.R. Swenson et al. // Dis Colon Rectum.-2012.-№55.-P.444–449.
9. Perrot L. Management of the colonic volvulus in 2016. / L. Perrot, A.Fohlen, A. Alves, J. Lubrano // J. Visc Surg.-2016.-№153(3).-P.183–192.

УМЕНШЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш, Гаюров У.Х., Солиев А.К.

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с заворотом сигмовидной кишки.

Материал и методы исследования: В исследование включены результаты наблюдения и лечения 83 пациентов с заворотом

сигмовидной кишки (ЗСК), возраст которых составлял от 21 до 79 лет. В 32 (38,6%) случаях была выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза, в 20 (24,1%) случаях — резекция сигмовидной кишки с формировани-



ем колостомы, и в 31 (37,3%) случае — деторсия завёрнутой петли кишечника с трансанальной интубацией на 30 см выше места заворота и интраоперационным опорожнением кишечного содержимого.

Для диагностики и оценки результатов лечения всем пациентам проводилось общее и биохимическое исследование крови и мочи, ЭКГ, УЗИ, обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки. При необходимости выполнялись колоноскопия и контрастная рентгенография органов пищеварительной системы.

Результаты исследования и обсуждение.

При выборе метода хирургического лечения пациентов с ЗСК особое значение имеют состояние завёрнутой петли кишечника, характер и тяжесть перитонита, частота рецидивов заболевания в анамнезе, длина брыжейки кишечника, а также общее состояние пациента (в зависимости от тяжести заболевания и сопутствующих патологий). В раннем послеоперационном периоде у пациентов, которым была выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза (n=32), в 1 (1,2%) случае наблюдалось нагноение послеоперационной раны, и в 1 (1,2%) случае — частичная несостоятельность швов анастомоза. У пациентов, которым была выполнена резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы (n=20), нагноение послеопера-

ционной раны наблюдалось в 2 (2,4%) случаях. У пациентов, которым была проведена деторсия завёрнутой кишки с трансанальной интубацией левого отдела толстой кишки и интраоперационной очисткой её полости (n=31), нагноение послеоперационной раны наблюдалось в 1 (1,2%) случае.

В 1 (1,2%) случае у пациента, который был госпитализирован в крайне тяжёлом состоянии и которому была выполнена резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы из-за продолжающегося перитонита и развития полиорганной недостаточности произошёл летальный исход.

Вывод. Выбор оптимального метода хирургического лечения больных с ЗСК является ключевым фактором снижения послеоперационных осложнений. Применение деторсии завёрнутой петли кишечника с трансанальной интубацией левого отдела толстой кишки и интраоперационной очистки её полости, а также промывание кишечника в раннем послеоперационном периоде растворами с антибактериальными и противовоспалительными свойствами, способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и более быстрому восстановлению работоспособности пациентов.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, заворот сигмовидной кишки, деторсия завёрнутой петли.

REDUCING THE FREQUENCY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SIGMOID COLON INVERSION

Nazarov H.Sh., Saidaliev Sh.Sh., Gayrov U.Kh., Soliev A.Q.

Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbonov,
SEI “TSMU by the name of Abuali ibni Sino”

The purpose of the study. Improving the results of surgical treatment of patients with sigmoid colon inversion Research materials and methods. The article presents the results of the observation and treatment of 83 patients with sigmoid colon inversion (SCI), whose age ranges from 21 to 79 years. In 32 (38.6%) cases, resection of the sigmoid colon was performed with the imposition of an inter-intestinal anastomosis, in 20 (24.1%) cases - resection of

the sigmoid colon with the introduction of a colostomy, and in the remaining 31 (37.3%) cases - detorsion of the twisted bowel loop with transanal intubation of the intestine at a distance of 30 cm above the place of wrapping and intraoperative emptying the contents of the intestine.

To diagnose and evaluate the result of the treatment, all patients underwent general and biochemical blood and urine tests, EGS,



ultrasound and overview radiography of the abdominal cavity and chest, as well as, if necessary, colonoscopic examination and contrast radiography of the digestive system.

Research results and discussion. When choosing a method of surgical treatment of patients with SCI, the condition of the twisted bowel loop, the nature and severity of peritonitis, the frequency of recurrence of the disease in the anamnesis, the length of the intestinal mesentery, the general condition of the patient (depending on the severity of the disease or concomitant pathologies) is important. In the early postoperative period, in patients who underwent sigmoid colon resection with intercellular anastomosis (n=32), suppuration of the postoperative wound was observed in 1 (1.2%) case and in 1 (1.2%) case partial failure of anastomosis sutures, in patients who underwent sigmoid colon resection with the formation of a colostomy (n=20) - in 2 (2.4%) cases, suppuration of the postoperative wound and in patients who underwent detorsion of the inverted intestine with transanal intubation of

the left colon and intraoperative cleaning of the intestinal cavity (n=31) – in 1 (1.2%) case, suppuration of the postoperative wound.

In 1 (1.2%) case, a patient who was hospitalized in extremely serious condition and underwent sigmoid colon resection with colostomy, due to ongoing peritonitis and the development of multiple organ failure, a fatal outcome was observed.

Conclusion. Choosing the optimal method of surgical treatment of patients with FGC is an important factor in reducing postoperative complications. The use of detorsion of the inverted bowel loop with transanal intubation of the left colon and intraoperative cleaning of its cavity, as well as intestinal lavage in the early postoperative period with solutions with antibacterial and anti-inflammatory properties, leads to a decrease in the frequency of postoperative purulent-inflammatory complications and an earlier restoration of the efficiency of such patients.

Key words: acute intestinal obstruction, inversion of the sigmoid colon, detorsion of the inverted loop.

Назаров Х.Ш. – дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru. Тел.: 900-50-03-03

Сайдалиев Ш.Ш. – дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E.mail: aka.74@mail.ru. Тел.: 918-67-36-01

Ғаюров У.Х. – ҷарроҳи МД МЁТТ ш. Душанбе. E.mail: Gayrov74@mail.ru. Тел.: 552-22-50-00

Солиев А. Қ. – ординатори клиникаи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E.mail: solievabduhanon@gmail.ru, Тел.: 901-01-05-09

Назаров Х. Ш. – доцент кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru. Тел.: 900-50-03-03

Сайдалиев Ш. Ш. – доцент кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E.mail: aka.74@mail.ru. Тел.: 918-67-36-01

Ғаюров У. Х. – врач-хирург в ГУ СМП г. Душанбе. E.mail: Gayrov74@mail.ru. Тел.: 552-22-50-00

Солиев А. Қ. – клинический ординатор кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E.mail: solievabduhanon@gmail.ru. Тел.: 901-01-05-09

Nazarov H. Sh. - Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No.1 named after Academician K.M. Kurbonov, SEI ATSMU. E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru. Тел.:900-50-03-03

Saidaliev Sh. Sh. - Associate professor of the department of surgical diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbonov, SEI ATSMU. E.mail: aka.74@mail.ru. Тел.: 918-67-36-01

Gayrov U. Kh. – doctor-surgeon SI of EMC Dushanbe city. E.mail: Gayrov74@mail.ru. Тел.: 552-22-50-00

Soliev A. .- clinical resident of the department of surgical diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbonov, SEI ATSMU. E.mail: solievabduhanon@gmail.ru. Тел.: 901-01-05-09



ТАЪРИХИ ТИБ

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ РУШДИ ТИББИ ҒАРБ ВА ШАРҚ ДАР АСРҲОИ X-XV Саидасанов Юсуф

Кафедраи таърихи халқи тоҷики Донишгоҳи давлатии Хоруғ ба номи М. Назаршоев

Тадқиқоти инкишофи тиб дар асрҳои X-XV нишон медиҳад, ки ин соҳа низ зери таъсири руҳониёни исломӣ қарор дошта, тамоми шаклҳои муолиҷаи беморро ба истиснои усулҳои динӣ рад мекард. Аммо сарфи назар аз фишори рӯҳониён, тибби Шарқ дар Асрҳои Миёна дар тибби ҷаҳонӣ мавқеи пешсафро гирифт. Дар ин давра таҷрибаи намояндагони тибби ҷунонӣ дар Шарқ васеъ паҳн гардид, ки осори онҳо ба забони арабӣ тарҷума шуда, асоси эҷодиёти тибби Шарқро ташкил мекард. Тарҷумаи матнҳои ҷунонӣ оид ба тиб аз ҷониби ҳокимон, ки манфиатҳои рушди тибро дарк мекарданд, дастгирӣ ёфтанд. Ҳамчунин, матнҳои китобҳои Академияи Гундишопур, ки нусхаҳои аслии онҳо ба забони паҳлавӣ гирд оварда шудаанд, ба арабӣ тарҷума гардиданд. Асарҳои асосии мутафаккирони ҷунонӣ ба забони арабӣ тарҷума шудаанд, ки дар байни онҳо асарҳои тиббӣ, ки аз Юнон ба сарзамини мусулмонон оварда шудаанд, ҷойи махсусро ишғол намуданд [8,12]. Пас аз тарҷумаи ин матнҳо дар шаҳрҳои бузурги Шарқ марказҳои рушди илмҳои «Дор-ул-хикмат» кушода шуданд. Мутафаккирони Шарқ таълимоти Юнони Қадимро дар бораи чор унсур ва чор табиати инсон, ки Гиппократ, Арасту ва Гален баён кардаанд, идома доданд. Ҳар як аз ин чор модда дар офаридани чор сифат – гармӣ, сардӣ, хушкӣ ва намӣ, ки ба табиати инсон хосанд, иштирок мекунанд. Дар ибтидо мутафаккирони Шарқ дастурҳои табибони Юнонро нусхабардорӣ мекарданд, вале бо мурури замон дар асоси тибби Юнони Қадим олимони Ибни Ҳайсам, Абуалӣ ибни Сино, Ар-Розӣ, ал-Буқозӣ самти нави дорусозӣ ва фармакопёро пеш бурданд, ки асоси фармакологияи муосир мебошад.

Дар асрҳои миёна дар шаҳрҳои калон барои тайёр кардан ва фурӯши дору дорухонаҳо кушода шуданд. Шаклҳои дору ху-

сусиятҳои гуногун доштанд, ки ба онҳо шарбат, равған, эликсир, хоқа, малҳам, обҳои хушбӯй ва дигар намудҳо дохил мешуданд.

Абумансури Мусаффақ дар рисолаи худ «Китоби асосҳо дар бораи ҳосиятҳои воқеии доруҳо» (асри X) истифодаи оби софро барои мақсадҳои дорусозӣ нишон додааст. Тайёр кардани доруҳо мураккаб буд, зеро шумораи компонентҳо дар як дорухат аксар вақт ба якчанд дардҳо мерасад, ки ин низ дониши махсусро талаб мекард. Инчунин табибони шарқ дар асрҳои миёна асал, шарбат, пайвастагиҳои симоб, нитрати нуқра, сулфур, калий, гач ва дигар воситаҳоро ҳамчун дору истифода мекарданд. Инчунин растанӣ, заҳрҳо ва зидди доруҳо барои мақсадҳои табобатӣ истифода мешуданд [7,9].

Аммо дар баробари ин рӯҳониёни мусулмон манъи ташхиси ҷасадро ҷорӣ карданд, ки ин таҳқиқот дар бораи сохтори даруни инсон ва вазифаҳои онро маҳдуд кард. Ҳатто сарпарастии ҳокимон фаъолияти табибонро аз назорати ҷиддии рӯҳониёни мусулмон ҷудо карда натавонист. Аз ин рӯ, табибони Шарқ таҷрибаҳоро бо доруҳои нав ва донишҳои даруни бадан дар ҳайвонот санҷида, бо ҳамин шакли сохтори бадан ва таъсири доруҳоро муайян карданд [2,67].

Аз асри X сар карда, дар шаҳрҳои Бағдод, Димишқ, Басра, Кордоба ва дигар шаҳрҳо беморхонаҳо кушода шуданд [8,9]. Яке аз аввалин олимони тибби Шарқ, ки китобҳои дар асрҳои миёна ба лотинӣ тарҷума шудаанд, Зақариёи Розӣ (вафот 925) мебошад, ки мероси илмиаш аз 61 рисола иборат аст. Асарҳои асосии у «Ал-Ҳовӣ» («Китоби мукаммали тиб»), «Китоби тиб бахшида ба Мансур», «Дар бораи бемории гул ва сурхак» дастурҳои оид ба тиб барои олимони тибби Ғарб гардиданд. Маҳз Зақариёи Розӣ бори аввал дафтарчаи таърихи тибро

дар амал татбиқ намуд. Ҳамчунин Закариёи Розӣ яке аз аввалинҳоест, ки тибро ба соҳаҳо тақсим карда, бемориҳои ҷисм ва реҳи инсонро ҷудо мекунад. Закариёи Розӣ дар шаҳрҳои Рей ва Бағдод қор карда, бар асоси таҷрибаи пизишкии худ энциклопедияи тиббии “Муфассал” (ал-Ҳавӣ)-ро нашр кард[7,90].

Дар таърихи тибби Шарқ назария ва амалияи Абӯалӣ ибни Сино (Авиценна) маъруф аст, ки ҷойи махсусро ишғол мекунад. Абуали Сино энциклопедисти замони худ буд, зеро асарҳои ӯ тамоми илмҳои он замонро дар бар гирифтанд. Асарҳои ӯ «Китоби шифо» (ихтисораш «Китоби наҷот»), «Китоби дастур ва дастурот», «Китоби дониш» (ба забони форсӣ) меъёрҳои олиии илми асрҳои миёна гардиданд[3,112]. Аммо ҷангҳои беохир ва таъқиби ӯ Ибни Синоро маҷбур карданд, ки дар шаҳрҳои гуногун саргардон шаванд, то ҷойи эҷодиёти озодро пайдо кунанд. Замони Синоро Абурайҳони Берунӣ таҳлил карда менависад, ки «замон барои илм мусоид нест. Пешравӣ имконнопазир аст. Ҳамзамонони мо аз ҷоҳилии саршоранд, ... нисбат ба соҳибони обрӯ адоват меафшонанд, ҳар касеро, ки муҳри илм дорад, таъқиб мекунанд, боиси ҳафаву бадӣ мешаванд. Илмро ба доғи бидъат доғ мезананд, то дари ҳалокати олимонро боз кунанд ва моҳияти пасти худро зерӣ ҳалокати онҳо пинҳон кунанд» [4,45]. Тибқи назарияи Ибни Сино, табиб бояд вазифаҳои узвҳо ва сабабҳоеро, ки ба пайдоиши беморӣ мусоидат мекунад, донанд: «... табиб бояд бо ёрии ҳисси берунӣ ва анатомияи узвҳо ва вазифаҳои муфиди онҳоро муоина намояд» [6,87]. Китоби ӯ «Канон» аз 3500 то 5000 доруворӣ оддӣ мураккабро дар бар мегирад, ки барои тибби муосир аҳамияти махсуси методологӣ доранд. Абуалӣ ибни Сино дар охир худро барои илм фидо кард: «Пас ба марг омадам, ба марги табиӣ, зеро ман ба одамоне мисли дарахт нигоҳ мекунам ё мисли кӯҳҳо ба онҳо менигарам... Дар ташвишҳои ширини инсонӣ иштирок намекунам, дар ташвиши онҳо. шодӣ ва муҳаббат намекунам. Ва алҳол шумо наметавонед маро бикӯшед: зеро ки барои зиндаҳо ман

мурдаам, аммо барои Ҳақиқат зиндаам» [4,90].

Дар асоси ин гуфтаҳо метавон ба ҳулосае омад, ки асрҳои миёна давраи таназзули афкори шарқӣ будааст. Бо вучуди он ки дар ин давра мутафаккирони машҳур аз қабилҳои Абуалӣ ибни Сино, Берунӣ, Носири Хусрав ва дигарон зӯҳур карданд, вале дар маҷмӯи ин донишмандон аз таъқиб ва фирори доимӣ ва таъқиби унсурҳои ваҳшӣ натавонистанд илми худро пурра ба мардум расонанд[6,87].

Донандаи алқимӣ, математик, физик ва табиб Ибни ал-Ҳайсам (965 - 1039), ки дар Аврупо бо номи Алҳазен маъруф аст, аввалин табиб дар таърихи табобати чашм буд, ки аз булӯр ва шиша модели линзаи чашм сохта узвҳои дохилии чашмро мафҳумбандӣ намуд. Вай инчунин аввалин шуда аз шиша айнаки чашмро ихтироъ кард. Асарҳои вай ҳамчун дастури илмӣ хидмат мекарданд, ки баъдан дар асоси онҳо дурбин ва телескоп ихтироъ карда шуданд.

Бояд гуфт, ки бар хилофи тибби илмӣ, табибони Ҳадрамавт таъқиб карда нашуданд, ки ин ба онҳо имкон дод, ки ақидаҳои худро дар тамоми асрҳои миёна паҳн кунанд.

Муқоисаи тибби ду тамаддуни асрҳои X — XV баръало нишон медиҳад, ки тибби Ғарб дар ин давра аз тибби Шарқ хеле ақиб монда буд [5,246]. Калисои масеҳӣ рушди фарҳанг, маориф ва тиббии он вақтро таҳти назорат гирифт. Калисочиён даъво мекарданд, ки ҳама донишҳои имконпазир аллакай дар Навиштаҳои Муқаддас оварда шудаанд ва ба донишҳои нав ниёзе нест. Дуо нисбат ба доруҳо самараноктар табобат ҳисобида мешуд. Хусусиятҳои шифобахшро ба сангҳои қиматбаҳо ва ҳама намудҳои нодир нисбат мебуданд. Вазъияти тиб маҳсусан дар давраи касалиҳои оммавӣ вазнин мегардид. Дар асрҳои XI-XII бо таъсири ҷангҳои салибӣ ва муҳочирати оммаи зиёди одамоне, дар шаҳрҳои бузурги бандари Аврупои асримиёнагӣ (Венетсия, Генуя ва ғайра) муассисаҳои махсуси зиддиэпидемиягӣ ба вучуд омаданд, ки онҳоро «қарантин» («чил рӯз») номиданд ва дар давоми ин дав-



ра ҳайати киштиҳо дар муоинаи тиббӣ қарор мегирифт. Аммо ба ин эпидемияҳо нигоҳ накарда, Калисои масеҳӣ бартарии имонро бар дониш эълон кард. Ги де Шо-лиак яке аз аввалин табибони ҷарроҳ гардид, ки аввалин шакли анестезияи ҷарроҳиро истифода намуд. Баръакси Шарқ, ки дар он ҷо ҳама гуна ташхис мамнӯ буд, ин таҷриба дар Ғарб васеъ истифода мешуд. Масалан, ҷарроҳи фаронсавӣ Жак Дюбуа (1478-1555) яке аз аввалин табибонест, ки таҷрибаи омӯхтани часади инсонро бо мақсадҳои ташхиси илмӣ истифода мебард. Пас аз як аср анатомисти Голландия Франсуа де Бо дар асоси асарҳои худ нимкураи мағзи сарро тавсиф карда, ба баъзе қисматҳои «Силвиус»-ро додааст. Тафовути дигари рушди тибби Ғарб аз тибби Шарқ эътироф шудани он ба унвони як илми алоҳида буд, ки дар донишгоҳҳои ғарбӣ таълим дода мешуд ва табибони донишманд матнҳои муаллифони қадим ва баъзе арабҳо ро тафсир мекарданд. Аммо дар ин донишгоҳҳои тиббӣ, чун қоида, машғулиятҳои амалӣ вучуд надоштанд. Агар духтурон тибби расмиро намояндагӣ мекарданд ва матнҳо ро менамуданд, дар бораи амалия камтар ғамхорӣ мекарданд. Ҷарроҳон бошанд, дар амалия таъбабат, ҳар рӯз ба одамон амалиёт гузаронидан таҷрибаи калон доштанд. Гироламо Фракасторо (1478-1553) дар китоби худ «Дар бораи сироят, бемориҳои сирояткунанда ва таъбабат» бемориҳои қаблан номаълумро тавсиф намуда,

хусусиятҳои сироятии онҳо ро ба низом даровардааст. Таълимоти вай тахминҳо дар бораи моҳияти интиқоли сироятро дар бар гирифта, барои рушди минбаъдаи эпидемиологияи илмӣ мусоидат кард. Умуман, дар асрҳои миёна инкишофи афкори тиббии Аврупо бар хилофи афкори Шарқ бо суръати тезтар инкишоф ёфт. Чунин як соҳаи тиб, монанди ҷарроҳӣ, дар асрҳои XIV—XV аз рӯйи дараҷаи касбии ҷарроҳон тақсим карда мешуд [2,47]

Дар асри XV дар Аврупо зиёда аз 40 донишгоҳ мавҷуд буд, ки аксари онҳо факултетҳои тиббӣ доштанд. Донишгоҳи Падуя дар он вақт маркази идеяҳои гуманистӣ ҳисоб меёфт. Дар раванди таълими донишгоҳҳо матнҳои Гален, Розӣ, Ибни Сино ва дигар мутафаккирон истифода мешуданд. Дар давраи охири асрҳои миёна, Паратселс (Philip Aureolus Theopastus Bombast, 1493-1541) тиб ва химияро якҷоя кард ва маъдану воситаҳои фитотерапевтиро ҳамчун дору истифода бурда, заминаи фармакологияи муосирро гузошт [2,45]

Дар ҳулоса қайд кардан бамаврид аст, ки тибби Шарқ барои инкишофи минбаъдаи тибби Аврупо аҳамияти калони назариявӣ дошт, зеро он концепсияи ягонаи самтҳо ва шаклҳои таъбабатро ба вучуд овард. Аммо дар зери таъсири ҷангҳои гуногун илм ва хусусан тиб дар Шарқ ба таназзул афтод. Дар баъзе мавридҳо хурофот таъбабати анъанавӣ гардид ва дар тули чанд аср тахти фишори руҳонии динӣ қарор гирифт.

Адабиёт

1. Ахунов А.М. -Основы этнографии стран Арабского Востока: / А.М. Ахунов. – Казань, 2014. – 336 с.
2. Иванова Н.В., Артюнина Г.П.- Игнатъкова С.А., Лобанков В.М., Белов В.С. История медицины. Часть 1. Медицина первобытного общества, Древних и Средних веков. — Псков, Изд-во ПсковГУ, 2014. – С62 (96 с.)
3. Крачковский И. Ю.- Избр. соч., т. 4, М. — Л., 1957
4. Салдадзе Л.- Ибн Сина.- Страницы великой жизни. – Ташкент 1985.-с.386 (464 с)
5. Абдурахмонов З., Саидасанов Ю.- Место таджикско-персидской цивилизации в системе мировой цивилизации.- Вестник ГПУ имени Айни, 2024 год, №1. №1(108) соли 2024.- С.242-246
6. Нуралиев Ю.Н. -Ибн Сина и «Канон врачебной науки» в зеркале новой истории и доказательной медицины. –Душанбе 2015. Электр.вар.- С.77
7. Очерки истории арабской культуры V-XV.-Москва 1982.-С.349
8. [www.http//vostlit.ru/srednevek/](http://vostlit.ru/srednevek/)^{Вост}очная литература периода средневековья.- Режим доступа: 20 января 2019 года.- С.7



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ НА ЗАПАДЕ И ВОСТОКЕ ПЕРИОДА X-XV ВВ.

Саидасанов Ю.Ш.

Кафедра истории таджикского народа Хорогского государственного университета

В статье автор рассматривает вопрос использования метода сравнительного анализа и его значение при исследовании развития медицинского дела. На конкретном примере автор показывает влияние употребления данного метода и его правильного применения в развитии медицинского дела на Западе и Востоке. Выявлено, что развитие медицины нашло отражение в некоторых научных трудах таджикских и советских авторов. В статье предпринимается попытка рассмотреть относительно редко использу-

емые и неочевидные способы использования качественных методов исследования данного вопроса в фокусе сравнительного анализа. Рассматриваются возможности и ограничения других качественных методов исследований – контент-анализа, критического дискурсного анализа и сравнительного анализа для изучения развития медицинского дела на Западе и на Востоке.

Ключевые слова: история, анализ, медицина, лекарства, лечение, цивилизация, значение, смысл.

THE DEVELOPMENT OF MEDICINES DEED IN WEST AND EAST PERIOD OF X-XV CENTURIES

Saidasanov Y.

Department of History of the Tajik People, Khorog State University

On the example of the culture of medicines deed west and east societies during x-xv centuries, author reflect in letter modern meaning of **the development of medicines deed in west and east period of x-xv centuries**. In the article, author note that wrong interpretation of the medicines deed was reflected and developed in scientific works, and author note that scientific significance of the term conditioned its general actualization, which found expression in the growth of the frequency of its using outside of specialized texts. The article introduces an attempt to review some relatively rarely used and less obvious ways of using qualitative research methods of medicines deed studying for solving a series of currently significant issues in this area of studies. The article is focused on a method that is used in

culture of medicines deed west and east societies during x-xv centuries, namely, **the development of cure and drugs deed in west and east period of x-xv centuries** analysis. It considers possibilities and limitations of the use of other qualitative methods, such as content analysis, discourse analysis, and conversation analysis, for the studying conditions for selecting accents between content and structure, prejudices and conventions, and intentions and consequences. The suggested preference in all three cases is shifting an emphasis towards the latter. The concluding idea is a suggestion of the need to develop the methods of narrative experiment for studying micro social context of medicines deed as a historical memory.

Keywords: history, medicine, cure, drug, civilization, people, signification.

Саидасанов Юсуф- омӯзгори кафедраи таърихи халқи тоҷик, Донишгоҳи Давлатии Хоруғ. Ш. Хоруғ, кӯчаи Атобек - 23, х.8. Тел.:50-191-08-67. E-mail: usuf.62@mail.ru

Саидасанов Юсуф - доцент кафедры истории таджикского народа ХоГУ. Г. Хорог, ул. Атобека - 23, кв.8. Тел.50-191-08-67. E-mail: usuf.62@mail.ru

Saidasanov Yusuf – teacher of Tajik History in Khorog State University. Atobek st. - 23, a. 8. Tel. 50-191-08-67. E-mail: usuf.62@mail.ru



АВЗОНИ ТИББИИ НИЁГОН ДАР «ТУҲФАИ ҲАКИМ МУЪМИН»-И МУҲАММАД МУЪМИН ҲУСАЙНИ ТУНИКОБУНӢ

Холов М. Ш.

Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии таърихи илмҳои табиӣ-шиносӣ ва техникаи Донишгоҳи давлатии Бохтар ба номи Носири Хусрав

Пизишки тоҷик Муҳаммадмуъмин ибни Мир Муҳаммадзамон Ҳусайни Туникобунӣ дар асри 17 дар шаҳри Туникобун (собик Шаҳсавор)-и вилояти Мозандарони шимолӣ Эрон зистааст. Ачдоди ӯ аз Туникобун ба Исфажон омада, дар дарбори шохони сулолаи Сафавиён ба касби пизишкӣ машғул будаанд. Муҳаммадмуъмин маълумоти ибтидоиро дар дарбор гирифта, илми тиббу забонҳои гуногунро аз худ кард ва тибби махсуси Шох Сулаймони I Сафавӣ (давраи ҳукмронӣ: 1666-1694) таъйин гардид. О соли 1679 китоби машҳури худ «Туҳфаи ҳақим Муъмин»-ро (бо номҳои «Туҳфатул-муъминин» ва «Туҳфаи Сулаймонӣ» низ ёд мешавад) навишта, ба Шох Сулаймон тақдим кардааст.

Сабаби навиштани ин асарро худи муаллиф чунин баён мекунад: «Чун волидайн зарраи бемикдор Мир Муҳаммадзамон Туникобунӣ Дайламӣ, табаллоху сирраҳу бо вучуди ҳадси соиб ва зеҳни соқиб, муддате дар амри муолиҷот ба дастури ачдод ва устодони амҷод кӯшида ва муҷаррабон чанде аз ӯ муҳаллаф гашта, хост ки дар силки чамъ ва тартиб оварда, бо он чи ин ходим ба маҳодими наҷиб Муҳаммадмуъмин Ҳусайнӣ табиб муҷарраб ёфта ва аз соҳибони таҷриба иқтибос намуда, маҷмуае созад. Бинобар ин лозим донист, ки ба қадри имкон дар ташхиси адвия бо риояти ихтисор пардозад.

Ва боиси дигар он, ки чун муаллифи «Ихтиёрооти бадеӣ» ба луғати форсӣ навишта, мусоҳала дар таҳқиқи адвия ва баёни хавос намуда ва атторони бебизоат ба он иқтифо карда ва кутуби муътабара матрук гашта ва аз ҷиҳати иштибоҳоти ӯ аксар адвияи муъсара мубаддал ба адимулхосият шуда, хост, ки ба қадри имкон он чи муҳаққиқини ин фан таҳқиқ намудаанд ва ҳар чи соҳиби «Ихтиёрот» зикр накарда, дар силки таҳрир оварад» [2, с.15].

Китоби «Туҳфаи ҳақим Муъмин» пас аз

таълиф ба унвони як китоби арзишманд шинохта шуда, муаллифони китобҳои маъруфи тиббӣ, ба монанди Мирмуҳаммад Ҳусайни Оқилии Хуросонӣ дар китобҳои «Махзану-л-адвия» ва «Қарободини кабир», ҳақим Муҳаммад Аъзамхони Ромпурӣ дар китоби «Иксири аъзам» аз ин асар баҳра бурдаанд. Муаллиф далоили ниғорини китоби худро дар муқаддима чунин зикр кардааст: «...ҷамъоварӣ ва тадвини доништаҳо ва таҷрибаҳои худ ва падараш ва рафъи иштибоҳоте, ки ба «Ихтиёрооти бадеӣ»-и навиштаи Алӣ ибни Ҳусайни Ансории Шерозӣ (729-804) роҳ ёфта ва атторони камдонӣ ба он иқтифо карда буданд ва ба сабаби иштибоҳоти роҳёфта дар он китоб, бештари адвияи судманд ба адвияи беҳосият табдил шуда буд».

Китоби «Туҳфаи ҳақим Муъмин» қариб се аср китоби мутолеаи пизишкони пешин буда, ҳоло низ тарафдорони худро дорад, ки аз он истифода менамоянд. Ин китоб дар тайи асрҳо дар мамолики Шарқу Ҳиндустон тавонист, ки дар баробари «Ал-Қонун»-и Ибни Сино, «Шарҳу-л-асбоб ва-л-аломот»-и Нафисӣ ва «Қарободини кабир»-и Ақилии Хуросонӣ пайваста дар дасти толибони илми тиб қарор гирад.

«Туҳфаи ҳақим Муъмин» дар ду бахш: «Ташхисот» ва «Дастурот» танзим шудааст. Бахши аввал иборат аз 5 ташхис аст:

ташхиси аввал «Дар баёни сабаби ихтилофи ақволи атиббо дар моҳияту қувват ва қадри шарбати адвия ва шурути аҳзи ҳар даво ва зикри дараҷот ва инқисоми қавлҳо ба ақсома»;

ташхиси дувум «Дар зикри сифоту афъоли адвия ва баёни афъоли куллия ва мушобеҳи он ва тафсири асомӣ ва маъонии луғоте, ки дар тайи иншои ин маҷмуа мазкур мешавад ва дар кутуби адвияи муфрада мадорилайҳо аст»;

ташхиси савум «Дар баёни моҳият ва ха-



восу кайфияти адвияи муфрада ва ағзияи муфрадаву муракабба ва зикри муслаҳ ва бадалу кадри шарбат ва он чи бад-он мансуб аст». Дар ин ташхис зикри ҳудуди 5750 унвони асли ва фаръии ағзияву адвияи муфрада ва хавоси онҳо ба тартиби алифбой, шомили 1520 мадҳал ё мақолаи асли ва 4229 ирҷоъ ва номҳои мутародиф ва васфҳои бисёр кӯтоҳ, ки қисмати аъзами китобро ташкил медиҳад. Дар ибтидои ташхис таърихчаи мухтасаре аз пизишкони маъруф ва осори онҳо зикр шудааст;

ташхиси чаҳорум «Дар мудовои сумум»;

ташхиси панҷум «Дар баёни авзон ва он чи ба он мутааллиқ аст».

Бахши «Дастурот» иборат аз се қисм аст:

қисми аввал «Дар баёни аъмоле, ки мутааллиқ аст ба адвияи муфрада, мисли шустан ва сӯхтан ва таҳмис ва ташвиҳ ва амсоли он ва тариқи ошомидани ашбаҳ ва чӯби чизе ва моъулҷабан ва монанди он ва аъмоли ғариба»;

қисми дувум «Дар баёни аъмоле, ки мутааллиқ аст ба адвияи мураққабба ва зикри муочин ва ҳубуб ва соири мураққабот»;

қисми савум «Дар муолиҷот» бо риояти ихтисор. Дар тамоми нусаҳои мавҷудаи «Тухфаи ҳаким Муъмин» фақат ду дастур омада ва муҳтамалан дастури савум аслан навишта нашудааст.

Китоби «Тухфаи ҳаким Муъмин» доира-тулмаорифи ҷомеест дар дорушиносӣ ва дорусозии тибби суннати ниёгон. Бисёре аз умуре, ки барои сохтани дору ва сохти дору лозим аст, дар ин китоб баррасӣ шудааст. Нигориши ин асар ба забони форсӣ аз муҳимтарин вижагиҳои ин асар аст, чаро ки қабл аз таълифи ин китоб, бисёре аз манобеи дорушиносӣ ба забони арабӣ таълиф шуда буданд. Аз тарафи дигар, баъзе китобҳои ки ба забони форсӣ нигориш ёфта буданд (монанди «Ихтиёрооти бадеӣ»), чандон аз диққати илмӣ бархурдор нестанд.

Ҳаким Муъмин барои нигориши китоби худ бар асоси муқаддимаи ҷопҳои сангии он аз 24 китобу рисола истифода кардааст. Аммо дар муқаддимаи яке аз нусаҳои хаттии ин китоб беш аз 60 манбаъ зикр шудааст. Муаллиф дар матни китоб ҷуз нақли қав-

лҳое, ки аз манобеъ номушаххас карда (масалан «ончи аз кутуби ҳукамои Ҳинд зоҳир мешавад» ё «аҳли Ҳиндро эътиқод бар он аст»), борҳо аз ҳудуди 80 муаллиф ё китобном бурдааст.

Дар байни ин муаллифон беш аз ҳафтад маврид аз Довуд ибни Умарӣ Антоқӣ (950-1008), беш аз шаст маврид аз Ибни Талмиз Яҳё ибни Соиди Исфаконӣ (ваф. 560), ки дар китоб бештар бо унвони «Аминуддавла» ба вай ишора шудааст, инчунин аз Абубакр Муҳаммад ибни Закариёи Розӣ (865-925), Алӣ ибни Ҳусайн Ансории Шерозӣ ва Ҷолинус (129-216) ҳар як беш аз бист маврид нақли қавл кардааст.

Ҳаким Муъмин ба рағми истифодаи густурда аз манобеи мухталиф, аз муҳимтарин китобҳои пизишкӣ ва муфрадоту мураққабот ба форсӣ, фақат аз «Ихтиёрооти бадеӣ» истифода карда, ба «Заҳираи Хоразмшоҳӣ»-и Исмоил Ҷурҷонӣ (1045-1137) ё «Хулосату-т-таҷориб»-и Баҳоуддавлаи ибни Шоҳқосими Розӣ (ваф. авв. а. 10), ки ба замони ҳаёти вай бисёр наздик ва аз китобҳои муҳим ва маъруфи он замон будааст, ишора накарда. Ва ҳатто тасреҳ намудааст, ки то соли нигориши китоби «Тухфату-л-муъминин», китоби мабсута ба форсӣ ба назари вай нарасидааст.

Аз муҳимтарин вижагиҳои китоби «Тухфаи ҳаким Муъмин» корбурди фаровони вожаҳои мутародиф аз забонҳои гуногуни мухталиф аст. Мутародифҳои юнонӣ, суриёний, румӣ, ибронӣ, форсӣ ва арабӣ (дар маҷмӯъ аз 15 гӯйиши арабӣ вожаҳои зикр кардааст, масалан, аз мағрибӣ, мисрӣ, байтулмақаддасӣ, диёрбакирӣ, арабии андалусӣ ва исқандаронӣ). Вай ҳамчунин вожаҳои аз забонҳои ҳомӣ (чун барбарӣ, ҳабашӣ, қибтӣ) оварда ва ҳудуди 450 вожаи хиндӣ, беш аз 250 вожаи туркӣ, як вожаи лотинӣ ва як вожаи фарангиро (забони «сақолиба») зикр кардааст.

Ҳаким Муъмин илова бар бақоргирии форсии меъёри замони худ, аз вожаҳои гуногуни мухталифи форсӣ низ бисёр истифода кардааст. Аз ҷумла, вожаҳои роиҷ дар Исфакон ва Туниқобун (ҳар як ҳудуди 70 вожа), Дайлам (44 вожа), Мозандарон (31



вожа), Табаристон ва Шероз (ҳар як 12 вожа), Гилон ва Дорулмарз (ва Рашт; 9 вожа), Луристон ва Кухистон ва Чоплак (4 вожа), Мовароуннаҳр, Чурчон ва Қазвин (ҳар кадом 2 вожа); ва гӯйишҳои паҳлавӣ (ба гуфтаи Ҳаким Муъмин – фаҳлавӣ), табрезӣ, кирмонӣ ва зобулӣ (ҳар кадом 1 вожа) ва ҳамчунин ҷо ба ҷо қорбурди вожаҳоро наздӣ кимёгарон (иксириён) зикр кардааст.

Насри «Тухфаи ҳаким Муъмин» сода ва дар мавориде мағлут аст ва аз он нусхаҳои хаттии мутааддид бештар дар шибҳи қораи Ҳинд боқӣ мондааст. Теъдоди нусхаи хаттӣ аз матни комил ё мунтахаби ин асар дар озбекистон мавҷуд аст[4]. Яке аз нусхаҳои хаттии ин китоб ба Китобхонаи Конгресси ИМА эҳдо шудааст, ки ба сабаби мавҷуди ҳашт минӣгураи музаҳҳаб ва тазҳиби хошияи сафаҳоти он, аз аҳамияти ҳосе бархурдор аст. «Тухфаи ҳаким Муъмин» борҳо ҷопи сангӣ шудааст. Дар пажӯҳиши худ мо аз нусхаҳои №495, №152 Китобхонаи Маҷлиси Шӯрои исломӣ (Эрон) истифода кардаем[3].

Муҳаммадризои Табиб хулосае аз «Тухфаи ҳаким Муъмин»-ро ба номи «Мухтасари «Тухфату-л-муъминин» таҳия карда, ки нусхаи хаттии он дар Донишгоҳи Коллеҷи исломияи Пешовар мавҷуд аст. Шайх Абдуллатифи Қурайшӣ, ки эҳтимолан аз пишикони нимаи аввали асри 13 будааст, дар шибҳи қораи Ҳинд фарҳанги вожаҳои «Тухфату-л-муъминин»-ро таҳия карда, ки нусхаи хаттии он дар Лоҳур аст.

Мустафо Юсуфзода, машҳур ба «Ширвонӣ», табиби аҳли Мадина, «Тухфату-л-муъминин»-ро ба арабӣ тарҷума кардааст. Ин тарҷума ду бор китобат шудааст, яке ба номи «Тухфату-л-муслимин» ва дигарӣ ба номи «Тухфаи аҳли суннат». Аҳмади сонӣ ибни Ҳасан, пишики рӯзгори султон Муҳаммади Дувум низ ин китобро ба номи «Ғанияту-л-муҳассилин фӣ тарҷумати «Тухфату-л-муъминин» ба туркӣ тарҷума карда, ки аз он нусхаҳои хаттии мутааддӣ боқӣ мондааст.

Чунон ки зикр шуд, ташҳиси панҷуми китоб «Дар баёни авзон ва он чи ба он мутааллиқ аст» унвон дошта, вазнҳои тиббӣ

ва дорусозии замони муаллиф оварда шудаанд. Дар дастхатҳои тиббии ниёгон ода-тан фасл ё бобе оид ба вазнҳо дода мешавад, то миқдори адвия дуруст омода карда шавад. Масалан, дар «Ихтиёроти бадеӣ»-и Алӣ ибни Хусайни Ансории Шерозӣ, маъруф ба Ҳочӣ Зайнулдини Аттор (1329-1403) ва «Махзану-л-адвия»-и Муҳаммадхусайн Ақилии Алавӣ Хуросонии Шерозӣ (1670-1747) авзони тиббии вақт оварда шудаанд.

Қобили зикр аст, ки авзони тиббӣ аз авзони тичорат ва вазни сиккаҳо фарқ доранд, гарчанд номашон яксон аст. Дар навбати худ, авзони тичорат низ вобаста аз соҳоти истифода аз ҳамдигар фарқ мекунад. Масалан ашъи моеъ (шароб, рағван, асал, сирко) ва пошхӯранда (ғалла, адвия, атриёт, шакар, намак) аз ҳамдигар бозичӣ ва ҳаҷми ишғолкардашон дар зарф, дар натиҷа бо вазни гуногун дар ҳаҷми яксон фарқ доранд. Ин матлаб дар китоби «Маҷмаъ-ул-арқом»-и Мирзо Бадеи Девон, ки фасли ҳафтуми боби сеюми он «Дар баёни донишҷи авзон ва ғайриҳо» унвон дошта, бо овардани рубоӣ аз китоби «Нисобу-с-сибён» ва тафсили он хуб шарҳ дода шудааст: «...Бояд донист, ки филиз бар нух навъ мебошад, ки мустафовиту-л-авзонанд мумтаҳин шуда. Байт:

Нух филзи муставиҷулҳаҷмро чун баркашӣ,
Ихтилофи вазн дорад ҳар яке бе иштибоҳ.
Зар, чунин зибақ, асрабу мис, арзизу халл,
Физанд, оҳан яке мису шубҳи маху суфри моҳ.

Тафсили рубоии мазкур ин аст, ки агар зарфе, ки пур карда шавад аз заҳаб, вазни он заҳаб яксад мисқол бошад, ба ҳамон зарф пур аз симоб карда шавад, вазни он симоб ба ҳафтоду як мисқол мебарояд. Ва аз асраб панҷоҳу нух мисқол ва аз арзиз сию ҳашт мисқол ва зарниҳу мис чихилу панҷ мисқол, нуқра панҷоҳу чор»[1, с.93]. Яъне, дар як зарф бо ҳаҷми доимӣ, агар бо навбат филизоти гуногун резем, вобаста ба зичиашон, вазни онҳо гуногун мешавад.

Бунёди низоми авзони исломиро *дирҳам* ва *мисқол* ташкил медиҳанд. *Дирҳам*, муарраби «драхма»-и юнонӣ ва бунёди *мисқол* сиккаи румию византиягии «солид» (номиз-



ма, безант, безантин) буд [5, с.11]. Дар би-сёр китобҳои тиббӣ ин ду вазни асосиро ба «вазнҳои сағир» шомил кардаанд. Андозаи дирҳаму мисқол аз рӯйи қонунҳои шариат бояд 10:7 бошад, лекин дар истифода асосан 3:2 аст. Андозаи шаръии мисқол 4,235 г ва аз рӯйи таносуби 10:7 аст, андозаи дирҳам 2,9645 г, аз рӯйи таносуби 3:2 – 2,82 г мешавад [6, с. 154].

Ҳоло фаслҳои бахшида ба авзони тиббии китоби «Тухфаи ҳаким Муъмин»-ро пешкаши хонандагон менамоем.

/20a/ Ташхиси хомис. Дар авзон ва он муштамал аст бар се фасл. **Фасли аввал.** Дар авзони сиғор. **Фасли дувум.** Дар авзони кибор. **Фасли савум.** Дар таҳвили баъзе авзон ба баъзе.

Фасли аввал. Дар авзони сиғор.

Пӯшида намонад, ки назди атиббо ҳар чи камтар аз ратл бошад, маъруф ба «авзони /20b/ сиғор» ва мофавқи он мавсум ба «кибор» аст ва **кайл** (كَيْل), ки иборат аз паймона бошад, аз ҷумлаи қисми сонист. Ва ихтилоф дар ҳар як аз авзони сиғор ва кибор ба ҳасби амкина ва азмина ва мусталаҳот воқеъ шуда. Ва дар ин мақом ҳар чи ба ҳасби кутуби [муътабарай] тиб ва фикҳ ва луғат эътибор дошта, ишора ба он мешавад.

Ва бояд донист, ки **ҳабба** (حَبَّة) ва **қирот** (قَارِيفَة) ва **тассуч** (تَسْوُح) ва **донак** (كِنَاد) ба ҳасби дирҳами физзӣ ва **мисқоли** (لِاقْتَم) заҳабӣ мухталиф мебошад, чи аҷзoi мазкура аз дирҳам камтар аз аҷзoi мисқол аст. Ва назди аҳли таҷриба собит шуда, ки қадре аз физза, ки дар миқдор тасовӣ ба заҳаб дошта бошад, вазни заҳаб **се субъ** зиёда бар вазни физза мебошад. Ва аксар асотини атиббо бар онанд, ки дар замони қадим ва ҷадид кадри дирҳам мухталиф буда ба хилофи мисқол, ки қалилӣ дар ихтилофи он қоиланд ва ихтилофи ҳар як дар тайи таҳрири он мазкур мегардад.

Урузза (ارزّه), ки ба форсӣ «биринҷ» номанд, мурод аз \bar{u} вазни ду дона хардалибаррист.

Шаъира (شعيرة) –ду урузза аст.

Ҳабба (حَبَّة) аз дирҳам – иборат аз судси сумни \bar{u} ст, ки як ҷузв аз чихилу ҳашт ҷузви дирҳам бошад. Ва аз мисқол иборат аз ду шаъира аст, **/21a/**ки чаҳор урузза бошад.

Тассуч (تَسْوُح) аз дирҳам – ду ҳабба аст. Ва аз мисқол ду ҳаббаву ним, ки даҳ урузза бошад.

Қирот (قَارِيفَة) аз дирҳам – ду тассуч аст, ки шонздаҳ урузза бошад. Ва аз мисқол ду тассучу ним, ки бист урузза бошад.

Донак (كِنَاد) –ба форсӣ «донак» (كِنَاد) гӯянд ва он аз дирҳам ду қирот аст, ки сӣ[ва] дувоздаҳ бошад. Ва аз мисқол се қирот ва як ҳабба, ки чихил урузза бошад.

Тармаса (تَرْمَسَة) –ду қироти мисқол аст.

Навот (نَوَات) –ду донаки мисқол аст ва назди баъзе ним дирҳами физзӣ аст.

Ғаромо (غَارَمَا), ба ғайни муъҷама – аз як донаку ним то ду донак аст.

Армӣ (أَرْمِي), ба айни муҳмала – ҳафт уқия аст.

Кармаи шомия (كِرْمَايَة شَمِيَا) –назди баъзе як ғуромову ним аст ва назди баъзе се қироту як ҳабба.

Харнуб (خَرْنُوب) –аз мутлақи \bar{u} мурод як қирот аст.

Харнуби шомия (خَرْنُوب شَمِيَا) –чаҳор ҳаббаи физзӣ аст ва се ҳаббаи заҳабӣ.

Боқило (بَوَقِيلَا) – аз мутлақи \bar{u} ва аз боқилои юнония мурод ним дирҳам аст.

Боқилои исқандария (بَوَقِيلَا إِسْقَانْدَرِيَا) –нуҳ қирот аст.

Боқилои мисрия (بَوَقِيلَا مِصْرِيَا) –чихилу ҳашт ҷави мутавассит аст, ки як дирҳам бошад.



Убулус(سولوبا) – назди баъзе як донаки мисқол аст ва назди баъзе як донаки дирҳам. Юҳанно бинни Саробуён гӯяд се қирот аст.

Аксунофун(ن فانوسكا) – аз мутлақи /216/ ӯ мурод ҳашт қирот аст. Ва ҳар гоҳ дар равған мазкур гардад, мурод шонздаҳ драхмӣ аст ва аз шароб ҳаҷдаҳ мисқолу ним ва аз асал се вақия ва рубъ ва сумни вақия.

Драхмӣ(ىمخرد) – назди аксар як мисқол аст ва назди Қалилӣ як дирҳам. Ва дирҳамро муарраб аз он донистаанд.

Чавза(مزوج) – аз мутлақи ӯ мурод нуҳ драхмӣ аст.

Чавзаи набатия(مزوجهيطند) – як мисқол аст.

Чавзаи маликия(مزوجهيكله) – шаш драхмӣ аст.

Бундуқа(مقند) – як дирҳам аст ва назди баъзе як мисқол.

Милъақа(مقعلم) – дар адвия мурод як мисқол аст ва дар асал чаҳор мисқол.

Сомуно(انوماسد), ба сини муҳмала – як гаромову ним аст.

Ҷӣфус(سوفيووا) ва **ӯдуйя**(ميوذوا) – як вақияанд.

Қиёсо(اسايقة) ва **авн** (نوا) – ҳафт мисқоланд.

Фалчиёрин(نيرايچلف) – ба қавли Дискуридус як драхмиву ним аст.

Бардор(رادرد) – монанди милъақа аз асал чаҳор мисқол аст ва аз адвия як мисқол аст.

Бардори сағир(رادريغص) – як дирҳам аст.

Чарчир(ريجرج), ба чим ва рои муҳмала – ду сулси мисқол аст ва назди баъзе як сулс.

Ҳимои сағир(ىاماحريغص), ба ҳои муҳмала – ду мисқол аст.

Ҳимои кабир(ىاماحريبيك) – се мисқол аст.

Ҳамса(همصد) – се дирҳам аст.

Ҳузма(همزح), ба ҳои муҳмала ва зои муъчама – қариб шаш мисқол аст ва гӯянд кадрест, ки кафи даст мамлув созад.

Хурмо(امرخ), ба ҳои муъчама, /22a/– як донаку ним мисқол аст.

Динор(رانيد) – як мисқолу сулс аст.

Каф(فك) – шаш мисқол аст ва онро «қабза» низ гӯянд.

Яманино(انينمي) – се рубъи уқия аст.

Васиъун(نوعيسو) – ду мисқолу ним.

Ҷӣқия(ميقوا), ки «вақия» (ميقو) низ номанд – ҳафт мисқолу ним аст.

Истор(راتسا) – чаҳор мисқолу ним аст. Ва назди Қалилӣ чаҳор мисқол. Ва Хучандӣ гӯяд ҳазоктатиббо чаҳор мисқол донистаанд.

Нозал(لظاند) ва **низал** (لظيند) – ду истор аст. Ва назди Хучандӣ ду вақия ва дар «Мафотеху-т-тибб» ҳафт мисқол.

Сукурча(مچركسد) – аз мутлақи ӯ мурод шаш истор ва чаҳор донаки истор аст.

Сукурч(ч)аи кабира(مچركسدريبيك) – нуҳ уқия аст.

Сукурч(ч)аисағира(مچركسدريغص) – се уқия аст.

Садафа(مفدصد) – ба вазни сукурчаи кабира аст.

Тӯла(ملوط) – се мисқолу ним ва се қирот аст.

Настуни кабир(نوطسنريبيك) – се вақия аст.

Настуни сағир(نوطسنريغص) – ба вазни чавзои маликия аст, ки шаш драхмӣ бошад.

Қавосус(سوثاوق) – аз равған дувоздаҳ драхмӣ аст ва аз шароб як вақияву ним драхмӣ ва сулси он.



Дирҳами ноқис(مهردصقان), /226/ ки аз дирҳами тиббӣ мурод ӯст– иборат аст аз чаҳор донаку ним аз мисқоли сирфӣ.

Мисқоли сирфӣ(لاقتنى فریصد) – иборат аз дирҳами томми ҷадид аст.

Мисқоли тиббӣ(لاقتنى بط) – як дирҳами ноқис ва се субъи дирҳам аст. Ва он шаш донак аст, ки дувисту чихил урузза бошад ва саду бист шаъира ва шаст ҳабба ва бисту чаҳор тассуч ва бист қирот.

Мисқоли шаръӣ(لاقتنى عرش) – иборат аз дирҳами ноқиси тиббӣ аст, ки чаҳор донаку ним бошад. Ва он мувофиқи вазни ашрафӣ ду батӣ ва амсоли он аст.

Дирҳами шаръӣ(مهردى عرش) – ба қадри се субъ аз мисқоли шаръӣ камтар аст.

Фасли дуввум. Дар авзони кибор.

Ратл(لطر) – мурод аз мутлақи он ратли бағдодист, ки навад мисқол бошад ва ба дирҳам саду бисту ҳашт дирҳаму чаҳор субъи дирҳам, ки дувоздаҳ уқия бошад. Ва ин «саробиюн» гӯянд, ки ратли асал нисбат ба ратли шароб ба қадри рубъ зиёда аст ва нисбат ба равған ба қадри нисф ва ратли шароб нисбат ба равған ба қадри тисъ зиёда аст. Ва ратли маккӣ сад мисқол ва ратли мадинӣ саду бист мисқол аст.

Манн(نم) – аз мутлақи ӯ мурод ду ратл аст, ки ба вазни заҳаб яксаду ҳаштод мисқол бошад ва ба вазни физза дувисту панҷоҳу ҳафт дирҳам ва субъи дирҳам аст.

Манни маккӣ(نمى كم)/23a/ – яксаду шаст мисқол аст.

Манни румӣ(نمى مور) – бист уқия аст, ки саду панҷоҳ мисқол бошад.

Манни мисрӣ(نمى مصرم) ва **антолиқӣ**(نمى قیلاطنا) – шонздаҳ уқия аст, ки яксаду бист мисқол бошад.

Манни исқандаронӣ(نمى ناردنكسا) – сӣ уқия аст.

Манни қатарӣ(نمى رطقة) – бисту ду уқия аст ва назди шайхурраис яксаду ҳаштод мисқол аст.

Қист(طسقة) – дар куношишоҳир мазкур аст, ки аз равған ҳаҷдаҳ уқия аст ва аз шароб ҳафт ратл ва аз асал яксаду ҳашт ратл.

Қисти румӣ(طسقى مور) – саду панҷоҳ мисқол аст.

Қисти антолиқӣ(طسقى قیلاطنا) – яксаду сию панҷ мисқол аст.

Чавҳин(نیهوج) – шаш қист аст ба қисти румӣ, ки нуҳсад мисқол бошад.

Даврақи антолиқӣ(قرودى قیلاطنا) – ҳашт чавҳин аст, ки ҳафт ҳазору дувиств мисқол бошад.

Даврақи мутлак(قرودى لطمه) – се ратл аст.

Иноб(بانا) – аз асал ду ратлу ним аст ва аз равған як манну ним.

Қутулӣ, футулӣ(فوطولى / قوطولى) – ҳафт уқия аст.

Ибрик(قیربا) – ду манн аст ва назди баъзе панҷ ратл.

Толитун(نوطیلاط). Саду бисту панҷ ратл аст.

Чарра(هرج) – мутлақи ӯ бисту чаҳор қист ва назди Исроил чихилу ҳашт қист.

Чарраи сағира(هرج مرغیصد) – чаҳор қист аст.

Чарраи антолиқӣ(هرجى قیلاطنا) – чихилу ҳашт қист аст.

Чаврак(قروج) ва **чавсақо**(اقسوچ) – ҳар як се ратланд.

Қафиз(زبفة) – паймонаест, /236/ ки бисту панҷ манн бошад ва гӯянд бисту чаҳор килча аст.

Килча(كچلیك) – як манну ҳафт сумни манн аст.

Кайл(لیك) – сию шаш манн аст.



Кайла(كايلا) – сесад дирхаму касрест.

Машраба(مېرشما) – шаш истор ва рубъи истор аст.

Макук(كوكم) – се килча аст.

Қинтор(قانتوق) – як ҳазору дувист уқия аст ва гӯянд он миқдори тиллоост, ки пӯсти гов аз он пур шавад.

Мудд(دم) – паймонаест ба вазни ду ратлу рубъ, ки дувисту ду мисқолу ним бошад.

Соъ(عاصد) – чаҳор мудд аст ва ба ратл нуҳ ратл аст.

Аммо авзоне, ки дар билоди Ачам машҳур аст ва дар дастурот гоҳе ручӯъ ба он мешавад.

Яке **манни шохӣ**(نمی هاشد) аст ва он як ҳазору дувист мисқол аст. **Манни табрезӣ**(نمی زيربته) – шашсад мисқол аст. **Сер**(ريس) – назди аҳли Хуросон понздаҳ мисқол аст. **Васиях**(سيه) – иборат аз шонздаҳяки як манн аст. **Ва сияи панҷоҳ**(ميسماجنپ) – иборат аз сумни як манн. **Ва понздаҳ**(مدزناپ) – нисфи сияҳаст ва ўро дар Исфаҳон «**дах нор**» (مدراد) гӯянд.

Фасли сеюм. Дар таҳвили [баъзе] авзон ба баъзе.

Таҳвилидирҳам ба мисқол. Тарик он аст, ки аз дароҳим нисф ва хумсро чамъ намо-янд ва он адади масоқил аст. Мисолаш. Хостем доништа шавад, ки панҷоҳ дирҳам чанд мисқол аст. Аз панҷоҳ нисф гирифтем, ки бисту панҷ бошад ва хумси он ҳам/24a/ даҳ, маҷмуъ сию панҷ. Пас, донистем, ки панҷоҳ дирҳам сию панҷ мисқол аст.

Таҳвили мисқол ба дирҳам. Бар адади дароҳим чун се субъ афзуда шавад, мурод ҳосил мегардад. Мисолаш. Хостем доништа шавад, ки чихилу ду мисқол чанд дирҳам аст. Пас, меафзоём ҳаҷдаҳро, ки се субъи чихилу ду аст бар адади мисқоли мазкур ва ме-донем, ки чихилу ду мисқол шаст дароҳим аст.

Тарикӣ дигар он, ки адади таҳвили модун дирҳам бамодун мисқол бояд ба ҳабба

дароварад ва сумни онро андохт, пас, он чи бимонад, ҳабботи мисқол хоҳад буд. Мисолаш. Ҳар гоҳ пурсанд, ки чаҳор донак дирҳам чӣ қадар мисқол мешавад, бояд ба ҳабба ҳисоб намуд ва он сию ду ҳабба маҳсуб мегардад. Ва чун сумнро вазъ кунанд, бисту ҳашт ҳабба ба вазни мисқол мемонад. Ва он нуҳ қирот ва ҳабба аз мисқол аст.

Таҳвили модун мисқол ба модун дирҳам. Чун ба дастури мазкур ба ҳабба дароваранд ва бар он субъи он афзоянд, маҷмуи он ҳаббот дирҳам хоҳад буд. Мисолаш. Чун пурсанд, ки даҳ қироту ним мисқол чӣ миқдор дирҳам аст, бояд ба ҳабба даровард ва он сию як ҳаббаву ним мешавад. Ва чун субъи ўро, ки чаҳор ҳаббаву ним аст, /24b/ бар он афзоянд, сию шаш ҳаббаи дирҳамӣ хоҳад буд. Ва он чаҳор донaku ним дирҳам аст.

Адабиёт

1. Мирзо Бадеи Девон. Маҷмаъ-ул-арқом. Таҳияи Ғолиб Ғоибов ва Маҳмудҷон Холов. Душанбе: «Дониш», 2015. – 416 саҳ.
2. Муҳаммадмуъминбинни Муҳаммадзамони Ҳаким Муъмин. Тухфаи ҳаким Муъмин. Чопи сангӣ, Техрон, 1277; чопи офсет, 1378.
3. Муҳаммадмуъмин бинни Муҳаммадзамони Ҳаким Муъмин. Тухфату-л-муъминин. Дастхатҳои №495 ва №152 Китобхонаи Маҷлиси Шӯрои исломии Эрон; дастхати №4705 (1464) Китобхонаи оммавии «Худобахш»-и Банкипури Ҳиндустон.
4. Муҳаммадмуъмин бинни Мир Муҳаммадзамони Туникобунӣ Дайламай. Тухфату-л-муъминин. Дастхатҳои №721, №2479/2,3. Собрание восточных рукописей Академии наук Узбекской ССР (СВР). Тошканд, 1952. Ҷ.1. – С. 265; Ҷ.5. №4224/2,3, №2717, №3502, №3563, №2116/6, №2479/4, №3760/1. – С.276-279; Ҷ.8. №3516. – С.102-103; Ҷ.9. №5031, №2266, №4660, №5842. – С.315-319.
5. Хинц В. Мусульманские меры и веса с переводом в метрическую систему. Давидович Е.А.



Материалы по метрологии средневековой Средней Азии. М., 1970. – 148 стр.

6. Холов М. Мискали и мани (батмани) Бухары XIX - начала XX веков. Мероси ниёгон (Наследие предков), №7, 2004. – С. 153-162.

МЕДИЦИНСКИЕ МЕРЫ ВЕСА ПРОШЛОГО В «ТУХФАИ ХАКИМ МУМИН» МУХАММАДМУМИНА ХУСЕЙНА ТУНИКАБУНИ

Холов Махмуджон Шарипович

Научно-исследовательский институт истории естествознания и техники Бохтарского государственного университета имени Носира Хусрава

В работе приведены сведения о жизни и научной деятельности таджикского врача 17 века Мухаммадмумина Хусейна Туникабуни и его трактата «Тухфаи Хаким Мумин» («Подарок Хакима Мумина»). Показано, что в средневековых медицинских трудах, в начале произведения обычно указывались медицинские или аптекарские меры веса, чтобы правильно дозировать лекарства. Основу всех мусульманских мер веса составляли мискаль и дирхам, которые использовались и в медицине. От правиль-

ного определения соотношения этих двух мер, а также других мелких мер веса, зависело правильное составление сложных лекарств. В статье приведены около 90 средневековых мелких медицинских мер веса и их соотношения, которые использовались в медицинских произведениях, а также при приготовлении лекарств.

Ключевые слова: Мухаммадмумин Хусейн Туникабуни, «Тухфаи Хаким Мумин», традиционная медицина, медицинский трактат, медицинские меры веса, мискаль, дирхам.

MEDICAL MEASURES OF WEIGHT OF ANCESTORS IN “TUHFAL HAKIM MUMIN” BY MUHAMMADMUMIN KHUSEYNTUNIKABUNI

Kholov Makhmudjon Sharipovich

Research Institute of History of Natural Science and Technology of Bokhtar State University named after Nosir Khusrav

The work presents information about the life and scientific work of the 17th century Tajik doctor Muhammadmumin Khuseyn Tunikabuni and his remarkable treatise “Tukhfai Hakim Mumin” (“Gift of Hakim Mumin”). It is shown that in medieval medical works, at the beginning of the work, medical or pharmaceutical measures of weight were usually indicated in order to correctly dose medicines. The basis of all Muslim measures of weight were mithqal and dirham, which were also used in medicine. The correct

formulation of complex medicines depended on the correct determination of the ratio of these two measures, as well as other small measures of weight. The article presents about 90 medieval small medical measures of weight and their ratios, which were used in medical works, as well as in the preparation of medicines.

Keywords: Muhammadmumin Khuseyn Tunikabuni, “Tuhfai Hakim Mumin”, traditional medicine, medical treatise, medical measures of weight, mithqal, dirham.

Холов Махмуджон Шарипович - Институти илмӣ-таҳқиқотии таърихи илмҳои табиӣ-шиносӣ ва техникии Донишгоҳи давлатии Бохтар ба номи Носири Хусрав, ходими пешбари илмӣ, узви вобастаи Академияи муҳандисии Ҷумҳурии Тоҷикистон, номзади илмҳои физика ва математика. Ш. Бохтар, к. Айнӣ - 67. E-mail: kholov-mahmud@rambler.ru. Тел.: (+992)903050028.

Холов Махмуджон Шарипович - Научно-исследовательский институт истории естествознания и техники Бохтарского государственного университета имени Носира Хусрава, ведущий научный сотрудник, член-корреспондент Инженерной академии Республики Таджикистан, кандидат физико-математических наук. Г. Бохтар, ул. Аини - 67. E-mail: kholov-mahmud@rambler.ru; Тел.: (+992)903050028.

Kholov Mahmudjon Sharipovich - Research Institute for the History of Natural Science and Technology of Bokhtar State University named after Nosir Khusrav, leading researcher, corresponding member of the Engineering Academy of the Republic of Tajikistan, candidate of physical and mathematical sciences, Bokhtar city, st. Aini, 67. E-mail: kholov-mahmud@rambler.ru. Tel.: (+992)903050028.



ШАРҲИ АДАБИЁТ

КАМОЛИ БАДБҮЙ (*FERULA ASSAFOETIDA L.*). ИСТИФОДА ДАР ТИББИ КАДИМ, МАРДУМӢ, МУОСИР ВА ИЛМӢ (Шарҳи адабиёт)

Азонов И. Д., Холназар Б.М., Азонов Ч.А.

Пажухишгоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии “Ғизо”-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави ҚТ, ОИТ Пажухишгоҳи илмҳои бунёдии МДТ ” Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мубрамият. Мусаллам аст, ки аз замонҳои қадим наботот манбаи асосии рустаниҳои шифоӣ буда, дар тули асрҳо табибони мардумӣ ва олимони қадим ба ҷустуҷӯи доруҳои нав дар асоси гиёҳҳои шифобахш диққати калон меоданд. Дар тӯли ҳазорсолаҳои гиёҳҳои шифобахшро дар тибби мардумии манотиқи гуногуни ҷаҳон барои табобат ва пешгирии бемориҳои гуногун ба таври васеъ истифода мебаранд. Айни замон ҳудуди 1200 навъи гиёҳҳои шифобахш дар тибби мардумӣ, суннатӣ ва илмӣ истифода мешаванд ва бештари мардум аз доруҳои кимиёӣ, ки онҳоро таъсири зиёди номатлуб ҳамроҳӣ мекунад, истифодаи гиёҳҳои шифобахш ва доруҳои табииро авло мебаранд.

Мувофиқи маълумоти Joy et al., (2001) таваҷҷуҳ ба доруҳои гиёҳӣ дар солҳои охир ба таври назаррас афзоиш ёфтааст. Тақрибан 80%-и аҳолии ҷаҳон аз рустаниҳои шифоӣ истифода мебаранд [65].

Мусаллам аст, ки аз навъҳои мавҷудаи растаниҳои олии қариб 8000-тоаш аҳамияти шифобахшӣ дорад. Дар айни замон зиёда аз 40% доруворӣ дар бозори фарматсевтӣ аз маводи растани истеҳсол карда мешаванд ва ин рақам аз ҷумла дар ИМА 25%, Хитой, Ҳиндустон, Покистон 50% ва Россия 30 % - ро ташкил медиҳад [5,29,31].

Дар солҳои охир таваҷҷуҳи тадқиқгарон ва олимони ба яке аз растаниҳои дар байни аҳоли маъмул - камоли бадбӯй чи дар дохил ва чи дар хориҷ бештар шуда истодааст.

Камоли бадбӯй (*Ferula asafoetida L.*)-ро ҳамчун маводи иловагӣ дар маҳсулоти ғизоӣ ва ҳамчун маводи табобатии халқӣ барои бемориҳои гуногун дар бисёр кишварҳо васеъ истифода мебаранд.[4,23,42].

Муайян карда шудааст аст, ки аз 170 намуди камол зиёда аз 60-тоаш дар Осиёи

Миёна, Афғонистони Ғарбӣ, Туркия, Эрон, Шарқӣ, Ироқ, Аврупо ва Африқои Шимолӣ паҳн шудааст. Камоли бадбӯй дар Тоҷикистон, Афғонистон ва Эрон ба миқдори зиёд мушоҳида мешавад. Дар Ҳиндустон асафотидаро “хинг” меноманд. [4,6,24,42].

Камол мансуби рустаниҳои бисёрсола аст. Дарозии пояш то 3 метр мерасад. Решааш калону ғафси сергушту пояш дарунковок аст. Дар охири поя чатргули мураккаб дорад. Баргҳояш мулоим ва сеқирра мешаванд. Камол гулҳои зард ё зарди сафедча дорад. Меваашаз ду нима иборат буда, байзашакл ё нимқурра (дарозияш то 20 мм ва бараш то 16 мм) мешавад. Дар вақти буриданаш зифтхосил мекунад, ки он ба мисли кулулачаҳои гуногун дар ҷои буридашуда пайдо мешавад. Кулулаҳо ранги тира ё дорчинӣ дошта, бӯи сир мекунад. Мазаашон турши тез аст. Дар моҳҳои апрел-май гул карда, август-сентябр мевааш мепазад.

Дар Тоҷикистон навъҳои гуногуни камол асосан дар вилояти Хатлон, водии Зарафшон, каторкӯҳҳои Ҳисору, Дарвоз ва вилояти Мухтори Бадахшон нумӯ меёбад.

Дар тиб асосан зифту қатрони камол истифода мешавад. Қабати ғафси решаашро, ки аз қисмҳои рӯизаминӣ ҷудоаст, бурида баъди як моҳ зифту қатрони дар ҷои буриш ҷамъ шударо мегиранд.

Таркиби кимиёии камол. Муқаррар карда шудааст, ки дар решаи навъҳои мухталифи камол кумаринҳои терпеноидӣ, фурукумаринҳо, флавоноидҳо, лактонҳои сесквитерпенӣ, эфирҳои мураккаби спиртҳои терпеновӣ ва кислотаҳои хушбӯй, инчунин равғанҳои эфир бо бӯи сири нофорам мавҷуд мебошанд, ки пайвастиҳои полисулфидӣ маҳсуб меёбанд.

Дар чинси Umbelliferae, аз ҷумла чинси *Ferula* аз 50 навъи растаниҳо зиёда аз 250 терпеноидҳо ҷудо карда, сохти бештар аз 150 терпеноидҳои нав муайян гардида, инчунин кумаринҳои терпеноидӣ ва лактонҳои сесквитерпеноиди навъҳои монокарпикӣ доро буда, навъҳои мураккаб дар навъҳои поликарпикӣ зиёд мебошад. Таркиби кумаринҳо ва эфирҳои мураккаб аз давраи вегетативӣ ва шароити экологии сабзиш вобастагӣ дорад [19,22,31].

Муқаррар карда шудааст, ки дар решаи навъҳои мухталифи камол кумаринҳои терпеноидӣ, фурукумаринҳо, флавоноидҳо, лактонҳои сесквитерпенӣ, эфирҳои мураккаби спиртҳои терпеновӣ ва кислотаҳои хушбӯй, инчунин равғанҳои эфирӣ бо бӯйи сирии нофорам мавҷуд мебошанд, ки ба пайвастиҳои полисулфидӣ махсуб меёбанд.

Тибқи маълумоти (М.О. Карриева) дар қатрони *Ferula assa-foetida*, ки дар Туркманистон мерӯяд, баромади равғанҳои эфир 2,54-3,44%; P_0^{20} – 1,5075; флавоноидҳо 2,44-2,88%; кумарҳо 1,58-3,15%; ва ҷамъи лактонҳо 0,15-0,24% -ро ташкил медиҳад [18].

Дар таркиби зифту қатроне, ки аз камол мегиранд аз 2,54 то 19,6 Ҷоиз равғани атрӣ, 65% моддаҳои органикӣ, вторбутилметилдисульфид, диметилтрисульфид, 2-бутилметилдисульфид, 2-бутилметилтри-сулфид, ди (2-бутил) дисульфид, ди (2-бутил) трисульфид 2,44-2:88 флавоноид ва дар баргаш кислотаи фенилкарболовӣ, ферулӣ, флавоноидҳои метионин 7-гликозидӣ лютеолин ва дар мевааш равғани эфирӣ мавҷуд аст [18].

Тибқи тадқиқоти Садиқов Ю.Д. (2003), тамоми навъҳои камол, ки дар ҳудуди Тоҷикистон месабзанд, пайвастиҳои кумаринӣ доранд. Теъдоди бештари онҳо дар меваҳои ҷашон (0,43-1,12%) ба назар мерасад. Инчунин, аз ҷониби ӯ муқаррар карда шудааст, ки мавҷудияти кумаринҳо дар қисматҳои гуногуни *F. gigantea*, аз ҷумла, дар меваҳо 0,82%, решаҳо 0,63%; *F. eugeni* дар меваҳо 0,68%, решаҳо 0,38%, *F. kokfnica* дар меваҳо 1,12%, дар решаҳо 0,92% -ро ташкил медиҳад. Дар баробари ин, аз тарафи муаллиф аз меваҳои камол *kokandseua* ҷудо ва 9 маво-

ди дорои хосияти кумаринӣ дошта ҳаммонанд карда шудаанд: кислотаи галбанӣ, кислотаи каратавиковӣ, умбеллипронин, коканикаин, гумозин, кратавикин, гумозин, фернезиферол, умюбелиферон ва резалин. [26]

Нишондиҳандаҳои физикию кимиёвии равғани атрии камоли бадбӯ.

Ранг зарди сабзранг

Бӯйи баланди тези барояш хос

Зичияш дар 20°C 0,870-0,903

Нишондиҳандаи шикасти нур дар 20° C (1,476-1,488

Бурҷи даврзаниаш аз +1 то +11

Ададӣ эфирияш 5-20

Ҷаъолнокии намоёни экстрогени эфирҳои мураккаби ферутин, ферутинин ва теферин ошкор карда шудааст. Дар асоси ҳамин пайвастиҳо ду доруи боарзиш ба вучуд оварда шуданд: тефестрол (ҳангоми касалиҳои гинекологӣ истифода мешавад) ва паноферол, дар амалияи ветеринарӣ барои баланд бардоштани тухмкунии мурғон, пешгирии қисии гӯсфандон ва ҳайвони калони шохдор қор фармуда мешаванд [22].

Муқаррар карда шудааст, ки равғани глабаний асосан аз монотерпенҳо ва микдори ками пирозанҳо иборат аст, ки онҳо бояд камолро бо маводи хушбӯй таъмин кунанд. Бо вучуди ин, иловтан, дар натиҷаи таҳқиқоти газии хроматографӣ шаш маводи кимиёвӣ кашф карда шуд ва таҳлили пайвастиҳои натиҷавӣ боиси муайян кардани пайвастиҳои нави хушбӯйӣ (6Z, 8E) -undeca-6,8,10-tyrene-3-one ва (6Z-8E)-undeca-6,8,10-tyrene-4-one гардид [64].

Мувофиқи маълумоти М.Н. Abd El-Razek [2001], дар баробари шаш пайвастиҳои маълуми таркиби *Ferula assa-foetida*, кислотаи глабанӣ, гуммосин, бадракемин, самаркандин, полиантин ва невескон аз қиёми хлороформии камол ду кумарини нави сесквитерпен ҷудо карда шудаанд. *assafoetida*, ки ҳамчун *assafetidinol A* ва *assafedinol B* таъйин шудаанд. Сохтори онҳо бо усулҳои спектроскопӣ муқаррар карда шудааст [38].

Дар баробари ин, ба гуфтаи Asgthari J et al., [2016], дар қатрони равғани камол ассафоеида, аз қабилҳои конферон, бадракемин, исзамаркана, фселол ва самаркандин ҷудо ва



муайян карда шуданд, бо истифода аз тадқиқотҳои гузаронидашуда тавсиф карда мешавад.

Дар асоси омӯзиши кимиёвии таркиби катрони резини *Ferula assafoetida* L., дар баробари якчанд пайвастиҳои дигар, сесквитерпеноиди нави кумарин, 7-((E)-5-((1S,3S,6S)-3,6-дигидрокси-2,2,6-триметилсиклогексил-3-метил-пент-2-эн-1-ил)окси)-2H-хромен-2-он, ки ассимафетиднол ном дошт. Сохтори химиявии он дар асоси таҳлили спектроскопӣ муқаррар карда шудааст. Омӯзиши муштарак бо усули DFT/V3LYP/3-21G* оптимизатсия карда шуд [44].

Дар таркиби рағғани эфирияш маводи зерин: карвон (кетон); кадинен 50-60%, Д3-карен (2-16%), лимонен, миристисин, миртсен (25-35%), а-пинен (5,21%), в-пинен (40-70%), сабинен (0,3-3%), спиртҳои булнесол, гуайенол, гуайол, дегидрофарнезол, кардинол, назидики (0,6%). Ғайр аз ин, дар таркиби рағғанаш миқдори то 90% моно ва сесквитерпенҳо муайян карда шудааст.

Мувофиқи маҳзанҳои илмӣ таркиби рағғани эфирии камол аз пайвастиҳои биологӣ фаъол бой аст, аз ҷумла: Гашишен 0,03%, алфа-гуйен 0,64%, алфа-пинен 16,11%, бета-пинен 60,30%, алфа-фенхен 0,02%, камфен 0,22%, туя-2,4(10)диен 0,01%, сабинен 1,01%, 3- пара-ментен 0,02%, мирцен 3,20%, псевдолимонен 0,12%, алфа-фелландрен 0,10%, бета-фелландрен 0,58%, делта-3-карен 3,98%, алфа-терпинен 0,44%, пара-цимол 0,49%, лимонен 2,82%, цис-бета-оксимен 0,19%, транс-бета-оксимен 0,12%, гамма-терпинен 0,61%, изотерпинолен 0,02%, терпинолен 0,34%, 1,8-цинеол 0,13% транс-сабиненгидрат 0,13%, цис-сабиненгидрат 0,62%, цис-пара-мент-2-эн-1-ол 0,05%, транс-пара-мент-2-эн-1-ол 0,04%, линалоол 0,30%, транс-пинокарвеол 0,08%, транс-вербенол 0,02%, терпинен-4-ол 2,03%, алфа-терпинен-ол 0,43%, Пинокарвон 0,03%, (3E,5Z)-1,3,5-ундекатриен 0,27%, (3E,5E)-1,3,5-ундекатриен 0,04%, алфа-фенхилацетат 0,30%, линалилацетат 0,15%, борнилацетат 0,06%, алфа-терпинилацетат 0,23%, Метилловый эфир тимола 0,02%, метилловый эфир карвакрола 0,24%, Изоледен 0,04%, алфа-копаен 0,02%,

бета-элемен 0,02%, гамма-элемен 0,12%, бета-кариофиллен 0,13%, алфа-гвайен 0,02%, 6,9-гваядиен 0,03%, бета-барбатен 0,03%, алфа- Гумулен 0,05%, транс-кадина-1(6),4-диен 0,03%, алфа-аморфен 0,02%, делта-аморфен 0,03%, гермакрен В 0,16%, гермакрен D 0,09%, бета-селинен 0,04%, бисиклогермакрен 0,06% , алфа-Муролен 0,04%, бета-бисаболен 0,03%, гамма-кадинен 0,07%, делта-кадинен 0,14%, 4-эпитсис-дигидроагарофуран 0,08%, Элемол 0,02%, спатуленол 0,03%, гуайол 0,34%, 1,10-ди-эпи-кубенол 0,03%, 10-эпи-гамма-эудесмол 0,16%, хинесол 0,02%, тау-кадинол 0,06%, эпи-алфа-кадинол 0,03% , алфа-эудесмол 0,32%, булнезол 0,27%, алфа-бисаболл 0,04%, акоренон 0,22%, Димер мирсена I 0,05%, Изоледен 0,04%, алфа-копаен 0,02%, бета-элемен 0,02%, гамма-элемен 0,12%, бета-кариофиллен 0,13%, алфа-гвайен 0,02%, 6,9-гваядиен 0,03%, бета-барбатен 0,03%, алфа- Гумулен 0,05%, транс-кадина-1(6),4-диен 0,03%, алфа-аморфен 0,02%, делта-аморфен 0,03%, гермакрен В 0,16%, гермакрен D 0,09%, бета-селинен 0,04%, бисиклогермакрен 0,06% , алфа-Муролен 0,04%, бета-бисаболен 0,03%, гамма-кадинен 0,07%, делта-кадинен 0,14%, 4-эпитсис-дигидроагарофуран 0,08%, Элемол 0,02%, спатуленол 0,03%, гуайол 0,34%, 1,10-ди-эпи-кубенол 0,03%, 10-эпи-гамма-эудесмол 0,16%, хинесол 0,02%, тау-кадинол 0,06%, эпи-алфа-кадинол 0,03% , алфа-эудесмол 0,32%, булнезол 0,27%, алфа-бисаболл 0,04%, акоренон 0,22%, Димер мирсена I 0,05% ва ғайра муайян карда шудааст.

Камоли бадбӯӣ ё *ferula asafoetida* манбаи асосии асафоетида мебошад, ки бӯи қавӣ, доимӣ ва сулфурӣ дорад, инчунин катрони рағғандораш дорои хосиятҳои шифобахш ва ғизоӣ мебошад.

Тадқиқотҳои таҷрибавӣ муайян карданд, ки моддаҳои гуногуни *ferula asafoetida* таъсири нейропротекторӣ, оромибахш, зиддиоксидант, зидди ихтилоҷӣ, зиддимикробӣ, зиддисаратон, зиддиситотикӣ, гепатопротекторӣ, зиддигелминтӣ ва ғайра доранд. [42]

Қатрони резинии онро дар тибби Шарқ зиёда аз 1000 сол истифода мешавад. Он ба

фармакопējaҳои 19 кишвари ҷаҳон ҳамчун доруи зиддиихтилоҷӣ дохил карда шудааст. Аз замонҳои қадим навъҳои гуногуни камолро дар тибби анъанавии халқҳои гуногуни Осиёи Марказӣ, Эрон, Афғонистон, Чин, Ҳиндустон, Покистон барои табобати бемориҳои гуногун, аз қабилӣ захмҳои душвор табобатнашаванда, варамҳо, сифилис, сил, рагкашӣ, ҳистериа, кабуд- сурфа, бемориҳои меъдаю рӯда, узвҳои нафас ва ғ. истифода мебаранд[5,24,27,44].

Тибқи мифологияи қадим, ферулаи бадбӯйро аз сабаби бӯи бад ва таъми дилбеҳузураш саргини шайтон меномиданд.

Дар замонҳои қадим баъзе одамон барои рафъи шамолхӯрӣ ва табларза як пораи хурди сақичашро ба гардан меовезонданд. Asafoetida ҷузъи асосии формулаи гиёҳии машҳури Аюрведик Ҳингаштак, номи санскрит Ҳинг мебошад.[4]

Дар Форс камоли бадбӯйро ҳамчун таъми гаронбаҳо истифода мебарданд ва онро «хӯроки худоён» меномиданд ва онро қариб бо тамоми хӯрокҳо омехта мекарданд.

Тибқи ҷадвали номҳои, ки Amalraj A. (2016) ва Sreera пешниҳод кардаанд. Асафоеида дар кишварҳои гуногун бо номҳои гуногун номида мешавад, масалан дар Афғонистон - кама, ангуза, Бангладеш Хинг, Чин - А-вей, Англия - asafoetida, Финландия - asafoetida, ҳаурипка, pirunpaska ва pirunpihka, Фаронса - asafoetida, Assafotida, Ferula persique, Merbe du diable, Олмон - asafoetida, asafotida, asant, stiskasant, teufelsdrek, Юнон - aza, Ҳиндустон - Hengu, hing, hingu, кагува, ingu, in perungayam perunkaya ва raamatan, Эрон Rechina fena, zaz, Италия-Asafetida, Нидерланд-Asafetida, duivelsdrek, godenve dsel, sagapin, Норвегия- Divelsdrek, Покистон- Anjajana, kama, anguza, Полша Asafoetida, Zapaliczka suchnafoda, Русия, Асафоеида, Шири Ланка- Перукаян, Шветсия - Асафоеида, Давелстрак, Танзания - Мвие, Тибет - Шинг-кун, Туркия - Сетан-бокосу, сеитан терси, Америка - Асафоеида Қатрони бадбӯй ва саргини шайтон[42].

Маводи ҷузъҳои гуногуни наъҳои мухталифи камолро аз замонҳои қадим барои

табобати бемориҳои гуногун ва ҳамчун воҳити зиддиуфунӣ, ҳифозатӣ аз ҳашаротҳо истифода мебарданд.

Демокрит (асри 11 пеш аз милод) тавсия дода буд, ки хонаҳоро бо галбан муҳофизат кунанд, то аз магасҳо муҳофизат карда шавад. Флорентин (асри 11) қайд кардааст, ки фумигатсия бо глобан ҳамаи хазандагонро нест мекунад. Аз ин рӯ, ӯ тавсия дод, ки дуди голбан ва асафоеидаро барои муҳофизат кардани манзил аз морҳо истифода баранд.

Ба гуфтаи Теофраст (370-285 пеш аз милод), камол (Панакус Псклепиус)-ро барои газидани мор ва кажум, абсесс бо шароб менӯшанд ва барои варамҳо бо асал истеъмом мекунанд; ба захми намнок панаки хушк мепошиданд [4, 33].

Диоскорид (асри 1) ва Плиний навиштаанд, ки галбанум таъсири оромкунанда ва зиддиихтилоҷӣ дорад. Дар баробари ин, онҳо таъсири бедардкунанда, пешоброн ва ҳайзрони галбанумро қайд карданд [33].

Абуалӣ ибни Сино дар китоби дуҷуми «Ал-Қонун-фи тибб» дар бораи хосиятҳои шифобахши навъҳои гуногуни ферула навиштааст ва нишон медиҳад, ки резини Ferula assafoetida L. дорои хосиятҳои карминатсионӣ, ҳазмкунанда, зиддиилтиҳобӣ ва зидди спазмолик мебошад. Маводҳои Ferula galbaniflua Bois агентҳои хуби зиддиилтиҳобӣ дар табобати бавосир, спазмҳои мушакҳо, дарди сар, дарди дандон, эпилепсия ва отити миёна мебошанд. Омода аз ферула инчунин дарди камарро дафъ мекунад, пӯсти рӯйро аз доғҳои пигментӣ тоза мекунад ва хосияти пешобкунанда дорад[1].

Абумансури Муваффақ (асри 10). дар асарии худ «Махзан уд-авдиё» нишон медиҳад, ки ферула дарди бугумро таскин медиҳад, фаъолияти меъдаро беҳтар мекунад, иштихоро беҳтар мегардонад, инчунин хосиятҳои карминатсионӣ ва захмхобикунанда дорад [2].

Амирдавлат Амасиатси (асри XVII) дар китоби «Барои нолозим» менависад, ки доруҳои камоли бадбӯй таъсири нармкунанда доранд, майли шахвониро зиёд мекунанд, ба ҳазм шудани ғизо мусоидат мекунанд ва



хосиятҳои пешобкунанда ва зидди гичаронӣ доранд; Илова бар ин, резини камоли форсиро (Ф. Персика Вилл) он ҳамчун доруи хубе барои фалаҷ, саър (эпилепсия), катарктаи ибтидоӣ, илтиҳоби пилкҳо ва инчунин ҳамчун доруи гичарон ва пешоброн истифода мебаранд. Ғайр аз инхаладарди гурдари нест мекунад[3].

Калимаи галбания аз юнонӣ (Чалбани) резини-катрон (ё равған-гум-катрон) меояд. Ин ном аз сабаби таркиби равғани эфирӣ дода шудааст, ки дар буришҳо ва тарқишҳои табиӣ қисми поёни танаи тана, шохаҳо ва ризомаҳои камоли бисёрсола резини (*Ferula galbaniflua* Bjiss.et Buhee) пайдо мешавад [9].

Дар Тоҷикистон навъҳои зерини камолҳо мерӯянд: *Ferula foetida* (Bunge) Regel (камоли бадбӯй, каврак); Камоли Таджикорум М.Пимен (камоли тоҷик, хандак); *Ferula foetidissima* Regelet Schalh (камоли бадбӯй, чома); *Ferula violacea* Korov (*ferula* бунафш, каструф, рошак), ки решааш бӯи сирпиёз дорад [24, 25].

Дар тибби асримиёнагӣ ва суннати тоҷикон ва дигар халқҳои Осиёи Миёна калимаи хилтит (инги бадбӯй, самӣ, охчайир, шайир) кайҳо боз ба кор рафтааст, ки он ҳамчун доруи зидди рафъкунанда, рафъкунанда, холеретикӣ ва меъдаю рӯда истифода мешавад.

Дар тибби халқӣ онро барои ҳолатҳои зерин ва бемориҳои зерин таъйин мекунад: ҳистерия, саръ (эпилепсия), гипохондриа, рагқашӣ, нафастангӣ, сил, тарбод, диабетиканд, бемориҳои чигар, бемориҳои пӯст ва чинсӣ варамҳои шадид[4,5,22,24,27,34].

Дар тибби анъанавӣ ва мардумии Русия катрони *Ferula resinosa* барои табобати ҳистерия, бемориҳои роҳҳои болоии нафас, сифилис, варамҳо ва ғайра истифода мешуд. Қиёми реша ва равғани атриаширо барои шамолқашӣ, дарди сар ва радикулит истифода мекарданд; берунӣ онро барои зардзахм, доғҳо, захми трофикӣ, захмҳои табобатнашаванда истифода мекунад[13,14].

Дар тибби чинӣ катрони камолро дар муолиҷаи ҳассосият, неврозҳо, сил, диабетиканд, лимфаденит ва ҳамчун воситаи балғам ба таври васеъ истифода мешавад.

Дар тибби Тибет камолро дар муолиҷаи бемориҳои системаи дилу рағҳо, инчунин ҳамчун доруи зиддимикробӣ ва бехтаркунандаи иштиҳо истифода мешавад. Дар «Дуйнхор делечен» гуфта мешавад, ки катрони камол дар муолиҷаи сармозада фоиданок буда, таъсири хуби гичаронӣ дорад. Дар тибби чинӣ катрони ферула дар муолиҷаи ҳассосият, неврозҳо, сил, диабетиканд, лимфаденит ва ҳамчун воситаи балғам ба таври васеъ истифода мешавад [36].

Тибқи мифологияи қадим, камоли бадбӯйро аз сабаби бӯи бад ва таъми дилбеҳузураш саргини шайтон меномиданд.

Табибони ҳиндӣ камолро барои табобати бемориҳои гуногун, дарунравӣ, вабо, диабетиканд, невроз, тарбод ва диққи нафаси бронхиалӣ истифода мебаранд. (Ф. *Gummosa* В.) -ро ҳамчун воситаи балғамрон, зиддиилтиҳобӣ ва зиддиилтиҳоби меъда, бронхит, тарбод, исхол, дарунравӣ, вабо, диабетиканд, невроз, истерия, тарбод, бронхитҳои музмин ва паразитҳо истифода мешаванд. бемориҳои пӯст [49].

Дар Афғонистон қиёми оби гарми сақичи хушки онро ҳангоми кабудсурфа, ҳистерия ва барои табобати чароҳатҳо истифода мебаранд, ғайр аз ин дамхурдаи алафашро ҳамчун маводи гичарон ва зиддииктилоҷӣ, пешоброн, дардбанд дар Мисри араб мефармоянд. Дар Малайзия онро барои табобати аминорея, дар Маркаш ҳамчун зиддиилтиҳобӣ ва гичарон, зидди бемории саър (эпилепсия) дар Непал қиёми оби яширо ба ҳайси дардбанду гичарон, Дар арбаи Саъудӣ сақичи хушки онро ҳангоми кабудсурфа, диққи нафас ва гичарон истифода мешавад [68].

Tiwar KС, ва дигарон., (1979) нишон медиҳад, ки камоли бадбӯй Асафоетида аз замони қадим дар Ҳиндустон эҳтироми баланд дошт. Асафоетидаро дар тибби Ҳиндустон ҳамчун доруи карминатсия, зиддииктилоҷӣ, ангезандаи асаб ва оромкунанда истифода мебаранд. Дар тибби Ҳиндустон барои муолиҷаи сангҳои меъда ва гурдаҳои хушки *Lamprugis noctiluca*-и бе сар истифода мешуданд, ки онро бо 200-300 мг ферула омехта карда, сахар ва бегоҳ истеъмол ме-

карданд ва барои сангҳои кӯҳна селитраи калий илова мекарданд [77].

Муайян карда шудааст, ки намаки натрийи галбан ва кислотаи каратавилӣ, таркибашон *Ferula gummosa* ва *Ferula karatavica*, таъсири захми резерпинро пешгирӣ карда, бо таъсири сусти миотропӣ ва зиддиихтилоҷӣ таъмин мекунад. Дар баробари ин, ҳамчун депрессантҳои марказӣ, онҳо таъсири гидрохлорид ва барбитуратҳоро зиёд мекунад ва ба ин васила ларзишҳои арколинӣ ва ларзишҳои коразолро зиёд мекунад ва чӯзӣи мотории рефлексии ориентатсияро коҳиш дода, таъсири сусти гипотензивӣ таъмин мекунад. Онҳо ба таври муътадил диурезро зиёд мекунад ва фаъолияти антибиотикиро нишон медиҳанд [5,8,10,11,12].

Муқаррар карда шудааст, ки атсетати самаркандин дорои таъсири зиддиихтилоҷӣ, миотропӣ буда, аз ҷиҳати фаъолият ба папаверин шабоҳат дорад; реоселин доруи заифтар зиддиихтилоҷӣ буда, пешобро коҳиш медиҳад, ҳангоми бастании пилорус дар каламушҳо хосиятҳои зидди захмӣ нишон медиҳад, умри мушхоро дар ҳолати гипоксияи гемикӣ дароз мекунад [10,20].

Эстерҳое, ки аз камол ба таври дақиқ чудо карда шудаанд, фаъолияти эстрогенӣ доранд; дар асоси онҳо як доруи камзаҳарноки тефестерол таҳия карда шуд, ки дар амалияи тиббӣ барои гипофунксияи тухмдонҳо, аменорея, синдроми менопауза ва таъхири рушди ҷинсӣ истифода мешавад.

С.С. Назруллоева ва ҳаммуаллифон (2000) тадқиқоти муқоисавии фаъолияти эстрогенӣ ва репродуктивии ҷамъи эфирҳои спиртҳои терпеноидиро, ки аз узвҳои зерзаминии Камоли Кистаника Коров ва аз решаи камоли маҳин чудокардашуда, доруҳои ферулен, тефестрол ва паноферол омода карда шудааст [21].

С.С. Назруллоева усули Эвансро истифода бурда, маълум кард, ки аз ҷиҳати фаъолияти эстрогенӣ куфестерол ва тефестрол аз дистилбестерин ва этинил эстридиол то андозае пасттаранд. Онҳо инчунин фаъолияти намоёни эстрогении эфирҳои ферутин, ферутин ва теферинро ошкор карданд. Дар

асоси ин пайвастагӣҳо ду доруи пурқимат ба вучуд оварда шудаанд: тефестрол - барои бемориҳои занона ва паноферол-и дар амалияи байторӣ барои зиёд кардани истеҳсоли тухми мурғ, пешгирии насловариҳои гусфанд ва чорвои калон истифода мешаванд [21,24].

Ба гуфтаи В.М.Потапова ва дигарон (1985), навъҳои камоли, ки дар қаламрави Қазоқистон мерӯянд, манбаи доруҳои зиддиилтиҳобӣ мебошанд; аз 6 намуди камоле, ки дар вилояти Чимкент мерӯяд, 20 моддаи алоҳида бо усули хроматографияи колонна, аз ҷумла 13 проазулен чудо карда шуд. Дар асоси моддаҳои чудошуда (проазуленҳо) малҳамҳои эмулсиявӣ таҳия ва дар 45 нафар беморони сӯхтагии марҳилаи I-III пешакӣ санҷида шуданд, ки дар онҳо 41 нафар (91%) таъсири намоёни зиддиилтиҳобӣ доштанд, ки ин бо эпителизатсияи барвақти сатҳи сӯхтагӣ тасдиқ карда шуд.

Равғанҳои мазкур инчунин дар 49 беморони гирифтори зардзахм (экзема) ва қуло (псориаз) озмухта шуданд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки 29 (59%) беморон пурра барқароршавии клиниқиро аз саргузаронидаанд ва 14 (29%) ҳолати онҳо ба таври назаррас беҳтар шудааст, ки аз шиддатнокии таъсири зиддиилтиҳобии азулогенҳо дар таркиби ферулҳо ва зарурати дар амалияи тиббӣ истифода бурдани онҳо далолат мекунад. [4.5.]

Маводи аз камол омодашуда ба кори меъдаю рӯда низ таъсири мусбӣ мерасонад. Дар таҷрибаҳо муайян карда шуд, ки инфузияи қиёми камоли 10-20% дар вояи 50-120 мл фаъолияти таровишии меъдаро зиёд мекунад: ихроҷи озод, умумии; ва кислотаи гидрохлориди пайваस्तшуда зиёд мешавад. Онҳо инчунин таъсири (*Ferula assafoetida* L.)-ро дар 41 сағ омӯхтанд.) ҳангоми ба дохили рағӣ варид ворид кардани вояи 4 мл/кг вазни бадан дар заминаи фишорбаландии таҷриба-ви маълум гардид, ки доруи озмоишшаванда фишори хунро дар рузҳои 4-5 ба эътидол меорад ва дар заминаи таъсири адреналин таъсири вазодилиаторӣ дорад [28].

Инчунин муайян карда шудааст, ки меваҳои камоли куҳистонӣ (Камол) дорои хо-



сиятҳои трихомоностикӣ буда, дар иқтибос аз меваҳо ва маҷмуи кумаринҳои камоли литофила фаъолияти зиддиилтиҳобӣ нишон медиҳанд. Лактонҳои сесквитерпении аз решаҳои *Ferula Litwinowiana* дорои хосиятҳои зиддитабҳолӣ мебошанд ва онҳоро барои табобати табҳол истифода бурдан мумкин аст. Инчунин терпеноидҳо аз *Ferulapallida* ва *Ferulatenuisecta* дорои фаъолияти эстрогенӣ мебошанд. Дар асоси онҳо доруи эстрогении пенаферол сохта шудааст [20, 37].

Мувофиқи маълумоти Р.Бариллак ва ҳаммуаллифон (1993), дар таҳқиқоти таҷрибавӣ дар каламушҳои *Wistar* ворид намудани маводи *Ferula linesis* Krassh дар вояи 0,16 ва 0,08 мл/100 г вазн дар тӯли 5 рӯз муайян карданд, ки қиёми он микдори глюкозаро коҳиш дода, сатҳи мутатсияҳои марговари бартаридошта, таъсири онро ки бо истифодаи б-меркантопурин дар марҳилаи сперматогония ва сперматидҳои ба амал меояд тамдид менамояд. Бояд гуфт, ки қиёми камоли мазкур аслан таъсири мутагенӣ надорад, балки баръакс, дорои фаъолияти зиддимутагенӣ дорад [13].

М.Одилбеков (1990) дар таҷрибаҳои дар мушу каламушҳо амалӣ сохтааш исбот кардааст, ки кумаринҳои камоли бадбӯй ва камоли Шугнон хосиятҳои зидди кансерогенӣ доранд. Вақте ки кумаринҳои аз Ферула бадбӯй ба дохили меъда ба ҳайвонҳо ворид карда мешуданд, афзоиши саркома 76%, лимфосаркомаи Плисс 46% ва кумаринҳои камоли шугнонӣ афзоиши меланома В16 54% ва карсиносаркомаи Люисро то 54% пешгирӣ намуданд [4].

Мувофиқи маълумотҳои М.Тоҳирӣ (2004), камоли зарафшон дар тибби халқии тоҷик дар табобати бемориҳои рӯдаи рӯда, тарбод ва диabetи қанд васеъ истифода мешавад [30].

Ш.А. Рахимов (2006) дар таҷрибаҳои дар каламушҳои сафед амали кардааш муайян намудааст, ки равғани эфирии камоли бадбӯй таъсири намоёни зиддиилтиҳобӣ дорад. Ҳангоми ба дохили меъда ворид кардани равғани эфирии камоли бадбӯй дар вояи 0,02 г/кг вазни бадан нуфузпазирии

баланди капиллярҳои зерпӯст ва капиллярҳои дохили шикамро, ки дар натиҷаи таъсири ксилол ва формалин ба вучуд омадааст, ба таври назаррас коҳиш медиҳад, дар айни замон, хокаи катрони камоли бадбӯй, Ferusino- P, Ferusino- G дар вояи 0,05; 0,1 ва 0,15 г/кг вазни бадан дар каламушҳои сафед таъсири намоёни холеретикӣ доранд [23].

Холов А.К. ва дигарон, (2019) дар пажӯҳишҳои дар каламушҳои сафед амали намуда муайян намудаанд, ки равғани эфирии камоли бадбӯй дорои таъсири намоёни зиддиилтиҳобӣ ва холеретикӣ буда, функцияи зиддитоксикии чигарро беҳтар мекунад. Ворид кардани равғани эфирӣ дар вояи 0,02 г/кг фаъолияти сафроии чигарро беҳтар мекунад ва ба таври назаррас (P 0,001) гузариши зиёдшавии пӯст ва капиллярҳои шикамро коҳиш медиҳад [32].

Дар тадқиқотҳои Бобоев Ч.А. (2019, 2021) хусусиятҳои зиддидиabetи ва зиддиоксидии маводи аз қиёми решаи камоли бадбӯй омодашуда оиди омӯзиш қарор дода шуда, муайян карда шуд, ки қиёми мазкур ҳангоми диabetи аллоксанӣ сатҳи глюкоза аз таъсири аллоксан баландшударо ба таври эътимоднок коҳиш медиҳад. Дар баробари ин фаъолнокии диалдегиди малонивиро коҳиш дода нишондиҳандаҳои каталаза ва СОД-ро, нисбати гуруҳҳои назорати баланд мекунад, ки ин аз хусусияти гипогликемӣ ва зиддиоксидии қиёми решаи камоли бадбӯй далолат менамояд [15, 16]. А с а ф о е т и д а р о барои муолиҷаи сулфаи кабуд, нафастангӣ, epilepsia, бронхит, меъда, паразитҳои рӯдаҳо, ҳамчун доруи зиддииттилоҷӣ ва зиддимикробӣ васеъ истифода мешавад. Дар раванди таҷзияи липидҳо фаъолнона иштирок мекунад, хосиятҳои холеретикӣ дорад ва таркиби химиявии сафроро тавассути баланд бардоштани таровиши кислотаҳои сафро беҳтар мекунад [61, 66, 76].

Камоли асафетида барои як қатор бемориҳои меъда давои муассир буда, яке аз беҳтарин воситаҳои табобати дамиши меъда, метиоризм (дамиши рӯда) ва як ҷузъи муҳими аксари хокаҳои (порошков) барои ҳазми гизо баҳисоб меравад. Дар сурати пайдо шудани дамиши меъда ва метиоризм

асафоеидаро дар оби гарм ҳал карда, матои бо он тар кардашударо ҳамчун ангезанда ба болои шикам мегузоранд. Маҳлули коллоиди асафоеидаро, ба калламушҳо бо вояи 50 мг/кг 60 дақиқа пеш аз озмоиш тавассути даҳон хангоми садамаи 2-соатаи сардӣ, аспириин ва 4-соатаи басатани пилорус бавучудомадаро тадқиқ намуда, хусусияти муҳофизатии назарраси онро муайян намуданд [43].

Камоли асафоеида Линн дорои бӯи ба худ хосу, тезу, қавии сулфа-тӣ ва инчунин дорои катрони равғанмонанд буда, хусусияти арзишманди табобатии гизоӣ мебошад. Онро дар тӯли асрҳо ҳамчун маводи доруӣ дар тибби анъанавӣ истифода мебаранд. Тадқиқотҳои озмоишии солҳои охир аз ҷумла нишон доданд, ки камоли бадбӯӣ дорои хусусиятҳои оромибах-шанда, нейропротекторӣ, тақвиятдиҳанда, танзимгари ферментҳои ҳозима, зиддиоксидантӣ, зиддиҳилоҷӣ, **зиддифишорбаландии шараёнӣ**, ҳепатопротекторӣ, зиддимикробӣ, зидди-кансерогенӣ, зиддиилтиҳобӣ, зидди-ситотоксикӣ, зиддифарбеҳӣ ва зиддигичавиро доро мебошад [42].

M. Salem et al (2001) барои омӯзиши таъсири зиддиоксидантӣ ва зидди кансерогении асафоеида (*Ferula narthex*) дар мушҳои албиносии Швейтсарӣ тадқиқот гузарониданд. Онҳо муайян карданд, ки воридкунии яккаратаи як вояи ТРА (20 нмол/0,2 мл атсетон)-и промоутерии омосовар ба таври эътимоднок ($Pd^{*}0,01$) сатҳи хучайраҳои зиддиоксидантиро хангоми истифодаи руйпӯстии маводи озмоишии коҳиш медиҳанд. Дар баробари ин, промоутери мазкур ба таври назаррас фаъолияти ODC, суръати синтези ДНК, фаъолнокии оксидшавии перекиси липидҳо, ксантооксидаза ва миқдори карбонилро дар пӯсти мушҳо зиёд менамояд, ки оназ зуҳури барвакти кансерогенез дарк медиҳад. Тибқи маълумоти бадастомадаи муаллифон онҳо, табобати пешакии ҳайвонот бо асафоеида дар вояи 300, 400 ва 500 мкг/200 мкл атсетон сатҳи зиддиоксидантҳоро ба таври эътимоднок ($Pd^{*}0,01$) барқарор гардида фаъолнокии ODC ва синтези ДНК-ро коҳиш меёбад, ки ин аз фаъо-

лияти зиддиоксиди ва зиддиконсерогении *Ferula narthex* далолат мекунад [74].

Dandagi PM et al., (2008) фаъолияти гепатопротектории қиёмҳои гуногуни *Ferula asafetida*, *Mjmrjrdica charandia*, *Nardostachys jatamansi* дар муқоиса бо LIV-52 дар заминаи таъсири захроқи СС14 оиди озмоиш қарор дода, муайян намуданд, ки қиёмҳои мазкур тавассути коҳиш додани миқдори глутаматоксалоатсетаттрансаминаза, глутаматпируваттрансаминаза ва фосфа-тазаи ишқорӣ, ки дар зери таъсири чорхлориди карбон зиёдшуда, ба таври назаррас коҳиш меёбад, ки он аз хусусияти ҳепатоҳифозатии қиёмҳои маводи озмоишии дар боло овардашуда дарк медиҳанд [51].

Тибқи тадқиқотҳои амали кардаи Mallikarjuna GU et al., (2003) барои муайян намудани таъсири моделсозии *Ferula asafetida* L. оид ба дифференсиатсияи бофтаҳои эпителиалии ғадуди шири сина, ва таъсири метаболикии он ба ферментҳои профилҳои зиддиоксидантӣ чигар, ки аз таъсири барангезандаи N-метил-Ннитрозоуреаза (MNU) боиси сар задани саратони ғадуди шири сина дар каламушҳои зоти Sprague Dawley мегардад, гузаронида шуд. Натиҷаҳои бадастомадаи онҳо аз он далолат мекунад, ки воридкунии ду вояи асафоеида 1,25 ва 2,5 Ҷоизи вобаста ба вазн нишондиҳандаҳои дар зери таъсири (MNU) вай-



Фаъолнокии ферментҳои Солимии рӯдаҳо
Таъзия таъсири зиддиҳилоҷӣ Фаъолнокии гипотензивӣ
АСАФОЕТИДА



Таъсири зиддимикробӣ ва Таъсири гепатопротекторӣ
Таъсири нейропротекторӣ
зиддисаратонӣ



роншуда нисбат ба хайвоноти назоратӣ беҳтар гардид. *Ferula asafetida* L. инчунин нишондодҳои биохими-явии хунро беҳтар намуда, коҳиши назарраси сатҳи ситохром P-450 ва b5 таъмин намуд.

Таъсири гуногуни асафоеида аз AmalrajA, ва дигарон, (2016) пешниҳод карда шудааст.

Дар баробари ин нишондиҳандаҳои глутатион-S-трансфераза, ДТ-диафораза, СОД ва каталазаро ба таври эътимоннок ($Pd^{*}0,01-0,005$) зиёд карда, фаъолнокии оксидшавии перекиси липидҳоро (ОПЛ) ба таври назаррас коҳиш дод, ки он аз хусусияти зиддиоксидии маводи озмоиши далолат мекунад. Онҳо инчунин хосиятҳои зиддиоксидантии камоли бадбӯро тавассути ҷилавгирии назарраси ($Pd^{*}0.005$) пероксидшавии липидҳо бо истифода аз кислотаи тиобарбитурӣ дар чигари каламушҳо тасдиқ карданд [67].

Ба гуфтаи Dehpour A. A. (2009), қиёмҳои қисмҳои гуногуни *ferula assafoetida* таъсири зиддиоксидантии доранд. Фаъолияти зиддиоксидантии қисмҳои руйизаминии камоли бадбӯӣ бо истифода аз системаҳои гуногуни таҳлили *in vitro* муайян карда шуд. IC 50 барои фаъолнокии DPPH пас аз тозакунии радикалҳо ба 380 ± 12 мг / мл баробар буд. Онҳо минбаъд муайян карданд, ки пасаз хориҷнамудани оксиди азот фаъолнокии қиёмҳо дар (IC 50 270 ± 3) ва қобилияти хелатизатсияи Fe_2^+ (IC 50 $0,57 \pm 0,02$) мг/мл амалӣ мешавад. Дар баробари ин муайян карда шуд, ки қиёми руйизаминии камоли бадбӯӣ таъсири зиддиоксидии худро то 82% пас аз 24 соат ва 88% пас аз 72 соати воридкуниаш амалӣ менамояд [52].

Хусусиятҳои зиддиоксидии кислотаи ферулии (*Ferula assafoetida* L.)-ро дар тадқиқотҳои *in vitro* ва дар татиқотҳои дар ҳайвонҳо амаликардаашон инчунин муъаллифони зерин муайян намудаанд [55, 59, 70, 78, 79].

Муссалам аст, ки айни замон дар саросари ҷаҳон аксарияти беморони диабет қанд барои паст кардани сатҳи қанди хун аз гиёҳҳои шифобахш истифода мекунанд. Тадқиқотҳои даҳсолаи охир самаранокии истифодаи растаниҳои шифобахш ва таъси-

ри судманди онҳоро ба ҷараёни диабет қанд тасдиқ карданд. Инчунин, тадқиқотҳои таҷрибавӣ ва клиникӣ муайян карданд, ки растаниҳои шифобахш дар баробари таъсири гипогликемикӣ сатҳи баланди липидҳо, липопротеинҳои атерогенӣ, фаъолияти стресси оксидшавӣ ва аксуламалҳои илтиҳобиро коҳиш медиҳанд [54, 57, 60, 61, 72, 73, 80].

Аз ҷумла дар тибби сунатии мардумонӣ Шарқи Наздик барои табобат ва пешгирии диабет қанд навъҳои гуногуни камолро (оилаи *Apiactae*) *F. assafoetida*, *F. hermonis* ва *F. narthex* васеъ истифода мешаванд. Натиҷаҳои таҳқиқоти таҷрибавӣ ва клиникӣ нишон медиҳанд, ки маводи дар асоси ферула омодашуда, барои паст намудани сатҳи глюкозаи хун ва липидҳо таъсири мусбат доранд. Муайян карда шуд, ки дар заминаи бемории диабет аллоксанӣ дар каламушҳо, *F. assafoetida* сатҳи глюкозаи хунро ба таври назаррас паст намуда, сатҳи инсулинро зиёд мекунад, ки аз таъсири хуби зиддидиабетии маводи озмоиши далолат мекунад. Дар баробари ин, бӯйи камол ба кам шудани вазн мусоидат мекунад ва дар беморони гирифтори диабет навъи- 2, стеатози ҷигарро пешгирӣ мекунад [40, 45, 80].

Abu-Zaiton A.S (2010) нишон додааст, ки ҳангоми истихроҷи асафоеида ба ҳайвонҳои таҷрибавӣ бо алаксан захролудшуда дар муқоиса бо ҳайвоноти назоратӣ, коҳиши назаррасӣ ($pd^{*}0,05$) сатҳи глюкозаи хун ва афзоиши инсулини хунро таъмин менамояд. Воридкунии дохилимеъдавӣ асафоеида ба ҳайвонҳои муқабалҳои диабет аллоксанӣ боиси коҳиши бозътимоди ($pd^{*}0,05$) сатҳи глюкозаи хун дар муқоиса бо ҳайвоноти назоратӣ мегардад, ки аз таъсири зиддидиабетии асафоеида далолат мекунад [39].

Дар тадқиқотҳои аз тарафи Sajad Javansir et.al., (2020) амалишуда низ муайян карда шудааст, ки дар заминаи диабет аллоксанӣ, афзоиши сатҳи глюкоза, TG, TC, LDL, афзоиши фаъолнокии AST, ALT ва вайроншавии қобилияти зиддиоксидантии ҷигар ва гурдаҳо дида мешавад. Гузаронидани маводи аз қисмҳои руйизаминӣ ва ре-

шаҳои *F. Laticesa* сатҳи LDL-ро ба таври назаррас коҳиш дода, ва мундариҷаи тиолҳо ва SOD-ро дар гурдаҳо ва чигар барқарор менамоянд. Решаи ин навъи камол сатҳи холестирини умумиро коҳиш дод ва ҷараёни гипергликемияро пешгирӣ менамояд [57, 64].

Тибқи таҳқиқоти дигари Sajad Javansir et.al., (2020) бо истифода аз стрептозотосин баландшавии сатҳи глюкозаро дар ҳайвоноти назоратӣ дар муқоиса бо ҳайвоноти солим ба таври назаррас мушоҳида науданд. Инчунин тазриқи стрептозотосин дар муқоиса бо калламушҳои солим сатҳи фибриногенро ба таври назаррас ($p < 0,001$) афзоиш дод. Пас аз 4 ҳафтаи оғози таҷриба, афзоиши минбаъдаи сатҳи FBG (10%) дар гурӯҳҳои назоратӣ, ки аз стрептозотосин индуксионида шудаанд, мушоҳида шуд. Истеъмоли мавод аз решаи *F. laticesa* ба пешравии гипергликемия мусоидат кард, аммо ба сатҳи FBG таъсири назаррас нарасонд [64].

Дар озмоишҳои дигари бо истифодаи калламушҳои сафед муайян карда шуд, ки индуксияи диабет ба таври назаррас ($p < 0,05$) сатҳи глюкозаро дарнаҳорзӣ намуда (FBG), инчунин сатҳи триглицеридҳо, холестерини умумӣ, липопротеинҳои зичиашон паст (LDL), нитрогени карбамид (BUN), аспартатаминотрансфераза (ACT) ва аминотрансферазаи аланинро зиёд кард. ALT). Диабети қанд инчунин ба таври эътимоднок ($p < 0,05$) садамаи оксидативро дар гурдаҳо ва чигар зиёд намуда, (камшавии тиол ва зиёд шудани дисмутазаи супероксидиро) таъмин намуд. Реша ва қисми рӯйи заминии *F. laticesa* ба таври эътимоднок сатҳи ЛПЗНП-ро ($pd > 0,05$) коҳиш дода, микдори тиолҳо ва СОД-ро ба таври эътимоднок барқарор намуд. Аммо ба нишондиҳандаҳои ферментҳои чигар ягон таъсири назаррас нарасонид. Решаи *F. laticesa* инчунин сатҳи холестерини умумиро кам намуда, афзоишҳои гипергликемияро коҳиш дод [57].

Ferula asafoetida дорои хосиятҳои зидди-диабетикӣ маълум аст ва ин раванд инчунин аз ҷониби Azizian H (2012) тасдиқ карда

шудааст. Тибқи таҳқиқоти ин муаллиф, истеъмоли *ferula asafoetida* дар муқоиса бо калламушҳои назоратӣ вазни бадан, равшани шикам ва андозаи адипоситҳои эпидидималиро ба таври назаррас коҳиш медиҳанд ($Pd > 0.05$). Дар баробари ин, доруи озмоишӣ ба таври эътимоднок ($Pd > 0,05$) сатҳи лептинро ба таври назаррас коҳиш медиҳад, ки муаллифонро бо хосиятҳои муҳофизатии *ferula asafoetida* дар калламушҳои фарбеҳ вадиабетӣ алоқаманд медонанд [40].

Дар тибби мардумии Эрон як навъи дигари *Ferula Laticeta* бо номи “Кома Ҳезар-Масҷед” («Koma Hezar-Masjed») ва “Сесеккома” («Sesekoma») ба таври густурда истифода мешавад, ки аз ҷониби аҳолии шимолу шарқи Эрон барои табобати бемориҳои паразитӣ ва дарди шикам дар навзодон низ истифода мешавад. Онро инчунин ҳамчун маводи зидди диабет ба кор мебаранд.

Дар тадқиқотҳои таҷрибавӣ хосиятҳои зиддимикробии ин навъи феруларо низ муайян карданд [41, 63, 64, 69].

Дар Ҳиндустон асафоетида ҳамчун маводи табобатии симптоматикӣ барои илтиҳоби бодомакҳо (ангина) ва диққи нафас истифода мешавад [72].

Ба гуфтаи Bagheri S, et al. (2014), дар тибби мардумии Эрон дар баробари дигар гиёҳҳои шифобахш равшани эфирии тухми *Ferula assa-foetida* L. ва қатрони *oleosum* маъруф ба *asafoetida* барои табобати бемориҳои меъдаю рӯда ва ихтилоҷ васеъ истифода мешаванд [46].

Дар асоси ин, онҳо хосиятҳои зидди-ихтилоҷии асафоетида ва равшани эфирияшро дар раванди таъсири маводи ихтилоҷовари атсетилхолин дар дар концентратсияи 0,2% ва 0,3% омӯхтанд. Натиҷаҳои бадастовардаи онҳо нишон доданд, ки равшани эфирии камоли бадбӯй таъсири намоёни зидди-ихтилоҷиро дорад ва ихтилоҷҳои рӯдаҳоро бо нишондиҳандаҳои оморӣ ба таври назаррас коҳиш додааст [46, 72].

Тибқи иттилои Gundamaraju R (2013), ки онҳо се концентратсияи гуногуни экстракҳои *Ferula asafoetida*-ро омӯхтанд ва муайян карданд, ки дар концентратсияи максималии 100 мг/мл, иқтибос фаъолияти намо-



ёни зиддигичаронӣ нишон медиҳад ва нисбат ба пиперазини муқаррарии дору самараноктар аст [53].

Srivfstava V. et al., (2012) дар таҳқиқоти худ таъсири иқтибосҳои асафети- даро ба штаммҳои гуногуни бактерияҳо ва занбӯруғҳо омӯхтанд. Онҳо муайян карданд, ки иқтибосҳои спиртӣ ва обии асафетида бар зидди *B. subtilis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *P. aeruginosa* ва *Aspergillus niger* таъсири назарраси маҳвкунанда доранд [75].

Vafagi A.F.(2014) фармудааст, ки Асафетида дар Авеюрда барои табобати дамиши шикам, ҳистерия, кабудсурфа, асабоният, илтиҳоби шушҳо ва роҳҳои нафас (бронхит)-и кӯдакон фармуда шудааст. Дар тадқиқотҳои онҳо хусусияти зиддилешманиёзии асафетидаро дар вояҳои 2,5, 5,10 и 20 мкг дар мушҳо оиди омӯзиш қарор дода, муайян намуданд, ки асафетида дорои хусусияти пурзури зиддилешманиёзӣ мебошад ва бо ин корҳои анҷомдодаи Varati M. et al., (2010) и Iranshahi M. Et al., (2011) оиди хусусияти зиддилешманиёзии қиёми метанин асафетида ва кумаринҳои сесквитерпеновии *szowitsia coumarin A* ва *szowitsiacoumarin*, ки аз решаи *Ferula szjwit* ҷудокардашударо тасдиқ намуданд [47, 49, 62].

Муайян карда шудааст, ки пайвастагии нави табиӣ камзаҳарӣ аз рағғани эфирии камоли хушбӯӣ ё конуспоия ҷудо кардашуда, феркон, ки аз 3-(3-метил3-ацетоксибутироилокси)-1-(1-(этилтио)-пропен-1 иборат

мебошад, нисбати *M. canis* дар концентратсияи 0,24-1,95 мкг/мл, *Trichophyton mentagrophytes* - 12,5 - 100 мкг/мл *Trichophyton mentagrophytes granulosum* - 25-100 мкг / мл; таъсири баланди зиддифунгалӣ дорад.

Дар баробари ин, дар таҷрибаҳо дар ҳуҷҷаҳои баҳрии бо микроспорияи озмоиши мубталошуда, таъсири кимиётерапевтии аз ҷиҳати оморӣ муҳим муайян карда шуд. Давраи барқароршавии саломатии ҳуҷҷаҳои бо феркон табобат гирифта нисбат ба ҳайвоноти назоратӣ 13-15 рӯз пештар амалӣ шуд [17].

Инчунин дар тадқиқотҳои таҷрибавӣ муайян карданд, ки рағғани эфирии камоли бадбӯӣ (ферусинол) ҳам дар калламушҳои солим ва ҳам аз СС14 зарардида вазиғаи таровишии ҷигар ва таркиби химиявии талхаро, ки дар зерӣ таъсири гепатотоксин вайрон шудаанд, беҳтар мекунад. Муалифон далели таъсири ферусинолро дар ин раванд эҳтимолан бо коҳишдодани таъсири марговари СС14 ба ҳуҷҷаҳои ҷигар ва ба ин васила беҳтаршавии функцияҳои метаболикӣ ва синтетикӣ ҷигар алоқаманд медонанд [6].

Ҳамин тариқ аз маълумотҳои дар адабиёти дохилӣ ва хориҷӣ дарҷгардида бармеояд, ки маводи фаъоли биологӣ наъҳои гуногуни камол ва рағғани атрии он, ки аз маводи фаъоли биологӣ боянд, чи дар тибби қадима, мардумӣ ва муосир барои табобати бемориҳои гуногун ба таври васеъ истифода мешаванд.

Адабиёт

1. Абуалӣ ибнӣ Сино. Осори мунтахаб. Ҷилди 2.- Нашриёти “Ирфон”, Душанбе - 1980.- 558 с.
2. Абумансур Муваффақ. Гиёҳнома. - Душанбе: Ирфон, 1989. - 184 с.
3. Амирдавлат Амасиаци. Ненаучное для неучей.- М.: Наука, 1990.-Т. 30.- 878 с.
4. Азозод Ҷ. Рустаниҳои шифой ва ғизоӣ.- Нашриёти “Адиб”.-2010. 668 с.
5. Азозод Ҷ. Хусусияти шифоии рустаниҳои рағғани атридор ва рағғанҳои атрогин.-Душанбе 2019.-255 с.
6. Азонов И.Д. Желчегонные и холестероллитические свойства эфирного масла ферулы вонючей в норме и при подостром токсическом поражении печени СС14/ И.Д Азонов, А.К. Холов, Д.А. Азонов и др// Colloquium-journal»26(78),2020 .- 26 (78).- С.10-14.
7. Альдашев А.А. Исследование токсических свойств семейства экстракта ферулы Ишека.-Здравоохранение Киргизии.- 1977.-№ 1.- С 35- 38.



8. Асеева Т.А. Лекарственные растения тибетской медицины / Т.А. Асеева, К.Ф. Блинов, Г.П. Яковлев // Изв. СО АН СССР. - 1985. - С. 56-57.
9. Баранов Ю.В. Систематика и география пресективных для применения в медицине ферул пород *S. Corodosma*, *Merwina Narthrx.* - автореф. Канд. Биол. Наук. - М.-1982.-22 с.
10. Барнаулов О.Д., Маначева О.А. Влияние препаратов растительного происхождения на ulcerogenous действие резерпина у мышей. Оценка биологической активности растений Забайкалья. Улан-Уде, 1985. - с 15-11. Барнаулов О.Д., Кирялов Н.П., Букреева Т.В. Фармакологические свойства некоторых кумаринов видов *Ferula L.* - Растит. Ресурсы. - 1978, т.14. - вып. 4. - С. 573-579.
12. Барамысова Г.Т. Содержание каратавиковой кислоты в феруле Каратвском. - Современные проблемы фармакологии. - Алма-Ата. - 1989. - С 64-66.
13. Барияк И.Р. Влияние экстракта ферулы на генетический аппарат половых клеток. - Докл. АН Украины. - 1993. - №10. С. 153-155.
14. Бедняк А.Е. Получение и исследование смолы и эфирного масла из корней ферулы джунгарской *Ferula soongoric.* - 1958. - т.5. - №5. - С.18
15. Бобоев Д.А. Антидиабетические свойства Феосуино-РК на фоне аллоксанового диабета в эксперименте/ Д.А. Бобоев., М.К. Гулзода, Д.А. Азонов и др. // Наука и инновация. - 2019. - №3. - С.123-129.
16. Бобоев Дж.А. Антиоксидантные свойства Ферусино-РК и Феразона при аллоксановом диабете/ Д.А. Бобоев, Д.А. Азонов, Х.А. Ганиев и др // Наука и инновация. - 2021. - №1. - С.23-30
17. Вичканова С.А. Эфирные масла – перспективный источник препаратов антимикробного действия/ С.А. Вичканова, Т.В. Фатеева, Н.М. Крутикова, В.В. Вандышев // Фармация. - 2017. - т.66, №4. - С.40-45
18. Каррыев М.Р. Фармакология некоторых эфиромасличных растений флоры Туркмении. - Ашхабад. - «Ылым». - 1973. - 154 с.
19. Кирялов Н.П. Кумарины из растений рода *Ferula L.* - в Сб. Терпеноиды и кумарины. М.-Л.: - 1965, С. 82-91.
20. Курмаков А.Г. эстрогенные лекарственные препараты из растения рода ферул/ Х.С. Курмаков, Х.С. Ахмедходжаева // изд-во Ибни Сино. - Ташкент. - 1994. - 125 с.
21. Назруллаева С.С., Хушвахтова З.А., Сыров В.Н. Эндогенная активность суммы сложных терпеноидных спиртов выделенных из ферулы кухистанской и ферулы тонкорасеченной. - Хим.- фарм. Журнал. - 2000. - №10. - т. 34. С. 25– 27.
22. Рахмонкулов У., Мелибаев С., Саидходжаев А.И. Среднеазиатские виды рода *Ferula L.* - источник сесквитерпеновых производных. - Сб. биологические особенности и распространение пресективных лекарственных растений. - Ташкент «Фан», 1981. - С.138-154.
23. Рахимов Ш.А. Влияние порошка смолы комеди ферулы вонючей на некоторые биохимические показатели при токсическом гепатите/ Ш.А. Рахимов, Д.А. Азонов // Здравоохранения Таджикистана. - 2006. - №2. - С.60-62
24. Рахимов Ш.А. Физиологическая характеристика систем организма при действии порошка смолы ферулы вонючей (ПСФ), Ферусино-Г и ферусино-Р/ Авторферат дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. - Душанбе 2007. - 23 с.
25. Рахимов С. Биолого-морфологические особенности ферулы (*Ferula L.*) в Таджикистане / С. Рахимов. – Душанбе: Дониш, 2010 г. – 59 с.
26. Садыков Ю.Д. Биологически активные вещества дикорастущих лекарственных растений Таджикистана: Содержание, биосинтез и практическое использование: дис. . д-ра биол. наук / Ю.Д. Садыков. - Душанбе, 2003. - 323 с.
27. Саидова Н.Г. Лечебное растение ферула вонючая / Н.Г. Саидова, Г.Х. Кодирова, И.Д. Кароматов // Биология и интегративная медицина. - 2017. - № 3. - С. 58–70.

28. Саркисянц Р.Г. О гипотензивном действии ферулы вонючей. // Фармако-терапия болезней сердечно-сосудистой системы. - Ташкент. - 1968. - С. 193-194.
29. Сухова Е.С. Сравнительный анализ содержания вторичных метаболитов и ростовых характеристик культур клеток *Polyscias fruticosa* и *Polyscias filicifolia* Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. биол. наук. - Москва – 2013. - 26 с.
30. Тохири М. Использование ферулы Зеравшанской в клинической медицине / М. Тохири // Практическая фитотерапия, 2004, - № 1. - С. 38 -39.
31. Токтоналиев И.У. “Фитопрепараты на фармацевтическом рынке Кыргызстана: состояние и перспективы/ И.У. Токтоналиев// Медицинский вестник Башкортостана, vol. 13, no. 3 (75), 2018, pp. 88-91
32. Холов А.К., Изучение токсичности ферулоина в условиях трехмесячного эксперимента на белых крысах/ А.К. Холов, А.Д. Азонов, Г.В. Разыкова, И.Д. Азонов, и др// Современные концепции научных исследований XLV111 Международная научная конференция. - Москва. -2019, ч.2. - С.117.
33. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. - Изд-во Ирфон. - 1979. - 198 с.
34. Ходжиматов М. О локализации кумариновых соединений в корнях *Ferula ovina* (Boiss) - Докл. АН РТ, 2004. - Т. XLV11, № 6. - С. 22-29.
35. Холматов Х.Х., Харламов И.А., Алимбаева П.К., Каррыев М.О и соавт., Основные лекарственные растения Средней Азии. - Ташкент, 1984. - 199 с.
36. “ЧЖУД-ШИ” Памятник средневековой тибетской медицины/ Новосибирск “Наука” Сибирское отделение. - 1988. - 348 с.
37. Цетлин А.Л. К вопросу о противоопухолевой активности природных кумаринов / А.Л. Цетлин., Г.К. Никонов., М.Г. Пименов // Растительные ресурсы. -1965. -то.1, вып.4. - С. 507-511.
38. Abd El-Razek MH, Ohta S, Ahmed AA, Hirata T. Sesquiterpene coumarins from the roots of *Ferula assa-foetida*. *Phytochemistry*. 2001 Dec;58(8):1289-95. doi: 10.1016/S0031-9422(01)00324-7. PMID: 11738424.
39. Abu-Zaiton AS. Anti-diabetic activity of *Ferula assafoetida* extract in normal and alloxan-induced diabetic rats. *Pak J Biol Sci*. 2010 Jan 15;13(2):97-100. doi: 10.3923/pjbs.2010.97.100. PMID: 20415145.
40. Azizian H, Ebrahim Rezvani M, Esmaeilidehaj M, Bagheri S M. Anti-Obesity, Fat Lowering and Liver Steatosis Protective Effects of *Ferula asafoetida* Gum in Type 2 Diabetic Rats: Possible Involvement of Leptin. *IJDO* 2012; 4 (3) :120-126 URL: <http://ijdo.ssu.ac.ir/article-1-94-en.html>
41. Amiri MS, Joharchi MR. Ethnobotanical knowledge of Apiaceae family in Iran: A review/ Amiri MS, Joharchi MR// *Avicenna J Phytomed*. 2016 Nov-Dec;6(6):621-635. PMID: 28078243; PMCID: PMC5206921.
42. Amalraj A, Gopi S. Biological activities and medicinal properties of *Asafoetida*: A review. *J Tradit Complement Med*. 2016 Dec 20;7(3):347-359. doi: 10.1016/j.jtcme.2016.11.004. PMID: 28725631; PMCID: PMC5506628.
43. Agrawal AK, Rao CV, Sairam K, Joshi VK, Goel RK. Effect of *Piper longum* Linn, *Zingiber officinale* Linn and *Ferula* species on gastric ulceration and secretion in rats. *Indian J Exp Biol*. 2000 Oct;38(10):994-8. PMID: 11324171.
44. Asghari J, Atabaki V, Baher E, Mazaheritehrani M. Identification of sesquiterpene coumarins of oleo-gum resin of *Ferula assa-foetida* L. from the Yasuj region. *Nat Prod Res*. 2016;30(3):350-3. doi: 10.1080/14786419.2015.1050669. Epub 2015 Jul 2. PMID: 26134757
45. Afifi-Yazar FU, Kasabri V, Abu-Dahab R. Medicinal plants from Jordan in the treatment of diabetes: traditional uses vs. in vitro and in vivo evaluations—part 2. *Planta Med*. 2011 Jul;77(11):1210-20. doi: 10.1055/s-0031-1279983. Epub 2011 Jun 14. PMID: 21674438.

46. Bagheri S. The Relaxant Effect of Seed's Essential Oil and Oleo-Gum-Resin of *Ferula Assa-Foetida* on Isolated Rat's Ileum./ Bagheri S, Hejazian Sh, Dashti-R M. *Ann Med Health Sci Res.* 2014 Mar;4(2):238-41. doi: 10.4103/2141-9248.129050. PMID: 24761245; PMCID: PMC3991947.
47. Barati M, Sharifi I, Sharififar F. Antileishmanial activity of *Artemisia aucheri*, *Ferula asafoetida* and *Gossypium hirsutum* extracts on *Leishmania major* promastigotes *in vitro*. *HBI J.* 2010;8:166-72.18
48. Bandyopadhyay D, Banerjee M, Laskar S, Basak B. Asimafoetidol: a new sesquiterpenoid coumarin from the gum resin of *Ferula assa-foetida*. *Nat Prod Commun.* 2011 Feb;6(2):209-12. PMID: 21425676.
49. Bafghi AF, Bagheri SM, Hejazian SH. Antileishmanial activity of *Ferula assa-foetida* oleo gum resin against *Leishmania major*: An *in vitro* study. *J Ayurveda Integr Med.* 2014 Oct-Dec;5(4):223-6. doi: 10.4103/0975-9476.146567. PMID: 25624696; PMCID: PMC4296434.
50. Chopra R.N. Glossari of Indian medicinal plants/ Chopra R.N., Navar S.R., Chopra I.C.// New Dehli.-1956.-176 p.
51. Dandagi PM/ Development and evaluation of hepatoprotective polyherbal formulation containing some indigenous medicinal plants/ Dandagi PM, Patil MB, Mastiholimath VS, Gadad AP, Dhumsure RH// *Indian J Pharm Sci.* 2008 Mar-Apr;70(2):265-8. doi: 10.4103/0250-474X.41474. PMID: 20046731; PMCID: PMC2792484.
52. Dehpour, A. A., Antioxidant activity of the methanol extract of *Ferula assafoetida* and its essential oil composition/ A.A. Dehpour., M.A. Ebrahimzadeh., N.S. Fazel., & N.S. Mohammad/ / 2009. *Grasas y aceites*, 2009.- 60(4), 405-412.
53. Gundamaraju R. Evaluation of anti-helminthic activity of *Ferula foetida* "Hing- A natural Indian spice" aqueous extract/ Gundamaraju R// *Asian Pac J Trop Dis.* 2013;3:189.
54. Ghorbani A. Best herbs for managing diabetes: a review of clinical studies. *Braz J Pharm Sci.* 2013;49(3):413-22. doi: 10.1590/S1984-82502013000300003.
55. Graf E. Antioxidant potential of ferulic acid/ E. Graf// *Free Radic Biol. Med.* 1992; 13- (4): 435-48. doi: 10.1016/0891-5849(92)90184-I.
56. Hosseini A. Pancreatic beta cell protection/regeneration with phytotherapy/ Hosseini A, Shafiee-Nick R, Ghorbani A// *Braz J Pharm Sci.* 2015;51(1):1-16. doi: 10.1590/S1984-82502015000100001.
57. Egede LE, Ye X, Zheng D, Silverstein MD. The prevalence and pattern of complementary and alternative medicine use in individuals with diabetes. *Diabetes Care.* 2002 Feb;25(2):324-9. doi: 10.2337/diacare.25.2.324. PMID: 11815504
58. Keshri G, Bajpai M, Lakshmi V, Sreenivasulu Setty B, Gupta G. 2004. Role of energy metabolism in the pregnancy interceptive action of *Ferula asafoetida* and *Melia azedarach* extracts in rat, *Contraception* 70, 429- 432. DOI: 10.1016/contracrption 2004.06.003.
59. Kikuzaki H. Antioxidant properties of ferulic acid and its related compounds/ H. Kikuzaki, M. Hisomoto, K. Hirose, K. Akiyama et al.,// *J. Agric Food Chem.*- 2002; 50 (7):2161-8. doi: 10.1021/jf011348w.
60. Kim YS, Chun JH, Park JH, Kang CI. Status and associating factors of complementary and alternative medicine among Korean diabetic patients/ Kim YS, Chun JH, Park JH, Kang CI.// *Korean Diabetes Assoc.* 2000;24(1):78-89.
61. Lee MS, Lee MS, Lim HJ, Moon SR. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Korean diabetes mellitus patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2004;13(3):167-71. doi: 10.1002/pds.877
62. Iranshahi M/ New sesquiterpene coumarin from the roots of *Ferula latisecta*/ Iranshahi M, Amanolahi F, Schneider B.// *Avicenna J Phytomed.* 2012 Summer;2(3):133-8. PMID: 25050242; PMCID: PMC4075674.
63. Iranshahi M., Iranshahi M. Traditional uses, phytochemistry and pharmacology of asafoetida (*Ferula asafoetida* oleo-gum-resin) – a review/ Iranshahi M., Iranshahi M. J.// *Ethofarmacol.* 2011; 134:1-10.



64. Javanshir S/ Evaluation Potential Antidiabetic Effects of *Ferula latisecta* in Streptozotocin-Induced Diabetic Rats/ Javanshir S, Soukhtanloo M, Jalili-Nik M, Yazdi AJ, Amiri MS, Ghorbani A. J //Pharmacopuncture. 2020 Sep 30;23(3):158-164. doi: 10.3831/KPI.2020.23.3.158. PMID: 33072413; PMCID: PMC7540228.
65. Joy, P.P. Medicinal Plants/ P.P. Joy, J. Thomas, S. Mathew, B.P. Skaria Tropical Horticulture Vol. 2. Naya Prokash, Calcutta, (2001) 449-632.
66. Mahendra P., Bisht S. *Ferula asafoetida*: traditional uses and pharmacological activity/. Mahendra P., Bisht S Pharmacogn Rev. 2012;6:141–146.
67. Mallikarjuna GU, Dhanalakshmi S, Raisuddin S, Rao AR. Chemomodulatory influence of *Ferula asafoetida* on mammary epithelial differentiation, hepatic drug metabolizing enzymes, antioxidant profiles and N-methyl-N-nitrosourea-induced mammary carcinogenesis in rats/ Mallikarjuna GU, Dhanalakshmi S, Raisuddin S, Rao AR//Breast Cancer Res Treat. 2003 Sep;81(1):1-10. doi: 10.1023/a:1025448620558. PMID: 14531492.
68. Miyazawa N, Nakanishi A, Tomita N, Ohkubo Y, Maeda T, Fujita A. Novel key aroma components of galbanum oil. J Agric Food Chem. 2009 Feb 25;57(4):1433-9. doi: 10.1021/jf803157j. PMID: 19173603.
69. Naguib YMA, inventor. United States patent US 6,780,440 Herbal compositions and methods for diabetes and weight loss management. 2004 Aug 24;
70. Ogiwara T. Radical scavenging activity and cytotoxicity of ferulic acid/ T. Ogiwara, K. Satoh, Y. Kadoma, Y. Mirakami et al. // Anticancer Res. - 2002;22(5):2711–7.
71. Pooman Mahendra. *Ferula asafoetida*: Traditional uses and pharmacological activity/ P. Mahendra, S. Bisht // Pharmacogn Rev. -2012/-6(12)-p/141-146/ DOI; 10.4103/0973-7847.99984.
72. Prabhakar PK, Doble M. Mechanism of action of natural products used in the treatment of diabetes mellitus/ Prabhakar PK, Doble M// Chin J Integr Med. 2011 Aug;17(8):563-74. doi: 10.1007/s11655-011-0810-3. Epub 2011 Aug 9. PMID: 21826590.
73. Sattar Z, Iranshahi M. Phytochemistry and pharmacology of *Ferula persica* Boiss.: A review. Iran J Basic Med Sci. 2017 Jan;20(1):1-8. doi: 10.22038/ijbms.2017.8085. PMID: 28133517; PMCID: PMC5243968.
74. Saleem M, Alam A, Sultana S. *Asafoetida* inhibits early events of carcinogenesis: a chemopreventive study/ Saleem M, Alam A, Sultana S// Life Sci. 2001 Mar 9;68(16):1913-21. doi: 10.1016/s0024-3205(01)00977-8. PMID: 11292069
75. Srivastava V. Antimicrobial activity of *asafoetida* resin extracts (a potential Indian spice// Srivastava V, Bhardwaj U, Sharma V, Mahajan N, Sharma V, Srivastava G/ Journal of Pharmacy Research 2012,5(10),5022-5024
76. Takeoka G. Volatile constituents of *Asafoetida*. In: Takeoka G.R., Guntert M., Engel K.-H., editors. Aroma Active Compounds in Foods. American Chemical Society; Washington, DC: 2001. pp. 33-44. [
77. Tiwar KC, Majumder R, Bhattacharjee S. Folklore medicines from Assam and Arunachal Pradesh (district Tirap) *Int J Crude Drug Res.* 1979;17:61–7.
78. Trombino S. Antioxidant effect of ferulic acid in isolated membranes and intact cells: synergistic interactions with alpha-tocopherol, beta-carotene, and ascorbic acid/ S. Trombino, S. Serini, F. Di Nicola, L. Celleno et al. // J Agric Food Chem. 2004; 52 (8): 2411–20. doi: 10.1021/jf0303924.
79. Tempark T. Localized contact dermatitis from *Ferula assa-foetida* oleo-gum-resin essential oil, a traditional topical preparation for stomach ache and flatulence/ T. Tempark, S. Chatproedprai, S. Wananukul// Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2016;82(4):467. doi: 10.4103/0378-6323.182969.
80. Traditional management of diabetes in Pakistan: Ethnobotanical investigation from Traditional Health Practitioners. J Ethnopharmacol. 2015 Nov 4;174:91-117. doi: 10.1016/j.jep.2015.07.041. Epub 2015 Jul 29. PMID: 26231447.



ФЕРУЛА ВОНЮЧАЯ (*Ferula assafoetida* L). ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ДРЕВНЕЙ, НАРОДНОЙ, СОВРЕМЕННОЙ И НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Азонов И.Д., Холназар Б.М., Азонов Д.А.

ГНИИ питания Министерства промышленности и новых технологий РТ, НИЛ Института фундаментальных наук ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Настоящий обзор посвящен вопросам химии, распространенности, применения в древней, народной, современной медицине и некоторым аспектам фармакологических свойств различных разновидностей Ферулы. Согласно приведенным в обзоре данным отечественных и зарубежных авторов, из 170 разновидностей ферулы 60 произрастают на территории Центральной Азии, Афганистана, Ирана, Европейских стран, Северной Африки и др.

В обзоре приведены данные по экспериментальным исследованиям отечественных и зарубежных авторов, посвященные антимикробным, гепатопротекторным, спазмолитическим, противовоспалительным и антиоксидантным свойствам *Ferula assafoetida* L. и других разновидностей данного растения, произрастающих на территории Республики Таджикистан и за ее пределами.

Многие авторы экспериментальными исследованиями в основном изучали фармакологические свойства различных частей

травы, камеди, смол, водных и спиртовых экстрактов, выделенных из различных разновидностей ферулы на предмет определения антимикробных, антилешманиозных, спазмолитических, противовоспалительных и гепатопротекторных свойств.

Наряду с этим некоторыми отечественными и зарубежными авторами на основе экспериментальных исследований установлены желчегонные и противовоспалительные и противомикробные свойства эфирного масла *Ferula assafoetida*L. Представленные данные свидетельствуют о том, что дальнейшее изучение биологически активных веществ и других аспектов фармакологических свойств эфирного масла *Ferula assafoetida*L в свете того, что многие эфирные масла обладают гепатопротективными, спазмолитическими, мембраностабилизирующими, антиоксидантными, антимикробными, антибактериальными и противовоспалительными свойствами, является весьма актуальным.

FERULA STINKING (*Ferula assafoetida* L) USAGE IN ANCIENT, FOLK, MODERN AND SCIENTIFIC MEDICINE

Azonov I.D., Kholnazar B.M., Azonov D.A.

GNII-Nutrition Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan,

Research Laboratory Institute of Fundamental Sciences of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibni Sino” literature review. This review is devoted to the issues of chemistry, prevalence, use in ancient, folk, modern medicine and some aspects of the pharmacological properties of various varieties of *Ferula*. According to the data of domestic and foreign authors given in the review, out of 170 varieties of *ferula*, 60 grow in Central Asia. Afghanistan, Iran, European countries, North Africa, etc.

According to the data of domestic and foreign authors given in the review, out of 170

varieties of *ferula*, 60 grow in Central Asia. Afghanistan, Iran, European countries. North Africa, etc.

Growing on the territory of the Republic of Tajikistan and beyond its borders. The review presents data on experimental studies by domestic and foreign authors on the antimicrobial, hepatoprotective, antispasmodic, anti-inflammatory and antioxidant properties of *Ferula assafoetida* L. and other varieties of this plant.

According to the literature data presented in the review, many authors have experimentally studied the pharmacological properties of



various parts of the herb, gums, resins, aqueous and alcoholic extracts isolated from various varieties of ferula for antimicrobial, antileishmaniasis, antispasmodic, anti-inflammatory and hepatoprotective properties.

Along with this, some domestic and foreign authors, based on experimental studies, have established the choleric, anti-inflammatory and antimicrobial properties of the essential oil of *Ferula assafoetida* L.

The presented data indicate that. that further study of biologically active substances and other aspects of the pharmacological properties of the essential oil of *Ferula assafoetida* L. in light of the fact that many essential oils have hepatoprotective, antispasmodic, and membrane-stabilizing properties. antitoxic, antioxidant, antimicrobial, antibacterial and anti-inflammatory properties are very relevant.

Азонов Исфандиёр Чахонович - унвонҷӯи Пажӯишгоҳи давлати илмӣ-тадқиқотии ғизои Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел; 779999169.

Холназар Баҳодур Маҳмадназар – доктори илмҳои фарматсвӣ, директори МД “Озмоишгоҳи референсӣ”, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҶТ. E-mail: bahodur.kh@gmail.com

Азонов Чаҳон - д.и.т. профессор, ходими пешбари ОИТ Пажӯишгоҳи илмҳои бунёдии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E-mail: azonov_02@mail.ru

Азонов Исфандиёр Джахонович - соискатель Государственного научно-исследовательского института питания Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан. Тел: 779999169.

Холназар Баҳодур Маҳмадназар - доктор фармацевтических наук, начальник ГУ Национальной референтной лаборатории Министерства здравоохранения и защиты населения Республики Таджикистан. E-mail: bahodur.kh@gmail.com

Азонов Джаҳон - доктор медицинских наук, ведущий сотрудник Института фундаментальной медицины ГОУ ТГМУ имени «Абуали ибни Сино». E-mail: azonov_02@mail.ru

Azonov Isfandior Jahonovich - Applicant of the State Research Institute of Nutrition of the Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan. Tel: 779999169.

Kholnazar Bachodur Machmadnazar - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Head of the State Institution of the National Reference Laboratory of the Ministry of Health and Population Protection of the Republic of Tajikistan, E-mail: bahodur.kh@gmail.com

Azonov Jahon - Doctor of Medical Sciences, leading employee of the Institute of Fundamental Medicine SEI ATSMU. E-mail: azonov_02@mail.ru

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ НЕВРАЛГИЯИ БАЪДИГЕРПЕСӢ (Шарҳи адабиёт)

Исоева М.Б., Раҳимзода О.Ш., Зарифӣ Н.А., Рабоева Ш.Р.

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ.

Ғуломови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. НБГ аз навъи ба душворӣ муоличашавандаи дардҳои нейрпатӣ ба шумор меравад. Ҳолати мазкур аз синдроми дардҳои музмини нейрпатие иборат мебошад, ки дар натиҷаи реактиватсияи вирусӣ табҳоли фарогир (ВТФ) бо дарди доимӣ ва аксаран саҳти ганглияҳои сенсорӣ асабҳои косоҳонаи сар ё ганглияҳои

решачаҳои дорсалии ҳароммағз тавсиф меёбад [9].

Равишҳо ба муолиҷаи НБГ аз пешгирии НБГ ва пасон пешгирии имконпазири авҷгирии НБГ ба воситаи эмкунӣ ва ё муолиҷаи зиддивирӯсӣ, инчунин препаратҳои махсус барои муолиҷаи дард хангоми НБГ иборат мебошанд [5]. Муолиҷаи доруй аз



воситаи этиотропӣ ва патогенезӣ, препаратҳои иммуотропӣ ва ислоҳкунандаи масунӣ, витаминдармонӣ таркиб ёфтаанд [32].

Чунин меҳисобанд, ки барои пешгирии НБГ ҳангоми зухуроти ибтидоии табҳоли фарогир назорати комилан мувофиқи дард зарур аст. Дар ин маврид муолиҷаи оқилонаи якҷояи зиддивирӯсӣ бо самаранок аз бартараф кардани дарди шадид метавонад хатари НБГ-ро коҳиш диҳад, зеро дарди шадиди саҳт барои НБГ омили хатар ба шумор меравад [13].

Муолиҷаи ТШ вобаста ба зухуроти клиникии беморӣ ба амал оварда мешавад, ки чараёни оризаёфта ва ориздорнашудаи онро тавсиф менамояд [61]. Чунин қабул шудааст, ки агар на зиёда аз ду дерматомро ТШ иллатнок намояд, чараён ориздорнашуда ва ҳангоми иллатнок намудани зиёда аз ду дерматом чараёни беморӣ ориздоршуда ҳисобида мешавад ва дар ин ҳолат майли зиёде ба авҷ гирифтани ихтилолотҳои неврологӣ мавҷуд аст [19]. Шукуфаи ориздорнашудаи фарогирро ба воситаи препаратҳои пероралии зиддивирӯсӣ (масалан, атсикловир ва валакловир) молиҷа кардан мумкин аст ва оғоз намудани табобатро муддати 72 соат баъди пайдо шудани симптомҳои клиникӣ тавсия медиҳанд [36]. Вале андешаҳое ҳастанд, ки рафту дар лаҳзаи пайдошавӣ ҳанӯз ҳам иллатнокшавиҳои нав мавҷуданд ё иллат дар ҷоест, ки бо хатари дараҷааш баланди ориздоршавӣ алоқаманд аст, масалан, иллатнокшавии чашм, муолиҷаи зиддивирӯсиро баъди 72 соат оғоз кардан мумкин аст. Ҳангоми шукуфаи ориздоршудаи фарогир, инчунин дар мавриди бемороне, ки масунияташон заиф аст, муолиҷа баъди 72 соат бо ворид кардани атсикловир ба дарун ба сифати воситаи ибтидоӣ (10-15 мг/кг вазни бадан дар ҳар 8 соат) ба муддати 10-14 рӯз амалӣ кардан мумкин аст [23].

Исбот шудааст, ки агар истифодаи препаратҳои зиддивирӯсӣ муддати се рӯзи аввали авҷ гирифтани ТШ-и фарогир оғоз карда шавад, пас НБГ ҳаёнан инкишоф меёбад. Рафту муолиҷаи зиддивирӯсӣ дертар аз 72 соат сар карда шавад, пас дар нисфи ода-

мони аз 60-сола боло НБГ авҷ мегирад [7].

Истифодаи препаратҳои зиддивирӯсӣ, ки аз байни онҳо бештар нуклеозидҳои асиклӣ: асикловир, валасикловир ва фамсикловир ба кор бурда мешаванд, дар пешгирии инкишофи НБГ аҳамияти муҳим доранд [2].

Муолиҷаи этиотропии ганглионевритҳои табҳоли ба истифодаи ҳамсонҳои атсиклии нуклеозидҳо бо нақшаи гуногуни вобаста ба иммунокомпетентнокии бемор асоснок карда мешавад [14]. Муддати солҳои охир ҳамсони атсиклии гуанозин – препаратҳои Атсикловир ва препаратҳои насли нав – валатсикловир ва фамсикловир “стандартҳои тиллоӣ”-и муолиҷаи зидди табҳоли ба ҳисоб мераванд. Атсикловир (ҳамсони асиклии гуанозин) аввалин нуклеозиди синтетикӣ муолиҷавӣ ҳисобида мешавад [12]. Маълум аст, ки валатсикловир таҳти таъсири гидролазҳо дар чигар ва рӯдаҳо зуд ва қариб пурра ба атсикловир табдил меёбад, ки селективнокии он аз фаъолкунӣ ба воситаи ферменти маҳсуси вирусӣ иборат [11]. Механизми таъсири нуклеозидҳо аз он иборат аст, ки дар КДН-и вирус ҷойгир шуда, сабаби кандашавии занҷир ва қатъ гардидани синтези КДН мегарданд ва инҳисоркунии репликасияи вирусро дар пай доранд [16].

Монодармонӣ тавассути а-интерферонҳои истифодаи васеъ қасб мекунанд, ки аз рӯи натиҷабахшӣ аз нуклеозидҳои сиклӣ камӣ надоранд [26,27]. Гарчанде индукторҳои интерферон дар нисбати НБГ пойгоҳи маҳдуди исботшуда доранд, вале онҳоро дар ҳолати муқовиматпазирии вирус ба атсикловир ва дар ҳолати имконнопазир будани истифодаи интерферонҳо ба кор бурдан мумкин аст [31]. Собит шудааст, ки истифодаи индукторҳои интерферони аслашон наботӣ баъди се моҳи марҳалаи шадиди табҳоли фарогир боиси аз ҷиҳати омӯрӣ ба 8,5 % коҳиш ёфтани НБГ гардидааст [7,15].

Истифодаи ҳамсонҳои атсиклии нуклеозидҳо ҳангоми шаклҳои вазнини ВТФ тавсия шудааст, ки ба андешаи баъзе муҳаққиқон онҳоро бо иммуноглобулинҳо (муътадили одам ё маҳсуси зидди табҳоли) якҷоя кардан зарур аст ва истифодаи онҳо мудда-



ти 4-10 рӯзи аввали тамос бо бемори гирифтори чечак мувофиқи мақсад хоҳад буд [18]. Исбот шудааст, ки таъсири истифодаи иммуноглобулинҳо бо он алоқаманд аст, ки ин препаратҳо таъсири виростатикӣ ва вирутсидӣ доранд. Иммуноглобулинҳо дар стимулятсияи ремиелинизатсияи торҳои иллатнокшудаи асаб иштирок мекунанд.

Солҳои охир дар амалияи клиникӣ препарати Полудан коркард ва татбиқ шудааст, ки аз интерфероногени биосинтетикӣ таркиб ёфта, дар ҳолати набудани таъсири захрогин ба вирусҳои табхол таъсири ошкорои боздоранда мерасонад. Чунин таъсиррасонии препарат дар кишти бофтаҳо дар амсилаҳои таҷрибавии кератити сатҳӣ ва амиқи табхол – иридотсиклит исбот шудааст [3,6]. Препарати мазкурро барои гирдогирд ба таги пӯсти доначаҳои навбаромадаи табхол фиристодан ба кор мебаранд, ки сабаби зуд фурукаш шудан ва хеле коҳиш ёфтани зуҳурҳои ва давомнокии синдроми беморӣ мегардад [6].

Дар адабиёт оид ба натиҷабахшии муолиҷаи ситокинӣ, ки ба гирифторони НБГ ворид карда мешаванд, маълумотҳо оварда шудааст. Муаллифон исбот менамоянд, ки интерлейкинҳо қобилияти фаъол кардани пролифератсияи клонии Т- ва В-лимфотситҳоро дошта, метавонанд ситомасмумиятҳои махсус, қотилони табиӣ ва монотситҳои фаъолро шиддат бахшида, ба афзудани маҳсулоти интерлейкини эндогенӣ ва барқарор кардани ҷавоби комилан мувофиқи масуние мусоидат намояд, ки сабаби тақвият ёфтани элимниатсияи вирусҳо мегарданд [15, 16, 19]. Истифодаи иммуномодуляторҳои дигар, хусусан препаратҳои насли охири (полиоксидоний, имунофан, ферровир, иммуномакс, алпизарин, гипорамин вағ.) низ имконпазир аст [15,21].

Мувофиқи маълумоти адабиётҳо назорати дард ҳангоми НБГ вобаста ба дараҷаи дард ба амал оварда мешавад. Ҳангоми дарди сабук ва муътадил истифодаи паратсетамол, препаратҳои нестероидиизиддиилтиҳобӣ (ПНЗИ) ё опиоидҳои сусттаъсир ба монанди трамадол тавсия мешавад. Рафту дард муътадил ё саҳт бошад, таъйин наму-

дани опиоидҳои ба монанди оксикодон ва морфин мумкин аст [21,22].

Нақшаҳои муқаррарии муолиҷаи НБГ аз трамадол барои опиоидҳо, амитриптилин ё нортриптилин барои антидепрессантҳои ритсиклӣ ва габапентин ё прегабалин барои воситаҳои зиддиташаннучӣ иборат мешавад [30]. Опиоидҳоро барои муолиҷаи НБГ дар мавриди бемороне таъйин мекунанд, ки ба антидепрессантҳои ритсиклӣ ё препаратҳои зиддиташаннучӣ зиддинишондод доранд. Метавонад сабаби тақвият ёфтани вобастагӣ ва одаткунӣ гардад. Дар мавриди беморони гирифтор ба нокифоягии ҷигар бо эҳтиёт ба кор бурда мешаванд [21,34].

Маълумот оид ба манфиати габапентин барои муолиҷаи дард ҳангоми невралгияи шадидаи табхолӣ ихтилофнок боқӣ мемонад [21].

Ба мақсади батараф кардани шиддатнокии ошкорои НБГС воридкунии эпидуралии глюкокортикостероидҳо ба кор бурда мешавад, бо вучуди он ки як зумра муҳаққиқон чунин меҳисобанд, ки онҳоро фақат дар муолиҷаи рефлектории невралгияи баъдигерпесӣ истифода бурдан мумкин аст [37].

Аммо дар адабиётҳо оид ба самаранокии дараҷаи баланди захри ботулин, ки аз сафедаи нейромасмумӣ иборат аст аз *Clostridium botulinum* ҳосил ва барои муолиҷаи ташаннучи мушак истифода мешавад, маълумотҳо мавҷуданд [8]. Собит шудааст, ки ВГ-А бо вучуди монеъ шудан ба озодшавии медиаторҳои сенсорӣ ва нейротрансмиттерҳои канорӣ хосияти зиддинотсептивӣ низ дошта, мембранаҳои каналҳои натрийро дар нейронҳои марказӣ ғайрифъол менамояд [18].

Муаллифон тасдиқ мекунанд, ки ҳангоми муолиҷаи беморони гирифтор ба НБГ шеваи маҷмуие зарур аст, ки на танҳо аз батараф кардани синдроми дард иборат бошад, балки функсияи асаби иллатнокшударо дар шакли витаминҳои нейротропии гурӯҳи В ва препаратҳои таъсири зиддиоксидантӣ барқарор карда тавонад. Аксаран препаратҳои нестероиди зиддиилтиҳобӣ (ПНЗИ)-ро омехта бо гурӯҳи витаминҳои В

ба кор мебаранд, ки таъсири препаратҳои нестероидии зиддиинфлюэнца таъсият мебахшад [5].

Самаранокии ПНЗИ бо амалинамоии ситопротексия, коҳиш ёфтани нуфузкунадагии капиллярҳо, инчунин бо фишорхӯрии синтез ва нофаъолшавии медиаторҳои илтиҳоб алоқамандӣ дорад. Илова бар ин, исбот шудааст, ки таҳти таъсири ПНЗИ равандҳои гемокоагулятсия боздошта шуда, импульси дард дар ҳамроҳмағз фишор меҳӯранд [10]. Аммо истифодаи препаратҳои мазкур дар алоқамандӣ бо хатари дарҷаи баланди инкишоф ёфтани таъсирҳои иловагӣ дар шакли иллатнокшавии узвҳои ҳозима ва чигар, инчунин инкишоф ёфтани оризаҳои дилу рағҳо маҳдуд карда мешавад [1].

Тибқи маълумоти Федератсияи Аврупоии ҷамъияти неврологҳо барои муолиҷаи НБГ таъйин намудани прегабалин, габапентин, антидепрессантҳои трисиклӣ, валпроат ва тазриқи трандермалии лидокаин тавсия мешаванд.

Препаратҳои зиддисарбӣи габапентин ва прегабалин, антидепрессантҳои трисиклӣ (АТС) ба сифати хатти аввали муолиҷа тавсия мешаванд [30]. Илова бар ин, ҳангоми НБГ антидепрессантҳои трисиклӣ, инчунин марҳами часпаки 5 %-а бо лидокаин препаратҳои хатти аввал ба ҳисоб мераванд. Муолиҷаи хатти дуюм опиоидҳои саҳт ва сусттаъсир, инчунин препаратҳои мавзеиеро дар бар мегирад, ки таркибашон капсаитсин дорад. [33].

Бо вучуди он ки антидепрессантҳои трисиклӣ, габапентиноидҳо ва опиоидҳои саҳттаъсир ба таври натиҷабархш симптомҳои НБГ-ро бартараф мекунанд, вале онҳо бо таъсирҳои иловагии системавие алоқаманданд, ки метавонанд истифодаи онҳоро дар аксари беморон, хусусан дар мавриди беморони гирифтор ба бемориҳои зиёди ҳамроҳикунада ё ҳангоми муолиҷаи беморони солхӯрдамаҳдуд намояд [33].

Трамадол барои муолиҷаи НБГ ба таври васеъ ба кор бурда мешавад. Собит шудааст, ки ин препарат опиоиди сусттаъсири агонистӣ ба ҳисоб меравад ва фаъолнокии

қисми зиёди он ба амитриптилин монанд аст, яъне бо ингибатсияи фарогирии бозгаштинорадреналин ва серотонин алоқамандӣ дорад [1]. Як зумра муҳаққиқон тасдиқ мекунанд, ки трамадолро барои муолиҷаи НБГ фақат ба сифати илова ба муолиҷаи асосӣ ба кор бурдан лозим аст [33]. Бо сабаби набудани назорати зарурии истифода аз ҷониби беморон, ки бо суистеъмоли зиёди машрубот алоқамандӣ дорад, масъалаи истифодаи опиоидҳо барои мубориза бо НБГ баҳсноқ боқӣ мемонад [4].

Баъзе муҳаққиқон барои бартараф кардани НБГ даври тазриқи ксенони тиббиро пешниҳод мекунанд, ки дар амалияи тиббӣ ба сифати нарकोзи ингалатсионӣ ба кор бурда мешавад, зеро он таъсири ошкорои бедардкунӣ дошта, аз туршии нитроген аз рӯйи фаъолнокии муҳадирӣ, бедардкунӣ ва миорелаксатсионӣ 1,5 маротиба зиёдтар аст. Пажӯҳишгарон ошкор карданд, ки дар натиҷаи истифодаи усули мазкур ҳангоми беморони мубтало ба НБГ аллакай пас аз тазриқи аввал дар патсиентҳо ба таври ошкоро коҳиш ёфтани синдроми дард, кам шудани изтироб ва депрессия мушоҳида мешавад [15].

Габапентиндардро кам карда, сифати хубро ҳангоми НБГ беҳ месозад. Донишмандони британи исбот намуданд, ки габапентинро ба сифати алиернативаи амитриптилин ба кор бурдан мумкин аст, агар охири бенайча ё таҳаммулпазирии хуб на дошта бошад [21]. Муҳаққиқон дар ин маврид таъкид мекунанд, ки дар ҳолати таъйин кардани ин препарат усули титркунониро нигоҳ дошта, аз якбора лағв кардани он худдорӣ карда шавад [30]. Бо вучуди он ки дар препарати мазкур таъсирҳои иловагӣ аҳёнан мушоҳида мешавад, аммо таскинбахшӣ, атаксия ва зиёд вазн метавонанд сабаби маҳдудият дар истифодаи он гарданд [33].

Прегабалин ба ҳамон синфи препаратҳои тааллуқ дорад, ки габапентин ба он шомил аст ва барои сабук кардани дард ва беҳ намудани сифати хоб ҳангоми НБГ натиҷабархш аст [25]. Маълумоти адабиётҳо ба он далолат менамоёнд, ки прегабалин ва габа-



пентин аз рӯйи натиҷабархшии муолиҷа ҳангоми НБГ ҳамсонанд, вале прегабалин во-бастагии мунтазамро байни вояи пероралӣ ва сатҳи плазма нишон медиҳад, аз ин рӯ вояи зарурӣ ба монандигабапентин саҳт тағйир намеёбад [24]. Давраи нимаихроҷшавӣ низ зиёдтар аст, аз ин рӯ речаи қабули ин препарат қулайтар буда, беморон ба истифодаи он нисбатан майли бештар доранд. Вале тадбирҳои эҳтиётии таъсири иловагӣ аз истифодаи прегабалин ба монанди габапентин буда, бештар бо таъсири таскинбахшӣ ва фарбеҳӣ тавсиф меёбад [33].

Бар пояи маълумоти Пойгоҳи миллии нигоҳдории тандурустии Амрикоӣ истифодаи прегабалин дар муқоиса ба габапентин бо таҳаммулпазирии хуб ва самаранокии зиёди иқтисодӣ тавсиф меёбад. Зимни пажуҳишҳо дар бораи он маълумот оварда мешавад, ки баъди истифодаи прегабалин коҳиш ёфтани синдроми дарддар рӯзи аввали истифодаи препарат ба назар мерасад. Барои исботи самаранокии истифодаи прегабалин дар муолиҷаи НБГ таҳқиқотҳои амалӣ шудаанд, ки дар ибтидои истифодаи габапентин барои беҳбуди натиҷаи бедардкунӣ зарурати афзудани вояи опиоидҳо ба миён омад ва баъди оғози муолиҷа тавассути прегабалин кам карда шудани вояи опиоидҳо тасдиқи худро пайдо намуд [21].

Дар бораи истифодаи препаратисулфатамантадин (ПК-Мерс), ки барои кам ва нест кардани дард дар муҳлати барвақтӣ ва воситаи самаранокии пешгирии инкишофи НБГ ба шумор меравад, маълумотҳо мавҷуданд. Исбот шудааст, ки препарати мазкур хосияти таъсир расондан ба ретсепторҳои NMDA ва дар сатҳи шоҳаи ақибӣ ҳаромағз инҳисор кардани интиқоли импульсҳои патологӣ глутаматергиро дошта, аз ин ҳисоб харобшавии системаи зиддинотсептивии серотонинергӣ ва ҷараёни музмин синдроми дардропешгирӣ менамояд [10]. Пажуҳишгарон исбот намуданд, ки истифодаи сулфатамантадин ба таъсири серотонинпротективии он асоснок шуда, аз ин ҳисоб хатари авҷ гирифтани НБГ коҳиш ва сифати умри бемор меафзояд [26].

Исбот шудааст, ки аз усулҳои мавзееи

муолиҷа истифодаи мавзееи марҳами часпаки таркибаш лидокоини 5 % дошта, дар муқоиса ба капсаитсин ё марҳами часпаки 8 % самараноктар буда, оғози таъсиррасонии он низ зудтар фаро мерасад. Агонисти дараҷаи селективнокиаш баланди ретсепторҳои ванилоидии TR PV1, интегратори муҳими дард ва стимулҳои илтиҳобӣ буда, яке аз препаратҳои самаранокии мазеӣ маҳсуб меёбад ва дар қиёс ба воситаҳои бедардкунандаи анъанавӣ дардро аз ҳисоби инҳисори индукторҳои сигнали дард ва ҳалалёбии функсияи нотсептор боз медорад [35]. Ошкор гардидааст, ки истифодаи капсаитсин боиси ҳалалёбии функсияи митохондриявӣ гардида, “некроз”-и транзитории нӯгҳои асабро ҳамроҳӣ ва кам шудани саҳтии торҳои асаберо дар пай дорад, ки барои дард масъуланд. Муаллифон исбот намуданд, ки дар ҳолати истифодаи капсаитсинасабҳои сенсорӣ дигаре, ки барои дард масъул нестанд, хифзшуда боқӣ мемонанд. Вале ба пиндори муҳаққиқони дигар ин марҳами часпак ҳамагӣ таъсири мавзееи бедардкунӣ дошта, аксаран нороҳатиро дар қитъаи истифодашаванда ҳамроҳ дорад [33]. Дар иртибот ба нуктаи мазкур пажуҳишгарон истифодаи ин препаратро дар маҷмӯъ бо креми EMLA тавсия медиҳанд [28]. Таҳлили натиҷаҳои пажуҳиши ELEVATE нишон дод, ки истифодаи препарати мазкур дар муқоиса ба прегабалин 1,2 маротиба зиёдтар таъсири муолиҷавӣ мерасонад. Зимнан, давомнокии истифодаи марҳами часпак 7,5 рӯз ва прегабалинбошад, 36 рӯзро дар бар мегирад [1, 37]. Муҳаққиқони дигар чунин меҳисобанд, ки капсаитсин дар шакли марҳами часпаки 8 % нисбатан таъсирбахштар аст, зеро онро дар як шабонарӯз ҳамагӣ як маротиба истифода бурдан лозим аст. Дар ҳоле ки дард ва ангезиш сабаби асосии иваз намудани капсаитсиндар шакли крем ба шумор рафта, барои ҳосил шудани таъсири муолиҷавӣ муддати рӯз чандин маротиба ба қор бурдани он зарур мешавад [4].

Тибқи маълумоти Федератсияи Аврупоии Ҷамъияти Асабшиносон (EFNS), бо мақсади боло бурдани самаранокии муо-

лиҷаи НБГ ба сифати муолиҷаи ҳатти аввал истифодаи маҷмуии пероралии зиддидепрессанти трисиклии прегабалин ва марҳами часпаки таркибаш лидокоини 5 %-а дошта зарур аст [4]. Муҳаққиқон чунин меҳисобанд, ки усули мазкурро дар мавриди беморони солхӯрда ва гирифторм ба функцияи коҳишёфтаи гурда бо эҳтиётба кор бурдан лозим аст.

Як зумра пажуҳишгарон истифодаи нейромодулятсия, яъне стимулятсияи ҳароммағз ва асабҳои канориро барои муолиҷаи НБГ тавсия медиҳанд, ки ба андешаи як гурӯҳ муҳаққиқон сабаби беҳбудии маҳдуди кӯтоҳмуддат мегардад. Маълумотҳои дигар аз адабиётҳо бошад, аз пурра ва ба муддати дуру дароз нест шудани ҳисси дард дар рақ медиҳанд. Зимни яке аз пажуҳишҳо эҳтимол меравад, ки аблятсияи радиобасомади ганглияҳои решаҷагии дорсалӣ таҳти назорати томографияи компютерӣ сабаби хеле кам шудани симптоматика ва дар баъзе ҳолатҳо боиси пурра нест шудани НБГ мегардад. Бар акси маълумотҳои таҳқиқот, таъриқи дохили ҳароммағзпардагии метилпреднизолон бо лидокаин барои муолиҷаи НБГ, сабаби таъсири ниҳоят бедардкунандагӣ доштани он дар мавриди 90 %-и беморон муддати ду соли мушоҳида гардид [4, 20]. Инҳисори симпатикӣ ва стимуляторҳои имплантшавандаи ҳароммағзро дар байни илочияҳои ғайриолоишӣ ба таври всеъ ба кор мебаранд, ки аз ҷониби Академияи Амрикоии неврологӣ оид ба муолиҷаи НБГ (2004) ва тавсияҳои асосӣ доир ба муолиҷаи дардҳои невропатие, ки Special Interest Group on Neuropathic Pain of the International Association for the Study of Pain (2007) ва European Federation of Neurological Societies (2010) нашр намудааст, тавсия медиҳанд [29].

Усулҳои физиодармонӣ, ки дар байнашон самаранокии қувваи ҷараёни синусои-

дии амсилашуда исботи худро пайдо кардааст, дар мавриди НБГ ба таври всеъ ба кор бурда мешаванд [17]. Натиҷабахшии муолиҷа ба воситаи масҳи вибраторсионии мавзӣ ва ба кор бурдани бандинаи фишордиҳанда, гели ултрафонофорези Нулофен, стимулятсияи транскраниалии магнитӣ, электроаналгезияи кӯтоҳимпульс, шуозонии басомадаш баланди импульсии инфрасурх ба нуқтаҳои дард омӯхта шудааст [5,6].

Ҳамин тавр, НБГ оризаи зуд-зуд ва бештар паҳншудаи НБГ ба ҳисоб меравад ва метавонад аз якҷанд моҳ то чандин сол давом кунад, ки сифати умри беморро хеле коҳиш медиҳад. Ин навъи невралгия майл ба афзоиш дошта, дар гурӯҳҳои синнусолии болоӣ зиёд мешавад. Яъне бо боло рафтани син эҳтимоли невралгияи фарогерпесӣ дар беморон меафзояд. Мавзёгирии офталмологӣ ва бемориҳои ҳамроҳикунандае ба монанди диабетӣ қанд, ҳолати иммуносупрессивӣ низ бо дараҷаи баланди паҳншавии невралгияи фарогерпесӣ алоқамандӣ дорад. Фарқияти ҷинсӣ дар гирифторми НБГ гуногун була, омӯзиши баъдинаро тақозо менамояд.

Дар беморони гирифторм ба хатараи дараҷаи баланди невралгияи фарогерпесӣ ба муолиҷаи маҷмуӣ барвақт ворид кардани препаратҳои зиддиташаннуҷӣ ё зиддидепрессантҳои трисиклӣ зарур аст [33].

Таҳқиқотҳои бешумор ба он далолат мекунанд, ки муолиҷаи омехта, дар қиёс ба монодармонӣ бо истифода аз воситаҳои зиддиташаннуҷӣ бо препаратҳои муҳадирӣ барои муолиҷаи дард дар мавриди беморони гирифторм ба НБГ нисбатан натиҷабахштаранд. Ҳангоми интиҳоби препарат барои баргараф кардани НБГ ба назар гирифтани беҳатарӣ, натиҷабахшӣ ва таҳаммулпазирӣ, инчунин назорат кардани речай муолиҷаи бемор, хусусан ҳангоми сӯистеъмоли машрубот ва воситаҳои муҳадирӣ аз ҷониби бемор хеле зарур аст.

Адабиёт

1. Баранцевич Е. Р., Живолупов С. А., Самарцев И. Н. Нейрофизиологические механизмы хронизации болевых синдромов и стратегические направления их коррекции // Эффективная фармакотерапия. – 2017. – №. 19. – С. 40-51.
2. Белогорохов В.С. Вирус varicella-zoster: от детской инфекции до постгерпетической не-



- вралгии / В.С. Белогорохов, В.И. Зарипов // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2021. – Т. 1, №2 (33). – С. 4-9
3. Глазные проявления опоясывающего герпеса /Каспарова Е. и др //Вестник офтальмологии. – 2020. – Т. 136. – №. 6. – С. 84-92.
4. Гостева В. В., Степанцева Е. В. Постгерпетическая невралгия. «Научно-практический электронный журнал Аллея Науки» - 2022. - №12(75).-С.1-17
5. Давыдов О.С. /Невропатическая боль в общемедицинской практике: как обеспечить эффективную терапию //Клиническая фармакология и терапия, 2023. - 32 (2). – 37-42.
6. Деева Л. А. Лечение многолетней медикаментозно устойчивой формы постгерпетической невралгии методом классической гомеопатии //Гомеопатический ежегодник-2021. – 2021. – С. 24-25.
7. Коррекция иммунных нарушений при хронической ишемии головного мозга. /Шульгина А.А., Конопля А.И., Быстрова Н.А. и др. //Медицинская иммунология. 2018;20(3):401-410.
8. Мингазова Л. Р., Орлова О. Р. Постгерпетическая невралгия: лечение с применением ботулинического токсина типа А //Российский журнал боли. – 2012. – №. 1. – С. 30-30.
9. Неврологические проявления реактивации вируса опоясывающего герпеса /Рюмин А. М. и др. //Журнал инфектологии. – 2022. – Т. 14. – №. 1. – С. 31-42.
10. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. / Давыдов О.С., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. и соавт.// Российский журнал боли 2018;57(4):5-41
11. Опоясывающий герпес: эпидемиология, клиника, алгоритмы диагностики, лечения и профилактики. /Г.Х.Викулов и др. // Инфекционные болезни. 2019, т. 17, №2, с. 105–120
12. Основные принципы ведения пациенток с генитальным герпесом /Пестрикова Т. Ю. и др. //Гинекология. – 2019. – Т. 21. – №. 1. – С. 80-85.
13. Садоха К. А., Головкин А. М. Современные подходы к диагностике и лечению хронических болевых синдромов //Медицинские новости. – 2022. – №. 3 (330). – С. 40-47.
14. Сариян Е. И. Опоясывающий герпес: кожные проявления и дифференциальная диагностика //Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2019. – №. 1. – С. 23-28.
15. Сорокин Ю. Н., Сорокина Е. Ю. Болевые синдромы при герпес-вирусной инфекции // Российский журнал боли. – 2018. – №. 2. – С. 189-190.
16. Яковлев А.Б. Опоясывающий лишай и ветряная оспа // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 1. С. 22–30
17. Acupuncture therapies for postherpetic neuralgia: A protocol for a systematic review and Bayesian network meta-analysis. / Bian Z, Yu J, Tu M, Liao B, Huang J, Izumoji G// BMJ Open. - 2022. - 12(3). С. 56632.
18. Assessing the quality of studies in meta-analyses: advantages and limitations of the Newcastle Ottawa scale. Luchini C, Stubbs B, Solmi M, Veronese N. World Journal of Meta-Analysis 2017;5:80-4.
19. Epidemiology, treatment and prevention of Herpes zoster: A comprehensive review. /Koshy E, Mengting L, Kumar H, Jianbo W. J// Dermatol Venereol Leprol. - 2018. - 84(3):251–262.
20. Gross Gerd E, Lisa E, Wilhelm DH, et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. J Dtsch Dermatol Ges. 2020;18:55–78
21. Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia—Diagnosis, Treatment, and Vaccination Strategies / D. Z. J. Lim et al.//Pathogens. – 2024. – Т. 13. – №. 7. – С. 596.
22. Herpes zoster epidemiology, management, and disease and economic burden in Europe: a multidisciplinary perspective. / Johnson RW, Alvarez-Pasquin MJ, Bijl M, Franco E, Gaillat J, Clara JG//. Ther Adv Vaccines.- 2015.- 3(4):109-20.



23. Helmers RN M. Postherpetic Neuralgia Management. – 2020. –С.1-6
24. Hidayati, H. Carbamazepine as a pain treatment of trigeminal neuralgia. *Journal of Pain, Headache and Vertigo*; 2020. 1(2):37–41.
25. Incidence of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Italy: Results from a 3 years population based study. Alicino C, Trucchi C, Paganino C, Barberis I, Boccalini S, Martinelli D, Icardi G. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2017; 13(2):399-404.
26. Impact of herpes zoster and postherpetic neuralgia on the quality of life of Germans aged 50 or above. /Curran D, Schmidt-Ott R, Schutter U, Simon J, Anastassopoulou A, Matthews S. // *BMC Infect Dis.* - 2018. - №18(1).-P.496
27. John AR, Canaday DH. Herpes zoster in the older adult. *Infectious Disease Clinics*, 2017;31(4):811-26.
28. Lidocaine 700 mg medicated plaster for post-herpetic neuralgia: Focus on quality of life, effectiveness and safety – a retrospective observational study. /Giaccari LG, Aurilio C, Coppolino F, Pace MC, Passavanti MB, Pota V// *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* - 2022. – №26.- 130–137.
29. Ma L, Yao M. Safety and efficacy of CT-guided pulsed radiofrequency combined with steroid and ozone injection-treated cervical 3–8 herpes zoster neuralgia using a posterior and upper quarter of the cervical foramina puncture approach. *J Pain Res.* 2022;15:23–32.
30. Miao J. The Effectiveness of Gabapentin in Post-Herpetic Neuralgia.- 2017.- *Dissector* 44 (4): 23–25.
31. Patil A., Goldust M., Wollina U. Herpes zoster: a review of clinical manifestations and management // *Viruses.* – 2022. – Т. 14. – №. 2. – С. 192.
32. Real-world effectiveness of recombinant zoster vaccine in self-identified Chinese individuals aged e”50 years in the United States. / Florea A, Sy L, Qian L, Ackerson B, Luo Y, Wu J.// *Hum Vaccin Immunother.* – 2024. – 20. – P. 2327145:
33. Rohmayanti I. D., Kurniawan S. N. Post herpetic neuralgia // *Journal of Pain, Headache and Vertigo.* – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 1-6.
34. Shrestha M, Chen A. Modalities in managing postherpetic neuralgia. *Korean J Pain.* 2018;31(4):235-243
35. Treatment of herpes zoster ophthalmicus: a systematic review and Canadian cost-comparison. / Fan S, Stojanovic D, Malvankar-Mehta MS, Hutnik C. // *Can J Ophthalmol.* – 2018. -№53(2) – P.117-123.
36. Varicella zoster virus infections in neurological patients: a clinical study. /Skripuletz T, Pars K, Schulte A.// *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):238.
37. Zhao XY, Li HY. Analysis of the factors related to the onset of herpes zoster sequela of neuralgia in 91 cases. *Shanghai Medical & Pharmaceutical Journal* 2018;39:53-5

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

(Обзор литературы)

Исоева М.Б., Рахимзода О.Ш., Зарифи Н.А., Рабоева Ш.Р.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М. Г. Гулямова ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Постгерпетическая невралгия (ПГН) является наиболее наблюдаемым и длительным проявлением реактивации вируса герпеса (ВГ), также известного как вирус герпеса человека-3. Тактика врача при комплексной невралгии состоит из двух основных

направлений: противовирусное лечение и устранение невралгической боли как в остром периоде заболевания, так и в фазе постгерпетической невралгии. Постгерпетическая невралгия с трудом поддается лечению. Его симптомы сохраняются годами, а



в некоторых случаях и всю жизнь. Если профилактика ВГ невозможна, желательно своевременное лечение, так как продолжительность и степень боли являются факторами риска развития ПГН. К сожалению, после выявления ПГН консервативное лечение препаратами первой линии лишь в редких

случаях приводит к облегчению симптомов. Поэтому необходимо рассмотреть мультимодальные методы лечения, которые представлены в обзоре данной литературы.

Ключевые слова: постгерпетическая невралгия, вирус герпеса, прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты.

MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF POSTHERPETIC NEURALGIA (Literature review)

Isoeva M. B., Rahimzoda O. S., Zarifi N. A., Raboeva S. R.

Department of neurology, psychiatry and medical psychology named after professor M.G. Gulyamov ATSMU

Postherpetic neuralgia (PGN) is the most observed and long-lasting manifestation of the reactivation of the herpes virus (HCV), also known as the human herpes virus-3. The doctor's tactics in complex neuralgia consists of two main directions: antiviral treatment and elimination of neuralgic pain both in the acute period of the disease and in the phase of postherpetic neuralgia. Postherpetic neuralgia is difficult to treat. Its symptoms persist for years, and in some cases, for life. If prevention

of hypertension is not possible, timely treatment is desirable, since the duration and degree of pain are risk factors for the development of PHN. Unfortunately, after the detection of PHN, conservative treatment with first-line drugs only rarely leads to relief of symptoms. Therefore, it is necessary to consider multimodal treatment methods, which are presented in the review of this literature.

Key words: postherpetic neuralgia, herpes virus, pregabalin, gabapentin, tricyclic antidepressants.

Исаева Манижа Башировна - дотсенти кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номии профессор М.Ғ.Ғуломови МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, номзади илмҳои тиб, дотсент ORCID: 0009-0009-4565-9582. E-mail: hamidullo_12@mail.ru

Рахимзода Олим Шариф - ассистенти кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номии профессор М.Ғ.Ғуломови МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. E-mail: azizov_olim95@mail.ru

Зарифӣ Нурали Абдуракиб - ассистенти кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ.Ғуломови МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, доктор PhD, доктор аз рӯи ихтисос, ORCID ID: 0000-0001-5494-1218 Author ID: 1054132SPIN-код: 8489-6082 E-mail: nur.tj-94@mail.ru

Рабоева Шоира Рашидовна - ассистенти кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ.Ғуломови МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E-mail: shoira.2315@mail.ru

Исаева Манижа Башировна - доцент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», кандидат медицинских наук, ORCID: 0009-0009-4565-9582. E-mail: hamidullo_12@mail.ru

Рахимзода Олим Шариф - ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». E-mail: azizov_olim95@mail.ru

Зарифи Нурали Абдуракиб - ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», доктор PhD, доктор по специальности.



ORCID ID: 0000-0001-5494-1218. Author ID: 1054132SPIN-код: 8489-6082. E-mail: nur.tj-94@mail.ru

Рабоева Шоира Рашидовна - ассистент кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». E-mail: shoira.2315@mail.ru

Isaeva Manizha Bashirovna - Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Professor M.G. Gulyamov, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, Candidate of Medical Sciences, ORCID: 0009-0009-4565-9582. E-mail: hamidullo_12@mail.ru

Rakhimzoda Olim Sharif - Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Professor M.G. Gulyamov, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. E-mail: azizov_olim95@mail.ru

Zarifi Nurali Abduraqib - Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Professor M.G. Gulyamova, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, PhD, doctor in specialty. ORCID ID: 0000-0001-5494-1218. Author ID: 1054132SPIN-code: 8489-6082. E-mail: nur.tj-94@mail.ru

Raboeva Shoira Rashidovna - Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology named after Professor M.G. Gulyamov, SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. E-mail: shoira.2315@mail.ru

ИРТИБОТИ МУТАҚОБИЛАИ ДЕПРЕССИЯ ВА БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҲО (Шарҳи адабиёт)

Холикова Н.А., Чонназарова Д.Х.

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Айни замон гипертензияи шарёнӣ (ГШ) ҳамчун бемории паҳншудатарини ғайриси-роятӣ баррасӣ карда мешавад, ки дар 25-40%-и аҳолии калонсол муайян карда мешавад. Тақрибан 90-95%-и ҳамаи ҳолатҳои ГШ—ро бемориҳои фишорбаландӣ ташкил медиҳанд [9]. Ба муваффақиятҳои назарраси ташхис ва табобат нигоҳ накарда, ГШ ҳоло ҳам бемориест, ки на танҳо маъюбшавӣ, балки фавти баландро дар байни шахсон синну соли меҳнатӣ муайян мекунад [21]. Нақши фишори шарёнӣ (ФШ) дар фавт аз бемориҳои дилу рағҳо бузург аст: давомнокии ҳаёт дар мардҳое, ки гирифтори ГШ ҳастанд, аз 8-10 сол камтар аст, дар занҳо 5-6 сол мебошад [20]. Пешгӯйи ҳангоми ГШ, дар навбати аввал баланд шудани ФШ, осеб дидани узвҳои ҳадафӣ ва мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аст [6].

Депрессия дар солҳои охир яке аз проблемаҳои мубрами тиб шуда мондааст. Тибқи маълумоти ТУТ ҳангоми арзёбии умумии сабабҳои маъюбшавӣ ва фавти аҳолии депрес-

сия айни замон дар ҷойи чорум меистад ва тибқи пешгӯйии коршиносон дар соли 2020 ба ҷойи дуюм мебарояд ва танҳо аз бемории ишемикии дил ақиб меистад (БИД) [26].

Таҳқиқоте, ки дар ду даҳсолаи охир дар кишварҳои гуногун гузаронида шудаанд, нишон доданд, ки депрессия бештар дар фаъолияти кори табобни соҳаи умумисоматикӣ дучор мешавад. Паҳншавии ихтилолҳои депрессивӣ вобаста аз кишвар ва минтақаи сукунат фарқ мекунад, аммо арзёбии ҳисоби миёна аз он гувоҳӣ медиҳад, ки депрессия дар 10-20%-и беморони звенои якуми нигоҳдории тандурустӣ дида мешавад. Барои ҳамин ҳам, депрессия айни замон аз доираи неврология ва психиатрия берун шудааст ва метавон ҳамчун проблемаи умумитиббӣ баррасӣ карда шавал [11,20].

Оид ба иртиботи мутақобилаи стресс, таҳлука, депрессия бо бемориҳои дилу рағҳо кайҳо боз маълум аст, аммо дар даҳсолаҳои охир ин иртибот аз мавқеи тибби исботшуда низ тасдиқ шудааст [6,28,29,].



Натиҷаҳои яке аз аввалин таҳқиқотҳои R. Carney, ки дар соли 1988 нашр шудааст, аз он гувоҳӣ медиҳад, ки сатҳи фавт дар беморони инфаркти миокардро аз сар гузаронида ва гирифтори депрессия 3-6 маротиба баландтар аст, назар ба он шахсоне, ки инфаркти миокардро аз сар гузаронидаанду вале дар онҳо аломатҳои депрессия мушоҳида намешавад [25].

Минбаъд дар як қатор пажӯҳишҳои С.Н. Терешенко ва дигарон (с. 2009) иртиботи мутақобилаи байни ихтилолҳои спектри аффективӣ ва фишорбаландии шарёӣ тасдиқ шудаанд. Дар таҳқиқотҳои бузурги проспективӣ нишон дода шудааст, ки депрессия ва таҳлука омилҳои мустақили хатар ба ҳисоб мераванд, ки ҳам ба пайдошавӣ ва инкишофи фишорбаландии шарёӣ таъсир мерасонан ва ҳам бапешгӯи зиндамони беморони дорои бемориҳои дилу рағҳо (БДР) [19].

Дар ин маврид қайд карда шудааст, ки басомади ошкор намудани депрессия ва таҳлука ҳангоми фишорбаландии шарёӣ чунин хатарҳоро ҳангоми бемориҳои психосоматикӣ хеле зиёд мекунад. Нишон дода шудааст, ки ҳолатҳои депрессивӣ- таҳлукавӣ дар зиёда аз 50%-и беморон дида мешавад ва аксар вавқт онҳоро фишорбаландии шарёӣ бо ҷараёни буҳронӣ ҳамроҳӣ мекунад, аксар вақт бо иснулт ва ё инфаркти миокард оризанок мешавад. Боҳам будани депрессия ва БИД аз 18 то 60%-ро ташкил медиҳад [19]. таҳқиқотҳои бузургу проспективии (сесола) бисёрмақсад, ки ба омӯзиши таъсири депрессия ба ҷараён ва пешгӯи бемориҳои дилу рағҳо -КООРДИНАТ (барномаи клиникӣ-эпидемиологии омӯзиши депрессия дар амалияи кардиология дар беморони мубтало ба фишорбаландии шарёӣ ва бемориҳои ишемикии дил) дар Россия гузаронида шуд. 5038 бемори гирифтори ФШ/БИД таҳқиқ карда шуд.

Симптоматикаи таҳлукаи муҳим дар 33%-и беморон, ихтилолҳои депрессивӣ дар 38%-и беморон ҷой дошт. Натиҷаҳои таҳқиқот ба таври эътимоднок аз хусуси мавҷуд будани симптоматикаҳои депрессивӣ, таҳлука ва депрессивӣ- таҳлукавии омехта дар

беморони дорои ФШ/БИД 1,5-2 маротиба хатари пайдошавии ҳодисаҳои кардиоваскулярий ва фавтро зиёд мекунад [20].

Ба таҳқиқи дигари бузурги эпидемиологии КОМПАС (барномаи клиникӣ-эпидемиологии омӯзиши депрессия дар амалияи соҳаи умумисоматикӣ) 10541 дохил карда шуд. Паҳншавии зиёди ихтилолҳои спектри депрессивӣ (45,9%) ва ҳолатҳои депрессивӣ (23,8%) дар байни беморони соҳаи умумисоматикӣ муқаррар карда шуд [11].

Дар соли 2001 А.Б. Смулевич муайян кард, ки дар беморони дорои БИД бо аломатҳои депрессия сатҳи баланди фавт то 1,5-6 маротиба ба мушоҳида мерасад, ки нисбат ба беморони дорои БИД бидуни аломатҳои депрессивӣ зиёдтар аст [16].

Дар соли D.E. Bush 17 таҳқиқотро муфассал таҳқиқ намуд, ки арзёбии иртиботи байни депрессияҳоро пешбинӣ мекунанд, мувофиқати олии натиҷаҳои ин таҳқиқотҳоро муайян намуд, ки аз баландшавии секаратаи фавт дар беморони дорои депрессия гувоҳӣ медиҳад [24].

Натиҷаҳои метатаҳлили маълумотҳои 10 таҳқиқотҳои бузург, ки аз тарафи L.R Wulsini V.M Singal (с.2003) таълиф шудаанд, низ аз баланд шудани сатҳи фавт аз БИД дар шахсони дорои ихтилолҳои депрессивӣ нисбат ба ҳамин гунна беморон дар популятсияи умумӣ гувоҳӣ медиҳад [36]. Тавре ки муайян карда шудааст, баланд шудани хатари фавт аз БИД дар шахсони гирифтори ихтилолҳои аффективиро на танҳо бо омилҳои рафторӣ фаҳмонидан мумкин аст, ки тавассути депрессия ба вучуд омадааст, ба монанди сигоркашӣ, риоя накардани парҳез, камбуди фаъолнокии ҷисмонӣ ва ғ. рух додаанд [6].

Таҳқиқоти 4-солаи проспективии гузаронидашуда (Robinson R.G. с.2003), ки дар он зиёда аз 3000 одами синну соли 55-85-сола иштирок кардааст, нишон дод, ки мавҷуд будани депрессия хатари фавти коронариро ҳам дар беморони дорои БИД ва ҳам дар бемороне, ки бемориҳои коронариро надоранд, баланд мекунад. Дар ин маврид ҷӣ қадаре, ки ихтилолҳои депрессивӣ возеҳ бошанд, хатари фавти коронари дар беморо-

ни дорои БИД ба ҳамон дараҷа баланд мешавад; ҳангоми камтар будани возеҳии депрессия хатар то 1,6 маротиба ва ҳангоми депрессияи возеҳ то 3 маротиба зиёд мешавад [29]. Дар соли 2004 Г.В. Погосов беморони дорои бемориҳои фишорбаландиро ҳангоми мавҷуд будани ихтилолҳои таҳлукавӣ-депрессивӣ таҳқиқ намуда, қайд мекунад, ки депрессия зиёда аз 2 маротиба хатари пайдо шудани оризаи даҳшатноки бемории фишорбаландӣ – инсулти майнаи сарро зиёд мекунад ва предиктори мустақили фавти бемории дилу рағҳо ба шумор меравад [13,14].

Аҳамияти депрессия ба сифати предиктори оризаҳои марговари дилу рағҳо маҳсусан дар популятсияи калонтар аз 60-сола хеле возеҳ ба мушоҳида мерасад. Тибқи маълумоти Grace S.j. (с.2005) ҳангоми дар шахсони пиронсол мавҷуд будани бемории фишорбаландӣ депрессия хатари пайдо шудани инфаркти миокард, инсулт ва фавтро ба таври эътимоднок баланд мебардорад. Дар шахсони аз 70-сола боло ин эҳтимолият ду маротиба зиёд мешавад [27].

Дар гузориши давлатии оид ба вазъи саломатии аҳолии Федератсияи Россия (соли 2000) қайд карда шудааст, ки беморшавӣ ба депрессия дар шахсони пиронсол (60-74-сола) 2 маротиба ва дар шахсони 75-сола назар ба ҷавонон 6 маротиба бештар аст [5].

Депрессия на танҳо сабаби асосии афзоиши марг аз БДР мебошад, аммо сифати ҳаёти беморонро низ хеле бад месозад.

Зиёд гаштани паҳншавии депрессия бо гузашти синну сол 1,2 маротиба зиёд шудан дар ҳар як даҳсолаи ҳаёт дар таҳқиқотҳои дигар низ ба мушоҳида мерасад [22].

Ихтилолҳои депрессивӣ дар зиёда аз нисфи шахсони солхӯрдаи дорои БДР ба мушоҳида расид, нишондиҳандаи баландтарин бошад, ҳангоми норасоии музмини дил - 61%, инсулт - 59%, БИД - 57% ва фишорбаландии шарёнӣ - 52% буд [11].

Механизмҳои таъсири манфии депрессия ба ҷараён ва пешгӯии БДР фаъолона омӯхта шуда истодааст ва ҳанӯз ба таври ниҳой муайян карда нашудааст. Маълумотҳои ҷамъоваришуда апз якчанд вариантҳои им-

конпазирк гувоҳӣ медиҳанд, ки иртиботи байни депрессия ва зиёдшавии бемории дилу рағҳо ва фавтро муайян мекунад.

Дар марҳалаи муосир ба сифати мавзуи нисбатан мубрами таҳқиқоти таъсири мутақобилаи байни депрессия ва бемориҳои дилу рағҳо тағйирот дар системаҳои серотонинергӣ мавриди баррасӣ қарор дода мешавад. Омӯзиши асосҳои молекулярии патогенези депрессия муайян кард, ки ҳангоми депрессия дар беморон дефицити моноаминҳо ва пеш аз ҳама, медиатори «табъи болида»-и серотонин дидаа мешавад. Серотонин дар бисёр равандҳои психологӣ ва физиологӣ, аз ҷумла дар танзими иштиҳо, табъ, таҳлука, функцияҳои когнитивӣ, ҳолати бедорӣ, инчунин қобилияти кашишхӯриҳои мускулатураи суфтаи рағҳо нақши калидӣ дорад [30].

Таҳқиқоти ҳолати таҳлукаву депрессивӣ бисёр тағйироти аномалиро дар функцияи бозпасгирӣ, интиқол ва алоқаманд кардани серотонин бо ретсепторҳои марказӣ (майнаи сар) ва периферӣ [27,34], ҳамчунин ихтилоли фаъолнокшавии тромбо-ситҳоро муайян кард [31,30]. Илова бар ин, сушт шудани функцияи серотонинергӣ дар системаи марказии асаб бо ихтилолҳои аксуламалҳои системаи гипоталамо-гипофизарӣ-фавкулгурдавӣ ба стресс алоқаманд аст, ки ба афзудани хатари пайдошавии БИД ва марг оварда мерасонад [19]. Дар иртиботи эҳтимолии ихтилолҳои аффеक्टивӣ бо равандҳои илтиҳобӣ таваҷҷуҳи бештар ба баланд шудани сатҳи ситокинҳо – интерлейкинҳои илтиҳобӣ (ИЛ-1 - ва ИЛ-2) аснои депрессия равона карда мешавад ИЛ-1 ва ИЛ-2 секретсияи ортикотропин-рилизинг-гормонро стимулятсия мекунад, ки ин ба зиёдшавии партоби гормони адренкортикотропӣ ва глюкортикоидҳо оварда мерасонад [30]. Маълум аст, ки илтиҳоби иммунӣ дар бештари марҳалаҳои атеросклероз аз оғози ҷамъшавии лейкоцитҳо то ташаккул ёфтани plaques (ҳалқаҳо)-и атеросклерозӣ нақши муҳим дорад [32].

Angiotensin converting enzyme (ферменттабдилдиҳандаи ангиотензин-ФТА) аз эндопептидази бо мембрана алоқаманд иб-



рат аст. Вай дар метаболизми бисёр пептидҳои хурд, ба монанди генератсияи ангиотензини II ё брадикинин иштирок мекунад, ки онҳо дар танзими тонуси рағҳо ва қобилияти дил нақши муҳим доранд. Ғайр аз ин, ангиотензини II ба девораи рағҳо таъсири илтиҳобӣ мерасонад, ба тавлиди ситокининҳо ва молекулҳои адгезия мусоидат менамояд, дисфунксияи эндотелияро амиқтар месозад ва боиси атерогенез мегардад [24].

Таҳқиқотҳои муосир муайян кардаанд, ки ҳамон як комбинатсияи аллелии ду генотипи АПФ IД/ДД ва генотипи сафедаи G (GBPTT) – ҳамзамон бо баланд шудани хатари пайдошавии ИМ ва бо майл доштан ба депрессия алоқаманд ҳастанд, ки ин метавонад яке аз иллатҳои ҳамбудии депрессия бо БДР бошад [23,35]. Ғайр аз ин, маълумотҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд тахмин кард, ки полиморфизми ягонаи нуклеотидӣ дар минтақаи промотерии гени АПФ (254291), метавонад барои звенои патофизиологии депрессия ва БДР умумӣ бошад [14]. Илова бар ин, ба наздикӣ нишон дода шудааст, ки ингибиторҳои АПФ, ки яке аз синфҳои калидии медикаментҳо ҳангоми табобати БДР мебошад ва метавонанд таъсири зидидепрессивӣ расонанд, ки инро ба таври ғайри мустақим умумияти механизмҳои патогенетикӣ, ки асоси БДР ва депрессияро ташкил медиҳанд, тасдиқ мекунад [5].

Маҳсулоти барзиёди алдостерони қишри фавкулгурдаҳо, ки дар ташаккулёбии АГ ва БИД ва НМД нақши муҳим дорад, ба хусусиятҳои депрессия низ хос мебошад, зеро дар беморони дорои депрессия, ҳатто бидуни беморӣҳои дилу рағҳо хос мебошад, дар хун сатҳи ин минералокортикоид хеле баланд аст. Ин имконият медиҳад, ки гипералдостеронизми маркёрҳои депрессия ҳисода шавад [16].

Маълумотҳои дастрас ҳастанд, ки дар беморони гирифтори БИД спазми рағҳои коронарӣ бештар ҳангоми дисфунксияи эндотелиалӣ ба мушоҳида мерасад. ангоми ба БИД ҳамроҳ шудани депрессия, имконияти стимулятсияи серотонин – бавоситаи ифрозоти эндотелиалии оксиди азот (NO) ва ди-

лататсияи рағҳои коронарӣ -кам мешавад [35].

Депрессия сади роҳи иҷро намудани тавсияҳои тиббӣ оид ба тағйир додани тарзи ҳаёт, риояи парҳез, даст кашидан аз сигоркашӣ, речаи фаъолнокии ҳаракатӣ мегардад. Вай бо дигар одамон тамос доштанро кам мекунад, ба дезадаптатсияи психологӣ беморон оварда мерасонад ва дар навбати худ, майл доштан ба муолиҷаро якбора коҳиш медиҳад, ҳангоми беморӣҳои дилу рағҳо омили муҳим ва мустақили хатари натиҷаҳои ногувор мегардад [13,16].

Авалин доруҳои, ки ба сифати воситаҳои махсус барои табобати депрессия ба қор бурда шудаанд, дар охири солҳои 50-уми асри гузашта пайдо шудаанд. Муддати дуру дароз ингибиторҳои моноаминоксидазҳо (MAO) ва антидепрессантҳои тритсиклӣ ду гурӯҳи асосӣ «типӣ» -и антидепрессантҳо буданд. Дар аввал чунин меҳисобиданд, ки дар механизми таъсири антидепрессивии онҳо активатсияи интиқоли норадренергӣ асосӣ аст. Бо гузашти вақт ба таъсири онҳо ба равандҳои марказии серотони-нергӣ, маҳз ба қобилияти бозпасгирии нейронии серотонин таваҷҷуҳи бештар зоҳир карда мешавад.

Антидепрессантҳои аънанавӣ на танҳо дар психиатрия, балки барои табобати як қатор беморӣҳои соматикӣ бо ҳамроҳшавии депрессия низ мавриди истифода қарор доранд [4]. Аммо истифодаи онҳо дар беморони гирифтори беморӣҳои соматикӣ бинобар таъсири кардиотоксикдоштанишон хеле маҳдуд карда шуда буд. Як қатор антидепрессантҳои тритсиклӣ дорои фаъолнокии возеҳи холинолитикӣ мебошанд, ки ин истифода кардани онҳоро ҳангоми беморӣҳои гипертрофияи ғадуди простата, атонияи рӯдаҳо ва масона, глаукома ва беморӣҳои дилу рағҳо душвор месозад. Таъсирҳои ногувор ҳангоми таъйин кардани антидепрессантҳои тритсиклӣ асосан бо он алоқаманд ҳастанд, ки онҳо ҳамзамон ҷазби нейронии баргаштпазири аминҳои гуногуни нейромедиаториро (норадреналин, дофамин, серотонин) манъ мекунад. Тибқи маълумоти як гурӯҳ муаллифони [10] аз 20 то 60% -и беморони гириф-

тори гипертонияи шарёнӣ таъбабат бо анти-депрессантҳоро асоан аз сабаби таъсирҳои манфӣ, ба монанди гипотензияи ортостатикӣ, ихтилоли гузаронандагии дохилидилӣ, сарчархзанӣ, хушкӣ даҳон, вайрон шудани аккомодатсия, таваккуф кардани пешобкунӣ, ки бо таъсири возеҳи холинолитикӣ анти-депрессантҳои трисиклӣ алоқаманд ҳастанд. Ғайр аз ин, таъсири мутақоилаи нохуби препаратҳои ин гурӯҳ бо бета-адреноблокаторҳо, гликозидҳои дил, воситаҳои антиаритмия, ки инҳо низ истифодаи онҳоро дар беморони мубатало ба бемориҳои дилу рағҳо маҳдуд месозад.

Антидепрессантҳои насли нав - ингибиторҳои селективии ҷазби нейронии баргаштпазири серотонин (ИСЧБС) таъсири манфии хоси антидепрессантҳои трисиклиро надоранд, таъсирҳои манфии худсионҳо хеле кам ба ҷашм мерасад ва маъмулан, манъ кардани истифодаи препаратро талаб намекунанд [10,15].

Маълумотҳои таҳқиқотҳои эксперименталӣ гувоҳӣ медиҳанд: таъриқи ИСЧБС амплитудаи ҷандирии синаптикӣ хеле зиёд мешавад, ки боиси муътадил гаштани мубодилаи майна гашта, фаъолияти ҳаётии нейронҳо ва фаъолият кардани онҳоро фаъолнок месозад. Нишон дода шудааст, ки ИСЧБС реактивияти системаҳои гипоталама-гипофизарӣ-адреналиро дар посухи стресс баланд мебардорад, миқдор ва дарозии дендритҳои апикалии ҳучайраҳои пирамидиро зиёд месозад, ҳаҷми гипокампро зиёд мекунад. Тахмин карда мешавад, ки чунин механизм дар асосӣ таъсири зидди таҳлука ва зидди стресс пайдо мешавад [8].

Натиҷаҳои таҳқиқоти истифодаи ИСЧБС дар беморони дорои бемории фишорбаландии шарёнӣ ҷолиби таваҷҷуҳ аст [2,7,12,14,20,21]. Нишон дода шудааст, ки ба таъбабат илова намудани препаратҳое, ки барои муолиҷаи бемории фишорбаландии шарёнӣ тавсия карда мешаванд, бар иловаи ислоҳи статуси психологӣ беморон, беҳтаршавии ҳолати умумии клиникаи беморонро, таҳаммулпазирии таъбабат ва устуворшавии сатҳи фишори шарёнӣро таъмин мекунад. Истифодаи тулонии (6 моҳ ва бештар) ИСЧБС дар беморони дорои ихтило-

лҳои аффективӣ на танҳо барои регрессии нишондиҳандаҳои сохторӣ-геометрии ремоделсозии меъдаҷаи чап мусоидат мекунад, балки функцияи диастоликии онро низ муътадил месозад, ки ин истифода намудани антидепрессантҳоро дар муолиҷаи комплексии бемории фишорбаландии шарёнӣ имконпазир месозад. [7].

Таҳлили маълумотҳои сарчашмаҳо ва натиҷаҳои як қатор таҳқиқотҳо нишон дод, ки таъбабати ихтилолҳои депрессивӣ-таҳлукавӣ дар беморони мубтало ба БИД ва НМДА мақсаднок мебошад [1,3,8,17,19,21]. Хеле муҳим аст, ки ИСЧБС дар муқоиса аз антидепрессантҳои аънанавӣ, метавонад, ки бо шарофати надоштани таъсири седативӣ, гипотонияи ортостатикӣ ва дигар ақсуламалҳои манфӣ, барои таъбабати БДР дар шахсони калонсол истифода карда шавад [22].

Омӯзиши ҳолатҳои таҳлукаву депрессия дар беморони дорои БДР (ФШ, БИД ва бо вайроншавии гардиши хуни майнаи сар) ба он далолат мекунад, ки ҳолатҳои коморбидӣ хеле зиёд дучор мешаванд. Онҳо аксар вақт боиси зуд пеш рафтани бемории асосӣ мегарданд, дар байни аломатҳои клиникӣ бартарӣ доранд, аксар вақт сабаби пайдо шудани оризаҳои гуногуни он мебошанд.

Ба назари мо чунин менамояд, ки омӯзиши амиқи ҳолатҳои таҳлукаву депрессия ҳангоми бемориҳои СДР самти ояндадор мебошад, зеро ташҳиси саривақтӣ ва сари вақт гузаронидани чорабиниҳои таъбабати-ву профилактикӣ барои хубтар гаштани ҷараёни бемории асосӣ, пешгирии намудани оризаҳои гуногун мусоидат ва мекунад сифати ҳаёти беморонро беҳтар месозад.

Муолиҷаи комплексии ҳолатҳои коморбидӣ барои кам шудани дар статсионар будани беморон мусоидат намуда, садди роҳи пеш аз муҳлат аз даст додани қобилияти қорӣ ва маъюбшавӣ мегардад ва ба ин воситадавомнокии умри беморонро дароз мекунад.

Бояд қайд кард, ки ин ба ин проблема нисбатан миқдори ками пажухишҳо бахшида шудаанд, ки дар онҳо хусусиятҳои ҳолатҳои коморбидӣ ҳангоми бемориҳои системаи дилу рағҳо, махсусан дар шахсони гурӯҳи синну соли калонсол мавриди омӯзиш қарор ги-



рифтааст. Двар шароити Тоҷикистон чуни таҳқиқотҳо тақрибан гузаронида нашудаанд. Антидепрессантҳои нав - ингибиторҳои селективии ҷазби баргаштпазири серотонини ИСҶБС самаранокии баланди худро дар муолиҷаи ин категорияи беморон нишон додаанд. Аммо хосиятҳои фармакологии онҳо дар табобати ҳолатҳои таҳлукаву депрессивӣ дар шахсони калонсол ва пиронсол низ ба омӯзиши боз ҳам амиқтар ниёз доранд.

Маълумотҳои сарчашмаҳои илмӣ аз паҳншавии васеи ихтилолҳои аффективӣ дар беморони мубтало ба бемориҳои системаи дилу рағҳо умуман ва махсусан ҳангоми

БИД ва гипертонияи шарёнӣ гувоҳӣ медиҳанд. Ҳолатҳои депрессивии ин категорияи беморончараёни клиникаи бемории асосиро вазнин месозанд ва ва барои зиёд пайдо шудани оризаҳои гуногуни он мусоидат мекунад, сифати ҳаётро бад месозанд ва давомнокии ҳаётро кӯтоҳ месозанд. Истифодаи кардани ингибиторҳои селективии ҷазби баргаштпазири серотонин, ки бехтар мебошад ва дар якҷоягӣ бо гурӯҳи асосии доруҳои дилу рағҳо таҳаммулпазир аст, самти ояндадор махсуб мешавад ва мақсаднок будани омӯзиши боз ҳам амиқтари масъалаи мазкурро тақозо мекунад.

Адабиёт

1. Васюк Ю.А Т.В Довженко Е. Л Школьник Хроническая сердечная недостаточность и депрессия // Терапевтический архив. 2007. №10.С 54-60
2. Васюк Ю.А., Нестерова Е.А., Довженко Т.В., Козина А.А. и др. Современные антидепрессанты в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией с сопутствующими аффективными расстройствами//Кардиология. 2004. № 8. С. 72-79
3. Вологодина И.В. Возможности коррекции тревожно-депрессивных расстройств и качество жизни у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца, осложнённой хронической сердечной недостаточностью //Автореф.докт.дисс.2009
4. Гаврилов Д. В. и др. Правильность оценки сердечно-сосудистого риска в повседневной клинической практике //Профилактическая медицина. - 2021. - Т. 24. - №. 4. - С. 69-75.
5. Гридина С.А. Сравнительная оценка влияния свободных и фиксированных комбинаций гипотензивных средств на качество жизни больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений / С.А.Гридина, С.В.Поветкин // Кардиология – 2016 - №3 – С. 25-29.
6. Иванов С.В. Депрессия и сердечно-сосудистая патология //Кардиология. 2009.№7-8. С.115-120
7. Искендеров Б.Г. Влияние фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина на показатели внутривисочечной гемодинамики и функциональное состояние почек у больных эссенциальной артериальной гипертензией / Б.Г.Искендеров, З.М.Будаговская, О.Н.Сисина // Терапевтический архив – 2013 - №5 – С. 78-83.
8. Котов Н.М. Антидепрессанты в кардиологии /Н. М. Котов, А.Д. Стацкий, Д.Б. Колесников / Клиническая медицина – 2012. – №10. – С. 11-16.
9. Кожокарь К. Г. Влияние психосоциальных факторов на развитие ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома/ К. Г. Кожокарь, И. А. Урванцева, К. Ю. Николаев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - Т. 15. - № 3. - С. 58-62.
10. Наумова Л. А. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение / Л. А. Наумова, О. Н. Осипова // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 5. - С. 105-105.
11. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Вейн А.М. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике / Результаты программы КОМПАС/ /Кардиология. 2004. №1. С.48-54
12. Оганов Р. Г. Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению/ Р. Г. Оганов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2015. - Т. 11. - № 1. - С. 4-7.
13. Погосова Н.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования / Н.В. Погосова, Р.Г. Оганов //Кардиология. - 2018.-№58(9).- С. 47-58.
14. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти [Текст] / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2012. - №12. – С. 4-11.



15. Скибицкий В.В. Артериальная гипертензия и депрессивные расстройства: возможности использования комбинированной антигипертензивной и психокорректирующей фармакотерапии// В.В. Скибицкий // Артериальная гипертензия. - 2016.-Т. 22(5). - С. 505-518.
16. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. М. 2001
17. Стаценко М.Е., Рыбак В.А., Говоруха О.А. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств тианептином у больных с сердечной недостаточностью в раннем постинфарктном периоде // Кардиология. 2005. №12. С. 48-522
18. Терешенко С.Н., Жиров И.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? //Кардиология 2009 №8.С.93-96
19. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования //Кардиология. 2007. №3. С.28-37
20. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Деев А.Д., Шальнова С.А. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА// Кардиология. 2007. №10. С 24-30
21. Юлдашев Р.Н. Депрессивные расстройства и их коррекция у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями/Р.Н., Юлдашев, Юнусова З.В.// Медицина Кыргызстана-2018. - № 1.-С.36-40.
22. Bondy B. Common genetic factors for depression and cardiovascular disease. Dialogues ClinNeurosci 2007 9:19-28
23. Bush D.E. Post-Myocardial Infarction Depression. Evidence report/technology assessment, no. 123.Ref Type: Serial (Book, Monograph).5-1-2005. Rockville Md, AHRQ publication, US Department of Health and Human Services. 2005
24. Carney R. M. Rich M. W. Freedland K.E. et al. Major depressive disorder predicts cardiac in patients with coronary artery disease. Psychosom Med 1988; 50:627-633
25. Grace S.L. Abbey S.E. Kapral M.K. et al. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. Am J Cardiol 2005; 96: 1179-1185
26. Jiang W. Hasselblad V. Krishnan R.R. O'Connor C.M. Patients with CHF and depression have greater risk of mortality and morbidity than patients without depression. J Am Coll Cardiol 2002; 39:919- 921
27. Kroeze W.K. Kristiansen K. Roth B.L. Molecular biology of serotonin receptors structure and function at the molecular level. CurrTop Med Chern 2002; 2:507-528
28. Lett K.S. Blumenthal J.A. Babyudk M.A. et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. Psychosom Med 2004; 66: 305-315
29. Robinson R.G. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. BiolPsychiatr 2003; 54: 376-387.
30. Me Caffery J.M., Frasure-Smith N. et al. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. Psychosom Med 2006; 68: 187-200
31. Naber C. K. Husing J. Wolfhard U. et al. Interaction of the ACE D allele and the GNB3 825T allele in myocardial infarction. Hypertension 2017; 36: 986-989
32. Nemeroff C. B. Musselman D.L Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? Am Heart J 2012; 140: 57-62
33. Ohira T. Iso H. Satoh S. et al. Prospective study of depression symptoms and risk of stroke among Japanese. Stroke 2013; 32: 903-908
34. Scherrer J.F., Xian H., Bucholz K.K. et al. A twin study of depression symptoms, hypertension, and heart disease in middle-aged men. PsychosomMed 2013; 65: 548-557
35. Tata L. J., West J., Smith C. et al. General population based study of the impact of tricycle and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants on the risk of acute myocardial infarction. Heart 2015;91: 465-471
36. Waly E. H. Hypertension and dyslipidemia among type ii diabetic patients and related risk factors and complications / E. H. Waly // Egypt. J. Community Med. - 2018. - Vol. 36. - P. 31-43



ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.А. Халикова, Д.Х. Джонназарова

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлены современные данные о взаимосвязи стресса, тревоги и депрессии с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отмечено, что тревожно-депрессивные расстройства выявляются более чем у половины больных с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. Аффективные расстройства у больных сердечно-сосудистой патологией увеличивают риск развития осложнений основного заболевания и повышают уровень смертности. Наблюдается увеличение распространённости депрессии с возрастом. Рассматриваются возможные варианты связи между депрессией и увеличением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Указано, что антидепрессан-

ты нового поколения - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) лишены побочных эффектов, характерных для трициклических антидепрессантов и могут применяться для лечения больных сердечно-сосудистой патологией с коморбидной депрессией. Немаловажно и то, что СИОЗС, в отличие от традиционных трициклических антидепрессантов, приемлемы для лечения аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в старших возрастных группах.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, коморбидная депрессия, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND CARDIOVASCULAR DISEASES

Khalikova N.A., Dzhonnazarova D.Kh

Department of Internal Medicine No. 1 of the Avicenna Tajik State Medical University

In the conclusion of the literature, modern data on the relationship between ijjad, anxiety and depression with cardiovascular diseases are presented. It is noted that anxiety and depression disorders were observed in more than half of the patients suffering from high blood pressure and ischemic heart disease. Anxiety disorders in patients with cardiovascular disease lead to increased risk of major morbidity and mortality. A high prevalence of depression is observed with

age. It has been shown that modern antidepressant drugs - special serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) - are devoid of side effects typical of tricyclic antidepressants. For this reason, they should be used to treat patients with cardiovascular disease and comorbid depression. Also, SSRIs are acceptable for the treatment of anxiety disorders in the group of older patients with cardiovascular disease.

Холикова Н. А. - н.и.т., ассистент кафедры бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТба номи Абуали ибни Сино», Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, Тел.:+992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com.

Джонназарова Д.Х. - ассистент кафедры бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе. Тел +992927201311. E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

Халикова Н. А. - к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан, г. Душанбе. Тел.:+992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com.

Джонназарова Д.Х. - ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе. Тел +992927201311. E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

Khalikova N.A. - Assistant of Department of Internal Medicine No. 1, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Republic of Tajikistan, Dushanbe. Tel. +992 918 12 64 96, e-mail: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com.

Dzhonnazarova D.H. - Assistant of Department of Internal Medicine No.1 SEI "Avicenna Tajik State Medical University". Dushanbe, 734058, Republic of Tajikistan., Tel.+992927201311. E-mail: dzhonnazarova@bk.ru.

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ МИҚДОРИ САФЕДАИ С-РЕАКТИВӢ ДАР БЕМОРОНИ СИННУ СОЛИ 1-15-СОЛА ТО ВА БАӢД АЗ МУОЛИЧА

Гулов М.К., Амонов Б.П., Чумъаев Б.Б.

¹Кафедраи биохимияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; ²Озмоишгоҳи МД «Маркази тиббии шаҳрии №2», шаҳри Душанбе.

Мухимият. Дар замони муосир муайян кардани миқдори сафедаи С-реактивӣ дар беморони синну соли гуногун диққати олиморо ба худ ҷалб намудааст. Сафедаи С-реактивӣ (ССР) яке аз сафедаҳои нисбатан ҳасоси давраи илтиҳоби шадиди организм мебошад, ки яке аз механизмҳои ҳимояи барвақтии организм аз сироят ба шумор меравад (1,2,3,4). Олимон муайян кардаанд, ки баландшавии миқдори ССР дар чор соати аввали зарарёбии бофтаҳо мушоҳида шуда, пас аз 24 соат босуръат шиддат меёбад (3,4). Дар дастурҳои клиникӣ, муайян кардани миқдори ССР ба стандарти ташхис ва меъёрҳои арзёбии сифатии ёрии тиббӣ ба беморони гирифтори бемориҳои роҳи нафас, пеш аз ҳама, пневмония дохил карда шудааст. Мувофиқи маълумотҳои илмӣ муайян кардани консентратсияи ССР ҳамчун аломати илтиҳоб дар бемории Ковид-19, пеш аз ҳама, имкон медиҳад, ки шиддати чараён, паҳншавии инфилтратсияи илтиҳобӣ ва пешгӯии беморӣ арзёбӣ карда шавад, аммо барои муайян кардани ҳулосаҳо дар бораи таъйини муолиҷаи антибактериалӣ истифода намешавад. Сатҳи баланди ССР, одатан сирояти шадид, осеби бофта ё дигар равандҳои илтиҳобиро нишон медиҳад. Дар калонсолон, сафедаи муқаррарии ССР бояд аз 5 мг/л камтар бошад. Дар навзодон он 0,6 мг/л аст. Сатҳи муқаррарии ССР дар кӯдакон дар рӯзи аввали ҳаёт 3,2 мг/л, дар навзодон дар ҳафтаи аввал то 1,6 мг/л аст. ССР ҳангоми рушди равандҳои патологӣ дар организмбаланд мешавад. Санҷиши ССР аксар вақт дар кӯдакон барои муайян кардани илтиҳоби дараҷаи паст ё сироят истифода мешавад, ки бо усулҳои дигар ошкор кардан душвор аст. Ҳангоми назорат накардани чунин бемориҳо ба мушкilotи ҷиддӣ оварда мерасонанд ва ба системаи дилу рағҳо таъсир мера-

сонанд. Аз меъёр зиёди ССР хатари афзоиши бемориҳои дилу рағҳоро нишон медиҳад. Ба эътидол овардани сатҳи ССР тавассути таъйини муолиҷаи статинӣ ва кам кардани вазни бадан имконпазир аст (1,2,5).

Дар бемориҳои ревматикӣ, ССР барои арзёбии фаъолияти раванд ва назорати самаранокии табобат омӯхта мешавад (5,6).

Сатҳи ССР-ро дар хун бо ёрии статинҳо ва аспиринокӯшиш додан мумкин аст - ин доруҳо илтиҳоби девори ҳамвори рағҳоро кӯшиш медиҳанд. Истеъмоли муътадили машруботи спиртӣ, фаъолияти имконпазири ҷисмонӣ, талафоти вазн - ҳамаи ин миқдори ССР ва хатари садамаҳои дилу рағҳоро кӯшиш медиҳад. Консентратсияи ССР мутаносибан ба миқёси раванди илтиҳобӣ меафзояд. Чӣ қадаре ки илтиҳоб бештар бошад, дар ҷигар ҳамон қадар сафеда зиёдтар истеҳсол мешавад. Вақте ки илтиҳоб музмин мешавад, сатҳи ССР паст мешавад (баъзан ба сифр мерасад). Аммо дар вақти авҷгирии илтиҳоб он боз зиёд мешавад (5,6).

Дар ҳолати аз меъёр паст ва ё ба сифр баробар шудани ССР метавонад мавҷуд набудани илтиҳобро нишон диҳад. Омилҳои, ки ССР-ро кӯшиш медиҳанд, инчунин доруҳои зидди илтиҳобӣ (доруҳои зидди илтиҳобии ғайристероидӣ, глюкокортикоидҳо), статинҳо ё бета блокаторҳо мебошанд. Таdqикот оид ба меъёри ССР дар давраи пандемияи ковид-19 ахамияти иловагӣ пайдо кард. Маркер ҳамчун нишондиҳандаи асосии фаъолияти раванди илтиҳобӣ дар шуш хисобида мешавад.

Бинобар ин, миқдори ССР дар зардоби хуни фардҳои синну соли гуногун аз 1 то 15-солаи дорои бемориҳои Ковид-19, артрити ревматоидӣ ва илтиҳоби шушро то муолиҷа ва баъди муолиҷа мавриди таҳқиқот қарор додем.



Мақсади таҳқиқот. Таҳқиқи ССР дар хуни маризони синну соли гуногун аз 1 то 15-сола то давраи муолиҷа ва баъди муолиҷа.

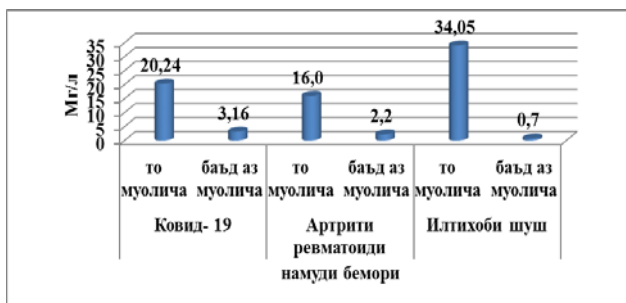
Мавод ва усули таҳқиқот. Дар озмоишгоҳи муассисаи давлатии маркази тибби шаҳрии №2, ш. Душанбе, бо 30 нафар беморони синну соли гуногун (аз 1 то 15-сола), (10 нафар бо ташҳиси Ковид-19), (10 нафар бо илтиҳоби шуш), (10 нафар бо бемории артрити ревматоидӣ), миқдори ССР то муолиҷа ва баъди муолиҷаи беморӣ бо ташҳиси эътимоднок гузаронида шуд. Миқдори ССР бо усули муосири Лифотроник (Lifotronic FA 160) муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Маълумотҳои ба даст овардашуда дар расми 1 нишон дода шудааст. Чи тавре ки аз расми 1 дида мешавад миқдори зиёди ССР дар беморони синну соли аз 1-15-сола бо бемории илтиҳоби шуш мушоҳида карда мешавад, ки ба 34,05 мг/л баробар мебошад. Дар бемории ковид-19

бошад, ин миқдор ба 20,24 мг/л баробар шудааст. Миқдори ками ин сафедаро дар бемории артрити ревматоидӣ мушоҳида карда шуд, ки ба 16 мг/л баробар шудааст. Ин миқдори сафеда нисбат ба меъёри муқараршуда мутаносибан 56,8, 34, ва 26 баробар зиёд мебошад. Аз маълумотҳои ба дастоварда дида мешавад, ки (расми 1) баъди муолиҷаи беморон миқдори ССР якчанд маротиба коҳиш меёбад. Яъне миқдори ССР мутаносибан то 0,7 мг/л, 3,16 мг/л ва 2,2 мг/л кам мешавад. Бояд қайд кард, дар бемории Ковид -19 миқдори ССР нисбатан кам коҳиш ёфтааст.

Коҳишёбии миқдори ССР аз пеш аз ҳама шиддати беморӣ ва заррарёбии миқдори бофтаҳои узвҳо истифодаи маводҳои доругии зидди илтиҳобии ин ва ё он беморӣ мебошад.

Хулоса. Ҳамин тавр, миқдори аз меъёр зиёди сафедаи с-реактивӣ дар беморони синну соли аз 1 то 15-солаи мубталои бемории илтиҳоби шуш (пнеувмония) ва миқдори камтари он дар беморони мубталои Ковид-19 ва артрити ревматоидӣ мушоҳида карда мешавад. Муайян кардани сатҳи ССР одатан аз ҷониби табибон барои арзёбии ҳолати беморони гирифтори аломатҳои роҳи нафас дар беморҳои роҳи нафас ва дар бораи таъйини терапияи антибиотикӣ истифода мешавад. Сатҳи баландшавии ССР асосан сироятҳои бактериявиро тавсиф мекунад, дар ҳоле ки дар сироятҳои вирусӣ, умуман каме баланд шудани консентратсияи ССР мушоҳида шудааст.



Расми 1. Тағйирёбии миқдори ССР бо беморҳои гуногун то ва баъд аз муолиҷа дар синну соли аз 1 то 15-сола

Адабиёт

1. Сатторов А.М., Гулов М.К., Амонов Б.П. Омузиши сафедаи С – реактивӣ дар маризони синну соли гуногун Ж. Авчи Зухал, 2023.№1, С. -169-173
2. Андреева Е.А. “С-реактивный белок в оценке пациентов с респираторными симптомами до и в период пандемии COVID-19”. РМЖ. 2021;6:14-17.
3. Польская И.И. Особенности течения подагры при её сочетании с метаболическим синдромом, автореферат диссертации кандидат мед. Наук. Ярославский , 2010, 50 с.
4. Польская И.И, Уровень СРВ у пациентов с метаболическим синдромом при хронической подагре и его влияние на течение заболевания / И. И. Польская, И. М. Марусенко // X Северо-Западная научно-практическая конференция по ревматологии «Актуальные проблемы ревматологии»: Тезисы докладов. -Санкт-Петербург, 2010. - С. 117-119.
5. Pepys MB, Hirschfield GM (June 2003). “C-reactive protein: a critical update”. The Journal of Clinical Investigation. 111 (12): 1805–12.
6. Pepys M. B., Hirschfield G. M. C-reactive protein and atherothrombosis. (англ.) // Italian heart journal : official journal of the Italian Federation of Cardiology. — 2001. — Vol. 2, no. 3.



— P. 196—199.

7. Sudhakar M, Silambanan S, Chandran AS, Prabhakaran AA, Ramakrishnan R. C-Reactive Protein (CRP) and Leptin Receptor in Obesity: Binding of Monomeric CRP to Leptin Receptor. *Front Immunol.* 2018 May 29;9:1167.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА СРБ У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1-15 ЛЕТ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Гулов М.К., Амонов Б.П., Джумаев Б.Б.

Кафедра биохимии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, *Лаборатория Государственного учреждения Медицинского городской центр №2

В статье приводятся результаты количественных определений СРБ в сыворотке крови больных в возрасте от 1 до 15 лет с различной патологией до и после лечения. Показано, что высокое содержание СРБ наблюдается у больных с пневмонией, а самая низкая концентрация СРБ наблюдается у больных Ковид-19 и ревматоидным артритом. А также показано, что концент-

рация СРБ в этом возрасте снижается до нормы. Количественное определение СРБ в крови больных может быть диагностическим тестом при постановке диагноза.

Ключевые слова: С-реактивный белок, сыворотки крови, воспаления, Ковид-19, респираторные инфекции, антибактериальная терапия, клинические рекомендации, пневмония.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE AMOUNT OF CRP IN PATIENTS AGED FROM 1-15 YEARS BEFORE AND AFTER TREATMENT

Gulov M.K., Amonov B.P., Jumaev B.B.

Department of biochemistry, TSMU named after Abuali Ibn Sino. *Laboratory of the State Institution of the Medical city center № 2.

The article presents the results of the quantitative determination of CRP in the blood serum of patients aged 1 to 15 years with various pathologies before and after treatment. It has been shown that high levels of CRP are observed in patients with pneumonia, and the lowest concentrations of CRP are observed in patients with covid-19 and rheumatoid arthritis. It has also been shown that

the concentration of CRP at this age decreases to normal after treatment. Quantitative determination of CRP in the blood of patients can be a diagnostic test in making a diagnosis.

Key words: C-reactive protein, blood serum, infection, inflammation, Covid-19, respiratory infections, antibacterial therapy, clinical guidelines, diagnostic test, pneumonia

Гулов Махмали иодирович - н.и.б., дотсенти кафедраи биохимия, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». Ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ – 139. Тел: (992); 919-63-22-85. E-mail: gulov60@inbox.ru

Амонов Бегиҷон Пулодович - н.и.б., мудири озмоишгоҳи МД “Маркази тибби шаҳрии №2”. Ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ – 135. Тел: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov67@mail.ru

Ҷумъаев Бахшулло Боқиевич - д.и.б., узви вобастаи АМИТ, профессори кафедраи биохимия МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ – 139. Тел: 935- 02-03-95

Гулов Махмали Кодирович - к.б.н., доцент кафедраи биохимии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”. Г. Душанбе, проспект Рудаки – 139. Тел: (992); 919-63-22-85. E-mail: gulov60@inbox.ru

Амонов Бегиҷон Пулодович - к.б.н., заведующий лабораторией ГУ “Медицинский городской центр №2”. Г. Душанбе, проспект Рӯдаки -135. Тел: (992); 918-18-89-55. E-mail: amonov67@mail.ru



Джумаев Бахшулло Бокиевич. -д.б.н., член-корреспондент НАНТ, профессор кафедры биохимии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Г.Душанбе, проспект Рудаки- 139. Тел: 935- 02-03-95

Gulov Makhmali Kodirovich - PhD, Associate Professor, Department of Biochemistry, ATSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 135. Tel. : (992) 919-63-22-85. E-mail: gulov60@inbox.ru

Amonov Begijon Pulodovich - Ph.D., Head of Laboratory of the SI “Medical city center № 2, Dushanbe”, Rudaki avenue, 135, Tel: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov 67@mail.ru

Jumaev B.B. - Professor, Department of Biochemistry, ATSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 135. Tel.: (992) 935-02-03-95;

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОМЕТРИИ НЕФРОНҲОИ КАЛОБАЧАҲОИ ГУРДАҲОИ ГЕНЕРАТСИЯАШОН ГУНОГУН

Зокиров Р. Х., Менликулов М.Ф., Хасанов Ш.Х., Шарипов С.Р.

Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А. Раҳимов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Муҳим будани проблемаи мавриди таҳқиқ – омӯзиши таъсири иқлими баландкӯҳ ба организм – дар ҷумҳуриҳои баландкӯҳ, қисми бештари марзи онро кӯҳҳо ташкил медиҳанд, мавқеи асосӣ дорад. Мавҷуд будани як қатор муассисаҳо, роҳҳо, чарогоҳҳо, гурӯҳи калони сайёҳон ва кӯҳнавардон дар баландии зиёда аз 5000 метр, зарурати омӯзиши ҳолати организми одам ва ҳайвонҳоро дар баландҳои зиёд ба миён меоварад. Натиҷаҳои ба даст овардашуда, имконият медиҳанд, ки хусусиятҳо, амиқӣ ва самтнокии инкишофи аксуламалҳои компенсаторӣ - мутобиқшавӣ дар қисмҳои гуногуни нефронҳо бо арзёбӣ кардани иштроки онҳо дар равандҳои барқарорсозӣ ҳангоми мутобиқшавии организм ба шароити баландкӯҳ муайян ва дақиқ карда шаванд.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши комплекси тағйиртҳои мутобиқшавии гистологӣ, гистохимиявӣ ва морфометрӣ дар гурдаҳо, ки барои бозсозии рағҳои звенои микросиркулярии узв ҳангоми адаптатсияи организм ба омилҳои баландкӯҳ мусоидат мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти морфометрии нефронҳои калобачаҳои гурдаҳо бо генератсияи гуногун дар 30 саги чинсан болиғи ҳарду чинс массаашон 10-15 кг омӯхта шуд. 10 саг ҳамчун гурӯҳи назоратӣ ҷудо карда шуданд (ш. Душанбе, 820 м болотар аз сатҳи баҳр). Сағҳои боқимонда (20 саг) ба кӯҳ бароварда шуданд (ағбаи Анзоб, 3375 м болотар аз сатҳи

баҳр). Ҳамаи ҳайвонҳоро дар ратсиони гизои стандартӣ нигоҳ доштанд. Таҷрибаҳо дар кӯҳҳо дар фасли тобистон (моҳҳои июн, июл) гузаронида шуданд. Ҳайвонҳои таҷрибавиро дар пешайвонҳо, дар вазъияти таъсири омилҳои баландкӯҳ нигоҳ доштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Маълумотҳои дар ин мақола овардашуда натиҷаи таҳқиқоти ҳуди муаллиф мебошанд, дар ин ҷо қисмҳои гуногуни моддаҳои гурдаҳои сағҳо дар шароити баландкӯҳ баррасӣ шудаанд.

Маълум аст, ки калобачаҳои гурдавии нефронҳои генератсияашон гуногун аз ҷиҳати хусусиятҳои морфометрӣ фарқ мекунанд. Калобачаҳои нефронҳои субкапсулярӣ шакли занбурӯғӣ, куррашакл, байзашакл доранд, майдони онҳо 19570 ± 260 мкм²-ро ташкил медиҳад. Дар ин маврид майдони калобачаҳои рағҳои онҳо мутаносибан ба 12740 ± 260 мкм² ва 6830 ± 230 мкм² баробаранд, таносуби ин нишондиҳандаҳо 186,5%-ро ташкил медиҳад.

Дар минтақаи интракортикалӣ нефронҳое қарор доранд, ки майдони ҷисмчаҳои гурдаҳо ба 22880 ± 260 мкм² баробар аст. Дар ин маврид майдони калобачаҳои рағҳои онҳо ва ковокии капсулаҳои калобачаҳо мутаносибан 14440 ± 280 мкм² ва 8440 ± 240 мкм² –ро ташкил дода, таносуби ин нишондиҳандаҳо ба 171% баробар аст.

Калонтарин калобачаҳо нефронҳое доранд, ки дар минтақаи юкстамедулярӣ –



24380±250 мкм² қарор доранд. Дар ин маврид майдони калобачаҳои рағҳои онҳо ва ковокии капсулаҳо мутаносибан ба 15220±270 мкм² ва 9360±240 мкм² баробар аст ва таносуби ин нишондиҳандаҳо 163% -ро ташкил медиҳад.

Артериолаҳои эфферентӣ роҳи кӯтохро тай карда, аз нав ба капиллярҳо таҷзия мешаванд ва каналчаҳои нефронро мепечонанд ва шабакаи перитубулярии капиллярҳо ташкил медиҳанд. Қутри капиллярҳои шабакаи перитубулярӣ 8,95±0,23 мкм. –ро ташкил медиҳад. Сохтори девораи онҳо дар препаратҳои дар нукраи нитрат оғушташуда, ба хубӣ дида мешавад.

Ядрои ҳуҷайраҳои эндотелиалӣ (дарозияшон 6-10 мк) байзашакли дарозрӯя мебошад. Фосилаи байни ядроҳои ҳуҷайраҳои ҳамсоя аз 5 то 12 мкм аст. Звенои артериалии капиллярҳо бо равиши каналчаҳо рафта, тадричан ба қисмҳои варидӣ мегузарад. Аз ҳисоби якҷоя шудани капиллярҳои варидӣ посткапиллярҳо, аз инҳо венулаҳо ба вучуд меоянд. Ба девораҳои каналчаҳои пешобӣ наздик ҷойгир шудани капиллярҳои хунбар дар резорбсияи интихобии об ва баъзе модаҳои дар он ҳалшуда нақши муҳим дорад.

Артериолаҳои эфферентии калобачаҳои нефронҳои юкстамедулярӣ бо артериолаҳои афферентӣ тақрибан диаметри якхела доранд. Онҳо ба медулла мегузаранд ва дар қабзаҳои рағҳои девораборик, ки аз артериолаҳои мустақим иборатанд ва нисбат ба капиллярҳои оддӣ каме калонтаранд, таҷзия мешаванд. Артериолаҳои эфферентӣ ва аз артериолаҳои мустақим шохаҳои зиёд ҷудо мешаванд ва шабакаи перитубулярии капиллярии мағзи сарро ташкил мекунад, ки вай дар шакли тоҷҳои рағҳо ба қуллаи пистонакҳои пирамидаҳо мерасанд.

Диаметри капиллярҳои васеи хунбари медулла ба 13,23±0,35 мкм. баробар аст. Онҳо дар қабатҳои бофтаҳои пайваस्तкунанда дар байни қисмҳои поёнрав ва болорави гиреҳи Генле ҷойгиранд. Капиллярҳои медулла дар варидҳои мустақим чамъ мешаванд ва ба варидҳои камон меафтанд.

Муқаррар карда шудааст, ки хусусиятҳои сохтори шабакаҳои рағии минтақаҳои гуногуни гурдаҳо конструксияи паренхимаҳо ва

стромаҳои онро инъикос мекунанд. Дар бурришҳои гурдаҳо, ки аз микротомҳои яхкардашуда тайёр карда шудаанд, ба мо муяссар шуд, ки хусусиятҳои локалии конструксияи маҷрои капиллярҳои узвҳои муайян кунем.

Капиллярҳои артериалӣ, ки шабакаи капиллярҳои наздиканалчаҳо ташкил кардааст, ба варидӣ мегузарад. Инҳо бо якдигар омехта шуда, венулаҳои ситорачашакли қутрашон 70-110 мкм -ро ба вучуд меоранд ва дар зерини капсулаи фиброзии гурдаҳо ҷойгир шудаанд. Аз онҳо варидҳои байниҳиссагии қутрашон 75-120 мкм сар мешаванд ва ба варидҳои камонӣ меафтанд, ки қутри инҳо 210-280 мкм аст. Варидҳои камонӣ ба варидҳои байниҳиссагии мегузаранд, ки қутрашон 250-310 мкм буда, дар равиши шарёнҳои ҳамном ҷойгир мешаванд. Варидҳои байниҳиссагии якҷоя шуда, варидҳои гурдаро ба вучуд меоранд, ки вай ба вариди ковокии поёнӣ меафтад.

Омӯзиши препаратҳои умумии гурдаҳои сағҳо нишон дод, ки бо хун таъминшавии капсулаи фиброзӣ аз ҳисоби сарчашмаҳои сершумори шарёнӣ ба амал меояд, ки инро маълумотҳои адабиётҳои илмӣ низ тасдиқ мекунанд. Асоситарин аз онҳо шохаҳои капсулярии шарёнҳои гурдаҳо ва шохаҳои сӯрохкунандаи шарёнҳои байниҳиссаҳои моддаҳои қишрӣ ба ҳисоб мераванд. Ба сарчашмаҳои иловагии ғизои капсулаҳо шохаҳои тартибии шарёнҳои капсулаи чарбӣ, ғадудҳои фавкулгурда, инчунин шохаҳои шарёнҳои дохилизвии бандакҳои чигару гурдавии батнӣ барои капсулаҳои гурдаи рост, 3-4 шохаи капсулярии шарёни гурдаҳо, ки дар ноҳияи дарвозаи гурдаҳо ҷойгир шудаанд, аз шарёнҳои нисбатан борик иборатанд, ки қутри онҳо дар ҳудуди 60-80 мкм аст, дохил карда мешаванд. Асосан, онҳо дар мавзёҳои наздик ба қутби медиалӣ тақсим мешаванд.

Хулоса, тағйиротҳои муайянкардаи рағӣ-бофтавӣ ва тағйироти морфометрии гурдаҳои сағҳо, ки ба шароити баландкӯҳ мутобиқ кунонида шудаанд, ба мавзунии олий ва қобилияти захиравии рағҳои даруниузвҳо ва унсурҳои паренхиматозии нефрон вобастаанд, ҷуброншавандаанд ва дорои хусусиятҳои компенсаторӣ-мутобиқшавӣ ҳастанд.



Адабиёт

1. Рахимов Я.А., Этинген Л.Е., Белкин В.Ш. Характеристика архитектоники терминального сосудистого русла внутренних органов экспериментальных животных на различных уровнях высот // Кровообращение в условиях высокогорной и экспериментальной гипоксии. – Душанбе. - 1978. – С. 200-201
2. Белкин В.Ш. Морфо-функциональная характеристика процесса адаптации экспериментальных животных к условиям высокогорья // Кровообращение в условиях высокогорной и экспериментальной гипоксии. – Душанбе, 1978. – С. 58-59.
3. Рябов С.И., Кожевников А.Д. Почки и обмен веществ. – М.: Наука. -1980. - 170 с.
4. Курбанов С. Внутриорганное кровеносное русло почки в норме и при экстремальном перитоните в условиях долины и высокогорья: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. –Новосибирск, 1981. - 22 с.
5. Каюмов А.К., Махмадалиев Б.У. Изменение климата и его влияние на состояние здоровья человека. –Душанбе.-2002.-172 с

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ НЕФРОНОВ РАЗНЫХ ГЕНЕРАЦИЙ

Зокиров Р.Х., Менликулов М.Ф., Хасанов Ш.Х., Шарипов С.Р.

Кафедра анатомии человека им. Я.Р. Рахимова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Значимость рассматриваемой проблемы — изучение влияния высокогорного климата на организм — наиболее остро ощущается в высокогорных республиках, большую часть территории которых занимают горы. Наличие ряда предприятий, дорог, пастбищ, большого контингента туристов и альпинистов на высотах более 5000 метров приводит к необходимости изучения состояния организма человека и животных на больших высотах. Полученные резуль-

таты позволяют уточнить характер, глубину и направленность развития компенсаторно-приспособительных реакций в различных отделах нефронов с оценкой их участия в восстановительных процессах при адаптации организма к условиям высокогорья.

Ключевые слова: Морфология. морфометрия, адаптация, микроциркуляторное русло, почечные клубочки нефронов разных генераций, сосудистая ткань в почках собак.

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF RENAL GLOMERULI OF NEPHRONS OF DIFFERENT GENERATIONS

Zokirov R.Kh., Menlikulov M.F., Khasanov Sh.Kh., Sharipov S.R.

Department of Human Anatomy Ya. R. Rakhimov SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

The importance of the problem under consideration - the study of the influence of high-mountain climate on the body - is most acute in the high-mountain republics, most of whose territory is occupied by mountains. The presence of a number of enterprises, roads, pastures, a large contingent of tourists and climbers at altitudes of more than 5,000 meters leads to the need to study the state of the human and animal body at high altitudes. The results obtained allow us to clarify the nature, depth

and direction of the development of compensatory-adaptive reactions in various parts of the nephrons with an assessment of their participation in the recovery processes during the adaptation of the body to high-mountain conditions.

Key words: Morphology. morphometry, adaptation, microcirculatory bed, renal glomeruli of nephrons of different generations studied, vascular tissue in the kidneys of dogs.



Зокиров Раҳматулло Ҳомидович – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи анатомияи ба номи Я. А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail.rachmatullo.Zokirov@mail.ru. тел: 900-21-67-67

Зокиров Раҳматулло Ҳомидович – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой анатомии человека им. Я. А. Рахимова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино, E.mail.rachmatullo.Zokirov@mail.ru. тел: 900-21-67-67

ZokirovRakhmatulloKhomidovich – c.m.s., associate professor, head of the department of Human Anatomy Ya. A. Rakhimov Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.rachmatullo.Zokirov@mail.ru. tel: 900-21-67-67

Меникулов Муродали Фазалиевич – ассистенти кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail.murodali@mail.ru. тел: 904-44-28-55

Меникулов Муродали Фазалиевич – ассистент кафедрой анатомии человека им. Я. А. Рахимова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино, E.mail.murodali@mail.ru. тел: 904-44-28-55

Menikulov Murodali Fazalievich – assistant of the department of Human Anatomy Ya. A. Rakhimov Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.murodali@mail.ru. tel: 904-44-28-55

Ҳасанов Шаҳбоз Ҳасанович – ассистенти кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail.shahbozhasanov@mail.ru. тел: 934-14-41-33

Ҳасанов Шаҳбоз Ҳасанович – ассистент кафедрой анатомии человека им. Я. А. Рахимова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино, E.mail.shahbozhasanov@mail.ru. тел: 934-14-41-33

Khasanov Shahboz Khasanovich – assistant of the department of Human Anatomy Ya. R. Rakhimov Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.shahbozhasanov@mail.ru. тел: 934-14-41-33

Шарипов Саъдулло Раҳматуллоевич – ассистенти кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail.Sadullo.Sharipov.1977@mail.ru. тел: 935-75-30-92

Шарипов Саъдулло Раҳматуллоевич – ассистент кафедрой анатомии человека им. Я. А. Рахимова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино, E.mail.Sadullo.Sharipov.1977@mail.ru. тел: 935-75-30-92

Sharipov Sadullo Rakhmatulloevich – assistant of the department of Human Anatomy Ya. R. Rakhimov Avicenna Tajik State Medical University, E.mail.Sadullo.Sharipov.1977@mail.ru. тел: 935-75-30-92

ХУСУСИЯТҲОИ КОМПЛЕКСИИ ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛИИ ОРГАНИЗМИ ДОНИШЧҶҶҶНИ МУАССИСАИ ОЛӢ

Холбекиён М.Ё., 1 Шоқурбонова М.Ш., 2 Хомидҷонова Д.Х., 2 Ризоева О.А., 3
Исроилов Р.С. 3

1. Кафедраи физиологияи нормалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».
2. Кафедраи анатомия ва физиологияи ДДОТ ба номи С. Айнӣ.
3. Кафедраи биологияи тиббии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳимияти тадқиқот. Масъалаи ҳифзи саломатии ҷавонони донишҷӯ яке аз вазифаҳои муҳимтарини ҷомеа ва давлат дар замони имрӯза ба ҳисоб меравад, зеро донишҷӯён яке аз гурӯҳҳои намояндагии ҷавонони кишвар мебошанд. Донишҷӯён гурӯҳи динамикии ҷомеа мебошанд, ки дар давраи ташаккули камолоти иҷтимоӣ ва физиологӣ

қарор доранд, ки ба омилҳои муҳити иҷтимоӣ ва табиӣ хуб мутобиқ мешаванд ва дар замони донишҷӯӣ хатари баланди ихтилоли саломатӣ вучуд дорад [6].

Воситаҳои аз ҳама самарабахш, ки ба ҳалли ин мушкилот мусоидат мекунанд, фаъолияти оқилонаи ҳаракатӣ, тарзи гузаронидани ҳаёти солим ва ҳавасманди ба



омӯзиш, истифодаи оқилонаи доираи васеи воситаҳои тарбияи ҷисмонӣ мебошанд [1,2,3,5,7].

Тавре ки маълум аст, нишондиҳандаи асосии инкишофи ҳолати соматикӣ бада-ни ҷавонони донишҷӯ инкишофи ҷисмонӣ ва фаъолияти кориӣ ӯ ба ҳисоб меравад. Муайян кардани сатҳи инкишофи ҷисмонӣ қисми ҷудонашавандаи ташҳиси умумӣ мебошад, зеро саломатии ҷавонони донишҷӯ на танҳо аз мавҷудият ё набудани бемориҳо, балки аз инкишофи ҳамоҳанги фаъолияти узвҳо низ муайян карда мешавад. То ба ҳол ҷунин мешуморанд, ки баҳодиҳи ба инкишофи фаъолияти ҷисмонӣ ягона нишондиҳандаи мусбати саломатии бадан аст ва маҳз он асоси тақсимоат аз рӯи гурӯҳҳои саломатӣ (дар сурати мавҷуд набудани аломатҳои беморӣ ё нуқсонҳои инкишоф), инҷунин арзёбии самаранокии чораҳои пешгирикунанда мебошад.

Мақсади кор. Таҳлил намудани нишондиҳандаҳои асосии ҳолати функционалии организми донишҷӯёни курси I-и факултети биологияи донишгоҳи давлатии омӯзгории Тоҷикистон ба номи С.Айнӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар 100 нафар донишҷӯёни курси якуми факултети биология, ки аз онҳо 50 нафар (50%) духтарон ва 50 нафар (50%) писарони синну соли гуногундошта, ки барои идомаи таҳсил аз минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон ба донишгоҳи давлатии омӯзгории Тоҷикистон ба номи С.Айнӣ омада буданд, гузаронида шуд.

Баҳодиҳи ба ҳолати саломатии ҷисмонии бадани донишҷӯён аз рӯи як қатор натиҷаҳои нишондиҳандаҳои функционалӣ ба монанди: индекси вазну баландии қад (г/см); ҳаҷми ҳаётии шуш (ХҲШ) (мл); индекси ҳаётӣ (ИХ) (мл/кг); вақти нигоҳ доштани нафасгирӣ; фишори систолий, фишори диастолий, набз (мм ст. симоб); зудии задани дил (ЗЗД) дар ҳолати оромӣ ва пас аз сарбории ҷисмонӣ (10 маротиба бо суръати тез шиста хестан); индексҳои Робинсон, Руфе, Скибински ва индекси вегетативии бадан [4, 5, 6] истифода карда шуд. Индексҳои дар тадқиқот истифодашуда бо сатҳи инкишофи

устувории умумӣ ва имкониятҳои аэробӣ дар бадан, инҷунин бо як қатор нишондиҳандаҳои омодагии ҷисмонӣ ва басомади бемориҳои шадиди нафаскашӣ алоқамандии зич доранд. Аз бисёр ҷиҳат, дараҷаи мувофиқат ба ин аломатҳои инъикоси ҳолати саломатӣ мебошад. Аз рӯи ин фаҳмиши ин нишондиҳандаҳои ҳолати саломатӣ, рушди ҷисмонӣ бояд яке аз нишондиҳандаҳои муҳими он ҳисобида шавад.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Тавре ки маълум аст, омӯзиши ҳолати беморӣ ва паҳншавии норасоии патологӣ барои тавсифи инкишофи ҷисмонӣ ва вазъи саломатӣ аҳамияти ба худ хос дорад, ки аз ин рӯ ба мавҷудият ё набудани бемории музмин ё шадид дар лаҳзаи ташҳиси бемориҳо, сатҳи ҳолати функционалии системаҳои асосии бадан, дараҷаи муқовимати организм ба таъсири манфии тағирёбии муҳити зист диққати махсус дода мешавад.

Таҳлили тақсимоти донишҷӯён аз рӯи гурӯҳҳои саломатӣ нишон дод, ки писароне, ки аз рӯи вазъи саломатӣ ба гурӯҳи I саломатӣ тааллуқ доранд, нисбат ба духтарон 7% зиёдтар буданд ва шумораи нисбатан ками писарони донишҷӯ ҳамагӣ 5% бо гурӯҳи саломатии III дохил буданд. Дар ин вақт шумораи духтарони сатҳи саломатии гурӯҳи III дошта нисбат ба писарон 11% зиёдтар буд (расми 1).



Расми 1. Тақсимоати ҷавонони донишҷӯ аз рӯи гурӯҳҳои саломатӣ

Натиҷаҳои тадқиқот аз рӯи дигар параметрҳои ҳаётан муҳим нишон медиҳанд, ки вазни асосии нишондиҳандаҳои миёна дар доираи меъёри физиологӣ буд (ҷадвали 1).

Аммо нишондиҳандаҳои инфиродӣ арзёбии бештарро талаб мекунанд. Масалан, индекси вазни бадан ва дарозии қад, ки таносуби байни дарозии қад ва вазни баданро инъ-

икос мекунад, дар байни духтарон аз 254 то 523 г/см (муътадил - 325 то 375 г/см), дар писарон бошад ин нишондод аз 284 то 488 г/см (муътадил - 350 то 400 г/см) паҳн шудааст.

Баҳои пасти нишондиҳандаи ин индекс дар бораи истеъмоли ғизои нокифоя ё аз инкишофи сусти мушакҳо шаҳодат медиҳад ва баҳои баланд дар бораи хафи фарбеҳӣ ё фарбеҳшавӣ шаҳодат медиҳад. Натиҷаҳои аз меъёр пасттар дар 21 нафар (42 %) духтарон ва 4 нафар (8 %) писарон; аз меъёр баланд дар 6 нафар (12 %) духтарон ва 13 нафар (26 %) писарон ошкор карда шудаанд. Дар ҷавононе, ки мустақилона ба таври фаъол ба варзиши бадан ҳамарӯза машғул буданд, нишондиҳандаи баланди индекс метавонад пайдошавии гипертрофияи мушакҳоро ҳамчун натиҷаи фаъолияти зиёди ҷисмонӣ нишон диҳад, на фарбеҳӣ.

Нишондиҳандаи арзишманди саломатии бадан дар маҷмӯъ ва меъёри иқтидори энергетикӣ он ҳолати захираҳои системаи дилу рағҳоро нишон медиҳад. Нишондиҳандаҳои миёнаи фишори хун ва зудии задани дил ҳам пеш аз ва ҳам баъд аз иҷрои сарбори ҷисмонии пешниҳодшуда аз меъёр берун на рафт, дар ҳоле ки паҳншавии нишондиҳандаҳо хеле васеъ буд.

Нишондиҳандаҳои меъёрии 33Д дар 19 нафар (38 %) духтарон ва 24 нафар (50 %) писарон мушоҳида карда шуд. Аммо нишондиҳандаҳои баланди фишори хун дар 6 нафар (12 %) духтарон ва 3 нафар (6 %) писарон муайян гардид.

Тавре ки маълум аст ба зудии задани дил (33Д) омилҳои муҳити беруна ба монанди фаъолияти ҷисмонӣ, варзиши бадан ва шиддати баланди эмотсионалӣ низ таъсир расонида ба афзоиши он оварда мерасонад. Ҳангоми баҳодихи ба реаксияи ҷавобии дил ҳангоми иҷрои машқҳои ҷисмонӣ (10 маротиба тез-тез нишаста хестан) натиҷаҳои зерин ба даст оварда шуд. Натиҷаи аъло (баландшавии суръати задани дил то 25% ва аз он камтар) дар 33 нафар (66 %) духтарон ва 42 нафар (84 %) писарон сабт шудааст; натиҷаҳои хуб (аз 25% то 50%) дар 6 нафар духтар (12 %) ва дар 5 нафар (10 %) писарон; натиҷаҳои қаноатбахш (аз 50% то-75%)

дар 9 нафар (18 %) духтар ва 3 нафар (6%) писар ба қайд гирифта шуд. Натиҷаҳои баҳоҳои қаноатбахш ва бад нишон медиҳанд, ки дил комилан барои иҷрои сарбории ҷисмонӣ омӯзонида нашудааст. Дар 2 нафар (4 %) духтар пас аз иҷрои сарбории ҷисмонӣ нишондиҳандаҳои фишори хун ба ҷойи баланд гардиданд нисбатан паст шуданд.

Яке аз нишондиҳандаҳои муҳимтарини захираҳои системаи дилу рағҳо, ки сифати танзими кори онҳоро тавсиф мекунад, индекси Робинсон мебошад. Дар сеяки донишҷӯёне, ки мо тадқиқот гузаронидем (33,3 %) аз рӯйи индекси Робинсон нишондиҳандаҳои миёна ва пасттар аз он доштанд, ки он метавонад аз нокифоя будани иқтидори энергетикӣ организм шаҳодат диҳад. Нишондиҳандаҳои миёнаи индекси Робинсон дар духтарон ба сарҳади поёнии меъёр наздик шуда, дар писарон бошад аз нишондиҳандаи духтарон балантар буд. Нишондиҳандаҳои ҳадди ақали индекс дар духтарон ба 30 ва дар писарон ба 61 баробар буд, нишондиҳандаҳои ҳадди аксар бошад дар духтарон ба 130 адад ва дар писарон ба 138 адад баробар буд.

Аз рӯйи индекси Руффе ба хосиятҳои реактивии системаи дилу рағҳо ва қобилияти кори дил ҳангоми иҷрои машқҳои ҷисмонӣ баҳо додан имкон медиҳад [3]. Нишондиҳандаҳои миёнаи қобилияти хуби кори дил дар писарон то 36 ҳол ва дар духтарон бошад қобилияти қаноатбахш то ба 79 ҳол мувофиқат мекарданд.

Нишондиҳандаи пасти индекси Руффе (беш аз 10 балл) дар 5 нафар духтарон (10%) метавонад аз фаъолияти пасти нишондиҳандаҳои системаи дилу рағҳо шаҳодат диҳад, ки он имкониятҳои ҷисмонии бадани донишҷӯёнро маҳдуд мекунад, дар ҳолате ки равандҳои барқарорсозӣ дар бадан суст мешаванд. Дар маҷмӯъ, нишонаҳои ошкоршудаи сустшавии фаъолияти системаи дилу рағҳо дар баъзе донишҷӯён метавонанд бо омилҳои гиподинамияи шадид алоқаманди дошта бошанд.

Фаъолияти кори системаи нафаскашӣ бо нишондиҳандаҳои кори дил бештар ало-



Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии организми донишҷӯёни донишгоҳ (m±m)

Нишондиҳандаҳо	Духтарон (n = 60)		Писарон (n = 40)	
	Натиҷаҳои гирифташуда	Натиҷаҳои миёнаи меъёрӣ	Натиҷаҳои гирифташуда	Натиҷаҳои миёнаи меъёрӣ
Индекси вазн-қад (г/ см)	339,4±5,4	325,3±75	383,8±11,9	350,4±12,2
ЗЗД (зарба/дак) – ҳолати оромӣ	76±2,0	60±80	77±4,3	60±80
ЗЗД (зарба/дак) – пас аз иҷрои сарбории ҷисмонӣ	100±4,6	100±12	95±5,0	100±12
Индекс Робинсон (воҳид)	84,2±3,5	76-85	99,2±9,1	76-85
Индекс Руфе, холҳо	7,3±1,6	6-10	7,3±1,6	6-10
ҒХШ (мл)	322,9±108,6	на камтар аз 2 800	354,7 ±258,3	на камтар аз 3 800
ИҲ (мл/кг)	58,6±3,6	на камтар аз 55-60	68,3±7,4	на камтар аз 65-70
Боздошти нафаскашӣ (сон)	44,1±3,1	40-49	54,8±8,7	45-55
Индекс Скибински (холҳо)	22,0±3,4	16-29	28,5±5,0	16-29

қаманди дорад. Ҳаҷми ҳаётии шуш яке аз нишондиҳандаҳои асосии ҳолати нишондиҳандаҳои нафаскашии беруна мебошад ва он имкон медиҳад, ки ба ҳаракати шуш ва андозаи қафаси сина баҳо дода шавад. Натиҷаҳои ҒХШ дар бисёри ҳолатҳо ба меъёр мувофиқат мекарданд, аммо дар 5 нафар (10 %) духтар ва 3 нафар (6 %) писар ин нишондиҳандаҳо аз меъёр нисбатан камтар буданд; дар духтарон қиммати максималии ҒХШ ба 4 600 мл ва дар писарон ба 7 4800 мл баробар буд.

Нишондиҳандаи дигари имкониятҳои функционалии нафаскашии беруна индекси ҳаёти (ИҲ) мебошад. Дар 12 нафар (24 %) духтар ва 5 нафар (10 %) писар нишондиҳандаҳои пасти индекси ҳаётӣ ба қайд гирифта шудаанд, ки ин метавонад ба инкишофи заифи функсияи нафаскашии организми донишҷӯён баҳо диҳад. Қиммати миёнаи ин нишондиҳанда дар донишҷӯёни таҳқиқшуда ба меъёр мувофиқат мекард.

Имкониятҳои функционалии узвҳои нафаскашӣ ва гардиши хунро аз рӯи индекси Скибински баҳо додан мумкин аст. Баҳои паст ба имкониятҳои нокифоя будани функционалии узвҳои нафаскашӣ, гардиши хун, камшавии устувории организм ва ҳолати гипоксия шаҳодат медиҳад. Дар 9 нафар (18%) духтар нишондиҳандаҳо аз меъёр хеле камтар буданд, ки онро ҳамчун коҳиши муқовимати бадан ва афзоиши майл ба пайдоиши бемориҳои гуногун баҳогузори кар-

дан мумкин аст. Натиҷаҳои писарони донишҷӯ ба таври назаррас беҳтар буданд ва дар 2 нафар (4%) натиҷаҳои аз меъёр паст будани ҳолатҳо мушоҳида гардид, аммо дар аксари писарон бо нишондиҳандаҳои аъло (беш аз 60 хол) мувофиқат мекарданд.

Аз рӯи натиҷаҳои таҳлили типии таъсири яқҷояи қисмҳои системаи асаби вегетативӣ ё индекси вегетативӣ муайян карда шуд, ки мувофиқи он типии симпатоникӣ системаи асаби автономиро аксарияти духтарон (32 нафар, 64 %) ва танҳо 12 нафар (24 %) писар доштанд. Типии ваготонии асаб дар 9 нафар (18%) духтар ва 15 нафар (30 %) писарон мушоҳида гардид, типии нормотоникӣ дар 9 нафар (18 %) духтар ва 23 нафар (46 %) писарон ба қайд гирифта шуд.

Хулосаҳо. Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда мо ба хулосае омадем, ки дар номувофиқатии назаррас нисбат ба меъёрҳо аз рӯи нишондиҳандаҳои гуногуни таҳлилшаванда ҳам дар духтарон ва ҳам дар писарон муайян карда шуд.

Имкониятҳои пасти мутобиқшавӣ дар духтарон нисбат ба писарон бештар ба назар мерасиданд, ки он аз шаҳодати аз ба охир расидани захираҳои мутобиқшавии бадани духтарон дар ояндаи наздик дарак медиҳад.

Донишҷӯёни дорои нишондиҳандаҳои ғайриқаноатбахши индекси таъсири функсионалии муҳим ба истифодаи саривақтӣ ва



муносиби таъсири инкишоф, ҳамоҳангсозӣ ва омӯзиш ниёз доранд, ки бо ин роҳ метавон сатҳи саломатӣ ва фаъолнокии онҳоро мунтазам баланд бардошт.

Дар байни омилҳои хавф барои пайдоиши ихтилоли функционалӣ таъсири муҳимтарин инҳоянд: гиподинамия, одатҳои бад (хусусан тамокукашӣ), риоя накардани

речаи рӯз, вақти нокифояи хоб, физои ғайримантиқӣ, зиёдатӣ ё норасоии вазни бадан, набудани обутоби бадан.

Баланд бардоштани иқтидори мутобиқшавӣ ба шароити муҳити беруна имкон медиҳад, ки вазифаҳои дар назди мутахассиси ҷавон дар давраи таҳсил дар донишгоҳ гузошташуда бомуваффақият ҳал карда шаванд.

Адабиёт

1. Агаджанян Н. А., Смирнов В. М. Нормальная физиология. Издательство: МИА, 2009. – 520 с.
2. Андреева Л.М., Рахимжанова Ж.А., Колодченко Н.Д., Холоша С.М., Курмышева Т.Б. Социально-гигиенические аспекты здоровья студентов // Материалы II междунар. науч.-практ. конф. Актуальные проблемы экологии. – Караганда, 2003. – С. 13-15.
3. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология [Текст] / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. - Ростов-н/Д. : Феникс, 2000. - 248 с.
4. Батрымбетова С.А. Медико-социальная характеристика студентов и научное обоснование концепции охраны их здоровья (на примере г. Актобе Республики Казахстан): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 302 с
5. Безух, К. Е. Функциональные профили формирования здоровья подростков 12-15 лет, обучающихся по школьным программам разной интенсивности [Текст]: автореф. дис... канд. биол. наук / К. Е. Безух. - Ярославль : Изд-во ЯГПУ им. К. Д. Ушинского, 2007. - 24 с.
6. Косолапов А.Б. Комплексная динамическая оценка состояния здоровья студентов / А.Б. Косолапов, С.В. Горшков, Р.Б. Спиридонов // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 41- 45.
7. Чистяков, В. В. Методические рекомендации по комплексному обследованию состояния здоровья и физического развития детей и подростков / В. В. Чистяков, К. Е. Безух, В. А. Дворкин//. - Ярославль : Полиграфический центр «ЦМИК», 2013. - 36 с.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ ВУЗА

Холбекиён М.Ё.,¹ Шоқурбонова М.Ш.,² Хомидҷонова Д.Х.,¹ Ризоева О.А.,³ Исроилов Р.СЗ

1. Кафедра нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. Кафедра анатомия и физиологии ТГПУ имени С. Айни.
3. Кафедра медицинской биологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Физическое развитие организма следует рассматривать как один из важнейших показателей здоровья. Оценить состояние физического здоровья можно, по сути, проанализировав ряд функциональных индикаторов.

Актуальность исследования проблем со здоровьем студенческой молодежи в первую очередь зависит, с одной стороны, от необходимости получения информации о состоянии их здоровья, с другой стороны, обеспечение благоприятных условий для нормальной жизнедеятельности, активного трудового и социального образа жизни студен-

тов. Все это позволяет нам учитывать проблемы со здоровьем студентов на сегодняшний день преимущественно для проведения точных исследований в этой области.

В результате проведенных исследований выяснилось, что значительное несоответствие нормативам по различным анализируемым критериям существует как для юношей, так и для девушек. Повышение адаптации к условиям окружающей среды дает возможность благополучно решать задачи, поставленные перед молодым специалистом в процессе обучения в ВУЗе.



В статье представлены результаты основных показателей функционального состояния организма студентов, обучающихся в Таджикском государственном педагогическом университете им. С.Айни.

ком университете им. С.Айни.

Ключевые слова: физическое развитие, функциональное состояние, индексы, группы здоровья, физиологические ресурсы тела.

COMPLEX CHARACTERISTICS OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE BODY OF UNIVERSITY STUDENTS

Kholbekiyon M.Yo.,¹ Shokurbonova M.Sh.,² Khomidjonova D.Kh.,¹ Rizoeva O.A.,³ Isroilov R.S.³

1. Department of Normal Physiology of the SEI “AvicennaTajik State Medical University”, Tajikistan.
2. Department of Anatomy and Physiology of the Tajik State Pedagogical University named after S. Aini.
3. Department of Medical Biology, State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”, Tajikistan.

The physical development of the body should be considered as one of the most important indicators of health. One can assess the state of physical health, in fact, by analyzing a number of functional indicators.

The relevance of research on the health problems of students primarily depends, on the one hand, on the need to obtain information about their health status, on the other hand, to ensure favorable conditions for normal life, active work and social lifestyle of students. All this allows us to take into account the health problems of students today as an advantage for conducting accurate research in this area.

As a result of the conducted research, it turned out that there is a significant discrepancy between the standards for various analyzed criteria for both boys and girls. Increasing adaptation to environmental conditions makes it possible to successfully solve the tasks assigned to a young specialist in the process of studying at a university.

The article presents the results of the main indicators of the functional state of the body of students studying at the Tajik State Pedagogical University named after S. Aini.

Keywords: physical development, functional state, indices, health groups, physiological resources of the body.

Холбекиён Мирзохамдам Ёрбек – д.и.б., дотсент, мудири кафедраи физиологияи нормаллии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тоҷикистон. 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино - 29-31. E-mail: m.kholbegov@mail.ru

Холбекиён Мирзохамдам Ёрбек - д.б.н., доцент, заведующий кафедрой нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан., 734003, ул. Сино, 29-31, г. Душанбе, Республика Таджикистан. E-mail: m.kholbegov@mail.ru

Kholbekien Mirzohamdham Yerbek -Associate Professor, Head of the Department of Normal Physiology of SEI “AvicennaTajik State Medical University”, Tajikistan. E-mail: m.kholbegov@mail.ru.

Шокурбонова Муаттара Шарифхоновна – унвонҷӯи кафедраи анатомия ва физиологияи ДДОТ ба номи С.Айни. 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 121, E-mail: muatsh@inbox.ru

Шокурбонова Муаттара Шарифхоновна - ТГПУ имени С.Айни, соискатель кафедры анатомии и физиологии ТГПУ имени С.Айни, Таджикистан. 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки -121. E-mail: muatsh@inbox.ru

Shokurbonova, Muattara Sharifkhonovna. -TSPU, candidate of the Department of Anatomy and Physiology of TSPU. Tajikistan. 734003, Dushanbe, Rudaki Avenue -121. E-mail: muatsh@inbox.ru

Хомидҷонова Дилором Ҳомидҷоновна - н.и.б., ассистенти кафедраи физиологияи норма-



лии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон. 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31. E-mail: khdbiomedtaj@gmail.com.

Хомиджонова Дилором Хомиджоновна - к.б.н., ассистент кафедраи нормальной физиологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Г. Душанбе, ул. Сино - 29-31, г. Душанбе. E-mail: khdbiomedtaj@gmail.com.

Khomidzhonova Dilorom Khomidzhonovna - PhD, assistant of the Department of Medical Normal Physiology of the ATSMU. Dushanbe, Sino str. - 29-31. E-mail: khdbiomedtaj@gmail.com.

Ризоева Ойбibi Азизкуловна – н.и.б., дотсент, мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тоҷикистон. 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31. E-mail: m.kholbegov@mail.ru

Ризоева Ойбibi Азизкуловна - к.б.н., доцент, заведующая кафедрой медицинской биологии с основами генетики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Г. Душанбе, ул. Сино - 29. E-mail: Oybibi Rizoeva -72@mail.ru.

Rizoeva Oibibi Azizkulovna - Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Medical Biology with the basics of Genetics of the ATSMU. Dushanbe, Sino str. - 29. E-mail: Oybibi Rizoeva -72@mail.ru.

Исроилов Раҷабали Сирочиддинович – МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», унвонҷӯи кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика. 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино - 29-31. E-mail: isroilovrajabaly@gmail.com.

Исроилов Раҷабали Сироджиддинович - ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, соискатель кафедры медицинской биологии с основами генетики. 734003, г. Душанбе, ул. Сино - 29-31. E-mail: isroilovrajabaly@gmail.com.

Isroilov Rajabali Sirodzhiddinovich - candidate of the Department of Medical Biology with the basics of Genetics, ATSMU, Tajikistan. 734003, Sino str., 29-31, Dushanbe. E-mail: isroilovrajabaly@gmail.com.

УСУЛИ МОРФОЛОГӢ ВА БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ ИСТИҲОЛОТИ ХЕШУТАБОРӢ ДАР ЗАБОНИ ТОҶИКӢ ВА АНГЛИСӢ

Муҳамадиева З.А.

Кафедраи забони латинии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Дар мақолаи тархрезишуда сухан роҷеъ ба истиҳолоти занушавҳарӣ, яъне хешутаборӣ дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ матраҳ шудааст. Бояд тазаққур дод, ки воҳиди асосии сатҳи морфологияи морфема воҳиди сохторие мебошад, ки хусусияти дутарафа дорад. Ҳангоми омӯзиши калимасозӣ дар баҳши грамматика, яъне дар доираи морфология, ба хусусиятҳои воситаҳои шаклии калимасозӣ ва таркиби калима ва ҷиҳати моддии ин равандҳо, инчунин ҷиҳатҳои функционалии истифодаи калимаҳо диққати асосӣ дода мешавад, ҳосила ва калимаҳои мураккаб аксар вақт аз тавачҷуҳои муҳаққиқ дур мемонад. Инро бештар бо он фаҳмонидан мумкин аст, ки бо равиши грамматикӣ ба калимасозӣ муҳаққиқ пеш аз ҳама ба масъалаи ташак-

кули ҳиссаҳои алоҳидаи нутқ ва бо равиши морфологӣ масъалаи сохти калима дар он тавачҷуҳ дорад. Ҳангоми таҳлили калимасозӣ дар баҳши лексикология, баръакс, ин масъалаҳо дуруст инъикос намеёбанд, зеро тавачҷуҳои асосӣ ба муайян ва тавсиф кардани гурӯҳбандиҳои лексикӣ-маъноии ҳосилавӣ, инчунин ба баъзе масъалаҳои эҷодии лексикаи нав равона мешавад.

Воҳиди асосии сатҳи морфологӣ морфема, воҳиди сохторие мебошад, ки хусусияти дутарафа дорад ва морфема ягонагии шакл ва мазмунро ифода мекунад. Аз ин рӯ, ба истилоҳоти хешутаборӣ, ки мо мавриди омӯзиш қарор дорем, аксари истилоҳоте, ки ҳосила мебошанд, ба тарзи аффиксали сохта шудаанд, ки се намуд дорад: суффиксӣ, пешвандӣ ва пасвандӣ.



Мақсади кор. Таҳлили таркиби баъзе калимаҳои хешутаборӣ аз ҷиҳати морфологӣ дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқ. Дар калимаҳои зерин пасвандҳо ҳам ба истилоҳоти содда ва ҳам ба истилоҳоти сохташуда илова карда шудааст, масалан: *бенадар* – *fatherless*; *бенадарӣ* – *fatherless*; *бешавҳарӣ* – *celibacy, singleness; virginity*; *бобоӣ* – *grandfather's*; *додарӣ* – *fraternal; friendly, домодбоб* – *achieved marriage age (youth)*; *домодӣ* – *wedding*. Дар истилоҳоти хешутаборӣ дар баробари суффиксҳои истехсолӣ, ки бо ёрии онҳо таркиби луғавии забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ бо воҳидҳои нави луғавӣ пурра шуданро давом медиҳад, суффиксҳои бемаҳсул ва бемаҳсул низ мавҷуданд [14]. Исмҳои забонҳои муқоисашаванда дорои миқдори зиёди пасвандҳои ҳосилшуда мебошанд, масалан: *бародарӣ* – *brotherhood*; *духтарӣ* – *girlhood*; бо ёрии сермаҳсулгарин аз ҳамаи пасвандҳо – суффикси *-ӣ, -ҷӣ, -гар, -вор, -зода, -она* дар забони тоҷикӣ сохта шудааст, ки дар ташаккули истилоҳҳои хешутаборӣ пасвандҳои исмӣ сермаҳсул мебошанд, масалан: *бародарвор*; *бародарона* – *like brother; on-fraternal*; *бародарзода* (*nica* – *духтари бародар*) – *son or daughter of brother, бародарӣ* – *brotherhood*; *бародарона* – *in a brotherly, завҷа, ҳамсар, зан, ҳамболин, рафиқа* – *spouse, wife*. Ғайр аз ин калимаи *зан* дар забони тоҷикӣ бо маъноҳои гуногун ҳам ифода карда мешавад.

Пасванди *-ак, -як* дар истилоҳоти хешутаборӣ кам истифода мешавад, масалан: *ятимак* – *orphan (бачае, ки یتим аст, ҷане бе падару модар* – *the boy who is an orphan, that is, without parents)*; *духтарак* – *girl*; инчунин пасвандҳои *-иве, -атева* ғ.; *духтарбоз* – *ladies' man*; *духтардор* – *having daughter, girlfriend*; *духтарона* – *on-maiden; adoptive* – *фарзандхонд* – *писархонд, ба фарзанди қабулшуда; adulterate* – *ғайриқонунӣ, ғайримашурӯ* (*ғайриникоҳ*) *зоидашуда; adulteress* – *вафодор набудан ба аҳди заносувӣ*.

Бояд қайд кард, ки дар асоси ин таҳлили калимасозӣ метавон дар бораи рушди калимасозии муосир дар истилоҳоти хешутаборӣ хулоса баровард ва роҳҳои минбаъдаи

рушди забонро дар маҷмӯи муайян кард. Дар забони тоҷикӣ тавассути морфемаҳои префиксалии калимаҳои нав сохта мешаванд, масалан: *ҳамбатн* – *uterine by one*; *ҳамбистар* – *spouse, husband*; *якзанагӣ* – *monogamy* – *якканикоҳӣ*; *якканисар* – *the only son*.

Навӣи пешванд дар забонҳо ҳамчун навӣи суффикс ифода мешавад, вобаста ба морфемаҳои ба лексема дохилшуда ба ду зергурӯҳ чудо мешавад: 1) якпрефиксӣ, агар дар лексема як префикс бошад; 2) дупрефиксӣ, агар лексема ду морфемаи калимасоз дошта бошад (ду префикс дар забон бо моделҳои якхела ифода ёфта бошад) [6]. “Пешояндҳо аз суффиксҳо маҳз бо ҳамин фарқ мекунанд, ки бо ёрии онҳо калимаҳои марбут ба дигар ҳиссаҳои нутқ нисбат ба калимаҳои ҳосилкунанда сохта намешаванд. Агар префиксҳо дар сохтани калимаҳои, ки ба дигар ҳиссаҳои нутқ мегузаранд, иштирок кунанд, пас танҳо дар таъсири мутақобила бо суффиксҳо онҳо дигар мешаванд. Таҳлили пешояндҳо: дар забони тоҷикӣ категорияи махсуси калимасозӣ аз пешояндҳо иборат аст, ки маънои инкорро доранд нишон медиҳад: *но-, бе-*; пешояндҳои *бе-, дар-, ба-* дар сохтани калимаҳои, ки вазифаи ҳиссаи дигари нутқро иҷро менамоянд, иштирок мекунанд.

Дар забони англисӣ пешояндҳои исм *-in, -inter, -un* сермаҳсул мебошанд, масалан, *inbred* сифатест, ки маъноаш *модарӣ, табиӣ* мебошад аз волидайн, ки бо ҳам хешу таборанд, таваллуд шудаанд, мисол: *an inbred family* – оилае, ки дар он фарзандон аз волидайн хешу табор таваллуд мешаванд; *incest* – никоҳи хешутаборӣ-омезиши хун, издивоҷ, никоҳ бо хешовандони наздик; *incestuous* – мучомиатгар бо хешони наздик; гунаҳгор дар мучомиатгарӣ бо хешони наздик; *ineligible* – номувофиқ, номатлуб, номақбул (*дар бораи домоду арӯс*); *infancy* – тифлӣ-дарраи кӯдакӣ, айёми кӯдакӣ, туфулият; дар ҳуқуқ: ноболиғ; *infant* – кӯдак, бача, тифл; ба балоғат нарасида; кӯдакӣ, кӯдакона, аввалин, ибтидоӣ, мабдаӣ; *inferit* – мерос, мерос гирифтани, меросхӯр, ворис будан, ба тариқи мерос соҳиб шудан; *inheritable* – ирсӣ; доштани ҳуқуқи меросӣ; *intermarriage* – ни-

коҳи байни хешовандон, заношӣ байни хешовандон; *intermarry* – издивоч кардан (дар бораи хешовандон) – хешу ақрабо шудан; бастанӣ издивоч (байни хешовандон). Бояд гуфт, ки ҳангоми таҳлил дар забони тоҷикӣ навъи префикси калимасозӣ муайян карда нашудааст. Дар ин маврид дар асоси ҳуди таркиби истилоҳҳои хешутаборӣ таҳлили морфологии зерин имконпазир аст. Истилоҳҳои хешутаборӣ ба яккалима ва бисёркалима чудо мешаванд. Қайд кардан мумкин аст, ки таҳлили морфологӣ муайян кардани моҳияти морфологии ҳар як унсур истилоҳи таркиб, яъне мансубияти ин унсур ба қисми муайяни нутқро дар бар мегирад.

Бар асоси гуфтаҳои боло метавон ба ҳулосае омад, ки истилоҳоти хешутаборӣ дар забонҳои муқоисашаванда асосан аз исми сифат сохта шудаанд ва дигар ҳиссаҳои нутқ дар ин истилоҳот дида намешавад. Мавҷудияти онҳо низ исбот шудааст, аммо онҳо камтар маъмуланд. Омӯзиши муқоисавии маводҳои луғавии забонҳои англисӣ ва муносибатҳои онҳо барои рушди минбаъдаи тадқиқоти муқоисавии типологӣ дар забонҳои сохторҳои гуногун аҳамияти бузурги назариявӣ ва амалӣ дорад ва инчунин барои муайян кардани далелҳои нави забонӣ дар забонҳо кӯмак мекунад. Яке аз принципҳои асосии забоншиносӣ муносибати мунтазам ба омӯзиши забон ва сатҳҳои он мебошад. Гуногунии бархурдҳо ба дарки хусусияти системавии забон, пеш аз ҳама, аз мураккабӣ, серҷабҳа, гуногунҷабҳа, номутобикат ва гуногунрангии ҳуди системаи забон, сатҳу воҳидҳои он шаҳодат медиҳад. Фаҳмиши нави таркиби калима ҳамчун сарчашмаи на танҳо номҳои тайёр, балки қоидаҳои ташаккули онҳо аз рӯи моделу сохтҳои амали принципҳои гуногун асос ёфтаанд. Яке аз проблемаҳои муҳимтарини забоншиносӣ ин калимасозӣ буда дар қорҳои бахшида ба калимасозии англисӣ, русӣ ва тоҷикӣ қор карда шуда истодаанд ва ин дар қорҳои лексикографи машҳури рус А.Н. Тихонов, П.Соболева, Е.Г. Гинзбург ва дигарон дида мешавад. Яке аз вижаҳои истилоҳоти хешутаборӣ дар забон васеъ ис-

тифода шудани вожаҳои умумӣ мебошад, ки А.М. Кузнецов менависад: «калимаҳое, ки муносибатҳои оилавии байни одамонро ифода мекунанд... дар адабиёт, аллакай аз қорҳои асосгузори усули муқоисавии таърихӣ барои исботи хешу табории забонҳои ҳиндуаврупоӣ ба таври васеъ ба қор бурда мешуданд, зеро аз тамоми мероси забонии давраи тарафдори ҳиндуаврупоӣ ба ин истилоҳҳо камтар тағйирот ба амал омад» [5]. Солҳои охир дар омӯзиши истилоҳоти хешутаборӣ дар забони тоҷикӣ қорҳои А. Керимова, К. Таирова, инчунин олимони тоҷик, аз қабилҳои академики АИ Тоҷикистон Б. Ниёзмӯҳаммадов, аъзоёни Академияи илмҳои Тоҷикистон Р. Фафорова ва М. Раҳматуллозода, Л. Бузургзода, О. Чалолова ва дигарон дида мешавад. Дар қори диссертатсионии Х. Эгамназаров «Истилоҳоти хешутаборӣ ва микросистемаҳои функционалӣ-семантикии онҳо дар забонҳои ўзбекӣ ва англисӣ» [20], ки дар он принципҳо ва усулҳои ташаккули истилоҳот, хусусиятҳои сохторӣ ва семантикии он, хусусиятҳои мушаххасозӣ ва «Таҳлили муқоисавии истилоҳоти хешутабории ақди никоҳ дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ» [11] З.А. Мӯҳаммадиева, ки дар он хусусиятҳои луғавӣ ва семантикии истилоҳот дар забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ таҳлил шудаанд, дида мешавад. Таҳлили калимасозӣ дар забони тоҷикӣ аз асри XX, махсусан дар нимаи дуюми он, инкишоф меёбад ва аввалин тадқиқотҳои масъалаҳои махсуси калимасозиро дар забоншиносии тоҷик ҳал мекунад. Солҳои 60-ум мақолаи М. Мӯҳаммадиев ба таъбираи мерасад, ки дар он принципҳои асосии ташаккули калимаҳо дар забони тоҷикӣ дар умум нишон дода шудаанд [12]. Унсурҳои калимасозии мувофиқ дар лексикологияи англисӣ, дар қитоби О.Д. Мешков ва дигар қорҳои низ баррасӣ шудаанд. Солҳои охир мафҳуми «компоненти басомад» пайдо шудааст, ки аз нимафикс бо набудани тафсири такрорӣ дар муқоиса бо калимаи истинод, ки дар «Луғати унсурҳои ҳосилшудаи забони англисӣ» инъикос ёфтааст, фарқ мекунад. Дар рушди таркиби калима дар забони англисӣ О.Д. Мешков ва В.М. Карашук саҳми



арзанда гузоштаанд [10], ки китобҳои бахшида ба масъалаҳои калимасозии забони англисиро нашр намуда, таркиби калимаро ҳамчун як шоҳаи мустақили забоншиносии забони англисӣ медонанд. Бо вучуди тамоюли эътирофи калимасозӣ ҳамчун як соҳаи мустақили илми забон ва мавҷудияти наздикии раднопазири он ба лексикология, таҳаввули масъалаи муносибати калимасозӣ ва грамматика идома дорад. Дар айни замон калимасозӣ хеле босуръат инкишоф ёфта, яке аз воситаҳои пурмаҳсули таркиби луғавии забонҳои муосири тоҷикӣ ва англисӣ мебошад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар маҷмӯъ, бояд эътироф кард, ки назарияи калимасозии забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ дар забоншиносӣ дар ҳоли рушду такомул қарор дорад. Мушкилоти имруза семантика ва вазифаи воситаҳои калимасозӣ ва нақши сохторҳои калимасозӣ дар забон ва нутқ мебошад. Фаъолияти моделҳо ва пур кардани онҳо мувофиқи қоидаҳои системавӣ сурат мегирад ва ба истилоҳ “фишори системавӣ”-ро ба вучуд меорад, ки ба рушди минбаъдаи луғат таъсир мерасонад. Аммо дар як қатор мавридҳо дар системаи калимасозӣ ҷиҳатҳои нав пайдо мешаванд, ки бо мурури замон онҳо муътадил шуда метавонанд. Намунаи ин вазъият метавонад дар забон пайдо шудани «калимаҳои нав» - неологизмҳои системавӣ, ки каму беш паҳн шуда истодаанд, ё пайдоиши окказионализмҳои системавӣ, ки бо вайрон кардани қоидаҳои муайяни системавӣ ташаккул ёфтаанд, мебошанд. Аммо бояд гуфт, ки моделҳои асосии калимасозӣ чун қоида устуворанд. Тағйирот дар шакли моделҳои пуркунӣ аксар вақт бе нишонае нопадид мешаванд, аммо ҳангоми такрор шудан метавонанд системавӣ шаванд ва пас аз санҷиши вақт ба ҳолати муқаррарӣ баргарданд, чунин ҳолатҳо дар таърихи забон маълуманд. Калимаҳои мураккаб имкон медиҳанд, ки мафҳумҳои нав пурратар ифода карда шаванд ва ҷузъи муҳими лексикаи забонҳои муосирро ташкил медиҳанд, дар истилоҳот маҳсусан калимаҳои мураккаб васеъ истифода мешаванд. Зарурати дурусттар ва пурратар номбар

кардани ҳодисаҳои нави илм, техника, истеҳсолот ва фаъолияти ҷамъиятии инсон, инчунин инъикос намудани хислатҳои муҳимтарини онҳо боиси пайдо шудани шумораи зиёди калимаҳои мураккаб, масалан: *бародархонд* - *adopted brother*, *бародаршӯй*, *бародари шавҳар* - *brother-in-law*; *husband's brother*; *бибикалон*, *модаркалон* - *great-grandmother*, *бобокалон*, *бобои бузург* - *great grandfather*; *forefather*, *додарарус* - *brother-in-law*, *бародарзода* - *nephew*, *niece* ва ғайра мебошад. Дар бораи таркиби калима сухан ронда, калимаҳои мураккаберо, ки аз ду ё зиёда тавлидкунанда иборатанд, фарқ кардан мумкин аст; вожаҳои мураккаб бо аффикс ва калимаҳои мураккаб бо ихтисор, масалан: *домодбаророн* - (rite of the first output new-married from house after three days of wedding - маросими аввалини баромади домоди нав пас аз се рӯзи тӯй), *домодшаванда* - *groom*, *духтарбарӣ* - *coll. marriage of daughter* - ба шавҳар додани духтар, *духтарбинӣ* - *show of daughter* - духтарбинон (келинбинон). Вобаста ба хусусияти алоқаи байни лексемаҳо ҳангоми таркиби калима навҳои зерини истилоҳоти мураккаб ҷудо карда мешаванд: а) иловаи бе аффикс, б) иловаи пасванд, в) луғатшавӣ. Пайваस्तкунии аффикс дар забонҳои муқоисашаванда яке аз роҳҳои ташаккули калимаҳои мураккаб мебошад, ки дар он ду тарзи таркиби аффикс вучуд дорад: байнификсали ва мураккаби суффиксӣ.

Усули интерфиксали усули шаклбандиест, ки дар он асосҳои калимаи мураккаб ба воситаи морфемаи пайваस्तкунанда пайваст мешаванд ва дар забони тоҷикӣ -у- истифода мешавад. Дар байни таркиби истилоҳоти мураккаб ҳангоми ташаккули интерфиксали муносибатҳои баробар муқаррар карда мешаванд, ки барои алоқаи координативии муносибатҳои синтаксисӣ хос аст. Ташаккули -у-и *хешутаборӣ* ба сифати морфемаи пайваस्तкунанда дар забони тоҷикӣ ба пайвандаки координатсионии -у- (ва) бармегардад ва муносибатҳои байни ҷузъҳои алоқамандро дар калимаи мураккаб таъкид мекунад. Усули мураккаб-суффиксӣ усулест, ки дар он калимаҳои мураккаб аз тариқи илова карда

ни асос ва пасванд сохта мешаванд. Моделҳои истилоҳсози зерин бо роҳи суффикси мураккаб сохта мешаванд ва калимаҳои мураккаб дар забони тоҷикӣ исм ё сифатро ташкил медиҳанд. Калимаҳои *connubial* (аз лотинӣ *connubialis*, аз *connubium* 'marriage', аз *con-* 'with' + *nubere* 'marriage') - *занушавҳарӣ*, *consanguinity* (*consanguineous* ё *consanguine*); - *хешӣ*, *ҳамхунӣ*, *хешутаборӣ* ҳамчун сифат, мисол шуда метавонад ва *consanguineously* зарф аст. Баъзе аз забоншиносон усули соختани калимаҳои навро бо иловаи ду асос пайваस्ताгии ҳолис меноманд. Иловаи ҳолис ҳамчун "иттиҳоди якчанд асосҳои истехсолкунанда дар шакли пурра (буриданашуда) ҳамчун як қисми асоси ҳосилшуда" фаҳмида мешавад. Масалан, *занбезор* - *misogynist*; *misogynous* - *занпараст*, *занпарастӣ* - *марди хонум*; *хоҳарарӯс* - *sister-in-law* - *хоҳарзода*, *хоҳархонд* - *chosen sister* - *хоҳари интихобишуда* ва ғ.

Дар забони англисӣ ин усули калимасозиро низ калимаҳои мураккаб, ки бо имлои дефис сохта мешаванд, дар бар мегирад, масалан: *sister-in-law* - *хоҳаршӯӣ*, *mother-in-law* - *модарарӯс*, *daughter-in-law* - *сунҳор*, *келин* (*to house of the bridegroom*) - *келинбиёрон* (*ба хонаи домод*), *half-blood* - *бародар*, *хоҳар* ба воситаи танҳо яке аз падару модар - *бародар* ё *хоҳар* аз ҷониби яке аз волидон, *half-brother* - *бародар* ба воситаи танҳо яке аз падару модар - *бародари ҳамхун*, *бародари ҳамбатн*, *бародар* аз ҷониби яке аз волидон, *half-sister* - *хоҳар* ё *хоҳари* аз яке аз волидайн - *хоҳари ҳамхун*, *хоҳари ҳамбатн*, *хоҳар* аз ҷониби яке аз волидон, *hedge-marriage* - *ниқоҳи махфӣ*, (*a clandestine meeting/marriage* - *вохӯрӣ/ниқоҳи махфӣ*), *helpmate* - *рафиқ*, *дӯст*; *шавҳар*, *ҳамсар*; *зан*, *ҳамсар*, *дугонаодатан* ин калима ба зан ё шавҳар таалуқ дорад. Ҳамин тариқ, на танҳо калимаҳои ҷудоғонаи ҳосилшуда, балки категорияҳои алоҳида, калимаҳои ҳосилшуда, ки хусусияти шаклӣ ва маъноӣ доранд, бояд ҳамчун воҳидҳои забонии дар таркиби калимаи омӯхташуда баррасӣ шаванд.

Хулоса. Аз рӯи таркиби морфологӣ истилоҳот дар ҳарду забон ба ду луғавӣ ва бисёр луғавӣ тақсим мешаванд. Қисми асосии истилоҳот дар забонҳои муқоисашаванда аз

калимаҳои мураккаби ду луғавӣ иборат аст. Калимаҳои мураккаби ду таркибӣ изофӣ аз ду қисмҳои гуногуни нутқ буда, барои соختани қисмҳои гуногуни нутқ пеш аз ҳама исм ва сифат хизмат мекунад: масалан, *шавҳардор* - *married*, *шавҳардорӣ* - *marriage* - *шавҳаркарда* - *married* ва ғ. Алоқои маъноӣ-синтаксисии байни ҷузъҳо ба муносибатҳои сифат асос меёбад. Аз ин рӯ, намунаҳои вожаҳои мураккаби забонҳои тоҷикӣ ва англисӣ дар истилоҳоти хешутаборӣ, аввалан, нишон медиҳанд, ки пуррашавии луғат асосан тавассути вожаҳои ифодакунандаи исм, чараён ва камубеш сифатҳо сураат мегирад. Сониян, ҳамаи ин моделҳои калимаҳои мураккаб, ки дар навсозии лексикаи вожаҳо иштирок мекунад, сатҳҳои гуногуни системаи ягонаи калимасозиро ишғол мекунад. Баъзеҳо маҳсусан аз ҷиҳати микдор, дигарон аз ҷиҳати мазмун сермаҳсул мебошанд. Ҳамаи онҳо як қизи умумӣ доранд ва дар истилоҳот фаъолият мекунад. Илова бар ин, исмҳо дар ташаккули калимаҳои мураккаб васеъ иштирок мекунад.

Ҳамин тариқ, метавон ба хулосае омад, ки инкишофи таркиби калима дар забоншиносӣ нобаробар будааст, яъне теъдоди истилоҳоти хешутабории тоҷикӣ аз истилоҳоти англисӣ ду баробар бештар аст. Бинобар ин, дар истилоҳот аксарияти забоншиносон бар ин назаранд, ки ҳангоми ба низом даровардани истилоҳот муносибатҳои лексикӣ-маъноӣ ва инчунин вожасозихо дар сатҳи грамматикӣ ва семантикӣ қисми муҳими забони умумиро дар назар доранд ва аз он ҷудонашаванда ҳисобида мешаванд. Истилоҳи хешутаборӣ муносибатро бо тамоми сатҳҳои забон, сатҳҳои пешбаранда ро дар бар мегирад, дар аксари мавридҳо робитаи байни объектҳои воқеияти беруна бо зинанизоми равшан ифодаёфта ва сохтори муҳолифони таркибии онҳо ҳамчун мафҳумҳои ифодакунандаи муносибатҳои хешутаборӣ муайян карда мешавад. Ҳолатҳои ҳастанд, ки на мавқеи объектҳо дар фазо ва на сохтори таркибии мазмуни консептуалии онҳо ягон тартиби қатъии объективии ин объектҳоро дар ҷаҳони беруна муайян намекунад [16].



Адабиёт

1. Арзуманов, С. Учебник таджикского языка для высших учебных заведений / С. Арзуманов, О. Джалолов.- Душанбе: Ирфон, 1969.-416с.
2. Бархурдаров, С.Г. Лексическая синонимия / С.Г. Бархурдаров // сборник статей.-М.: Академия, 2007.- 354с.
3. Бобоходжаева, М.Х. Термин и терминологическая лексика // Лингвистическое описание языков в учебных целях. - Ташкент: ГУ, 1984.-С. 19-23.
4. Джураев, Г., Неменова Р. Л., Мурватов Дж. Южные говоры таджикского языка. Т. 1. [Текст] / Г. Джураев., Р. Л. Неменова., Дж. Мурватов.- Душанбе: Дониш, 2013.-370с.
5. Кузнецов А.М. Сопоставительно-типологический анализ терминов родства английского, датского, французского и испанского языков // В кн.Синхронно-сопоставительный анализ языков разных систем.- М.: Наука, 1971.- С.269-277. – 432с.
6. Лыков А.Г. Термин и его значение / А.Г.Лыков – Иркутск: ИГЛУ, 1925.- С. 30-47.
7. Мамадназаров, А. Становление и развитие таджикской переводной лексикографии ХХи начала ХХIв.в. монография / А.Мамадназаров. – 2-е изд., перераб. и доп.- Душанбе, 2016. -416с.
8. Маниязова Р.А. Краткий таджикско-русский и русско-таджикский словарь терминов родства. - Душанбе, 1999. - 49с.
9. Маниязова Р.А. Семантические соотношения наименований родства, должностей и качества при таджикско-русских языковых контактах. Автореферат кандидатской диссертации. Душанбе. 2000. - С. 7-8.
10. Мешков О.Д. Словообразование современного английского языка. М., 1976. С.24.
11. Мухаммадиева, З.А. Сопоставительный анализ терминов брачного родства в английском и таджикском языках: автореф. дис. канд. филол. наук: 10.02.20 / З. А. Мухаммадиева. - Душанбе, 2012. - 26 с.
12. Мухаммадиев, М. Принсипҳои асосии калимасозии забони тоҷикӣ // Масъалаҳои забони тоҷикӣ. [Текст] / М.Мухаммадиев.- Душанбе: Ирфон, 1976, С.24.
13. Рустамов, Ш, Мушкилоти синтаксис / Ш. Рустамов. - Душанбе. Маориф-1988- 331с.
14. Суперанская А.В. Общая терминология / А.В. Суперанская –М.: Просвещение, 1991.- С.120-140.
15. Писарчик Н.К. О некоторых терминах родства таджиков //Сб. статей по истории и философии народов Средней Азии. - Сталинабад, 1953. -С. 177-185.
16. Термин и слово: предметная отнесенность и функционирование терминов: межвузовский сборник. - Горький: ГТУ.1983. -139 с.
17. Толстая С.М. Категория родства в этнолингвистической перспективе. Категория родства в языке и культуре. Москва, 2009: 7 – 22.
18. Фарҳанги забони тоҷикӣ: X - начало XX вв.: В 2 т. /под.ред. М. Ш. Шукурова, В.А. Капранова, Р. Хашима, Н.А. Масуми. - М., 1969.-Т.1 -951с. Т.2.- 947с.
19. Ҷамшедов П. Фарҳанги англисӣ-тоҷикӣ.- Душанбе «Пайванд»- 2005.-680с.
20. Эгамназаров, Х.Х. Термины родства и их функционально-семантические микросистемы в узбекском и английском языках: автореф. дис. канд. филол. наук: 10.02.22 / Х.Х. Эгамназаров. - Худжанд, 2010. - 26 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД И НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕРМИНОВ РОДСТВА В ТАДЖИКСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Мухаммадиева Зухра Абдуманоновна

Кафедра иностранных языков ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

В данной статье рассматривается терминология родства в таджикском и английском языках. Следует отметить, что базовые единицы на морфологическом уровне являются



ся структурными единицами с двусторонними свойствами. Материальные аспекты этих процессов и функциональные аспекты словоупотребления деривации часто остаются вне поля зрения исследователей. Это скорее можно объяснить тем, что при грамматическом подходе к словообразованию исследователей в первую очередь волнует вопрос образования отдельных частей речи, в то время как при морфологическом подходе их

волнует вопрос словообразования внутри нее. При рассмотрении словообразования в области лексикологии эти вопросы не находят должного отражения, и основное внимание уделяется выявлению и описанию производных лексико-семантических групп, а также проблеме создания новых терминов.

Ключевые слова: словообразование, процесс, терминология родства, морфологический уровень, производные слова.

MORPHOLOGICAL METHOD AND SOME CHARACTERISTICS OF KINSHIP TERMS IN TAJIK AND ENGLISH LANGUAGES

Mukhamadieva Zuhra Abdumanonovna

Foreign languages department of SEI “Avicenna Tajik state medical university”

This article deals with some kinship terminology in Tajik and English languages. It should be noted that basic units at the morphological level are structural units with bilateral properties. The material aspects of these processes and the functional aspects of word-derivation often remain out of the researchers' field of vision. This can rather be explained by the fact that in the grammatical approach to word formation researchers are primarily concerned with the issue of formation of separate parts of

speech, while in the morphological approach they are concerned with the issue of word formation within it. When considering word formation in the field of lexicology, these issues are not properly reflected, and the main attention is paid to the identification and description of derived lexico-semantic groups, as well as to the problem of creating new terms.

Keywords: word formation, process, terminology, kinship, morphological level, derived words.

Мухамадиева Зухра Абдуманоновна – н.и.ф., дотсент, мудири кафедраи забони лотинии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. E-mail: zmuhamadieva@mail.ru. Тел.: +992 902997000.

Мухамадиева Зухра Абдуманоновна – к.ф.н., доцент, заведующая кафедрой латинского языка ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. E-mail: zmuhamadieva@mail.ru. Тел.: +992 902997000.

Mukhamadieva Zuhra Abdumanonovna – c.ph.s., associate professor, head of Latin language department of SEI “Avicenna TSMU”. E-mail: zmuhamadieva@mail.ru. Tel. +992 902997000.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набошанд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси ВДБ (индекси мазкурро аз дилҳо китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. 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 набошад. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ [] оварда мешаванд.

5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳимият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳимият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. 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, диаграммаҳо ва расмҳо бояд муъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набошад, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набошад.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, ноҳияи Сино 29-31, МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар Матбааи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ба таъбъ расидааст.

*Ба чопаи 30.01.2025 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆,
10 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*