

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 1 - 2019



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР ЮСУФӢ С.Ҷ.

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

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

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

ШӢРОИ ТАҲРИРИЯ

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



АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

1 (34)

2019

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

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



**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ЮСУФИ С.ДЖ.**

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

1 (34)

2019

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

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



МУНДАРИЧА

ТИББИ АМАЛӢ

К.П. Артиков, М.Х. Маликов, З.Р. Абдуллоев, Д. Хусейнзода, Ф.М. Хамидов. Анастомозҳои варидӣ хангоми муолиҷаи варикоселеи наврасон.....	6
М.З. Кариева, С.М. Мирзоева, А.А. Раззоқов. Ташхис ва муолиҷаи ғайриҷарроҳии баромадагии модарзодии рон дар кӯдакони синни барвақтӣ.....	12
У.А. Шарипов, А.Д. Гулаҳмадов, Олимҷони А., Рафиев, Ф.Х. Норов. Ворид сохтани технологияи эмболизатсияи шарёнҳои простата - усули муолиҷаи рентгенэндоваскулярии аденомаи простата.....	17
У.А. Шарипов, А.Д. Гулаҳмадов, Ф.Х. Норов, Х.А. Рафиев, Д.М. Сафаров. Рентген-ҷарроҳии эндоваскуляри дар муолиҷаи нуқсони девораи байни пешдилҳо ва маҷрои кушодаи шарёнӣ.....	23
Ш.Қ. Назаров, О.Қ. Қандаков, Р.З. Юлдошев, Ҳ.Ш. Назаров, М.М. Мавҷудов, Б.Н. Ҷонов. Баъзе аз ҷанбаҳои этиологии инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс.....	31
Ш.Қ. Назаров, О.Қ. Қандаков, Р.З. Юлдошев, Ҳ.Ш. Назаров, М.М. Мавҷудов, Б.Н. Ҷонов. Ташхис ва табобати ногузарогии омосии рӯдаи ғафс бо усули ҷарроҳӣ.....	37
А.С. Ашуров, И.Х. Муродов. Ташхис ва муолиҷаи холетсистити шадиди калкулёзи дар беморони дорои хатари зиёди ҷарроҳӣ.....	45
А.Ю. Одилов, Ф.С. Саъдуллоев, Ҷ.А. Шамсиев., А.А. Нусратов, Х.Ғ. Салимов. Баҳодихии қобилияти шахвонии беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ.....	51
Н.А. Абдуллаева, О.Ф. Ҳайдарова, М.Р. Кадирова, М.С. Талабов. Зухуроти клиникӣ-эпидемиологӣ, ташхис ва муолиҷаи пиелонефритҳои шадид ва музмин дар кӯдакон.....	56
Д.А. Қодирова. Фишорбаландии шарёниии мустақил дар занҳои синну соли миёна.....	59
Н.Ф. Одинаева. Ислоҳи ихтилолҳои гормоналии духтарони гирифтори бемории рихинаки оддӣ (acne vulgaris).....	65
Б.И. Саидзода, Б.Ҷ. Сангов. Клиникаи уретропростатити хламидиявӣ.....	67
Л.А. Бабаева, М.С. Талабов. Вижагиҳои клиникӣ-эпидемиологии пиелонефрит дар кӯдакон.....	72
Қ.М. Бухоризода, А.М. Қосимов, М.Ф. Ҳомидов. Самаранокии муолиҷаи беморони барас (вителиго) бо назардошти норасогиҳои масунӣ.....	77
М.Н. Ҷураев, М.М. Тавакалов. Оксидшавии пероксидии липидҳо дар кӯдакони бо бемории саглес дар заминаи вайроншавиҳои вегетативӣ.....	82
Л.А. Бабаева, А.К. Мачидзода. Меъёрҳои асосии авҷ гирифтани гломерулонефрит бо алоими нефротикӣ дар кӯдакон.....	86
Э.Р. Раҳмонов, С.Х. Муовия, Н.С. Одинаев, Ш.Қ. Матинов, А.А. Боймуродов. Таҳлили муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои клиникӣ - эпидемиологии лейшманиози вистералӣ дар кӯдакони мамолики Судони шимолӣ ва Тоҷикистон.....	90
П.Қ. Курбонбекова, М.Т. Мирзоева, З.А. Абдухамидова. Табобати табҳоли фарогир.....	95
Н.М. Курбонов, Б.М. Ҳайдаров, М.Н. Ҷураев, З.А. Муҳитдинова. Паҳншавии аллергияи доруй дар кӯдакон дар асоси мурочиаткунӣ ба маркази шаҳрии аллергологии шаҳри Душанбе дар давоми 19 соли охир.....	100
М.Сорбон. Таъсири намуди ҳӯрониш ба вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт.....	105
З.А. Гулбекова, Н.С. Одинаев, А.С. Мирзоев. Хусусиятҳои эпидемиологии бемории санги пешоб дар аҳолии Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон.....	109
Н.Ш. Абдуллаева. Ғизои кӯдакони соли аввали ҳаёт.....	116
Н.Ш. Самиева, Г.С. Мамадҷонова, Ф.С. Бақоев. Ҷорабиниҳои муолиҷавӣ, пешгирикунандаи бемориҳо ва солимгардонии кӯдакони зуд-зуд беморшаванда.....	122



- М.Д. Шоев, М.И. Махмудназаров, С.М. Мусозода, С.Ч. Юсуфӣ, Ш.Д. Муродов.** Тачрибаи истифодаи дамбаи чойкаҳаки баргсӯрох (*hypericum perforatum* L) дар табобати баъдичаррроҳии беморони гирифтори эйтилолиятҳои ковокии бинӣ.....127
- З.К. Хушқадамов, Х.М. Мирзоев, Б.Д. Имомов, Д.С. Исроилов.** Аҳамияти тиббию судии аломатҳои морфологии захмҳои куфташудаду буридашуда ҳангоми таъсири вертикалии объекти халандаю бурандаи изҳосилкунанда бо фишороварии иловагӣ ба мӯҳраи тег вобаста аз кундии қирраи мӯҳраи тег.....133

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

- Х.А. Зафаров, М.Б. Устоев, М.Ё. Холбегов.** Омӯзиши баъзе хусусиятҳои реаксияи мутобиқшавии организми донишҷӯёни варзишгар.....138
- Б.Махмуд.** Ташаккули малакаҳои командирӣ-методи донишҷӯён дар ҷараёни омӯзиши фанни "ташқил ва тактикаи ҳадамоти тиб".....142
- Ҳ.М. Ёсин, Г.Б. Ҳочиева, К.З. Уроқов.** Вайроншавии иқлим ва бемориҳои дилу рағҳо.....147
- С.Н. Арабзода, Ф.А. Шуқуров, А.А. Нурматов.** Дараҷаи изтироб дар донишҷӯён бо намуд ва дараҷаҳои гуногуни агрессия.....155
- Н.Х. Меликова, С.Н. Арабзода.** Изтироби реактивӣ, шахсиятӣ ва системаи автономии асаб дар ташҳиси ҳолатҳои сарҳадӣ.....160
- Н.А. Нуриллоева, З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров, А.А. Нурматов.** Реактивияти ортостатикӣ ва клиностатикӣ дил ва рӯдаҳо дар динамикаи сикли шабонарӯзӣ дар беморони гирифтори бавосир.....165
- З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров.** Нишондиҳандаҳои сатҳи солимӣ ҳангоми ритми муназзам ва номуназзами фаъолияти тахлиявии рӯдаҳо дар донишҷӯён.....169
- А.М. Сабурова, Ш.Р. Султонов, Х.Р. Пулатов, М.С. Махсудова, И.К. Атоев, Ш.Ҷ. Раҳмонов, Х.Ҷ. Ғуриев.** Системаи антиоксидантӣ ва муҳимияти оксидшавии пероксидии липидҳо дар кӯдакони бо носури берунаи рӯда.....172
- М.К. Гулов, К. Партоев.** Миқдори нисбии об ва норасоии об дар баргҳои навъҳои картошка (*Solanum tuberosum* L.) дар Тоҷикистони Ҷанубӣ.....177
- Б.А. Ишанқулова, М.В. Урунова, М.Х. Музафарова,** Омӯзиши ҷамъи зиддидиабетии "чорбарг" ҳангоми вайроншавии мубодилаи ҷарб ва карбогидратҳо дар тачриба.....181
- Ш. С. Рамазони.** Омӯзиши таъсири гипогликемияи экстракти хушки бехмеваи топинамбур ҳангоми сарбории глюкоза.....185

ҒАЙРИТИББӢ

- Ф.Т. Шамсов, Ф.С. Комилов, Д.С. Шарапов.** Нақши калидии ҳарорати об ва оксиген дар парвариши гулмоҳии системаи бассейни.....191
- У.Р. Юлдошев, А.И. Юсупов, М.К. Шодиматова, Х.И. Хайрова.** Ташаккули ахлоқию маънавии донишҷӯён дар ҳамбастагӣ бо фаъолияти адабии Садриддин Айнӣ.....200
- Чашнвора.....207**

ТАБРИКОТ

Хонандаи гиромӣ,

Маҷаллаи илмӣ-амалии "Авҷи Зухал" бо ҷидду ҷаҳд ва заҳматҳои шабонарӯзии мову Шумо муддати 10 сол дастовардҳои илмии олимони донишгоҳ, ҷумҳурӣ ва берун аз онро бо забони тоҷикӣ муаррифӣ намуда, имрӯз дар радифи пурнуфузтарин маҷаллаҳои илмии ҷумҳурӣ шинохта шуда, 31.01.2019, тахти №29 ба рӯйхати маҷаллаҳои тақризиавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон номнавис гардид.

Умед дорем, ки бо кӯшиши ғайрат ва дастгирии бевоситаи Шумо- устодони арҷманд ва донишмандони гиромӣ дар саҳифаҳои маҷаллаи мо минбаъд низ маводҳои боз ҳам пуррарзиши илмӣ ва дархӯри замон ба нашр мерасанд.

Бори дигар, Шуморо бо ин дастоварди наҷиб табрик гуфта, дар фаъолияти ҳайати таҳририяи маҷалла комёбиҳои нав ба навро таманно дорам.

**Гулзода М.Қ. Ректори
Донишгоҳи давлатии
тиббии Тоҷикистон ба
номи Абӯалӣ ибни
Сино, д.и.т., профессор**

ТИББИ АМАЛӢ

АНАСТОМОЗҶОИ ВАРИДӢ ҲАНГОМИ МУОЛИҶАИ ВАРИКОСЕЛЕИ НАВРАСОН

К.П. Артиков, М.Х. Маликов, З.Р. Абдуллоев, Д. Хусейнзода, Ф.М. Хамидов

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 (мудири кафедра д.и.т., дотсент Маликов М.Х.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо

Артиков Каримҷон Пулатович, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: artikov53@mail.ru

Маликов Мирзобадал Халифаевич, д.и.т., дотсент мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: mmirzobadal@mail.ru

Абдуллоев Зикриё Раҳимбоевич, н.и.т., духтурӣ ҷарроҳӣ шӯъбаи ҷарроҳии барқарорсозии Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо. E-mail: zikriyova@mail.ru

Ҷамшед Хусейнзода, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: jamshedh94@mail.ru

Хамидов Фаридун Маъруфович, ординатори клиникӣ кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: Faridun_74@mail.ru

Муҳимият. Мушкилоти муолиҷаи варикоселе, ки бо бенаслӣ алоқамандӣ дорад, ба барномаи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тан-дурустӣ (ТУТ) ворид карда шудааст. Аз нишондодҳои оморӣ ҳангоми варикоселе то 40%-и мардон гирифтори бенаслӣ буда, масъалаи муолиҷаи он то охир ҳалли ҳудро пайдо накардааст. Варикоселе бемории паҳншуда ба ҳисоб меравад ва тибқи маълумотҳои Конгресси ассотсиатсияи андрологҳои касбии Россия (2015) аз 11 то 30%-и мардон солим ба он гирифтормебошанд. Аксари олимдон дар 60%-и беморони гирифтори варикоселе пастшавии функцияи сперматогении тухмҳоро мушоҳида намудаанд. Инчунин, дар адабиётҳои илмӣ низ оид ба робитаи варикоселе бо гипогонадизм ва халалёбии функцияи эректилӣ тадқиқотҳо мавҷуд аст.

То имрӯз нисбат ба муолиҷаи варикоселе усулҳои зиёду гуногун пешниҳод гардидаанд: тарзҳои ҷарроҳӣ, рентгеноэндоваскуляри ва эндоскопии муолиҷаи варикоселе ҳамеша дар ҳоли афзоиш аст ва имрӯз ҳеҷ кадом аз усулҳо асосӣ ҳисобида нашудааст. Вақтҳои охир табобати микроҷарроҳии варикоселэктомия, аз дастрасии субингвиналӣ, амалиёти нисбатан паҳншуда ба шуморафта, муҳаққиқони хоричӣ усули мазкурро дар қиёс ба амалиёти анаъавӣ беҳтар шумурда, онро тарғиб менамоянд.

Мақсади таҳқиқот: баҳоидиҳои натиҷаҳои муолиҷаи варикоселе бо усули ҷарроҳии, гузоштани анастомози тетикулӣ-эпигастрии бо истифодаи техникаи микроҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: таҳқиқот ва табобати 52 бемор дар шароити Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои ВТ ва ҲИА ҚТ дар давраи солҳои 2013-2018 гузаронида шудааст. Наврасони синни 15-18 сола, ки гирифтори бемории варикоселе буданд, муоина гардида, ба онҳо амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст. Ба ҳамаи беморон то ва пас аз ҷарроҳӣ электротермометрия, таъхиси ултрасадои (ТУС)-и тухмҳо, ангиосканеркунии дуплексӣ, спермограмма гузаронида шудааст. Вариди гурдаҳо дар даромадгоҳи гурдаҳо, вариди тигигоҳ, вариди танобаки тухму сафан тавассути тести ултрасадоии рефлюкс дар ҳолати орто ва клиностаз, инчунин вариди калони зерӣ пӯст ва клапани остиалӣ дар тарафи варикоселе бо муайян кардани рефлюкси амудӣ таҳқиқ гардид.

Натиҷаҳо: зимни тадқиқот натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 52 наврас беморон бо варикоселе бо роҳи тадбиқи анастомозҳои байни варидҳои тестикулӣ ва поёнии эпигастриалӣ оварда шудааст. Пас аз амалиётҳо, ки дар он васкуляризиатсия ба қор бурда шуд, нишондиҳандаи гардиши хуни тухм хеле



беҳтар ва дар беморони гирифтори гипотрофия бошад, ҳаҷми тухмҳо калон шуд. Дар баробари ин қиматҳои нуфта миқдоран ва сифатан беҳтар гардид.

Калимаҳои калидӣ: варикоселе, анастомозҳои тестикуло-поёнии эпигастрӣ, патоспермия, гипотрофия, суръати хатии маҷрои хун, индекси резистентноки, ҳаҷми тухмҳо.

СОСУДИСТЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

К.П. Артыков, М.Х. Маликов, З.Р. Абдуллоев., Д. Хусейнзода, Ф.М. Хамидов

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Артыков Каримджон Пулатович, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: artikov53@mail.ru

Маликов Мирзобадал Халифаевич, д.м.н., доцент заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: mmirzobadal@mail.ru

Абдуллоев Зикриё Раҳимбоевич, к.м.н. врач отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, E-mail: zikriyoo@mail.ru

Джамшиед Хусейнзода, ассистент кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: jamshedh94@mail.ru

Хамидов Фаридун Маъруфович, клинический ординатор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: Faridun_74@mail.ru

Актуальность. Проблема лечения варикоцеле, касающаяся ее связи с бесплодием, была включена в программу ВОЗ. Считают, что при варикоцеле до 40% мужчин страдают бесплодием. Данная проблема сегодня остается не до конца решенной. Варикоцеле считается распространенным заболеванием и по данным Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России (2015), им страдают от 11 до 30% здоровых взрослых мужчин. Многие исследователи отмечают, что у 60% больных варикоцеле наблюдается нарушение сперматогенной функции яичек. Арсенал предложенных различных методов, в том числе хирургических, рентгеноэндоскопических и эндоскопических методов лечения варикоцеле постоянно растет, и на сегодня ни один из существующих методов не считается идеальным. Микрохирургическая варикоцелэктомия из субингвинального доступа в последнее время считается наиболее распространенной операцией и ее широко пропагандируют в зарубежной печати, считая, что ее результаты лучшими по сравнению с традиционными операциями.

Цель. Оценка результатов оперативного лечения варикоцеле путем использования методики наложения проксимального тестику-

ло-эпигастрального анастомоза с использованием микрохирургической техники.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ за период 2013-2018 гг. Были обследованы и подверглись оперативному лечению подростки с варикоцеле в возрасте 15 - 18 лет. Всем пациентам до и после операции проводили электротермометрию, УЗИ яичек, дуплексное ангиосканирование, спермограмму. УЗДГ является одним из неинвазивных дополнительных методов определения линейной скорости кровотока и проходимости микроанастомозов в послеоперационном периоде. При этом измерялась линейная скорость кровотока, и проводилась проба Вальсальвы. Микрососудистые дренирующие операции были выполнены 52 больным с варикоцеле. С варикоцеле I ст. было - 2 (3,8%), II ст. - 23 (44,2%) и III ст. - 27 (52,0%) больных.

Результаты. В работе приведены результаты лечения варикоцеле у подростков путем формирования тестикуло-нижнеэпигастральных анастомозов. Выявлено, что после операций с использованием васкуляризации значительно улучшились показатели



кровообращения яичек, а у больных с гипотрофией увеличился объём яичек. Наряду с этим качественно и количественно улучшились параметры спермы.

Ключевые слова. Варикоцеле, тестикуло-нижнеэпигастральные, патоспермия, гипотрофия, линейная скорость кровотока, индекс резистентности, объём яичек.

VASCULAR ANASTOMOSES IN THE TREATMENT OF VARICOCELE IN ADOLESCENTS

K.P. Artykov, M.Kh. Malikov, Z.R. Abdulloev, D. Huseinzoda, F.M. Khamidov

Department of Surgical Diseases №2 of Avicenna TSMU,
Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

Artykov Karimjon Pulatovich, Professor of the Department of Surgical Diseases №2 of Avicenna TSMU, E-mail: artikov53@mail.ru

Malikov Mirzobadal Khalifaevich, MD, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases №2 of Avicenna TSMU, E-mail: mmirzobadal@mail.ru

Abdulloev Zikriyo Rahimboevich, c.m.s., doctor of the Department of Reconstructive Surgery of the Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery. E-mail: zikriyoo@mail.ru

Jamshed Huseynzoda, assistant of the Department of Surgical Diseases №2 of Avicenna TSMU, E-mail: Jamshedh94@mail.ru

Khamidov Faridun Marufovich, clinical intern of the Department of Surgical Diseases №2 of Avicenna TSMU, E-mail: Faridun_74@mail.ru

Relevance: The problem of treating varicocele due to its connection with infertility has been included in the WHO program and it is believed that with varicocele up to 40% of men suffering from infertility today are not completely resolved. Varicocele is considered a common disease and according to the Congress of the Professional Association of Andrologists of Russia (2015), it affects from 11 to 30% of healthy adult men. Many researchers note that in 60% of patients with varicocele is observed a violation of the spermatogenic function of the testes. The arsenal of various methods proposed: surgical, X-ray endovascular and endoscopic methods of treating varicocele is constantly growing and, for today none of the existing methods is considered ideal. Microsurgical varicocelectomy from sublingual access has recently been considered the most common operation and is widely promoted in the foreign press, considering that its results are better than traditional operations.

Objective: To evaluate the results of surgical treatment of varicocele using the method of applying the proximal testicular-epigastric anastomosis using microsurgical techniques.

Materials and methods: The work was carried out on the basis of the Republican Scientific

Center of Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health and SPP RT for the period 2013-2018. Teenagers with varicocele aged 15-18 years were examined and underwent surgical treatment. All patients before and after surgery were performed electrothermometry, testicular ultrasound, duplex angioscanning, spermogram. USDG is one of the non-invasive additional methods for determining the linear blood velocity and the permeability of microanastomoses in postoperative period. In this case, the linear velocity of blood flow was measured, and the Valsalva test was performed. Microvascular drainage operations were performed on 52 patients with varicocele. With varicocele of the I st were -2 (3.8%), II st. - 23 (44.2%) and III st. - 27 (52.0%) patients.

Results: The results of the treatment of varicocele in adolescents through the formation of testicular-lower epigastric anastomosis is presented in this work. It was revealed that after operations with the use of vascularization, the indices of blood circulation of the testicles significantly improved, and in patients with hypotrophy the volume of the testes increased. Along with this, sperm parameters have improved qualitatively and quantitatively.



Key words: varicocele, testicular-lower epigastric, patospermia, hypotrophy, linear

blood flow velocity, resistance index, testicular volume.

Мухимият. Мушкилоти муолиҷаи варикоцеле, ки бо бенасли алоқамандӣ дошт, ба барномаи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) ворид карда шуд. Аз нишондодҳои омӯри ҳангоми варикоцеле то 40%-и мардон гирифтори бенасли буда, масъалаи муолиҷаи он то охир ҳалли худро пайдо накардааст. Варикоселе бемории паҳншуда ба ҳисоб меравад ва тибқи маълумоти Ҷанҷири ассотсиатсияи андрологҳои касбии Россия (2015) аз 11 то 30%-и мардон солим ба он гирифтормебошанд. Аксари олимони ин соҳа (Prefer D., Berger J., Trauber R.A., 2006, Mohammed A., Chingwundoh F., 2009) дар 60%-и беморони гирифтори варикоцеле пастшавии функсияи сперматогенези тухмхоро мушоҳида намудаанд (А.И. Боков бо ҳаммуал. 2015). Инчунин дар адабиётҳо тадқиқотҳо оид ба робитаи варикоцеле бо гипогонадизм ва ҳалалёбии функсияи эректилӣ низ мавҷуд аст (С.И. Гамидов, бо ҳаммуал. 2015).

То имрӯз оид ба муолиҷаи бемории усулҳои зиёду гуногуни пешниҳод гардидаанд: усулҳои ҷарроҳӣ, рентгеноэндоваскулярӣ ва эндоскопии муолиҷаи варикоцеле. Ин усулҳо ҳамеша дар ҳоли афзоиш буда лекин то имрӯз ҳеҷ кадоми онҳо асоси ҳисобида нашудааст. Амалиёти Иванисевич маъруфият пайдо кардааст ва бо вучуди он, ки саддарсади зиёди такрорёбӣ ва гидроселе аворизи он аст, бештари урологҳо аз ин усул истифода мебаранд. Амалиёте, ки Паломо ва Бернард пешниҳод кардаанд, аз камбудихо ҳолӣ нест. Аз маводҳои Ҷанҷири аврупои урологҳо такроршавии варикоцеле баъд аз ҷарроҳии Иванисевич дар 25-43,5%, баъд аз ҷарроҳии Паломо - дар 40,4-48,0% ҳолатҳо ташхис к/м (Grober E.D. et al., 2004; Хайрли Г. З. ва диг., 2005; Дронов А. Ф. ва диг., 2005; Tarasov N.I. et al., 2007). Имрӯзҳо ҳар чӣ бештар усулҳои эндоскопӣ ва рентгеноэндоваскулярӣ муолиҷаи варикоцеле маъруфият пайдо мекунад, ки принсипҳои он аз амалиёти навъи "height ligation" фарқе надорад.

Вақтҳои охир микроҷарроҳии варикоселэктомия, аз дастрасии субингвиналӣ, амалиёти нисбатан паҳншуда ба шумор рафта, муҳаққиқони хориҷӣ усули мазкурро дар қиёс ба амалиёти анаъавӣ беҳтар шуморида, онро тарғиб менамоянд (Лоран О. Б., 2006; Watanabe M., 2005; Carmignani L., et al., 2009).

Аз нуқтаи назари патогенетикӣ тарзи микроҷарроҳии муолиҷаи варикоцеле аз нишондоди бештари олимони натиҷаҳои хуб медиҳанд. Ҷанҷири усули мазкур, вобаста аз навъи гемодинамикӣ, дар системаи варида дохили тухмдон фишори варидаи қоҳиш дода мешавад ва ин аз ҷиҳати патогенези асоснок шумурда шудааст (Страхов С.Н., 2005; Camoglio F.S., 2004; Жиборев Б.Н., 2015).

Оқибатҳои номусоиди муолиҷаи ҷарроҳии васеъшавии варикозии варидаҳои танобаки тухмдон баъзе муҳаққиқонро водор намудааст, ки аз муолиҷаи ҷарроҳӣ даст кашанд ва қисми дигарро барои ҷӯстучӯйи муносибатҳои нави ҳалли ин мушкилот ташвиқ намудааст. Ба дастовардҳои нигоҳ накарда, ҳангоми арзёбии ҳар усул дар алоҳидагӣ (Ишметов В. ва ҳаммуал., 2009) ва таҳлили қиёсӣ бармеояд, ки доир ба оризаҳои пас аз муолиҷаи варикоцеле маълумоти мухталифанд (Виноградов И. ва диг., 2008; Харченко Д.А. ва ҳаммуал., 2010; Раулов Ж.Д., Низамходжаев Ш.З., 2015).

Мавзӯи гуногунандешӣ дар муолиҷаи муносири варикоцеле ва беҳтар намудани наслронӣ ҳамеша мавриди муҳокима қарор мегирад. Бо вучуди ихтилофи назар дар Форуми 18-уми умумиаврупои урологҳо (2009) қайд карда шуд, ки варикоцеле ба бенаслии мардҳо таъсири ҷиддӣ мерасонад ва амалиёти варикоселэктомия бошад, қимати нутфаи мардоне, ки гирифтори бенасли бо патологияи эякулят ҳастанд, хеле беҳтар месозад. Тибқи маълумоти Marmag ва ҳаммуалифон (2007с), дар мавриди мардони қобилияти наслронӣ надоштаи гирифтори варикоцеле, пас аз 2,62-2,78% амалиёти варикоселэктомия имконияти баланд шудани фоизи наслронӣ пайдо мешавад (Боков А. И. ва ҳаммуал., 2015).



Бо вучуди он, ки аз чониби олимони ин соҳа усулҳои зиёди муолиҷаи варикоцеле пешниҳод гардидааст, имрӯз барои интиҳоби ин ё он усули муолиҷа тавсияи мушаххасе вучуд надорад, натиҷаи таҳлили муқоисавии усулҳои мухталифи муолиҷаи варикоцеле ба таври лозима шарҳ дода нашудааст.

Мақсади тадқиқот: баҳодихии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии варикоцеле бо истифода аз усулҳои гузоштани анастомози проксималии тетикулӣ-эпигастрии ва техникаи микроҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар шароити Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои ВТ ва ХИА ҚТ дар давраи солҳои 2013-2018 гузаронида шуд. Наврасони синни 15-18 сола, ки гирифтори бемории варикоцеле буданд, муоина гардида, ба онҳо ҷарроҳӣ гузаронида шудааст.

Ба ҳамаи беморон то ва пас аз ҷарроҳӣ электротермометрия, ТУС-и тухмдонҳо, ангиосканеркунии дуплексӣ, спермограмма гузаронида шудааст. Ҳангоми муоинаи беморон бо усули доплерографияи ултрасадоӣ (ДТУС) дастгоҳи СД-100 "Вингмед" аз ширкати "Medata" (Шветсия, с.1987) бо лаппишҳои тағйирдиҳандаи ултрасадоӣ бо басомади 5-10 Мгс ба кор бурда шуд. ДТУС яке аз усулҳои ғайриолоишии иловагии муайян кардани суръати хатии маҷрои хун ва гузароии анастомозҳо дар марҳилаи пасаҷарроҳӣ ба шумор меравад. Зимнан суръати хатии маҷрои хун чен ва санчиши Валсалва гузаронида шуд.

Сканеркунии дуплексӣ бо дастгоҳи ултрасадоии рангаи картакунии дуплексии "Philips SD 800, с.1998" гузаронида шудааст. Вариди гурдаҳо дар даромадгоҳи гурдаҳо, вариди тигиҳо, вариди танобаки тухму сафан тавассути тести ултрасадоии рефлюкс дар ҳолати орто ва клиностаз, инчунин вариди калони зери пӯст ва клапани остиалӣ дар тарафи варикоцеле бо муайян кардани рефлюкси амудӣ гузаронида шуд.

Дар 52 беморон бо бемории варикоцеле амалиёти микроҷарроҳии - гузоштани анастомозҳои тестикулоилиакалӣ гузаронида шуданд. Дарачаи I беморӣ дар 2 (3,8%), дарачаи II дар 23(44,2%) ва дарачаи III дар

27 (52%) нафар мушоҳида карда шуд ва ба онҳо анастомозҳои гуногуни тестикулоилиакалии варидӣ ба амал оварда шуд. Анастомози дисталии тестикулоэпигастралӣ ҳангоми намуди илеоспермавии гемодинамикӣ дар 29 бемор ва тестикулосафенӣ бошад дар 9 бемор гузошта шуданд. Ҳангоми намуди реноспермавии гемодинамикии варикоцеле бо мақсади паст намудани фишори баланди гурдаҳо дар 4 бемор анастомози проксималии тестикулоэпигастрий гузошта шуд. Ҳангоми намуди омехтаи гемодинамикии варикоцеле пас аз ҷудо кардани вариди дарунии тухм дар 10 бемор ду анастомоз аз маҷрои вариди тигиҳо гузошта шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Ҳангоми назорати аломатҳои клиникии варикоцеле то ва пас аз ҷарроҳӣ дард ва норухатии мавзеи сафан дар 37 бемор нест гардид. Танҳо дар як бемор калон шудани андозаи сафан боқӣ монд. Ташшаққули гипотрофия ва истисқои тухм дар ягон бемор мушоҳида нагардид.

Градиенти ҳарорати пӯсти сафан новобаста аз дараҷаи варикоцеле, дар рӯзҳои 3-4-уми пас аз амалиёт баробар гардид, ки далели беҳтар гардидани маҷрои бозгашти хун аз бофтаи хӯшамонанд мебошад. Назорати динамикии 21 бемори гирифтори гипотрофияи тухмҳо, то амалиёт, нишон дод, ки дар муҳлати аз 6 то 12 моҳ тамоюли баробар гардидани ҳаҷми тухмҳо мушоҳида мешавад. Вале аз ҷиҳати омӯрӣ дақиқан мавҷуд набудани фарқияти ҳаҷми тестикулаҳо, зимни дараҷаи мухталифи зоҳиршавии варикоцеле, ба кор бурдани ин нишондиҳандаро ҳамчун скрининг-маркер имконнопазир мегардонад. Ҳамзамон нишондиҳандаи ҳаҷми тухмҳо, дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ, бо муваффақият ба сифати яке аз ташхисҳои назорати динамикӣ истифода кардан мумкин аст.

Дар беморони гирифтори варикоцелеи дараҷаи I пас аз 6 моҳи ҷарроҳӣ индекси муқовиматпазирии шараёни тухмҳо ба 7,8% ($0,72 \pm 0,03$ vs. $0,66 \pm 0,03$) қиссан ба ибтидоӣ кам гардид. Дар мавриди варикоцелеи дараҷаи II индекси муқовиматпазирӣ, дар муқоиса ба ҳолати аввала, ба 12,8% ($0,78 \pm 0,04$



vs. $0,68 \pm 0,02$) ва зимни варикоцелеи дараҷаи III бошад, нисбат ба ҳолати ибтидоӣ ба $16,1\%$ ($0,81 \pm 0,04$ vs. $0,68 \pm 0,03$) кам гардиданд.

Ҳангоми муқоисаи ҳолати эякулят, то чарроҳӣ ва пас аз он дар муҳлати аз 6 то 12 моҳ аз ҷиҳати миқдор ва сифат ба таври назаррас хеле беҳтар гардид. Ҳамин тавр, концентратсияи сперматозоидҳо хеле зиёд гашт: аз $9,2 \pm 2,14$ млн/мл то $16,8 \pm 1,88$ млн/мл (пас аз чарроҳӣ). Беҳбудии мутаҳаррикий сперматозоидҳо аз $26,4 \pm 3,32$ то $48,2 \pm 5,62\%$ расида, миқдори сперматозоидҳои зинда аз $31,4 \pm 3,7$ то $57 \pm 6,62\%$ зиёд гашт. Вале чунин беҳбудии миқдорӣ ва сифатии нутфа на дар ҳамаи беморон ба таври яқхела зоҳир гардид.

Натиҷаҳо далели тағйирёбии навъҳо аз ҷониби патоспермия мебошанд. Ҳамин тавр, шумораи беморони гирифтори олигоспермия аз 12 то 2, гирифторони астенозооспермия аз 29 то 6, тератоспермия аз 9 то 6, некроспермия аз 7 то 1, азооспермия аз 11 то 3 ва гипоспермия бошад аз 6 то 1 нафар кам гардиданд.

Маълумотҳои ҳосилшудаи муолиҷаи варикоцелеро бо ташаккулёбии анастомозҳои микроагаӣ таҳлил намуда, мо ба чунин хулоса омадем, ки декомпрессияи системаи вәридӣ ин усули мувофиқ ва аз ҷиҳати патогенезӣ асоснок ба ҳисоб меравад. Нишондод ба интиҳоби ин ё он анастомоз ҳангоми чарроҳӣ ва пас аз амалӣ намудани санҷиши дупинсетӣ гузошта мешавад, барои интиҳоби анастомоз, ҳангоми амалиёт, талаботи асосӣ ҷараёни кофӣи бозгашт қад-қади вәриди дарунии тухмдон дар ҳолати ҳобида

буд, зеро ин гузарогии анастомозро дар марҳилаи наздиктарини пас аз чарроҳӣ кафолат меод. Беҳтар гардидани симптомҳои клиникӣ, калон шудани андозаи тухмҳо ҳангоми атрофияи онҳо ва пас аз амалиёт барқарор гардидани гардиши хун далели аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок будани усули муолиҷа ба ҳисоб меравад. Пас аз амалиёт мавҷуд набудани истисқои тухм, лимфостаз ва то ҳадди ақал кам шудани такрорёбии варикоцеле нишондиҳанда ба асоснок будани амалиёти микрочарроҳӣ аст. Пешгирии пастишавии нишондиҳандаҳои нутфа ва ҳангоми патоспермия беҳтар намудани он муҳим аст. Натиҷаҳои ҳосилгардидаи беҳшавии нишондиҳандаҳои нутфа ва ҳомиладор шудани ҳамсарони беморон далели аз манфиат холӣ набудани чарроҳӣ ба шумор меравад.

ХУЛОСА

1. Бо мақсади беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳии варикоцеле ва интиҳоби усули натиҷабархши муолиҷа, гузаронидани муоинаи ҳаматарафа (комплексӣ) бо истифода аз доплерография ва ангиосканирунии дуплексӣ муҳим аст;

2. Аз ҷиҳати патогенетикӣ гузоштани анастомозҳои тестикулӣ-поёнии эпигастрӣ усули асоснокшудаи муолиҷаи чарроҳии варикоцеле ба шумор меравад.

3. Техникаи микрочарроҳии амалиёт барои осеб надидани унсурҳои танобаки тухм ва ба амал овардани анастомозҳои вәридӣ, ба рағҳои андозаашон хурд, бо хатари камтарини пайдо шудани тромбози мавзёи вәриди анастомоз гузаронидашуда шароит фароҳам меорад.

АДАБИЁТ

1. Боков А.И. Влияние варикоцеле на развития мужского бесплодия / А.И. Боков П.С. Кызласов, А.Н. Абдулхамидов // Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. - 2015. - С.17
2. Умаров Б.А. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения варикоцеле / Б.А. Умаров // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. - 2012. - Т. 12, №. 9. - С. 129-131
3. Ремоделирование сосудов как проявление компенсаторных процессов при варикоцеле разной степени выраженности / Э.С. Севергина [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. - 2013. - №2. - С. 35-39.
4. Глумаков А.А. Варикоцеле. Медицинский вестник. - 2013. - № 39. - С. 4-8.



5. Long-term effects of microsurgical varicocelectomy on pain and sperm parameters in clinical varicocele patients with scrotal pain complaints / A.Armalan [et al.] // *Andrologia*. - 2012; 44 (Suppl. 1): 611-4.
6. Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair / A. Baazeem [et al.] // *European urology*. - 2011. - V. 60, №4. - P. 796-808.
7. Современные методы оперативного лечения варикоцеле / К.П. Артыков [и др.] // *Вестник Авиценны*. - 2014. - № 3. - С.113-120.
8. Маликов М.Х., Мухиддинов Н.Д., Одинаев Х.М., Абдуллоев З.Р. Осложнения после хирургических методов лечения варикоцеле. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2017, № 4, с. 58-62;
9. Мухиддинов Н.Д., Маликов М.Х., Рашидов Ф.Ш., Одинаев Х.С., Абдуллоев З.Р. Причины рецидивов варикоцеле. *Вестник Авиценны*. 2017, Том 19, №3, с. 379-381;
10. Мухиддинов Н.Д., Маликов М.Х., Одинаев Х.С., Абдуллоев З.Р. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных с варикоцеле. *Вестник Авиценны*. 2017, Том 19, №4, с. 544-549.

ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ҒАЙРИЧАРРОҲИИ БАРОМАДАГИИ МОДАРЗОДИИ РОН ДАР КҶДАКНИ СИННИ БАРВАКТИ

М.З. Кариева, С.М. Мирзоева, А.А. Раззоқов

Кафедраи травматология ва ортопедия (мудири кафедра д.и.т., профессор
А.А. Раззоқов)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Кариева Мадина Зарифовна, аспиранти кафедраи травматология ва ортопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: madinakariewa15@gmail.com, тел.: 985-66-62-77.

Мирзоева Соҳибдавлат, дотсенти кафедраи травматология ва ортопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: Sohiba.mirzoevna@gmail.com, тел.: 93-600-06-58.

Раззоқов Абдувалӣ Абдуҳалитович, мудири кафедраи травматология ва ортопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: rfiruz@mail.ru, тел.: 91-504-60-01.

Маълумот оид ба 306 кӯдаки синни барвақт бо дисплазияи банди косу рон ва баромадагии модарзодии косу рон таҳлил карда шуд.

Зимни тадқиқот таҷрибаи муолиҷаи 306 кӯдаки синни барвақтии гирифтори дисплазияи банди косу рон (65 кӯдак), зербаромадагии рон (73) ва баромадагии модарзодии рон (168 кӯдак) таҳлил шудааст, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи ғайричарроҳӣ бо истифода аз шинаҳои дуркунандаи орто-

педӣ зимни комплекси илочиҳои физиодармонӣ, ваннаи гарм, масҳи мушакҳои ихотақунандаи банди косу рон татбиқ гардид.

Пас аз муолиҷа аз ҷиҳати анатомӣ пурра барқарор шудани банди косу рон: 100 % ҳангоми дисплазия, 96,9% зимни зербаромадагиҳо ва 92% дар мавриди баромадагиҳо.

Калимаҳои калидӣ: дисплазия, баромадагии модарзодии рон, шинаҳои дуркунанда, ултрасонография.



ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кариева Мадина Зарифовна, аспирантка кафедры травматологии и ортопедии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: madinakarieva15@gmail.com, тел.: 985-66-62-77.

Мирзоева Сохибдавлат, доцент кафедры травматологии и ортопедии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Sohiba.mirzoevna@gmail.com, тел.: 93-600-06-58.

Раззоков Абдували Абдухамитович, зав. кафедрой травматологии и ортопедии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: rfiruz@mail.ru, тел.: 91-504-60-01.

Проанализированы данные 306 детей раннего возраста с дисплазией тазобедренного сустава и врожденным вывихом бедра.

В работе анализируется опыт лечения 306 детей раннего возраста с дисплазией тазобедренного сустава (65 детей), подвывихом бедер (73) и врожденным вывихом бедер (168 детей), которым проведено консервативное лечение с применением отводящих ортопедических шин в сочетании с физио-

терапевтическими процедурами, теплыми ваннами, массажем мышц, окружающих тазобедренные суставы.

Полное анатомическое восстановление тазобедренных суставов после лечения наступило: при дисплазии - у 100%, при подвывихах - у 96% при вывихах - у 92% детей.

Ключевые слова: дисплазия, врожденный вывих бедра, отводящие шины, ультрасонография.

DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN OF EARLY AGE

Karieva Madina Zarifovna, postgraduate student of traumatology and orthopedics department of Avicenna Tajik state medical universities, E.mail: madinakarieva15@gmail.com, ph.: 985-66-62-77.

Mirzoeva Sohibdavlrat, docent of traumatology and orthopedics department of Avicenna Tajik state medical universities, E.mail: Sohiba.mirzoevna@gmail.com, ph.: 93-600-06-58.

Razzokov Abduvali Abduhamitovich, head of traumatology and orthopedics department of Avicenna Tajik state medical universities, E.mail: rfiruz@mail.ru, ph.: 91-504-60-01.

The treatment of 306 children of early age with hip joint dysplasia (65 children), hip subluxation (73) and congenital dislocation of the hip (168 children), which performed conservative treatment with applying of abduction orthopedic splints in physiotherapeutic procedure complex are analyzed in the work.

Муҳиммият. Баромадагии модарзодии рон яке аз бемориҳои нисбатан вазнинии ортопедӣ дар кӯдакон буда, дар 1000 зоиши муътадил 3-4 чунин ҳодиса рӯх медиҳад. Барвақт ошкор намудану муолиҷаи саривақтии он барои пешгирӣ аз маъюбшавии кӯдакон мусоидат менамояд [3, 5].

Complete restoration of anatomic position of hip joints after the treatment begin: in dysplasia - at 100%, in subluxations - at 96,9%, in dislocations - at 92% of children.

Key words: dysplasia, congenital hip dislocation, abduction splints, ultrasonography.

Таҷрибаи муолиҷаи дисплазияи банди косу рон ва баромадагии модарзодии рон дар кӯдакони синни барвақтӣ, то имрӯз, аз ҷумлаи мушкилоти мубрами ортопедияи синни кӯдакона боқӣ мемонад [2]. Дар Таснифоти байналмилалӣ беморӣ ва мушкилот, ки бо саломатӣ иртибот дорад (ТББ-10), се вари-



анти асосии дисплазияи банди косу ронро чудо мекунад: дисплазияи модарзодии устухони хуққа, зербаромадагии модарзодии рон ва баромадагии модарзодии рон. Дар адабиёти хориҷӣ истилоҳи developmental dysplasia of the hip ("дисплазияи инкишофӣ-бандаи банди косу рон") ба кор бурда мешавад ва аз он дарак медиҳад, ки марказгурезии дисплазӣ, зербаромадагӣ ва баромадагии рон воҳидҳои ягонаи нозологӣ ба шумор намераванд. Онҳо ҳалқаҳои як занҷири инҳирофӣи патологӣи инкишофи дисплазияи банди косу рон дар ҳолати мавҷуд набудани муолиҷаи мувофиқ ба ҳисоб мераванд.

Принсипи муолиҷаи дисплазия ва баромадагии банди косу рон, бо вучуди тадқиқотҳои бешумор дар ин соҳа, то ҳол мавзӯи баҳси муҳаққиқон қарор дорад. Пешгирӣ ва ташхиси дисплазияи банди косу рон ва баромадагии модарзодии косу рон, дар кӯдакони синни барвақтӣ, зимни сари вақт мувофиқан оғоз намудани муолиҷа барои ба даст овардани натиҷаҳои хуби анатомиву функционалӣ шароит муҳаё менамояд [1, 4, 6, 7]. Вале муолиҷаи баромадагии модарзодии рон, ки шакли нисбатан вазнини дисплазияи банди косу рони кӯдакон ба шумор меравад, имрӯз ба дастовардҳои зиёди тибби муосир нигоҳ накарда, яке аз мушкилоти мубрами ортопедияи синни кӯдакон боқӣ мемонад [3,5]. Ба таваҷҷуҳи ҳасаи олимон дар адабиёти тиб ба

ин масъала нигоҳ накарда, бисёр паҳлӯҳои он ба монанди табобати барвақтӣ бо истифодаи шинаҳо то охир ҳалли худро наёфтаанд. Дар адабиёти тибби кишвар набудани тадқиқотҳои комплексӣ доир ба ин масъала аз зарурияти кори дар ин мақола баррасишаванда шаҳодат медиҳад.

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани натиҷаҳои ташхиси барвақтӣ ва муолиҷаи ғайриҷарроҳии дисплазияи банди косу рон ва баромадагии модарзодии рон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз ҷониби мо, дар шуъбаи кӯдакони ортопедии ММТ ҚТ, варақаҳои амбулаторӣ, маълумотҳои ТУС (тадқиқоти ултрасадоӣ) ва аксҳои рентгении банди косу рони 306 кӯдаки синни барвақтӣ омӯхта шуд. Таҳлили мавод нишон дод, ки дар ин миён 134 нафарро писарон ва 172 нафарро духтарҳо ташкил медодаанд. Мувофиқи меъёрҳои синнусолӣ: то семоҳа 27 кӯдак, аз 4 то 6 моҳа 88 тифл ва дар синни аз 6-моҳа то 1 сола бошад, 191 кӯдак буд. Ҳангоми муолиҷаи баромадагии модарзодии рон, то як сол, дар се гурӯҳи синнусолии кӯдакон (аз 1 то семоҳа, аз 4 то шашмоҳа ва аз 7 то яксола) муносибати тафриқавӣ тибқи Волошин ба кор бурда шуд. Натиҷаи муоина нишон дод, ки дар 65 кӯдак дисплазияи банди косу рон, дар мавриди 73 тифл зербаромадагии рон ва зимни 168 кӯдак баромадагии рон мавҷуд будааст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Тақсимои кӯдакони муоинашуда аз рӯи синну сол

Навъҳо	Писарон		Духтарон		Ҳамагӣ	
	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%
Дисплазия	27	8,8	38	12,5	65	21,3
Зербаромадагӣ	31	10,1	42	13,7	73	23,8
Баромадагии пурра	72	23,6	96	31,3	168	54,9
Ҳамагӣ	130	42,5	176	57,5	306	100,0

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ташхис ва муолиҷаи барвақтии баромадагии модарзодии рон басомади баланди патологияи мазкур, мураккабии ошкоркунии саривақтӣ, инчунин самаранокии баланди муолиҷаҳо, ки дар рӯзи ҳафтаҳои аввали ҳаёти кӯдак дар ҳоле ки ҳанӯз тағйиротҳои сонавии унсурҳои банди косу рон мавҷуд нест, асоснок менамояд.

Солҳои охир имкониятҳои ташхиси барвақтии банди косу рон аз ҳисоби татбиқи усулҳои нави ғайриолоиши мунтазам васеъ мегардад. Вале усулҳои асосии ташхиси дисплазияи банди косу рон ҳамоно ТУС ва муоинаи рентгенологӣ боқӣ мемонад. Тадқиқоти ултрасадоӣ усули сода ва аз ҷиҳати иқтисодӣ самаранок ба ҳисоб меравад. Ташхиси муосири ултрасадоӣ дар робита бо ғай-



риолоишӣ ва дастрас будан, инчунин имконияти батакрор гузаронидани тадқиқот усули асосии муоинаи банди косу рон шумурда мешавад. Ташхиси бемории модарзодии банди косу рони кӯдакони соли аввали ҳаёт вобаста аз хусусиятҳои синнусолӣ ва дараҷаи вазнинии ихтилолот (дисплазия, зербаромадагӣ, баромадагӣ) бояд ба тариқи тафриқавӣ гузаронида шавад. Алгоритм, дар кӯдакони аз семоҳа боло, фарогири муоинаи клиникӣ-функционалӣ ва абзорӣ, рентгенографияи банди косу рон, ТУС-и қисми гардана ва камарӣ-чорбандии муҳраҳо мебошад. Ба кор бурдани муоинаи клиникӣ-ультрасонографӣ дар кӯдакони соли аввали ҳаёт барои сари вақт ташхис кардану оғоз намудани муолиҷаи ғайриҷарроҳии баромадагии модарзодии рон мусоидат менамояд. Ин ҳолат инкишофи некрози тааффунии сараки устухони ронро пешгирӣ намуда, монеаи барои ба таври пӯшида рост шуданро муайян менамояд.

Мо усули ташхиси дисплазияи банди косу ронро дар кӯдакони то семоҳа ба кор бурдем, ки асоси онро, мувоффиқи маълумотҳои ультрасонография, муайян намудани бузургии кунҷи атсетабулярӣ ва дараҷаи фуруравии сараки устухони рон ба ҳуққа ташкил медиҳад. Усули мазкур таҳмили шуоиро ба организми кӯдаки то семоҳа хеле коҳиш медиҳад. Маълумотҳое, ки ҳангоми муоинаи сараки устухони рон зимни вақти муайян, дар бораи имконияти ба кор бурдани ультрасонография дар даст дорем, дар кӯдакони синни барвақтӣ барои ташхиси тафриқавии дисплазияи модарзодӣ, аз бемориҳои илтиҳобии буғумҳо, ба афзалияти истифодаи ультрасонография далолат менамояд. Ба кор бурдани муоинаи барвақтии клиникӣ-ультрасонографӣ аз рӯзҳои аввали ҳаёт барои саривақт ташхис ва оғоз намудани муолиҷаи консервативии баромадагии модарзодии рон, дар кӯдакон, шароит фароҳам меоварад ва ба ҳамин восита инкишофи некрози аваскулярии сараки устухони ронро пешгирӣ намуда, монеаи барои ба таври пӯшида рост шуданро муайян менамояд.

Зимни муолҷаи кӯдакони гирифтори дисплазияи банди косу рон ва баромадагии рон марказонидани сараки устухони рон дар ҳуққа асос ҳисобида мешавад. Ба таври васеъ парпеч намудан ва шинаҳои гуногуни дуркунанда барои ба ҳадаф расидан имконият фароҳам меоранд. Ҳангоми муоинаи кӯдакон ба симптомҳои асосии клиникӣ таваҷҷуҳ зоҳир карда шуд: дараҷаи дуршавии рон дар банди косу рон, симптоми "лағжиш" дар буғум, номутаносибии чинҳои пӯст дар рону суриноҳ, мавҷуд будани фарқият байни дарозӣ ва ротатсияи берунии пойҳо.

Нақшаҳои муосири муолиҷаи баромадагии модарзодии рон дар кӯдакони то яксола низ мавқеъ дорад, ки бо назардошти хусусиятҳои клиникӣ-рентгенологӣ татбиқ намудани муносибати дурусти мувоқабати беморон тибқи маводи мо имконпазир мегардад.

Мо муолиҷаи кӯдаконро новобаста аз синни онҳо ва дараҷаи патологияи банди косу рон оғоз намудем. Пештар муолиҷаи кӯдакони соли аввали ҳаёт ба таври амбулаторӣ сурат мегирифт ва кӯдак дар беморхона бистарӣ намегардид. Дар мавриди навазодон ва кӯдакони синамак ба туфайли дуркунии пойҳо (парпечкунии васеъ) тадричан рост кардани сараки рон дар банди ҳуққа имконпазир мегардид. Мо барои нигоҳ доштани пойҳои кӯдак шинаҳои гуногуни дуркунандаи ортопедии динамикиро ба кор бурдем. Муолиҷаи кӯдакон ба воситаи шинаҳои дуркунанда аз синни 1,5 моҳагӣ тавсия мешавад. Ҳолати буғумҳо дар динамика то оғози муолиҷа дар раванд ва пас аз анҷоми муолиҷа омӯхта шуд.

Вобаста аз дараҷаи тағйирёбии анатомии буғумҳо ва синни кӯдак, замони оғози муолиҷа, муҳлати табобати кӯдакон низ гуногун мешавад. Муолиҷа замоне қатъ мегардад, ки аз ҷиҳати клиникӣ ва рентгенологӣ ба таври муътадил рост шудани инкишофи буғум муайян мешавад.

Зимни муолиҷаи беморон ба тариқи ҳатмӣ бояд илова шавад: ҳамли шинаҳои функционалӣ, масҳи тафриқавӣ, гимнастикаи муолҷавӣ, муолиҷаи физиодармонӣ, шинокунии муолҷавӣ, усулҳои тасхеҳи



дастӣ. Ин ҳолат хуручи бемориҳо, инкишофи оризаҳои барвақтӣ ва таъхирафтадаро пешгири намуда, ба функцияи статикӣ-динамикии кӯдак халал намерасонад ва намуи дигароиро боз намедорад.

Беморон тавбам илочиҳои физиодармонӣ, КМВ (комплекси маводҳои варзиши) ва масҳи мушакҳои атрофи банди косу рон гирифтанд. Ҳангоми муолиҷаи кӯдакони синни барвақтӣ ва зимни муоинаи онҳо дар зарфи ду сол релюксатсия ба назар нарасид. Пас аз муолиҷа барқароршавии пурраи анатомӣ-физиологии банди косу рон ҳангоми дисплазия дар 100%, при ҳангоми нимбаромад - дар 96 % ва ҳангоми баромади сараки рон - дар 92% кӯдакон ҷой дошт. Қайд кардан ба маврид аст, ки дар мавриди ин гурӯҳ беморон зимни ҳеҷ кадом некрози тааффунии сараки рон зоҳир нагардидааст.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки яке аз оризаҳои табобат бо истифодаи шинаҳо - рӯй додани некрози асептикии сараки рон мебошад. Сабаби он - ҷой доштани фишори баланд байни сараки рон ва қаръи хуққа дар натиҷаи ба канор бурдани ронҳо дар шина ва кашишхурии мушакҳои оварандаи рон мебошад. Нишондоди ин ориза ҳангоми дисплазия (n=65) - 5 (7,7%) , ҳангоми нимбаромад (n=73) - 7 (9,6%) ва ҳангоми

баромади пурра (n=168) - 21 (12,5%)-ро ташкил дод. Алҳол дар ҳолати ғайрифизиологӣ дар кӯдакони синамак дар як вақт рост кардану имобилизатсияи саҳт амалӣ намешавад. Дар ҳолати мавҷуд набудани монеаи анатомӣ ба осонӣ бо усули содаи консервативии ғайриосебӣ репозитсияи сарак имконпазир мегардад. Рост нашудани сарак далели мавҷудияти монеаҳои анатомӣ мебошад. Дар ин ҳолат ҳатто ба муолиҷаи барвақтии функционалӣ нигоҳ накарда, рост шудани сараки устухони рон ба хуққа ва ба таври устувор нигоҳ доштани он ба амал намеояд, дар ин маврид зарурати амалиёти ҷарроҳӣ тақозо мегардад.

Хулоса. 1) Дар сохтори табобати ғайриҷарроҳии барвақтии баромади модарзодии сараки рон миқдори духтарон (57,5%) ва баромади пурра (54,9%) бартарӣ доранд.

2) Тасвҳис ва муолиҷаи барвақтӣ дисплазияи банди косу рон ва баромадагии модарзодии рон барои ба даст овардани натиҷаҳои хуби анатомӣ-функционалӣ имконияти фароҳам меоварад.

3) Муолиҷаи барвақтии комплекси функционалии баромадагии модарзодии рон, тавассути шинаҳои дурқунанда, дар мавриди 97,3% беморон натиҷаи мусбат медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Дюшенбаев Ш.Ш. Раннее выявление врожденного вывиха бедра, консервативное и оперативное лечение при позднем выявлении. / С.А. Джумабеков, К.К.Бегалиев // Центральный азиатский медицинский журнал. -2008. -№ 5. -С. 374 - 375.
2. Еськин Н.А. Ультрасонографическая оценка состояния тазобедренных суставов у новорожденных / Н.А. Еськин, Л.К. Михайлова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2003. - №4. - С.23 - 28.
3. Малахов О.А. Врожденный вывих бедра. / О.А.Малахов. Москва: Медицина. - 2006. - 127 с.
4. Мирзоева С.М. Ранняя диагностика и лечение врожденной патологии тазобедренных суставов у детей. / С.М.Мирзоева, С.Х. Курбанов, Р.Т. Курбанова // Вестник Академии медицинских наук. - 2017. -№- 4. -С.-42-46.
5. Сафаров Дж.М. с соавт. Совершенствование и организация медицинской помощи и тактики лечения врожденного вывиха бедра. / Сафаров Дж.М., А.А. Раззоков, Н.Ф. Салимзода, М.М. Ниёзов // -Душанбе: Маориф. - 2016. - 183 с.
6. Урунбаев Д.У. Травматология ва ортопедия / Д.У. Урунбаев, С.М. Мирзоева // Душанбе. -2013. -С.211-236.
7. Шумада И.В. Раннее выявление и лечение врожденного вывиха бедра у детей / И.В. Шумада // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1988. - №18. - С. 3 - 8.



ВОРИД СОХТАНИ ТЕХНОЛОГИЯИ ЭМБОЛИЗАТСИЯИ ШАРЁНҲОИ ПРОСТАТА - УСУЛИ МУОЛИҶАИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРИИ АДЕНОМАИ ПРОСТАТА

У.А. Шарипов, А.Д. Гулаҳмадов, О. Олимҷони, Х.А. Рафиев, Ф.Х. Норов
МД "Маҷмааи тандурустии Истиқлол"

Шарипов Уктам Алиҷонович - мудири шӯъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярии МД "Маҷмааи тандурустии Истиқлол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.

Гулаҳмадов Алишер Давлаҳмадович - н.и.т., корманди шӯъбаи рентген-ҷарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиқлол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.

Олимҷони Одинамаҳмад-табиб уролог, корманди шӯъбаи маиварати-клиникӣ МД "Маҷмааи тиббии Истиқлол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Olimjoni1992@mail.ru; тел: (+992) 937750300.

Рафиев Хуршед Абдулвахобович - корманди шӯъбаи рентген-ҷарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиқлол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: Khurshed1986@mail.ru; тел: (+992) 900191620.

Норов Фаридун Хамидович - н.и.т., корманди шӯъбаи рентген-ҷарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиқлол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе; E-mail: nfh1980@mail.ru; тел: (+992) 988885580.

Муҳимият. Сарфи назар аз суръати рушд ва татбиқи амалии дастовардҳои баланди технологӣ дар тиб, ҳанӯз ҳам ҷустуҷӯ ва тақмили усулҳои амалии табобати ҷарроҳии гиперплазияи хушсифати простата (ГХП) мавҷуд аст. Гиперплазияи хушсифати гадуи простата яке аз бемориҳои маъмултарини мардон аз 40-сола боло мебошад. Яке аз усулҳои нави муолиҷаи ин беморӣ ин амалест, ки маҳкамкунии шараёнҳои простатаро ба вучуд меорад.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии натиҷаҳои авали усули табобати эмболизатсияи простата аз шоҳрағҳои дар беморони гирифтори ГХП ва барои татбиқи ин усули табобат дар дармонгоҳҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои ташхис ва муолиҷаи 5 мард бо ГХП таҳқиқ шуд. Ҳангоми омӯзиш ба таҳқиқоти ултрасадоии (ТУС) простата, муайян кардани пешоби боқимонда бо усули ТУС, инчунин маълумоти клиникӣ ва клиникаву маълумотҳои объективии беморон анҷом дода шуд. Дар вақти гузаронидани ТУС ҳаҷми пешоби боқимонда муайян карда шуд, бо ёрии ҳисобкунаки трансректалӣ - простата муо-

ина карда шуда, андоза ва ҳаҷми он чен карда шуд, сохтори он ва вучуд доштани сохторҳои иловагӣ арзёбӣ гардид. Маълумотҳои зерин низ арзёбӣ шуданд: ҳаҷм, суръати пешоб, вақт ва вақти фаъоли пешобкунӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳқиқоти динамика нишон дод, ки ҳаҷми простата нисбат ба ҳаҷми аввалааш то 51,3% хурд шудааст, суръати миёнаи пешобкунӣ то 38,5% беҳтар гаштааст, вақти миёнаи пешобкунӣ ни зто 59,5%, зиёд шудааст, ҳаҷми пешоб дар давоми пешобкунӣ 26% зиёд шуд. Дар аксари ҳолатҳо табобат бо шифоёбӣ поён ба расид, пешобкунии мустақилона нигоҳ дошта шуд, ҳаҷми простата ва гирехҳои аденоматозӣ хурд шуд, инчунин нишондихандаҳои пешобкунӣ беҳтар гардид.

Хулоса. Аввалин маротиба дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар беморони гирифтори ГХП эмболизатсияи эндоваскулярӣ аз шараёнҳои простата анҷом дода мешавад. Эмболизатсияро дар беморони гирифтори патологияи ҳамроҳшудаи шадид низ иҷро намудан мумкин аст. Бо ёрии ин амалиёт нисбат ба ҳолати аввалӣ ба ҳисоби миёна то 51,3% хурд кардани ҳаҷми простата имконпазир аст.



Калимаҳои калидӣ: аденомаи простата, эмболзитсияи шараёнҳои простата, гиперплазияи хушсифати простата.

ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ - МЕТОД РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

Шарипов Уктам Алиджонович - заведующий отделением рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.

Гулахмадов Алишер Давлахмадович - к.м.н., сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.

Олимджони Одинамахмад - врач-уролог, сотрудник отделения клинической консультации ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Olimjoni1992@mail.ru; тел: (+992) 937750300.

Рафиев Хуршед Абдулвахобович - сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Khurshed1986@mail.ru; тел: (+992) 900191620.

Норов Фаридун Хамидович - к.м.н., сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: nfh1980@mail.ru; тел: (+992) 988885580.

Актуальность. Несмотря на высокие темпы развития и внедрения достижений высоких технологий в медицине, до сих пор ведётся поиск и совершенствование малоинвазивных методик оперативного лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы - одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин старше 40 лет. Один из новых методов лечения этого заболевания - эмболизация артерий простаты.

Цель исследования. Оценить первые результаты лечения методом эмболизации артерий простаты у больных с ДГПЖ и внедрить данный метод лечения в клиниках Республики Таджикистан.

Материалы и методы. Исследованы результаты обследования и лечения 5 мужчин с ДГПЖ при высоком хирургическом и анестезиологическом риске. Больным проведено обследование, при этом акцент делался на ультразвуковом исследовании простаты (УЗИ), определении остаточной мочи УЗИ-методом, а также клинике и объективных данных пациента. При проведении УЗИ определялся

объём остаточной мочи, трансректальным датчиком осматривалась простата, измерялись её размеры, объём, оценивалась её структура, наличие дополнительных образований. Также проводилась оценка следующих данных: объём, скорость мочеиспускания, время и активное время мочеиспускания.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании в динамике объём простаты уменьшился до 51,3% от исходного, средняя скорость мочеиспускания улучшилась на 38,5%. Время мочеиспускания также улучшилось на 59,5%, объём мочи при мочеиспускании увеличился на 26%. В большинстве случаев лечение закончилось выздоровлением с сохранением самостоятельного мочеиспускания, уменьшением объёмов простаты и аденоматозного узла, а также улучшением показателей мочеиспускания.

Выводы. Впервые в Республике Таджикистан больным с ДГПЖ выполнена рентген-эндоваскулярная эмболизация артерий простаты. Эмболизация может быть выполнена пациентам с тяжелой сопутствующей патологией. С помощью данного вмешательства удалось добиться уменьшения



объема простаты в среднем до 51,3% от исходного. Значительно улучшаются показатели мочеиспускания.

Ключевые слова: аденома простаты, доброкачественная гиперплазия простаты, эмболизация артерий простаты.

INTRODUCTION OF THE TECHNOLOGY OF EMBOLIZATION OF ARTERIES OF THE PROSTATE - X-RAY-ENDOVASCULAR TREATMENT METHOD PROSTATATA ADENOMA

EXPERIENCE OF USE EMBOLIZATION OF ARTERIES OF PROSTATE - THE METHOD OF X-RAY ENDOVASCULAR TREATMENT OF ADENOMA OF PROSTATE

Sharipov U.A. - head of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; ph: (+992) 938011848.

Gulakhmadov A.D. - c.m.s., employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; ph: (+992) 901007585.

Olimjoni O. urologist, employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Olimjoni1992@mail.ru; ph: (+992) 937750300.

Rafiev H.A. - employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Khurshed1986@mail.ru; ph: (+992) 900191620.

Norov F.H. - c.m.s., employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: nfh1980@mail.ru; ph: (+992) 988885580.

Relevance. Despite high rates of development and introduction of achievements of high technologies in medicine, search and perfection of minimally invasive techniques of operative treatment for benign prostatic hyperplasia (BPH) is still conducted. Benign prostatic hyperplasia is one of the most common diseases of men older than 40 years. One of the new methods of treating this disease is embolization of the arteries of the prostate.

Purpose of the study. To estimate the first results of treatment by method of an embolization of arteries of a prostate at patients with BPH and to introduce this method of treatment in clinics of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The results of examination and treatment of 5 men with BPH are studied at a high surgical and anesthetic risk. Patients were examined, with an emphasis on ultrasound examination of the prostate, the determination of residual urine by the ultrasound method, as well as the clinic and objective data of the patient. At ultrasound the

volume of residual urine was determined, the transrectal sensor examined the prostate, measured its size, volume, structure, the presence of additional formations was estimated. The following data were also evaluated: volume, rate of urination, time and active urination time.

Results of the study and their discussion. On examination in dynamics, prostate volume decreased to 51.3% from the initial, the average speed of urination improved to 38.5%, the time of urination also improved to 59.5%, the volume of urine at urination increased to 26%. In most cases, treatment ended with recovery with the preservation of independent urination, reduction of prostate and adenomatous node volume, and also improvement of indicators of an urination.

Conclusions. For the first time in the Republic of Tajikistan, patients with BPH underwent X-ray endovascular embolization of the prostate arteries. Embolization can be performed to patients with severe concomitant pathology. By this intervention, it was possible to reduce the



volume of the prostate on average to 51.3% from initial. Significantly urination indicators improve.

Муҳиммият. Гиперплазияи хушсифти ғадуди простата (ГХҒП) яке аз бемориҳои паҳншудатарини мардони аз 40-сола боло мебошад. Усули муолиҷаи хеле паҳншудаи ГХҒП муолиҷаи дорӯй мебошад, аммо самаранокии табобати консервативӣна ҳамеша кофӣ аст. Тақрибан 10% беморони гирифтори ГХҒП ба муолиҷаи ҷарроҳӣ ниёз доранд [3]. Муолиҷаи ҷарроҳӣ сари вақт доирнашуда, самараи интизоршавандаро пациент наметад. Усулҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ-аденомэктомия, резексияи трансуретралии простата ва модификасияи онҳо самарабахш мебошанд, лекин дар бисёр ҳолатҳо ба беморони гирифтори патологияи дилу рағҳо, диабети қандва дигар бемориҳои ҳамроҳикунанда зиддинишондод доранд.

Ҷутуҷӯй ва мукамалгардонии усулҳои каминвазивии муолиҷаи ҷарроҳӣ ҳангоми ГХҒП давом дорад [3]. Муҳаққиқони португалӣ бо роҳбарии J. M. Pisco с. 2010-ум доир ба натиҷаҳои усули нави муолиҷаи гиперплазияи хушсифати простата - эмболизатсияи шарёнҳои простатаро пешниҳод карданд. Усул аз ҷиҳати техникӣ аз 15 нафар дар 14 нафар бомуваффақият буд (93,3%) [4]. Муҳаққиқони Федератсияи Россия (Яковец Е. А., Неймарк А. И., Карпенко А. А., Яковец Я. В.) с. 2010-ум доир ба эмболизатсияи шарёнҳои простатадар 40 бемори гирифтори хавфи зиёди даҳолати ҷарроҳӣмаълумот пешниҳод карданд. Амалиёти ҷарроҳӣ имкон дод, ки пас аз ҷарроҳӣ дар заминаи камшавии воҳеияти зухуроти клиникӣ, ҳаҷми ғадуди простата то ба 50%, ҳаҷми гиреҳи аденоматозӣ то ба 43% хурд карда шавад [1]. Инчунин дар таҳқиқотҳои зерин роҳбарии Курбатов Д.Г. доиршуда, таҳлили муолиҷаи зиёда аз 100 пациентҳои гирифтори ГХҒП-и андозаҳои калон, бонатиҷаҳои бевоситаи мусбат пас аз истифодаи даҳолатҳои рентген-эндоваскулярӣ, амалӣ гардонидани шуд. Доир ба самаранокии зиёди эмболизатсия таҳқиқотҳои дигар муаллифон низ шаҳодат медиҳанд [5].

Key words: prostate adenoma, benign prostatic hyperplasia, embolization of prostate arteries.

Мақсади таҳқиқот. Баҳо додани натиҷаҳои аввалини усули муолиҷаи эмболизатсияи шарёнҳои простата дар беморони гирифтори ГХҒП вататбиқ кардани усули мазкур муолиҷа дар клиникаҳои ҶТ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар гурӯҳи беморони ГХҒП гузаронда шуд. Беморон ба таҳқиқотҳои ултрасадоии простата, муайянкунии пешоби боқимондата-вассути ТУС фаро гирифта шуда, ҳангоми муоинаи клиника ва маълумотҳои объективии пациент ба назар гирифта шуданд. Ҳангоми гузарондани ТУС, ҳаҷми пешоби боқимонда муайян, бо датчики трансректалӣ простата муоина, андозаҳо ва ҳаҷми он чен, сохтори он, мавҷудияти сохторҳои иловагӣ баҳодихӣ карда шуд. Инчунин баҳодихии маълумотҳои зерин: ҳаҷм, суръати пешобронӣ, замон ва вақти фаъоли пешоброниро баҳодихӣкардем.

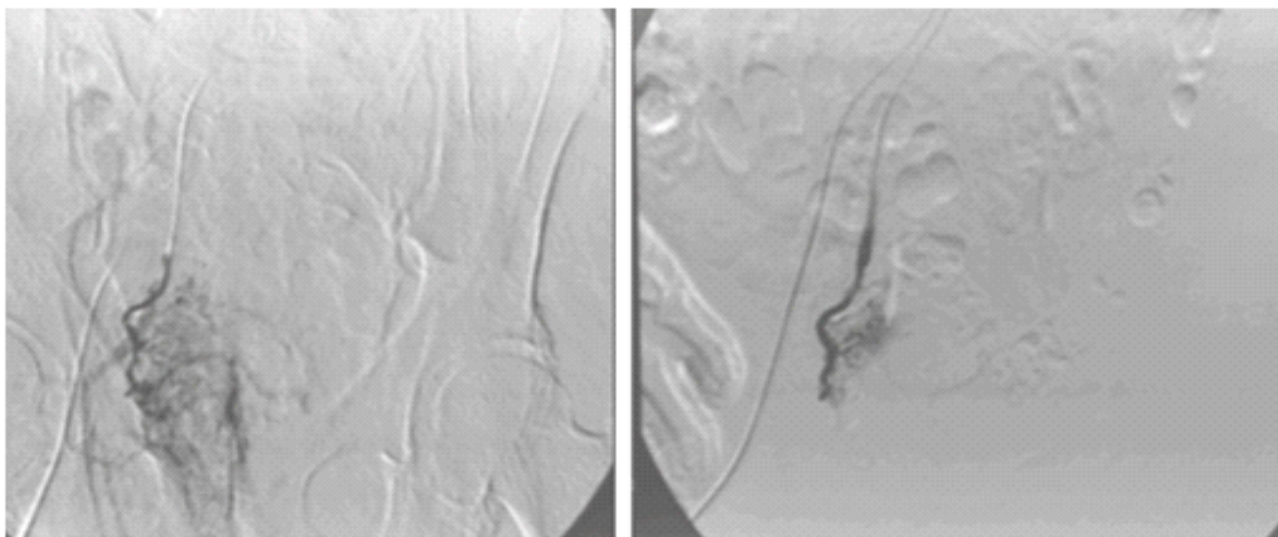
Дар асоси усулҳои доиркардаи клиникӣю инструменталии таҳқиқот 5 пациенте, ки вобаста ба хавфи зиёди ҷарроҳӣ ва анестезиологӣ, ба онҳо гузарондани ҷарроҳӣи анъанавӣ зиддинишондод ва ё номатлуб буд, интихоб намудем. Окклюзияи эндоваскулярии маҷрои шарёнии простата гузаронда шуд. Синну соли пациентоназ 53 то 72-сола, синни миёна 63солро ташкил кард. Тақрибан ҳамаи пациентон патологияҳои ҷиддии ҳамроҳикунанда (БИД, ПИКС, вайроншавии ритми дил, гипертензияи шарёнӣ, диабети қанд) доштанд, 30% пациентоназ вазни барзиёди бадан азият мекашиданд. Ба пациентон эмболизатсияи рентгенэндоваскулярии шарёнҳои простата иҷро карда шуд, ки дар ин ҳол, ба 3 пациент шохаҳои простатишарёнҳои поёни масона аз ҳар ду тарафэмболизатсия карда шуд. Ба ду пациент эмболизатсияи яктарафаи шарёнҳои простата: аз тарафи чап дар як пациент ва аз тарафи рост низ дар як пациент гузаронда шуд.

Эмболизатсия ба таври зерин гузаронда мешуд: шарёни рости рон дар проексияи 3

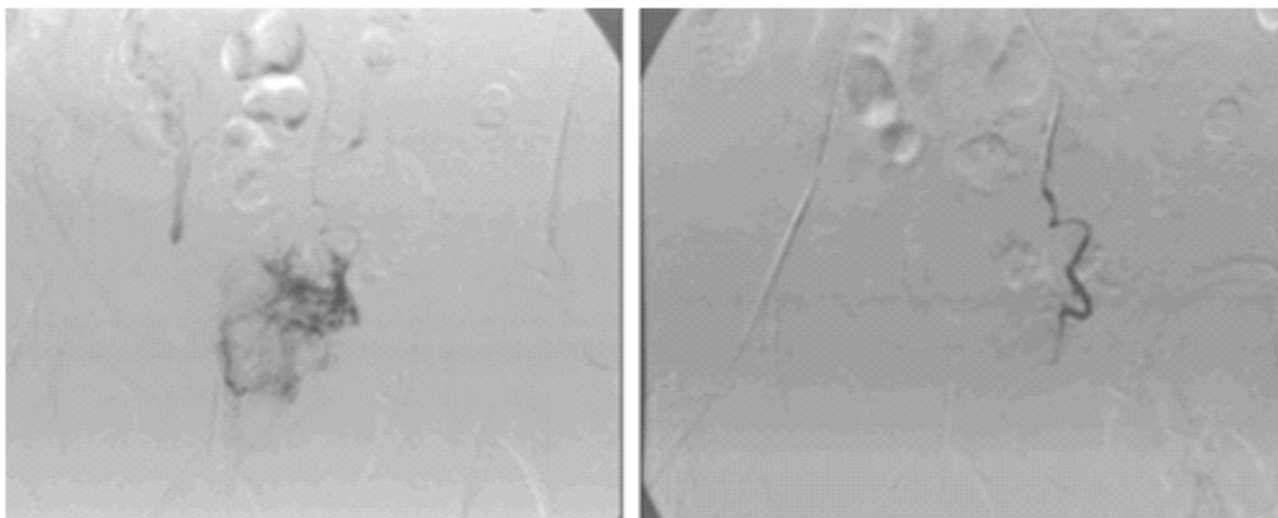


см поёнтар аз чини қадкашак тибқи усули Селдингер бо дастгоҳи интродюсер пунктир карда шуд. Аз рӯи интродюсер ба шарёни дарунии тихогоҳаз тарафи рост, катетери Робертс (бачадонӣ, TerumoOptitorque, UFE Type 1, Fr 5)-ро ворид кардем, ки сипас аз рӯи он микрокатетер (Boston Scientific Renegade, STC 18, Angled) гузаронда шуд.

Микрокатетерба шохаи простатии шарёни поёнии масона ворид карда шуда, ба он микроэмболаҳо дар ҳаҷми то 0,25 мл бо назоратиэмболизатсиябо ёрии маводи контрастӣ ворид карда шуд (расми 1-2). Ҳангоми гузарондани эмболизатсия, шпристстюбикҳои микроэмболӣ 2 мл-а, Embosphere Microspheres 300-400 мкм истифода шуданд.



Расми 1. Артериографияи простата аз рост, то эмболизатсия ва пас аз эмболизатсия



Расми 2. Артериографияи простата аз чап, то эмболизатсия ва пас аз эмболизатсия

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Ҳаҷми ғадуи простата, мутобиқи маълумотҳои ТУС, то ҷарроҳӣ аз 68 то 126 см³ қайд шуд. Ба ҳисоби миёна ғадуи простата 89 см³-ро ташкил кард. Аз рӯи маълумотҳои ТУС-и назоратии одатан пас аз 2-3 моҳи ҷарроҳӣ доиршаванда, ҳаҷми простата ба ҳисоби миёна то ба 43,3 см³расид (аз 51,3%-

и ҳаҷми ибтидоӣ). Тағйирот дар нишондиҳандаҳои пешобронӣ низ мушоҳида шуданд, пеш аз ҷарроҳӣ суръати миёнаи пешобронӣ 1,7-9,9 мл/с-ро ташкил мекард, ба ҳисоби миёна 5,0 мл/с, муддати пешобронӣ аз 25 то 113 сония, ба ҳисоби миёна 50,7 сония, ҳаҷми пешоб ҳангоми пешобронӣ аз 48 то 306мл, ба ҳисоби миёна 187,9мл-ро ташкил



кард. Пас аз чарроҳӣ суръати миёнаи пешобронӣ- аз 5,9 то 19,2 мл/с, ба ҳисоби миёна 13,0 мл/с (беҳтаршавӣ ба 38,5%), муддати пешобронӣ - аз 20 то 62 с, ба ҳисоби миёна 30,2 с (беҳтаршавӣ ба 59,5%), ҳаҷми пешоб ҳангоми пешобронӣ аз 98 то 480 мл-ро ташкил кард, ба ҳисоби миёна 254 мл (зиёдшавӣ ба 26%) -ро ташкил кард. Муддати бошиши патсиентондар клиника 1 шабонарӯзро ташкил кард.

Ба як патсиент чарроҳӣ бо сабаби боздори шадиди пешоб дар заминаи ГХҒП, бо мавҷудияти эпитсистостома иҷро карда шуд. Чарроҳӣ дар заминаи катетеризатсияи доимӣ амалӣ карда шуд. Дар патсиенти мазкур дар давраи барвақти баъди чарроҳӣ шабонарӯзи шашум пешобронии мустақилона барқарор шуд. Дар ду бемор иҷро кардани окклюзияи эндоваскулярии маҷрои шарёнии простата танҳо як тарафа муяссар гардид, бо сабаби имконнопазирии техникӣ катетермонии селективии шарёнҳои поёни масонавӣ аз як тараф, гипоплазияи шарён ошкор карда шуд. Дар як беморе, ки эмболизатсияи яктарафаи шарёни простата иҷро карда шуд, камшавии назарраси ҳаҷмҳои простата ва гиреҳи аденоматозӣ, тибқи маълумотҳои ТУС мушоҳида нашуд, аз ин сабаб, ба ӯ даҳолати анъанавии чарроҳӣ тавсия карда шуд. Дар 4 патсиентҳои боқимонда муолиҷа бо шифоёбӣ бо нигоҳдории пешобронии мустақилона, камшавии ҳаҷмҳои простата ва гиреҳи аденоматозӣ, инчунин беҳтаршавии нишондиҳандаҳои пешобронӣ анҷом ёфт.

Усули эмболизатсияи шарёнҳои простата усулини сбатан нав аст. Истифодаи он ба туфайли инкишофи технологияҳои нави дар тиб, аз ҷумла чарроҳии эндоваскулярии имконпазир гашт. Малумоти адабиёт доир ба усули мазкур маҳдуданд, ки сабабаш давраи кӯтоҳи истифодаи он, шумораи ками клиникаҳои онро истифодабаранда мебошад.

Инчунин таҷрибаи назорати бардавом аз рӯи бемороне, ки бо ёрии эмболизатсияи шарёнҳои простата муолиҷа кардаанд, вучуд надорад. Нишондод ва ғайринишондодҳо ба иҷрои даҳолати чарроҳӣ бо мурури замон, васеъ ва ё баръакс кам шуда метавонанд. Интиҳоби беморон барои эмболизатсия, омодагии пешазчарроҳӣ, муроқибати баъдичарроҳии беморон -масъалаҳои мебошанд, ки омӯзиши иловагиро талаб мекунанд. Аммо, то ба имрӯз, эмболизатсияи шарёнҳои простата яке аз усулҳои нодирест, ки онро дар беморони гирифтори бемориҳои вазнини ҳамроҳикунанда истифода кардан мумкин аст. Сабаб дар инвазивнокии минималии он, яъне таъсиррасонии минималӣ ба организм ҳангоми самаранокӣ зиёди он мебошад.

Хулоса, эмболизатсияи шарёнҳои простатаи аввалин маротиба дар ҚТ иҷрошуда новобаста аз таҷрибаи кам доштани чарроҳон, ҳамчун усули бомуваффақияти муолиҷаи ГХҒП худро муаррифӣ кард, усули пешазчарроҳии пеш аз иҷрои резексияи транс уретралии резексияи простата ҳангоми аденомаҳои калони простата, усули муолиҷаи алтернативии чарроҳӣ, ба пешгирии кардани чунин оризаҳо, ба монанди эякулятсияи ретроградӣ, барои шахсони хоҳишманди нигоҳдории функсияи репродуктивии физиологӣ ва адекватӣ мусоидат намуд.

1. Эмболизатсияро дар патсиентони мубталои патологияи вазнини ҳамроҳикунанда, дар беморони дорои хатари зиёди чарроҳӣ ва анестезиологӣ иҷро кардан мумкин аст.

2. Бо ёрии даҳолати чарроҳии мазкур, ба ҳисоби миёна нисбат ба ҳолати ибтидоӣ то 51,3 % кам кардани ҳаҷми простата муваффақ шудем.

3. Ба таври назаррас нишондиҳандаҳои пешобронӣ, ба монанди суръати миёнаи пешобронӣ, муддати пешобронӣ ва ҳаҷми пешоб ҳангоми пешобронӣ беҳтар шуд.

АДАБИЁТ

1. Эмболизация артерий предстательной железы в лечении больных аденомой предстательной железы с высоким хирургическим риском / Е. А. Яковец, А. И. Неймарк, А. А. Карпенко, Я. В. Яковец // Андрология и генитальная хирургия. - 2010. - № 1. - С. 38-43.



2. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия артерий простаты - альтернативный инновационный метод лечения больных аденомой предстательной железы больших размеров / Д.Г. Курбатов, С.А. Дубский, И.И. Ситкин, А.Е. Лепетухин // Урология. - 2013 - № 2. - С. 35-40.
3. Benign Prostatic Enlargement team. Minimally invasive treatments for benign prostatic enlargement: systematic review of randomised controlled trials / T. Lourenco, R. Pickard, L. Vale [et al.] // Br. Med. J. - 2012. - Vol. 337. - P. 1662.
4. Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia / J. M. Pisco, L. C. Pinheiro, T. Bilhim [et al.] // J. Vasc. Interv. Radiol. - 2010. - Jan. - Vol. 22 (1). - P. 11-19.
5. Prostatic artery embolization as a primary treatment for benign prostatic hyperplasia: preliminary results in two patients / F. C. Carnevale, A. A. Antunes, J. M. da Motta Leal Filho [et al.] // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2014. - Vol. 33. P. 355-361.

РЕНТГЕН-ЧАРРОҶИИ ЭНДОВАСКУЛЯРӢ ДАР МУОЛИҶАИ НУҚСОНИ ДЕВОРАИ БАЙНИ ПЕШДИЛҶО ВА МАҶРОИ КУШОДАИ ШАРӢНИ

Шарипов Уктам Алиҷонович - мудири шӯбаи чарроҳии рентген-эндоваскулярии МД "Маҷмааи тандурустии Истиклол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе;

E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.

Гулаҳмадов Алишер Давлаҳмадович н.и.т., корманди шӯбаи рентген-чарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиклол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе;

E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.

Норов Фаридун Хамидович н.и.т., корманди шӯбаи рентген-чарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиклол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе;

E-mail: nfh1980@mail.ru; тел: (+992) 988885580.

Рафиев Хуршед Абдулвахобович корманди шӯбаи рентген-чарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиклол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе;

E-mail: Khurshed1986@mail.ru; тел: (+992) 900191620.

Сафаров Дилмурод Махмадмуродович корманди шӯбаи рентген-чарроҳии эндоваскулярии МД "Маҷмааи тиббии Истиклол"; Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе;

E-mail: Safarovdil@mail.ru; тел: (+992) 934750303.

Муҳиммият. Муддати солҳои зиёд муолиҷаи патологияи модарзодии системаи дилу рағҳотанҳо тариқи усулҳои анъанавии чарроҳӣ ба роҳ монда мешуд, усулҳои эндоваскулярӣ бошанд, нақши усулҳои ёридиҳанда-усулҳои ташхисиро иҷро мекарданд, ки аввалан, яке аз усулҳои асосии ташхис буданд ва дуюм, таъсири муолиҷавӣ надоштанд.

Мақсади таҳқиқот. Баҳо додани самаранокии технологияи рентген-эндоваскулярӣ ҳангоми маҳкам кардани нуқсони девораи байни пешдилҷо (НДБП) ва маҷрои кушодаи шарён (МКШ).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар Маҷмааи тиббии "Истиклол" аз моҳи июли с. 2016-ум то сентябрис. 2018 ба патсиентони мубталоинуксонҳои модарзодии дил, ба

монанди маҷрои кушодаи шарён ва нуқсони девораи байни пешдил, 108 даҳолатҳои эндоваскулярии чарроҳӣ иҷро карда шуд. Окклюзияи маҷрои кушодаи шарён дар 43 патсиент, дар 65 патсиент - транскатетерӣ маҳкам кардани НДБП доир карда шуд. Тамоми патсиентоназ муоинаи умумиклиникӣ, аз ҷумла аз рентгенографияи узвҳои қафаси сина, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) гузаштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Окклюзияи МКШ-и тамоми патсиентон (43 нафар) бомуваффақият анҷом ёфт. МКШ-и 3 нафар бо як спирал маҳкам карда шуд. Дар 40 патсиент барои окклюзияи маҷро дастгоҳи окклюдакунандаи Amplatzer истифода кардем. Дар 56 нафар аз 65 патсиенти



мубталои днуқсони МПП пас аз имплантатсияи дастгоҳи Amplatzer® septaloccluder (ИМА) ва оклюдери YATAI SCIENTIFIC (Чин) мавҷуд набудани рониши чапу рост дар сатҳи пешдилҳо дар мизи ҷарроҳӣ қайд шуд. Таҳқиқоти Эхо-КГ-и назоратӣ низ пас аз 3 ва пас аз 24 соат гузаронда мешуд. Пас аз 24 соати ҷарроҳӣ боз дар 8 пациент рониши хунқайд нашуд. Ба ду пациент гирифтори НДБП-ҳои калон (зиёда аз 38 мм), ба таври мувофиқ муқаррар кардани окклюдер дар нуқсон муяссар нагардид.

Хулосаҳо. Окклюзияи транскатетерӣ усули хеле самарноки муолиҷаи радикалии МКШ ва НДБП мебошад. Дар муқоиса бо ислоҳи анъанавии ҷарроҳӣ нуқсонҳои мазкур, осеби ками ҷарроҳӣ, таъсирикосметикӣ ва кам кардани муҳлатҳои бистаришавӣ (то 1-2 рӯз), бартариҳои бебаҳси усулҳои транскатетерии маҳкам кардани НДБП ва МКШ мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: нуқсони девораи байнипешдилҳо, маҷрои кушодаи шарёнӣ, усули эндоваскулярӣ.

РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

У.А. Шарипов, А.Д. Гулахмадов, Ф.Х. Норов, Х.А. Рафиев, Д.М. Сафаров
Государственное учреждение Медицинский комплекс "Истиклол"

Шарипов Уктам Алиджонович - заведующий отделением рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; тел: (+992) 938011848.

Гулахмадов Алишер Давлахмадович - к.м.н., сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; тел: (+992) 901007585.

Норов Фаридун Хамидович - к.м.н., сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: nfh1980@mail.ru; тел: (+992) 988885580.

Рафиев Хуршед Абдулвахобович - сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Khurshed1986@mail.ru; тел: (+992) 900191620.

Сафаров Дилмурод Махмадмуродович - сотрудник отделения рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"; Республика Таджикистан, г. Душанбе; E-mail: Safarovdil@mail.ru; тел: (+992) 934750303.

Актуальность. Долгое время лечения врожденной патологии сердечно-сосудистой системы было подвластно только традиционным хирургическим методам, а эндоваскулярным методам отводилась роль вспомогательных, диагностических методов, которые, во-первых, были одним из главных методов диагностики, а, во-вторых, не обладали лечебным воздействием.

Цель исследования. Дать оценку эффективности рентген-эндоваскулярной технологии при закрытии НДБП и МКШ.

Материалы и методы. В медицинском комплексе Истиклол с июля 2016 по сентябрь 2018 гг. было проведено 108 эндоваскулярных хирургических вмешательств у пациентов с врожденными пороками сердца, такими как открытый артериальный проток и дефект межпредсердной перегородки. Окклюзия открытого артериального протока была произведена 43 пациентам, у 65 пациентов - транскатетерное закрытие НДБП. Всем пациентам выполнено общеклиническое обследование, включая рентгенографию



органов грудной клетки, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты исследования и их обсуждение.

У всех 43 пациентов окклюзия МКШ была успешной. У 3 из них МКШ был закрыт одной спиралью. 40 пациентам для окклюзии протока применяли окклюдизирующее устройство Amplatzer. У 56 из 65 пациентов с дефектом МПП после имплантации устройства Amplatzer® septaloccluder (США) и окклюдера YATAI SCIENTIFIC (Китай) отсутствие лево-правого сброса на уровне предсердий было констатировано на операционном столе. Контрольное Эхо-КГ-исследование также проводилось через 3 и 24 часа. Через 24 часа после операции сброс отсутствовал еще

у 8 пациентов. Двум пациентам с большим НДБП (более 38 мм) не удалось адекватно установить окклюдер в дефекте.

Выводы. Транскатетерная окклюзия является высокоэффективным методом радикального лечения МКШ и НДБП.

Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение сроков госпитализации (до 1-2 дня) являются неоспоримыми преимуществами транскатетерных методов закрытия НДБП и МКШ перед традиционной хирургической коррекцией данных пороков.

Ключевые слова: дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, эндоваскулярный метод.

X-RAY-ENDOVASCULAR SURGERY IN THE TREATMENT OF THE ATRIAL SEPTAL DEFECT AND THE PATENT DUCTUS ARTERIOSUS

U.A. Sharipov, A.D. Gulakhmadov, F.H. Norov, H.A. Rafiev, D.M. Safarov
Public institution "Medical complex Istiqlol"

Sharipov U.A. head of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Uktamalijonovic@mail.ru; ph: (+992) 938011848.

Gulakhmadov A.D. c.m.s., employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Allyanz1987@mail.ru; ph: (+992) 901007585.

Norov F.H. - c.m.s., employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: nfh1980@mail.ru; ph: (+992) 988885580.

Rafiev H.A. - employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Khurshed1986@mail.ru; ph: (+992) 900191620.

Safarov D.M. - employee of the department of X-ray - endovascular surgery of PI "Medical Complex Istiqlol"; Republic of Tajikistan, Dushanbe; E-mail: Safarovdil@mail.ru; ph: (+992) 934750303.

Relevance. For a long time, the treatment of congenital cardiovascular pathology was subject only to traditional surgical methods, and endovascular methods were assigned the role of auxiliary, diagnostic methods, which, firstly, were one of the main diagnostic methods, and, secondly, did not have a therapeutic effect.

Purpose of the study. To estimate the effectiveness of X-ray-endovascular technology at the closure of ASD and PDA.

Materials and methods. 108 endovascular surgical interventions were performed in patients with congenital heart defects from July 2016 to September 2018 in the medical complex Istiqlol, such as the open arterial duct and the defect of the interatrial septum. Occlusion of the open arterial duct was performed in 43 patients, in 65 patients - transcatheter closure of ASD. All patients underwent general clinical examination,



including chest X-ray, ECG, echocardiography (EchoCG).

Results of the study and their discussion. In all 43 patients, the occlusion of the CAP was successful. In 3 of them, the PDA was closed with one spiral. 40 patients for the occlusion of the duct used the occlusive device Amplatzer. In 56 of 65 patients with a BMP defect after implantation of the Amplatzer® septal occlude and occlude YATAI SCIENTIFIC (China), the absence of left-right atrial relief was found on the operating table. The control echocardiogram was also carried out in 3 and 24 hours. In 24 hours after operation, there were no

Мухимият. Солҳои зиёд муолиҷаи асосии патологияи модарзодии системаи дилу рағҳо усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ буд, усулҳои эндоваскулярӣ бошад, нақши усулҳои ёридиҳанда ва ташхисиро иҷро мекарданд, ки яке аз усулҳои асосии ташхисӣ буда, таъсири муолиҷавӣ надоштанд. Аммо инкишофи тафаккуритехникӣ ва клиникӣ, технологияҳо ва хулосаҳои техникӣ нав боиси ба вучудии усулҳои эндоваскулярии дорои ҷузъҳои муолиҷавӣ шуданд [4-8]. Истифодаи ин усулҳо, махсусан дар кӯдакон ва навзодон муҳим арзёбӣ мегардад, ки самрабахшии зиёди табобатӣ ва осеби ками ҷарроҳӣ доранд ва баъзан барои натиҷаи ниҳонии муолиҷа, бахусус ҳангоми ҳолатҳои критикӣ, муайянкунанда буданд [9]. Чунин трансформатсия ва истифодаи усулҳои нави табобати эндоваскулярӣ, масъалаҳои нави муайянкунии нишондодҳо, самаранокӣ онҳо, бехатарӣ ва ғайраро пеш мегузорад.

Маҷрои кушодаи шарёнӣ (МКШ) яке аз нуқсонҳои паҳншудатарини модарзодии дил мебошад. Басомади нуқсонҳои мазкур, тибқи маълумотҳои муаллифони гуногун, аз 11 то 20% -и аз тамоми нуқсонҳои дилро ташкил мекунад [4]. Ҳангоми ҷараёни табиии беморӣ, фавтият дар соли аввали ҳаёт 30%-ро ташкил мекунад. Минбаъд сатҳи кумулятивии фавтият дар як сол 0,5%-ро ташкил карда, то 20-солагӣ дар як сол то 2-4% мерасад [17]. Дар ин ҳол, давомнокии миёнаи ҳаёти беморон тақрибан 40-солро ташкил мекунад. Беморони муолиҷаи ҷар-

рохи аз саргузаронда давомнокии зиёдтари ҳаёт ва нишондиҳандаҳои бехтари гемодинамикӣ доранд [2]. Фавтият ҳангоми ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои мазкур камтар аз 0,5%-ро ташкил мекунад [1]. Звенои асосии патогенезии нуқсонҳои бузургии партоби хун аз аортабашарёни шуш (ШШ) мебошад, ки аз диаметри (кутри) маҷро ва фарқияти фишори байни аортава ШШ вобаста аст. МКШ-и фаъолияткунанда ба зиёдшавии кровотока дар ШШ мусоидат мекунад, ки мунтазам ба гипертензияи шуш ва ба бемории обструктивии шуш рағҳо оварда мерасонад.

Conclusions. Transcatheter occlusion is a highly effective method of radical treatment of PDA and ASD. A minor surgical trauma, cosmetic effect and a significant reduction in hospitalization periods (up to 1-2 days) are undeniable advantages of transcatheter methods of closure of ASD and PDA before traditional surgical correction of these defects.

Key words: atrial septal defect, patent ductus arteriosus, endovascular method.

рохи аз саргузаронда давомнокии зиёдтари ҳаёт ва нишондиҳандаҳои бехтари гемодинамикӣ доранд [2]. Фавтият ҳангоми ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои мазкур камтар аз 0,5%-ро ташкил мекунад [1]. Звенои асосии патогенезии нуқсонҳои бузургии партоби хун аз аортабашарёни шуш (ШШ) мебошад, ки аз диаметри (кутри) маҷро ва фарқияти фишори байни аортава ШШ вобаста аст. МКШ-и фаъолияткунанда ба зиёдшавии кровотока дар ШШ мусоидат мекунад, ки мунтазам ба гипертензияи шуш ва ба бемории обструктивии шуш рағҳо оварда мерасонад.

Нуқсонҳои девораи байни пешдилҳо (НДБП) низ ба монанди нуқсонҳои МКШ паҳншуда мебошад, ки басомадаш 5-15% [3] аз тамоми ВПС-ро ташкил мекунад. Давомнокии миёнаи ҳаёти пациентони мубталои НДБП-и андозаҳои миёна, бе муолиҷаи ҷарроҳӣ 30-40 солро ташкил мекунад, аммо аз декадаи сеюми ҳаёт нуқсон дар 30% ҳолатҳо бо фибриллятсияи пешдилҳо оризанок мешавад. Фавтият ҳангоми ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои мазкур камтар аз 1% -ро ташкил мекунад [1]. Ҳангоми НДБП рониши ками хун боиси сарбории ҳаҷмии муътадили ноҳияҳои тарафи рости дил мешавад ва фишор дар ШШ муътадил боқӣ монда метавонад. Аммо инкишофи гипертензияи вазнини шуш, ки ба норасоии меъдачаи рост боис мешавад, имкон дорад.

Мақсади таҳқиқот. Баҳо додани самаранокӣ рентген-технологияи эндоваскулярӣ ҳангоми маҳкам кардани НДБП ва МКШ.



Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар Маҷмааи тиббии "Истиклол" аз моҳи июли с. 2016 то моҳи сентябри с. 2018 дарпациентони мубталои нуқсонҳои модарзодии дил, ба монанди маҷрои кушодаи шарёни ва нуқсонҳои девораи байни пешдилҳо 108 даҳолатҳои ҷарроҳии эндоваскулярӣ иҷро карда шуд. Окклюзияи маҷрои кушодаи шарёни дар 43 пациент, дар 65 пациент - маҳкамкунии транскатетерии НДБП амалӣ карда шуд.

Синни беморони гирифтори МКШ аз 6 моҳа то 18-сола, 28 зан ва 15 мардро ташкил кард. Синни миёнаи пациентон 4,7 солро ташкил кард. Синну соли беморони гирифтори НДБП - аз 2 то 54-сола, ки аз инҳо 39 зан ва 26 мард буданд. Синну соли миёнаи беморон 12 солро ташкил кард.

Дар тамоми 43 пациент МКШ-и ҷудогона қайд шуд. Гурӯҳи гирифторони НДБП-ро пациентони мубталои нуқсонҳои марказии дуомина ташкил карданд. Ба ҳамаи пациентон муоинаи умумиклиникӣ, аз ҷумла рентгенографияи узвҳои қафаси сина, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) гузаронда шуд. Ҳангоми аускултатсия дар 19 пациенти мубталои МКШ садои систолий ва дар 24 пациент садои систолию диастолий дар байниқабурғаҳои 2-3-юм, аз тарафи чапи тӯш шунида шуд. Дар ЭКГ дар ҳамаи пациентони мубталои маҷрои кушодаи шарёни аломатҳои сарбории ноҳияҳои рост ва гипертрофияи меъдачаи чап ба қайд гирифта шуд. Аз рӯи рентгенограмма шиддат гирифтани манзараи шуш ва варамидаи камони шарёни шуш муайян карда шуд. Эхокардиография ҷенкунии диаметри маҷро аз тарафи нӯги шуш, дарозӣ, андозаи ампулаи аорталиро дар бар гирифт. Инчунин градиенти систолию диастолий дар маҷро, ки фишорро дар системаи шарёни шуш инъикос мекунад, ҷен карда шуд. Градиентҳар чи қадаре, ки хурдтар бошад, мутобиқан, фишори системаи шарёни шуш баландтар мешавад. Дар 37 пациент фишор дар шарёни шуш дар меъёр буд. Дар 3 пациенти гирифтори МКШ-и калон, дар Эхо-КГ аломатҳои гипертензияи баланди шуш ошкор карда шуд, ки ҳангоми катетергузори ноҳияҳои ростии дил тасдиқ шуд.

Дар ҳамаи пациентони мубталои НДБП дар байни қабурғаи 2-юм, аз тарафи чапи тӯш садои систолий шунида шуд. Дар ЭКГ дар 51 бемор аломатҳои гипертрофияи ноҳияҳои ростии дил ва дар 14 бемор фаёлнокии беш аз ҳадди ноҳияҳои рост ошкор карда шуд. Дар рентгенограмма дар пациентони мубталои НДБП калоншавии пешдильи рост ва меъдачаи рост, васеъшавии шарёни шуш ва шиддатгирии манзараи рағб аз ҳисоби гиперволемиа, муайян карда шуд. Мутобиқи маълумоти таҳқиқоти эхокардиографӣ, дар 5 пациент фишори миёна дар ШШ 20-25 мм сут. сим., дар як нафар дар ҳудуди 45-50 мм сут. сим., градиенти диастолий дар ШШ дар ҳудуди аз 5 то 14 мм сут. сим. қайд шуд. Инчунин андозаҳои нуқсонҳо дар Эхо-КГ аз мавқеи субкосталӣ ва апикалии ҷоркамераи ҷен карда шуд.

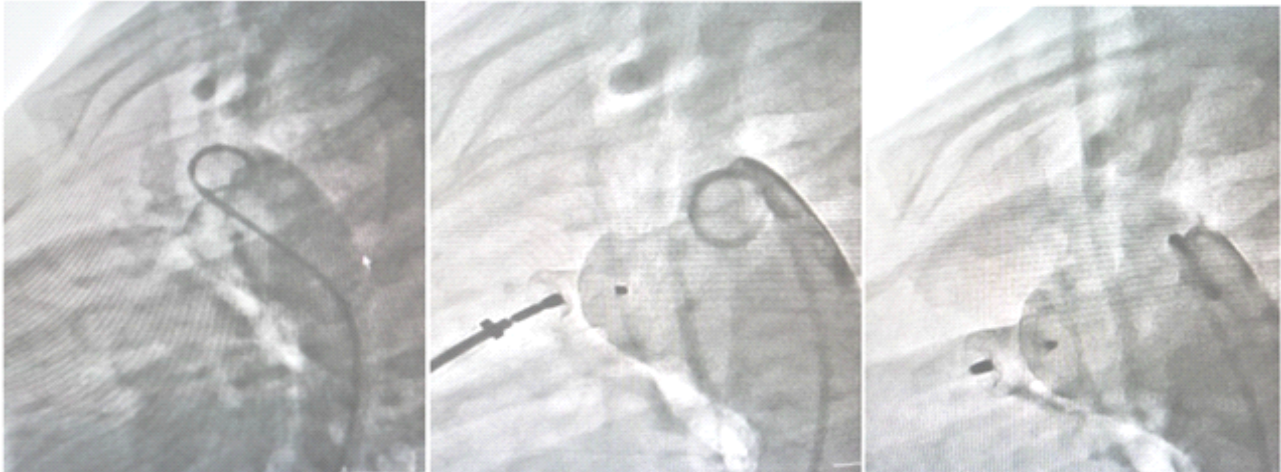
Таҳқиқоти ташхисӣ ва муолиҷаи ҷарроҳӣ ҳамзамон дар шароити рентгенӣ-ҷарроҳӣ дар адастгоҳи ангиографии Infinix фирми Toshiba (Япония) иҷро карда мешуданд. Вобаста ба синну сол, ҷарроҳӣ зери наркози дохиливаридӣ анестезияи ҷузъӣ гузаронда мешуд. Ба пациентони гирифтори МКШ пунксияи шарёни рон тибқи усули Селдингер ва аортография дар проексияи чапи паҳлӯӣ бо истифодаи катетери Pigtail амалӣ карда мешуд. Пас аз насби интродюсер (4 ё 5 F) бо мақсадҳои профилактикаи тромбозшарёни рон, гепаринро аз ҳисоби 100 воҳ. ба 1 кг вазн ворид мекардем. Диаметр маҷро васоҳтори анатомии он, мутобиқи таснифоти ангиографии А. Кrichенко бо ҳамм. муайян карда мешуд. [11]. Дар 12 пациент маҷрои навъи А, дар 31 нафар маҷрои навъи С ошкор карда шуд. Ҳисоббарори диаметри қисми шуш, ампулаи аорталӣ ва дарозии маҷро амалӣ карда шуд.

Диаметри спиралро тавре интихоб кардем, ки он на камтар аз ду маротиба аз диаметри маҷро дар қисми борик зиёд бошад. Спиралҳои вобаста ба дарозии маҷро ва андозаҳои ампулаи маҷро 4 ё 5 симпечҳоро ташаккулдиҳанда истифода шуданд. Катетери селективии навъи Multipurpose или Cobra аз аортатавассути МКШ танаи ШШ катетеризртсия шуд ва аз рӯи катетер спи-



рали эмболизатсиякунандаро гузаронидем. Окклюзияро тавре гузарондем, ки 1,5-2 банди спирал аз тарафи ШШ насб шуда бошанд, боқимонда бандҳо, ба ампулаи аорталӣ гузошта шуда бошанд. Пас аз боъ-

тимодии тасбит боварӣхосил кардан, охириро аз дастгоҳи тахвилкунанда ҷудо кардем. Самарабахшии окклюзия пас аз 5-15 дақиқа дар аортог-рафияи назоратӣ баҳо дода шуд.



Расми 1. Окклюзияи МКШ бо дастгоҳи Амплатс

Усули окклюзияи МКШ бо дастгоҳи Амплатс, ба ғайр аз дастрасии шарёнӣ боз дастрасии варидиро низ (интродюсер 6 ё 7 F) талаб мекунад. Катетеризатсияи аортаи поёнрав тавассути МКШ аз тарафи танаи ШШ, бо истифодаи катетери навъи Multipurpose иҷро карда шуд. Андозаи дастгоҳи окклюзионӣ 1-2 мм калонтар аз диаметри МКШ аз рӯи ангиография ҳисобшударо интиҳоб кардем (расми 1). Дар ҳамаи ноқил системаи Amplatzer, ки дар аортаи поёнрав насб карда шуда буд, иваз карда шуд. Окклюдер дар фиксатор тоб дода шуда ва дар маҳлули физиологӣ ба дастгоҳи боркунанда кашида дароварда шуд. Аз рӯи дастгоҳи тахвилкунанда окклюдерро ба аорта ба пеш тела дода, диски аорталӣ ро кушодем. Бо траксияи ретроградӣ дискро аз ақиби ампула кашидем ва минбаъд қисми асосии окклюдерро дар маҷро кушода, дастгоҳи тахвилкунандаро "пайваст кардем-кашидем". Фиксаторро аз окклюдер ҷудо накарда, аортографияи назоратӣ иҷро кардем, ки аз рӯи натиҷаҳои он доир ба насби мувофиқи окклюдер баҳодихӣ карда шуд. Тахлияи боқимонда аз аорт ба танаи ШШ барои кушодани тасбиткунанда зиддинишон-

дод набуд, зеро мутобиқи протоколи байналмилалӣ, самаранокии окклюзия бо ёрии дастгоҳи Амплатсер муддати аз 6 моҳ то 1 сол арзёбӣ шуда метавонад. Шабонарӯзҳои дигари пас аз окклюзия, эхокардиографияи назоратӣ иҷро карда шуд, ки пурра вучуд надоштани тахвил ба ШШ-ро тасдиқ кард.

Тамоми 65 пациентҳои мубталои НДБП, окклюзияро бо ёрии дастгоҳи Amplatzer® SeptalOccluder (ASO) ширкати AGA Medical Corporation (ИМА)-ва окклюдери YATAI SCIENTIFIC (Чин) амалӣ кардем. Пунксияи вариди ростии умумии рон ва катетеркунии ноҳияҳои ростии дил бо бақайдгирии фишор дар ковоқиҳои дил бо катетери Multipurpose иҷро карда шуд. Тавассути НДБП пешдиди чап (ПЧ)-ро катетер гузошта, ноқили 0,0035", 260 см-ро дар ҳиссаи болоии чапи вариди шуш насб мекардем. Андозаҳои дақиқи НДБП бо ёрии баллони махсуси андозагирандаи Amplatzer чен карда, бо андозаҳои тибқи маълумотҳои эхокардиографияи трансторакалӣ ҳисоб шуда, муқоиса кардем. Хатоҳои усули ғайриинвазивӣ аз 28 то 41 %-ро ташкил кард.

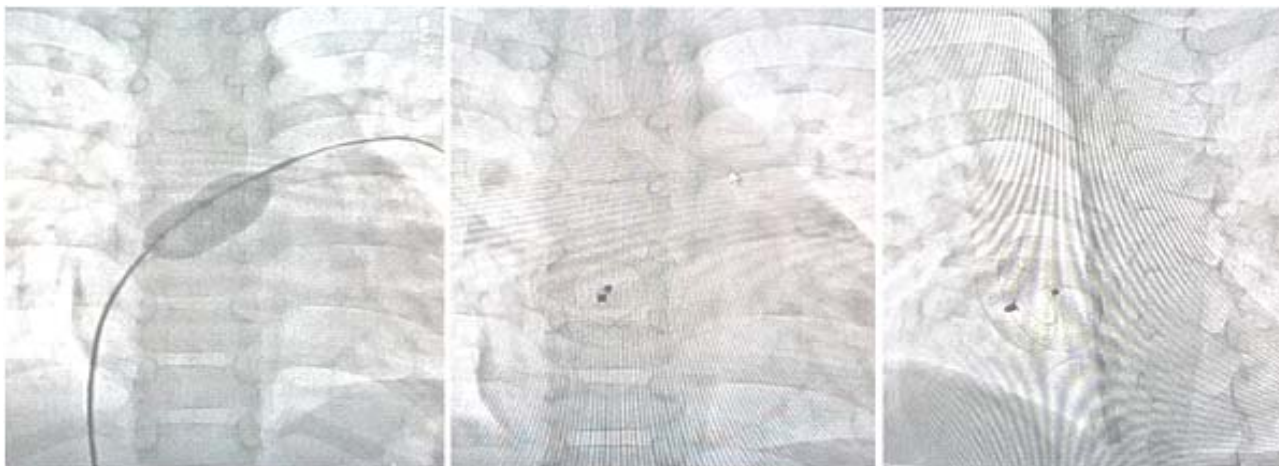


Рис. 2. Окклюзияҳои НДБП бо дастгоҳи худхаммарказкунандаи Amplatzer® Septal Occluder.

Пас аз рафъи балон, ба ПЧ системаи таҳвилкунандаро ворид карда, аз рӯи он ба чойи имплантатсия, пешакӣ дастгоҳи чамъкардашудаи Amplatzer® Septal Occluder-и оклюдери YATAI SCIENTIFIC (Чин)-ро чой мекардем. Зери назорати рентгеноскопӣ ва эхокардиографӣ, дар пешдили чап диски чапи дастгоҳи ҷаббандарро кушодем. Бо траксияи ретроградӣ дар канорҳои нуқсон часпидани диски чапро санҷида, ба таври эхокардиографӣ ҳолати дискро нисбати клапани митралӣ баҳо додем вадар пешдили рост диски ростро кушодем. Боз як маротибаи дигар зери назорати Эхо-КГ мувофиқи мавқеи оклюдерро нисбати дармадгоҳҳои варидҳои ковок ваваридҳои шуш, синуси коронарӣ ва клапанҳои атрио-вентрикулярӣ месанҷидем. Пас аз тасбитаи боэътимоди оклюдер боварӣ ҳосил кардан, охириро аз дастгоҳи таҳвилкунанда ҷудо мекардем. Асбобҳоро аз вариди гирифта, пас аз гемостаз беморро ба ҳучраи беморон гузарондем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар ҳамаи 43 нафар окклюзияи МКШ бо муваффақият анҷом ёфт. Дар 3 нафари онҳо, МКШ бо як спирал маҳкам карда шуд. Ба 40 нафар окклюзияи маҷро дастгоҳи ҷаббанди Amplatzer истифода шуд. Окклюзияи пурраи МКШ дар мизи ҷарроҳӣ, аортографияи назоратӣ тасдиқ карда, пас аз 5-15 дақиқа дар 34 нафар мушоҳида шуд. Рониши резидуалии хун боқӣ намонд. Ба тамоми нафарони боқимондаи гирифт-

ри рониши хун, 3, 12 ва 24 соат пас аз ҷарроҳӣ таҳқиқоти эхокардиографияи назоратӣ гузаронда мешуд. Шабонарӯзҳои ояндаи баъди ҷарроҳӣ, дар 6 нафари дигар окклюзияи пурраи МКШ қайд шуд. Як нафар пас аз окклюзияи спиралӣ, тибқи Эхо-КГ бо рониши ками резидуалии хун аз беморхона рухсат шуданд. Ҳангоми аускултатсия, дар 38 нафар пас аз окклюзия дар мизи ҷарроҳӣ, садои систолию диастоликӣ айд нашуд. Дар панҷ нафар, пас аз якҷанди шабонарӯзи ҷарроҳӣ садо нест шуд. Ҳамаи беморон шабонарӯзҳои 1 ва 2-юми пас аз ҷарроҳӣ аз беморхона рухсат шуданд. Оризаҳо мушоҳида нашуданд. Муоинаи назоратӣ ва Эхо-КГ баъди 6 моҳ гузаронда шуд. Дар тамоми беморон тасбитаи мувофиқи спирал ва дастгоҳи ҷаббанди тасдиқ шуд, аломатҳои рониши хун тавассути МКШ дар ягон нафар ошкор нашуд.

Аз 65 нафари мубталои нуқсони МПП дар 56 нафар пас аз имплантатсияи дастгоҳи Amplatzer® septal occluder ва оклюдери YATAI SCIENTIFIC (Чин) мавҷуд набудани партоби чапу рост дар сатҳи пешдилҳо дар мизи ҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуд. Таҳқиқоти назоратӣ Эхо-КГ низ пас аз 3 соат ва пас аз 24 соат гузаронда шуд. Баъди 24 соати ҷарроҳӣ боз дар 8 нафари дигар партоби хун мушоҳида нашуд. Ба ду нафари гирифтори НДБП-и калон (зиёда аз 38 мм) ба таври мувофиқ ба нуқсон насб кардани оклюдер муяссар нагашт. Дастгоҳҳо ба системаи таҳвилкунанда багардонда ва



аз ковокии дил гирифта шуданд. Оризаҳо хангоми имплантатсияи дастгоҳ ба қайд гирифта нашуд. Тамоми беморон пас аз 6 моҳ ба муоина фаро гирифта шуданд. Эхокардиография мавқеи мувофиқи дастгоҳвапура мавҷуд набудани партоби хун дар ҳамаи беморон бо дастгоҳҳои имплантатсионӣ Амплатсерро тасдиқ кард. Вобаста ба намуни дастгоҳи ҷаббанда, ба таври эндоваскулярий маҳкамкунии МКШ таърихи зиёда аз 30-сола дорад, доир ба таври транскатетерӣ маҳкамкунии НДБП бошад, Т. Kingi N. Mills ханӯз с.1976 маълумот дода буданд [3, 6, 9]. Новобаста аз дастовардҳои истифодаи системаҳои гуногуни эндоваскулярии ҷаббанда, ҷиҳати мукамалгардонии онҳо корҳои назаррас анҷом дода мешаванд. Бартариҳои асосии спиралҳои ҷудоқунандаи Flipperi, дастгоҳҳои худҳаммарказқунандаи Amplatzer Duct Occluder ё Amplatzer Septal Occluder, ба фикри мо, содагӣ ва беҳавфӣ имплантатсия, диаметри хурди системаи расонанда, назорат аз рӯи раванди имплантатсия ва имконпазирии рафъи дастгоҳи номувофиқ насбшуда мебошад.

Маълумотҳои доир ба истифодаи системаҳои "Amplatzer Septal Occluder" ASO [3, 9, 12] ҷопшуда хеле умедбахшанд. Натиҷаҳои ҷарроҳӣҳои аввалини дар Маҷмаи тиббии "Истиклол" иҷрошуда низ самаранокии зиёди усули мазкури ислоҳи нуқсонро тасдиқ карданд. Дар раванди иҷрои ҷарроҳӣҳои аввалини ба таври транскатетерӣ маҳкам кардани НДБП бо истифодаи ASO дар маркази мо, хушбахтона ягон ҳел душвории объективӣ хангоми имплантатсияи дастгоҳ мушоҳида нашуд. Ҳодисаҳои ягонаи имплантатсияи бебарори дастгоҳҳо,

ба фикри мо, ба ғафсии барзиёди канори болои девора дар якҷоягӣ бо диаметри калони нуқсон алоқаманд буд, ки дар патсиентони мазкур дар ҷарроҳии кушодаи ду рӯз дертар доиршуда, тасдиқ шуд. Дар қори худ мо бо зуҳури баъзе номутобиқатии андозаҳои НДБП, тибқи маълумотҳои эхокардиографияи трансторакалӣ ваҳангоми андозагирии бевоситаи нуқсон бо баллони маҳсуси ченқунанда дучор шудем. Чунин номутобиқатӣ ба он марбут аст, ки хангоми дамондани баллон, дар нуқсон дар натиҷаи чандирии анатомии онҳо, каме "дарозшавӣ"-и он ба вуқӯъ меояд. Маҳз ин андозаро мо табиӣ мешуморем, зеро хангоми имплантатсияи дастгоҳ, эффеќти "пломбиршавӣ" мушоҳида мешавад ва имконпазирии рониши резидуалии хун ба ҳадди ақал мерасад.

Хулоса

1. Окклюзияи транскатетерӣ усули хеле самараноки муолиҷаи радикалии МКШ ва НДБП мебошад.

2. Хангоми интиҳоби дурусти беморон ва хангоми риояи ҷиддии технологияи ҷарроҳӣ, қариб, ки оризаҳо мушоҳида намешаванд.

3. Осеби ками ҷарроҳӣ, таъсири косметикӣ ва кам шудани муҳлатҳои бистаришавӣ (то 1-2 рӯз), бартариҳои бебаҳси услҳои транскатетерии маҳкам кардани НДБП ва МКШ дар назди ислоҳи анъанавии ҷарроҳии нуқсонҳои мазкур мебошанд.

4. Мутобиқи маълумоти мо, эхокардиографияи трансторакалӣ андозаҳои нуқсони девораи байнипешдилҳоро ба ҳисоби миёна 34,6% бӯя эътибор намегиранд, ки инро хангоми интиҳоби беморон ба назар гирифтани лозим аст.

Адабиёт:

1. Фрид М., Грайнс С. Кардиология в таблицах и схемах. -М., "Практика", 1996.
2. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. - М., 1991.
3. Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Алеќян Б.Г. Эндоваскулярная и минимально инвазивная хирургия сердца и сосудов у детей. - М. Изд.НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 1999.
4. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия. - М., 1996
5. Алеќян Б.Г, Подзолков В.П., Гарибян В.А. и др. Катетерная терапия врожденных пороков сердца и сосудов.//Вестник рентгенологии, 1996, №5, с. 10-21.
6. Алеќян Б.Г., Петросян Ю.С., Гарибян В.А. и др. Эндоваскулярная хирургия при лечении врожденных пороков сердца. Анналы хирургии, 1996, № 3, с. 54-63.



7. Алекаян Б.Г., Карденас К.Э., Митина И.Н., Плотникова Л.Р. Транскатетерное закрытие МКШ спиралью Gianturco. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1997, № 1, с. 20-24
8. Алекаян Б.Г., Машура И., Пурсанов М.Г. и др. Первый в России опыт закрытия дефектов межпредсердной перегородки и использования Amplatzerseptaloccluder. // Материалы международного симпозиума "Минимально инвазивная хирургия сердца и сосудов". - М., 1998, с. 23.
9. Банкл Г. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. - М., "Медицина", 1980, с. 113-120.
10. Krichenko A., Benson L., Burrows P et al. Angiographic classification of the isolated persistently patent ductus arteriosus and implications for percutaneous catheter occlusion. Am.J.Cardiol., 1989
11. Masura J., Gavora P., Formanek A., Hijazi Z. M. Transcatheter closure of secundum atrial septal defects using the new self-centering Amplatzer septal occluder: initial human experience. Cathet. Cardiovasc. Diagn., 1997
12. Benson L. Catheter Closure of the ductus arteriosus. In: Rao P.S. (ed).:Transcatheter Therapy in Pediatric Cardiology. New York, Wiley-Liss, 1995, 321-333.
13. Cook Cardiology Europe Brochure. Detachable coils for PDA closure, 1994.
14. Hijazi Z. V., Geggel R. L. Results of antegradetranscatheter closure of patent ductus arteriosus using single or multiple Gianturco coils. Am. J. Cardiol., 1994, 74, 925-929.
15. Kirklin J. W., Barrat-Boys B. G. Cardiac Surgery. New York, John Wiley, 1987, 945-955.
16. Rao P.S., Sideris E. Transcatheter occlusion of patent ductus arteriosus: Which method to use and which ductus to close? Am. Heart J. (In Press).
17. Rashkind W. J., Cuaso C. C. Transcatheter closure of a patent ductus arteriosus: Successful use in a 3,5 kg infant. Pediatr. Cardiol., 1979, 1, 3-7.
18. Sideris E. B., Leung M., Yoon J. H., Chen C. R., Lochan R. et. al. Occlusion of large atrial septal defects with a centering buttoned device. Am. Heart J., 1996, 131, 356-359.

БАЪЗЕ АЗ ЧАНБАҲОИ ЭТИОЛОГИИ ИНКИШОФЁБИИ САРАТОНИ РӮДАИ ҒАФС

Ш.Қ. Назаров, О.Қ. Қандаков, Р.З. Юлдошев, Ҳ.Ш. Назаров, М.М. Мавчудов, Б.Н. Ҷонов
Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ. Назаров)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Назаров Шохин Кувватович, мудирӣ кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: shohin67@mail.ru, тел.: 93-588-26-36.

Юлдошев Раъшан Зоҳидович, мудирӣ кафедраи саратониносии ва таъхиси шуоии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: Urayshan@mail.ru, тел.: 918-67-93-99.

Назаров Ҳилолиддин Шарофович, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 900-50-03-03.

Қандаков Олимшо Қаноатиоевич, ассистенти кафедраи ҷарроҳии Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: Olimsho1@mail.ru, тел.: 93-505-67-77.

Мавчудов Маъруф Мақсудович, дотсенти кафедраи ҷарроҳии Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: 918-12-12-12.

Ҷонов Бехзод Нарзуллоевич, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 93-533-14-74.



Тайи солҳои охир дар тамоми олам зиёдшавии микдори беморони гирифтори саратони рӯдаи гафс ба мушоҳида мерасад, ки сабабҳои гуногуни пайдоширо дар бар мегирад. Ба ин гурӯҳи омилҳо мавҷудияти дурударози колити ғайримахсуси решӣ, полипи рӯда, ирсият, тарзи зиндагонии беморон ва таъсири намуди физогирии онҳо, хусусияти мутагенни наҷосат ва мутатсияи генҳо шомил мебошанд.

Тадқиқотҳои солҳои охир таъсири мутатсияи генҳое, ки инкишофёбии хучайравиро идора менамоянд, дар инкишофи ин беморӣ муайян намудаанд. Дар беморони гирифто-

ри саратони рӯдаи гафс мутатсия дар генҳои оилаи *ras*, асосан дар гени *K-ras* ба қайд гирифта мешавад. Миёни онҳо бештар (21,6%) ивазшавии содаи GT-CT ба к12 ошкор мегардад. Ин мутатсия ба аз байн рафтани сомонаи рестриқсия барои эндонуклеазҳои BstNT дар яке аз аллелейҳои ген меоварад. Инчунин муайян гардида аст, ки дар чараёни инкишофёбии саратони рӯдаи гафс мутатсияи гени коннексин -43, ки танҳо дар ДНК-и хучайраҳои омосӣ ошкор мегардад, аҳамияти басо муҳимро доро мебошад.

Калимаҳои калидӣ: саратони рӯдаи гафс, мутатсияи генҳо, инкишофёбии саратон.

НЕКОТОРЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ш.Қ. Назаров, О.Қ. Қандаков, Р.З. Юлдошев, Ҳ.Ш. Назаров, М.М. Мавҷудов, Б.Н. Ҷонон
Кафедра хирургических болезней №1 (зав. кафедрой д.м.н., профессор Ш.К. Назаров)
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Назаров Шохин Кувватович, зав. кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: shohin67@mail.ru, тел.: 93-588-26-36.

Юлдошев Равшан Зокирович, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики Таджикского медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Uravshan@mail.ru, тел.: 918-67-93-99.

Назаров Хилолиддин Шарофович, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 900-50-03-03.

Қандаков Олимшо Каноатшоевич, ассистент кафедры хирургии, Институт последипломного образования медицинских кадров Республики Таджикистан, E.mail: Olimsho1@mail.ru, тел.: 93-505-67-77.

Мавҷудов Маруф Максудович, доцент кафедры хирургии, Институт последипломного образования медицинских кадров Республики Таджикистан, тел.: 918-12-12-12.

Ҷонон Бехзод Нарзуллевич, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Тел.: 93-533-14-74.

За последние несколько лет в мире наблюдалось увеличение числа пациентов, страдающих раком толстой кишки по различным причинам. Эти группы включают в себя длительные заболевания неспецифическим язвенным колитом, полипами толстой кишки, и связаны с наследственностью, питанием и образом жизни, а также мутацией генов.

Недавние исследования выявили роль генной мутации, способствующей росту клеток в развитии рака толстой кишки. У пациентов с раком толстой кишки мутации регистрируются в семье *ras*, прежде всего, в гене *K-ras*. Среди них чаще (21,6%) встречаются замены GT-CT в к12. Эта мутация приводит к исчезновению сайта рестрикции для эндонуклеазы Bst NT в одной из аллелей



гена. Также установлено, что в развитии рака толстой кишки ведущее место отводится мутации гена коннексина-43, обнаружен-

ные только в ДНК опухолевых клеток.

Ключевые слова: рак толстой кишки, мутация генов, развитие рака.

SOME ETIOLOGIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF THE COLON CANCER

H.Sh. Nazarov, Sh.K. Nazarov,

Department of surgical diseases №1 (the head of the department, MD, professor Sh.K. Nazarov) of Avicenna TSMU

Nazarov Shohin Kuvvatovich, the head of the department of surgical diseases №1 of Avicenna TSMU, E.mail: shohin67@mail.ru, ph.: 93-588-26-36.

Yuldoshev Ravshan Zohirovich, the head of the department of oncology and radiology of Avicenna TSMU, E.mail: Uravshan@mail.ru, ph.: 918-67-93-99.

Nazarov Hiloliddin Sharofovich, assistant of the department of surgical diseases №1 of Avicenna TSMU, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, ph.: 900-50-03-03.

Kandakov Olimsho Kanoatshoevich, assistant of surgery department of postgraduate medical education institute of the Republic of Tajikistan, E.mail: Olimsho1@mail.ru, tel.: 93-505-67-77.

Mavdzhudov Maruf Maksudovich, docent of surgery department of postgraduate medical education institute of the Republic of Tajikistan, tel.: 918-12-12-12.

Jonov Behzod Narzulleevich, assistant of the department of surgical diseases №1 of Avicenna TSMU, E.mail: jonsonmed@mail.ru, tel.: 93-533-14-74.

The number of patients suffering from colon cancer have been increased over the past few years for various reasons in the world. These groups include prolonged suffering with nonspecific ulcerative colitis, colon polyps, heredity, nutrition and lifestyle, as well as gene mutation.

Recent researches revealed a role of gene mutation, that promote cell growth in the development of colon cancer.

At patients with a cancer of a large intestine

Муҳиммият. Солҳои охир дар олам зиёдшавии микдори беморони гирифтори саратони рӯдаи ғафс ба мушохида мерасад [1,9, 22, 26].

Дар Аврупо ҳамасола қариб 130 000 бемори гирифтори саратони колоректалӣ ба кайд гирифта мешавад ва сатҳи ба ин беморӣ гирифтор гардидани одамон 30 ҳолат дар 100000 нафарро ташкил менамояд. Ҳамасола дар инҷо қариб 98 000 шахс аз сратони ин қисмати организм мефавтад [7,19,31,32]. Дар ИМА бошад, саратони рӯдаи ғафс 15%-ро аз миёни ҳама саратонҳои аввалинмаротиба ошкоргардида ва 13% - ро аз миёни ҳама

of a mutation are registered in ras family, first of all in K-ras gene. Among them more often (21,6%) meet replacements GT-CT in κ12. This mutation leads to disappearance of the restriction site for the Bst NT endonuclease in one alleles of the gene. Also it is established that in development of a cancer of a large intestine the leading place is connexin-43 gene mutations, found out only in DNA of tumoral cells.

Keywords: a colon cancer, gene mutation, cancer development.

фавтҳои шахсони гирифтори беморҳои онкологӣ ташкил менамояд [6].

Дар Россия ва Осиёи Миёна бошад тайи 5 соли охир микдор саратони колоректалӣ зиёд гардида, аз мавқеи шашум ба чаҳорум гузаштааст, ки дар умум ин беморӣ аз лиҳози мавқеъгирӣ баъд аз саратони шушҳо, меъда ва гадуди шир меистад [23].

Дар ИМА, Бритонияи Кабир ва мамлакатҳои Скандинавия, ки нишондоди басомади саратони рӯдаи ғафс зиёд мебошад, дар бештари маврид алоқамандии инкишофёбии он бо колити ғайримахсуси решӣ муайян гардида аст [3,8,11,28].



Яке аз омилҳои зиёднамоии хатари инкишофёбии саратони рӯдаи гафс дараҷаи паҳншавии колит ва инкишофёбии он дар айёми ҷавонӣ мебошад. Дар чунин маврид баангезишории музмини луобпардаи рӯда боиси инкишофёбии тағйиротҳои неопластикӣ ва ё вайроншавии ҷараёнҳои репаративӣ мегардад. Инчунин таъсири омилҳои умумии гипопептикӣ низ инкор карда намешавад, зеро он метавонад боиси инкишофёбии колити решии ғайримахсус ва саратони рӯдаи гафс гардад [2,10,16,20].

Аз рӯи маълумотҳои муаллифон колити ғайримахсуси решӣ яке аз бемориҳои пеш аз саратонӣ ба ҳисоб рафта, дар 1,0-4,5% ҳолатҳо боиси инкишофёбии саратони рӯдаи гафс мегардад [4,13,24,35]. Басомади инкишофёбии саратон дар беморони гирифтори колити ғайримахсуси решӣ аз дараҷаи фарогирии ҷараёнҳои илтиҳобӣ дар рӯда ва давомнокии он вобаста мебошад. Дар ҳолати зиёда аз 8-10 сол давом ёфтани колити ғайримахсуси решӣ хатари инкишофёбии саратон низ меафзояд. Аз рӯи маълумотҳои беморхонаи Мейо ба даст оварда дар 296 кӯдаки гирифтори колити ғайримахсуси решӣ, ки синну солашон то 14 мерасид, баъд аз 10 соли гирифтор будан (аз оғози беморӣ) ба ин беморӣ дар 2% инкишофёбии саратон ба мушоҳида расида, хангоми то ба 35 сол расидани ин мӯҳлат миқдори саратон 43%-ро ташкил намуд [5,27,30].

Ақидаи аз полипҳои дар рӯда мавҷудбуда мимбаъд инкишоф ёфтани саратон ба тариқи васеъ паҳн мебошад. Тадқиқотҳои эпидемиологӣ нишон доданд, ки дар миёни шахсон ба полипҳои аденоматозӣ гирифторбуда шумораи саратони рӯдаи гафс зиёд мебошад. Аммо оиди пайвастагии патогенетикии байни саратону полипҳо то кунун суолҳои баҳсталаб ҷой доранд [15,33,38].

Чи тавре ки Gatsoulis N.[27] нишон доданд, бадсифатшавии полип аз андозаи он ва намуди гистологиаш вобастагӣ дорад. Дар 46% ҳолатҳо инкишофёбии саратон аз ҳисоби полипи ҷойдошта вақте ба амал меояд, ки андозаи полип 2 см ва зиёдтар аз онро ташкил намояд. Гурӯҳе аз муаллифон бошад, бадсифатшавии полипро на танҳо ба

андозаи онҳо, балки ба якҷоягии андоза ва шумораи онҳо вобаста медонанд [17,25,38].

Бадсифатшавӣ асосан ба полипҳои аденоматозӣ ва камтар ба гиперпластикӣ хос мебошад. То кунун масъалаи имкон доштани аз полипҳои гадурии хушсиват ба саратони инвазивӣ гузаштани беморӣ ва миқдори во хӯрдани ин ҳолат мавриди баҳси олимони қарор дорад. Аз рӯи маълумотҳои Valique G. [7] инкишофёбии саратони инвазивӣ аз полип танҳо дар 0,7% ҳолат во меҳӯрад. Тибқи натиҷаҳои зимни тадқиқотҳо ба даст омада сатҳи гузариши полипҳои аденоматозӣ ба саратон дар мардон 0, 24% ҳолат ва дар занон бошад 0, 26% ҳолатро ташкил менамояд. Тибқи назарияи думарҳилагии кантсерогенез - малигнизатсияи полипҳои гадурии ба тариқи бевосита ба саратон мубаддал гардидани онҳо ба амал намомада, балки дар аввал аз марҳалаи полипи гадурию мӯякдор мегузаранд [18,34].

Зимни полипозии диффузии рӯдаи гафс басомади инкишофёбии саратон зиёд мегардад. Аз рӯи маълумотҳои Ciroms J.W. [12] пешниҳоднамуда саратони куррӯда дар 5,4% бемори гирифтори полипоз, дар 7,1% - и рӯдаи болораванда, дар 13,5% - и рӯдаи кундаланг ва дар 24,3% - и рӯдаи сигмашакл во меҳӯрад.

Навобаста аз он, ки дивертикулёз ва саратони рӯдаи гафс як омилҳои умумии этиологӣ доранд - норасоии ғози растанигӣ дар гизо, - якҷоягии онҳо дар як бемор бениҳоят кам во меҳӯрад [5,34,38].

Мавқеи ирсият дар инкишофёбии саратони рӯдаи гафс нопурра омӯхта шуда аст. Ҳолатҳои алоҳидаи мушоҳида гардидани алоими саратонии оилавии полипозӣ дар адабиётҳо дарҷ гардида аст, ки он 3,8-5,5%-и беморонро дар бар мегирад [4,17,36]. Омилҳои генетикии авалиндараҷа танҳо дар 5-10% -и беморони гирифтори саратони рӯдаи гафс аҳамияти хос доранд. Дар чунин маврид 5 маротиба бештар алоими ғайриполипозии модарзод (алоими Линга I ва II) во меҳӯрад [8,12,37].

Айни замон муайян гардида аст, ки дар беморони гирифтори саратони рӯдаи гафс мутатсия дар генҳои оилаи *ras*, асосан дар



гени K-ras ба қайд гирифта мешавад. Миёни онҳо бештар (21,6%) ивазшавии соддаи GT-CT бак 12 ошкор мегардад [3,14,21]. Ин мутатсия ба аз байн рафтани сомонаи рестриқсия барои эндонуклеазҳои BstNT дар яке аз аллелейҳои ген меоварад.

Дар вақтҳои охир маълумоти дақиқ оиди аҳамияти муҳим доштани тарзи зиндагонӣ ва ғизогири дар афзоиши саратони рӯдаи ғафс пайдо гардидаанд. Маълумоти ба даст омадаи тасдиқунанда, ки дар тадқиқотҳои илмӣ миёни муҳочирон ва шахсон дар ҳамон ватан (ватани муҳочирон) зиндагонидошта гузаронида шуда аст, аз таъсири сифати ғизои қабулнамуда ба инкишофи саратони рӯдаи ғафс шаҳодат медиҳанд [33,38]. Масалан дар чопониҳое, ки ба ШМА кӯч бастаанд, хатари инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс дар фарқият ба чопониҳои дар Чопон зиндагидошта 2,5% маротиба зиёдтар мебошад [12,29,35].

Хатари инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс бо сабаби кӯчбандии аҳоли дигар гашта, ба он минтақае монанд мегардад, ки муҳочирон дар он ҷой зиёда аз ду даҳсола ба сар мебаранд [13,18,23]. Ин ҳолат пеш аз ҳама ба гузариши муҳочирон ба тарзи зиндагонӣ, асосан тарзи ғизогирии аҳолии он минтақае мебошад, ки дар онҳо мимбаъд онҳо маскун мешаванд. Ҳамзамон мебояд қайд намуд, ки ба басомади инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс тариқи ғизогирии одамон таъсири худро мерасонад. Гурӯҳи шахсоне, ки тибқи талаботи динӣ онҳо истеъмоли хӯрокҳои гуштдор манъ мебошад ба ин беморӣ камтар гирифтормешаванд. Дар айни замон диққати махсус ба маводҳое равона карда мешавад, ки хусусияти зидди кансерогенезиро дар рӯдаи ғафс доро мебошанд. Ба ин гурӯҳи маводҳо чавҳари аскарбинӣ, витамини А, В-каротин, витамини Е шомил мебошанд.

Мавқеи махсусро дар инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс ба хусусияти мутагении начосат медиҳанд. Қаблан ба ин ҳолат чавобгӯ будани пайвастагиҳои нитрозӣ, фенол, триптофан маълум гардида буд. Айни замон бошад 96%-и мутагеннокии фазларо ба фекапентан вобаста медонанд [24,37,38]. Инҳо гурӯҳи липидҳое мебошанд, ки дар рӯдаи ғафс аз ҳисоби флораи анаэробӣ ҳосил мешаванд.

Тадқиқотҳои молекулярию-генетикӣ дар тайи 10-20 соли охир алоқамандии зичи ба вучуд омадани саратони рӯдаи ғафсро бо пайдошавии вайроншавиҳои соматикӣ (мутатсия) генҳое, ки инкишофёбии ҳучайравиро идора менамоянд, муайян намудаанд. Дар чараёни фаолшавии онкогенҳо ва гайрифаол шудани генҳои супрессорӣ дар ҳучайраҳои омосӣ мавқеи муҳимро вайроншавии генетикӣ ишғол менамояд. Муайян гардида аст, ки дар чараёни инкишофёбии саратони рӯдаи ғафс мутатсияи гени коннексин -43, ки танҳо дар ДНК-и ҳучайраҳои омосӣ ошкор мегардад, аҳамияти басо муҳимро доро мебошад [14,21,33].

Дигаргуниҳои тасдиқунандаи мутатсионӣ коннексинҳо дар аденокартсиномаи рӯдаи ғафс ошкор гардида аст, ки он метавонад ақидаи дар натиҷаи тағйиротҳои генетикӣ алоқаҳои тарқишии байнихучайравӣ инкишоф ёфтани омосҳои дигар узвҳои организмро тасдиқ намояд.

Ҳамин тариқ метавон гуфт, ки гузаронидани тадқиқотҳои мимбаъда оиди вайроншавии генетикӣ коннексини -43 дар ҳучайраҳои омосии гирифтронии рӯдаи ғафс дар чараёни омӯзиши тарзи инкишофёбии омосҳо ҳамчун усули баландмаълумот ба ҳисоб рафта, барои мукамалгардонии усулҳои ташхисгузори барвақтии саратони рӯдаи ғафс ва коркарди усулҳои табобати он кӯмак мерасонад.

АДАБИЁТ

1. AD abdominal sonography for the diagnosis of large bowel obstruction / M. Ogata, S. Imai, R. Hosotani et al. // Surg. Today. 2014. - Vol. 24, № 9. -P. 791-794.
2. AD sonographic diagnosis of ischemic colitis / E. Rauschaert, R. Verhille, G. Marchal et al. / J. Belg. Radiol. 2014. - Aug. - Vol. 77, № 4. -P. 166-168.



3. AD Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge / A. Lasson, I. Loren, A. Nilsson et al. // *Eur. J. Surg.* 2015. - Apr. - Vol. 161, №4.-P. 259-263.
4. Adolff M. Les cancers du colon. Etude retrospective portant sur 1122 malades operes / M. Adolff, J.P. Arnaut // *Chirurgie (Paris)*. 1990. - Vol. 127, № 12.-P. 567-571.
5. Anselmetti G. La chirurgie d'urgence des neoplasies du colon / G. Anselmetti // *Chir. Gastroenterol.* 2012. - Vol. 26, № 3. - P. 409-418.
6. Application of rectal stents for palliation of obstructing rectosigmoid cancer / M. Dohmoto et al. // *Surg.Endosc.* 2017. - Vol. 11.-P. 758.
7. Balique G. Cancers du colon gauche en occlusion Place et resultats des exereses chez le sujet de plus de 75 ans / G. Balique, M. Chabert, J. Parchexon // *Lyon chir.* 2012. - Vol. 88, № 4. - P. 331-334.
8. Becker H. Chirurgie der kolorektalen Karzinome / H. Becker // *Schweiz Rundsch. Prax.* 2015. - Bd. 84.-№ 11.-P. 1371-1372.
9. Cancers du colon gauche en occlusion. Traitement par colectomie sub-totale avec anastomose ileosigmoïdienne immediate / G. Samama, J.L. Vrefort, A. Faure et al. // *Presse med.* 2016. - Vol. 15, №41.-P. 2070-2071.
10. Carty N.J. Surgery of colorectal cancer / N.J.Carty, A.P. Corder, C.D. Johnson // *Chir. ital.* 2013. - Vol. 75, № 1. - P. 46-51.
11. Choi H.K. Leakage after resection and intraperitoneal anastomosis for colorectal malignancy: analysis of risk factors / H.K. Choi, W.L. Law, J.W. Ho // *Dis. Colon Rectum.* -2016.-Vol. 49, № 11.-P. 1719-1725.
12. Ciroms J.W. Obstructing left-sided colon carcinoma. Appraisal of surgical options / J.W. Ciroms, P. Kovalcik // *Am. J. Surg.* 2015. - Vol. 50, № 1. -P. 15-19.
13. Colon obstruction of tumoral genesis / E.G. Topuzov, Y.V. Plotnikov, G.A. Shishkina, D.A. Vlasov, Z.A. Medjidov // *Proctologia. XII central European congress of coloproctology.* 2014. - N 9 (1). - P. 136.
14. Corbucci V.G. Occlusion neoplasmique du colon droit / V.G. Corbucci, B. Nardo, G. Manara // *Minervochir.* 2014. - Vol. 45, № 7. -P. 461-462.
15. Cunsolo A. Survival and complications after radical surgery for carcinoma of the rectum / A. Cunsolo, R.B. Bragaglia // *J. Surg. Oncol.* 2013. -Vol. 41, № 1.-P. 27-32.
16. Davis D.L. Trends in cancer mortality: US white males and females / D.L. Davis, J. Schwartz // *Lancet.* 2011. - Vol. 8586.-P. 633-636.
17. Defining the Role of Subtotal Colectomy in the treatment of Carcinoma of the Colon / D.K. Brief, B, J. Brener, J. Alpert, V. Parsonnet // *Ann. Surg.* 2011. -Vol. 213, №3.-P. 248-252.
18. Dimitrov G. Investigation, behavior and tactics in complicated form of colorectal carcinoma / G. Dimitrov, A. Ivanov, G. Tsiraski // 3rd Nat. Conf. Colo-Practol. Abstr. / *Bulg. Soc. Varna*, 2011. - 20 p.
19. Diverticolosi e neoplasie del colon / G. Violo, L. Di Cosmo, C. Brand, C. Maglio // *Annali Italiani di Chirurgia.* 2015. - P. 63-67.
20. Dukanovic L. Middle molecular weight substances and uremic polyneuropathy / L. Dukanovic, J. Petrovic, J.Potic // *Acta. Med. Jugosl.* 2010. -Vol. 44, №2.-P. 117-128.
21. Ecknauer R. An experimental model for measuring intestinal permeability / R. Ecknauer, B. Buck, D. Breitig // *Digestion.* 2013. - Vol. 26, № 1. -P. 24-32.
22. Efficiacia della plasmapheresi in un caso di intossicazione da diggossina / L. Torelli, A. Cerciello, G. Zocalia.o. // *Acta anaesth.* 2012. - № 3. - P. 549-552.
23. Endoscopic decompression procedure in acute obstructing colorectal cancer / Y. Araki, H. Jomoto, A. Matsumoto et al. // *Endoscopy.* 2010; Aug. -Vol. 32, №8.-P. 641-643.
24. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction / T. Baron et al. // *Gastrointest. Endosc.* 2013. - Vol. 47. - 277 p.



25. Experience of 1446 rectal cancer in Korea and analysis of prognostic factors / Y.G. Parks, E.G. Youk, H.S. Choi et al. // Int. J. Colorectal Dis. 2011. -Vol. 14, №2.-P. 101-106.
26. Fuligni R. Rossegnadei principal fattoricaua di deiscenzeanostomo-tichenellochirurgia per cancrocolo-rettale / R. Fuligni, G.Bulzomi // Actachir. Ital. 2012. -Vol. 48, №5.-P. 839-841.
27. Gatsoulis N. Surgical management of large bowel obstruction due to colonic cancer / N. Gatsoulis // Tech. Coloproctol. 2014. - Vol. 8, suppl. 1. -P. 82-84.
28. Global tissue oxygenation during normo volaemic haemodilution in youg children / A. Aly Hassan, H. Lochbuchter, L. Frey, K. Messmer // Paediatr. -Anaesth. 2013. - Vol. 7, №3. - P. 197-204.
29. Goligher J.C. What can be done to improve the results in colorectal cancer? / J.C. Goligher / Scand. J. Gastroent. 2011. - Vol. 23, № 2. - P. 113128.
30. Gotch F.A. Prescription crimeria in peritoneal dialysis / F.A. Gotch // Perit. Dial. Int. 2014. - Vol. 14, № 3. - P. 83-87.
31. Guillen J.G. Current issues in colorectal cancer surgery / J.G. Guillen, A.M. Cohen//Semin. Oncol. 2011. - Vol. 26, № 5.-P. 505-513.
32. Hand-assisted Laparoscopic colorectal sugery using GelPort / 1C. Nakajima, S.W. Lee, C. Cocilovo et al. // Surg. Endosc. 2004. - № 18 (1). -P. 102-105.
33. Hojo K. Treatment strategy for cancer of the colorectum difference with western approach / K. Hojo // GanTo Kagaku Ryoho. - 2009. - Vol. 25, № 8. -P. 1123-1130.
34. Kim J.-H. Compleat single-stage management of left colon cancer obstruction with a new device / J.-H. Kim, D.-H. Shon, S.-H. Kang // Surg. Endosc. -2005.-Vol. 19.-P. 1381-1387.
35. McLeod R.S. Screening strategies for colorectal cancer: A systematic review of the evidence / R.S. McLeod // Can. J. Gastroenterol. 2011. - Vol. 15, №6.-P. 647-660.
36. Molnar Z. The role of elective hemofiltracion in the management of sepsis and multiple, organ failure / Z. Molnar, S. Euan // Orv. Hetil. 2014. -Vol. 139, №20.-P. 1229-1233.
37. Ogonowsky V. Treatment of carcinoma of the colon, complicated by acute obstruction / V. Ogonowsky, V. Prybrupenco // Acutachir. austr. 2011. -Vol. 23, № 1.-P. 32.
38. Zykas V. Management of complicated large bowel cancer / V. Zykas, A. Tamelis, K. Siugzda // 3 Nat. Conf. Coloproctol. Abstr. / Bulg. Surg. Soc. -Varna, 2011.-P. 32-39.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ НОГУЗАРОГИИ ОМОСИИ РҶДАИ ҒАФС БО УСУЛИ ҶАРРОҶӢ

Ш.Қ. Назаров, О.Қ. Қандаков, Р.З. Юлдошев, Ҳ.Ш. Назаров, М.М.Мавчудов, Б.Н. Цонов
Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ. Назаров)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Назаров Шоҳин Қувватович, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: shohin67@mail.ru, тел.: 93-588-26-36.

Юлдошев Равшан Зоҳидович, мудири кафедраи саратонишносӣ ва таъхиси шуоии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: Uravshan@mail.ru, тел.: 918-67-93-99.

Назаров Ҳилолиддин Шарофович, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 900-50-03-03.

Қандаков Олимшо Қаноатиоевич, ассистенти кафедраи ҷарроҳии Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: Olimsho1@mail.ru, тел.: 93-505-67-77.



Мавҷудов Маъруф Мақсудович, дотсенти кафедраи ҷарроҳии Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон, тел.: 918-12-12-12.

Ҷонов Бехзод Нарзуллоевич, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 93-533-14-74.

Ногузарогии рӯдаи гафс яке аз оризаҳои бисёр вохӯрандаи саратони рӯда гафс ба ҳисоб меравад, ки басомади он то ба 40% расида, асосан дар шахсони солхӯрда ва пиронсолон во меҳӯрад. Бо мақсади саривақт гузоштани ташхис ва табобати беморон усулҳои гуногуни ташхисгузорию саратони рӯдаи гафс васеъ истифода мегарданд, ки миёни онҳо ташхиси рентенологӣ ва патогистологӣ мавқеъи хосро ишғол менамоянд.

То ба ҳол тактикаи ягонаи гузаронидаани амалиёти ҷарроҳӣ зимни саратони рӯдаи гафс ҷой надошта, интиҳоби усули ҷарроҳӣ аз мавзеи ҷойгиршавии омос, имкони грифта патофтанро доштан ва ё надоштани

он, мавҷудияти оризаҳои беморӣ (перитонит, сӯрохшавӣ, хунравӣ), ҳолати умумии бемор, вазнинии бемориҳои ҳамрадиф ва синну соли бемор вобаста мебошад. Дар ҳолати ҷой надоштани ғайринишондод истифодаи амалиётҳои радикалӣ бо гузоштани анастомозҳои аввалиндараҷа қобили қабул доништа шуда, дар ҳолатҳои ҷой доштани шӯбҳа аз устувории анастомоз бояд колостомаи сабуккунада ва ё илеостома гузошта шавад. Зимни ҷой доштани саратон дар қисмати пойнии рӯдаи гафс истифодаи дастгоҳҳои дӯзанда беҳтар мебошад.

Калимаҳои калидӣ: ногузарогии рӯдаи гафс, саратони рӯдаи гафс, табобати ҷарроҳӣ

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Назаров Ш.К., Қандаков О.Қ., Юлдошев Р.З., Назаров Ҳ.Ш., Мавҷудов М.М., Ҷонов Б.Н.
Кафедра хирургических болезней №1 (зав. кафедрой д.м.н., профессор Ш.К. Назаров)
ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Назаров Шохин Кувватович, зав. кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: shohin67@mail.ru, тел.: 93-588-26-36.

Юлдошев Равшан Зоҳирович, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Uravshan@mail.ru, тел.: 918-67-93-99.

Назаров Хилолиддин Шарофович, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, тел.: 900-50-03-03.

Қандаков Олимшо Каноатшоевич, ассистент кафедры хирургии Институт последипломного образования медицинских кадров Республики Таджикистан, E.mail: Olimsho1@mail.ru, тел.: 93-505-67-77.

Мавдҷудов Маруф Мақсудович, доцент кафедры хирургии Институт последипломного образования медицинских кадров Республики Таджикистан, Тел.: 918-12-12-12.

Дҷонов Бехзод Нарзуллоевич, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: Тел.: 93-533-14-74.



Непроходимость кишечника является одним из наиболее часто встречающихся осложнений рака ободочной кишки, что составляет около 40% случаев, и чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста. С целью ранней диагностики и лечения данного контингента больных широко используются различные методы диагностики, среди которых особое место занимает рентгенологическое и патогистологическое исследование.

До настоящего времени отсутствует единая тактика хирургического лечения рака толстой кишки. Выбор хирургического метода лечения при этом зависит от места расположения опухоли, возможности проведения её радикального удаления, наличия ос-

ложнения заболевания (перитонит, перфорация, кровотечение), тяжести сопутствующих заболеваний, возраста и общего состояния больных. При отсутствии противопоказаний считается целесообразным применять радикальные операции с первичным восстановлением непрерывности кишечника, а в случаях сомнения о прочности анастомоза необходимо наложение превентивных колостом или илеостом. При наличии низкого рака толстой кишки лучше прибегать к применению сшивающих аппаратов в ходе наложения анастомоза.

Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, рак толстой кишки, хирургическое лечение.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF LARGE INTESTINE OBSTRUCTION OF TUMOR GENESIS

Department of surgical diseases №1 (head of the department MD, professor Sh.K. Nazarov) of Avicenna TSMU

Nazarov Shohin Kuvvatovich, the head of surgical diseases department №1 of Avicenna Tajik state medical university, E.mail: shohin67@mail.ru, ph.: 93-588-26-36.

Yuldoshev Ravshan Zohirovich, the head of oncology and radiology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail: Uravshan@mail.ru, tel.: 918-67-93-99.

Nazarov Hiloliddin Sharofovich, assistant of surgical diseases department №1 of Avicenna Tajik state medical university, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, ph.: 900-50-03-03.

Kandakov Olimsho Kanoatshoevich, assistant of surgery department of postgraduate medical education institute of the Republic of Tajikistan, E.mail: Olimsho1@mail.ru, tel.: 93-505-67-77.

Mavdzhudov Maruf Maksudovich, docent of surgery department of postgraduate medical education institute of the Republic of Tajikistan, tel.: 918-12-12-12.

Jonov Behzod Narzullevich, assistant of the department of surgical diseases №1 of Avicenna TSMU, E.mail: jonsonmed@mail.ru, tel.: 93-533-14-74.

Intestinal obstruction is one of the most common complications of cancer of the colon, which makes about 40% of cases, and more often occurs at persons of advanced and senile age. For the purpose of early diagnostics and treatment of this contingent of patients various diagnostic methods are widely used, among which take a specific place of X-ray and histopathological examination.

Up to date there is no single tactic of a surgical treatment of colon cancer. The choice of surgical method of treatment in this case depends on the location of the tumor, a possibility of its radical removal, presence of a complication of the disease

(peritonitis, perforation, bleeding), severity of concomitant disease, age and the general condition of patients.

In the absence of manifestation it is considered expedient to use radical operations with primary restoration of intestinal continuity, and in case of doubt about the strength of the anastomosis it is necessary to apply preventive colostomy or ileostomy. In the presence of low colon cancer it is better to resort to the use of stapling devices during the application of the anastomosis.

Key words: colonic obstruction, colon cancer, surgical treatment.



Муҳиммият. Ногузарогии рӯдаи ғафс яке аз оризаҳои бисёр вохӯрандаи саратони рӯда ғафс ба ҳисоб меравад. Басомади чунин намуди ногузарогии рӯдаи ғафс аз рӯи маълумотҳои адабиётҳои худӣ ва хориҷӣ зиёд буда, то ба 29-40% мерасад [2;17;22;28] ва миқдори зиёди он ба шахсони солхӯрда ва пиронсолон рост меояд [4;15;30]. Дар бештари ҳолат ин гурӯҳи беморон инчунин бо бемориҳои ҳамрадифи системаи дилу рағҳои хунгард, нафаскашӣ ва мубодилаи модаҳо азият мекашанд, ки дар 30% -и ҳолатҳо онҳо дар марҳалаи авҷгирӣ ва ё ғайричубронӣ қарор доранд [1;30;].

Ташхисгузори саратони рӯдаи ғафс дар марҳалаи барвақтии беморӣ ниҳоят мушкил буда, он дар асоси якҷоянамоии маълумотҳои зимни ташхисҳои клиникӣ, рентенологӣ ва эндоскопӣ ба даст омада ба роҳ монда мешавад [5;7;14;31].

Тибқи маълумотҳои адабиёти оиди саратони рӯдаи ғафс бахшидашуда мавқеи аломатҳои клиникӣ беморӣ дар интиҳоби усули ҷарроҳӣ ин гурӯҳи беморон (мутобиқ будани аломатҳои беморӣ то ҷарроҳӣ ва ҳангоми ҷарроҳӣ дарёфт намудани тағйироти патологӣ дар рӯда) басо назаррас мебошад [9;13;16;19]. Дар ҳолати тангшавии чубронӣ беморонро метеоризм ва баъзан пайдошавии қабзият озор медиҳад. Дар навори рентгенӣ дар ин беморон тангшавии мавзеи рӯда ошкор мегардад, вале худ рӯда пурра аз маводи контрастӣ ҳолӣ мегардад. Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳалқаи оваранда муҳтавои рӯдавӣ ҷой надорад, андозаи ҳалқаи оваранда ва баранда аз ҳам тафовуте надоранд. Дар ҳолати тангшавии зеричубронӣ бошад, беморонро метиоризм ва қабзияти ҳамешагӣ, инчунин баъзан пайдошавии дардҳои хурҷқунанда дар шикам озор медиҳад. Ин гурӯҳи беморон бештари маврид бо мақсади беҳтар намудани ҳолаташон доруҳои дарунрон қабул менамоянд ва ё ҳуқнагузорӣ мекунанд, ки танҳо натиҷаи мусбӣ муваққатино ба бор меоварад. Дар навори рентгенӣ тангшавии мавзеи рӯда ошкор гардида, худ рӯда пурра аз маводи контрастӣ ҳолӣ намегардад. Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар гипертро-

фияи девораи ҳалқаи оваранда ба назар расида, дар дохили ин ҳалқа мӯхтавои рӯдавӣ бо ҳаво ҷой надорад. Ҳалқаи оваранда нисбат ба ҳалқаи баранда васеъ мебошад. Дар беморони гирифтори намуди ғайричубронии тангшавии равзанаи рӯда - зиёд пайдошудани дамиши шикам, зиёдшавии лаппиши рӯда, пайдошавии дардҳои хурҷқунанда, набаромадани боду начосат дар муддати якҷанд шабонарӯз, бе натиҷа будани табобати консервативӣ ба мушоҳида мерасад. Зимни гузаронидани ташхиси рентгенологӣ умумии ковокии батн зиёд чамъшавии муҳтаво ва ҳаво дар дохили рӯда, ҷомҳои Клойберӣ ва ҳангоми гузаронидани ташхиси иригографӣ бошад - мавҷуд набудани маводи контрастӣ болотар аз мавзеи монета мушоҳида мегардад. Ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ дар дохили ҳалқаи оваранда ба миқдори зиёд чамъ гардидани мӯхтавои рӯдавӣ бо ҳаво ҷой дошта, ҳалқаи оваранда нисбат ба ҳалқаи баранда якҷанд маротиба васеъ, девораи ҳалқаи оваранда илтиҳобнокташ хело зиёд мебошад. Чи тавре дар боло зикр гардид, инкишофёбии ногузарогии омосии рӯдаи ғафс марҳалаҳои муайяни клиникиро доро мебошад, ки интиҳоби намуд ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ аз он вобаста мебошад. Вобаста ба ин 3 марҳалаи вайроншавии гузаронандагии рӯдаро фарқ менамоянд: I- вайроншавии чубронии гузаронандагии рӯда, ки зимни он кутри равзанаи рӯда 1,5-2см мебошад; II- вайроншавии зеричубронии гузаронандагии рӯда, ки зимни он кутри равзанаи рӯда аз 1 то 1,5 см-ро ташкил менамояд; III -вайроншавии ғайричубронии гузаронандагии рӯда, ки дар ин маврид кутри равзанаи рӯда аз 1 см камтар мебошад [9;12;18;24].

Миёни дигар намуди ташхисҳои аҳамияти муҳимро дар ташхисгузори ин беморӣ, алалхусус барои муайян намудани мавзеи монета то кунун ташхиси рентгенологӣ доро мебошад. Гарчанде аломатҳои хоси намудҳои гуногуни ногузарогии рӯдавӣ зимни гузаронидани ташхиси рентгенологӣ умумии узвҳои ковокии батн танҳо дар 10-15% ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад, дар бештари маврид дар чунин беморон танҳо



ин намуди ташхиси рентгенологӣ истифода мегардаду халос [13;19;23]. Аз ин лиҳоз, дар чунин беморон истифодаи ташхиси рентгенологии контрасти рӯдаи ғафс - "ирригоскопия" усули зарурӣ ба ҳисоб меравад. Маҳз ҳамин усул имконият медиҳад, ки мавқеи ҷойгиршавии омос дар рӯда ва дараҷаи тангшавии равазанаи рӯда дар зиёда аз 90%-и ҳолатҳо муайян карда шавад [3; 6;24].

Тайи солҳои охир бо мақсади муайян намудани мавзеи ҷой доштани монеъа дар рӯда ва муайян намудани вучуд доштан ва ё надоштани метастазҳо усули ташхисии ултрасадоӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифта аст [10;25].

Ногузарогии омосии рӯдаи ғафс бо мақсади саривақт баргараф намудани монеъа ташхисгузорию дар мӯҳлати кутоҳ талаб менамояд. Дар чунин маврид бештари муаллифон ба тариқи кӯтоҳмуддат тайёр намудани беморон ба амалиёти ҷарроҳӣ ва ҳарҷӣ барвақтар гузаронидани ҷарроҳиро лозим мешуморанд [11;18;32].

Бе шубҳа дар ҷараёни ташхисгузорию саратони рӯдаи ғафс омӯзиши сохти гистологии рӯдаи осебдида усули пурмаълумот ва ҳатмӣ ба шумор меравад [4;20;25]. Гузаронидани ин усули ташхиси на танҳо сохти гистологии омос, балки ҳолати рӯдаро дар ин қисмат нишон медиҳад, ки барои интиҳоби дурусти ҳаҷми ҷарроҳӣ вақт табобати мимбаъдаи лозима муҳим мебошад. Вобаста ба тағйиротҳои гистологие, ки дар маводи аз девораи рӯдаи беморони гирифтори саратони рӯдаи ғафс бо ногузарогии рӯда гирифта шудаанд, дарёфт мегардад, таснифи гистоморфологичии норасогии девораи рӯдаро ба муаллифон пешиход менамоянд: 1) компенсатсия (ҷубронӣ) - ба ин марҳила варами ва серхуншавии луобпарда, дистрофия ва кишртозакунии энтероситҳо, инфилтратсияи полиморфию-хучайравӣ луобпарда ва гипертрофияи нахҳои мушакӣ хос мебошад; 2) субкомпенсатсия (зеричубронӣ) - ба ин марҳала некрози мавзеи эпителияи мӯякҳо бо ҳосилшавии луоб дар болои онҳо, ҳосилшави фибрин, бозистири варидӣ (венозный стаз), микротромбҳо дар варидҳои қабаати зерилуобӣ, хунравии хурдмавзӣ

(мелкоочаговые кровоизлияния), инфилтратсияи илтиҳобии полиморфохучайравӣ, ки ба қабаати мушакӣ мегузарад хос мебошад. Ҳамзамон варами нахҳои асабӣ, ганглияҳо ва ретсепторҳои қабаати мушакӣ, пурхуншавии рағҳои масориқа, варами қабаати серозӣ низ дар ин марҳала ба мушоҳида мерасад; 3) декомпенсатсия (ғайриҷубронӣ) - дар ин марҳила бошад, на танҳо некрози эпителияи мӯякҳо, инчунин некрози хӯфрчаҳо бо қанда шудани онҳо ва ҳосилшавии захм ба амал меояд. Тромбози варидии болоравандаи масориқа, вайроншавии қабаати мушакӣ бо дистрофия ва атрофияи ганглияҳои асабии интрамуралӣ мушоҳида мегардад. Дар маҷрои микросиркуляторӣ тағшинҳо, тромбҳо, хунрезии инкишоф меёбанд. Қабаати серозии рӯда инфилтратсияи зиёди илтиҳобӣ дошта, бо фибрин пӯшида мешавад - аломатҳои перитонит [7;9;16;24].

Ғарҷанде яке аз омилҳои асосии таъсиррасон ба натиҷаи табобати ҷарроҳии ин гурӯҳи беморон ин интиҳоби дурусти намуди ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад, то кунун ин масъала пурра ҳалли худро наёфта аст [3;12;20].

Навобаста аз пайдошавии дастгоҳҳои нави амалиётгузарон то кунун бархе аз муаллифон ба таври якҷанд марҳила иҷро намудани ҷарроҳиро дар беморони гирифтори саратони рӯдаи ғафс дастгирӣ менамоянд [11;13]. Тибқи пешниҳоди онҳо дар марҳалаи якуми табобат ба таври муваққатӣ гузоштани колостома ва ё илеостомаро (аз ҷумла бо усули видеолапороскопӣ) бо мақсади баргараф намудани ногузарогии рӯдаҳо пешниҳод менамоянд [21;27;32], аммо марҳалаи асосии табобат бошад, ин ба таври радикалӣ баргараф намудани сабаби монеъа ба ҳисоб меравад.

Ба ақидаи шумораи зиёди муаллифон интиҳоби намуди амалиёти ҷарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон аз мавзеи ҷойгиршавии монеъа ва ҳолати умумии беморон вобаста мебошад [13;29;30].

Тактикаи ҷарроҳӣ зимни ҷой доштани монеъа дар қисмати рости рӯдаи ғафс айни замон қариб дар ҳама ҷо як мебошад. Усули бештар мукамалгардонидаи ҷарроҳӣ



зимни саратони ин қисмати рӯдаи ғафс айни замон - гузаронидани гемиколэктомия аз рост ба ҳисоб меравад. Бештари муаллифон дар чунин маврид якбора гузаронидани амалиёти гемиколэктомияро аз рост бо барқарорномаи бефосилагии рӯда усули мақбул мешуморанд [3;13]. Ба ҳолатҳои ғайринишондод барои гузаронидани ин амалиёти номбурда бемориҳои ҳамрадифи вазнин, перитонит, кансероматоз ва омози боқимонда (неудалимая опухоль) шомил мебошанд [21;27].

Ба ақидаи бархе аз муаллифон зимни ҷой доштани саратони қисмати рости рӯдаи ғафс гузаронидани ҷарроҳии якмарҳилагӣ амалиёти беҳтарин ба ҳисоб меравад [1;3;13]. Тибқи маълумотҳои дар адабиёт пешниҳодгардида омози қисмати рости рӯдаи ғафс дар бештари маврид ба намуди эндофитӣ инкишоф ёфта, дар ками ҳолат ба тангшавии равзанаи рӯда оварда мерасонанд. Дар чунин маврид муаллифон гузаронидани амалиёти ҷарроҳии гемиколэктомия аз рост бо гузоштани илеотрансверзоанастомоз бо усули нӯг ва нӯг ва ё нӯг ба паҳлуро қобили қабул медонанд. Ба ақидаи ин муаллифон ҳатто дар ҷарроҳии таъҷили низ, зимни вучуд надоштани ғайринишондодҳои мутлақ ҳама вақт амалиёти пурра гирифта партофтани омоз гузаронида мешавад [21;22;25]. Дар ҳолати ҷойгир будани омоз дар қистаи рости рӯдаи ғафс ва имкон доштани пурра гирифтаи он гузаронидани амалиёти якмарҳилагии гемиколэктомия бо барқарорномаи бефосилагии рӯда бояд гузаронида шавад. Ин гурӯҳи муаллифон дар аввал зимни ҷой доштани саратони рӯдаи кундаланг танҳо қисматбурии ҳамин рӯдаро мавриди истифода қарор медоданд, вале мимбаъд истифодаи чунин амалиётро ноपुरра ҳисобида, ба гузаронидани амалиёти гемиколэктомия аз рост, бо пурра партофтани рӯдаи кундаланг ва васеъ бурдани mesocolon гузаштанд [5;13;20;23].

Гурӯҳи дигари муаллифон бошанд, дар шахсони солхӯрда ва пиронсол, ки гирифтори бемориҳои ҳамрадифи вазин мебошанд ва ё ҳолати умумиашон зимни бистаринамоӣ вазнин аст, зимни ҷой доштани

перитонит, илтиҳоби зиёд-варам ва гиперемияи рӯдаи тихигох - гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии думарҳилагиро зимни ҷой доштани саратон дар ин қисмати рӯдаи ғафс авлотар медонанд [4;27;28]. Ин гурӯҳи муаллифон дар марҳалаи аввал амалиёти гузоштани гузоштани секо (илео) - стома, илеотрансверзоанастомоз, илеостома ва ё колостомаи дусутанаро пешниҳод намуда, сипас (марҳалаи дуюм) - гузаронидани гемиколэктомия аз рост усули беҳтарину қобили қабул ба ҳисоб меравад [9;24].

Бо мақсади пешигрӣ намудани инкишофёбии нобасомонии кӯкҳои анастомози илеотрансверзалӣ муаллифон намудҳои гуногуни гузоштани анастомози номбурдаро пешниҳод намудаанд [3;13;28]. Миёни ин гуна ҷарроҳӣ мавқеи хосро гузоштани анастомози Y-шакли нӯг ба паҳлуро бо баровардани илеостомаи сабуқкунанда ишғол менамояд. Истифодаи ин гуна анастомоз то ба 16,6% кам гардидани нишондоди фавти баъдаҷарроҳии беморони гирифтори саратони қисмати рости рӯдаи ғафс меоварад [9;13;22].

Дар беморони гирифтори саратони қисмати чапи рӯдаи ғафс (кунчи испурҷӣ, рӯдаи поёнраванда, рӯдаи сигмашакл), ки ба ногузароии шадиди рӯда овардаанд, гузоштани трансверзостома ва ё қисматбурии рӯдаи омоздошта бе барқарорномаи бефосилагии рӯда амалиёти зарурии ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад [5;8;29].

Навобаста аз он ки то ба ҳол интиҳоби усули ягонаи амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори саратони қисмати чапи рӯдаи ғафс, ки ба ногузароии рӯда оварда аст масъалаи ҳалнашуда ба ҳисоб меравад, тайи солҳои охир бештари муаллифон дар чунин беморон истифода намудани ҷарроҳии радикалиро қобили қабул дониста, аз амалиётҳои полиативӣ худдорӣ менамоянд [17;33].

Амалиётҳои ҷарроҳии радикалиро дар беморони гирифтори ногузароии омозии қисмати чапи рӯдаи ғафс ба ду гурӯҳ тақсимбандӣ менамоянд: якмарҳилавӣ ва думарҳилавӣ. Ба гурӯҳи ҷарроҳии радикалӣ ҳама гуна амалиётҳоеро шомил медонанд,



ки зимни истифодаи онҳо на вобаста аз он, ки бефосилавии рӯда барқарор карда мешавад ва ё не (колостомҳои гуногун гузошта мешавад), худи омос ба пуррагӣ гирифта партофта мешавад. Зимни истифодаи ҷарроҳҳои бисёрмаҳилавӣ- дар марҳилаи аввал танҳо таёрнамоии бемор барои марҳилаи дигари ҷарроҳӣ гузаронида шуда, сипас (дар марҳилаи дуюм) омос гирифта партофта мешавад [6;18].

Гарчанде бештари муаллифон зимни ногузарогии омосии қисмати чапи рӯдаи ғафс истифодаи усулҳои бисёрмарҳилаи ҷарроҳиро ҷонибдорӣ менамоянд [15;29], кам нестанд корҳои илмие, ки истифодаи ҷарроҳҳои якмарҳилагиро дар ин гурӯҳи беморон авлотар мешуморанд [16;26].

Ба ақидаи бархе аз муаллифон дар ҳолати ҷой доштани омос дар рӯдаи кундаланг ва ё қисмати чапи рӯдаи ғафс истифоданамоии амалиётҳои бисёрмарҳилагии ҷарроҳӣ беҳтар мебошад [14;24]. Дар чунин маврид барои интихоби дурусти ҳаҷм ва намуди ҷарроҳӣ мавзеи ҷойгиршавии омос, имкони гирифта патофтано доштан ва ё надоштани он, мавҷудияти оризаҳои беморӣ (перитонит, перфоратсия, хунравӣ), ҳолати умумии бемор, вазнинии беморҳои ҳамрадиф ва синну соли бемор ба назар гирифта мешавад [25;28].

Дар беморони гирифтори саратони қисмати чапи рӯдаи ғафс (кунҷи испурҷӣ, рӯдаи поёнраванда, рӯдаи сигмашакл), ки оризаи ногузарогии шадиди рӯдаро ба миён овардаанд, гузоштани трансверзостома, ва ё қисматбурии рӯдаи осебдида бе гузоштани анастомози аввалиндараҷаро бархе аз муаллифон пешниҳод менамоянд [11;14;19]. Бо мақсади шароити мусоидро барои часпиши кӯкҳои мавзеи анастомоз фароҳам овардан (кам намудани фишори дохилирӯдавӣ) дар қисмати болоии ҳалқаҳои рӯда (болотар аз мавзеи анастомоз) гузоштани намудҳои гуногуни носурҳои сунъиро (секостома, аппендикостома, трансверзостома) қобили қабул медонанд [12;15;17].

Гузоштани анастомозҳои Y-шаки рӯдаи ғафс бо рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори саратони қисмати чапи рӯдаи зикргар-

дида бо оризаи ногузарогии шадиди рӯдавӣ яке аз усулҳои таъсирнок ба ҳисоб рафта, боиси кам гардидани басомади nobасомонии кӯкҳои мавзеи анастомози гузошташуда мегардад, ки аз рӯи маълумотҳои адабиёти ҷойдошта нишондоди он чунин ҳолатҳо то ба 1,85% мерасад [21;25;29].

Бо мақсади беҳтар намудани шароит барои часпиши кӯкҳои анастомози дар рӯда гузошташаванда усулҳои зиёд, аз қабили ба ҳалқаи буридашаванда овардани мӯхтавои дохили рӯда зимни амалиёти ҷарроҳӣ, шустани додохилиҷарроҳии мухтавои рӯда тавассути найча, найчагузории дохилирӯдавӣ мавзеи анастомоз, гузоштани лавҳачаи ТахоКомб бар болои кӯкҳои анастомози гузошташуда, истифодаи вакуум-аспиратори дохилиҷарроҳии пӯшидаро ва ғайра истифода мегарданд [6;9;14;22;29].

Бояд қайд намуд, ки интихоби инфиродии усули ҷарроҳӣ ва истифодаи маводҳои беҳтарсозандаи хунгардиш дар масориқаи рӯда барои беҳтар гардонидани натиҷаҳои ҷарроҳӣ хело таъсири мусбии худро мерасонанд [22;31].

Ба ақидаи бархе аз муаллифон чи гуна гузоштани анастомоз дар рӯдаи ғафс аз ӯҳдадорҳои ҷарроҳ вобаста набуда (танҳо истифодаи кӯкҳои якҷабата ва ё танҳо истифодаи кӯкҳои механикӣ ва ғ.), балки аз хусусияти он қисмати рӯда вобаста мебошад, ки дар он анастомоз гузошта мешавад [14;20;26]. Анастомозҳои поёниро асосан бо истифодаи дастгоҳҳои дӯзанда гузоштан беҳтар мебошад [11;14;18;33]. Дар ҳалқаи рӯдаи тангшуда ва ё дар ҳалқаи тибқи меъёр калон набудаи равазанаи он истифода намудани кӯкҳои якҷабата зимни гузоштани анастомоз қобили қабул ҳисобида мешавад. Дар ҳалқаи васеъи деворааш дистрофияшуда бошад гузоштани кӯкҳои дуҷабата тавсия дода мешавад. Бо назардошти ҳолатҳои дар боло зикргардида муаллиф ба назар гирифтани се шартро дар ҳама ҳолати гузоштани анастомоз дар рӯда хатмӣ медонад: якум- барои гузоштани анастомози мустаҳкам бояд сӯзанҳои беосеб (атравматические) истифода карда шавад; дуюм- ҳама намуди анастомоз бояд ба таври гер-



метикӣ гузошта шавад; сеюм- дар ҳолатҳои ҷой доштани шӯбҳа аз устувории анастомоз бояд колостомаи сабуқкунанада ва ё илеостома гузошта шавад [16;23;32].

Ҳамин тариқ, зимни табобати беморони гирифтори саратони рӯдаи ғафс, ки бо оризаи ногузарогии рӯда бистарӣ гардида-

анд, вазифаи асосӣ ҳисобида мешаванд: 1) баргараф намудан ногузарогии рӯда; 2) барқарорнамоии гомеостази вайронгардида; 3) мувофиқи имконият ба тариқи радикалӣ баргараф намудани саратон; 4) пешгирӣ намудани оризаҳои худи ногузарогии шадиди рӯдаҳо ва баъдичарроҳӣ.

АДАБИЁТ

1. Alley, P.G. Surgery for colorectal cancer in elderly patients / P.G. Alley // *Lancet*. -2010. Vol.356. - P.9234/956.
2. Ammataro, C. L'occlusione retto-colica da cancro / C. Ammataro, F. Cirillo, F. Imperator // *Minerva chir*. 2016. - Vol.51,N.6. - P.433-438.
3. Anselmetti, G. La chirurgia d'urgenza nelle neoplasie del colon / G. Anselmetti // *Chir. Gastroenterol*. 2012. - Vol.26,N3. - P.409-418.
4. Arnaud, J.P. Colorectal cancer in patients over 80 years of age / J.P. Arnaud, M. Schloegel, J.C Oilier // *Dis. Colon Rectum*. 2011. - №34. - S.896-898.
5. Arnaud, J.P. The role of subtotal/total colectomy in the urgent treatment of obstructive cancer of the left colon / J.P. Arnaud, M. Schloegel // *J. Chir (Paris)*. 2013 Dec; 134(7-8), S.267-270.
6. Arnell, T. Colonic stents in colorectal obstruction / T. Arnell, M. Stanos, P. Takahashi // *Amer. J. Surg*. 2015. - Vol.64. - P.986-989.
7. Audisio, R.A. Colorectal cancer / R.A. Audisio, F. de Braud, J. Wils // *Crit Rev. Oncol. Hematol*. 2012. - 27(2). -S. 139-141.
8. Borner, M. Phase II study of capecitabin+oxaliplatin in first line and second line treatment of advanced or metastatic cancer. / M. Borner // *Proc. ASCO*. 2011. -Vol.20.- Abstr.67.
9. Bresler, L. Emergency surgery in colonic obstructions: Retrospective study of 70 cases / L. Bresler, E. Braun, A. Debs // *J.Chir.(Paris)*. -2013, Dec, 123(12). S.713-718.
10. Brooke, J.R. Ultrasound Imaging Techniques in Cancer Management. / J.R. Brooke // *In cancer principles and practice of oncology / De Vita V.T., Hellman ,S., Rosenberg S.A.(Eds.)*. 2017. - J.R. Lippincott Co. Philadelphia. - P.669-672.
11. Buess, G.F. Transanal endoscopic microsurgery. Laparoscopic and endoscopic surgery in oncology / G.F. Buess, H. Raestrup // *Surgical oncology clinics of North America*.- 2011.- Vol. 10, N 3. P.709-731.
12. Camilleri-Brennan, J. Quality of life after treatment for rectal cancer / J. Camilleri-Brennan, R. Steele // *Br. J. Surg.*, 2013 85(8) - S. 1036-1043.
13. Campbell, K.L. Expendable metal stent application in obstructing carcinoma of the proximal colon: report of a case / K.L. Campbell, J.K. Hussey, O.K. Eremin // *Dis-Colon-Rectum*. 2010,- Nov; 40(11). - P. 1391-1393.
14. Cavina, E. Anorectal reconstruction after abdominoperineal resection / E. Cavina, M. Seccia, P. Banti, G. Zocco // *Dis. Colon Rectum*. 2015. - 41(8). - S. 10101016.
15. Chua, C.L. Surgical consideration in the Hartmann's procedure / C.L. Chua // *Aust. N.Z.J. Surg*. 2016. - Vol.66,№10. - P.676-679.
16. Colon and rectum cancer complicated with obstruction: immediate result and long-term follow-up / G. Bannura et al. // *Rev.Med.Chir*. 2010, Oct. - 120(10), S. 1110-1117.
17. Deen, K.I. Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience / K.I. Deen., R.D. Madoff, S.M. Goldberg// *J. Am. Coll. Surg*. -2014, Dec, 187(6), s. 573-600.
18. Emergency surgery for colo-rectal cancer / G. Benedetti-Valentini et al. // *Acta chir. Austr*. 2011. - N1. - P.36.



19. Hartmann's operation in complicated lesion of the sigmoid and rectum / G.Castrari et al. // Minevra Chir. 2014. - May 31. -Vol.44,№10. - P.1485-1488.
20. La chirurgie en deux temps dans les occlusions coliques gauches neoplasiques reste la securite /P.H. Cugnenc et al. // J. Chir. Paris. 2017. Dec; 134(7-8): 275-8.
21. Les occlusions alga's par cancer colique. Analyse d'une serie de 163 observations / X. Barth et al. // Lyn. Chir. 2010. -Vol.88,NL- P. 12.
22. Les suppurations parietals reve-latrices de cancers coliques / D. Degroote et al. // Sem. Hop. Paris. 2013. - Vol.63,№40. - P.3111-3114.
23. Lescancers colorectanre reveles par une occlusion: flequence et pronostic dans une population / M.G. Bourton et al. // Bull. Cancer. 2009. - Vol.75, №2. - P.347-354.
24. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent / I.W. Choo et al. // Radiology. 2013. Feb; 206(2):415-21.
25. Obstructive colitis / C. Barbosa et al. // Abstr. 13 Eur. Congr. Pathol, Ljubljana // Pathol. Res and Pract. 2011. - Vol.187,№6. - P.653.
26. One-stage resection and primary anastomosis following acute obstruction of the left colon for cancer / A. Chiappa et al. // Am Surg, 2010 Jul., 66:7, S.619 622.
27. Outcome of emergency surgery in patients over 70 years of age / A. Iroatulam et al. // Dis. Colon Rectum. 2007. - Vol.42,№4. -P.63.
28. Outcome of large-bowel perforation in patient with colorectal cancer / P.G. Carraro et al. // Dis. Colon Rectum. 2011. -Vol.41,№11.-P.1421-1426.
29. Primary resection with antegrade colonic irrigation and peritoneal lavage versus subtotal colectomy in the management of obstructed left colon cancer /M. Csiky et al. // Acta.-Chir-Hung. 2009; 36(1-4):59-60.
30. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic rewiew / P.D. Simmonds et al. // Lancet. 2009. - 356. - 9234. -P.968-975.
31. Tsai, J. With Clementine 12.0, SPSS Goes / J. Tsai // CRM magazine, 2008. URL://http ://www.destinationcrm.com/Articles/CRM-News/Daily-News/With-Clementine-12.0,-SPSS-Goes-Deep-47143.aspx.
32. Violi, C. Curative surgery for colorectal cancer: long-term results and life expectancy in the elderly / C. Violi, N. Pietra, M. Grattarola, // Dis. Colon Rectum. -2008 №41(3).-S.291-298.
33. Zaheer, S. Surgecal treatment of adenocarcinoma of the rectum / S. Zaheer, J.H. Pemberton, B.G. Wolff // Ann. Surg. 2003. №227(6). -S.800-811.

ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ХОЛЕТСИСТИТИ ШАДИДИ КАЛКУЛЁЗӢ ДАР БЕМОРОНЕ, ХАТАРИ ЗИЁДИ ЧАРРОҲИДОШТА

А.С. Ашуров, И.Х. Муродов

Кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографӣ (муд. каф. дотс. Қурбонов Ҷ.М.)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Ашуров Абдурахмон Саторович - н.и.т., ассистенти кафедраи чарроҳии амалӣ ва анатомияи топографияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муродов Иқболшоҳ Хайруллоевич- аспиранти кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Дар байни беморони гирифтори холесистити шадид, бемороне, ки хатари зиёди чарроҳӣ доранд, ба пиндори олимонӣ гуно-

гун 26,4 - 66%- ро ташкил медиҳанд. Аз ҷониби мо натиҷаи ташхису муолиҷаи 68 беморони хатари зиёди чарроҳӣ-анестезиологӣ



дошта таҳлил карда шуд. Ба ҳамаи беморон тадқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва ТУС гузаронида шуд. Мувофиқи натиҷаҳои тадқиқот беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи аввал (32 бемор) таназзули тағйиротҳои илтиҳобӣ дар талхадон мушоҳида гардид, дар гурӯҳи дуюм (36 пациент) бошад, беҳбудӣ ба назар нарасид, ки ба онҳо МХС истифода шуд. Натиҷаҳои бадастомада далели онанд, ки тактикаи муолиҷаи онҳо

аз натиҷаи муоинаи клиникӣ-абзорӣ на танҳо ҳангоми воридшавӣ, балки дар ҷараёни беморӣ низ вобастагӣ дорад. Хатари зиёди фавтнокӣ пас аз амалиёт ва эҳтимолияти зиёди афзоиши оризаҳои пасазҷарроҳӣ, маҷбур месозанд, ки дар марҳилаи ибтидоӣ зимни мавҷуд набудани симптомҳои перитонеалӣ аз амалиётҳои радикалӣ даст кашем.

Калимаҳои калидӣ: холетсистити шадид, миёнсол, беморони тахти хатари зиёд.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

А.С. Ашуров, И.Х. Муродов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. кафедрой - к.м.н., доцент Дж.М. Курбонов) ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ашуров Абдурахмон Саторович - к.м.н., ассистент оперативной хирургии и топографической анатомии, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Муродов Икболшо Хайруллоевич - аспирант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66%. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 68 больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском. Всем больным применяли клинко-лабораторные и УЗ исследования. По результатам исследования больные были разделены на две группы: в 1-й группе (32 пациента) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря, во 2-й группе (36 пациентов) не было улучшения,

им применяли МХС. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что тактика их лечения зависит от результатов клинко-инструментального обследования не только при поступлении, но и в динамике. Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития послеоперационных осложнений заставляют на начальном этапе воздерживаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилой возраст, больные повышенного риска.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE CALCULAR CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH HIGH OPERATIONAL RISK

A.S. Ashurov, I.Kh. Murodov

Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of ATSMU
(Head of the department- candidate of medical science, Associate Professor J.M. Qurbonov)

Ashurov Abdurakhmon Satorovich - candidate of medical science., assistant of the department of operative surgery and topographic anatomy of ATSMU.

Murodov Iqbolsho Khayrulloevich - postgraduate student of the department of operative surgery and topographic anatomy of ATSMU.



According to different authors, among all patients with acute cholecystitis patients with high operational risk are from 26.4 to 66%. We were analyzed the result of diagnosis and treatment of 68 patients with a high operative-anesthesiological risk. Clinical laboratory and ultrasound were used in all patients. According to the results of the study, patients were divided into two groups: in the 1st group (32 patients) there was a regression of inflammatory changes in the gallbladder, in the 2nd group (36 patients) there was no improvement, they were used

Муқаддима. Тибқи маълумоти муаллифони мухталиф дар байни тамоми беморони гирифтори холетситити шадид патсиентҳои тахти хатари зиёди чарроҳӣ дошта аз 26,4 то 66% - ро ташкил медиҳанд [1,3]. Одатан ин гурӯҳ бемороне ҳастанд солхӯрдаву кӯҳансол ва тибқи таснифоти ҳолати физиологӣ, ки Чамбияти амрикоии анестезиологҳо (ASA) қабул намудааст, ба синфи IV ва V шомиланд. Беморони мазкур гирифтори намоёни патологияи системавӣ буда, қобилияти меҳнати-ро аз даст додаанд ва ба муолиҷаи ҳамешагӣ ниёз доранд. Бемороне, ки тибқи таснифоти ASA ба синфи V мутааллиқанд, дар давоми 24 соат чарроҳӣ нагарданд метавонанд вафот намоянд. Айни замон дар муолиҷаи холетситити шадид холетсититэктомияи лапарскопӣ "стандартӣ тиллоӣ" маҳсуб меёбад. Вале фаромӯш набояд кард, ки ҳолати гурӯҳи бемороне, ки тахти хатари зиёди чарроҳӣ қарор доранд, вайроншавиҳои кори системаҳои аз ҳисоби бемории асосӣ сарчашмандагирандаро метезонанд ва дучанд ҳолати беморро вазнин мекуанд. [3, 10, 11]. Сониян, чарроҳӣ бо назардошти таъсири манфии пневмоперитонеум хатари амалиётро якбора меафзояд [2,4,5]. Холетсититэктомия аз тариқи мини-дастрасӣ дар робита бо имконнопазир будани муоинаи васеи ковокии шикам ҳангоми холеситити шадид маъруфият пайдо накард. Ҳангоми иҷрои амалиётҳои таъҷилӣ ва фаврӣ оиди холетситити шадид, тибқи маълумоти баъзе муҳаққиқон фавтнокӣ дар гурӯҳи мазкури беморон ба 45,1% [2,7, 8] мерасад. Имрӯзҳои яке аз усулҳои канора гирифта аз чарроҳии хатарно-

MHS. Our results suggest that the tactics of their treatment depends on the results of clinical and instrumental examination, not only on admission, but also in dynamics. The high risk of postoperative mortality and a high probability of the development of postoperative complications, force us to refrain at the initial stage from radical surgical interventions in the absence of peritoneal symptoms.

Key words: acute cholecystitis, old age, high-risk patients.

ке, ки тахти бехисгардонии умумӣ иҷро мешавад ва зуд илтиҳобро бартараф мекунад, ин тахти назорати ултрасадо пунксияи талхадон тавассути пӯсту чигар ба ҳисоб меравад [6,11,13]. Дар мавриди беморони вазнин гирифтори ихтилолоти кардиопулмонарии зуҳурёфта ва бемориҳои системавӣ, ба пиндори як гурӯҳ муҳаққиқон [9-12], ин усул ҳамчун усули мустақилонаи муолиҷа ба ҳисоб меравад. Дар назар доштан муҳим аст, ки манзараи клиникаи холетситити шадид дар беморони гирифтори ихтилолоти системавӣ судашуда аст. Аксаран номувофиқии маълумотҳои лабораторӣ ба марҳилаҳои илтиҳоб ва саривақт нагузаронидани чарроҳии фаврӣ ба деструксияи девораҳои талхадон, баландшавии захролудшавӣ ва норасогии полиоргани оварда мерасонад [4,10,13]. Пас барои ташҳиси дуруст ва интиҳоби тактикаи асоснокшудаи муолиҷа на танҳо марҳилаи илтиҳоб ва деструксияи девораи талхадон, инчунин сатҳи вазнини ҳолати бемор ва эҳтимолияти имконпазир будани оризаҳои дохилӣ ва пасазчарроҳӣ зарур аст [12,13]. Шкалаи интегралӣ, ки вазнини ҳолати бемор, хатари воқеии чарроҳиро муайян мекунад, дар ҳалли чунин мушкилот кумак карда метавонад.

Мақсади тадқиқот. Бехтар гардидани натиҷаи муолиҷаи ХМК дар беморони тахти хатари зиёди чарроҳӣ қарордошта

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Аз ҷониби мо 68 беморон муоина гардиданд, ки солҳои 2008 - 2017 таъҷилан бо ташҳиси "холетситити шадиди калкулёзӣ" ба шӯбаи чарроҳии КМС КВД АТ ворид шуданд. Ба тадқиқот



беморони мувофиқи шкалаи ASA ба синфи III, IV ва V шомил буда ворид карда шуданд. Зимнан 36 бемор тибқи шкалаи ASA ба синфи III, 24 нафар ба синфи IV ва 8 нафар ба синфи V тааллуқ доштанд. Аз ҷумла мардҳо 22 (32,35%) ва занҳо 46 (67,64%) нафар буда, синни миёнаи беморон ($76,3 \pm 6,3$)-ро ташкил меод. Давомнокии давраи шадиди беморӣ дар ҳудуди аз 73 то 120 соатро дар бар мегирифт. Бемориҳои ҳамрадиф, ки бештар ба назар мерасид ин БИШ, бемории фишорба-ландии марҳилаи III, кардиосклерози пасаз-сактаӣ, беназми тағйирёбанда, астмаи ноӣ нафас, ихтилолотии шадиди гардиши мағзи-сарии хун, ки пештар аз сар гузаронидаанд ва диабети қанд буд. Зимнан ба хотир мера-сонем, ки дар 86,5% беморон якҷанд бемо-риҳои ҳамрадиф ба назар мерасид. Барои арзёбии вазнинии ҳолат, пешгӯӣ ва хатари амалиёт мо шкалаи SAPS II ва POSSUM-ро истифода кардем. Нисбати тамоми беморон алгоритми стандартии муоина, аз ҷумла та-дқиқоти клиникӣ-лабораторӣ ва ТУС-и ко-вокии шикам ба кор бурда шуд, ки он дар тӯли 2-3 шабонарӯз иҷро гардид. Дар дина-мика гузаронидани УС чунин параметрҳо: андозаи талхадон (ҳаҷм ва андозаи арзии тал-хадон); мавҷудият, чойгиршавӣ, андозаи сан-гҳои талхадон, маҷрои талхадон ва маҷрои умумии талха; ҳолати девораи талхадон (ғафсӣ, ба қабатҳо ҷудошавӣ, варамӣ); ҳола-ти насчи наздигалхадон (мавҷуд будани ва-рамӣ, инфилтрат, думмал) ба инобат гирифт-

та шуд. Ба тамоми 68 бемор пас аз гузошта-ни ташхис табобати доругӣ (консервативӣ) гузаронида шуд. Ҳаҷми муолиҷа стандартӣ буда, аз муолиҷаи инфузионӣ, спазмолитикӣ ва зиддибактериявӣ, инчунин муолиҷаи бе-мориҳои ҳамбаста иборат буд, ки якбора баъди дар беморхона бистарӣ гардидани пациент оғоз меёфт. Аз ин миён дар маври-ди 36 бемор муолиҷаи ҷарроҳӣ ба кор бурда шуд, ки аз пунксияи покгардонӣ-декампрес-сионии талхадон таҳти назорати ТУС ибти-до гирифта буд.

Натиҷаҳои муоина ва баррасии онҳо. Зим-ни муоинаи объективӣ дар тамоми бемо-рон аломатҳои холетситити шадид муай-ян гардид, зимнан симптомҳои перитони-ти интишорёфта мушоҳида нашуд, ки ба-рои амалиёти таъҷилӣ ва оғоз намудани муолиҷаи доругӣ далел гардид. Ҳарорати беморони муоинашуда баланд набуда, ба ҳисоби миёна ($37,3 \pm 1$)°C -ро ташкил меод. Нишондодҳои лабораторӣ ташхиси клини-кии аксари беморонро тасдиқ менамуд. Ба ҳисоби миёна миқдори лейкоцитҳои хуни ноҳиявӣ ба ($13,5 \pm 1,4$) $\cdot 10^9$ /л рост меомад. Андаке баланд шудани билирубин, то ($24,5 \pm 2,4$) мкмол/л, аз ҳисоби фраксияи ғай-римустақим ба назар мерасид, ки далели хусусияти захролудии билирубинемияро дошт. Ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои интегралӣ вазнинии ҳолат, пешгӯӣ ва ха-тари амалиёт маълумотҳои зерин ҳосил шуданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Нишондиҳандаҳои интегралӣ вазнинии ҳолати беморони гирифтори холетситити шадид тибқи шкалаи SAPS-II ва POSSUM ($M \pm m$)

Шкалаи SAPS II		Шкалаи POSSUM	
Ҷамъи балҳо	Ҷавтнокӣ	Ҷавтнокии пасазҷарроҳӣ %	Оризаи пасазҷарроҳӣ %
27,3 \pm 5,3	9,8 \pm 4,9	8,2 \pm 2,9	49,2 \pm 5,9

Аз маълумотҳои пешниҳодгардида аён аст, ки ҳолати беморон вазнин аст ва дар нақшаи инкишофи оризаҳо пешгӯӣ аз ха-тар ҳолӣ нест. Ҷавтнокии интизорӣ $9,8 \pm 4,9\%$ -ро ташкил дода, оризаи пасазҷар-роҳӣ мумкин буд, дар ҳудуди $49,2 \pm 5,9\%$ инкишоф ёбад. Натиҷаи маълумотҳо далели даст кашидани мо аз иҷрои холетсистек-томия нисбати беморони мазкур буд, ки

дар мавриди онҳо симптомҳои перитоналӣ ба назар намерасид.

Дар баробари арзёбии манзараи клиникӣ ва нишондиҳандаҳои лабораторӣ, дар таш-хис ва ҷобачогузории нишондиҳандаҳо ба муолиҷаи ҷарроҳии холетситити шадид ба тадқиқоти динамикии ултрасадоӣ таваҷҷуҳи хоса зоҳир карда шуд, ки дар натиҷа маълу-мотҳои зерин ҳосил шуданд (ҷадвали 2).



Натиҷаи ТУС-и динамикии талхадон

Нишондод	Зимни воридшавӣ (68 бемор)	Шабонарӯзҳои аввали пас аз воридшавӣ	
		Гурӯҳи I, n=32	Гурӯҳи II, n=36
Ҳачм, мл	94,6±7,4	68,7±8,1	116,6±8,1
Андозаи арзӣ, см	5,2±0,4	4,4±0,6	5,9±0,6
Ғафсии девора, мм	6,8±0,8	4,5±0,5	8,0±0,5
Ба қабатҳо чудошавии девора, %	84,7	31	85
Тағйироти атрофи талхадон, %	5,2	Нет	8
Сангҳои зиёди мутаҳаррик, %	52,5	71,8	28,2
Санги беҳаракат дар гарданаи талхадон, %	47,5	25,8	74,2

Тавре аз чадвал аён мешавад, зимни ТУС-и санҷишӣ, ки тӯли ду шабонарӯзи пас аз бистаришавӣ гузаронида шуда буд, беморон ба ду гурӯҳ чудо карда шуданд. Дар мавриди гурӯҳи аввал (32 бемор) таназзули тағйиротҳои илтиҳобии талхадон ба назар мерасад ва ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ низ беҳбудӣ мушоҳида мешавад. Зимни гурӯҳи дуюм (36 пациент) на танҳо беҳбудӣ ба назар намерасид, ҳатто гоҳо манзараи ултрасонографӣ хуб набуд ва ин дар калон шудани ҳаҷми талхадон ба ҳисоби миёна то (112,6±8,1)мл ва андозаи арзии он то (5,9±0,6)см ифода меёфт. Тағйирот дар насби атрофи талхадон дар мавриди 10%-и беморон муайян гардид. Зимнан дар гурӯҳи мазкур тағйирёбии маълумотҳои ТУС ҳамеша ба динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ мувофиқат намекарданд. Ҳангоми муолиҷаи 32 бемор, ки нисбати онҳо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ ба кор бурда шуда буд, беҳбудии ҳолати беморон, муътадилшавии нишондиҳандаҳои клиникӣ-биохимиявӣ ва динамикаи мусбат зимни муоинаи ултрасадоии талхадон мушоҳида гардид, ки дар мавриди онҳо бо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ иктифо намудем. Дар динамика иҷрои ТУС-ро хеле муҳим меҳисобем. Ҳатто дар ҳолати беҳбудии ҳолати субъективӣ, кам шудани аломати дард ва беҳтар гардидани нишондиҳандаҳои лабораторӣ, динамикаи манфии УС - ро нишондод ба ҷарроҳии фаври меҳисобем.

Зимни 36 бемор, бад шудани манзараи ултрасонографӣ, дар девораи талхадон афзудани тағйиротҳои деструктивӣ мушоҳида гардид. Нисбати онҳо ғайр аз муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ тахти назорати ТУС микрохолетсистомия (МХС) иҷро гардид. Дар беморони МХС тағйирёбии қиматҳои ИЗЛ ва ТП ба баландшавии эндотоксемияи зухурёфта ишорат менамояд. МХС дар мавриди 28 пациент самаранок буд. Зимни беморони мазкур (n=28) дар шабонарӯзи савуми пас аз МХС 2-3 баробар пастшавии нишонаҳои эндотоксемияиқоҳиш ба назар мерасид (то МХС:ИЗЛ- 6,2±0,8; ТП- 15,2±1,8; пас аз он ИЗЛ-2,8±1,4; ТП- 24,3±2,3). Зухуроти илтиҳобӣ пурра бартарф гардид ва беморон дар ҳолати қаноатбахш ба муолиҷаи амбулаторӣ гусел карда шуданд.

Дар мавриди 8 бемор амалиёт ба кор бурда шуд. Нишондод ба ҷарроҳӣ мавҷуд набудани динамикаи мусбат ҳангоми ТУС-и санҷишӣ, инчунин афзудани нишонаҳои эндотаксемия пас аз МХС ба шумор мерафт. Аз 36 беморе, ки дар онҳо муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ бетаъсир анҷом пазируфт, оқибати 2(5%) бемор бо марг анҷомид. Сабоби марги ду бемор ба ҳолати вазнин мурочиат кардани онҳо ва норасоии фаъолияти кори дилу рағҳо ва нафас ба ҳисоб мерафт.

Ҳамин тавр, шкалаи интегралӣ SAPS- II ва POSSUM барои ба таври асоснок чудо кардани гурӯҳи беморони тахти хатари зиёди ҷарроҳӣ қарордошта ва муайян кардани тактикаву интиҳоби усули муолиҷаи хо-

летситсити шадид имконият фароҳам меоварад.

Натиҷаҳои бадастомада аз муоина ва муолиҷаи ҳолатситити шадид дар беморони тахти хатари зиёди ҷарроҳӣ қарордошта аз он шаҳодат медиҳанд, ки тактикаи муолиҷаи онҳо аз натиҷаи муоинаи клиникӣ-абзорӣ на танҳо ҳангоми воридшавӣ, балки дар ҷараёни беморӣ низ вобастагӣ дорад. Ҳатто беҳбудии клиникӣ ҳолати бемор, зимни ТУС-и санҷиши талхадон бад будани манзараи ултрасонографӣ барои муолиҷаи ҷарроҳӣ нишондод ба шумор ме-

равад ва бояд он аз пунксияи покгардонӣ-декомпрессионӣ тахти назорати ТУС оғоз ёбад.

Хатари зиёди ҷарроҳӣ пасазҷарроҳӣ ва эҳтимолияти баланд инкишофи оризаҳои пас аз амалиёт, дар ҳолати мавҷуд набудани симптомҳои перитонеалӣ, дар марҳилаи аввал аз амалиёти катъии ҷарроҳӣ даст кашиданро талаб мекунад ва муолиҷа бояд аз ҷарабинаҳои ғайриҷарроҳӣ ибтидо гирад. Ҳангоми таъсирбахш набудани муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ муолиҷаи ҷарроҳӣ бояд аз МХС оғоз ёбад.

АДАБИЁТ

1. Гостищев В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста/ Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. - 2001. - № 9. - С. 30-31.
2. Иванов. В.А. Роль и место лапароскопической холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. / Материалы 3 Международного конгресса по эндохирургии. - Москва - 1999. - С. 119-120.
3. Кригер А.Г.Джебаев К.Э. Воскресенский П.К. и др. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях / Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т. 5.- №1. - С. 90-97.
4. Мирошников Б.И., Балабушкин И.А., Светловидов В.В. Чрескожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхографии при остром холецистите // Вестн. хир.-1993.-№ 3-4.-С. 18-21.
5. Назаров Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. /Назаров Ф.Н. Ходиев Ш.И. // Эндоскопическая хирургия.-2012.-№2.-23с.
6. Поташов Л.В. Некоторые особенности течения острых хирургических заболеваний у пожилых и стариков // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-1998.-№ 1.-С. 68-71.
7. Чагаева З.И. Лапароскопическая холецистэктомия в комплексном лечении больных острым обтурационным холециститом: Дис. автореферат канд. мед. наук. - Казань. - 2004. - 121с.
8. Adedeji O.A., McAdam W.A. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people // J. Royal College of Surgeons of Edinburgh.-1996.-Vol. 41, № 2.-P. 88-89.
9. Borzellino G. Sauerland S., Minicozzi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis 1 A metaanalysis of results Surg.1. Endosc. 2008; 22(1): 8-15.
10. Braun U., Gerber D. Percutaneous ultrasound-guided chole cystocentesis in cows // Am. J. Vet. Res.-1992.-Vol. 53, № 7.- P. 1079-1084.
11. Copeland G.P. et al. POSSUM: a scoring system for surgical audit // Br. J. Surg.-1991.-Vol. 78.-P. 356.
12. Hobbs M.S. Mai Q.; Knuiman M.W.et al. Surgeoni experience and trends in intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy 2006; 93: 844-853.
13. Urgent cholecystectomy for acute cholecystitis in a district general hospital-is it feasible. M.N.Khan et al. // Ann K Coll Surg Engl.-2009.-Vol.91. -P.30-34



БАҲОДИҲИИ ҚОБИЛИЯТИ ШАҲВОНИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИНИ АБАКТЕРИАЛӢ

А.Ю. Одилов¹, Ф.С. Саъдуллоев¹, Ҷ.А. Шамсиев, А.А. Нусратов², Х.Ғ. Салимов²
Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявӣ илмию клиникаи урологӣ"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, кафедраи урологияи (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Шамсиев Ҷ. А.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Одилов Аминҷон Юсупович, муовини директори МД МЧИК "Урология"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: dr.odilov-a@mail.ru, тел.: 918-68-89-05.

Саъдуллоев Фарҳод Сангинмуродович, котиби илмии МД МЧИК "Урология"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, E.mail: dc_farkhod1982@mail.ru, тел.: 918-68-66-05.

Нусратов Абдурахим Абдуҳамидович, докторанти PhD кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: nusratov_a.a@mail.ru, тел.: 901-07-00-07.

Салимов Хайрулло Гаффорҷонович, ассистенти кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: khayrik86@mail.ru, тел.: 918-73-39-59.

Яке аз шикоятҳои асосии беморони гирифтори простатити музмин ин дисфункцияи копулятивӣ буда, ба паст шудани сифтаи ҳаёти мард оварда мерасонад. Дар мақола ҳолати копулятивии 60 нафар беморони простатити музмини абактериалӣ зикр карда шудааст. Барои таҳлил ва мушаххас намудани ҳолати копулятивии беморони зерин назоратбуда, ба пурсишномаи индекси байналмилалӣ функсияи эректилӣ (ИБФЭ) таваҷҷуҳи бештаре зоҳир намудем. Дар тадқиқоти мо 55 бемор, яъне 91, 6 % аз қулли беморони зерин назоратбуда (n=60),

гирифтори дисфункцияи копулятивӣ мебошанд. Ҳамин тариқ, дар аксари беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ вайроншавии давраи копулятивӣ мушоҳида шуда, боиси паст шудани сифати ҳаёти беморон мегардад. Ҳамзамон қобили қайд аст, ки шикояти асосии бештари беморони гирифтори простатити музмин, ки ба табиб муроҷиат менамоянд, ин паст шудани ҳолати шаҳвонӣ мебошад.

Қалимаҳои калидӣ: простатити музмин, абактериалӣ, дисфункцияи копулятивӣ, индекс байналмилалӣ функсияи эректилӣ.

ОЦЕНКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

А.Ю. Одилов¹, Ф.С. Саъдуллоев¹, Шамсиев Дж. А., А.А. Нусратов², Х.Ғ. Салимов²
ГУ "Республиканский научно-клинический центр урологии", кафедра урологии (зав. кафедры д.м.н., профессор Шамсиев Дж. А.) ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Одилов Аминҷон Юсупович, зам. директора по науке ГУ "Республиканский научно-клинический центр урологии", E.mail: dr.odilov-a@mail.ru, тел.: 918688905.

Саъдуллоев Фарҳод Сангинмуродович, учёный секретарь ГУ "Республиканский научно-клинический центр урологии", E.mail: dc_farkhod1982@mail.ru, тел.: 918-68-66-05.

Нусратов Абдурахим Абдуҳамидович, докторант PhD кафедры урологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, E.mail: nusratov_a.a@mail.ru, тел.: 901-07-00-07.

Салимов Хайрулло Гаффорҷонович, ассистент кафедры урологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, E.mail: khayrik86@mail.ru, тел.: 918-73-39-59.



Одна из основных жалоб больных хроническим абактериальным простатитом это копулятивная дисфункция, которая приводит к снижению качества жизни. В статье приведено состояние копулятивной функции 60 больных хроническим абактериальным простатитом. Для определения и выявления копулятивной функции больных особое значение придавалось вопросам международного индекса эректильной функции (МИЭФ). В нашем исследовании у 55 больных, т.е. 91,6% из общего числа (n=60), наблюдалась копулятивная

дисфункция. Таким образом, у основной массы больных хроническим абактериальным простатитом наблюдается копулятивная дисфункция, которая несомненно приводит к снижению качества жизни. При этом основной жалобой больных простатитом, в связи с которым больные обращаются к врачу - это снижение эректильной функции.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, копулятивная дисфункция, международный индекс эректильной функции.

EVALUATION OF ERECTILE FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS

A.U. Odilov¹, F.S. Sadulloev¹, A.A. Nusratov², Kh.G. Salimov²

Public institution "Republican Scientific and Clinical Center of Urology" department of urology (head of the department, MD, Professor J.A. Shamsiev) of Avicenna Tajik state medical university

Odilov Aminjon Yusupovich, deputy director on science of Public institution "Republican Scientific and Clinical Center of Urology", E.mail: dr.odilov-a@mail.ru, ph.: 918-68-89-05.

Sadulloev Farhod Sanginmurodovich, scientific secretary of Public institution "Republican Scientific and Clinical Center of Urology", E.mail: dc_farkhod1982@mail.ru, ph.: 918-68-66-05.

Nusratov Abdurakhim Abdukhamidovich, doctoral PhD of urology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail: nusratov_a.a@mail.ru, ph.: 901-07-00-07.

Salimov Khayrullo Gafforjonovich, assistant of urology department of Avicenna Tajik state medical university, E.mail: khayrik86@mail.ru, ph.: 918-73-39-59.

One of the main complaints of patients with chronic abacterial prostatitis is copulatory dysfunction, which leads to decrease quality of life in patients. The article presents the state of copulatory function of 60 patients with chronic abacterial prostatitis. For the definition and identification of copulatory function of patients, special importance was attached to questionnaires of international index erectile function (IIEF). In our study, 55 patients (91.6%), from the total number (n60), had copulatory dysfunction.

In the results our experience shows that in the majority of patients with chronic abacterial prostatitis we observed copulatory dysfunction which undoubtedly leads to decreased quality of life of patients. In this investigation the main complaint of patients with prostatitis was erectile function which made the patients go to the doctor.

Key words: chronic abacterial prostatitis, copulatory dysfunction, international index of erectile function.

Мухимият. Простатит яке аз бемориҳои пахншудаи урологӣ ба ҳисоб рафта, моҳияти тиббиву ҷамъиятӣ дорад. Аз рӯйи таснифоти Институти миллии тандурустии Амрико (1995), ки имрӯз яке аз таснифоти асосӣ ба ҳисоб меравад, простатитро ба гурӯҳҳои зерин тақсимбандӣ мекунад: проста-

тити шадид, простатити музмини бактериалӣ, простатити музмини абактериалӣ ва простатити бе аломат. Простатити музмини абактериалиро ҳамчун синдроми музмини дарди кос низ тафсир дода, ба ду зергӯрӯҳ ҷудо менамоянд: простатити музмини абактериалии илтиҳобӣ, яъне категорияи IIIа ва



простатити музмини абактериалии ғайри-илтиҳобӣ - ШБ. Дар хамин асос тадқиқотҳои олимони нишон медиҳад, ки простатити музмини абактериалӣ нисбатан зиёдтар вомехӯрад. Аз рӯи оморҳо 80 - 90% беморони простатити музминро, простатити абактериалӣ ташкил медиҳанд [1-3, 5-10]. Аксари беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ, мардони синни фаъоли меҳнатӣ мебошанд, ки ин гувоҳӣ аз актуалӣ будани мушкилоти ташхис ва табобати простатити музмини абактериалӣ медиҳад. Аз ин хотир, олимони зиёди ин соҳа бар он ақидаанд, ки простатит хатари мустақим баҷони беморро надорад, аммо қобилияти меҳнати беморро паст намуда, ба миқдори кофӣ боиси паст шудани сифати ҳаёти мард мегардад. Ҳатто баъзе аз олимони таъсири простатити музмин ба сифтаи ҳаётро баробар медонанд ба таъсири сактаи миокард ба сифати ҳаёти бемор [1-3, 5,10]. Суоли таъсири простатити музмин ба ҳолати копулятивии инсон хусусан мардони синнашон ҷавон хеле актуалӣ буда, дар ҳоли ҳозир низ қобили таваҷҷуҳи олимони ин соҳа қарор дорад. Алалхусус, простатити музмини дарозмуддат, ки боиси паст шудани қобилияти шахвонӣ ва вайроншавии ҳолати психосоматикии мард мегардад [4, 6,7,10]. Новобаста аз он, ки дар шароити муосир усулҳои нави ташхису муолиҷаи беморони гирифтори простатити музмин мавҷуданд, то ҳол барои муайян кардани усули беҳтари ташхису табобат, баҳсу мунозираҳо байни олимони соҳа идома дорад. Гуфтаҳои боло худ гувоҳи онанд, ки баҳодиҳии қобилияти шахвонӣ ва ҳолати психосоматикии беморони гирифтори простатити музмин бояд аз мадди назар берун набошад [1, 5].

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳии қобилияти шахвонӣ дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси табобати 60 нафар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ гузаронида шуд. Ба беморон дар МЧИК "Урология" ташхису муоиноти гузаронида шуд. Синну соли беморон аз 18 то 50 солро ташкил дода, ба ҳисоби миёна 28 ± 2 сол буд.

Ба беморони зерин назоратбуда муоина ва ташхисҳои клиникаию лабораторӣ гузаронида шуд. Пас аз мушаххас кардани ташхиси простатити музмини абактериалӣ ба беморон аз рӯи пурсишномаи индекси байналмилалии функсияи эректилӣ - ИБФЭ (МИЭФ 15) пурсиши шикоятҳои гузаронида шуд. Ҳамзамон вақти қабули беморон аз рӯи шикоятҳои бемор, ҳолати психосоматикии беморон низ арзёби карда шуд. Бисёре аз беморон ба сустии умумӣ, тез асабоният шудан ва камхобӣ шикоят намуданд. Инчунин дар вақти тадқиқот миқдори гормонҳои хун бахусус тестостерон аз аҳамият дур набуд. Ҳолати репродуктиви беморон низ аз рӯи озмоиши нутфа - спермограмма муоина карда шуд.

Пурсишномаи ИБФЭ, ки аз тарафи олим *Rosen R. S. (1997)* пешниҳод шудааст, ҳамаи ҷабҳаҳои функсияи копулятивиро дарбар гирифта, имрӯзҳо барои баҳодиҳии қобилияти шахвонӣ мард зиёд истифода мебаранд. Ин пурсишнома аз 15 суол иборат буда, ҳар як савол қисматҳои ҳолати копулятивиро ба шакли зайл инъикос менамояд:

А. Функсияи эректилӣ - саволҳои 1,2,3,4,5,15 ро дар бар гирифта ҷамъи ҳолҳо аз 1 то 30 ро ташкил медиҳад.

Б). Қонеъгардӣ аз алоқаи чинсӣ-саволҳои 6,7,8 ро дар бар гирифта ҳудуди ҳолҳо аз 0 то 15 мебошад.

В). Функсияи оргазми бошад саволҳои 9 ва 10 ро дар бар гирифта, ҷамъи ҳолҳо аз 0 то 10 мебошад.

Г). Хоҳиш яъне Либида - саволҳои 11,12 инъикос карда бемор метавонад аз 2 то 10 ҳолро соҳиб шавад.

Д). Қонеъгардии умумиро саволҳои 13 ва 14 дар бар гирифта, ҷамъи ҳолҳо аз 2 то 10 мебошад.

Ҳамин тариқ, функсияи эректилӣ ки ба саволҳои 1 то 5 ва 15 ро дар бар мегирад дар меъёр на камтар аз 26 бошад. Дар ҳолати камтар аз 26 будан ҳамчун дисфунксияи эректилӣ арзёби карда мешавад.

Натиҷаи тадқиқот. Дар вақти қабул 55 бемор аз 60 бемори зерин назоратбуда, ба камбудихоӣ ҳолати шахвонӣ шикоят намуданд, ки 91,65%-ро ташкил медиҳанд. Қоби-



ли кайд аст, ки дар ҳамаи беморони гирифтори дисфунксияи копулятивӣ, дар ин ё он ҳадд вайроншавии ҳолати психосоматикӣ мушоҳида мешавад.

Ҳамзамон, ба хотири ташҳиси тафриқавии дисфунксияи эректилии сабабаш рағӣ яъне органикӣ ба беморони зериназоратбуда доплерографияи рағҳои олотии мардӣ гузаронида шуд. Дар натиҷаи доплерография маълум гашт, ки дар беморони зериназоратбуда

назорати мо қарордошта, ки гирифтори простатити музмини абактериалӣ мебошанд, дисфунксияи эректилии сабабаш органикӣ вучуд надоранд.

Аз рӯи пурсишномаи ИБФЭ маълум гашт, ки қариб дар ҳамаи беморони дисфунксияи эректилӣ дошта, вайроншавии ҳамаи қисматҳои давраи копулятивӣ мушоҳида мешавад. Натиҷаи пурсишнома ИБФЭ дар чадвали 1 дарҷ шудааст.

Чадвали №1

Таҳқиқи вазоифи чинсӣ аз рӯи ИБФЭ дар беморони зериназоратбуда.

Нишондиҳандаи ИБФЭ	Ҳолҳои бадастовардаи беморони зериназорат буда, ҳисоби миёна (n=60)	Ҳудуди ҳолҳои ба даст овардаи беморони зериназоратбуда (n=60)
Функсияи эректилӣ	21,4±2,2 ҳол	18-23
Конёгардӣ аз алоқаи чинсӣ	9	8-11
Функсияи оргазмӣ	8	7-8
Либида	7	6-7
Конёшавии умумӣ	6	6-7

Чӣ хеле ки дар чадвали зикршуда мебинем, аз рӯи қисмати функсияи эректилӣ, ки қисми саволҳои 1 то 5 ва 15-ро ифода мекунад, меёраш на камтар аз 26 ҳол мебошад, беморони зериназоратбудаи мо ба ҳисоби миёна соҳиби 21 ҳол гаштанд. Яъне дар беморони зериназоратбуда, дисфунксияи копулятивӣ мушоҳида мешавад.

Аз натиҷаҳои аввалия маълум гашт, ки давомнокии бемории простатити музмини абактериалӣ дар аксари беморони мо зиёда аз 2 сол буд. Ба хотири мушаххас намудани вобастагии дисфунксияи копулятивӣ аз давомнокии беморӣ ба беморонро ба 3 гурӯҳ тақсим намудем. Гурӯҳи аввал бемороне, ки то як сол давомнокии беморӣ доштанд. Гурӯҳи дуввум беморони собиқаи простатити то 2 сол дошта шомил шуданд. Ба гурӯҳи саввум бошад беморони зиёда аз 3 сол собиқаи бемории простатити музмин дошта, шомил шуданд. Ҳамин тариқ дар ин се гурӯҳ ҳолҳои ба даст омадаи беморонро аз рӯи пурсишномаи ИБФЭ таҳлил намудем. Дар натиҷа беморони гурӯҳи аввал дар кулл, ки қисми ҳолҳои ҳамаи қисматҳои давраи копулятивиро дар бар мегирад ба ҳисоби миёна 66 ҳолро соҳиб шуданд. Беморони гурӯҳи дуввум, ки давомнокии бемориашон то

2 сол буд ба ҳисоби миёна 57 ҳолро ба даст оварданд. Беморони гурӯҳи сеюм, ки зиёда аз 2 сол гирифтори простатити музмин буданд ба ҳисоби миёна 50 ҳолро ба даст оварданд. Ҳамин тариқ, аз гуфтаҳои боло бармеояд, ки давомнокии равиши илтиҳоб дар простатити музмин ба давомнокии дисфунксияи копулятивӣ таъсир мерасонад. Яъне чӣ қадаре, ки бемор дер ба табобат шурӯъ кунад, беморӣ ҳамон қадар зиёдтар ба ҳолати копулятивии бемор таъсири манфӣ мегузорад. Ҳамзамон байни ин гурӯҳҳо ҳолати психосоматикӣ беморонро арзёбӣ намудем, ки натиҷааш ба натиҷаҳои пурсишномаи аз рӯи шкалаи ИБФЭ ба даст омада монанд буд. Яъне чӣ қадаре, ки давомнокии беморӣ дароз бошад, ҳамон қадар ҳолати психосоматикӣ бемор низ вайрон мегардад.

Таҳлилҳои спермограмма аз рӯи стандарти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тндурӯстӣ, ки дар соли 2010 тасдиқ шудааст, гузаронида шуд (ТУТ, 2010). Дар натиҷа дар 11 бемор олигоспермияи дараҷаи сабук мушоҳида шуд. Ҳамзамон дар 8 беморони зериназоратбудаи гирифтори простатити музмини абактериалӣ, астенозооспермия ва дар 21 нафарашон миқдори лейкоцитҳо аз меёри зиёд муайян гашт. Дар бемороне, ки



дар спермограммашон тағйиротҳо дош- танд, ба хоотири ташхиси тафриқавӣ ва му- шаххас намудани бемории ҳамрав муоинаи ултрасдои моядон гузаронида шуд. Ташхи- си ултрасадо нишон дод, ки дар ин беморон аломатҳои варикоселе дида намешавад ва андозаи тухмакхуви изофаи тухмакҳо дар худуди меъёр қарор доранд.

Аз рӯйи озмоишоти хун ба хусус озмои- ши тестостерон нисбат ба одамони солим натиҷаҳои назаррас фарқкунанда ба даст наовардем. Аз ин лиҳоз ба пуррагӣ дар ин ҷо тавзеҳ надодем.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тадқиқоти гузарони- даи мо нишон дод, ки дар беморони гириф- тори простатити музмини абактериалӣ вай-

роншавии қобилияти шаҳвонии беморон аха- мияти хос дошта, қобили арзёбӣ ва баҳодиҳии пурра мебошад. Зеро дар аксари беморони гирифтори простатити музмин вайроншавии функсияи копулятивӣ аломати асосӣ ва яке аз шикоятҳои муҳиме мебошад, ки беморро маҷ- бур месозад то ба пизишк муроҷиат намояд. Дисфунксияи копулятивӣ ба вайроншавии ҳолати психосоматикӣ оварда, боиси паст шуданси сифати ҳаёти беморон меград. Қобили қайд аст, ки баҳодиҳӣ аз рӯйи пурши- номаи байналмилалии функсияи эректилӣ (МИЭФ 15) яке аз усулҳои содда ва дастрас барои ташхиси ҳолати шаҳвонии беморон буда, тамоми қисматҳои функсияи копуляти- виро дар бар мегирад.

АДАБИЁТ

1. Абдувоҳидов А.А. Эффективность применения тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом / А.А. Абдувоҳидов, Д.Н. Солихов // Ж. "Известия Академии наук Республики Таджикистан". - Душанбе. - 2014. - №3(187). - С. 92-96.
2. Абдувоҳидов А.А. Опыт применения тамсулозина у больных с хроническим абактериальным простатитом / Д.Н. Солихов, А.А. Абдувоҳидов, Ш. Ш. Шокиров // Ж. "Вестник педагогического университета". - Душанбе. - 2014. - №5 (60). - С. 79-82.
3. Алчинбаев М.К. и др. Простатит. Современный взгляд на проблему: учебно-практическое пособие - Алматы, 2011, 70 с.
4. Аль-Шукри, С. Х. К патогенезу и профилактике хронического простатита (клинико-экспериментальное исследование) / С.Х. Аль-Шукри, А.Г. Горбачев, С.Ю. Боровец [и др.] // Урологические ведомости. - 2012. - Т. 2, № 2. - С. 15-19.
5. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н., Солихов Д.Н., Торосян О.Р. Эффективность применения алфа-1-адреноблокаторов у больных хроническим простатитом // Вестник Авиценны-2009. №2.- С.70.
6. Нусратуллоев И.Н., Солихов Д.Н., Косимов М.М., Абдувоҳидов А.А. Лечение больных хроническим абактериальным простатитом // Здравоохранение Таджикистана - 2011. №3.- С.278-280.
7. Ткачук, В. Н. Результаты 10-летнего исследования эффективности протеолитических энзимов у больных хроническим простатитом / В.Н. Ткачук, А.С. Аль-Шукри, И.Н. Ткачук, Ю.И. Стернин // Урологические ведомости. - 2015. - Т. 5, № 2. - С. 5-9.
8. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction / Rosen R. S.[et al.] // Urology 49:822-830.1997.
9. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure / M.S. Litwin [et al.] // J. Urol. 1999. Vol. 162, № 2. P.369-375.
10. Nickel J.C. Textbook of Prostatitis / J.C. Nickel/ Oxford, 1999.



ЗУХУРОТИ КЛИНИКӢ-ЭПИДЕМИОЛОГӢ, ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ПИЕЛОНЕФРИТҲОИ ШАДИД ВА МУЗМИН ДАР КӢДАКОН

Н.А. Абдуллаева¹, О.Ф. Ҳайдарова¹, М.Р. Кадирова¹, Талабов М.С.

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

Шуъбаи нефрологии МДМТ -и Истиклол

Абдуллаева Наргис Абдумавляновна - н.и.т., ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел.: 91861-00-27

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

Кадирова Мавлюда Рахмонбердиевна - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: ktavlud@mail.ru, тел.: 235-00-91

Талабов Маҳмадалӣ Сайфович, д.и.т, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии ДМТ, E.mail: m.tolobov@mail.ru, тел.: 918 67 23 15.

Дар мақола масъалаи зухуроти клиникӣ, ташхис ва муолиҷаи пиелонефритҳои шадид ва музмин дар кӯдакон таҳлил шудааст. Бемориҳои микробию илтиҳобии системаи пешоб дар сохтори тамоми бемориҳо дар кӯдакон ва наврасон яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол мекунанд. Паҳншавии сироятҳои роҳҳои пешоб хеле зиёд буда, ба ҳиссаи онҳо

то 80% аз тамоми бемориҳои узвҳои системаи пешоб рост меояд. Бемории пиелонефрит бемории ғайриҳоси сироятию илтиҳобии гурдаҳо бо ихтилоли бештари системаи чомчаю ҳавзак ва бофтаи тубулоинтерстициалии паренхимаи гурдаҳо мебошад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, пиелонефрит, фони номатлуби прерорбидӣ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

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

Абдуллаева Наргис Абдумавляновна - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел.: 91861-00-27

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

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

Талабов Маҳмадали Сайфович, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней ТНУ, E.mail: m.talabov@mail.ru . тел.: 918 67 23 15.

Клиническая картина пиелонефрита зависит от возраста ребенка, от активности про-

цесса и наиболее тяжелее протекает у детей раннего возраста с неблагоприятным прерор-



бидным фоном (анемия, гипотрофия, рахит), чем у детей старшего возраста. Своевременная диагностика и правильная тактика лечения острого пиелонефрита дает благоприят-

ный исход, а при хроническом пиелонефрите отмечалась более длительная ремиссия.

Ключевые слова: пиелонефрит, преморбидный фон, дети.

CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

Department of propaedeutics of children's diseases (Head of the department, associate professor Babaeva L.A.) of ATSMU. Department of nephrology of PI MC Istiqlol.

Abdullaeva Nargis Abdumavlyanovna - c.m.s., assistant of the department of Propaedeutics of children's diseases of ATSMU, E.mail: nargis0027@jmail.com, ph: 91861-00-27.

Khaidarova Oygul Fazlidinovna - c.m.s., senior teacher of the department of Propaedeutics of children's diseases of ATSMU, E.mail: oigulfazl@jmail.com, ph:988-58-96-91.

Kadyrova Mavlyuda Rakhmonberdievna - assistant of the department of Propaedeutics of children's diseases of ATSMU, E.mail: kmavlud@mail.ru, ph: 235-00-91

Talabov Mahmatali Sayfovich - Phd, professor of the department of epidemiology and infectious diseases of medical faculty of National Tajik University.

E-mail: m.talabov@mail.ru Telephone number: +992918672315

The clinical picture of pyelonephritis depends on the age of the child, on the activity of the process and most severely occurs in young children with an unfavorable premorbid background (anemia, hypotrophy and rickets) than in older children. Timely diagnosis and the

correct tactics for the treatment of acute pyelonephritis give a favorable outcome and in chronic pyelonephritis there was a longer remission.

Key word: children, pyelonephritis, premorbid background.

Муҳимият. Бемориҳои микробию илтиҳобии системаи пешоб дар сохтори тамоми бемориҳо дар кӯдакон ва наврасон яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол мекунанд. Паҳншавии сироятҳои роҳҳои пешоб хеле зиёд буда, ба ҳиссаи онҳо то 80% аз тамоми бемориҳои узвҳои системаи пешоб рост меояд. Бемории пиелонефрит бемории ғайрихоси сироятӣ илтиҳобии гурдаҳо бо ихтилоли бештари системаи ҷомчаю ҳавзак ва бофтаи тубулоинтерстициалии паренхимаи гурдаҳо мебошад.

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани зухуроти клиникӣ, таъхис ва муолиҷаи пиелонефритҳои шадид ва музмин дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: таҳлили ретроспективии 40 таърихи бемориҳои кӯдакони мубталои пиелонефрит, ки давоми соли 2018 дар шуъбаи нефрологии МД МТ "Истиқлол" дар муолиҷаи статсионарӣ қарор доштанд, гузаронда шуд. Дар байни

онҳо аз 1-сола то 3-сола 13 кӯдак (32,5%), аз 3 то 7-солаи гирифтори пиелонефрити шадид - 33 (82,5%) кӯдак, гирифтори пиелонефрити музмин - 7 (17,5%) кӯдак; аз инҳо духтарон - 28 нафар (70%), писарон - 12 нафар (30%) - ро ташкил карданд.

Ба тамоми кӯдакон таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, таҳлили умумии пешоб, кишти пешоб ба флора, ТУС-и гурдаҳо гузаронда шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо: аз анамнез ошкор гардид, ки омили ирсӣ дар 5 кӯдак (12%), фони номатлуби преморбидӣ дар кӯдакони синни барвақт: анемия - 12 нафар (30%), гипотрофия - 7 нафар (51%), рахит - 11 нафар (84,6%); бемориҳои азсаргузаронда: сирояти шадиди респиратории вирусӣ (СШРВ), бемориҳои илтиҳобӣ дар духтарон (вулвитҳо, вулвовагинитҳо) ва кӯдакони кӯдакони сини калон - СШРВ, ангинаҳо қайд шуданд.



Ҳангоми муоина - рангпаридагии рӯйпӯшҳои пӯст ва луобпардаҳо, сианози перiorбиталӣ, варам кардани рӯй (варамчаи пилкҳои боло ва поён) мушоҳида шуданд.

Дар манзараи клиникии пиелонефрити шадид аломатҳои захрулоди (камқувватӣ, бемадорӣ, мондашавӣ, вайроншавии хоб, баландшавии ҳарорати бадан), махсусан дар кӯдакони синни барвақт мушоҳида шуд. Аксаран дар кӯдакони соли аввали ҳаёт гипотрофия ва рахит (аз ҳисоби вайроншавии ҳизо) қайд шуд. Дар кӯдакони синни калон синдроми дард қайд шуд, дард дар ноҳияи камар мавқеъи гирифта буд (симптоми Пастернатский аз як ё ду тараф мусбат буд), иллатҳои дизуриқӣ дар натиҷаи зуд-зуд пешобкунӣ ва ё дер пешобкунӣ ба вучуд меомаданд, симптомҳои интоксикация бошад, возеҳияти кам доштанд.

Зухуроти клиникии пиелонефрити музмин нисбатан гуногуншаклтар буданд, ҳангоми авҷгирии пиелонефрити ретсидившаванда аломатҳои пиелонефрити шадид қайд мешуданд, вале одатан ҳамаи симптомҳо қамаён буданд.

Аксаран ҳангоми пиелонефрити музмин дар кӯдакон ва наврасон аломатҳои астения қайд мешуданд: онҳо қахролуданд, зуд монда мешаванд, дарسخониашон суст аст. Дар кӯдакони синни барвақт сустинкишофёбӣ қайд мешуд.

Аз тарафи маълумотҳои лабораторӣ дар таҳлили умумии хун лейкоцитоз бо тағйирёбии формула ба чап ва Суръати тези таҳшинии эритроцитҳо, дар 22 кӯдак (55%) -анемия қайд шуд. Дар таҳлили умумии пешоб протеинурияи кам (камтар аз 1г/л), лейкоцитурия ва гематурияи кам қайд шуд. Дар таҳлили биохимиявии хун диспротеинемия (12%), гипокалсиемия (84%), С- сафедаи реактивӣ -мусбат (+, ++) ошкор карда шуд.

Дар ташҳиси пиелонефрити киштҳои пешоб ба флор аҳамияти калон дошт, ки асосан *E. Coli* (50%) ва *Proteus mirabilis* (7%) кишт карда мешуд. Дар ТУС-и гурдаҳо манзараи пиелонефрит қайд шуд.

Ташҳиси пиелонефрити шадид дар кӯдакони синни хурд душвор аст, дар ҳар як кӯдаки синни аввали ҳаёт истисно кардани

пиелонефрит ҳангоми табларзаҳои мотивациянашуда, интоксикацияҳо ва зухуроти диспептиқӣ зарур меомад, ташҳиси ин беморӣ дар кӯдакони синни калон бошад, одатан душворӣ пеш намеовард, зеро ба манзараи ҳоси клиникӣ (табларза, дард дар паҳлӯ, дизурия) ва ба аломатҳои лабораторӣ асос меёфт.

Ташҳиси пиелонефрити музмин ба чараёни бардавоми беморӣ (зиёда аз 6 моҳ), авҷгириҳои такрорӣ ва ошкоркунии иллатҳои системаи ҷомҷаву ҳавзак дар натиҷаи сирояти бактериалӣ асос меёфт.

Муолиҷаи пиелонефрит ба таври маҷмӯӣ гузаронда мешуд, ки маводи антибактериалӣ ва табобати патогенетию симптоматиро дар бар мегирад. Вобаста аз вазнинии ҳолати бемор ва фаъолнокии раванд, речаи муайян таъйин карда мешуд. Дар давраи шадиди беморӣ, ҳангоми симптомҳои возеҳи интоксикация, речаи бистарӣ таъйин карда мешуд; тамоми кӯдакон мизи №5 қабул мекарданд. Асоси муолиҷаи доруии пиелонефрит - табобати антибактериалӣ буд. Ҳангоми интиҳоби маводи доруворӣ, ҳассоснокӣ ва нефротоксикӣ ба назар гирифта шуда, вояҳо вобаста ба синну сол таъйин карда мешуданд. Ҳангоми чараёни вазнин ва миёнавазнини пиелонефрит, дорухоро ба таври парентералӣ (дохиливаридӣ ё дохилимушакӣ) ворид мекардем, дар давраи оромшавии фаъолнокии беморӣ бошад, беморон антибиотикҳоро пероралӣ қабул мекарданд. Антибиотикҳои бештар истифодашаванда пеницилинҳои ингибитормуҳофизатшуда (аугментин, амоксиклав) ва сефалоспоринҳои насли 3-юм ва 4-ум (сефотаксим, сефтазидим, сефазалин) буданд. Пас аз як даври табобати антибиотикӣ, муолиҷаҳо бо уроантисептикҳо давом медедом. Аз гурӯҳи нитрофуранҳо бештар фурагин, фурамаг per os, препаратҳои кислотаи налидиксовӣ (неграм, невигамон) истифода мекардем, ки давомнокии давр 7-10-рӯзро ташкил мекард. Ба кӯдакони синни барвақт, инчунин синни нисбатан калон, ҳангоми чараёни вазнини беморӣ, табобати дезинтоксикасионӣ гузаронда мешуд. Рӯзҳои 5-7-уми пас аз оғози беморӣ ҳанго-



ми оромшавии раванди микробию илтихобӣ джар заминаи маводи антибактериалӣ, табобати патогенӣ (зиддиилтихобӣ, масу-нислоҳкунанда, антиоксидантӣ), инчунин табобати симптоматӣ таъйин карда мешуд.

Хулоса. Манзараи клиникии пиелонефрит аз синну соли кӯдак, аз фаъолнокии раванд вобаста буда, дар муқоиса бо кӯдако-

ни синни калон, дар кӯдакони синни барвақт бо фони номатлуби преморбидӣ (анемия, гипотрофия, рахит) нисбатан вазнинтар чараён мекунад. Ташхиси саривақтӣ ва тарзи дурусти муолиҷаи пиелонефрити шадид, натиҷаҳои хуб дода, ҳангоми пиелонефрити музмин ремиссияи давомноктар мушоҳида карда шуд.

АДАБИЁТ

1. Малкоч А.В. Пиелонефрит у детей: классификация, течение, диагностика и лечение / А.В. Малкоч, В.А. Гаврилова // Лечащий врач.- 2006.- №7.-С 20-24.
2. Папаян А.В. Клиническая нефрология детского возраста / А.В. Папаян., Н.Д.Савенкова., СПб:Сотис, 2000.- 712с
3. Беляева Л.М. Воспалительные заболевания мочевой системы у детей. Диагностика и лечение /Л.М. Беляева, Е.А.Колупаева // Медицинские новости. - 2007. - №5. - С.35-40.
4. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей: учеб. - метод.пособие / З. А. Станкевич.

ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРЁНИИ МУСТАҚИЛ ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ МИЁНА

Д.А. Қодирова

Кафедраи тиббии оилавии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Қодирова Д.А.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Қодирова Д.А. д.и.т., профессор, мудири кафедраи тиббии оилавии № 1-и ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, e-mail Kadirova_d@mail.ru тел.: +992 907 83 99 88

Мақсади таҳқиқот омӯзиши зухуроти клиникии фишорбаландии систоликии мустақил дар занҳои миёнсол.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади омӯзиши аломатҳои клиникӣ ва чараёни фишорбаландии систоликии мустақил 120 нафар зани синну соли аз 50-сола боло (аз 50 то 60-сола) дар Маркази саломатии №2-и ш. Душанбе мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Таҳқиқоти занҳои дорои фишорбаландии систоликии мустақил инҳоро дар бар гирифт: муайян кардани устувории баланд шудани фишори шарёнӣ ва дараҷаи вазнинии фишорбаландии шарёнӣ, истисно кардани гипертонияи шарёнии симптоматикӣ ё идентификатсияи шаклҳои он; баҳодиҳии хатари умумии дилу рағҳо бо муайян кардани омилҳои дигари хатари бемориҳои дилу рағҳо; ташхиси узвҳои осебди-

даи ҳадаф ва ҳолатҳои муштараки клиникӣ, ки ба оқибати беморӣ ва самаранокии табобат таъсир мерасонанд. Таҳлилҳои биохимиявии хун бо усулҳои стандартӣ дар базаи озмоишгоҳи Маркази миллии ташхисии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва МТС №№2,10 иҷро карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот нишон медиҳанд, ки мавҷуд будани тағйиротҳои нисбатан возеҳтари узвҳои ҳадаф ҳангоми ин бемории занон мавҷуданд. Дар аввал дар як қисми беморон бемории фишорбаландӣ пайдо шуда, фишори систоликӣ ва диастоликӣ баланд шудааст. Минбаъд трансформатсияи фишорбаландии систоликӣ -диастоликӣ ба фишорбаландии систоликӣ ё фишорбаландии систоликии шахсони калонсол (мустақил) ба амал меояд. Мо тағйироти возеҳи нишондиҳандаҳои биохимиявии хун, маҳз сам-



ти атерогении мубодилаи липидҳо ва баланд шудани нишондодҳои системаи лахтабандии хунро муайян кардем, ки омили нохуби инкишофи оризаҳои беморӣ ба ҳисоб меравад.

Хулоса. Дар занҳои синни миёнаи гирифтори фишорбандии мустақили систолиқӣ пешравии басомад ва возеҳии симптомҳои узви осебдидаи ҳадаф ба мушоҳида мерасад. Тақрибан дар нисфи занҳои дорои ин пато-

логия хатари зиёд ва ниҳоят зиёди пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо дида мешавад.

Самти атерогении мубодилаи липидҳо ва зиёд шудани нишондиҳандаи системаи лахтабандии хун омили нохуби пайдошавии оризаҳои фишорбандии мустақили систолиқӣ дар занҳои синну соли миёна ба ҳисоб меравад.

Калимаҳои калидӣ: фишорбандии мустақили систолиқӣ, сини миёна, занҳо, бемориҳои дилу рағҳо.

СИСТОЛИЧЕСКАЯ ИЗОЛИРОВАННАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Кадырова Д.А. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, e-mail: kadirova_d@mail.ru, тел.: +992907839988

Целью исследования явилось изучение клинических проявлений ИСГ у женщин среднего возраста.

Материалы и методы исследования. Для изучения клинических проявлений и течения ИСГ были обследованы 120 женщин в возрасте старше 50 (от 50 до 60 лет) лет в городском центре здоровья № 2 города Душанбе. Обследование женщин с ИСГ включало следующее: определение стабильности повышения АД и степени тяжести АГ, исключение симптоматической артериальной гипертензии (САГ) или идентификация её формы; оценка общего сердечно-сосудистого риска (ССР) с выявлением других факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ); диагностика поражений органов мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС), влияющих на прогноз заболевания и эффективность лечения. Биохимические исследования крови проводились унифицированными методами на базе лаборатории Национального диагностического центра РТ и ГЦЗ №№ 2,10.

Результаты исследования демонстрируют наличие более выраженных изменений со стороны органов мишеней у женщин среднего возраста с ИСГ. Изначально у ча-

сти женщин развивалось заболевание - гипертоническая болезнь, при повышении систолического и диастолического давления. В дальнейшем наблюдалась трансформация систоло-диастолической гипертонии в систолическую или систолическую (изолированную) гипертонию старших возрастов. Нами выявлены нарушения биохимических показателей крови, а именно атерогенная направленность в липидном обмене и повышение показателей свертывающей системы крови, что является неблагоприятными факторами в развитии осложнений заболевания.

Выводы. У женщин с ИСГ среднего возраста наблюдается прогрессирование частоты и выраженности симптомов поражения органов мишеней. Почти у половины женщин с данной патологией наблюдается высокий или очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Атерогенная направленность в липидном обмене и повышение показателей свертывающей системы крови, являются неблагоприятными факторами в развитии осложнений ИСГ у женщин среднего возраста.

Ключевые слова: изолированная систолическая гипертония, средний возраст, женщины, сердечно-сосудистые заболевания.



SYSTOLIC ISOLATED HYPERTENSION IN WOMEN OF MIDDLE AGE

D.A. Kadirova- MD, Professor, Head of the Department of Family Medicine №1 of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: kadirova_d@mail.ru, phone: +992907839988

The objective of the research is to study the clinical implications of the SIH among middle-aged women.

Materials and research methods. 120 women over the age of 50 (from 50 to 60 years old) were examined to study clinical implications and development of SIH at the City Health Centre №2 in Dushanbe. The examination of the women with SIH included the following: identification of stability of blood pressure (BP) and severity of arterial hypertension (AH); exclusion of symptomatic arterial hypertension (SAH) or identification of its form; assessment of general cardiovascular risk (CVR) with detection of other risk factors (RF) of cardiovascular diseases (CD); diagnostics of target organs' lesion (TOL) and associated clinical conditions (ACC) that have an impact on prognosis of the disease and treatment efficacy. All women had biochemical blood testing by applying unified methods at the laboratory of the National Diagnostics Centre of the Republic of Tajikistan and City Health Centre №2 and №10.

The results of the research show the presence of more evident changes in target organs among

Муҳиммият. Аксари бештари таҳқиқотҳои эпидемиологӣ нишон медиҳанд, ки баъди 50-солгӣ дар занҳо инкишофи баланди фишори шарёнӣ (ФШ) ба мушоҳида мерасад [1,4,6].

Пристром М.С қайд кардааст, ки барои афзоиш ёфтани фишори шарёнӣ (ФШ) дар занҳо тағйироти синнусолии морфофизиологӣ мусоидат мекунад. Бо гузашти синну сол дар натиҷаи атрофияи унсурҳои мушакҳо чандирии девораи рағҳо ва кашишхӯрии девораи абҳар, шоҳаҳои асосии он, ҳамчунин шарёнҳои канорӣ паст мешавад; муқовимати рағҳои канорӣ баланд мешавад. Ғайр аз ин, функсияи бароретсепторҳо дар мавзеи камони абҳар (аорта) ва синусҳои каротидӣ, системаҳои ренин-ангиотензин-

middle-aged women with (SIH). Initially the hypertensive disease was developing among some women with increase in systolic and diastolic pressure. At a later stage transformation of systolic-diastolic hypertension into the systolic or systolic (isolated) hypertension among elderly people was observed. We have detected disruptions of biochemical blood indicators, namely atherogenic orientation in lipid metabolism and increase of blood coagulation system's indicators which are adverse factors in development the disease's complications.

Conclusions: Progression of frequency and intensity of symptoms of target organs' lesion is observed among middle-aged women with SIH. Almost half of the women with this condition have a high or very high risk of cardiovascular complications (CVC).

Atherogenic orientation in lipid metabolism and increase of blood coagulation system's indicators are adverse factors in development of SIH complications among middle-aged women.

Key words: isolated systolic hypertension, middle-aged, cardiovascular diseases

алдо-стеронови ва дигар системаҳо, ҳосилшавии гормони пешдилу натрийуретикӣ ва омили эндотелиалии релаксиявӣ (оксид азота) вайрон мешавад [4].

Мувофиқи таърифи А.З. Сфасман, Н.Х. Ҳамидов [6] ва баъдан М.С Пристр [4] фишорбаландии систоликии калонсолон ё ба истилоҳ фишорбаландии систоликии мустақил (ФСМ) ин фишорбаландии шарёнӣ дар шахсони аз 60-сола боло, яъне калонсолон (60-74-сола) ва пиронсолон (75-89-сола) мебошад, ки дар намуди баланд шудани фишори систоликии шарёнӣ (ФСШ) ҳангоми муътадил будани фишори диастоликӣ (ФД) ба қайд гирифта мешавад.

Экспертҳои ТУТ чунин таърифро пешниҳод кардаанд: "Фишорбаландии систоликии



мустикал (ФСМ) -ин истилоҳи умумӣ аст, ки барои тавсифи ҳамаи беморони дорои фишори шарёнии баланди систоликӣ, баробари 140 мм сут. сим. ва ё аз он баландтар ё фишори шарёни диастоликии камтар аз 90 мм сут.сим. ба қор бурда мешавад [4]. Дар ҳамаи таҳқиқотҳо донишмандон таъкид мекунанд, ки дар беморони гирифтори фишорбаландии систоликии мустикал (ФСМ) бештар оризаҳои дилу рағҳо монанди инфаркти миокард ва инсулт ба мушоҳида мерасад [1,2,6]. Аз ҷиҳати хусусияти ФШ, динамикаи вай, симптоматикаи клиникӣ типҳои 1 ва 2, шаклҳои гипертонияи тағйирёбанда ва устуворро ҷудо кардан мувофиқи мақсад аст [1, 4,6].

Мувофиқи малумоти Қодирова Д.А. [2] бухронҳои гипертоникӣ ҳангоми фишорбаландии систоликии мустикал зуд-зуд дида мешаванд ва хусусиятҳои махсуси зохиршавии худро доранд.

Паҳншавии фишорбаландии систоликии мустикал дар байни калонсолон аз 10 то 20% -ро ташкил медиҳад [1]. Дар мардҳо ва занҳои аз 55-сола калонтар басомади фишорбаландии систоликии мустикал меафзояд, дар занҳо ин ҳолат босуръаттар аст [6]. Мувофиқи таҳқиқоти Фремингемӣ, фишорбаландии систоликии мустикал дар 14% - и мардҳо ва 23%-и занҳои аз 65-сола калонтар дида мешавад [4]. Бештари таҳқиқотҳо ба омӯзиши фишорбаландии систоликии мустикал дар шахсони калонсол ва пиронсол бахшида шудаанд [1,6]. Ин далелро, ки басомади ФШ дар занҳо пас аз 50-солагӣ дида мешавад, ба ҳисоб гирем ва аксари муаоллифон инро ба қатъ шуджани давраи ҳайзбинӣ вобаста медонанд [2], омӯзиши фишорбаландии систоликии мустикал дар занҳои миёнсол масъалаи хеле мубрам боқӣ мемонад.

Мақсади таҳқиқот омӯзиши зухуроти клиникаи фишорбаландии систоликии мустикал дар занҳои миёнсол.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади омӯзиши аломатҳои клиникӣ ва ҷараёни фишорбаландии систоликии мустикал 120 нафар зани синну соли аз 50-сола боло (аз 50 то 60-сола) дар Маркази саломатии №2-

и ш. Душанбе мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Таҳқиқоти занҳои дорои фишорбаландии систоликии мустикал инҳоро дар бар гирифт: муайян кардани устувории баланд шудани фишори шарёни ва дараҷаи вазнинии фишорбаландии шарёни, истисно кардани гипертонияи шарёнии симптоматикӣ ё идентификатсияи шаклҳои он; баҳодиҳии ҳатари умумии дилу рағҳо бо муайян кардани омилҳои дигари ҳатари беморҳои дилу рағҳо; ташҳиси узвҳои осебдидаи ҳадаф ва ҳолатҳои муштараки клиникӣ, ки ба оқибати беморӣ ва самаранокии табобат таъсир мерасонанд. Аз таҳқиқот қартаҳои амбулатории занҳои бемори дорои аломатҳои фишорбаландии симптоматикаи шарёни хориҷ қарда шуданд. Бо мақсади хориҷ кардани фишорбаландии симптоматикаи шарёни анамнез, маълумотҳои клиникӣ ва лабораторӣ ба таври муфассал ва ҷиддӣ омӯхта шуданд.

Дар пацсиентҳо таҳқиқоти ултрасадоии гурдаҳо, фавкулгурдаҳо, гадуди сипаршакл анҷом дода шуд. Ҳамчунин таҳаммулпазирии глюкоза, муҳтавои электролитҳо дар хун, экскретсияи 17-кетостероидҳо бо пешоб, сатҳи гормонҳои тиреоидӣ, аз рӯи нишондодҳои АКТГ ва кортизол дар зардҷоиби хун муайян қарда шуд. Муайян кардани осебҳои узвҳои ҳадаф, ҳолатҳои муштараки клиникӣ, ҳамчунин оризаҳои дилу рағҳо дар беморони гирифтори фишорбаландии мустикали систоликӣ мувофиқи тавсияҳои байналмиалалӣ гузаронида шуданд.

Таҳлилҳои биохимиявии хун бо усулҳои стандартӣ дар базаи озмоишгоҳи Маркази миллии ташҳисии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва МТС №№2,10 иҷро қарда шуд. Холестерини умумӣ (ХУ, ммол/л), холестерини липопротеидҳои зичиашон олий (ХЛЗО, ммол/л), холестерини липопротеидҳои зичиашон кам (ХЛЗК, ммол/л), холестерини липопротеидҳои зичиашон хеле кам (ХЛЗХК, ммол/л) омӯхта шуданд. бо маҷмӯаҳои стандартӣ коэффициенти атерогеннокӣ (КА) ҳисоб қарда шуд. Аз рӯи нишондиҳандаҳои системаи лахтабандии хун муҳтавои фибриногени плазма (бо усули Рутберг) дар мг/мл омӯх-



та шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ 20 нафар зани (дар муқоиса аз синну соли гурӯҳи асосӣ занҳои дорои фишорбаландии мустақили систолиқӣ -80 нафар) дорои нишондиҳандаи муътадили фишори шарёӣ дохил карда шуданд. Ба ин гурӯҳ тақрибан занҳои солим ворид гаштанд, ки аз вазъи саломатиашон шикоят надоштанд. Тағйиротҳое, ки дар онҳо ҳангоми таҳқиқотҳои умумиклиникӣ ошкор карда шуданд, аз ҷумла сатҳи фишори шарёӣ дар ҳудуди меъёрҳои физиологӣ ин синну сол қарор доштанд. Коркарди омории мавод бо усулҳои стандартӣ омори вариатсионӣ, аз ҷумла таҳлили коррелятсионӣ, бо ёрии пакетҳои омории барномаи Microsoft Excel 7 анҷом дода шуд. Маълумотҳо дар шакли $M \pm m$ пешниҳод карда шуданд, дар ин ҷо M - ифодаи миёнаи бузургӣ, m - дуршавии стандартӣ аз меъёр буд. Барои баҳо додан ба эътимоднокии фарқиҳои байни ифодаҳо аз t -критерияи Стюдент истифода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар 68,1% -и занҳои дорои фишорбаландии мустақили систолиқӣ ҳангоми ҷамъовари анамнез тамоюли ирсӣ ба қайд гирифта шуд. Давомнокии чараёни фишорбаландии мустақили систолиқӣ аз синну сол вобастагии бевосита дошт. Дар гурӯҳи беморони 50-55-сола бештар давомнокии то 5 соли фишорбаландӣ дида шуд. Дар гурӯҳи занҳои 56-60-сола бештар лет чаще встречается длительность гипертонии до 5 лет, а в группе пациенток 56-60 давомнокии фишорбаландӣ то 6 сол буд.

Аз анамнез ва маълумотҳои картаи амбулатории беморон муқаррар карда шуд, ки чунин оризаи фишорбаландии мустақили систолиқӣ монанди бурҳони гипертоникӣ бо басомади аз 1 то 4 маротиба дар як сол дар 58,4% -и занҳо ва зиёда аз 4 маротиба дар як сол дар - 41,6%-и беморон ба назар расид. Оризаҳои дигари фишорбаландии мустақили систолиқӣ, монанди инсулт, дар 9,3%-и занҳо, инфаркти миокард дар 7,8%-и занҳо ба қайд гирифта шуд. Бояд зикр намуд, ки бештари занҳои гирифтори фишорбаландии мустақили систолиқӣ (61,2%) вучуд доштани ин бемори-

ро наредонистанд, 69,9%-и беморон қаблан дар қайди диспансерӣ саби нашуда буданд, 46,2% -и доруҳои гипотензивӣ истеъмол накардаанд.

Мавҷуд будани гипертрофияи меъда-чаи чап дар ҳар як зани дуюм, вайроншавии протсеси реполяризатсияи меъдачаи чап дар 80,1% -и ҳолатҳо, аломатҳои вайроншавии гардиши хуни коронарӣ - дар 38,9%, аритмия - дар 29,6%, ретинопатияи гипертоникӣ - дар 87,2%, тағйирёбии функцияи гурдаҳо - дар 82,2%, чарбсорӣ - дар 54,1% ва тақсимшавии абдоминалии чарб- дар 61,6% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Муқаррар карда шуд, ки тақрибан дар 56,7% -и занҳои гирифтори фишорбаландии мустақили систолиқӣ хатари зиёд ва хеле зиёди оризаҳои дилу рағҳо мушоҳида мешавад.

Омӯштани нишондиҳандаҳои мубодилаи липидҳо нишон дод, ки сатҳи холестерини умумии хун, ХЛЗК, ХЛЗЛК, КА (коэффициенти атерогенотикӣ) дар занҳои гирифтори фишорбаландии мустақили систолиқӣ назар ба ҳамин гуна нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан баланд буд, муҳтавои ХС ЛПВП дар гурӯҳи асоии беморон рӯ ба камшавӣ дорад (ҷадвали 1).

Натиҷаи таҳқиқотҳои мо нишон медиҳанд, ки дар занҳои гирифтори фишорбаландии мустақили систолиқӣ вайроншавии мубодилаи липидҳо ва системаи лахтабандии хун вучуд дорад. Баланд шудани нишондиҳандаҳои системаи лахтабандии хун назар ба ҳамин гуна нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ омили нохуби оқибати беморӣ ва пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо ба ҳисоб меравад.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки мавҷуд будани тағйиротҳои нисбатан возеҳтари узвҳои ҳадаф ҳангоми ин бемории занон мавҷуданд. Дар аввал дар як қисми беморон бемории фишорбаландӣ пайдо шуда, фишори систолиқӣ ва диастолиқӣ баланд шудааст. Минбаъд трансформатсияи фишорбаландии систолиқӣ -диастолиқӣ ба фишорбаландии систолиқӣ ё фишорбаландии систолиқӣ шахсони калонсол (мустақил) ба амал меояд.



Чадвали 1

Нишондиҳандаҳои биохимиявии хун дар занҳои гирифтори фишорбандии мустақили систоликӣ

Нишондодҳо	Гуруҳи назоратӣ n=20	Гуруҳи асосӣ Беморони дорои ШФМ n=80
Холести. умумӣ, ммол/л	5,41±0,12	6,84±0,16*
ТГ, ммол/л	1,77±0,12	2,22±0,11*
ЛПЗО, ммол/л	1,38±0,03	1,26±0,06*
ЛПЗХК, ммол/л	3,75±0,05	4,53±0,08*
ЛПЗНК, ммол/л	0,34±0,02	0,46±0,03*
КА	3,19±0,05	4,24±0,04*
Сафедаи умумӣ, ммол/л	72,23±1,16	73,57±0,67
Глюкозаи хун, ммол/л	5,1±0,7	5,4±0,9
Вақти протромбини (тромбопластинии) плазма %	90,2±3,2	106±2,7*
Фибриноген	9,4±0,06	18,2±0,05*

*- бузургии оморӣ ($p < 0,05$) аз ҳамин гунна нишондиҳандаҳои гуруҳи назоратӣ фарқ мекунад.

Мо тағйироти возеҳи нишондиҳандаҳои биохимиявии хун, маҳз самти атерогении мубодилаи липидҳо ва баланд шудани нишондодҳои системаи лахтабандии хунро муайян кардем, ки омили нохуби инкишофи оризаҳои беморӣ ба ҳисоб меравад.

Хулоса, Дар занҳои синни миёнаи гирифтори фишорбандии мустақили систоликӣ пешравии басомад ва возеҳии симптомҳои узви осебдидаи хадаф ба мушоҳи-

да мерасад. Тақрибан дар нисфи занҳои дорои ин патология хатари зиёд ва ниҳоят зиёди пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо дида мешавад.

Самти атерогении мубодилаи липидҳо ва зиёд шудани нишондиҳандаи системаи лахтабандии хун омили нохуби пайдошавии оризаҳои фишорбандии мустақили систоликӣ дар занҳои синну соли миёна ба ҳисоб мераванд.

АДАБИЁТ

1. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милукова О.М. Систолическая артериальная гипертония у пожилых РМЖ, Том 5 №20, 1997.
2. Кадырова Д.А. Семейная медицина. - Душанбе, 2017 - 357 с.
3. Кадырова Д.А., Сафохонов Д.Т., Ганиева Ф.С., Эшанкулова Г.А. Качество жизни больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2014. №3. -С.58-61.
4. Пристром М.С. Изолированная систолическая гипертензия: клиника, медикаментозное лечение. // Журнал "Медицинские новости". - 2000. №8.- С. 67-68
5. Цфасман А. З. Артериальные гипертонии в старших возрастах. - Душанбе, 1985. - 158 с.
6. Hypertension in the Elderly: Prevalence and Health Seeking Behavior/ P. Chinnakali [et al.]// N Am J Med Sci.- 2012. - V.4, №11. -P. 558-562.



ИСЛОҶИ ИХТИЛОЛҶОИ ГОРМОНАЛИИ ДУХТАРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ РИХИНАКИ ОДДӢ (ACNE VULGAVIS)

Н.Ф. Одинаева

Мудири шуъбаи "Модару кӯдак"-и Муассисаи шаҳрии Маҷмааи тандурустии "Истиклол"

Одинаева Нигина Фарҳодовна, доктори илмҳои тибб, Муассисаи шаҳрии Маҷмааи тандурустии "Истиклол", мудири шуъбаи "Модару кӯдак", Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Н. Қаробоев -60, тел. +992 901 07 07 01, e-mail: Odinaeva_nigina@mail.ru

Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда арзёбии самаранокии "Спинолактон" дар духтарон-навҷавонони дорои рихинаки оддӣ (*Acne vulgaris*) мебошад, ки дорои таъсири антиандрогенӣ аст. Таҳти муоинаи мо 30 бемори синну соли аз 16 то 18-солаи дорои рихинаки оддӣ (*Acne vulgaris*)-и дараҷаҳои миёна-вазнин қарор доштанд, ки дар онҳо ихтилолҳои ҳамроҳшудаи синкли менструалӣ муайян карда шуд. Истифодаи "Спинолактон" дар табобати ҳолатҳои гиперандрогенӣ статуси пӯст дар 72%-и ҳолатҳо беҳтар шуда-

аст, аммо дар муқоиса аз доруҳои гестагендор вай муътадил шудани функсияи хайзбинӣ ва барқароршавии андозаи тухмдонҳоро камтар беҳтар месозад. Ба ин нигоҳ накарда таҳаммулпазирии хуби "Спинолактон" ва майли зиёд доштани патсиентҳо ба имконпазирии истифодаи он ба сифати табобати алтернативии ҳолатҳои гиперандрогенӣ дар духтарони наврас далолат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: ислоҳ, ихтилолҳои гормоналӣ, бемории рихинак (*Acne vulgaris*), доруи "Спинолактон"

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВУШЕК С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.Ф. Одинаева

Одинаева Нигина Фарҳодовна, доктор медицинских наук, Городское Учреждение Медицинский комплекс "Истиклол", заведующая отделением "Мать и дитя", Республика Таджикистан, г. Душанбе, улица Н. Карабаева 60, тел. +992 901 07 07 01, e-mail: Odinaeva_nigina@mail.ru

Резюме: Оценивалась эффективность препарата "Спинолактон", который обладает антиандрогенным действием, у девушек-подростков с вульгарными угрями. Под наблюдением находились 30 пациенток в возрасте от 16 до 18 лет с вульгарными угрями лёгкой и умеренно-тяжёлой степенью, у которых были выявлены сопутствующие гормональные нарушения. Применение данного препарата в терапии гиперандрогенных состояний улучшило кожный статус в 72% случаев, хотя он в меньшей степени приво-

дил к нормализации менструальной функции и восстановлению размеров яичников. Несмотря на это, хорошая переносимость данного препарата и большая приверженность пациентов к нему, указывают на возможность применения "Спинолактона" в качестве альтернативной терапии гиперандрогенных состояний у девушек-подростков.

Ключевые слова: коррекция, гормональные нарушения, угревая болезнь, препарат "Спинолактон".



CORRECTION OF HORMONAL DISORDERS AT GIRLS WITH ACNE

N.F. Odinaeva

Odinaeva Nigina Farkhodovna, doctor of medical sciences, Head of the Department "Mother and Child", Public Institution Medical Complex "Istiqlol", Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. N. Karabaeva 60, tel. +992 901 07 07 01, e-mail: Odinaeva_nigina@mail.ru

Summary: The effectiveness of the drug "Spironolactone" which has antiandrogen effects at teenage girls with "acne vulgaris", was estimated. The study included 30 patients aged from 16 to 18 years with mild acne and mild to moderate severity acne, who had concomitant hormonal disorders. The use of this drug in the treatment of hyper androgenic condition improved the skin status in 72% of cases,

although a lesser extent led to the normalization of the menstrual function in restoring the size of the ovaries. Despite this, the good tolerability of this drug and the greater commitment of patients to it, indicate the possibility of using "Spironolactone" as an alternative therapy for the hyper androgenic state in adolescent girls.

Keywords: correction, hormonal disorders, acne disease, drug "Spironolactone"

Тибқи маълумоти адабиётҳои илмӣ, тақрибан 30%-и популятсияи занҳо ин ё он зуроти гиперандрогенияро доранд [1,2,3]. Бо мақсади ислоҳ кардани ҳолатҳои гиперандрогенӣ контрацептивҳои оралии омехтара [2] ба таври васеъ истифода мекунад. Аммо, духтарон ва навҷавонон аксар вақт аз истифодаи контрацептивҳои оралии омехта (КОО) даст мекашанд, зеро аз таъсири табобатии онҳо маълумоти кофӣ надоранд ва оид ба таъсири манфии онҳо хангоми истифода карданашон мавҷуд будани "афсона"-ҳои даҳшатнок [3,4] шуниданд. Яке аз препаратҳои алтернативӣ барои табобати ҳолатҳои гиперандрогенӣ ин спиронолактон мебошад, ки дорои таъсири антиминералокортиноидӣ буда, аз ҳисоби блокадаи андроген-ретсепторҳои периферӣ таъсири антиандрогенӣ доранд [1,4].

Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда арзёбии самаранокии спиронолактон дар духтарон-навҷавонони дорои рихинаки оддӣ (*Acne vulgaris*) мебошад.

Тахти муоинаи мо 30 бемори синну соли аз 16 то 18-солаи дорои рихинаки оддӣ (*Acne vulgaris*)-и дараҷаҳои миёна-вазнин қарор доштанд, ки дар онҳо ихтилолҳои ҳамроҳшудаи сикли менструалӣ дар 10 пациент: алгодисменария-14; опсомнорея-дар 6 бемор муайян карда шуд. Давомнокии вайроншавии сикли ҳайзбинӣ $14,5 \pm 0,8$ солро ташкил

дод. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои коси хурд дар 45 (75%)-и ҳаҷми тухмдонҳои таҳқиқшуда (ҳаҷми тухмдони рост $12,8 \pm 2,1$ см³, ҳаҷми тухмдони чап $12,2 \pm 2,1$ см³) хеле зиёд буд, назар ба духтарони солим (ҳаҷми тухмдони рост $7,1 \pm 2,1$ см³) ҳаҷми тухмдони чап $7,0 \pm 0,1$ см³; $0,1$ см³; $P < 0,001$). Дар 38 (63%) тағйироти кистозии тухмдонҳо муайян карда шуд.

Дар гурӯҳи якуми духтарон (28 нафар) дар табобати комплекси онҳо доруҳои антиандрогенӣ гестадендори "Линдиент -20" дохил карда шуд, ки дар режими сиклӣ дар тӯли 6 моҳ таъйин карда шуд. Дар гурӯҳи дуюми духтарон (32 нафар), ки аз истифодаи КОО даст кашида буданд, бо мақсади гузаронидани табобати антиандрогенӣ дорои "Верошпирон" (спирополактон) тавсия карда шуд, ки дар рӯзи 16-уми сикли ҳайзбинӣ бо дозаи 100 мг дар як рӯз, дар давоми 10 рӯз дар давоми 6 моҳ тавсия гардид.

Ба сифати меъёрҳои баҳодиҳии таъсири антиандрогенӣ доруҳои омӯхташаванда мо натиҷаҳои муоинаҳои динамикии статуси локалии мавзӯҳои осебдидаи пӯстроинтиҳоб қардем, ҳамчунин ҳолати функсияи ҳайзбинӣ ва динамикаи нишондиҳандаҳои ТУС-и тухмдонҳо арзёбӣ карда шуд.

Баъди 6 моҳ дар гурӯҳи якуми беморон беҳтар шудани статуси пӯст дар 22 (78,6%)-и духтарон ба назар расид, аммо дар 18



(82%) -и онҳо ифрозоти байнисикливу пайдошавии дард ва варам кадани ғадудҳои шири пеш аз ҳайзбинӣ ба қайд гирифта шуд. Дар 6 духтари боқимонда истифодаи дору бинобар бад таҳаммул карданашон (дилбеҳузуршавӣ, бад шудани ҳолати умумӣ) манъ карда шуд. Дар гурӯҳи дуум беҳтар шудани статуси пӯст баъди 6 моҳ дар 23 (72%) -и духтарон дида шуд, ифрозоти байнисиклӣ дар моҳи 6-уми баъди истифодаи верошпирон дар 12 (37,5%) -и патсиентҳо ба назар расид. Таҳаммулнопазирии доруҳо ва пайдо шудани ягон ҳел симптомҳои пешменструалӣ дар ягон ҳолат ба назар нарасид.

Сикли ҳайзбинӣ дар 22 (78,6%) -и патсиентҳои гурӯҳи якум ва 18 (56,2%) патсиентҳои гурӯҳи дуум муътадил шудааст. Аз 45 духтаре, ки дар онҳо ҳаҷми калоншудаи тух-

мдонҳо ошкор карда шуданд, динамикаи мусбат дар шакли хурд шудани ҳаҷми тухмдонҳо то $10,7 \pm 0,06$ ва 35 (77,8%) патсиентҳо: 17 (60,1%) - дар гурӯҳи якум ва 18 (56,2%) дар гурӯҳи дуум мушоҳида карда шуд.

Ҳамин тавр, истифодаи "Спиринолактон" дар табобати ҳолатҳои гиперандрогенӣ статуси пӯст дар 72% -и ҳолатҳо беҳтар шудааст, аммо дар муқоиса аз доруҳои гестагендор вай муътадил шудани функцияи ҳайзбинӣ ва барқароршавии андозаи тухмдонҳо хоро камтар беҳтар месозад. Ба ин нигоҳ накарда таҳаммулнопазирии хуби "Спиринолактон" ва майли зиёд доштани патсиентҳо ба имконпазирии истифодаи он ба сифати табобати алтернативии ҳолатҳои гиперандрогенӣ дар духтарони наврас далолат мекунад.

АДАБИЁТ

1. Овсянникова Т.В., Сперанская Н.В., Глазкова О.И. Андрогены в физиологии и патофизиологии женского организма // *Гормоны и гормонотерапия*. - 2000. - №2. - с.2.
2. Богданова Е. А., Телунц А. В., Особенности клинического течения синдрома гиперандрогении и принципы его терапии у девочек-подростков // *Гинекология*. 2001. № 1. Т. 3. С. 10-13.
3. Прилепская В. Н. Контрацептивные гормоны в терапии и профилактике гинекологических заболеваний. В кн.: *Практическая гинекология*, под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. М.: МЕД.пресс.информ, 2006; 465-82.
4. Deplewski D., Rosenfield R.L. Role of hormones in pilosebaceous unit development // *Endocr.Rev.*-2000.-21.-№4.-.363-392.
5. Шилин, Д.Е. Синдром гиперандрогении: современные подходы - к диагностике и новые технологии терапии // *Лечащий врач*. 2003. - № 10. - С. 36-39.

КЛИНИКАИ УРЕТРОПРОСТАТИТИ ХЛАМИДИЯВӢ

Б.И. Саидзода , Б.Ҷ. Сангов

Кафедраи дерматовенерологияи (мудири кафедра, д.и.т. Мухаммадиева К.М.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Саидзода Баҳромуддин Иқром - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, хиёбони И. Сомони 63/1 - 507, 985154545, saidov_bahromuddin@mail.ru

Сангов Бобоҳон Чилаевич - унвонҷӯи кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, к. Н. Махсум хон 77, хучраи 55, 139, 918291515

Хулоса. 60 нафар мардони бемори уретропростатити хламидиявии синну соли аз 18 то 48-сола муоина карда шуданд. Алома-

тҳои нисбатан зуд-зуд мушоҳидашавандаи субъективии беморӣ вайроншавии дизуриқӣ (65% беморон), вайроншавии функцияҳои



шахвонӣ (61,7%), эҳсоси дардмандӣ (60%), аломатҳои воқеӣ - тарашшуҳот аз пешоброҳа (60%), часпиши лабҳои пешоброҳа

(48,3%) буданд.

Вожаҳои калидӣ: уретропростатити хламидиявӣ, аломатҳо, субъективӣ, воқеӣ.

КЛИНИКА ХЛАМИДИЙНОГО УРЕТРОПРОСТАТИТА

Б.И. Саидзода, Б.Ч. Сангов

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Саидзода Бахромуддин Икром - кандидат мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе. Пр. И. Сомони 63/1 - 507, 985154545, saidov_bahromuddin@mail.ru

Сангов Бобохон Чилаевич - соискатель кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе. ул. Н. Махсум д. 77, кв. 55, 918291515

Резюме. Обследовано 60 мужчин, больных хроническим хламидийным уретропростатитом в возрасте от 18 до 48 лет. Наиболее частыми субъективными признаками болезни были дизурические расстройства (65% больных), сексуальные дисфункции

(61,7%), болевые ощущения (60%), объективные признаки - выделения из уретры (60%), слипание губок уретры (48,3%).

Ключевые слова: хламидийный уретропростатит, признаки субъективные, объективные.

CHLAMYDIA URETHRA PROSTATITIS CLINIC

B.I. Saidzoda, B.C. Sangov

Dermatovenereology department of Avicenna TSMU

Saidzoda Bahromuddin Ikrom - associate professor of Dermatovenereology department of Avicenna TSMU, Dushanbe, Ismoil Somoni avenue, 63/1 - 507.

Sangov Bobokhon Chilaevich - research student of Dermatovenereology department of Avicenna TSMU, Dushanbe, st. N. Machsum 77-55, 918291515.

Summary. 60 men with chronic chlamydial urethroprostatitis aged from 18 to 48 years were examined. The most frequent subjective symptoms of the disease were dysuric disorders (65% of patients), sexual dysfunction (61.7%),

painful sensation (60%), objective symptoms - discharge from the urethra (60%), sticking of urethral sponges (48.3%).

Key words: chlamydial urethroprostatitis, subjective, objective symptoms.

Мухимият. Хламидиози уrogenиталӣ (УГХ) ба қатори яке аз паҳншудатарин сироятҳои дохил мешавад, ки бо роҳи алоқайи чинсӣ мегузарад (ИППП) [1, 2]. Механизми алоқавӣ ва вертикали интиқоли барангезандаи чудо менамоянд. Механизми алоқавӣ бо роҳи алоқайи чинсӣ ҳангоми алоқаҳои гениталӣ-гениталӣ, гениталӣ-аналӣ ва оралӣ-гениталӣ ва бо роҳи ғайриалоқавии чинсӣ- сироя-

тёбии маишӣ дар духтарон амалӣ мешавад. Механизм вертикали ҳангоми сирояти антенаталӣ мардон - тавассути платсент ва интранаталӣ - ҳангоми таваллуд амалӣ мешавад [3,4]. Яке аз сабабҳои муҳими афзоиши зиёди бемориҳои сироятии бо роҳи алоқайи чинсӣ гузаранда мавқеи пасти иҷтимоии аҳоли ва муҳоҷиратро меҳисобанд [5,6]. Дар мардон сирояти хламидиявиро дар 16-24% ҳолатҳо саба-



би уретритҳои ғайригонококковӣ, дар за-
нон дар 25-30% ҳолатҳо сабаби бемо-
риҳои илтиҳобии узвҳои коси хурд меҳи-
собанд (БИУКХ) - [7,8]. Мавҷудияти си-
рояти хламидиявӣ дар одамони аз 25 сол
хурдтар ошкор гардидааст [2,6].

Зухуроти клиникаи хламидиоз дар мардон
гуногун ранг буда, дар замони ҳозира шу-
бҳае нест, ки чараёни дурударози сирояти
урогениталӣ оризаҳоро бо худ мегирад. Ба
шумори чунин оризаҳо уретрити музмин ва
простатит дохил мешаванд, ки бе муолича
мумкин аст ба безурриётӣ бурда расонанд
[5, 7].

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши клиникаи
уретропростатити музмини хламидиявӣ дар
мардон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тахти му-
оина 60 нафар мардони бемори уретроп-
ростатити хламидиявии (УПХ) синну
соли аз 18 то 48-сола, ба ҳисоби миёна -
29,3±1,7 сол қарор гирифтанд. Муҳоҷи-
рони меҳнатӣ 32 бемор, муваққатан бе-
кор - 16, соҳибқорони хусусӣ - 12, хиз-
матчиён - 5, коргарон - 6, хизматчиёни
ҳарбӣ - 4 нафар буданд. Давомнокии аз
ним сол зиёди беморӣ дар 15 бемор, аз
1 то 2 сол - дар 24, зиёда аз 2 сол дар 36
нафар ба қайд гирифта шуд. Ташҳиси
уретропростатит дар асоси анамнез,
маълумотҳои клиникӣ ва лабораторӣ,
инчунин усулҳои таҷҳизоти муоина гу-
зошта шуд. Тавассути усули микроско-
пияи нури шиддатнокии раванди илти-
ҳобӣ ошкор карда, дигар бемориҳои бо
роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда соқит кар-
да шуд. Ҳамчун мавод моддаҳои аз пе-
шоброҳа ва тарашшухоти простата хо-
риҷшаванда истифода гардид. Муоина
дар препаратҳои нативӣ ва ҳангоми кал-
лонкунонии препаратҳои, ки бо метиле-
ни кабуд ва бо усули Грам ранг карда
шудаанд, гузаронида шуд. Агар дар
малҳами таҳқиқшуда 5 ё зиёда аз он лей-
коситҳои полиморфӣ-ядрой ба чашм ра-
сад, ташҳиси уретрит аз ҷиҳати микро-
скопӣ тасдиқшуда ҳисоб карда шуд. Ма-
вҷудияти 10 ва зиёда аз он лейкоцитҳо
ҳангоми биниш ҳамчуни аломати илти-

ҳоби ғадуди простата баҳогузорӣ карда
шуд. Миқдори доначаҳои летситинӣ
меёри баҳогузори фаъолнокии функ-
сионалии ғадуд қабул гардид. Верифи-
катсияи ташҳиси сирояти уrogenиталии
хламидиявӣ бо ёрии реаксияи занҷирии
полимеразӣ (РЗП) ё реаксияи иммуно-
флуоресценсияи мустақим (ИФМ) бо
антителҳои моноклоналӣ гузаронида
шуд.

Таҳқиқоти трансректалии ултрасадоии
(ТТУС) ғадуди олоти таносул дар дастгоҳи
Аloka SSD-500 бо истифодаи датчики транс-
ректалӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Муоинаи
бактериоскопии молишаки пешоброҳа дар
беморон нишон дод, ки миқдори лейкоцит-
ҳо дар майдони биниши таҳқиқшуда аз
нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ 4, 9 мар-
тиба (16,44±1,05 - дар гурӯҳи асосӣ
3,34±0,23 - дар назоратӣ P<0,001) зиёд аст.
Дар тарашшухоти ғадуди олоти таносул
миқдори лейкоцитҳо дар беморон нисбат
ба нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ 3,1 мар-
тиба (23,26±1,25 дар беморон, 7,17±0,43
- дар гурӯҳи назоратӣ, P<0,001) зиёд мебо-
шад. Миқдори муътадили доначаҳои липо-
идӣ дар 33 бемор (55%) ва миқдори на он
қадар зиёд дар 27 нафар (45%) мавҷудияти
тағйиротҳои илтиҳобӣ дар ғадуди олоти
таносули беморонро тасдиқ кард. Ташҳи-
си простатит дар ҳамаи беморон тавассу-
ти муоинаи трансректалии ултрасадоӣ тас-
диқ ёфт.

Дар ҳамаи 60 нафар беморон бо усулҳои
РЗП, ИФМ-ташҳис сирояти хламидиявӣ
ошкор гардид, ки дар 39 нафари онҳо (65%)
микст-сироят якҷояшавии ду ва ё зиёда
САҶГ пайдо шуд. Микстсирояти ду САҶГ
дар 20 нафар (33,3%) беморон, се ва ё зиёда
аз он САҶГ - дар 19 нафар (31,7%) муайян
гардид.

Шикоятҳои характери гуногун аз та-
рафи 41 нафар (68,3%) баён гардид, боки-
мондаҳо 19 нафар (31,7%) бемор ягон
эҳсосоти субъективиро қайд накарданд.
Сохтори беморони УПХ (уретропроста-
тити хламидиявӣ) дар чадвали 1 оварда
шудааст:



Чадвали 1

Сохтори аломатҳои субъективии беморони уретропростатити хламидиявӣ

Шикоятҳо	Табдоди беморон (n = 60)	
	Мутл.	%
Вайроншавии дизурикӣ	39	65
Нороҳатӣ	31	51,7
Эҳсосоти дардмандӣ	36	60
Чудокунӣ аз пешоброҳа	36	60
Дисфунксияҳои копулятивӣ	37	61,7
Часпиши лабҳои пешоброҳа	29	48,3
Вайроншавии функсияҳои репродуктивӣ (бенасли)	12	20

Чӣ хеле ки аз чадвали 1 маълум аст, беморони гирифтори уретропростатити хламидиявӣ музмин нисбатан бештар аз вайроншавии дизурикӣ (65% беморон), копулятивӣ дисфунксия (61,7%), эҳсосоти дардмандӣ (60%), чудокунӣ аз пешоброҳа (60%) шикоят доранд.

Аз дискомфорт дар қисмати узвҳои таносул, часпиши лабҳои пешоброҳа, вайроншавии функсияҳои репродуктивӣ-безурриетӣ бошад хеле кам шикоят кардаанд.

Сохтори эҳсосоти дизурикӣ дар беморони УПХ дар чадвали 2 оварда мешавад.

Чадвали 2

Сохтори вайроншавии дизурикӣ дар беморони простатити хламидиявӣ

Эҳсосоти дизурикӣ	Беморон (n = 60)	
	абс	%
Рағбатҳои императивӣ	22	36,7
Пешобронии зуд-зуд (поллакиурия)	19	31,7
Эҳсоси хала ҳангоми пешобкунӣ	21	35
Пешобкунии шабона (никтурия)	13	21,7
Пешобкунии душвор (странгурия)	21	35
Чакраҳои сусти пешоб	17	28,3
Сӯзиш ё хориш дар пешоброҳа	27	45
Эҳсоси пурра ҳолӣ нашудани ҳалтаи пешоб	31	51,7
Пешобкунии бо танаффус	20	33,3
Чакидани қатраҳои пешоб баъди пешобкунӣ	32	53,3

Ҳангоми тафсилоти шикоятҳои дизурикӣ (чадвали 2) маълум гашт, ки беморонро бештар қатра-қатра чакидани пешоб баъди пешобкунӣ (53,3% беморон), эҳсоси пурра ҳолӣ нашудани ҳалтаи пешоб (51,7%), сӯзиш ё хориш дар пешоброҳа (45%) азият медиҳад. Мавқеи баъдиро бошад, рағбатҳои императивӣ ҳангоми пешобкунӣ, эҳсоси хала ҳангоми пешобкунӣ, пешобкунии душвор, пешобкунии бо танаффус, чакраҳои сусти пешоб ишғол менамоянд.

Омузиши муфассали эҳсосоти дардмандӣ дар беморони музмини УПХ имкон дод, ки

пахншавии гуногуни ин синдром муқаррар карда шавад. Варианти гениталии синдроми дарднокӣ, ки ба он дардҳои кунд дар чатан бо ирридатсия дар қисмати болоинофӣ, пешоброҳа, тухмдонҳо характерноканд, дар 23 нафар (38,3%) беморон ба қайд гирифта шуданд. Варианти экстрагениталии - бо паҳншавии дард дар қисмати миён, чорбанд, қисмати дохилии миён, қад - дар 6 нафар (10%), омехта дар 7 нафар (11,7%) мушоҳида гардид.

Паҳншавии эҳсосоти дардмандӣ дар беморони УПХ ба таври гуногун буд.



Чадвали 3

Паҳншавии эҳсосоти дардмандӣ дар беморони уретропростатити хламидиявӣ

Паҳншавии дард	Беморон (n = 60)	
	абс	%
Дард дар чатан	18	30
Дард дар қисмати мақъад	3	5
Дард дар рӯдаи рост	2	3,3
Дард дар пешоброҳа	4	6,6
Дард дар хоядон	8	13,3
Дард дар болои ноф	8	13,3
Дард дар чорбанд	3	5
Дард дар қисмати дохилии миён	2	3,3
Дард дар миён, қад	13	21,7

Нишондодҳои чадвали 3 гувоҳӣ медиҳанд, ки беморон бештар аз дардноқӣ дар чатан (30%), миён (21,7%), болои ноф (13,3%) ва хоядон (13,3%) шикоят карда, баъзан аз дард дар пешоброҳа, рӯдаи рост, мақъад, қисмати дохилии миён ва қад изҳори норухатӣ мекунанд.

Вайроншавиҳои ҷинсӣ ва шаҳвонӣ дар байни зухуроти простатити хламидиявӣ музмин мавқеи муҳимро ишғол карда, ба

сифати ҳаётии мардон таъсири амиқ мегузоранд. Аз самтҳои гуногуни функсияҳои шаҳвонӣ 37 (61,7%)-и беморон шикоятҳои гуногун пешниҳод намуданд. Ин шикоятҳо аз аломатҳои оддитарини зухуроти ин беморӣ сар карда то қатъшавии пурраи ҳаёти ҷинсиро дар бар мегиранд.

Соҳтори вайроншавиҳои ҷинсӣ дар беморони муоинашуда ба тариқи зерин аст: (чадвали 4).

Чадвали 4

Соҳтори вайроншавиҳои ҷинсӣ дар беморони уретропростатити хламидиявӣ

Аломатҳои дисфунксияи ҷинсӣ	Беморон (n = 60)	
	абс	%
Пастшавии либидо	37	61,7
Сустшавии эрекция	41	68,3
Болезненная эрекция	9	15
Эякулятсияи дарднок	13	21,7
Эякулятсияи зуд-зуд	39	65
Нороҳатии баъди эякулятсия	18	30
Оргазми дилгир, дардманд	31	51,7

Аз маълумотҳои дар чадвали 4 овардашуда айён аст, ки дар байни вайроншавиҳои шаҳвонӣ беморонро бештар эрекция (дар 68,3% беморон), пастшавии либидо (61,7%), эякулятсияи пешазвақтӣ (65%) норухат сохта, баъзан аҳёнан аз оргазми дилгиру дарднок, дискомфорти баъди эякулятсия, эякулятсияи дарднок ва эрекцияи дарднок шикоят мекунанд.

Қайд кардан лозим аст, ки эҳсосоти субъективӣ ва зухуроти воқеии уретропростатит дар аксари беморон суст намоён буданд. Онҳо дар аксари беморон баъди истеъмоли нӯшоқиҳои спиртӣ, хӯрокҳои тун-

ду сернамак, хунокии аз ҳад зиёд шиддат меёбанд. Хала ва сӯзиши начандон саҳт дар пешоброҳа одатан хангоми пешобкунӣ, дар аксар ҳолатҳо дар бемороне мушоҳида гардид, ки ҷудокунии фасод дар пешоброҳаро доранд.

Ҳамин тавр, таҳлили таҳқиқотҳои гузаронидаи клиникӣ нишон медиҳанд, ки эҳсосоти субъективӣ, зухуроти воқеии клиникӣ дар беморони таҳқиқшудаи хламидиози урогениталии музмин бо гуногунрангии аломатҳо дар у 68,3% мизочон ва чараёни бе симптомӣ дар 31,7% беморон фарқ карда меистад.

**Адабиёт:**

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике / Л.А. Голдсмит [и др.]. - М.: ГЭОТАР, 2018. - Т 1. - 1072 с.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство / Ю.К. Скрипкин [и др.]. - М.: ГЭОТАР, 2017. - 895 с.
3. Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2018. - №3. - С. 55-59.
4. Кондратьева Ю. С., Неймарк А. И., Еркович А. А. Клинико-морфологические особенности хронического уретропростатита, ассоциированного с хламидийной и микоплазменной инфекцией // Бюллетень сибирской медицины. 2012, № 2, 24-30.
5. Саидов Б.И. Современная диагностика урогенитальных инфекций у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // Вестник Авиценны. - 2015. - №1. - С. 107-110.
6. Persson K., Hammas B., Janson H., Bjartling C., Dillner J., Dillner L. Decline of the new Swedish variant of Chlamydia trachomatis after introduction of appropriate testing. Sex Transm Infect 2012;88(6):451-5.
7. Lushnikova E., Nepomnyashchikh, Abdullaev N. Role of sexual transmitted infections in the structural and functional reorganization of prostate Bull // Exp. Biol. Med., 2012, v. 153, № 2, p. 283-288.
8. Orellane M.A., Gomez M., Sanchez M.T., Fernandez-Chacon T. Diagnosis of urethritis in men. A 3-year review. Rev. Esp. Quimioter., 2009; 22: 2: 83-87

ВИЖАГИҶОИ КЛИНИКӢ-ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПИЕЛОНЕФРИТ ДАР КӢДАКОН**Л.А. Бабаева, М.С. Талабов**

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

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

Талабов Маҳмадалӣ Сайфович, д.и.т, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии ДМТ, E.mail: m.tolobov@mail.ru, тел.: 918 67 23 15.

Дар мақола шарҳи вижагиҳои клиникӣ-эпидемиологии пиелонефрит дар кӯдакон таҳлил ва баррасӣ шудааст. Паҳншавии сирояти роҳҳои пешобгузар ва пиелонефрит

вобаста аз географияи тиббӣ, чинс ва синну соли беморон пешниод карда шудааст.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, пиелонефрит, эпидемиология, клиника.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**Л.А. Бабаева, М.С. Талабов**

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

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



Талабов Маҳмадали Сайфович, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней ТНУ, E.mail: m.talabov@mail.ru . тел.: 918 67 23 15 .

В статье изложен обзор основных клинико-эпидемиологических особенностей пиелонефрита у детей. Указана распространенность инфекции мочевыводящих путей и пи-

елонефрита в зависимости от медицинской географии, пола и возраста больных.

Ключевые слова: дети, пиелонефрит, эпидемиология, клиника

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

L.A. Babaeva, M.S. Talabov

Department of propaedeutics of children diseases (head of the department - candidate of medical science, associate professor, L.A. Babaeva) Avicenna Tajik State Medical University, department of epidemiology and infectious diseases of medical faculty of National Tajik University.

Babaeva Lola Abdunaimovna - Head of the department of propaedeutics of children diseases of Avicenna Tajik State Medical University.

E-mail: lola.a.babaeva@mail.ru . Telephone number: +992446003624

Talabov Mahmatali Sayfovich - Phd, professor of the department of epidemiology and infectious diseases of medical faculty of National Tajik University.

E-mail: m.talabov@mail.ru Telephone number: +992918672315

The article is set out an overview of the main clinical and epidemiological features of pyelonephritis in children. The prevalence of urinary tract infection and pyelonephritis is

indicated depending on medical geography, sex and age of patients.

Key words: children, pyelonephritis, epidemiology, clinic.

Муҳиммият. Системаи пешобгузар тозарин сарчашмаи сирояти кӯдакон аст. Сирояти роҳҳои пешобгузар сирояти нисбатан паҳншудаи бактериалӣ дар кӯдакони синну соли то 2-сола ба ҳисоб меравад [1,6,8]. Оқибатҳои сирояти роҳҳои пешобгузар маъмулан хуб аст, аммо дар синни яксолагӣ метавонанд, ки ба склерози гурдаҳо, махсусан ҳангоми мавҷуд будани пномалияҳои роҳҳои пешобгузартабдил ёбанд. оқибатҳои дур, ки ба склерози гурдаҳо алоқаманданд, гипертензияи шарёнӣ, протеинурия, вайроншавии қобилияти гурдахоро то ҳадди пайдо шудани норасогии музмини гурдаҳо оварда мерасонад, ки гузаронидани диализро талаб мекунад [2,3,7,12]. Хатари сирояти роҳҳои пешобгузар (ХСРП) дар 10 соли авали ҳаёт дар писарбачаҳо 1% ва дар духтарҳо 3%-ро ташкил медиҳад. Дар синну соли мактабӣ тақрибан 5%-и духтарҳо ва то 0,5%-

и писарходар давраи таҳсил дар мактаб минимум 1 лаҳзаи ХСРП -ро мегузаронанд. Микдори пайдошавии ХСРП дар кӯдакон то 3 моҳ фарқ мекунад, дар ин давра сироят дар писарҳо бештар паҳн шудааст. Микдори бактериурияи бeсимптом дар навзодон 0,7-3,4 %, дар кӯдакони то 3-моҳа 0,7-1,3 % ва писарону духтарони сини мактабӣ то 0,2-0,8 % -ро ташкил дод [1,9,12].

Паҳншавии бактериурия, ки дорои симптомҳои клиникӣ аст, дар навзодон 0,14 % аст ва баъдан то 0,7% дар писарҳову то 2,8% дар духтарҳо то сини 6-моҳагӣ зиёд мешавад. Басомади умумии ретсидивҳои ХСРП дар давраи неонаталӣ 25 %-ро ташкил мекунад [5, 11,13].

Пиелонефрит илтиҳоби номахсуси бактериалии паренхимаи (лаҳимаи) гурдаҳо ва системаи чамъоварандаи гурдаҳо аст, ки ҳамчун аломати бемории сироятӣ, махсусан дар



кӯдакони синну соли барвақт зоҳир шуда, дорои лейкоцитурія ва бактериурия, ҳамчунин вайроншавии ҳолати функционалии гурдаҳост. Пиелонефрит аз давраи навзодӣ саркарда, бемории паҳншудаи сини кӯдакӣ ба шумор меравад [3,6,7,13]. Таҳқиқотҳои эпидемиологӣ нишон медиҳанд, ки пиелонефрит дар навзодон дар 1-2,9%-и ҳолатҳо, дар сини ширхорагӣ- дар 2,5%-и писарҳо ва 0,9%-и духтарҳо ба назар мерасад [6,13]. Таҳқиқотҳои эпидемиологӣ дар Шветсия гузаронидашуда нишон доданд, ки 8%-и духтарҳо ва 2%-и писарҳо дар популятсия дар синни 7-солагӣ ақаллан як лаҳзаи ХСРП доранд. Омӯзиши басомади ХСРП дар Англия ва Финляндия нишон доданд, ки дар солҳои 1987- 2003 дар популятсия махсусан паҳншавии пиелонефрити кӯдакони синну соли барвақт меафзояд: дар духтарҳо - аз 12,4 то 24,4 ба 1000, дар писарҳо - аз 8,3 то 16,2 ба 1000. Таҳқиқотҳои эпидемиологӣ, ки дар солҳои гуногун гузаронида шудаанд, аз фарқиятҳои ҷинсии беморшавии пиелонефрит дар байни писарҳо ва духтарҳои синну соли гуногун гувоҳӣ медиҳанд. Тибқи маълумоти J. Winberg, басомади сирояти системаи пешоб дар кӯдакони соли 1-и ҳаёт, аз ҷумла пиелонефрит дар писарҳо бештар аст, ки ин аз нақши уропатияи обструктивӣ вобаста аст ва дар писарҳо барвақттар зоҳир мегардад, дар оянда СРП дар кӯдакон дар популятсия бо басомади 11 дар 1000 дар писарҳо ва 30 дар 1000 дар духтарҳо дида мешавад. тибқи маълумоти Jodal U. (1994), ки аснои таҳқиқотҳои эпидемиологӣ 1177 кӯдаки дорои ХСРП дар синну соли аз 0 то 10 -сола ба даст оварда шудааст, муқаррар гардид, ки дар 1-6-моҳагӣ духтарҳо назар ба писарҳо 1,5 маротиба бештар, дар 6-12-моҳагӣ 4 маротиба ва дар 1-3-солагӣ то 10 маротиба бештар бемор мешаванд.

Пиелонефрит - яке аз бемориҳои паҳншудаи одамон мебошад. Вай пас аз сироятҳои вирусии респираторӣ ҷойи дуумро ишғол мекунад [3, 7,10]. Пиелонефритҳои аввалия асосан дар духтарҳо ба назар мерасанд, ки ин аз вижагиҳои анатомӣ-физиологӣ узвҳо вобаста аст. Пиелонефритҳои дуумӣ метавонанд, ки ҳама гунна бемориҳои урологӣ ё

аномалияи инкишофи гурдари мураккаб созанд [7,8,9]. Ҳангоми бемории санги пешоб пиелонефрити калкулезӣ дар 95-98% ҳолат дида мешавад[3]. Проблема пиелонефрит ва вобаста бесимптом будани чараёни вай махсусан дар кӯдакон ақуалӣ боқӣ мемонад [6,13]. Дар ҳоли ҳозир на танҳо ташҳиси пиелонефрит муҳим аст, балки гузаронидани ташҳиси этиологӣ ва патогенетикӣ низ қобили таваҷҷуҳ аст. Омили этиологӣ пиелонефрит бактерияҳои патогенӣ, вирусҳо, микоплазмаҳо, баъзан занбурӯғҳои микроскопӣ мебошанд. Дар солҳои охир тамоюли ба эътибор нагирифтани ин омил ва муқобилгузори вай бо омилҳои иммунологӣ ба назар мерасад, ки нақши он дар пайдошавии пиелонефрит хеле муҳим аст. Ин, аммо барои онро этиологӣ ҳисобидан асос намешавад. Таҳти таъсири муҳити берунӣ, ҳамчунин препаратҳои зиддисироятӣ ва зиддиилтиҳобӣ омилҳои этиологӣ ба тағйирот дучор мегардад. Дар зеро таъсири антибиотикҳо ва химиопрепаратҳо L- бактерияҳо пайдо шудаанд, ки пардаи худро аз даст додаанд. Хосияти вирусҳо, микоплазмаҳо, занбурӯғҳои микроскопӣ тағйир ёфтааст. Таҳаммулпазирии бактерияҳо нисбат ба препаратҳои антибактериалӣ яке аз хосиятҳои асосии ба истилоҳ эраи антибактериалӣ гардид. Ба пайдошавӣ ва чараёни пиелонефрит омилҳои патогенез таъсир мерасонанд, ки асоситарини онҳо омилҳои иммунологӣ мебошанд, барои беморони дорои пиелонефрити дуумӣ бошад, вайроншавии маҷрои пешоб аз гурдаҳо [5,10,11]. Дар солҳои охир сохтани иммуномодуляторҳо имкониятҳои табобати пиелонефритро васеъ намуд, ба қобилияти иммунореактивии макроорганизм таъсир расонид, ки инро ба эътибор нагирифтани мумкин нест. Ташҳиси пиелонефрити шадид-вобаста аз зарурати муқаррар кардани сарҳади гузариши илтиҳоиби шадиди серозӣ ба фасодӣ хеле мушкил аст. Дар пиелонефрити музмин ташҳис дар асоси усулҳои таҳқиқотҳои лабораторӣ, рентгенологӣ, ултрасадоӣ ва радионуклидӣ гузошта мешавад. Дар гузаронидани табобати этиотропӣ вобаста аз сохтани як қатор препаратҳои нав, махсусан сефалоспоринҳо ва аминогликозидҳо имко-



ниятҳои нав пайдо шуда истодаанд [4, 9]. Нисбат ба фитотерапия таваҷҷуҳи бештар зоҳир карда мешавад. Пиелонефрит флораи патогении бактериалӣ, вирусӣ, микоплазмавӣ ё дигар барангезандаҳои бемориҳои илтиҳобии паренхимаи гурдаҳо ва чавфҳои он бо бартарӣ доштан ва нисбатан устувор будани осеби моддаи мобайнии (*substantia intermedia*) қабати майнагии паренхима ва каналчаҳои гурда фарқ мекунад. Аз нуқтаи назари морфологӣ пиелонефрит интерститсиалӣ, нефрити аз осебҳои лонавӣ ва гуногун фарқкунанда аст. Lison ва Н. Losse (1981) пиелонефритро нефрити интерститсиалии бактериалӣ меҳисобанд, ки метавонад ба протсесси патологӣ каналчаҳо, хавзакҳо ва рағҳоро ҷалб кунад. Термини пиелонефрит бори нахуст аз тарафи урологи рус С.П.Федоров (1928) ва Б.Н. Холтсов (1928) истифода шуд. Дар даҳсолаи охир кӯшиш карда истодаанд, ки термини "пиелит"-ро зинда кунанд, тзоро аз ҷиҳати назариявӣ вучуд доштани он як муддати муайян дар вақти роҳҳои болорави воридшавии сироят ба гурда имконпазир аст. Аммо аз ҷиҳати клиникӣ фарқ кунонидани пиелит ва пиелонефрит тақрибан номумкин аст, илова бар ин, дар эраи ба таври васеъ истифода кардани антибиотикҳо микрофлораи грамманфии резистентӣ бо роҳи гематогенӣ босуръати баланд паҳн мешавад. А.Л. Шабод ва Ю.Ф. Шарапов (1982), ҳангоми ҷарроҳӣ таҳқиқоти бактериологӣ ва биопсияро иҷро намуда, имконияти пайдо шудани пиелити шадидро ҳангоми вучуд доштани инсидод муайян карданд. Дар айни замон муаллифон исбот карданд, ки ҳангоми пиелонефрити аввалия беморӣ аз осеби паренхима сар мешавад ва аз ҷиҳати патологоанатомӣ нефрити фасоднок аст. Омӯзиши этиология ва патогенези бемориҳои илтиҳобии гурдаҳо, ҳам дар эксперимент ва ҳам дар клиникаимконият доданд, ки пиелонефрит аз бемориҳо ва осебҳои узвҳо ва бофтаҳои ҳамшафат фарқ кунонида шавад. Дар клиника, махсусан дар педиатрия истилоҳи "сирояти пешобӣ" мавриди истифода қарор дорад [8,10,11,12]. Дар чунин ҳолатҳо сухан аз бемории умумии илтиҳобии гурдаҳо ва роҳҳои пешобгузар меравад, ки дар ин ҷо ба

ғайр аз гурдаи осебдида, ситит, бемории канали пешобрез ва ғ. низ мавҷуд аст. Вақте ки чунин осеби маҳдудро тафриқа кардан мушкиласт, истифодаи термини "сирояти пешобӣ" қобили қабул мебошад. Барои ҳамин ҳам онро бештар дар педиатрия ва урологияи кӯдакон ба кор мебаранд, чунки дар кӯдакон фарқ кардани сатҳи осеби гурда ва роҳҳои пешобгузар ҳангоми протсесси илтиҳобӣ ниҳоятмураккаб аст. Ба ҳар сурат, таъкид кардан зарур аст, ки ба таври васеъ ба кор бурдани ин истилоҳ сувофики мақсад нест ва кӯшиш бояд кард, ки пиелонефрит, паранефрит, периуретерит, ситит, периситит ва дигар осебҳои илтиҳобии узвҳои ҳамшафати роҳҳои пешобгузар фарқ кунонида шаванд [12,13].

Пиелонефритро ба пиелонефрити якумӣ ва дуҷумӣ ҷудо мекунад. Пиелонефрити якумӣ дар гурдаи солим пайдо мешавад, пиелонефрити дуҷумӣ бо бемориҳои зиёди урологӣ ва аномалияи инкишофи гурдаҳо ва ҳолиб мураккаб мешавад, ки дар ин ҷо омилҳои патогенетикӣ вайроншавии маҷрои пешоб дар сатҳи гурдаҳо, ҳолибҳо, масона ва уретра ба амал меояд. Тибқи маълумоти А.В. Люлко бо ҳаммуаллифон пиелонефрити якумӣ дар 16-20%-и беморон ва дуҷумӣ дар 80-84% дида мешавад. Дар баробари ин бо ин истилоҳ дар урологияи кӯдакон ва нефрология истилоҳи дигар - пиелонефрити обструктивӣ ситифода мешавад. А.В. Айвазян ва А.М. Войно-Ясенетский (1985) пиелонефрити дуҷумиро обструктивӣ-ретенсионӣ меноманд. Дар қатори бемориҳои асосӣ, ки боиси пиелонефрит мегарданд, муаллифон бемории санги пешоб, аномалияи системаи пешоб, шаклҳои гуногуни инсидоди инфравезикалӣ, омосҳои масона ва ҳомилагиро низ дохил мекунад.

Дар мафҳуми эпидемиологияи пиелонефритҳо басомади паҳншавии онҳо, географияи тиббӣ, ҷинс ва синну соли беморон дохил мешаванд. Дар статсионари урологӣ бемороне кам дучор мегарданд, ки пиелонефрити дуҷумиро аз сар нагузаронида бошанд. Дар миёни бемориҳои урологӣ бо бемориҳои гуногуни ҳамроҳшуда ё пиелонефрити дуҷумӣ 89,3% ҳолат ба қайд гирифта шу-



дааст. Аммо танҳо дар таҳқиқотҳои илмии алоҳида дар хусуси муоинаи пиелонефрит дар гурӯҳи калони кӯдакон маълумот дида мешавад. Ҳангоми муоинаи 9878 мактабхон С.Купин ва ҳаммуаллифон (1962) сирояти роҳҳои пешобгузарро дар 1,1% муоинаи духтарон ва 0,04% - писарон ба қайд гирифтанд. А. А. Койсман (1970) муайян кард, ки бактериурияи бeсимптом дар 1,9% ва пиелонефрит дар 0,4% навзодон мавҷуд аст. Омӯзиши беморшавии пиелонефрити аҳоли аз ҳисоби на танҳо мурочиаткардагон, балки аз ошкор намудани шаклҳои бeсимптоми беморӣ дар контингенти интиҳобкарданаи ҳанӯз гузаронида нашудааст, ки ин аз мураккаб будани таҳқиқотҳои лабораторӣ, ки ба ошкор кардани лейкоцитурия ва бактериурияи ниҳонӣ равона карда шудааст, вобастагӣ дорад.

Дар хусуси басомади пиелонефрит маълумотҳои сексионӣ гувоҳӣ медиҳанд. Тибқи маълумоти Е. Касс (1965), пиелонефрит дар 10-20% ташреҳи ҳасади аз бемориҳои гуногун фавтидагон дида мешавад, ки дар 20-30% ҳолат ҳангоми зинда будан пиелонефрит ташхис нашуда буд. F. Gloog (1966) аз 33 000 ташреҳи ҳасад ин бемориро дар 4,6% ҳолат ба қайд гирифтааст. Н. Lypsky (1968) чунин меҳисобад, ки ҳангоми таҳқиқоти чиддии гистологӣ пиелонефритро дар ҳар як ташреҳи 10-ум ошкор намудан мумкин аст. Г. Стефанов ва ҳаммуаллифон (1981) 9015 ташреҳи шахсони аз 14-сола болоро омӯхтанд ва муқаррар намуданд, ки сабаби марг дар 7,95% и- фавтидагон пиелонефрит будааст. Дар монографияи F. Renu-Vammos ва F. Balogh (1979), ки ба пиелонефрит бахшида шудааст, дар хусуси басомади ин беморӣ тибқи маълумотҳои сексионӣ иттилоъ додаст, ки аз 4,6 то 20% мебошад, ин аз ташхис нашудани пиелонефрит дар бештари одамон гувоҳӣ медиҳад. Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев ва В. Е. Родоман (1979) басомади баланди пиелонефритро дар кӯдакон қайд мекунад, ки кам ба ҳисоб гирифта мешавад, сабаби инро муаллифон дар он мебинанд, ки пиелонефрити шадид дар синну соли кӯдакӣ ҳамчун зершадид мегузарад ва ба таври музмин чараёни ноаён дорад, ки барои барвақт ошкор карданаш мусоидат намекунад. Геогра-

фияи тиббии ин беморӣ сарҳад надорад, аммо қисми бештари беморон - тақрибан 80% аз пиелонефрити дуҷумӣ озор мебинанд, камее бештар аз 20% - аз пиелонефрити якумӣ. Ҳангоми пиелонефрити дуҷумӣ пайдоиши он аз бемории асосии урологӣ ва аномалияи гурдаҳо вобаста аст. Омилҳои иқлимӣ (ҳарорати паст, намнокии зиёд) ба омилҳои иммунологии патогенетикии пиелонефрит таъсир мерасонанд. Миқдори беморони гирифтори ин беморӣ дар ноҳияҳои шимолӣ бештаранд, назар ба хатти миёна. Дар кишварҳои иқлимашон гарм дар ҳавои гарми тобистон талафи зиёди моеъ аз тариқи пӯст руҳ медиҳад, диурез паст мегардад, дар каналчаҳои пурпечу тоби гурдаҳо кристаллҳои намакҳои кислотаи пешоби натрий ва аммония меафтаед, бкҳрони (кризи) сангҳосилшавӣ ба амал меояд. Ин дар кӯдакони дорои диатези кислотаи пешоб ва сатҳи баланди кислотаи пешоб дар зардоби хун ва дар пешоби шабонарӯзӣ ҷой дорад. Пайдо шудани сангҳои фосфорӣ-калсий аз ҳисоби баланд шудани ҳосилшавии витамини эндогении D имконпазир аст, ки осебҳои захронки эпителии каналчаҳои гурдахоро ба вучуд меорад. Сангҳосилшавӣ ба пиелонефрити калкулезӣ оварда мерасонад. Дар байни беморони гирифтори пиелонефрит духтарон бартарӣ доранд. Онҳо мувофиқи маълумоти М. Н. Жукова (1965), назар ба писарҳо 2 маротиба бештар гирифтори пиелонефрит мешаванд ва мувофиқи маълумоти А. В. Люлко (1989). 2,5-3 маротиба. Аз ҷиҳати патогенетикӣ дар байни духтарон барои ин беморӣ бисёр омилҳо мусоидат мекунад. Якум ин вучуд доштани лонаи сироят дар узвҳои таносули ҳангоми протсессҳои илтиҳобӣ. Дуҷум, хусусиятҳои анатомӣ, ки аз кӯтоҳ будани уретра ва кам муҳофизат шудани даромадгоҳи маҳбал аз сироят ва аз E. coli мавзеи мақъад вобаста аст. Синну соли беморони гирифтори пиелонефрит гуногун аст - аз давраи навзодӣ сар карда, то давраи пириро дар бар мегирад.

Хулоса. Пиелонефрит - яке аз бемориҳои пахншудаи синну соли кӯдакӣ мебошад, ки пас аз сироятҳои басомади назла (катар) ва роҳҳои нафаскашӣ ҷойи дуҷумро ишғол мекунад. Дар даҳсолаҳои охир зиёд шудани ин



беморӣ аз бехтар шудани ташхиси беморӣ ва аз он зиёдтар аз афзудани вирулентнокии микроорганизмҳо дар натиҷаи устувории ба даст овардаи онҳо ва истифодаи кардани доруҳо вобастагӣ доранд, дер ташхис

кардани беморӣ ва ҷараёни ноаёни вай дар кӯдакон метавонад, ки вайроншавии функцияи гурдаҳо то ҳадди пайдо шудани бемории музмини гурдаҳо ба вучуд ора два боиси барвақт маъюбшавӣ гардад.

АДАБИЁТ

1. А.В. Терещенко, Д.А. Сеймивский, С.А. Ильин и др. Урол. и нефрол. 1991, N2, с.24-28.
2. Г.В. Калугина, М.С. Клушанцева, Л.Ф. Шехаб. - Хронический пиелонефрит. М., Медицина, 1993, 240 с.
3. И.В. Маркова, М.В. Неженцев, А.В. Папаян. Лечение заболеваний почек у детей. Санкт-Петербург. 1994, с. 186-192.
4. И.Г. Мултых, Е.А. Молодова. Возбудители клинически значимых бактериурий. Клини.-лаб. диагн. 1994, N5, с. 44-45.
5. О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. Пиелонефриты. СПбМАПО. Медиа пресс. 1996, с.240.
6. Малкоч А. В., Коваленко А. А. Пиелонефрит//В кн. "Нефрология детского возраста"/ под ред. В. А. Таболина и др.: практическое руководство по детским болезням (под ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева). М.: Медпр., 2005. Т. 6. С. 250-282.
7. М.В.Вострикова. А.А.Вялкова, В.А.Грищенко. Оптимизация диагностики инфекции мочевой системы у детей. М-лыVI Российского конгресса по дет. нефр. Москва. - 2007. С.50-51
8. А.В. Папаян, Н.Д. Савенкова. Клиническая нефрология детского возраста. Санкт-Петербург. - 2008. - 396-420.
9. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. NICE guideline. - London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. - 30 p.
10. Thomas V. Newman. The New American Academy of Pediatrics Urinary Tract Infection Guideline // Pediatrics. - 2011. - Vol. 128. - P. 572
11. Воианов А. Ф., Майданник В. Г., Бидный В. Г., Багдасарова И. В. Основы нефрологии детского возраста. Киев: Книга плюс, 2002. С. 22-100.
12. Пиелонефрит у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и лечению. А.И. Сафина. Нефрология, ПМ Педиатрия. Лекции для практикующих врачей, Практическая медицина 07, 2012г

САМАРАНОКИИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОНИ БАРАС (ВИТИЛИГО) БО НАЗАРДОШТИ НОРАСОГИҶОИ МАСУНИ

Қ.М. Бухоризода¹, А.М. Қосимов², М.Ф. Ҳомидов³

Маркази шаҳрии бемориҳои пӯсту зухравӣ (ш. Душанбе) 1, Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои касбии ВТ ва ҲИА ҚТ (ш. Душанбе)

2, Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон³

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

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

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



Исбот шудааст, ки тағйиротҳои назарраси ҳолати масунии беморон ба инкишофи бемории барас мусоидат менамоянд. Ин беморӣ бо пастшавии миқдори Т-лимфоситҳо дар хун ва вайроншавии таносуби байни субпопуляцияҳои асосии онҳо алоқаманд буда, бар асари он ҷисмҳои бегонаи ба меланоситҳо даврзананда ва сохторҳои гуногуни таркибашон меланӣ ошкор мегарданд ва тағйирёбии ҷавоби гуморалӣ ба вучуд меояд. Бо мақсади омӯзиши самаранокии муолиҷаи иммуномодулии полиоксидония 77 нафар мизочони бемории барас (35 нафар шакли маҳдуд ва 42 нафар шакли паҳнғашта) бо синнусоли 19-30-сола таҳти муоина қарор дода шуданд. Дар нишондодҳои масунии беморони барас тағйиротҳо

ошкор гардиданд, ки дар беморони шакли паҳнғашта ин тағйиротҳо нисбатан намоёнтар ба назар мерасанд. Дар беморони шакли маҳдуди барас 27 нафар (77,2%) таъобати клиникӣ ёфта, дар 8 нафар (22,8%) беҳтаршавии хеле назаррас ба мушоҳида расид?? (репигментатсияи зиёда аз 75 %-и майдони зарарёфта).

Дар беморони шакли паҳнғаштаи барас беҳтаршавии клиникӣ ва беҳтаршавии наҷандон назаррас (репигментатсияи то 10-25% майдонҳои зарарёфта) дар 8 нафар (19%) мушоҳида гардид. Дар беморони шакли паҳнғашта ягон ҳолати пурра сикҳатёбии клиникӣ ба назар нарасид.

Вожаҳои калидӣ: барас, полиоксидоний, вайроншавиҳои масунӣ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО С УЧЕТОМ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ

К.М. Бухоризода¹, А.М. Косимов², М.Ф. Хомидов³

Городской центр кожных и венерических болезней (г. Душанбе) 1 Государственное учреждение Республиканский клинический центр профессиональных болезней ЗСЗНРТ (г. Душанбе) 2 Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан 3

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

Косимов Азизулло Мирзоевич - к.м.н., директор Государственного учреждения Республиканский клинический центр профессиональных болезней МЗСЗНРТ (г. Душанбе), E.mail: a_qosimov@mail.ru, тел.: +992-93-500-76-79

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

В развитии витилиго доказаны существенные изменения иммунного статуса больных. Данная патология связана со снижением в крови общего количества Т-лимфоцитов и нарушением соотношения между их основными субпопуляциями, выявляются циркулирующие антитела к меланоцитам и различным меланинсодержащим структурам, происходят изменения гуморального ответа. С целью изучения эффективности иммуномодулирующей терапии полиоксидония, обследовали 77 пациентов с витилиго (35 - локализованные формы, 42 - генерализованные) в возрасте 19-30 лет. У больных витилиго выявлены изменения в иммунных показателях, которые наиболее выражены у больных с ге-

нерализованными формами витилиго. У больных с локализованными формами витилиго, клиническое выздоровление достигнуто у 27 (77,2%) больных с локализованными формами, а у 8 (22,8%) больных наблюдалось значительное улучшение ?? (репигментация более 75% площади поражения). У больных с генерализованными формами витилиго клиническое улучшение и незначительное улучшение (репигментация до 10-25% площади депигментированных пятен) ?? - ?? у 8 ?? (19,0%). У больных с генерализованными формами витилиго клинического выздоровления не наблюдалось ни в одном случае.

Ключевые слова: витилиго, полиоксидоний, иммунные нарушения.



THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH VITILIGO CONSIDERING IMMUNE DISORDERS

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

Kosimov Azizullo Mirzoevich - c.m.s., director of the State Institution of Republican Clinical Center of Occupational Diseases of the MHSPP RT (Dushanbe), E.mail: a_qosimov@mail.ru, ph.: +992-93-500-76-79

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

In the development of vitiligo proved significant changes in the immune status of patients. This pathology is associated with a decrease in the total number of T-lymphocytes in the blood and a violation of the ratio between their main subpopulations, circulating antibodies to melanocytes and various melanin-containing structures are detected, changes in the humoral response occur. In order to study the effectiveness of immunomodulatory therapy of polyoxidonium, we examined 77 patients with vitiligo (35-localized forms, 42 - generalized) at the age of 19-30 years. In patients with vitiligo, changes in immune parameters were detected, which are most

pronounced in patients with generalized forms of vitiligo. In patients with localized forms of vitiligo, clinical recovery was achieved in 27 (77.2%) patients with localized forms, and in 8 (22.8%) patients there was a significant improvement (repigmentation of more than 75% of the affected area). In patients with generalized forms of vitiligo, clinical improvement and slight improvement (repigmentation up to 10-25% of the area of depigmented spots) - in 8 (19.0%). In patients with generalized forms of vitiligo, clinical recovery was not observed in any case.

Key words: vitiligo, polyoxidonium, immune disorders.

Муҳиммият. Чӣ хеле ки маълум аст, дар патогенези бемории барас ба омӯзиши вайроншавиҳои масунӣ эътибори калон дода мешавад. Аз рӯи далелҳои адабиётҳои мавҷуда хангоми ин беморӣ тағйиротҳои назарраси ҳолати масунии беморон ба вучуд меоянд. [1,2]. Аз рӯи ақидаи яке аз таҳқиқотчиён ин беморӣ бо камшавии миқдори умумии Т-лимфоситҳо дар хун ва вайроншавии таносуби байни субпопулятсияҳои асосии онҳо алоқаманд мебошад [3,4]. Вале муаллифони дигар иддао доранд, ки на дар ҳамаи беморони барас ҷисмҳои бегонаи ба меланоситҳо даврзананда ва сохторҳои гуногуни таркибашон меланин ошкор мегарданд. Бисёр таҳқиқотчиён чунин мешуморанд, ки чунин тағйиротҳо натиҷаи ҷавоби гуморалии барасари вайроншавии меланоситҳо ва сохторҳои гуногуни таркибашон меланин маҳсуб меёбанд ва ба сабабҳои беморӣ асос шуда наметавонанд [3,4,5].

Мақсад. Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда омӯзиши ҳолати масунии беморони

шаклҳои гуногуни барас ва самаранокии муолиҷаи иммуномодули тавассути полиоксидоний мебошад.

Таҳти муоина 77 нафар мизочони бемории барас (35 нафар шакли маҳдуд ва 42 нафар шакли паҳнғашта) бо синнусоли 19-30-сола қарор доштанд. Таносуби байни мардон ва занон 1:2 -ро ташкил меод. Гурӯҳи санҷишӣ аз 30 нафар шахсони миннусоли мувофиқ иборат буд. Барои соқит намудани бемориҳои ба ҳолати масунии бемор ҳамроҳ ба гурӯҳи таҳқиқотӣ мизочони бидуни бемориҳои ҳамроҳи соматикӣ интихоб карда шуданд. Ба сифати иммуномодулятор беморон курси иммунокорректор - полиоксидонийро гирифтанд, ки дар ҳаҷми калони диапазони воя спектри васеи таъсири фармакологӣ ва фаъолнокии таҳриқдандаи масуниятро дорад ва ба ҷавоби гуморалии масунӣ таъсири назаррас расонда, кооператсияи Т- ва В-лимфоситҳоро тақвият медиҳад. Полиоксидоний функсияи макрофагҳо ва лимфоситҳоро фаъол меку-



над. Дору аз спектри патогенҳо, ки на ба маҳвкунии мустақими микроорганизмҳо, балки ба таҳриқдиҳии масуният асос ёфтааст, таъсири гайрихоси муҳофизавӣ пайдо мекунад. Полиоксидоний имкониятҳои захиравии системаи хунҳосилкуниро хароб намекунад. Курси иммунотерапия 10 тадриқи полиоксидонияро думаротибагӣ, дар як ҳафта, ба андозаи 0,006 г дар давоми 5 ҳафта ташкил дод.

Самаранокии клиникии усулҳои истифодашудаи муолиҷа аз рӯи аломатҳои муътадилшавии раванд ва аз рӯи майдонҳои дар шакли репигментатсияи диффузиявӣ ва дақиқ, камшавии майдонҳои доғҳои депигментикунонидашуда, ё маҳкамкунии пурраи манбаъҳо баҳогузори карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳолати пӯст дар беморони шаклҳои маҳдуди барас бо доғҳои рангпариди, ки дар қисмати рӯй (таги манаҳ, пешонӣ, чакка, пилки болоӣ)- дар

42,5 %, инчунин, дар бадан-22,5% ва панҷаҳои дасту пой -дар 35%-и беморон паҳн гаштаанд, пешниҳод карда шуд. Дар ҳамин ҳол, дар ҳамаи беморон (100%) раванди мазкур тамоман характери ассиметрӣ гирифта, аз хати миёна берун намебаромад. Дар беморони шаклҳои паҳншудаи барас, дар 90 %-и ҳолатҳо ҷойгиршавии симметрии манбаъҳои патологӣ мушоҳида гардид. Доғҳои рангпариди бештар дар қисмати панҷаҳои дасту пой- дар 62,5%, рӯй-20%, бадан-17%-и мизочон ҷойгир шуда буданд. Манбаъҳои рангпариди дар беморони бо шаклҳои маҳдуди барас пӯсти минтақаи иннерватсияи як ё якчанд сегментҳои мағзи сутунмуҳравиро ишғол намуда ё бо хатҳои Блашко маҳдуд гашта буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти иммунологӣ то ва баъди истифодаи муолиҷаи ислоҳкунандаи масуният бо истифодаи полиоксидоний чамъбаст карда шуданд (ҷадвали 1)

Ҷадвали 1

Нишондодҳои системаи масунӣ дар беморони барас то ва баъди муолиҷа бо истифодаи полиоксидония

Нишондодҳо	Санҷиш (n=30)	Шаклҳои маҳдуд (n=35)		Шаклҳои паҳншуда (n=42)	
		То муолиҷа	Баъди муолиҷа	То муолиҷа	Баъди муолиҷа
CD ₃ (%)	66,9±2,4	64,0* ±2,4	66,2**±3,4	61,4*±2,4	66,21**±1,8
CD ₄ (%)	38,9±1,5	38,4±1,5	38,3**±1,9	33,8*±2,2	38,8±1,9
CD ₈ (%)	28,0±2,0	26,8±2,0	27,9**±3,3	21,3*±1,6	28,0**±1,2
ИРИ	1,4±0,12	1,4±0,12	1,4±0,18	1,6±0,1	1,4±0,2
CD ₂₀ (%)	7,3±1,5	7,0±1,5	7,4±0,5	6,9 ±1,2	7,3±0,71
CD ₁₆ (%)	14,0±2,0	14,0±2,0	14,2**±0,12	13,8±1,4	14,2±1,3
ЦИК (г/л)	2,14 ± 0,18	2,19 ± 1,11	2,12 ± 1,18	2,31* ± 0,19	2,14 ± 1,19
ФАЛ (%)	73,7 ± 6,1	72,5 ± 5,9	73,2** ± 8,1	66,3* ± 4,9	73,7 ± 6,1
ФЧ	5,7 ± 0,4	5,6 ± 1,4	5,4 ± 1,4	4,8* ± 1,4	5,7 ± 0,4

Эзоҳ: дақиқии фарқияти ҳар нишондод дар гурӯҳҳои таҳқиқот P<0,05

* - нишондодҳои то муолиҷа, ки аз моҳияти санҷишӣ дақиқ фарқ мекунанд, нишон дода шудааст;

** - нишондодҳои баъди муолиҷа, ки аз нишондоди ибтидоӣ дақиқ фарқ мекунанд

Тағйиротҳои нисбатан намоён дар беморони шакли паҳншудаи барас ошкор гардиданд, ки бо пастшавии миқдори умумии CD₃-лимфоситҳо дар 18 (66,7%) беморон CD₃ (61,4*±2,4) (P> 0,01) ифода меёбад. Дар 19 нафар (70,4%) мизочон пастшавии таркиби CD₄-субпопулятсия (33,8*±2,2) (P> 0,01) ва CD₈ (21,3*±1,6) ошкор гардид, ки

ба афзоиши зиёди ИРИ (1,6±0,1) (P> 0,01) оварда расонд. Дар самати масунияти гуморалӣ дар беморони бо НСВ пастшавии CD₂₀ (6,9 ±1,2), дар муқоиса бо меъёри (7,3 ±1,5) ва IgM (1,21 ±1,0 муқобили 1,26±0,2) мушоҳида гардид. Аз 35 нафар мизочони бо СВ, миқдори умумии CD₃-лимфоситҳо дар 28 нафар(80%) мизочон (64,0 ±2,4) паст гар-



дид, дар 22 нафар (63%) муоинашудагон фаъолнокии пасти субпопулятсияи супресории (CD8) лимфоситҳо (26,8 ± 2,0) ба қайд гирифта шуд, дар 19 нафар (54,3%) мизочон пастшавии таркиби CD4-субпопулятсия (38,4 ± 1,5) мушоҳида гардид ва ин нишондодҳо аз нишондиҳандаҳои муқаррарӣ (P > 0,01) фарқият пайдо намуданд.

Дар ҳамаи беморони барас муолиҷаи ислоҳи масуният бо истифодаи полиоксидония ба тағйиротҳои муайяни нишондодҳои масунии то санҷиш оварда расонд. Нишондодҳои CD3 то 66,2 ± 3,4 дар беморони шакли маҳдуд, то 66,21 ± 1,8 - дар беморони шакли паҳнғашта (P < 0,05) афзоиш ёфт. Дар беморони бо СВ нишондоди CD4 аз нишондоди то муолиҷа фарқияти дақиқ пайдо кард (38,3 ± 1,9) муқобили (33,8 ± 2,2). Афзоиши нишондоди CD8 дар беморони бо ЛФ 27,9 ± 3,3 ба барқароршавии нишондоди ИРИ (1,41 ± 0,18) оварда расонд.

Баҳодихии самаранокии клиникаи муолиҷаи ислоҳи масунӣ (иммунокоррегирующей терапией) дар ҳарду гурӯҳ баъди 6 моҳ аз рӯи чунин меъёрҳо гузаронида шуданд: 100% -депигментатсияи пурра, пигмент вучуд надорад; 90% -пигментатсияи нопурра; 75% - миқдори ҷойҳои рангпариди (депигментированных участков) аз пигментикунонидашуда зиёд мешавад; 50% - миқдори ҷойҳои рангпариди ва пигментикунонидашуда якхела аст; 25% - миқдори ҷойҳои пиг-

ментикунонидашуда аз ҷойҳои рангпариди зиёд аст; 10% - манбаъҳои ягонаи рангпариди вучуд дорад.

Дар беморони шакли паҳнғаштаи барас сикхатёбии клиникӣ дар 27 нафар (77,2%) ба даст омад, дар беморони шакли маҳдуд дар 8 нафар (22,8%) беморон беҳтаршавии назаррас (репигментатсияи зиёда аз 75% майдони зарарёфта) мушоҳида гардид. Дар беморони шакли паҳнғаштаи барас беҳтаршавии клиникӣ ва беҳтаршавии на он қадар намоён (репигментатсияи то 10-25% майдони доғҳои рангпариди)??-??дар 8??нафар (19,0%) ба назар расид. Дар беморони шакли паҳнғаштаи барас ягон ҳолати сикхатёбии клиникӣ ба мушоҳида нарасид.

Ҳамин тавр, дар беморони барас тағйиротҳои нишондодҳои масунӣ ба назар мерасанд, ки дар беморони шакли паҳнғаштаи барас намоёнтар мушоҳида мегарданд. Муолиҷаи ислоҳкунии масунӣ бо доруи полиоксидоний ба беҳтаршавии нишондодҳои масунияти ҳуҷайрагӣ оварда мерасонад, вале табобати клиникӣ танҳо дар беморони шакли маҳдуди беморӣ ба даст меояд.

Дар беморони шакли паҳнғаштаи барас самаранокии полиоксидоний барои ба даст овардани репигментатсия ба таври нокифоя ба назар мерасад, ки зиёд намудани курсҳои табобатӣ ва муолиҷаи омехтаи иммуномодулиро дар чунин гурӯҳи беморон талаб менамояд.

АДАБИЁТ

1. Батпенова А.А. Значение оксидативного стресса и иммунологических расстройств при витилиго /А.А. Батпенова, Т.В. Аймолдина, Т.В. Котлярова, Г.З. Таркина, А.С. Садыкова, Г.Р. Казиева / Иммунопатология, аллергология, инфектология, 2014, №4:10-14.
2. Ломоносов К.М Сравнительный анализ сывороточного содержания аутоантител у больных витилиго/ К.М. Ломоносов, Н.И. Симонова, М.К. Ломоносов /Российский журнал кожных и венерических болезней, 2013, № 2:35-39
3. Бабешко О. А. Роль цитокинов в патогенезе витилиго/О. А. Бабешко, К. М. Ломоносов, Н.И. Гилядова/ Российский журнал кожных и венерических болезней 2012, № 3: 37-41
4. Жульмина В.В. Функциональные особенности макрофагов в очаге витилиго В.В. Жульмина, Е.Н. Кологривова, П.Н. Пестерев, Н.П. Лабзовская Вестник дерматологии и венерологии венерологии, 2012, № 5:52-55.
5. Taieb A., Picardo M. Epidemiology, definitions and classification. In: Taieb A., Picardo M., eds. Vitiligo. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010: 13-24.



ОКСИДШАВИИ ПЕРОКСИДИИ ЛИПИДҶО ДАР КЌДАКОНИ БО БЕМОРИИ САГЛЕС ДАР ЗАМИНАИ ВАЙРОНШАВИҶОИ ВЕГЕТАТИВЌ

М.Н. Ҷўраев, М.М. Тавакалов

Кафедраи аллергологияи Муассисаи давлатии Донишкадаи маълумоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии ҶТ(ш. Душанбе)

Ҷўраев Муҳаммад Наврўзович - д.и.т., профессор, мудири кафедраи аллергологияи Муассисаи давлатии Донишкадаи маълумоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии ҶТ(ш. Душанбе), тел.: +992-935-45-45-22

Тавакалов Мансур Мансурович - ассистенти кафедраи аллергологияи Муассисаи давлатии Донишкадаи маълумоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии ҶТ тел.: +992-902-55-15-80

Саглес бештар дар одамоне вомехўрад, ки низоми вегетативии асабашон халалдор гаштааст. Маълум аст, ки барои беморони бо вайроншавии функцияҳои вегетативӣ фаъолнокии оксидшавии пероксидии липидҳо хос аст, ки дар ташаккулёбии вайроншавии метаболӣ, функционалӣ ва сохтори узвҳо ва низоми ҳисм нақши муҳим дорад. Бо мақсади омўзиши ҳолати оксидшавии пероксидии липидҳо дар кўдакони бо бемории саглес дар заминаи вайроншавии вегетативӣ 147 кўдаки ба бемории саглес гирифтори синнусоли аз 5 то 15 сола муоина карда шуданд, ки дар байни онҳо 68 нафар (46,3%) ба ҷараёни шадид ва 79 нафар (53,7 %) ба ҷараёни музмини беморӣ рў ба рў буданд. Типи системаи вегетативии асаб аз рўи ҷадвали Вейна (1981) муайян карда шуд. Таҳқиқоти ҳолати оксидшавии

пероксидии липидҳо (ОПЛ) ва ҳимояи антиоксидантӣ (ҲАО) аз рўи таркиби конюгатҳои диеновӣ (КД), малоновогодиалдегид (МДА), глутатионпероксидазо (ГП) ва фаъолнокии каталазо (ФК) баҳогузорӣ карда шуд. Ошкор карда шуд, ки саглес дар кўдакон дар муқоиса ба типҳои симпатикотоникӣ (36,1%) бештар бо типҳои ваготоникӣ дистония (36,1%) вомехўрад. Вайроншавии нисбатан намоёни оксидшавии пероксидии липидҳо (ОЛП) ва ҳимояи антиоксидантӣ (ҲАО) дар кўдакони бо саглес дар заминаи типҳои ваготоникӣ дистония ба мушоҳида мерасад, ки ба зарурати муолиҷаи антиоксидантӣ ва муолиҷаи комплекси ин гурўҳ кўдакон ишора менамояд.

Вожаҳои калидӣ: саглес, дистония, оксидшавии пероксидии липидҳо, ҳимояи антиоксидантӣ

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С КРАПИВНИЦЕЙ НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

М.Н. Джураев, М.М. Тавакалов

Кафедра аллергологии, Государственное учреждение Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ (г. Душанбе)

Джураев Муҳаммад Наврўзович - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой аллергологии Государственного учреждения - Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ.тел.: +992-935-45-45-22

Тавакалов Мансур Мансурович - ассистент кафедры аллергологии Государственное учреждение - Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ.тел.: +992-902-55-15-80



Крапивница чаще встречается у людей с нарушениями вегетативной нервной системы. Известно, что для больных с вегетативными дисфункциями характерна компенсированная активация перекисного окисления липидов, играющая важную роль в формировании метаболических, функциональных и структурных нарушений органов и систем организма. С целью изучения состояния перекисного окисления липидов у детей с крапивницей на фоне вегетативных нарушений обследовали 147 детей с крапивницей в возрасте от 5 до 15 лет, среди которых у 68 (46,3%) - острое течение, у 79 (53,7%) - хроническое. Тип вегетативной нервной системы определяли по таблицы Вейна (1981г). Исследования состояния перекисного окис-

ления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) оценивали по содержанию диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), глутатионпероксидазы (ГП) и активности каталазы (АК). Выявлено, что крапивница чаще наблюдается у детей с ваготоническим типом дистонии (48,9%), по сравнению с симпатикотоническим типом (36,1%). Наиболее выраженные нарушения ПОЛ и АОЗ отмечаются у детей с крапивницей на фоне ваготонического типа дистонии, что указывает на необходимость антиоксидантной терапии в комплексной терапии данного контингента детей.

Ключевые слова: крапивница, дистония, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита.

LIPID PEROXIDATION IN CHILDREN WITH URTICARIA ON THE BACKGROUND OF VEGETATIVE DISORDERS

Juraev Muhammad Navruzovich - MD, Professor, Head of the Department of Allergology of State Institution, Institute of Postgraduate Education in Healthcare RT. tel.: + 992-935-45-45-22

Tavakalov Mansur Mansurovich - assistant of the department of Allergology of State Institution, Institute of Postgraduate Education in Healthcare RT. tel.: + 992-902-55-15-80

Urticaria is more common in people with violation of the autonomic (vegetative) nervous system. It is known that the compensated activation of lipid peroxidation is characteristic of patients with vegetative dysfunctions, which plays an important role in the formation of metabolic, functional and structural disorders of organs and body systems. In order to study the state of lipid peroxidation in children with urticaria on the background of vegetative disorders, 147 children with urticaria aged 5 to 15 years were examined, among which 68 (46.3%) had an acute course, 79 (53.7%) - chronic. The type of the autonomic nervous system was determined according to the Wayne table (1981). Researches of the state of lipid

peroxidation and antioxidant protection were evaluated by the content of diene conjugates, malondialdehyde, glutadione peroxidase and catalase activity. It was revealed that urticaria is more often observed in children with vagotonic type of dystonia (48.9%), compared with the sympathicotonic type (36.1%). The most expressed violations of lipid peroxidation and antioxidant protection are observed in children with urticaria on the background of vagotonic type of dystonia which indicates the need for antioxidant therapy in the complex therapy of this contingent of children.

Key words: urticaria, dystonia, lipid peroxidation, antioxidant protection.

Мухиммият. Дар байни бемориҳои пайдоишашон аллергиявӣ сағлес мавқеи асосиро ишғол мекунад, ки вобаста ба пахншавии босуръат ва набудани бархурди ягонаи ташхису табобат, пастшавии сифати ҳаётии мизочон дар худ на танҳо мушкилоти тиббӣ, балки инчунин проблемаҳои ҷиддии иҷти-

моиро таҷассум менамояд. Дар 80-95% ҳолатҳо сағлеси идиопатикӣ ташхис карда мешавад, ки дар муолиҷаи ин бемориҳо ва пешгирии такрорёбии онҳо мушкилотро ба вуҷуд меорад[1]. Аз рӯи маълумотҳои тадқиқотҳои эпидемиологӣ сағлес яке аз пахшудатарин бемориҳо ба ҳисоб рафта, 15-25%-



и одамон дар ҳаёти худ аққалан як маротиба ба он гирифтор мешаванд. Дар ҳамин ҳол дар 70-75% -и мавридҳо беморӣ ба таври шадид чараён гирифта, дар 25-30%-и ҳолатҳо характери музмин пайдо мекунад [1,2,3].

Маълум аст, ки саглес бештар дар одамони бо вайроншавиҳои системаи вегетативии асаб вомерӯрад, ки ба онҳо фаъолкунии чуброншудаи оксидшавии пероксидии липидҳо хос буда, он дар ташаккулёбии вайроншавиҳои метаболикӣ, функционалӣ ва сохтори узвҳо ва низоми ҷисм нақши муҳим дорад [4,5]. Муқаррар гардидааст, ки дар мембранаи ҳуҷайраи маҳсулотҳо ҷамъшавии оксиди пероксидии липидҳо сохтори онҳоро тағйир дода, ба тағйирёбии функционалии онҳо оварда мерасонад. Азбаски тамоми функсияҳои ҳуҷайра бо сарфи энергия амалӣ мегарданд, блокировка кунонидани маҳсулоти он ҳалокати зудии ҳуҷайраро ба вучуд меорад. Ин дар ниҳоят ба реаксияҳои ҷимоявӣ-мувофиқагии ҷисм дар сатҳи ҳуҷайравӣ таъсир мерасонад, ки хусусияти характерноки онҳо эҳтимолияти баромадан аз зери назорати системаҳои гомеостатикӣ мебошад. [4,5,6].

Мақсад. Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда омӯзиши ҳолати оксидшавии пероксидии липидҳо дар кӯдакони бо бемории саглес дар заминаи вайроншавиҳои вегетативӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тахти муоина 147 кӯдаки ба бемории саглес гирифтори синнусоли аз 5 то 15 сола қарор доштанд, ки дар байни онҳо 68 нафар (46,3%) ба чараёни шадид ва 79 нафар (53,7 %) ба чараёни музмини беморӣ рӯ ба рӯ буданд. Типи системаи вегетативии асаб аз рӯи ҷадвали Вейна (1981) муайян карда шуд. Таҳқиқоти ҳолати оксидшавии пероксидии липидҳо (ПОЛ) ва ҷимояи антиоксидантӣ (ҲАО) ба муайян намудани таркиби конюгатҳои диеновӣ (КД), малоновогодиалдегид (МДА), глутатионпероксидазо (ГП) ва фаъолнокии каталазо (ФК) дар зардоби хуни кӯдакони муоинашаванда аз рӯи методи Стальной И.Д. (1975) асос меёфт.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Шикоятҳои асосии беморони муоинагашта хориши пӯст, варами рӯй, панҷаҳои даст, рехтанҳои уртикарӣ ба ҳисоб мераванд. Дар беморони саглеси шадид омилҳои этиологӣ ошкор гардиданд, ки дар байни онҳо маҳсулотҳои хӯроқӣ 45(66,2%) ва тамос бо воситаҳои косметикӣ 23 (33,8%)-ро ташкил медиҳад. Дар беморони саглеси музмини идиопатикӣ сабаби асосии бемории пӯст маълум нагардид, вале беморҳои ҳамроҳ, ки дар байни онҳо гастродуоденит 29 (36,7%), сирояти рӯда 27 (34,2%), сироятҳои вирусӣ 23(29,1%)-ро ташкил медиҳанд, ошкор шуд.

Тахҳиси дараҷаи вазнинии саглес нишон дод, ки дараҷаҳои сабук ва вазнин дар ягон ҳолат мушоҳида намегардад. Дар ҳамаи беморони муоинагашта дараҷаи миёнаи вазнинии чараёни саглес тахҳис гардид, ки аз рӯи баҳогузори баллӣ $3,2 \pm 0,4$ баллро ташкил дод ва он бо хориши намоён ва мавҷудияти зиёда аз 50 вараҷаҳои пукаки андозаҳои гуногун характернок мебошад. Дар ҳамин ҳол аз 12 нафар беморони саглеси музмин дар 5 нафараш хориши муътадил ва дар 7 нафараш хориши намоён мушоҳида гардид. Дар ҳамаи беморони саглеси шадид хориши намоён, мавҷудияти унсурҳои ягона ва омехтаи уртикарӣ, асосан дар пӯсти рӯй ба қайд гирифта шуд. Дар 4 нафар беморони шадиди саглес сулфа ва ҳисси нофориам дар болои ҳалқ мушоҳида гардид. Ҳамаи беморони саглеси шадид зухуроти ин бемории пӯстро бори аввал дар ҳаёташон қайд намуданд.

Дар натиҷаи таҳқиқотҳои гузаронидашуда дар кӯдакони бо саглес типҳои гуногуни системаҳои вегетативии асаб ошкор карда шуданд: ваготоникӣ - дар 72 нафар (48,9%) беморон, симпатикотоникӣ - дар 53 нафар (36,1%), эйтоникӣ, ё тонуси муътадили вегетативӣ - дар 22 нафар (15,0%). Ба таври диғар, дисбаланси вегетативӣ дар 125 нафар (85,3%) кӯдакони бо саглес мушоҳида гардид.

Таҳқиқоти характеристикаи оксидшавии озоду радикалӣ дар кӯдакони муоинашуда баландшавии дақиқи сатҳи конюгатҳои диеновӣ (ДК) дар кӯдакони бо полинозоҳо дар



заминаи типи ваготоникии дистонияро ошкор сохт, ки $0,51 \pm 0,02$ ммол/л дар муқо-

иса бо кӯдакони бо типи эйтоникӣ $0,41 \pm 0,07$ ммоль/л; $p_1 < 0,01$ мебошад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Нишондодҳои ОПЛ ва ҲАО дар кӯдакони бо сағлес вобаста ба типи системаи вегетативии асаб

Нишондодҳо	Эйтония (n=22)	Вагото тип (n=72)	Симпатик тип (n=53)	p
МДА, ммол/л	$0,75 \pm 0,01$	$0,71 \pm 0,03$ $p_1 < 0,01$	$0,61 \pm 0,08$ $p_1 < 0,01$	$< 0,05$
КД, ммол/л	$0,41 \pm 0,07$	$0,51 \pm 0,02$ $p_1 < 0,01$	$0,43 \pm 0,01$	$< 0,01$
ФК, ммол/л	$213,26 \pm 1,6$	$98,32 \pm 1,01$ $p_1 < 0,001$	$114,09 \pm 2,02$ $p_1 < 0,001$	$< 0,001$
ГП, ммоль/л	$0,09 \pm 0,04$	$0,05 \pm 0,02$ $p_1 < 0,001$	$0,08 \pm 0,01$	$< 0,05$

Эзоҳ: p - моҳияти омории фарқияти нишондодҳои байни типҳои ваготоникӣ ва симпатикотоникии дистония; p_1 - моҳияти омории фарқияти нишондодҳо дар муқоиса бо типи эйтоникии дистония

Дар ин ҳол, сатҳи малоновогодиалдегид (МДА) дар кӯдакони бо типи ваготоникӣ низ аз нишондоди мазкур дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдакони бо типи эйтоникӣ пасттар ($0,71 \pm 0,03$ ммол/л муқобили $0,75 \pm 0,01$; $p_1 < 0,01$), вале баландтар нисбати симпатикӣ ($0,61 \pm 0,08$ ммол/л) $p < 0,05$ мебошад.

Нишондодҳои ҳолати ҳимояи антиоксидантӣ нишон доданд, ки дар кӯдакони бо типи ваготоникии СВД сатҳи КА 2,2 маротиба дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдакони бо эйтония пасттар мебошад ($98,32 \pm 1,01$ ммоль/л дар муқобили $213,26 \pm 1,6$ ммоль/л; $p_1 < 0,001$). Дар кӯдакони бо типи симпатикотоникии дистония пастшавии нишондоди КА 1,9 маротиба дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдакони бо типит эйтоникии системаи вегетативии асаб ($114,09 \pm 2,02$ ммоль/л дар муқобили $213,26 \pm 1,6$ ммоль/л; $p_1 < 0,001$) пасттар мебошад.

Нишондодҳои нисбатан пасти фаъолнокии глутатионпероксидазҳо дар кӯдакони бо

типи ваготоникии дистония ($0,05 \pm 0,02$ ммол/л) дар муқоиса бо типи симпатикотоникӣ ($0,08 \pm 0,01$ ммол/л; $p < 0,05$) ва бо типи эйтоникӣ ($0,09 \pm 0,04$; $p_1 < 0,001$) ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, сағлес дар муқоиса бо типи симпатикотоникӣ (36,1%) бештар дар кӯдакони бо дистонияи типи ваготоникӣ (48,9%), ба мушоҳида мерасад. Дар кӯдакони бо сағлес афзоиши дараҷаи оксидшавии липидҳои зардоби хун, сатҳи МАД ва ДК ба қайд гирифта мешавад, ки пастшавии нишондодҳои ҲАО-ро ҳамчун натиҷаи фаъолнокии каталазҳо ва глутатиопероксидазҳо бо худ дорад. Вайроншавии нисбатан намоёни оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ) ва ҳимояи антиоксидантӣ (ҲАО) дар кӯдакони бо сағлеси дар заминаи дистонияи типи ваготоникӣ ба қайд гирифта мешавад, ки ин ба зарурияти муолиҷаи антиоксидантӣ дар табобати комплекси ин гурӯҳ кӯдакон ишора менамояд.

АДАБИЁТ

1. Шапошникова К.В., Башкина О.А. Возрастные особенности этиологии острой и рецидивирующей крапивницы у детей // Астраханский медицинский журнал. - №2. - 2013. - С. 31 - 35.
2. Борзова Е.Ю. Биомаркеры локального и системного воспаления при хронической крапивнице: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2012. - 44 с.
3. Козлова Л. В. Вегетативная дисфункция у детей и подростков. / Л. В. Козлова - М.: Гэотар-Медиа, 2008. - 96 с.;



4. Кожин А.А., Владимирский Б.М. Микроэлементозы в патологии человека экологической этиологии // Медицинская экология. - №9. - 2013. - С. 56 - 64.
5. Лукьянова Л.Д. Молекулярные механизмы тканевой гипоксии и адаптация организма / Л.Д. Лукьянова // Физиолог Журнал. 2003. - Т. 49, №3.-С. 17-35.
6. Chaiban J.T. Effect of chronic hypoxia on leptin, insulin, adiponectin and ghrelin. / J.T. Chaiban, F.F Bitar, S.T. Azar/ In: Metabolism. - 2008. - Aug, nr. 57(8). - p. 1019-1022

МЕЪЁРҲОИ АСОСИИ АВҶ ГИРИФТАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БО АЛОИМИ НЕФРОТИКӢ ДАР КӢДАКОН

Л.А. Бабаева, А.К. Мачидзода

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

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

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

Таҳлили хусусиятҳои зуҳуроти клиникаию лаборатории алоими нефротикӣ ҳангоми гломерулонефрит дар кӯдакон ($n = 54$) гузаронида шуд. Дар натиҷа маълум шуд, ки хавфи нисбатан аз ҳама баланд авҷ гирифтани чараёни патологӣ дар раванди беморӣ ҳангоми фишорбаландии шараёни, дар тар-

киби хун зиёд гаштани фибриноген, протеинурияи зиёда аз 3,0 г/л ва зичшавии сохтори паренхимаи гурдаҳо тибқи маълумоти тадқиқоти ултрасадоӣ мушоҳида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, гломерулонефрит, алоими нефротикӣ, меъёрҳои авҷ гирифтани.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Л.А. Бабаева, А.К. Маджидзода

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

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

Маджидзода Алишер Қиммат, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail:alisher_m@mail.ru, тел.: 909173535.

Проведен анализ особенностей клинико-лабораторных проявлений нефротического синдрома в дебюте гломерулонефрита у детей ($n = 54$). Показано, что высокий относительный риск прогрессирования патологического процесса отмечается при наличии в дебюте забо-

левания артериальной гипертензии, повышения в крови содержания фибриногена, протеинурии более 3,0 г/л, уплотнения структуры почечной паренхимы по данным УЗИ.

Ключевые слова: дети, гломерулонефрит, нефротический синдром, критерии прогрессирования.



BASIC CRITERIA OF PROGRESSION OF GLOMERULONEPHRITIS WITH NEPHROTIC SYNDROME IN CHILDREN

L.A. Babaeva, A.Q. Majidzoda

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

Babaeva Lola Abdunaimovna, head of the department of propaedeutics of children's diseases of ATSMU, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.: 446003624.

Majidzoda Alisher Qimmat, assistant of the department of propaedeutics of children's diseases of ATSMU, E.mail: alisher_m@mail.ru, tel.: 909173535.

Article is devoted to the analysis of features of the clinical and laboratory manifestations of glomerulonephritis with nephrotic syndrome in children (n=54). It is shown that the high relative risk of progressing of pathological process is noted in the presence in a debut of a disease of

arterial hypertension, increases in blood of the contents of a fibrinogen, proteinuria over 3,0 g/l, consolidation of structure of a renal parenchyma according to ultrasonography.

Keywords: children, glomerulonephritis, nephrotic syndrome, criteria of progressing.

Мухимият. Дар педиатрия гломеруло-нефрит (ГН) яке аз ҳама патологияҳои маъмули пайдогардидаи гурда дар кӯдакон ба ҳисоб рафта, баъди сирояти роҳҳои пешоббарор ҷойи дуюмро ишғол менамояд [5]. Дар бештари ҳолатҳо ГН дар кӯдакони синни мактабӣ ва то мактабӣ (3-9 сола), баъзан (камтар 5%) дар кӯдакони 2 соли аввали ҳаёт ба қайд гирифта шудааст. Дар писарчаҳо ГН нисбат ба духтарчаҳо 2 маротиба зиёдтар мушоҳида шудааст [2, 4, 5]. Дар асоси инкишофи Гломеруло-нефрити кӯдакон сироят, аллергия (ба вучуд омадани комплексҳои иммунии дар рағҳои хун даврзананда ва часпишии онҳо ба гурдаҳо) ё аутоаллергия (коркарди аутоантител), инчунин осеби ғайрииммунии узв дар натиҷаи ба амал омадани вайроншавии гемодинамикӣ ва метабolikӣ хобидааст. Ба ғайр аз калобачаҳои гурда дар ҷараёни патологӣ метавонад найчаҳо ва бофтаи интерститсиалӣ ҷалб шавад. Дар кӯдакон ГН хавфи пайдоиши норасогии музмини гурдаҳоро дошта, ба маъюбии бармаҳал меорад [1, 3]. Дар даҳсолаи охир ҷараёни ГН дар синни кӯдакӣ, ба мисли дигар бемориҳо тағйир ёфтааст, ки шояд бо ҷорӣ кардани усулҳои наву фаъоли табобати патогенӣ [3, 4] ва бо тағйироти реактивнокии иммунологии кӯдакон алоқаманд бошад [2]. Рағбати махсусро дар табибони

беморхона ГН бо алоими нефротикӣ вобаста ба ҷараёни тез-тез авҷгирӣ, ки ба норасогии музмини гурдаҳо меорад ба вучуд овардааст [1, 5]. Аз ин сабаб, оддитарин ҳус-тучӯиҳо, дастраси барои ташхис ва ҳамзамон пешгӯии нишонаҳои маълумотдиҳандаи ҷараёни патологӣ музмин ҳангоми ГН аҳамияти калон доранд.

Мақсади таҳқиқот: баҳо додан ба меъёрҳои асосии клиниқию лаборатории авҷгиритани гломеруло-нефрит бо алоими нефротикӣ дар кӯдакон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили тарҷеии (ретроспективи) таърихи бемории (n = 54) кӯдакони дар табобати статсионарӣ дар шуъбаи нефрологии қисми бемориҳои соматикӣ кӯдаконаи МД МТ "Истиклол" ш. Душанбе оид ба гломеруло-нефрит бо алоими нефротикӣ аз моҳи августи соли 2016 то сентябри соли 2018 гузаронида шуд. Синну соли кӯдакон аз 1 сола то 15 соларо дар бар мегирифт, писарчаҳо 41 нафар ва духтарчаҳо 13 нафар буданд. Аз тарафи мо таҳлили зухуроти клиниқию лаборатории ГН бо алоими нефротикӣ ҳангоми беморӣ ва эҳтимолияти таъсири он ба музмин гардидани ҷараёни патологӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Муайян карда шуд, ки авҷгиритани ГН бо алоими нефротикӣ дар кӯдакони синни 1 - 3



сола (61,1%) нисбат ба кӯдакони бемори дигар синну сол (4-6 сола, 7-11 сола ва 12-14 сола) бештар мушоҳида мешавад. Дар баробари ин чараёни музмини ГН дар ҳама бемороне, ки то 1 солагӣ ($n = 4$) бемор шудаанд ба қайд гирифта шуд. Дар беморони бо варамҳои мавзеъӣ (варами рӯй ва пилки чашмон) чараёни музмини беморӣ дар 33,3% ҳолатҳо, бо варамҳои паҳншуда (варами рӯй, пойҳо, шикам) дар 53,7% ва бо варамҳо бо намуди анасарка бо ассит ва гидроторакс дар 50% ҳолатҳо ҷой дошт. Дар беморони аввалин маротиба гирифтори ГН, ки фишорбаландии шараёни доштанд, музминшавии беморӣ дар 79,6% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд.

Зухуроти протеинурия дар кӯдакони бо чараёни музмини ГН хеле баланд (3,3г/л) нисбат бо беморони бе такрорёбандагии беморӣ (2,30 г/л) буд, лекин тафовути аниқ ёфт нашуд. Дар 70,3% ҳолатҳо дар беморони дар бемориашон лейкоцитурия дошта чараёни музмини ГН бо алоими нефротикӣ ба қайд гирифта шуд. Гематурия дар кӯдакон ҳангоми авҷ гирифтани беморӣ дар 50% ҳолатҳо ташхисгузори шуд. Ҳангоми нишондодҳои таҳлили назарияи синтетикӣ таҳаввулот (НСТ) вобаста бо дараҷаи баландшавӣ муқаррар карда шуд, ки дар ҳолати баландшавии NST то дараҷаи III-юм (35-60 мм/соат) чараёни музмини ГН дар 51,9% беморон, то дараҷаи IV (60-80 мм/с) дар 62,9% кӯдакони бемор ба қайд гирифта шуд. Ба зами ин бояд қайд кард, ки нишондодҳои NST дараҷаи II-юм (15-30 мм/с) дар 20,4% беморон бе такрорёбандагии ГН ташхисгузори шуд ва дар ягон ҳолат дар беморони бо чараёни музмини ГН набуд. Лекин тафовути аниқ байни нишондодҳои миёнаи NST дар гурӯҳи кӯдакон бо чараёни музмини ГН ва гурӯҳи бе такрорёбандагии беморӣ ба қайд гирифта нашуд.

Ҳангоми протеинограмм муайян карда шуд, ки дар беморони бо гипопроteinемия ва гипоалбуминемия чараёни авҷгирӣ ба таври мувофиқ дар 53,7% ва 51,9% ҳолатҳо ҷой дошт. Дар беморони бо а2-глобулинҳои зиёд дошта чараёни музмин дар 50% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Дар кӯдакони са-

тхи баланди фибриноген дошта авҷгирии ГН бо алоими нефротикӣ дар 55,5% ҳолатҳо ҷой дошт. Нишондодҳои миёнаи фибриноген дар беморони бе такрорёбандагии беморӣ нисбат ба кӯдаконе, ки гирифтори чараёни музмини ГН буданд, хеле паст буд. Дар байни беморони сатҳи холестеринашон баланд такрорёбандагии ГН дар 51,9% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд.

Таҳлили сатҳи мочевина ва креатинин дар хун нишон дод, ки дар беморони мочевиношон баланд чараёни музмини ГН дар 61,1% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми таҳлили маълумоти тадқиқоти ултрасадоӣ ҳангоми бемории ГН гузаронида, муайян карда шуд, ки ҳангоми калон шудани ҳаҷми гурда чараёни музмини беморӣ дар 53,7% ҳолатҳо ва ҳангоми зичшавии сохтори паренхима дар 54,4% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд.

Мо кӯшиш намудем, ки динамикаи протеинурияро баъди қабули преднизолон бо дозаи 2мг/кг/ш.р. таҳлил намоем. Маълум шуд, ки набудани ташхисгузори протеинурия (50 мг/кг/ш.р.) баъди таъиноти преднизолон дар $8,8 \pm 3,2$ рӯз (5-16 рӯз) дар беморони дар оянда бе такрорёбандагии чараён ва дар $12,3 \pm 3,7$ рӯз (7-20 рӯз) дар беморони бо чараёни музмини беморӣ (бе тағйиротҳои аниқ) ба қайд гирифта шуд. Файр аз ин нестшавии протеинурияи ташхисшуда дар 10 рӯзи баъди таъиноти преднизолон дар 70,3% кӯдакон бе такрорёбандагии беморӣ ва дар 50% бо музминшавии ГН ҷой дошт. Набудани протеинурияи ташхисшуда дар 7 рӯз аз оғози қабули преднизолон дар беморон дар оянда бе такрорёбандагии ГН бо алоими нефротикӣ дар 40,7% ҳолатҳо ва дар беморони бо чараёни музмини ГН дар 11,1% ҳолатҳо ҷой дошт. Хавфи нисбатан авҷгирии ГН ҳангоми нигоҳдории протеинурия зиёда аз 7 рӯз аз лаҳзаи таъиноти преднизолон бо дозаи 2 мг/кг/ш.р. 6,36 ва зиёда аз 10 рӯз - 6,0 ташкил меод.

Хулоса, меъёрҳои пешгӯии авҷгирии ГН бо алоими нефротикӣ чунин зухуротҳои клиникаро лабораторӣ: фишорбаландии шараёни, дар таркиби хун баландшавии фибриноген, баландшавии сатҳи мочевина



ва креатинини хун, баландшавии НСТ то химаи гурдаҳо тибқи маълумоти тадқиқоти дараҷаи IV (60-80 мм/соат), протеинурияи ултрасадоӣ дар беморӣ ба ҳисоб мераванд аз 3,0 г/л ва зичшавии сохтори парен-

АДАБИЁТ

1. Жизневская И.И., Хмелевская И.Г. Прогностические критерии хронизации гломерулопатий в детском возрасте // *Фундаментальные исследования*. - 2012. - № 7 (2). - С. 319-323.
2. Лоскутова С.А., Краснова Е.И., Пекарева Н.А. Острый гломерулонефрит у детей - причины возникновения, течение и возможности профилактики // *Лечащий врач*. - 2012. - № 6. - С. 15-18.
3. Резников А.Ю., Юрасова Ю.Б., Гаврилова В.А., Сагалович М.Б., Петросян Э.К., Мухина Ю.Г. Лечение стероидрезистентного нефротического синдрома у детей // *Детская больница*. - 2011. - № 2. - С. 55-57.
4. Наушабаева А.Е., Абеуова Б.А., Чингаева Г.Н., Нурбекова А.А., Кабулбаев К.А. Нефротический синдром у детей: морфологические варианты и лечение // *Клиническая нефрология*. - 2012. - № 2. - С. 60-63.
5. Настаушева Т.Л., Швырев А.П., Кулакова Е.Н., Стахурлова Л.И., Звягина Т.Г., Луканкина Л.Н. Результаты эпидемиологического исследования нефротического синдрома у детей по данным регионального регистра больных // *Нефрология и диализ*. - 2010. - Т. 12. - № 2. - С. 90-95.

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ - ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ВИСТЕРАЛӢ ДАР КӢДАКONI МАМОЛИКИ СУДОНИ ШИМОЛӢ ВА ТОҶИКИСТОН

Э.Р. Раҳмонов, Н.С.Х. Муовия, Н.С. Одинаев, Ш.Қ. Матинов, А.А. Боймуродов
Кафедраи бемориҳои сироятӣ (мудири кафедра д.и.т., профессор Э.Р. Раҳманов) - и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Раҳмонов Эркин Раҳимович - д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: erkin_rahmonov@mail.ru. тел.: (+992) 937-85-35-35.

Муовия Наҷмуддин Саид Аҳмад Хайри - унвонҷуӣи кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Одинаев Ниёз Сафарович - д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: vaska5@mail.ru, тел.: (+992) 931 51 07 10.

Матинов Шарофидин Қудбидинович - дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 918 17 79 05

Боймуродов Абдугаффор Авлиякулович - ассистенти кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 919 13 17 10

Таҳлили муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои хоси клиникӣ - эпидемиологии лейшманиози висералӣ дар кӯдакони мамолики Судони Шимолӣ ва Тоҷикистон. Барои гузаронидани тадқиқоти муқоисавӣ 75 кӯдак, ки синну солашон аз 1 - моҳа то 10 - соларо

ташқил меод, дар маркази кала - азар, шаҳти Таберкаллаҳ ва Сафавӣ, беморхонаи сироятии шаҳри Ал-Гедареф, инчунин маркази тропикии шаҳри Омдурман (Судони Шимолӣ) ва 42 кӯдакero муоина намудем, ки дар БКШБС шаҳри Душанбе бистарӣ



гардидаанд. Синну соли кӯдакон аз 6 - моҳа гирифта, то 5-соларо ташкил меод. Беморони мазкур байни солҳои 2001- 2012 табобат гирифтаанд

Ташхиси ниҳоии беморӣ дар натиҷаи мусбӣ баромадани равиши усули серологӣ бо истифодабарӣ аз усули тестӣ - экспрессӣ тавассути антигени лейшмани in BiOS, инчунин пайдо намудани L. Donovanii дар испурчу анҷом додани тадқиқоти мағзи устухон дар ҳар ду мамлакат гузошта шуд.

Ҳамин тавр, гарчанде ки мавқеи географии ин ду мамлакат фарқи калоноро доро бошад ҳам, аммо шароити иқлимии яхела, ки барои тухмгузорӣ ва ташакулёбии хомуша-

кҳо аз наслу насаби *Flebotomus* мусоид аст, эҷоб мекунад, то ин ки лейшманиози вистсералӣ дар Тоҷикистон ва лейшманиози анторопонозии вистсералӣ (кала - азар) дар Ҷумҳурии Судон аломатҳои клиникии якхеларо соҳиб шаванд. Аммо дар баъзе мавридҳо (6,6% кала-азар) баъди пурра гирифтани таббобат дар пӯсти бадан лейшманоидҳо пайдо мегарданд. Лейшманоидҳо намуди хурди уқда, папилома, пигментиро доро буда, дар онҳо лейшманҳо ба таври дуру дароз боқӣ мемонанд.

Калимаҳои калидӣ: Лейшманиози вистсералӣ, Судон, Тоҷикистон, эпидемиология, аломатҳои сарирӣ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СЕВЕРНОМ СУДАНЕ И ТАДЖИКИСТАНЕ

Э.Р. Раҳманов, Н.С.Х., Муавия, Н.С. Одинаев, Ш.К. Матинов, А.А. Боймуродов

Кафедра инфекционных болезней (зав. кафедрой - д.м.н., проф. Э.Р. Раҳманов)

ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Раҳманов Эркин Раҳимович - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E-mail: erkin_rahmonov@mail.ru. тел.: (+992) 937 85 35 35.

Муавия Наджмилдин Саидахмед Хайри - соискатель кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Одинаев Ниёз Сафарович - д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E - mail: vaska5@mail.ru, тел.: (+992) 93 151 07 10

Матинов Шарофидин Кудбидинович - доцент кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 918 17 79 05

Боймуродов Абдугаффор Авлиякулович - ассистент кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 93 151 07 10

Нами проведен краткий сравнительный анализ некоторых клинико-эпидемиологических особенностей распространения и течения висцерального лейшманиоза в Северном Судане и Таджикистане у детей. Для сравнительного анализа были изучены данные клинического обследования 42 детей в возрасте от 6 мес. до 5 лет, госпитализированных в ГКИБ г. Душанбе за пе-

риод с 2001 по 2012 гг. и 75 детей, в возрасте от 1 мес. до 10 лет, госпитализированных за период с 2007 по 2012 гг. с кала-азаром в центры штатов Таберкаллах и Сафава, инфекционную больницу г. Аль-Гедариф и тропической центр г. Омдурман (Северный Судан).

Окончательный диагноз основного заболевания в обоих регионах был выставлен на



основании положительного результата серологического метода.

Оценены климато-географические данные местностей обеих стран, где поступали больные.

Выявлено, что при имеющихся различиях в географическом положении обеих стран, но идентичности климатических условий, благоприятно влияющих на жизнеспособность различных подвигов москитов рода *Flebotomus*, висцеральный лейшманиоз в Таджикистане и висцеральный антро-

позный лейшманиоз (кала-азар) в Республике Судан имеют классическую клиническую картину болезни без существенных отличий, однако при кала-азаре в 6,6% случаев после лечения на коже появлялись так называемые лейшманоиды в виде мелких узлов, папиллом, пигментации, в которых находили лейшмании, которые длительно сохранялись.

Ключевые слова: Висцеральный лейшманиоз, Судан, Таджикистан, эпидемиология, клиника.

COMPARATIVE ANALYSIS SOME OF CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN NORTH SUDAN AND TAJIKISTAN

E.R. Rakhmanov, N.S.Kh. Muawiya, N.S. Odinaev, Sh.Q. Matinov, A.A. Boymurodov
Department of Infection Diseases (Head of the department - MD, Professor E.R. Rakhmanov)
of Avicenna TSMU

Rakhmanov Erkin Rakhimovich - MD, Professor, head of the Department of Infectious Diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 937-85-35-35.

Muawiya Najmulddin Saidahmed Khayri - applicant of the department of Infectious Diseases of Avicenna Tajik State Medical University.

Odinaev Niyoz Safarovich - MD, Professor of infectious disease department of Avicenna TSMU. E-mail vaska5@mail. ru, tel.: (+992) 93 151 07 10.

Matinov Sharofidin Qudbidinovich - Docent of the department of Infectious Diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: (+992) 918 17 79 05.

Boymurodov Abdugaffor Avliyakovich - Assistant of the department of Infectious Diseases of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 919 13 17 10.

We carried out a brief comparative analysis of some clinical and epidemiological features of the distribution and course of visceral leishmaniasis in northern Sudan and Tajikistan in children. For a comparative analysis, data from a clinical examination of 42 children aged from 6 months up to 5 years were studied. They were hospitalized in Dushanbe City Clinical Hospital in the period from 2001 to 2012 and 75 children, aged 1 month up to 10 years hospitalized for the period from 2007 to 2012 at kala-azar centers in these states of Taberkallah, Safav, the infectious diseases hospital of Al-Gedaref and the tropical center of Omdurman (Northern Sudan).

The final diagnosis of the underlying disease in both regions was made on the

basis of a positive result of the serological method.

The climatic -geographic data of the localities of both countries where patients were admitted and estimated.

Given that there are differences in the geographical location of both countries, but the identity of climatic conditions that favorably affect the viability of various subspecies of mosquitoes of the genus *Phlebotomies*, visceral leishmaniasis in Tajikistan and visceral anthroponomical leishmaniasis (kala-azar) in the Republic of Sudan have a classic clinical picture of the disease without significant differences.

Key words: visceral leishmaniasis, Sudan, Tajikistan, epidemiology, clinic.



Муҳиммият. Дар солҳои охир сатҳи бемории лейшманиоз дар баъзе мамолики ҷаҳон майл ба болоравӣ дорад. Ин ҳолат бештар дар мавзёҳои тропикӣ ва субтропикӣ (намуди пустӣ то 150 млн., вистсералӣ то 500 000) ба қайд гирифта шудааст. Муҳиммияти масъала дар он аст, ки ташхис бо усулҳои лабораторӣ - клиникӣ ва муолиҷаи беморон мушкилиҳои пеш зиёдеро меорад. Аз ин хотир беморон ба таври дуру дароз дар ҳолати сироятангезӣ боқи мемонанд (Миронова В.Г., 1999; Ломтадзе М. Л., 2005; Гамал Ш.Х., 2006; Раҳманов Э.Р., 2012; Олисова О.Ю., 2017; Zandbergen G., 2006; Sharief A.H., 2008; Salan A.B., 2013;).

Ҳоло лейшманиоз дар 98 мамолики ҷаҳон ба қайд гирифта шудааст. Манбаи асосии лейшманиози висералӣ Месопотамия, ҳавзаи баҳри Миёназамин, Ҳиндустон ва Хитой ба шумор мераванд. Дар мамолики собиқ Шуравӣ то оғоз намудани мубориза бар зидди лейшманиоз солҳои 1950 - 1970 дар баъзе мавзёҳо манбаъҳои табиӣ он дида мешуд, ки асосан кӯдакон ба ин беморӣ дучор мешуданд. Ҳоло аз миёни мамлакатҳои Иттиҳоди Давлатҳои Мустиқ бештар дар Озорбойҷон, Қазоқистон, Туркманистон, Ўзбекистон вомехӯрад, ки дар як сол то 10-15 беморӣ ба қайд гирифта шудааст. Солҳои охир Гурҷистон яке аз мавзёҳои номусоиди эндемиявии ин беморӣ ба ҳисоб меравад. Аз рӯи маълумоти оморӣ, дар ин кишвар соли 2006 зиёда аз 174 беморӣ, ба қайд гирифта шудааст, ки аз ин адад 103 нафарашон шаҳрвандони ш. Тбилиси ба ҳисоб мераванд (Ломтадзе М.Л., 2005).

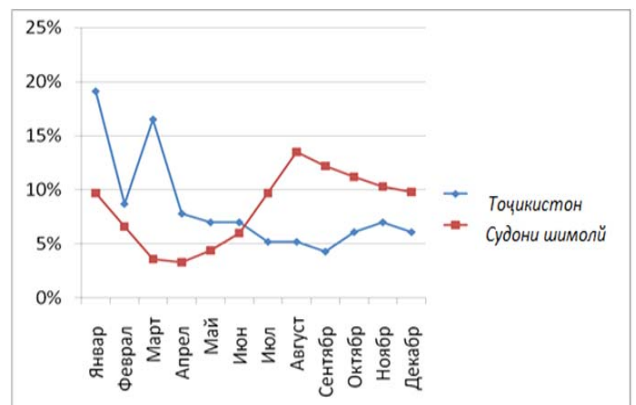
Мақсади таҳқиқот. Таҳлили муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои хоси клиникӣ - эпидемиологии лейшманиози висералӣ дар кӯдакони мамолики Судони Шимолӣ ва Тоҷикистон.

Ташхиси ниҳонии беморӣ дар натиҷаи мусбӣ баромадани усули серологӣ бо истифодабарӣ аз равиши тестӣ - экспрессӣ тавассути антигени лейшман in BiOS, инчунин пайдо намудани L. Donovanii дар испурчу анҷом додани тадқиқоти мағзи устухон дар ҳар ду мамлакат гузошта шуд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои амалӣ гардондани тадқиқоти муқоисавӣ 75 кӯдак, ки синну солашон аз 1 - моҳа то 10 - соларо ташкил меод, дар маркази кала - азар штати Таберкаллах ва Сафавӣ, беморхонаи сироятии шаҳри Ал-Гедареф, инчунин маркази тропикии шаҳри Омдурман (Судони Шимолӣ) ва 42 кӯдакero муоина намудем, дар БКШБС шаҳри Душанбе бистарӣ шудаанд, синну соли ин кӯдакон аз 6 - моҳа то 5 - соларо ташкил меод. Беморони мазкур байни солҳои 2001 - 2012 табобат гирифтаанд. Ташхиси ниҳонии беморӣ дар натиҷаи мусбӣ баромадани усули серологӣ бо истифодабарӣ аз тестӣ - экспрессӣ тавассути антигени лейшман in BiOS ва пайдо намудани L. Donovanii дар испурчу анҷом додани тадқиқоти мағзи устухон дар ҳар ду мамлакат гузошта шуд.

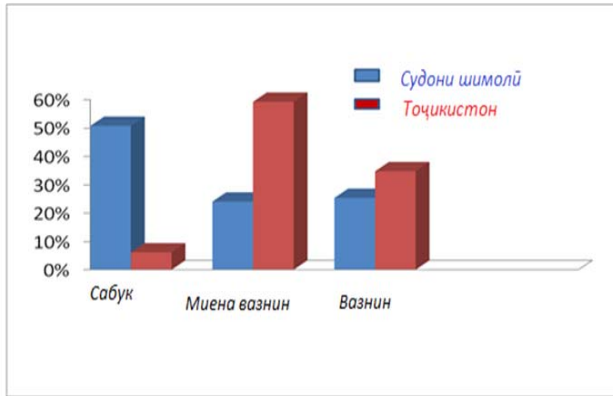
Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар ҷараёни тадқиқот маълум гардид, ки кӯдакони бо бемории лейшманиози висералӣ гирифташуда асосан аз минтақаи шимолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳавзаи марказии водии Зарафшон бистарӣ гардидаанд. Иқлими ин мавзёҳо асосан суптропикӣ моил ба континентӣ мебошад. Шароити боду ҳаво ва иқлими водии қуҳсор, аз он ҷумла шаҳри Панҷакент ва маҳаллаҳои атрофи он хеле гарм (дар фасли тобистон то 36-40?) мебошад. Рутубатнокии гирду атрофро дарёи пуроби Зарафшон хело баланд (ба 50%) менамояд. Хусусияти хоси иқлими ин мавзё сабаби асосии зиёдшавии барангезанда ва паҳннамоеи ин беморӣ тавассути хомӯшакҳои насли Plebotomus гардидааст. Дар навбати худ водии Зарафшон ва қаторкӯҳҳои он маскани ҳайвонҳои бешумори ваҳшӣ, ба монанди шағол, рӯбоҳ, сағҳои дайду гардидааст, ки ин махлуқон манбаи асосии ангиғиши бемории сироятии мазкур ба ҳисоб мераванд.

Дар муқоиса бо кишвари Тоҷикистон, дар Ҷумҳурии Судон аз рӯи маводи тадқиқоти клиникӣ - эпидемиологии, ки мо дар даст дорем чунин фарқиати асосӣ вучуд дорад. Дар ин кишвар асосан лейшманиози вистсералии антропонозӣ (кала-азар) дида мешавад. Манбаъ ва сарчашмаи асосии ба-





Тахлили раванди беморӣ нишон дод, ки дар Тоҷикистон - 59,2% ҳолатҳои вазнинии миёна дида мешавад, ҳамзамон дар минтақаи тропикии Судон маркази кала - азар бошад, 50,7% ҷараёни сабуки беморӣ ба қайд гирифта шудааст (расми 2).



Расми 2. Ҷараёни дараҷаи вазнинии бемории лейшманиози вистсералӣ дар Судони Шимолӣ ва Тоҷикистон

Ба ҳамагон маълум аст, ки аломатҳои асосии лейшманиози вистсералӣ аз вараҷаи думавча, бузугшавии зиёди чигару испурч, харобу лоғаршавӣ, дигаргуншавии патоло-

гии таркиби хуни канорӣ, панситопнения, анизотситоз ва пойкилотситоз, баландшавии зиёди СТЭ (то $42,5 \pm 4,1$ мм/с) иборатанд, ки дар ҳама беморон ин аломатҳо дида шуд.

Хулоса: Хамин тавр, гарчанде мавқеи географияи ин ду мамолик фарқияти калонро доро бошад ҳам, аммо шароити иқлимии якхела, ки барои тухмгузорӣ ва ташаккулёбии хомӯшакҳо аз наслу насаби *Flebotomus* мусоидат аст, бинобар ин лейшманиози вистсералӣ дар Тоҷикистон ва лейшманиози антропонозии вистсералии (кала - азар) дар Ҷумҳурии Судон аломатҳои клиникалии якхеларо доро мебошанд. Нуқтаи мазкур моро водор месозад, ки барои татбиқи ҷорабиниҳои эпидемиологӣ, муборизаи беамон ба муқобили хомӯшакҳо дар мавзёҳои инкишофёбии онҳо даст ба иқдом занем. Корҳои санитари - беҳдоштӣ, ба тарзи фаҳмондадихӣ баланд бардоштани сатҳи маърифати мардум, дар вақташ муолиҷа намудани беморон бо давоҳои имрӯза, аз ин гуна иқдомҳо буда, ҷорабиниҳои мазкур албатта, сатҳи бемориро дар ҳар ду мамолик паст хоҳад кард.

Адабиёт

1. Руководство по инфекционным болезням / Ф.В. Лобзина, К.В. Жданова // - 4-е изд., доп. Праб. - СПб: ООО "Издательство Фолиант". - 2011. - С. 664
2. Зенаишвили О.П., Чубабрия Г.А. /Современные особенности висцерального лейшманиоза в Грузии. //Медицинская паразитология и паразитарные болезни.-2002.- №2.- С.27-30
3. Келлина О.И., Морозов В.И. Эпидемиологическая оценка данных о заболеваемости людей лейшманиозом в СССР. /О.И. Келлина., В.И. Морозов // Мед. Паразитол.-1982.- №6. - С. 49-52
4. Кузьменко Л.Г., Хайтем Д.Ш. новый подход к лечению детей с осложненными висцеральным лейшманиозом / Л.Г. Кузьменко // Педиатрия.- 2006.-№2.-С 109-110.
5. Камардинов Х.К. / Инфекционные и паразитарные болезни // Душанбе.-2009.-С. 183-191.
6. Лесникова Е.В., Сабитов Е.А. Доказательства передачи возбудителя висцерального лейшманиоза москитом *Phlebotomus (Adlerius) turanicus artemiev* в Туркменистане / Е.В. Лесникова, Е.А. Сабитов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. -1995.- №3. - С. 24-28.
7. Лейшманиоз. ВОЗ. Женева. - 1986. - С.154
8. Малхазов С.М., Неронов В.М. Региональная география лейшманиозов /С.М. Малхазов, В.М. Неронов // В. кн.: Итоги науки и техники. Серия медиц. География. - М. - 1983. - Т. -12. - С.12-160.
9. Покровский Е.Н. Влияние гелиогеофизических факторов на эпизотическую активность природного очага висцерального лейшманиоза / Е.Н. Покровский // - Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2003. - №1.- С. 14-16.



10. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Лейшманиозы / В.И. Покровский [и др] // - инфекционные болезни и эпидемиология. - М.: ГЭОТЛР - МЕД. -2003. - 625 - 632:49
11. Das M.L., Arki B.M. Use of al rK 39 for diagnosis of post kala - azar dermal leishmaniasis in Nepal /M.L. Das et al // Southeast Asian J. Trop. Med. Publ. Health. - 2007/ - Vol. 38 (4). - P. 619-625

ТАБОБАТИ ТАБХОЛИ ФАРОГИР

П.К. Қурбонбекова, М.Т. Мирзоева, З.А. Абдухамидова

Кафедраи физиологияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент З.М. Тоштемирова)
ва кафедраи дерматовенерология (мудири кафедра д.и.т. К.М. Муҳаммадиева)
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Қурбонбекова Парвина Қамчибековна, дотсенти кафедраи физиологияи патологияи донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., тел.: 934210394.

Мирзоева Мунира Таҳировна, узви Ассоциатсияи дерматовенеролог ва косметологҳои ҚТ, н.и.т, E-mail.: munira_mirzoeva@mail.com, тел.: 935 891 477.

Абдухамидова Зулфия - узви Ассоциатсияи дерматовенеролог ва косметологҳои ҚТ, н.и.т, E-mail.: Zulpiniso@mail.ru ntk/, тел.: 907 802 299

Дар мақола таҳлили натиҷаи мукоисавии самаранокии муолиҷаи маҷмӯии табҳоли фарогир бо маводҳои зиддивирӯсии "Валтрекс" (40 бемор) ва "Ацикловир" (40 бемор) оварда шудааст.

Натиҷаи таҳлил нишон дод, ки ҳангоми муолиҷаи маҷмӯӣ бо Валтрекс дар 85%-и беморон сӯхатшавии пурраи клиникӣ ва дар 15% беҳтаршавии зиёди клиникӣ ба амал омад. Дар мавриди муолиҷаи маҷмӯӣ бо

Ацикловир бошад сӯхатёбии клиникӣ танҳо дар 45% беморон, беҳтаршавӣ - дар 40% ва дар 15% беморон сӯхатшавӣ мушоҳида нагардид.

Бинобар ин, усули муолиҷаи маҷмӯии табҳоли фарогир бо Валтрекс самараноктар мебошад назар ба усули истифодабарии муолиҷа бо Ацикловир.

Калимаҳои калидӣ: табҳоли фарогир, табобат

ТЕРАПИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

П.К. Қурбонбекова, М.Т. Мирзоева, З.А. Абдухамидова

Қурбонбекова Парвина Қамчибековна, доцент кафедраи патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, кандидат медицинских наук, тел.: 934210394.

Мирзоева Мунира Таҳировна - к.м.н., член Ассоциатсияи дерматовенерологов и косметологов РТ. E-mail.: munira_mirzoeva@mail.com, тел.: 935 891 477

Абдухамидова Зулфия Абдуллоевна - к.м.н., член Ассоциатсияи дерматовенерологов и косметологов РТ. E-mail.: Zulpiniso@mail.ru ntk/, тел.: 907 802 299

В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности комплексного лечения ОГ противовирусными препаратами "Вальтрекс" (40 пациентов) и "Ацикловир" (40 пациентов).

Результаты анализа показали, что при комплексной терапии ОГ "Вальтрекс" у 85% пациентов наступает клиническое выздоровление, у 15% - значительное клиническое улучшение. При комплексном лечении



"Ацикловиром" клиническое выздоровление было лишь у 45% пациентов, значительное улучшение - у 40% и у 15% эффекта не было.

Следовательно, метод комплексного лечения ОГ "Вальтрексом" значительно бо-

лее эффективно, чем метод лечения "Ацикловиром".

Ключевые слова: опоясывающий герпес, лечение

TREATMENT OF HERPESIS

P.K. Kurbonbekova, M.T. Mirzoeva, Z.A. Abdukhamidova

Kurbonbekova Parvina Kamchibekovna, candidate of medical sciences, docent of the department of pathological physiology of Avicenna TSMU, tel.: 934210394.

Mirzoeva Munira Toirovna - candidate of medical sciences, a member of the Association of dermatovenerologists and cosmetologists of the Republic of Tajikistan, munira_mirzoeva@mail.com, tel: 935 891 477.

Abdukhamidova Zulfia Abdulloevna - candidate of medical sciences, a member of the Association of dermatovenerologists and cosmetologists of the Republic of Tajikistan, Zulpiniso@mail.com, tel.: 907 802 299.

The article presents the results of a comparative analysis of effectiveness of the complex treatment of Herpes zoster with antiviral medicines; "Valtrex" (40 patients) and "Aciclovir" (40 patients).

The results of analyses showed that in complex treatment of Herpes zoster with "Valtrex" in 85% of patients clinical convalescence occurs, in 15% - a significant clinical improvement. During the

complex treatment with "Aciclovir" clinical convalescence was in 45% patients, 40% of patients had considerable improvement and 15% of patients had not effect.

Consequently, the method of complex treatment of Herpes zoster with "Valtrex" considerable more effective than the method of treatment with "Aciclovir".

Key words: Herpes zoster, treatment.

Муҳимият. Аз ҳисоби гуногун будани зухуротҳои клиникӣ, баландшавии муқовимати вирус ба маводҳои доругӣ, мунофикии молекулярӣ вирусҳои фарогир муолиҷаи беморони ба табҳоли фарогир шомилгардидаро ба мушкилоти возеҳ дучор мегардонад.

Муҳимияти муолиҷаи муваффақи табҳоли фарогир интиҳоби дурусти маводҳои табобатӣ зиддивирӯсӣ, воя ва давомнокии онҳоро дарбар мегирад. Барои баланд бардоштани самаранокии муолиҷа истифодаи индукторҳои интерферон (неовир, сиклоферон, амиксин) мувофиқи мақсад буда, дар муолиҷаи маҷмӯи зиддивирӯсӣ нақши муайяни пешбарандаро ишғол менамоянд, чунки онҳо ба ғайр аз қобилияти зиддивирӯсӣ, хусусияти баланд намудани масуниятро низ доро мебошанд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии муолиҷаи табҳоли фарогир бо маводҳои зиддивирӯсии "Вальтрекс" ва "Ацикловир".

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои таҳқиқ 80 нафар беморони ба табҳоли фарогир гирифтормо зеро омӯзиш қарор дода, вобаста ба усули муолиҷа беморонро ба 2 гурӯҳи назоратӣ ҷудо намудем.

Гурӯҳи якумро 40 нафар бемороне, дар бар гирифтанд, ки ба онҳо Вальтрекс дар дар якҷоягӣ бо Миллгамма ва Амиксин таъин гардид. Вальтрексро бо вояи 500 мг 2 маротиба дар як рӯз дар муддати 7-10 рӯз вобаста аз шакли беморӣ, Амиксин - 250 мг/шабонарӯзӣ дар муддати 2 ҳафта, Миллгамма бо 2 мг дохили мушак як рӯз пас, 5 сӯзандоруро таъин намудем. Муолиҷаи ҷузъиро беморон мунтазам бо - шуӯгирии ультрабунафшӣ дар муддати 7-10 рӯз ва тарбандӣ



бо малхами "Асикловир" гирифтанд. Аз теъдоди 40 бемор мардҳо 22 (55%) нафар, занҳо 18 (45%) нафарро ташкил намуданд. Беморони то 20 сола 2 (5%) нафар, 21-30 сола - 2 (5%), 31-40 - 6 (15%), 41-50- 10 (25%) ва аз 50 сола боло - 20 (50%) нафарро дарбар гирифт. Аз 40 нафар беморон дар 10 (25%) нафари онҳо шакли эритематозо-везикулёзии табҳоли фарогир, дар 12 (30%) шакли геморагӣ, дар 6 (5%) - қарасонӣ, дар 8 (20%) - буллёзӣ ва дар 4 (10%) - шакли мунташир ташхис гардид. Давомнокии беморӣ 6-10 рӯзро дар бар гирифт.

Дар беморони гирифтдор ба шакли эритематозӣ-везикулёзии табҳоли фарогир каме варамӣ, сурхӣ мушоҳида гардид. Дар заминаи сурхрангӣ ва варамнокӣ тудай обилагоҳи обдор вучуд доштанд.

Ҳангоми шакли табҳоли фарогири мунташир ҷараёни патологӣ дар манбаҳои мунташир таносуб ҷойгиранд, ки дар заминаи сурхӣ ва варамнокӣ тудай обилагоҳи зиёд бо мухтавои зардобӣ-римӣ ва хунӣ вучуд доштанд.

Дар беморони гирифтдор ба табҳоли фарогири шакли буллёзӣ варамнокии рангаш сурхи баланд мушоҳида гардида, дар ин замина гурӯҳи зиёди везикулҳо ва буллаҳои бо мутаҳвои луобии рӯпуши таранг фарогир мебошанд.

Аз беморони гирифтдори табҳоли фарогири шакли қарасонӣ варамнокии зиёди сурхранг, ки сатҳаш аз везикула ва буллаҳои зиёди мухтавои серозӣ-фасодидошта иборат буда, мавзёҳои мавтшуда мушоҳида гардид. Бисёри обилагоҳи қафида ба қараҳ ва яра ва ҷо-ҷо бо қараҳши зардранг ва қисман бо қараҳши ранги бур пушида шудааст.

Ҳангоми табҳоли фарогири геморагӣ дар заминаи пӯстеурхӣ гурӯҳи зиёди обилагоҳи андозаашон 0,5см, бо мухтавои луобӣ-хунӣ вучуд доштанд.

Дар мавриди гузаронидани таҳлили иммуноферментӣ муайян гардид, ки IgG то муолиҷаи беморӣ ба 1:1710 ва титри IgM - 1:1230 таносуб дошт.

Ҳангоми ИК - спектроскопияи зардоби хуни беморони гирифтдор ба табҳоли фарогир мушоҳида гардид, ки тағйирёбии шакл ва шиддатнокии ба худ кашидани рахҳои

рушноӣ ба шаклҳои клиникаи дерматоз мувофиқ мебошанд.

Гурӯҳи дуҷум (гурӯҳи муқоисавӣ)-ро 40 нафар беморони шаклҳои гуногуни табҳоли фарогир дарбар гирифта, ба онҳо муолиҷаи анъанавии Асикловир ва витамини гурӯҳи В ва маводҳои доруғии дардпаस्तкунанда таъин гардид.

Вобаста ба шакли клиникаи бемории табҳоли фарогир Асикловир бо вояи 200мг 5 маротиба/ шабонарӯзӣ бо муддати 3-4 ҳафта, витамини гурӯҳи В ва маводҳои доруғии дардпаस्तкунанда низ таъин гардид. Ҳамаи беморон дар ҷойи иллат муолиҷаи шуоъи ультрабунафш ва тарбандӣ бо малхами "Асикловир" гирифтанд.

Теъдоди мардҳо 22 (55%) ва занҳо 18 (45%) нафарро дарбар гирифт. Беморони аз 20 то 30 сола - 4 (10%) нафар, аз 31 то 40 сола - 6 (15%), аз 41 то 50 сола 2 (5%) ва аз 50 сола боло - 28 (70%) нафарро ташкил намуд. Аз 40 нафар беморони гирифтдор ба табҳоли фарогир дар 8 (20%) нафар шакли эритематозӣ-везикулёзии табҳоли фарогир, дар 12 (25%) нафар бемории шакли буллёзӣ ва дар 6 (15%) шакли мунташир ташхис гардид. Дар ҳамагон беморӣ хусусияти якуминдараҷагӣ дошт. Давомнокии беморӣ 6 то 10 рӯзро дарбар гирифт.

Дар беморони гирифтдор ба табҳоли фарогири шакли эритематозо-везикулёзӣ каме варамӣ, сурхрангӣ мушоҳида гардида, дар заминаи он гурӯҳи обилагоҳи мухтавояш обдор вучуд дошт.

Ҳангоми табҳоли фарогири шакли мунташир ҷараёни патологӣ мавзёҳои зиёди пӯстро фаро гирифта буд. Варамнокӣ ва сурхрангии пӯст мушоҳида гардид, ки дар сатҳи он тудай обилагоҳи ва буллаҳои зиёд бо мухтавои хунӣ ва луобӣ вучуд доштанд. Дар баробари ин қараҳ ва қараҳҳои зардранг бурранг мушоҳида гардид.

Дар беморони гирифтдор ба табҳоли фарогири шакли буллёзӣ варамнокии рангаш сурхи баланд мушоҳида гардида, дар ин замина гурӯҳи зиёди везикулҳо ва буллаҳои тамоили якҷояшавӣ доштанд, ки андозаи буллаҳо 1см, болопуши он таранг ва мутаҳвои луобӣ дошт.



Хангоми табҳоли фарогири шакли қарасонӣ варамнокии зиёди рангаш сурхи баланд, ки сатҳаш аз везикула ва буллаҳои зиёди мухтавои серозӣ-фасодидошта иборат буда, мавзёҳои мавтшуда мушоҳида гардид. Бисёри обилаҳо кафида ба караҳ ва яра ва ҷо-ҷо бо караҳши зардранг ва қисман бо караҳши ранги бур пушида шудааст.

Дар беморони гирифтор ба табҳоли фарогири геморагӣ бошад, дар заминаи эритема гурӯҳи зиёди обилаҳои андозаашон 0,5см бо мухтавои луобӣ-хунӣ вучуд доштанд. Бисёри обилаҳо кафида караҳ бастанд. Караҳҳо бо пӯстлохи хуни пушида шуднд.

Натиҷаи омӯзиши ТИФ (таҳлили иммуноферментӣ) нишон доданд, ки титр антители IgG то муолиҷаи беморӣ то ҳади 1:3200, IgM - 1:1600 қарор дошт.

Дар мавриди таҳиқ бо усули ИК - спектроскопия ҳамаи нишондодҳои шаклҳои клиникаи беморони назоратӣ собит гардид. Дар ИК - спектроскопия зардоби хуни бе-

морон тағйирёбии шакл ва шиддатнокии ба худ кашидани раҳҳои рушноӣ ва инчунин тамоили як қатор раҳҳо Ҷтах мушоҳида гардид.

Баҳои самаранокии муолиҷаи ҳарду усул аз рӯи нишондодҳои зерин гузаронида шуд: сихатшавии клиникӣ (таназзули обилазанӣ, барҳам хурдани варамӣ ва сурхрангӣ); набудани самараи муолиҷа (бе зоҳиршавии обилазанӣ).

Муолиҷаи самарабахш дар сурати сихатёбии клиникӣ ё беҳтаршавии зиёд қабул гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки дар гурӯҳи якум аз 34 (85%) нафари беморон сихатшавии клиникӣ - (таназзули обилазанӣ, барҳам хурдани варамӣ ва сурхрангӣ), дар 6 (15%) нафар беҳтаршавӣ - (таназзули обилазорӣ, сурхрангии кам) ва дар 0 (0%) набудани самаранокии муолиҷа (бе зоҳиршавии обилазанӣ) мушоҳида гардид (ҷадвали 1).

Муолиҷаи табҳоли фарогир бо Валтрекс дар якҷоягии Амиксин ва Милгамма (n=40)

Шаклҳои клиникӣ Herpes Zoster	Теъдоди беморон	Сихатшавии клиникӣ	Беҳтаршавии зиёд	Самарабахш набудани муолиҷа
Эритроматозӣ-везикулёзӣ	10(25%)	10(25%)	-	-
Геморагӣ	12 (30%)	12 (30%)	-	-
Қарасонӣ	6 (15%)	2 (5%)	4 (10%)	-
Буллёзӣ	8 (20%)	8 (20%)	-	-
Мунташирӣ	4 (10%)	2 (5%)	2 (5%)	-
Ҳамагӣ	40 (100%)	32 (85%)	6(15%)	0 (0%)

Чуноне ки дар ҷадвал оварда шудааст, баъди гузаронидани 1 даври муолиҷа бо Валтрекс дар якҷоягӣ бо Амиксин ва Милгамма натиҷаи муолиҷаи самарабахши клиникӣ мушоҳида гардид.

Натиҷаи муолиҷаи дурнамо дар муддати 3-6 моҳ омӯхта шуда, таҳқиқоти ИФ нишондод, ки титри IgG баъди 3 моҳ ба 1: 1130 баробар шуд, баъди 6 моҳ - 1: 680, IgM бошад, баъди 3 моҳ титри антител бо ҳисоби миёна ба 1:7,5 ва баъди 6 моҳ муайян нагардид.

ИК - спектроскопияи беморони гирифтор ба табҳоли фарогири гурӯҳи якум ни-

шон дод, ки аз таъсири муолиҷавии Вальтрекс дар якҷоягӣ бо Амиксин ва Милгамма дар спекторҳои беморон тамоили басоманди максималӣ (Ҷтах), тағйирёбии шиддатнокӣ ва ба худ кашидани раҳҳои рушноӣ ба тарафи ИК - спектрҳои гурӯҳи назоратӣ ба амал омад.

Дар беморони гурӯҳи дуюм бошад, баъди даври муолиҷа сихатёбии клиникӣ танҳо дар 18 (45%) нафари беморон; беҳтаршавии зиёд - дар 16 (40%) нафар ва дар 6 (15%) нафари беморон муолиҷа таъсири самаранок набахшид (ҷадвали 2).



Муолиҷаи табҳоли фарогир бо Асикловир дар якҷоягӣ бо витамини гурӯҳи В ва маводҳои доругии дардпаस्तкунанда (n=40)

Шаклҳои клиникӣ Herpes Zoster	Теъдоди беморон	Сихатшавии клиникӣ	Беҳтаршавии зиёд	Самарабахш набудани муолиҷа
Эритроматозӣ-везикулёзӣ	8(20%)	8(20%)	-	-
Геморагӣ	12 (30%)	6 (15%)	6 (15%)	-
Қарасонӣ	4 (10%)	-	-	4 (10%)
Буллёзӣ	10 (25%)	4 (10%)	6 (15%)	-
Мунташирӣ	6 (15%)	-	4 (10%)	2 (5%)
Ҳамагӣ	40 (100%)	18 (45%)	16(40%)	06 (15%)

Натиҷаи муолиҷаи дурнамо дар муддати 3 моҳ нишон дод, ки сатҳи максималии IgM ва IgG ба антигени капсидӣ дар 3-4 ҳафтаи беморӣ (маҳсулшавии онҳо қариб якҷоя ё дар фосилаи якчанд рӯз) ба амал омад. Сонӣ, баъди 2-3 моҳ дараҷаи IgM дар зардоби хун нигоҳ дошта шуда, маҳз баъди 6 моҳ дараҷаи IgM манфӣ гардид.

Дараҷаи IgG инчунин мунтазам паст шудан гирифта, дар сатҳи доимӣ қарор гирифт, ки дар бисёр мавридҳо дар муддати марҳилаи назоратӣ нигоҳ дошта мешуд.

Гузаронидани усули ташхиси ИК - спектроскопия баъди 2 моҳи муолиҷа нишон дод, ки ИК-спекторҳои беморон ва ИК - спектрҳои гурӯҳи назоратӣ аз рӯи шиддатнокии барзиёди ИК-рахҳои ба худ кашан-

дани рушноӣ ва қуллаҳои он аз ҳамдигар фарқ надоштанд.

Ҳамин тавр ба 85% -и бемороне, ки Вальтрекс дар якҷоягии Амиксин ва Мильгамма таъин гардид: сихатшавии пурраи клиникӣ ва дар 15% беморон беҳтаршавии зиёд ба миён омад. Дар бемороне, ки Ацикловир бо якҷоягӣ бо витамини гурӯҳи В ва маводҳои доругии дардпаस्तкунанда таъин намуданд, сихатёбии клиникӣ танҳо дар 45% бемор, беҳтаршавии зиёд - дар 40% ва аз 15% беморон сихатшавӣ мушоҳида нагардид.

Пас, Вальтрекс таъсири самаранокии зиёд, имконияти 2-3 маротиба камтар истифодабарии вояи шабонарӯзӣ ва давравӣ дорад ва барои истифодаи муолиҷаи беморони гирифтӣ ба табҳоли фарогир актуалӣ мебошад.

Адабиёт

1. Дегриф Г. Фамцикловир, новый пероральный препарат для лечения герпеса: результаты первого контролируемого клинического исследования, демонстрирующего его эффективность и безопасность при лечении неосложнённого Herpes Zoster у иммунокомпетентных пациентов/Г. Дегриф// Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2008. - №2.- С. 34-38.
2. Зуев А.В. [и др.] Опыт применения Панавира у пациентки с глубокой пузырьной формой Herpes Zoster/ Зуев А.В. [и др.]//Экспериментальная и клиническая форма дерматокосметологии. - 2011.- Т.2. - С.39-41.
3. Safety profile of live varicella virus vaccine (Oka/Merck): five-year results of the European Varicella Zoster Virus Identification Program (EU VZVIP)/ N/ Goullereta [et.al] //Vaccine/ - 2010. - V.28. - №36. - P5878-5882.



**ПАҲНШАВИИ АЛЛЕРГИЯИ ДОРУЌ ДАР КЌДАКОН ДАР АСОСИ
МУРОЌИАТКУНЌ БА МАРКАЗИ ШАҲРИИ АЛЛЕРГОЛОГИИ ШАҲРИ
ДУШАНБЕ ДАР ДАВОМИ 19 СОЛИ ОХИР**

Н.М. Қурбонов, Б.М. Ҳайдаров, М.Н. Чўраев, З.А. Муҳитдинова
Кафедраи бемориҳои кўдаконаи № 2 (мудири кафедра д.и.т., профессор
К.И. Исмоилов) - и ДДТТ ба номи Абўалї ибни Сино

Қурбонов Наби Матинович, ассистенти кафедраи бемориҳои кўдаконаи № 2 - и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, тел.: 918-61-35-57.

Ҳайдаров Барот Маҳматқулович, дотсенти кафедраи бемориҳои кўдаконаи №1- и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, barotk@bk.ru, тел.: 918-73-45-26.

Чўраев Муҳаммад Наврўзович, д.и.т., профессор, мудири кафедраи бодигармишиносї ва масуниятишиносии ДТИБКТ, тел.: 935-45-45-22.

Муҳитдинова Зумрат Абўбақровна, дотсенти кафедраи бемориҳои кўдаконаи №2 - и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абўалї ибни Сино, тел.: 918-81-96-00.

Муаллифон паҳншавии аллергияи доруӣ вобаста аз ҷинс ва синну соли кўдакон омўхта, сохтори этиологии онро дар асоси муроҷиаткунии аввала ба маркази шаҳрии аллергологии шаҳри Душанбе муайян кардаанд. Барои ҳалли ин масъала онҳо таҳлили ретроспективии 2011 таърихи бемориро дар даври солҳои 2000 - 2019 гузаронидаанд. Дар 214 нафар аз 2011 кўдакони бемориҳои аллергикидоштаи синни аз 1 моҳа то 14 сола намудҳои гуногуни аллергияи доруӣ ёфт карда шуданд. Омўхтани паҳншавии аллергияи доруӣ дар кўдакон оиди афзудани шумораи он шаҳодат дод, ки зухуротҳои клиникии вай бештар тағйиротҳои пўстї буданд (28,9%), аз ҷумла экзантемаи фиксацияшуда (устувор), газак, варами ангионевротї, авҷгирии дерматити атопикї, хурўчи астмаи бронхиалї, бемории зардобї, стоматити доруӣ, васкулити геморрагї, шоки анафилактикї, синдроми Лайелл-Ланг, камтар - пурпураи тромбоцитопенї ва артериолити аллергикї.

Мувофиқи нишондодҳои муаллифон аллергияи доруӣ вобаста аз синну сол дар аксарияти беморон (51,1%) то синни 5 солагї инкишоф ёфтааст. Дар сохтори этиологии он ҷойи асосиро доруҳои қатори пенитсиллин ва сефалоспорин (58,4%), камтар дигар антибиотикҳо (олитетрин - 2,8%, левомецетин - 0,9%, гентамицин - 0,9%) ишғол менамоянд. Дар ҷои дуюм сулфаниламидҳо (бисептол) ва баъд аз он аспирин, финлепсин и уротраст меистанд.

Аз ақидаи муаллифон сабабҳои афзудани шумораи аллергияи доруӣ ҷунинанд: 1) ноболиғии системаи иммунї ва тез - тез дучоршавии сироятҳои респиратории вирусии шадид (СРВШ), ки аз ин сабаб ба кўдакон антибиотикҳо ва дигар маводҳои доруӣ бисёр тавсия карда мешаванд; 2) худтабобаткунї; 3) бисёршавии шумораи истифодабарии доруҳо дар давоми ҳомиладорї ва дар вақти тавлидкунї.

Калимаҳои калидї: аллергияи доруӣ, зухуротҳои пўстии аллергия, ноболиғии системаи иммуннї, худтабобаткунї.



РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ГОРОДА ДУШАНБЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 19 ЛЕТ

Н.М. Курбанов, Б.М. Хайдаров, М.Н. Джураев, З.А. Мухитдинова
Кафедра детских болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Курбанов Наби Матинович, ассистент кафедры детских болезней №2 имени Абуали ибни Сино, тел.: 918-61-35-57.

Хайдаров Барот Махматкулович, доцент кафедры детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 935-24-24-66.

Джураев Мухамед Наврузович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической аллергологии и иммунологии ИПО в СЗ РТ, тел.: 935-45-45-22.

Мухитдинова Зумрат Абубакровна, доцент кафедры детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 918-81-96-00.

Авторами изучена распространенность лекарственной аллергии в зависимости от пола и возраста детей и определены её этиологическая структура по данным первичной обращаемости в Городской аллергологический центр города Душанбе. Для решения этой задачи они проводили ретроспективный анализ 2011 истории болезни за период с 2000 по 2019 гг. У 214 из 2011 детей с аллергическими заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 14 лет выявлены различные формы лекарственной аллергии. Изучение распространенности лекарственной аллергии у детей свидетельствует о её росте, клиническими проявлениями которой в основном явились кожные проявления (28,9%), в том числе фиксированная экзантема, крапивница, ангиоотёк, обострение атопического дерматита, приступы бронхиальной астмы, сывороточная болезнь, лекарственный стоматит, геморрагический васкулит, анафилактический шок, синдром Лайелла-Ланга, реже - тромбоцитопеническая пурпура и аллергический артериолит.

По данным авторов, лекарственная аллергия по возрастному признаку в подавляющем большинстве случаев (51,1%) развивалась у детей до 5 летнего возраста. В её этиологической структуре ведущее место занимали препараты пенициллинового и цефалоспоринового ряда (58,4%), реже другие антибиотики (олитетрин - 2,8%, левомецетин - 0,9%, гентамицин - 0,9%). Второе место после антибиотиков занимают сульфаниламиды (бисептол), далее аспирин, финлепсин и уротраст.

По мнению авторов, причинами роста лекарственной аллергии являются: 1) несовершенство иммунной системы и частые ОРВИ, по поводу которых детям назначают антибиотики и другие лекарственные препараты; 2) самолечение; 3) повышение частоты применения лекарственных препаратов при беременности и в период родов.

Ключевые слова: лекарственная аллергия, кожные проявления аллергии, несовершенство иммунной системы и самолечение.



DRUG ALLERGY PREVALENCE IN CHILDREN ON APPEAL IN URBAN ALLERGOLOGICAL CENTRE IN DUSHANBE FOR THE LAST 19 YEARS

N.M. Kurbanov, B.M. Haydarov, M.N. Juraev, Z.A. Muhitdinova

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

Kurbanov Nabi Matinovich, assistant of the department of children's diseases № 2 of Avicenna TSMU, tel.: 918 - 61 - 35 - 57.

Hajdarov Barot Mahmatkulovich, dosent of the department of children's diseases №2 of Avicenna TSMU, tel.: 918 - 73 - 45 - 26.

Juraev Muhammed Navruzovich, MD, Professor, head of the department of Clinical Allergology and Immunology of IPE in the field of health RT, tel.: 935-45-45-22.

Muhitdinova Zumrat Abubakrovna, dosent of the department of children's diseases № 2 of Avicenna TSMU, tel.: 918 - 81 - 96 - 00.

Introduction. The actuality of problem drug allergy increases years by years because of development and production the many new effective medicines with high sensitization indexes [1-4]. It should be noted, that the complication during pharmacotherapy in economic developed countries in accord with indications of different authors from 17 to 28%. This situation happens because of several reasons, that some of them can be enumerated: a) there are many kinds of medicines, that in case of choosing them it contributes to mistake and misunderstood; b) insufficient preparation of doctors in higher medical institutions in the sphere of rational use of arsenal of drugs and the use of other (individual) kinds drugs; c) emergence of new groups of drugs strongly acting to the organism of child; d) prevalence of self - treatment; e) increase the number of drugs used during pregnancy and in period of childbirth, including antibiotics with high allergenic activity, that contribute to fetal intrauterine sensitization; f) unreasonable, uncontrolled and template prescription of drugs, especially antibiotics which contribute to the sensitization of many people and lead to the emergence of various allergic reactions and diseases (beginning from dermal itch to anaphylactic shock and death).

Aim. Learning the drug allergy prevalence in depend of sex and age of children, we defined the etiological structure in base of first appeal to allergy center of Dushanbe city in period from 2000 to 2019 years.

Methods of investigation. The authors analyzed the retrospective 2011 disease histories of ill children at 1 month to 14 years from 2000 to 2019 years for study the drug allergy prevalence in base of first appeal to city allergy center in Dushanbe city.

Results. The drug allergy prevalence in depend of sex and age of children, define the etiological structure in base of first appeal to city allergy center in Dushanbe city in period from 2000 to 2019 years were learned by the authors. To solve this problem they analyzed 2011 disease histories from 2000 to 2019 years. In 214 from 2011 children with allergy illnesses at 1 month to 14 years were defined different forms of drug allergy. Learning the drug allergy prevalence in children testifies about its increase the clinical manifestations of skin (28,9%), such as fixed exanthema, urticarial, angioneurotic edema, exacerbation of atopic dermatitis, bronchial asthma attack, serum sickness, drug stomatitis, hemorrhagic vasculitis, anaphylactic shock, Lyell syndrome lung, less often - thrombocytopenia purpura and allergy arterioles.

By mind of authors the drug allergy prevalence on age characteristic indicated, that in many cases (51,1%) it developed till 5 years children. In etiological structure of drug allergy the medicine of penicillin and cephalosporine rangestook the lead - 125 patients (58,4% cases), less - often another antibiotics (oletetrin - 2,8%, levomicetin - 0,9%, gentamicin - 0,9%. After



antibiotics sulfonamides takes second place (biceptol), then seldom aspirin, finlepcin and urotrast. The authors think, that the reasons of increase the drug allergy are: imperfection of immune system, often URTI which over them appoint antibiotics and other medicines to children; self-treatment; growing the frequency of use drugs during pregnancy and in period of childbirth.

Conclusions. Study of drug allergy prevalence in children on appeal to the city allergy center in Dushanbe city testify about drug allergy increase, that the clinical manifestations of skin (28,9%). Study of drug allergy prevalence on age characteristic

Муҳиммият. Масъалаи аллергияи доруӣ сол аз сол аз сабаби тарақиёти саноати фарматсевтӣ ва бинобар ин истеҳсоли микдори бисёри доруҳои нави самараноки индекси баланди сенсibiliзатсиядошта муҳимтар шуда истодааст [1-4].

Бо яд қайд намуд, ки оризаҳо ҳангоми фармакотерапия дар давлатҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ инкишофёфта мувофиқи нишондодҳои муаллифони гуногун аз 17 то 28% мушоҳида шудаанд. Ҷунин вазият дар натиҷаи таъсири маҷмӯи якҷанд сабабҳо ба вуҷуд омадааст, ки баъзеи онҳоро номбар кардан мумкин аст: а) бисёр будани номгӯи маводҳои доруӣ, ки ҳангоми интиҳоби онҳо ба хатой ва нофаҳмӣ мусоидат менамояд; б) нокифоя омода намудани духтурон дар муассисаҳои олии тиббӣ дар доираи истифодаи ратсионалии арсенали доруҳо ва истифодаи алоҳида баъзе маводҳои доруӣ; в) пайдошавии гурӯҳҳои нави маводҳои доруӣ ба организмӣ кӯдак саҳт таъсиррасонанда; г) паҳншавии худтабобаткунӣ; д) афзудани шумораи истифодаи маводҳои доруӣ дар давоми ҳомиладорӣ ва дар вақти тавлидкунӣ, аз ҷумла антибиотикҳои фаъолнокии зиёди алергенӣ дошта, ки ба сенсibiliзатсияи дохилибатнии ҷанин мусоидат менамоянд; е) таъйиноти ғайриасоснок, беназорат ва шаболонии маводҳои доруӣ, хусусан антибиотикҳо, ки ба сенсibiliзатсияи бисёр одамон мусоидат менамояд ва ба инкишофи аксуламалҳои гуногуни алергикӣ ва бемориҳо меорад (бо

indicated that in many cases (51,1%) it developed in 5 years children. In etiological structure of drug allergy the medicine of penicillin and cephalosporine range take the lead - 125 patients (58,4%).

The authors think, that the reasons of increase the drug allergy are: 1) imperfection of immune system, often acute respiratory diseases, which over them appoint antibiotics and other medicines to children; 2) self-treatment; 3) growing the frequency of use drugs during pregnancy and in period of childbirth.

Key words: drug allergy, skin manifestation of allergy, imperfection of immune system, self-treatment.

оғозшавӣ аз хориши пӯст то тамошавӣ бо шоки анафилактикӣ ва фавтӣ).

Мақсади тадқиқот. Омӯхтани паҳншавии аллергияи доруӣ вобаста аз ҷинс ва синни кӯдакон, муайян намудани сохтори этиологӣ мувофиқи мурочиаткунии аввала ба маркази шаҳрии алергологии шаҳри Душанбе дар даври солҳои 2000 - 2019.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили ретроспективи 2011 таърихи беморӣ аз соли 2000 то 2019 барои омӯхтани паҳншавии аллергияи доруӣ дар асоси мурочиаткунии аввала гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Аз 2011 кӯдакони гирифтори бемориҳои алергологӣ дар синни аз 1- моҳа то 14- сола дар 214 нафар намудҳои гуногуни аллергияи доруӣ ёфт карда шуданд.

Шумораи дучоршавии намудҳои алоҳидаи клиникаи аллергияи доруӣ гуногун буд (Нақшаи 1). Дар сохтори аллергияи доруӣ кӯдакон экзантемаи фиксатсияшуда (устувор) бартарӣ намуда, аз шумораи умумии бемориҳо ба 20,6% барорар буд. Сипас, ғазак дар 17,3% кӯдакон, варами ангинаевротӣ - дар 14,5, авҷгирии дерматити атопикӣ - дар 8,9, хурӯҷи астмаи бронхиалӣ - дар 7,9, бемории зардобӣ - дар 6,5, стоматити доруӣ - дар 6,5%, васкулити геморрагӣ - дар 5,2, шоки анафилактикӣ - дар 4,7, синдроми Лайелл-Ланг - дар 3,7% мушоҳида карда шуд. Пупураи тромбоцитопенӣ (2,8%) ва артериолити алергикӣ (1,4%) дар байни аллергияи доруӣ нисбатан камтар дучор шуданд.



Нақшаи 1. Сохтори аллергияи доруӣ дар кӯдакон дар асоси муроҷиаткунии аввала ба Маркази шаҳрии алергологии шаҳри Душанбе дар давраҳои солҳои 2000 - 2014.

	Номгӯи беморӣ	Миқдори беморӣ	Дар %
1	Экзантемаи фиксатсияшуда	44	20,6
2	Илтиҳоб	37	17,3
	Варами ангионевротикӣ	31	14,5
	Авҷгирии дерматити атопикӣ	19	8,9
	Хуруҷҳои астмаи бронхиалӣ	17	7,9
	Бемории зардобӣ	14	6,5
	Васкулити геморагӣ	11	5,2
	Шоки анафилактикӣ	10	4,7
	Синдроми Лайелл-Ланг	8	3,7
	Пурпураи Тромбоситопенӣ	6	2,8
	Артериолити иллергӣ	3	1,4
	Ҳамагӣ	214	100%

Таҳлили шумораи аллергияи доруӣро мувофиқи аспекти синну соли гузаронидем. Шумораи дучоршавии аллергияи доруӣ дар гурӯҳҳои гуногуни кӯдакон фарқи бисёр дошт. Нишондоди паҳншавии аллергияи доруӣ мувофиқи синну сол чунин тақсим карда шуд: аз 2- моҳа то 2-сола - 31,1%, 3 - 5 сола - 20%, 6 - 7 - 20%, 8 - 11- сола - 17,8% ва 12 - 14 сола - 11,1 %. Дар аксарияти ҳодисаҳо (51,1%) аллергияи доруӣ кӯдакони то синни 5- солагӣ инкишоф ёфтаанд. Бисёр инкишофёбии аллергияи доруӣ дар кӯдакони синни 1 - 5 сола ба фикри мо аз як қатор сабабҳо вобаста аст. Аз сабаби ноболиғии системаи иммунӣ кӯдакон аксар гирифтори сирояти вирусӣ мешаванд, аз ин сабаб ба онҳо антибиотикҳо ва дигар маводҳои доруӣро таъйин менамоянд. Ғайр аз ин ҳуди агентҳои сирояти организми кӯдакро сенсбилизатсия менамоянд ва ҳиссиёти ўро ба маводҳои доруӣ баланд менамоянд. Бемориҳои ҳамрав низ нақши на кам муҳимро мебозанд. Маҳз дар ҳамин синну сол аксар вақт диатези алергикӣ, рахит, камхунӣ, гипотрофия ва ғайраҳо ёфт мешаванд.

Ҳангоми омӯختани сохтори этиологии аллергияи доруӣ дар 214 кӯдакони бемор муайян гардид (Нақшаи 2), ки аз ҳам бисёр ақсуламалҳои алергикӣ ба антибиотикҳои қатори пенитсиллин ва сефалоспорин (78,9%), аз ҷумла ба пенитсиллин (41,6%), ампитсиллин (5,6), оксатсиллин (4,7%), ампиокс (3,7%), сефазолин (16,8%) ва сефтриаксон (6,5%) мушоҳида мешаванд. Ин на танҳо аз ҳислатҳои баланди алергикӣ доштани қаторҳои пенитсиллин ва сефалоспо-

ринҳо, балки аз васеъ, беасос ва беназорат истифодабарии онҳо барои курсҳои такрорӣ ва давомноки табобат вобаста аст.

Вазни ҳолиси дигар антибиотикҳо дар сохтори аллергияи доруӣ хеле камтар буд: олитетрин (2,8%), левомитситин (0,9%), гентамитсин (0,9%). Дар сохтори этиологии аллергияи доруӣ баъди антибиотикҳо чойи дуҷумро сулфаниламидҳо ишғол менамоянд, аз ҷумла ақсуламали алергикӣ ба бисептол дар 9,8% беморон мушоҳида шуд. Ақсуламали алергикӣ ба аспирилин дар 3,4, ба финлепсин - дар 1,9%, ба витамини В12 - дар 0,9% ва уротраст- дар 0,5% беморон во хӯрд.

Хулоса. Омӯختани паҳншавии аллергияи доруӣ дар кӯдакон дар асоси муроҷиаткунӣ ба Маркази шаҳрии алергологии шаҳри Душанбе оиди афзудани аллергияи доруӣ шаҳодат медиҳад, ки зухуротҳои клиникӣ вай бештар тағйироти пӯстӣ мебошанд (28,9%). Таҳлили паҳншавии аллергияи доруӣ мувофиқи синну сол шаҳодат медиҳад, ки вай дар аксарияти ҳолатҳо (51,1%) то синни 5 солагӣ инкишоф меёбад. Дар сохтори этиологии аллергияи доруӣ нақши асосиро маводҳои қатори пенитсиллин ва сефалоспорин ишғол менамоянд (58,4%). Афзудани аллергияи доруӣ, мувофиқи ақидаи мо аз ноболиғии системаи иммунӣ ва сершумории сироятҳои респиратории вирусӣ шадид вобаста аст, ки аз ин сабаб ба кӯдакон антибиотикҳо ва дигар маводҳои доруӣро тавсия менамоянд, худтабобаткунӣ, бисёршавии шумораи истифодаи маводҳои доруӣ дар давоми ҳомиладорӣ ва дар вақти тавлидкунӣ.



Нақшаи 2. Сохтори этиологии аллергияи доруӣ дар кӯдакон дар асоси мурочиаткунии аввала ба Маркази шаҳрии алергологии шаҳри Душанбе дар солҳои 2000 - 2019.

	Номгӯи доруҳо	Миқдори беморӣ	Дар %
1	Пенитсиллин	89	41,6
2	Сефазолин	36	16,8
3	Сефтриаксон	14	6,5
4	Ампитсиллин	12	5,6
5	Оксатсиллин	10	4,7
6	Ампиокс	8	3,7
7	Бисептол	21	9,8
8	Аспирин	7	3,4
9	Финлепсин	4	1,9
10	Олитетрин	6	2,8
11	Левомитситин	2	0,94
12	Гентамитсин	2	0,9
13	Вит. В 12	2	0,9
14	Уротраст	1	0,5%
	Ҳамагӣ	214	100%

АДАБИЁТ

1. Джураев М.Н. "Лекарственная аллергия у детей", 1993. Монография, Душанбе, изд. "Ирфон", 179 ст.
2. Дранник Г.Н. "Клиническая алергология и иммунология", 2003. Москва, 602 ст.
3. Кулага А.В. и др. "Аллергия и грибковые болезни", 2005. Москва, 518ст.
4. Колхил П.В. "Доказательная алергология и иммунология", 2010. Москва, 526 с.
5. Хаитов Р.М. Аллергология. М.2013 Фармакотерапия без ошибок, руководство для врачей. ст.445.

ТАЪСИРИ НАМУДИ ХҶРОНИШ БА ВАЪЫ САЛОМАТИИ КӯДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРВАҚТ

Мижғони Сорбон

Мижғони Сорбон, ассистенти кафедраи ҳамаиравгӣ ва фанҳои клиникӣ Коллеҷи тиббӣ-ичтимоӣ ш. Душанбе, E.mail: mijgon70@list.ru, тел.: +992 918 67 74 48

Дар мақола таъсири намуди хӯрониш ба вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт мавриди омӯзиш қарор дода шудааст. Тахти муоина 50 кӯдаки синну соли барвақти аз 1 то 3-сола қарор доштанд. Кӯдакон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи якум 35 кӯдак буд, ки то 4-6 моҳагӣ фақат шири модар истеъмол кардаанд, дар гурӯҳи II -и муқоисавӣ 15 кӯдак буд, ки дар хӯрониши сунъӣ буданд. Арзёбии комплекси вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт гузаронида, беморшавии кӯдакони харду гурӯҳ мавриди омӯзиш қарор дода

шудааст. Муқоисаи параметрҳои асосии инкишофи ҷисмонӣ ва асабиву психикӣ кӯдакони харду гурӯҳи таҳқиқшаванда дар динамика фарқиятҳои саҳеҳро ошкор накард. Деморшавии кӯдакони гурӯҳи I назар ба маълумотҳои нишондиҳандаҳои гурӯҳи II паст буд. Маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки танҳо истеъмоли шири модар дар ташаккули солимии кӯдакони синну соли барвақт нақши муҳим дорад.

Қалимаҳои калидӣ: хӯрониш, кӯдакон, беморшавӣ.



ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мижгони Сорбон

Кафедра сестринского дела и клинических предметов (директор - к.м.н. Ибодзода З.Х.)
ООО "Медико-социальный колледж г. Душанбе"

Мижгони Сорбон, заместитель директора по учебной работе, ассистент кафедры сестринского дела и клинических предметов ООО "Медико-социальный колледж г. Душанбе", E.mail: mijgon70@list.ru, тел.: +992 9186774 48

В статье изучено влияние вида вскармливания на состояние здоровья детей раннего возраста. Под наблюдением находились 50 детей раннего возраста от 1 года до 3 лет. Были сформированы 2 группы. I группу составили 35 детей, находившихся только на грудном вскармливании до 4-6 мес., во II группу сравнения вошли 15 детей, находившихся на искусственном вскармливании. Проведена комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста, изучена заболеваемость детей обеих групп. Сравне-

ние основных параметров физического и нервно-психического развития детей обеих исследуемых групп в динамике не выявило достоверных различий. Заболеваемость детей I группы ниже по сравнению с данными показателями во II группе. Полученные данные указывают на существенную роль исключительно грудного вскармливания в формировании здоровья детей раннего возраста.

Ключевые слова: вскармливание, дети, заболеваемость.

INFLUENCE OF THE TYPE OF FEEDING ON THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN OF EARLY AGE

Mijgoni Sorbon

Department of nurse business and clinical objects (director - PhDs in Medicine. Ibodzoda Z.H.) LLC company "Medico-social college of Dushanbe"

Mijgoni Sorbon, deputy director for studies, assistant of nurse business and clinical objects department of "Medico-social college of Dushanbe" LLC, E.mail: mijgon70@list.ru, ph.: 992 9186774 48

Influence of the type of feeding on the state of health of children of early age is studied in this article. Under observation there were 50 children of early age from 1 to 3 years. 2 groups were formed. The I group was made by 35 children who were only on breastfeeding up to 4-6 months, 15 children who were on artificial feeding entered into the II group of comparison. The complex assessment of the state of health of children of early age was carried out, the

incidence of children of both groups was studied. Comparison of key parameters of physical and psychological development of children of both studied groups in dynamics did not reveal reliable distinctions. Morbidity of children of the I group is lower in comparison with these indicators in the II group. The obtained data indicate an essential role only of breastfeeding in forming of children health of early age.

Keywords: feeding, children, morbidity.

Муҳиммият. Ғизои дурусти кӯдакон аз рӯзҳои авали ҳаёт барои инкишофи мавзунӣ ва ҷисмонӣ, асабӣ-рӯҳӣ

кӯдак, устувории олии вай дар муқобили смартаҳо ва дигар омилҳои манфӣ шартӣ муҳим ба ҳисоб меравад [1,2,4,5]. Истеъмо-



ли шири модар омили асосии ташаккули солимии кӯдак дар давоми солҳои зиёд мебошад. Ғайр аз ин, вай вобастагӣ ва ҳамбастагии модару кӯдакро таъмин месозад, минбаъд хислат ва намуди рафтори ояндаи кӯдакро муайян месозад [1,2,6,7]. Шири модар ҳамаи 5 синфи иммуноглобулинҳоро дорад, дар вай макрофагҳо, нейтрофилҳо, Т-ва В-лимфоситҳо, лизосим, комплимент, моддаҳои гуногуни бактерисидӣ ва зиддироғатӣ дида мешавад [4,7]. Дар ҳоли ҳозир миқдори занҳое, ки хӯрониши сунъии кӯдакони меписанданд, зиёд шуда истодааст, ки ба сабабҳои зерин алоқаманданд: омилҳои нохуби иҷтимоиву иқтисодӣ ва экологӣ, бадбудани саломатӣ волидайн [3,4]. Ғайр аз ин, барвақт ба кор баромадани модаронрон низ боиси ба ғизои сунъӣ гузарнидани кӯдакони мегардад. Тадбири муҳимми профилактикаи аввалияи бемории синну соли кӯдакӣ ғизои ратсионалӣ мебошад [1,4,5,7]. Шири модар "стандартӣ тиллоӣ"-и ғизои оптималии синну соли барвақти кӯдакӣ ба ҳисоб меравад. Тибқи тавсияи ТУТ (Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ) дар давоми 6 моҳи аввал кӯдак бояд танҳо шири модарро истеъмол намояд [1,2,3,5,6,7]. Дар ҳоли ҳозир дар муассисаҳои ёрии тиббии вулодат, статсионарҳои кӯдакон, муассисаҳои амбулаторӣ-поликлиникӣ чорабиниҳои ҷиҳати таълим ва ҳавасмандгардонии то 6 моҳ додани шири модар ба таври васеъ гузаронида мешаванд. Дар робита аз ин, таҳқиқоти таъсири хӯрониши танҳо шири модар то 4-6-моҳагӣ ба вазъи саломатии кӯдак, инкишофи психикиву ҷисмонӣ ва беморшавии кӯдакони синну соли барвақт актуалӣ боқӣ мемонад.

Мақсади татаҳқиқоти мазкур аз омӯхтаи таъсири намуди хӯрониш бӯя вазъи саломатии кӯдакони синну соли барвақт, сатҳи инкишофи ҷисмонӣ ва психикӣ ва беморшавии онҳо иборат аст.

Мавод ва усулҳои татаҳқиқот. Татаҳқиқот дар базаи Маркази саломатии шаҳрии №14-и ш. Душанбе иҷро карда шудааст. Таҳти муоина 50 кӯдаки аз 1 то 3-сола қарор дошт. Сини миёнаи кӯдакони 17, 5 моҳро ташкил дод. Контингенти омӯхташаванда-

ро ба 2 гурӯҳ ҷудо кардаем. Гурӯҳи якумро 35 кӯдак ташкил кард, ки то 6-моҳагӣ танҳо шири модар истеъмол кардаанд (19 духтар ва 16 писар). Дар гурӯҳи 2-юм 15 кӯдак буд, ки дар хӯрониши сунъӣ қарор доштанд (псарон 8 ва духтарон 7).

Барои баҳо додан ба хӯрониш таърихи инкишофи кӯдакони (ф.112/у), варақаи ғизоидиҳӣ таҳлил, хусусият, давомнокии синамакони, муҳлати ворид кардани хӯроки иловагӣ баҳо дода шуд. Динамикаи инкишофи ҷисмонӣ, асабиву психикии кӯдакони бо роҳи арзёбии параметрҳои асосии инкишофи кӯдакони дар муҳлатҳои муайяни эпикризӣ (моҳҳои 1, 3, 6, 9, 12, 1 солу 3 моҳ, 1 солу 6 моҳ, 1 солу 9 моҳ, 2 сол), бо истифода аз ҷадвалҳои баҳогузорӣ ва ҷадвалҳои нормативҳои синнусолии инкишофи асабиву психикии кӯдакони сини барвақт омӯхта шуд. Баҳогузориҳои комплекси ҳолати солимии ҳар як кӯдак гузаронида, гурӯҳи саломатии онҳо дар лаҳзаҳои таҳқиқот муайян карда шуд. Тибқи маълумоти анамнез беморшавии умумии контингенти кӯдакони таҳқиқшуда омӯхта ва сохтори он муайян карда шуд.

Қоркарди омории маълумотҳо бо ёрии барномаҳои оморӣ, ки дар Microsoft Excel интегралсия кунонида шудаанд, гузаронида шуд, дар фарқият ҳангоми $p < 0,05$ будани нишондод эътимоднок буд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили маълумотҳои марбути хӯрониши гурӯҳи I асосӣ муайян карда шуд, ки дар ИГВ то 6 моҳ 30 кӯдак (60%), то 5 моҳ 5 моҳ. - 12 кӯдак (24%), то 4 моҳ. - 8 кӯдак (16%) қарор доштанд. Дар рӯзи якум болои синаи модар гузоштани кӯдакони дар муассисаҳои ёрирасони таваллудкунӣ 27 кӯдак (54%), дар шабонарӯзи 2-юм - 13 кӯдак (26%), дар шабонарӯзи 3-юм - 9 нафар (18%), дар шабонарӯзи 4-ум - 1 кӯдак (2%) дида шуд. Дар болои сина гузоштани (дар рӯзҳои 3-4-ум кӯдакони дар таваллудхона аз он вобаста буд, ки валодат бо усули ҷарроҳии бурриши Қайсарӣ сурат гирифта буд.

Дар гурӯҳи II бори якум болои синаи модар гузоштани кӯдакони дар муассисаҳои ёрирасони таваллудкунӣ дар бештари кӯдакони (8 кӯдак, 53,3%) дар шабонарӯзи дуюм-



, дар рӯзи якум - 4 кӯдак (26,7%), дар рӯзи 3 - 3 кӯдак (20%) ба мушоҳида расид. Ба ғизо-дихии сунъӣ кӯдакони гурӯҳи дуҷум асосан дар 2-моҳагӣ (80%) гузаронида шуданд. Барвақт ба ғизои сунъӣ гузаронидани кӯдакон дар аксари мавридҳо аз гипогалактияи дуб-мии модар (дар 73,3% ҳолат) вобаста буд. Давомнокии танҳои истеъмоли шири модар дар бештари кӯдакони ин гурӯҳ 1,5 - 2 моҳ (60%) -ро ташкил намуд.

Кӯдакони гурӯҳи I дар ИГВ мувофиқи талабот дар давоми 2 моҳи аввалбуд, минбаъд ба болои синагузории регламентии 7 ё 6 маротиба гузаштанд.

Ба сифати ғизои асосӣ дар кӯдакони ҳарду гурӯҳ инҳо истифода шуданд: пюреи мевагӣ, шавлаи ширӣ, маҳсулоти дӯғӣ (кефир).

Муҳлати ворид намудани ғизои иловагӣ ва тартиби воридсозии он аз намуди хӯрониш, давомнокии давраи ИВГ ва вазъи саломатии кӯдак вобаста аст. Ҳамин тавр, кӯдакони гурӯҳи асосӣ ба сифати хӯриши иловагии якум пбреи мевагиро - дар 59 кӯдак (64%) қабул карданд. Асосан пюреи картошка дар сини 6-моҳагӣ (56%) ворид гардид. Шавлаи ширӣ бештар дар ратсиони кӯдакон ҳамчун хӯроки дуҷуми ғизои иловагӣ дар 29 кӯдак (58%) ворид карда шуд. Дар ин маврид шавла асосан дар сини 7-моҳагӣ (44%) дохил карда шуд. Ба сифати ғизои иловагии сеюм дар ҳамаи ҳолатҳо кефир қабул гардид. Ин ғизои иловагӣ дар 25 кӯдак (50%) дар сини 7,5 - моҳагдохил карда шуд, дар 15 кӯдак (30%) дар 8-моҳагӣ ва дар 10 кӯдак (20%) дар 8,5-моҳагӣ дохил карда шудааст.

Дар кӯдакони гурӯҳи II ба сифати ғизои якум дар бештари мавридҳо (60%) инчунин пюреи картошка дохил карда шуд, аммо дар муҳлатҳои барвақттар (4-4,5 -моҳагӣ) аз гурӯҳи якум. Хӯрониши дуҷум - шавлаи ширӣ - дар сини 5 - 5,5 моҳагӣ (73,3% ҳолат), сеюм - кефир - дар сини 7-8 моҳагӣ (53,3% ҳолат буд).

Таҳлили динамикаи инкишофи ҷисмонии кӯдакони ҳарду гурӯҳ нишон доданд, ки бештари кӯдакони гурӯҳҳои I ва II (мутаносибан 90%-80%) инкишофи муътадили ҷисмонӣ доштанд. Муқоисаи параметрҳои асосии инкишофи ҷисмонӣ дар динамикаи протсессҳои сабзиш дар муҳлатҳои дар

боло нишондодашудаи эпикризӣ набудани фарқиятҳои саҳеҳи байни бузургиҳои параметрҳои асосӣ, вазни кӯдакони асосан гурӯҳи назоратиро муайян намуданд.

Арзёбии инкишофи асабӣ-психикии кӯдакон низ фарқиятҳои саҳеҳи байни кӯдакони ду гурӯҳи таҳқиқшударо муайян накард. Ҳамаи кӯдакон дар соли авали ҳаёти инкишофи муътадил доштанд. Танҳо дар соли дуҷуми ҳаёт дар 2 кӯдак (4%) дар гурӯҳи I ва 3 кӯдак дар гурӯҳи II (13,3%) ақибмонии инкишофи асабӣ-психикии кӯдакон дар шакли ақибмонии инкишофи нутқ ба назар расид.

Гузаронидани таҳқиқот муайян кард, ки дар гурӯҳи кӯдакони 6 моҳ ИВГ истеъмолкунанда, 16% -и кӯдакони яқсола ба гурӯҳи кӯдакони солим мансуб буданд, дар гурӯҳи назоратӣ фақат 6,7% -и кӯдакон.

Нишондиҳандаи беморшавии умумии кӯдакони истеъмолкунандаи ғизои сунъӣ баландтар буд. Дар кӯдакони гурӯҳи I ин нишондиҳанда назар ба кӯдакони гурӯҳи II хеле паст буд. Таҳлили беморшавии умумии кӯдакони ҳарду гурӯҳ нишон дод, ки сохтори патологияи онҳо бо баргарӣ доштани бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, патологияи СМА ва бемориҳои аллергӣ (дерматити атопӣ) якхела аст. Бемориҳои хун, аз ҷумла камхунии камбуди оҳан хеле кам ба назар расид. Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои беморшавӣ аз рӯи гурӯҳҳои алоҳидаи нозологӣ фарқиятҳои саҳеҳ ($p < 0,05$) муайян карда шуд. Аз ҷумла, беморшавии дерматити атопикӣ дар кӯдакони гурӯҳи якум 10%, гурӯҳи дуҷум-60%; рахит-12% ва 40%, камхунӣ -6% ва 20% мутаносибан ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Муқоисаи параметрҳои асосии инкишофи ҷисмонӣ ва асабиву психикии кӯдакони соли аввали ҳаёт дар динамика дар гурӯҳҳои I ва II фарқиятҳои саҳеҳро ошкор накард. Беморшавии умумии кӯдаконе, ки то 6-моҳагӣ дар ИГВ қарор доштанд, нисбат ба беморшавии кӯдаконе, ки ба ғизои сунъӣ гузаронида шуда буданд, саҳеҳан паст аст. Дар кӯдаконе, ки то 6 моҳ дар ИГВ буданд, ҳолатҳои беморшавии дерматити атопикӣ, рахит, анемияи кабудӣ оҳан кам ба қайд гирифта шуд.



АДАБИЁТ

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей 1-го года жизни в Российской Федерации. Под редакцией А.А. Баранова, А.В. Тутельяна. - М., 2008.-125 с.
2. Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. Руководство для врачей. -М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2005.-110 с.
3. Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Влияние вида вскармливания на первом году жизни на некоторые показатели здоровья детей раннего возраста // Вопросы питания. 2001. № 4. С. 27-30.
4. Гаппаров М.М. Питание детей первого года жизни: взгляд нутрициолога / М.М. Гаппаров, М.М. Левачев // Вопросы питания. - 2001. -№ 4. - С. 23-27.
5. Закон о защите грудного вскармливания. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон "Дар бораи химояи ғизои табиӣ кӯдакон" (с.2006, 2012).
6. Стратегия оид ба ғизо ва фаъолияти ҷисмонӣ дар ҶТ барои с.2014-2024", фармоиши Вазорати тандурустии ҶТ. - Душанбе.- 2014.
- 7.Руководство "Роҳнамои солимии модару кӯдак". - Душанбе. - 2016 г.

ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИИ САНГИ ПЕШОБ ДАР ВИЛОЯТИ КҶИСТОНИ БАДАХШОН

З.А. Гулбекова¹, Н.С. Одинаев¹, А.С. Мирзоев²

¹ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ² МДТ Институти таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Гулбекова Замира Акимбековна - унвонҷӯи кафедраи эпидемиологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, E-mail: gulbekovaz@mail.ru.

Одинаев Ниёз Сафарович - д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои сироятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе. +992918623129, E-mail: gulbekovaza@gmail.com.

Мирзоев Аъзамҷон Сафолович - н.и.т., мудири кафедраи эпидемиологи, беҳдошт ва ҳифзи муҳити атрофи МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон", ш. Душанбе. +(99237) 2212546, E-mail: info@ipovszrt.tj

Дар мақола ҷанбаҳои эпидемиологии бемории санги пешоб оварда шудаанд. Қайд карда шуд, ки дар асри XXI ҷомеаи ҷаҳонӣ бо проблемаи ҷаҳонӣ - пандемияи бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ гурдаҳо (аз ҷумла бемории санги пешоб), пеш аз ҳама, бемориҳои марбути талафи қобилияти корӣ, харочоти зиёд ба табобат, оризаҳои вазнин а фавтият, дучор шуд. Бемории нефролитиаз яке аз бемориҳои паҳншударини урологии мансуби бемориҳои музми-

ни ғайрисироятӣ мебошад. Тибқи баҳодиҳиҳои охири, паҳншавии бемории санги пешоб дар байни аҳолии ИМА 8,8%-ро ташкил мекунад. Мутобиқи маълумоти дигари адабиёт, тақрибан 5% - 9% тамоми аҳолии Аврупо, 13% - Амрикои Шимолӣ, 5%-9% - Осиё то 20% - ва Арабистони Саудӣ аз бемории уролитиаз азият мекашанд.

Калимаҳои калидӣ: бемории санги пешоб, эпидемиология, экология беморшавӣ.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ

Гулбекова Замира Акимбековна - соискатель кафедры эпидемиологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан, г. Душанбе, +992938190022, E-mail: gulbekovaza@gmail.com.

Одинаев Ниёз Сафарович - д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан, г. Душанбе, +992918623129, E-mail: gulbekovaza@gmail.com.

Мирзоев Аъзамджон Сафолович -к.м.н., заведующий кафедрой эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ "Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан", : +(992 37) 2212546, E-mail: info@ipovszrt.tj

В статье приведены эпидемиологические аспекты мочекаменной болезни. Подчеркнуто, что в XXI веке мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой - пандемией хронических неинфекционных заболеваний почек (в частности мочекаменной болезни), прежде всего, связанных с потерей трудоспособности, высокими затратами на лечение, тяжелыми осложнениями и смертностью. Нефролитиаз является одним из наиболее распространенных урологических

заболеваний, относящихся к неинфекционным хроническим заболеваниям. По последним оценкам, распространенность мочекаменной болезни среди населения Соединенных Штатов (США) составляет 8,8%. По другим литературным данным, около 5% - 9% всего населения Европы, 13% - Северной Америки, 5%-9% - Азии и до 20% - Саудовской Аравии страдают уролитиазом.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, эпидемиология, экология, заболеваемость.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF URGENTIAL DISEASE IN THE MOUNTAIN-BADAKHSHAN AUTONOMOUS REGION

Gulbekova Zamira Akimbekova - Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: gulbekovaz@mail.ru

Odinayev Niyoz Safarovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Infectious Diseases of Avicenna Tajik State Medical University, Republic of Tajikistan, Dushanbe, . +992918623129, E-mail: gulbekovaza@gmail.com

Mirzoyev Azamjon Safolovich - candidate of medical sciences, head of the department of epidemiology, hygiene and environmental protection of the state educational institution of the "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, + (992 37) 2212546, E-mail: info@ipovszrt.tj

The article presents the epidemiological aspects of urolithiasis. It was emphasized that in the 21st century the world community faced a global problem - a pandemic of chronic non-infectious diseases of the kidneys (in particular, urolithiasis), primarily related to disability, high treatment costs, severe complications and mortality. Nephrolithiasis is one of the most common urological diseases related to non-

communicable chronic diseases. According to the latest estimates, the prevalence of urolithiasis among the population of the United States (USA) is 8.8%. According to other literary data, about 5% - 9% of the total population of Europe, 13% of North America, 5% - 9% of Asia and up to 20% of Saudi Arabia suffer from urolithiasis.

Keywords: urolithiasis, epidemiology, morbidity, ecology.



Муҳиммият. Нигоҳдорӣ ва ташаккули вазъи саломатии ҳар як одам ва дар умум миллат, раванди комплексӣ, мураккаб ва серомил мебошад, ки масъулияташ на танҳо ба зиммаи ҳадамоти тандурустӣ, балки инчунин ба дӯши дигар соҳаҳо, масалан иқтисодиёт, сиёсат ва экология низ ҳаст [1, 4].

Тавачҷӯхи зиёд ба бемориҳои музмини ғайрисироятӣ - яке аз хусусиятҳои хоси тандурустии тамоми мамлакатҳои мутараққӣ мебошад, ки сабабгораи рушди устувори тамоюлҳо ба бемориҳои ин қатор аст. БМГ (бемориҳои музмини гурда) аз рӯи сабабҳои фавтияти аҳоли ва муҳимияти иҷтимоӣ, зарари иқтисодии барои ҷамъият расонанда, ҷойи аввалро ишғол мекунад.

Дар доираи татбиқи қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 ноябри с. 2012, № 676 "Перспективаҳои профилактика ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023" ворид намудани барномаҳои нави профилактика ва скрининги ошкорсозии барвақти бемориҳои музмини ғайрисироятӣ (БМФС) муҳим аст. Новобаста ба тақвияти чорабиниҳои профилактика ва ошкорсозии саривақтии бемории мазкур, тамоюли рушди мунтазами нишондиҳандаҳои гуногуни беморӣ мушоҳида мешавад.

ВМКБ ба минтақаи ғаёлнокии баланди экологӣ, бо хусусиятҳои хоси шароити иқлимӣ чуғрофӣ ва навъи пасти инкишофи вазъияти демографӣ дохил мешавад. Дар вилоят рушди шумораи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ, аз ҷумла гирифторни бемории санги пешоб мушоҳида мешавад.

Робитаи мутақобили омилҳои гуногуни иқлимӣ чуғрофӣ, экологӣ ва иҷтимоии макони зист, фаслҳои гуногуни сол, хусусиятҳои ирсии фард, муҳлатҳои истиқомат дар шароитҳои маҳуси чуғрофӣ, ҷойи истиқомати пештара, инчунин хусусияти ғизо, таркиби оби нӯшиданӣ, ба пайдошавии ягон навъ БМФС боис мешавад [6].

Нефролитиаз яке аз бемориҳои паҳншударини урологӣ мебошад Мувофиқи баҳодиҳиҳои охири, паҳншавии он дар бай-

ни аҳолии ИМА 8,8%-ро ташкил мекунад [15].

Мутобиқи маълумотҳои дигари адабиёт, тақрибан 5% - 9% тамоми аҳолии Аврупо, 13% - Амрикои Шимолӣ, 5%-9% - Осиё ва то 20% - Арабистони Саудӣ аз бемории уролитиаз азият мекашанд. Аз рӯи ҳамин маълумотҳо, дар мамлакатҳои мутараққӣ индустриалӣ, ҳар сол 1500 - 2000 ҳодисаи сангҳосилшавии аввалия дар роҳҳои пешоброн ба 1 млн. аҳоли ошкор мешавад [3, 7, 14, 18, 19]. Харочот ба табобати БСП хеле калон аст. Сабаб ин, ҳам дар инкишофи беморӣ ва ҳам дар татбиқи технологияҳои нави самаранокиашон зиёд, лекин аксаран гаранарзиши табобати бемории санги пешоб мебошанд. Барои мисол, дар Италия барои табобати беморони гирифтори уролитиаз, дар як сол, ғайр аз хароҷоти марбути талафи қобилияти корӣ, тақрибан 150 млн. евро сарф мешавад. Дар Англия низ барои табобати БСП, дар як сол то 150 млн. евро сарф мешавад. Дар Олмон афзоиш ёфтани беморшавӣ ба БСП аз 0,54% соли 1979 то 1,47% с. 2000: нахустбеморшавӣ - аз 0,12% то 0,72%; сангташаккулёбии такрорӣ - аз 0,42% то 0,75% қайд шудааст [16]. Мутобиқи маълумотҳои манбаҳои гуногун дар мамлакатҳо сатҳи беморшавӣ ба бемории санги пешоб бемайлон афзоиш меёбад ва дар ҳудуди 100-200 ҳодиса ба 100 000 нафар дар Федератсияи Русия ва 214-285 ҳодиса ба 100 000 нафар дар Украина рост меояд [3,14]. Аз рӯи маълумотҳои адабиёт, омилҳои этиология ва патогенези уролитиазро дар минтақаҳои алоҳидаи Ҷумҳурии Тоҷикистон фаҳмонанда ва аз рӯи шароитҳои иқлимӣ чуғрофӣ аз якдигар фарқкунанда, ноомӯхта боқӣ мемонад. Омӯзиши паҳншавӣ ва сабабҳои бавҷудоии уролитиаз, танҳо дар қисми ғарбии Ноҳияҳои тобеи Ҷумҳурии ва дар ш. Душанбеи Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки ба минтақаҳои ҳамвор дохил мешаванд, гузаронда шудааст, дар ноҳияҳои кӯхистон бошад, он ноомӯхта боқӣ мемонад [7,8,9,10,11,12].

Мақсади таҳқиқот. Омӯштани хусусиятҳои беморӣ ва омилҳои экологии инкишофи бемории санги пешоб дар ноҳияҳои алоҳидаи ВМКБ .



Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар асоси ҳисоботҳои ҳарсолаи оморӣ Маркази оморӣ тиббӣ ва иттилооти назди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон муддати солҳои 2014-2018 доир ба бемории санги пешоб дар аҳолии калонсол гузаронида шудааст. Паҳншавӣ ва беморшавии аҳолии ВМКБ ба бемории санги пешоб, инчунин барои муқоиса дар аҳолии ҚТ, омӯхта шуд. Нахустгирифторшавӣ ба бемории санги пешоб ва ҳиссаи онҳо ба ҳисоби ба 100000 нафар аз рӯи солҳо вобаста ба ҷинс ва синну сол, дар алоҳидагӣ ҳам дар ноҳияҳои ВМКБ ва ҳам умуман дар ҷумҳурӣ муайян карда шуд.

Таҳлили оморӣ маълумотҳои ҳосилшуда дар КП бо истифодаи пакети амалии

Statistica 10.0 (StatSoft Inc USA) гузаронда шуд. Маълумотҳо дар ҳисса барои ҳисоби динамикаи тағйирот бо ёрии Q-меъёри Кокран доир карда шуд. Муқоисаҳои ҷуфтии бузургҳои нисбиро бо ёрии меъёрҳои Х² гузарондем. Гипотезаи сифрӣ хангоми $p < 0,05$ инкор мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аз тарафи мо паҳншавии БСП дар аҳолии ноҳияҳои ВМКБ муддати 5 сол (2014-2018) таҳлил карда шуд. Дар натиҷаи таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки нишондиҳандаи беморшавии аҳолии ВМКБ ба БСП соли 2014 110 ҳодиса ба 100000 нафар, соли 2018 бошад, зиёд шуда то 220,6 ҳодиса ба 100000 расид. Беморшавӣ ба БСП дар ноҳияҳои ВМКБ дар ҳамаи 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1.

Беморшавӣ ба бемории санги пешоб дар ноҳияҳои ВМКБ дар муқоиса бо ҚТ дар давраи солҳои 2014-2018 ба 100000 нафар аҳолии калонсол.

Шаҳр/ноҳия	2014	2015	2016	2017	2018	P
ш. Хоруғ	173	264,6	410,9	456,1	473,4	<0,001 (Q =86,7)
Ванҷ	90,2	70,1	96,7	108,2	137,5	<0,01 (Q =16,7)
Дарвоз	48,2	196,2	232,6	240,6	306,9	<0,001 (Q =65,1)
Ишқошим	44,3	226,8	343,1	112,9	217,5	<0,001 (Q =74,8)
Мурғоб	105,2	72,2	80,8	79,2	58,4	<0,05 (Q =9,8)
Роштқалъа	59	87,1	40	28,3	233,5	<0,001 (Q =59,1)
Рӯшон	348,2	91,3	42,3	131,8	53	<0,001 (Q =92,1)
Шугнон	46,6	138,1	144,9	187,9	212,8	<0,001 (Q =41,3)
Дар ВМКБ	110	147,8	182,3	173,5	220,6	<0,001 (Q =26,1)
Дар ҚТ	143	131,6	152,5	162	130,7	>0,05 (Q =8,5)
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	

Дар натиҷаи таҳлил, муқаррар карда шуд, ки динамикаи гирифторшавии аҳоли ба БСП дар давраи солҳои 2014-2018 дар тамоми ноҳияҳои ВМКБ мушоҳида мешавад. Соли 2018 дараҷаи бештарини паҳншавии БСП - 473,4 ҳодиса ба 100000 нафар дар шаҳри Хоруғ қайд шуд, ки аз самаранокии ташхис ва ёрии босифати таҳассусӣ шаҳодат медиҳад. Пас аз нишондиҳандаҳои Хоруғ, афзоиши оморӣ нисбатан назаррас дар ноҳияҳои Дарвоз, Ишқошим, Роштқалъа ва Шугнон қайд карда мешавад. Дар ноҳияҳои Ванҷ, Рӯшон ва Мурғоб бошад, нишондиҳандаи камтарин мушоҳида мешавад.

Натиҷаҳои ҳосилшуда, инчунин бо нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба БСП дар

Ҷумҳурии Тоҷикистон муқоиса карда шуданд. Дар ҷумҳурӣ афзоиши назарраси бемории мазкур дар давраи солҳои 2014-2018 мушоҳида намешавад.

Дар таҳқиқот динамикаи тағйирёбии ба-сомади гирифторшавӣ ба БСП вобаста ба ҷинс низ омӯхта шуд (ҷадвали 2).

Тавре ки аз ҷадвали 2 дида мешавад, дар байни мардҳои ноҳияҳои ВМКБ ба ғайр аз ноҳияи Мурғоб ва Рӯшон, ҳамасола тамоюли баланди афзоиши гирифторшавӣ ба бемории уролитиаз мушоҳида мешавад. Аммо, қайд намудан ба маврид аст, ки ошкорсозии патологияи мазкур, аз дараҷаи ташкил ва инкишофи ёрии урологӣ дар ин ноҳияҳо вобастагии бевосита дорад.



Чадвали 2.

Беморшавӣ ба бемории санги пешоб дар байни мардони ноҳияҳои ВХМКБ дар муқоиса бо ҶТ дар давраи солҳои 2014-2018 ба 100000 нафар аҳолии калонсол.

Ноҳияҳо \ Сол	2014	2015	2016	2017	2018	p
г. Хоруг	154,2	223,8	382,7	417,3	400,6	<0,001 (Q =81,5)
Ванҷ	74,5	64,2	90,3	88,4	130,4	<0,01 (Q =18,0)
Дарвоз	40,5	172,4	221,5	204	225,7	<0,001 (Q =55,5)
Ишқошим	19,3	141,9	299	73,8	136,1	<0,001 (Q =71,0)
Мурғоб	82,5	60,6	39,6	38,8	38,2	<0,05 (Q =12,8)
Роштқалъа	46,2	56,9	22,4	22,2	218	<0,001 (Q =63,4)
Рушон	275,5	83,5	23,7	117,4	46,2	<0,001 (Q =70,5)
Шугнон	33,2	106,7	105,5	168,2	196,9	<0,001 (Q =42,8)
Дар ВМКБ	87,3	116,2	156,5	147,5	183	<0,001 (Q =22,7)
Дар ҶТ	139,3	117,6	136,8	144,4	111,6	<0,05 (Q =10,0)
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	

Тавре дар чадвали 3 омадааст, дар байни умум, дар муддати 5 соли охир, инчунин занҳои ноҳияҳои гуногуни ВМКБ ва дар ташҳиси муқоисавӣ гузаронида шудааст.

Чадвали 3.

Гирифторшавӣ ба БСП дар байни занҳо дар ноҳияҳои ВМКБ дар муқоиса бо ҶТ дар муддати солҳои 2014-2018 ба 100000 нафар аҳолии калонсол.

Ноҳияҳо \ Солҳо	2014	2015	2016	2017	2018	p
ш. Хоруг	192,6	307,1	440,3	496,4	549,1	<0,001 (Q =94,8)
Ванҷ	106,6	76,4	103,4	128,8	144,8	<0,01 (Q =16,5)
Дарвоз	56,2	220,9	244,1	278,7	391,5	<0,001 (Q =79,0)
Ишқошим	70,3	315,1	389	153,7	302,1	<0,001 (Q =85,6)
Мурғоб	128,8	84,1	123,7	121,3	79,5	<0,01 (Q =16,6)
Роштқалъа	72,2	118,5	58,3	34,6	249,6	<0,001 (Q =60,2)
Рушон	423,9	99,3	61,6	146,7	60,1	<0,001 (Q =112,7)
Шугнон	60,5	170,8	185,9	208,4	229,5	<0,001 (Q =46,5)
Дар ВМКБ	134,2	180,7	209,2	200,6	259,8	<0,001 (Q =30,8)
Дар ҶТ	146,8	146	168,6	179,9	150,3	<0,05 (Q =10,0)
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	0,05	

Эзоҳ: p-ифодаи омории нишондиҳандаҳои гуногун дар динамика солҳои 2014 - 2018 (аз рӯи Q-меъёри Кохран; p* -ифодаи омории нишондиҳандаҳои гуногун байни маълумотҳои ВМКБ ва Ҷумҳурии Тоҷикистон (аз рӯи критерияҳои x²).

Тавре дар чадвали 3 нишон дода шудааст, байни занҳои ноҳияҳои мухталифи ВМКБ ва дар маҷмӯъ барои 5 соли охир, ҳамчунон ташҳиси муқоисавӣ гузаронида шудааст. Ҳамин тавр, ташҳиси омории маълумотҳои нишон медиҳанд, ки басомади дучоршавӣ ба БСП дар байни занҳои ноҳияҳои ВМКБ ба нишондиҳандаҳои дучоршавии мардҳо ба БСП мувофиқат мекунад. Ғайр аз ин, муайян карда шуд, ки дараҷаи ташҳил ва рушди ёрии урологӣ дар ин ноҳияҳо аз омилҳои экзогену эндоге-

нии аз рӯи таркиби дохилии гизо ва оби дурушт нобаробар, миқдори ками йод дар замин ва дар оби нӯшокӣ, синну соли бемор ва қадимияти беморӣ ва мавҷудияти патологияи ҳамроҳикунанда дар инкишофи БСП дар байни гурӯҳи муоинашуда, робитаи мустақим доранд.

Барои муфассал ва ҳамаҷониба фаҳмида ни гирифторшавӣ ба БСП дар байни аҳолии ВМКБ, мо динамикаи нишондодро байни гурӯҳҳои мардон ва занон муқоиса кардем (чадвали 4).



Чадвали 4.

Гирифторшавӣ ба БСП дар байни мардони ВМКБ ва ҶТ вобаста аз чинс дар муддати солҳои 2014-2018 ба 100000 нафар аҳолии калонсол.

	2014	2015	2016	2017	2018
Дар ВМКБ – занҳо	134,2	180,7	209,2	200,6	259,8
Дар ВМКБ – мардҳо	87,3	116,2	156,5	147,5	183
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Дар ҶТ – занҳо	146,8	146	168,6	179,9	150,3
Дар ҶТ – мардҳо	139,3	117,6	136,8	144,4	111,6
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

p- муҳимияти омории фарқиятҳои нишондодҳандаҳои маълумотҳои марду занҳо (аз рӯи меъёрҳо х²)

Мувофиқи маълумоти адабиёт, аҳолии мардон ба БСП дар мукоиса ба занҳо бештар гирифтор мешаванд. Аммо чӣ тавре дар чадвали 4 нишон дода шудааст, тақсими беморон аз рӯи чинс нишон медиҳад, ки бештари нафарони гирифтори БСП дар байни занҳо ба назар мерасад, ки ин шаҳодати нишондоди беморони ҳарду чинс (мардҳо - 87,3 ба 100000 нафар аҳолии калонсол, занҳо - 134,2 ба 100000 нафар аҳолии калонсол дар 2014 сол, дар он сурат дар 2018 сол мардҳо 183 дар 100000 нафар аҳолии калонсол ва занҳо - 259,8 ба 100000 нафар аҳолии калонсол) мебошад.

Дар 5 соли охир (2014 - 2018) умуман баландшавии бемории БСП дар ВМКБ аз 110 то 220,6 ба 100000 нафар аҳолиро ташкил дод. Дар ҳамин муддат дар Ҷумҳурии Беларус ба гирифтори ин бемории БСП дар маҷмӯъ ҳамагӣ 15,7%-ро ташкил дод. Дар маҷмӯъ дар 5 соли охир (2014 - 2018) ба гирифтории ин бемории БСП аҳолии ВМКБ ду маротиба афзудааст. Мавриди қайд аст, ки афзудани беморӣ мунтазам бетавақуф муддати солҳои охир ба вуқӯъ меояд. Дар муддати давраи таҳлилшаванда (2014-2018) сатҳи нисбан баланди беморшавӣ ба БСП, дар шаҳри Хоруғ соли 2014 қайд шуд ва ин соли 2018 ин нишондиҳанда нисбатан ба ҷумҳури дар умум ($p < 0,001$), боэътимод баландтар буд, суръатҳои нисбатан назарраси баланди афзоиш бошад, дар ноҳияҳои Дарвоз, Ишкошим ва Роштқалъа қайд шудаанд.

Ба омилҳои хавфи муҳити атроф - таъсири иқлим ва тағйирёбиҳои мавсимии он, речаи оби нӯшокию парҳез ав хусусиятҳои

касб дохил мешаванд. Дар ин категория сатҳҳои хеле зиёди интерференсияи омилҳои мушоҳида мешавад [9,13,17]. Речаи нӯшокии об ба ташаккули сангҳо ба таъсири калон мерасонад. Сатҳи пасти диурез (камтар аз 1 л/дар як шабонарӯз) ба ташаккули сангҳо хавф эҷод мекунад. Сабаби бештари ин зухурот - истеъмоли ҳаҷмҳои нокифояи моеъ талафи моеъ бо арақшорӣ ва диарея мебошад. Ҷамзамон, диурези зиёда аз 2-2,5 як литр дар як шабонарӯз ташаккули сангҳо пешгирӣ мекунад. Дар навбати худ, сатҳи гидрататсияи организм бавосита метавонад аз рӯи зичии пешоб баҳодиҳӣ карда шуда метавонад. Ба омилҳои патофизиологии хавфи уrolитиаз, миқдори зиёди синдромҳои патологӣ ва бемориҳо: нахустгиперпаратиреоз, бемории Кушинг, вайроншавии метаболизми витамини D, иммобилизатсияи давомдор ва ғ дохил мешаванд [5,11,21]. Дар қатори омилҳои патофизиологии хавфи инкишофи БСП, қобилияти уrolититазро ба такроршавӣ ба назар гирифтан лозим аст. Бештар такроршавии БСП ҳангоми уrolитиази оксалантӣ, систинӣ ва пешоби турш [10,19,22] мушоҳида мешаванд. Гипотситратурия ҳамчун омилҳои имконпазири сабабии нефролитиаз дар 19% - 63% ҳолатҳои БСП мушоҳида мешавад [20].

Хулоса.

1. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки проблемаи БСП дар ВМКБ ва дар ҶТ дар умум, актуалӣ боки мемонад ва нисбат ба занҳо дар мардон бештар вомехӯрад.



2. Муқаррар карда шуд, ки дар байни омилҳои ба инкишофи БСП дар аҳолии ноҳияҳои гуногуни ВБСП таъсиррасонанда, нисбатан муҳим: хусусияти иқлимию ҷуғрофии макон, ғизои аз рӯи таркиб ному-тавозун; Дуруштии об, муҳтавои ками макроэлементҳо ва микроэлементҳо дар замин ва дар оби ошомиданӣ мебошанд.

3. Бо назардошти дараҷаи баланди паҳ-

ншагии БСП дар гурӯҳи муоинашавандагон ноҳияҳои гуногуни ВМКБ, воридкунӣ ва истифодаи минбаъда дар фаъолияти хадамоти урологии технологияҳои муосир бо гузарондани скрининги ҳатмӣ дар байни аҳолии ин территорияҳо бо роҳи таҳқиқоти озмоишгоҳию асбобӣ, барои ошкорсозии сарвақтӣ ва мувофиқии муолиҷаи БСП, мувофиқи мақсад аст.

Адабиёт:

1. Агбалян Е.В., Лобанова Л.П., Леханова Е.Н. Алиментарные факторы в формировании здоровья населения Крайнего Севера // Сб. науч. тр. ГУ НИИ МП КС РАМН за 2006 год. Выпуск 4 / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. А.А. Буганова. Тюмень: Сити-пресс, 2006. С. 4-16.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ урологической заболеваемости Российской Федерации в 2005-2010 гг. // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. №2. С. 4-12.
3. Голованов С.А., Сивков А.В., Дзеранов Н.К., Яненко Э.К., Дрожжева В.В. Распространенность метаболических типов мочекаменной болезни в московском регионе: сравнительный анализ за период с 1990 по 2000 годы. // Экспериментальная и клиническая урология. 2010. №3. С. 27-32.
4. Гребнева Н.Н. Адаптация детей к условиям школьного обучения на Севере /Материалы ??? Всероссийской конф. "Научно-методологические основы формирования физического и психического здоровья детей и молодежи". Екатеринбург, 2006. С. 57-58.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2010 г. Минск: РУРНМБ, 2011. 304 с.
6. Карпин В.А. Медико-экологический мониторинг внутренних болезней на урбанизированном Севере: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Архангельск, 2002. 43 с.
7. Нусратуллоев И. Мочекаменная болезнь в Таджикистане (экологические и медицинские аспекты): Автореф. Дис. док. мед. наук. М., 2010. 45с.
8. Нусратуллоев И. Н., Алчинбаев В. Г., Истратов З. А., Кадыров З.А., Сулейманов С. И. Современные методы диагностики форм мочекаменной болезни // Здравоохранение Таджикистана. 2009. №3. С. 23-29.
9. Нусратуллоев И. Н., Алчинбаев М. К., Азимов Г. Д., Дабуров К. Н., Гафуров М. У. Экологические аспекты мочекаменной болезни в Таджикистане // Здравоохранение Таджикистана. 2009 . №4. С. 33-36.
10. Нусратуллоев И. Н., Кадыров З.А. и др. Биогеохимические и экологические факторы и уровень заболеваемости мочекаменной болезни //Здравоохранение Таджикистана. 2008. №3. С. 14-20.
11. Пирназаров М. Клинико лабораторная оценка факторов риска камнеобразования в регионах Таджикистана: Дисс. канд. мед. наук. М., 2009.
12. Полиенко А. К., Севостьянова О. А., Моисеев В. А. Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни в мире // Урология. 2006. №1. С. 75-77.
13. Полиенко А.К., Севостьянова О. А., Мосеев В.А. Эпидемиология мочекаменной болезни. // Урология. 2005. №5. С. 68-71.
14. Полиенко А.К., Севостьянова О.А., Мосеев В.А. Влияние некоторых причин на распространение мочекаменной болезни в мире. // Урология. 2005. №1. С. 74-78.



15. Scales CD Jr, Smith AC, Hanley JM, Saigal CS; Urologic diseases in America. Project. Prevalence of kidney stones in the United States. *Eur Urol* 2012;62:160-5.
16. Hesse A, Brandle E, Wilbert D, Kohrmann KU, Alken P. Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000. // *Eur Urol*. 2003. Vol.44, N6. P.709-713.
17. Kaelin A, Casez JP, Jaeger P. Vitamin B6 metabolites in idiopathic calcium stone formers: no evidence for a link to hyperoxaluria. // *Urol Res*. 2004. Vol.32, N1. P. 61-68.
18. Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. // *J Nephrol*. 2000. Vol.13, Suppl.3. P.45-50.
19. Schneider HJ. Epidemiology of urolithiasis. // *Urolithiasis: etiology, diagnosis* [Ed. Schneider HJ]. Berlin: Springer; 1985. P. 137-84.
20. Tiselius HG. Metabolic Evaluation of patients with urolithiasis. // *Urol Int*. 1997. Vol.59, N3. P. 131-141.
21. Turk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K., Seitz C., Straub M. Guidelines on urolithiasis. *Eur. Association of Urol*. 2012. 101c.
22. Vahlensieck W, Hesse A, Bach D. Zur Prävalenz des Harnsteinleidens in der Bundesrepublik Deutschland. // *Urologe B*. 1980. Vol.20, N2. P.273-276.

ФИЗОИ КҶДАКОНИ СОЛИ АВВАЛИ ҲАЁТ

Н.Ш. Абдуллаева

Шуъбаи кӯдакони синни барвақт (директор, н.и.т., дотсент Б.Ҷ. Азизов) Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони ВТ ва ҲИА ҚТ

Абдуллаева Нодира Шомуратовна, ходими калони илмии Шуъбаи кӯдакони синни барвақт Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакони ВТ ва ҲИА ҚТ, E.mail:nodiraabdullaeva@mail.ru, тел. +992 918 62 59 09.

Дар мақола қоидаҳои асосии физодиҳии кӯдакони синну соли барвақти куҷдакӣ, таҷрибаи ҳӯрониши озоди кӯдакони навзод оварда шудааст. Бартариин синамақонӣ ва шири модар, режими ҳӯрониш, ҳамчунин муҳлати

ворид сохтани ислоҳ ва ҳӯришҳои иловагӣ дар физои кӯдақон, ки дар ҳӯрониши табиӣ қарор доранд, нишон дода шудааст.

Қалимаҳои қалидӣ: физо, синни барвақт, ислоҳ, ҳӯрониш.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Абдуллаева Нодира Шомуратовна, старший научный сотрудник отдела детей раннего возраста ГУ Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ, E.mail:nodiraabdullaeva@mail.ru, тел. +992 918625909

В статье изложены основные правила проведения питания детей раннего возраста, практика свободного вскармливания новорожденных детей. Указаны преимущества исключительно грудного вскармливания и женского моло-

ка, режим кормления, а также сроки введения коррекции и прикормов у детей, находящихся на естественном вскармливании.

Ключевые слова: питание, ранний возраст, коррекция, прикорм.



CHILDREN FEEDING OF THE FIRST YEAR OF LIFE

Abdullaeva Nodira Shomuratovna, senior research assistant of children of early age department of SI of Republican scientific clinical center of pediatrics and children's surgery of MH and SPP RT, E.mail: nodiraabdullaeva@mail.ru, ph.: 992 918625909

The basic rules of carrying out children feeding of early age, the practice of free feeding of newborn children are stated in the article. Advantages only of breastfeeding and female milk, the feeding schedule and also terms of

introduction of correction and feedings up at the children who are on natural feeding are specified.

Keywords: feeding, early age, correction, feeding up.

Мухимият. Бе ғизои мутаносиб инкишофи муътадил, сабзиши морфологӣ ва функсионлии узвҳо системаҳои гуногун, инкишофи ҳисмонӣ, асабӣ- ва рӯҳии кӯдак, инкишофи системаи иммунӣ, аксуламалҳои муносиби рафторӣ, яъне ҳамаи он чӣ, ки ба миафҳуми саломатӣ тааллуқ доранд, ба амал намеоянд. Дар солҳои охир муносибатҳои нисбати ҳӯрониши кӯдакони сини барвақт тағйир ёфт. Ин махсусан ба кӯдакони синну соли авали ҳаёт тааллуқ дорад, ки дар ин вақт сабзиши ва инкишофи интенсифӣ дида мешавад, ки давраи нисбатан ниҳони ҳаёт ба шумор меравад. Азбаки имкониятҳои системаҳои ферментативии роҳи ҳозима нисбатан маҳдуданд, талабот на танҳо ба миқдор, балки ба таркиби химиявии моддаҳои пластики ғизоӣ низ зиёд аст. Вай бояд ба ҳосиятҳои физиологияи роҳи ҳозима ва сатҳи протсессҳои мубодила мувофиқат кунад.

Ҳамаи ин барои таҷдиди назар кардани муносибатҳои қаблан мавҷудбуда дар хусуси ба кӯдак додани шири модар, муҳлатҳои ислоҳ кардани ғитзо ва ворид кардани ғизои иловагӣ асос шуданд (1-6). Проблемаи муҳимтарини педиатрияи муосир ин таъмин кардани саломатии оптималии кӯдак аст. Кӯдаки соли авали ҳаёт ба ратсионии ғизоии боарзиш ё мукамал талаботи махсус зоҳир мекунад, чунки дар ин давра сабзиши интенсифӣ, инкишофи пуршиддати психомоторӣ, ташаккул ёфтани ҳамаи узвҳо ва системаҳо ба амал меоянд. Маҳсулоти оптималии ғизо барои кӯдаки моҳҳои авали ҳаёт шири модар аст, ки ба системаи ҳозимаи вай ва мубодилаи моддаҳо мувофиқат намуда, инки-

шофи муносиби организми кӯдакро ҳангоми ғизои ратсионалии зани ҳомила ва модаори ширдеҳ таъмин карда шавад. Яке аз шартҳои асосии ташаккули вазъи солимии кӯдак, ғизои дуруст ва муносиби талаботи организм ба ҳисоб меравад яқсола оид ба (7,8,12,14).

Мувофиқи Конвенсияи ҳуқуқи кӯдак, ҳар як кӯдаки синни ширхорагӣ ва дигар гурӯҳҳои синнусолӣ ба истеъмоли ғизои муносиб ҳуқуқ доранд.

Тибқи баҳо додан, дар тамоми дунё 30% (ё 186 миллион) кӯдакони то 5-сола дар инкишофёбӣ ақиб мемонанд ва 18% (ё 115 миллион) нисбат ба сабзиш таносуби паст доранд, асосан, ки сабаби он асосан ғизои номуносиб ё сироят аст, ҳол он ки 43 миллион вазни барзиёд доранд.

Ба ҳисоби миёна, тақрибан 35% -и кӯдакони то 6-моҳа танҳо шири модар истеъмом мекунад (8,9,12).

Шумораи ками кӯдакон ҳӯроӣ иловагии муносиб ва беҳатар истеъмом; дар бисёр кишварҳосеяки кӯдакони сини 6-23-моҳа, ки шири модар истеъмом мекунад, ба ғизои аз ҷиҳати парҳезӣ гуногун ва миқдори физодихии муносиби синнашон дастрасӣ доранд. Ба шарофати таҷрибаи оптималии шири сина маконидан ва ғизои иловагӣ ҳамасола метавонем ҳаёти 1,5 миллион кӯдакони то 5-соларо наҷот диҳем (10,11).

ХУЛОСА. Физодихии кӯдакони ширхора ва синни барвақт яке аз самтҳои асосии муҳим дар соҳаи беҳтарсозии зиндамонӣ ва муосидат кардан ба сабзишу инкишофи солими онҳо ба ҳисоб меравад. Ду соли аввали ҳаёти кӯдак хеле муҳим аст, чунки



ғизои оптималӣ дар ин давра боиси кам шудани беморшавӣ ва фавт, хатари гирифторшавӣ ба бемориҳои музмин ва инкишофи умумии беҳтар мегардад. Дар воқеъ, таҷрибаи оптималии шири сина маконидан ва ғизои иловагӣ ба дараҷае муҳим аст, ки метавонад ҳамасола ҳаёти 1,5 миллион кӯдакони то 5-соларо наҷот диҳад. Тавсияи ТУТ ва ЮНИСЕФ оид ба ғизодиҳии оптималии кӯдакони синамак ва синни барвақт аз ин иборат аст:

-Барвақт оғоз кардани синамаконӣ ба муддати як соат пас аз таваллуд шудани кӯдак;

-Танҳо шири модар дар давоми 6 моҳи авали ҳаёт;

-Ворид кардани хӯроки серғизои муносиб ва хӯрониши бехатар вдар сини 6-моҳагӣ дар баробари шири модар то дусолагии кӯдак ва аз ин калонтар.

Аммо бисёр кӯдакони сини ширхорагӣ ва дигар гурӯҳҳои сиинусолӣ ғизои оптималӣ намегиранд: масалан, ба ҳисоби миёна танҳо 35%-и кӯдакони дар синни 6-моҳагӣ танҳо шири модар истеъмол мекунанд (7,8,14).

Ғизои ратсионалии кӯдакони синни барвақт яке аз шартҳои асосӣ барои инкишофи дуруст ва мавзун ба ҳисоб меоравад. Ташкили ғизои кӯдакони соли авали ҳаёт бештар таваҷҷуҳ меҷӯяд, чунки дар ин синни кӯдакӣ назар ба дигар давраҳои кӯдакӣ аҳамияти калон дорад. Ҷумҳурии мо аз ҷиҳати паҳншавӣ ва давомнокии баланди синамаконӣ фарқ надорад (13).

Тамоми моддаҳои ғизоӣ мувофиқи нақши онҳо дар организм ба 2 гурӯҳ ҷудо карда мешаванд: ивазнашаванда ва ивазшаванда. Моддаҳои ғизоӣ ивазнашавандаонҳое мебошанд, ки умуман дар организм синтез намешаванд, ё ба миқдори каме синтез мешаванд, ки талаботро қонеъ намегардонанд. Ба ин гуна моддаҳо сафеда, витамин, кислотаҳои носери ҷарбӣ, моддаҳои минералавоборо дохил мекунанд. Манбаи асосӣ ва ягонаи моддаҳои ҳаётан муҳим ғизо аст. ғизодиҳии кӯдак хеле пеш аз таваллудаш сар мешавад ва ин аз воридшавии дохилибатнии моддаҳои ғизоӣ ва ғизои модари оянда вобаста аст (6,9).

Чӣ қадаре ки кӯдак хурд бошад, барои пӯшонидани сарфаи энергетикӣ, ки вобаста аз сабзишу инкишоф интенсивии вай ва мубодилаимоддаҳо вобаста аст ва барои нигоҳ доштани функцияҳои асосии ҳаётан муҳим воридшавии энергияи зиёд зарур аст. Дар ҳолати номукаммали функционалии сабзиш кардани САМ (системаи асаби марказӣ) ва як қатор узвҳо ва системаҳои дигар, организми инкишофкунандаи кӯдак камбуд ё барзиёдии серғизоии маводи ғизоиро зуд дарк мекунад - вайрон шудани инкишофи ҷисмоӣ рӯҳӣ, вайрон шудани фаъолияти узвҳои, ки сарбории асосии функционалиро аз лиҳози таъмин кардани гомеостаз, заъиф шудани иммунитетии табиӣ ва ҳосилшударо ба уҳда доранд (3,4,5).

Кӯдаки солим фавран баъди таваллуд дорои рефлексии хуби синамакӣ ҳаст ва ҳарчӣ барвақттар кӯдак болои синаи модар гузошта шавад, рефлекс нигоҳ дошта мешавад. мувофиқи тавсияҳои Декларатсияи ТУТ/ЮНИСЕФ, барои ҳар як кӯдаки навзод, агар зиддинишондод набошад, фавран пас аз таваллуд ба синаи модар гузошта шавад ва ин тамос то 30 дақиқа ва бештар давом кунад. Ин амал барои зуд барқарор кардани механизмҳои секретсияи шири сина ва лактатсияи минбаъдаи устувор мусоидат мекунад. Ғайр аз ин, ҳаракатҳои макидани кӯдак дар организми модар ҳосилшавии банерӯи окситосинро стимулятсия мекунад, ки вай кашишхӯрии бачадонро қувват мебахшад, ҷудошавии платсентаро метезонад ва ба ин васила имконоти хунравиҳои пасазвалодатро пешгирӣ менамояд (1,2,6,13,14).

Ҳоло дар таваллудхонаҳо дастгирӣ кардани таҷрибаи синамаконии озоди навзодон тавсия карда мешавад, ки дар ин маврид аз рӯзҳои авали ҳаёти кӯдак иҷозат медиҳанд, ки мувофиқи талабот, озодона, бе ҷадвал, аз ҷумла шабона сина бимакад. Ин таҷриба ба навзод имконият медиҳад, ки ҳамаи афзалиятҳои фалларо, ки ғализати олии иммуноглобулин -А дорад, истифода барад, ин имкониятҳои сироятнокшавии беморро пешгирӣ кунад. Ба роҳи ҳозимаи навзод фалла дохил шуда, мувофиқи имконият дар муҳлатҳои барвақттар зуд болиғ шудани



пардаи луобии рӯдаҳоро, талаботи ғизоии кӯдакро таъмин мекунад, талафи ибтидоии вазнро то ҳадди минимум мерасонад. Зудзуд сина макидан инчунин барои зуд барқарор шудани лактатсия мусоидат мекунад, зеро дар организми модар ҳосилшавии ҷунин гормонҳо, монанди пролактин ва окситотсинро метезонад, пролактин барои ҷудошавии шир ёрӣ мерасонад ва окситотсин рефлексии додани онро стимулятсия месозад (1,5,6,7,8).

Аммо синамакони озоди навзод дар таваллудхон дар он ҳолате имконпазир аст, ки агар модар ба кӯдаки худ дастрасии номаҳдуд дошта бошад. Барои ин ташкили якҷоя будани модару кӯдак дар ҳучраи пасазвулодат мумкин аст, ки татбиқи инро ҳоло дар муассисаҳои ёридиҳандаи валодат қотейона талаб мекунанд. (1,9,14).

Яке аз қоидаҳои Декларатсия оид ба дастгирӣ намудани синамаконӣ ин талабот ягон чиз надодан ба навзод ба сифати нӯшиданӣ ё хӯрониш, агар барои ин нишондоди ҷиддии тиббӣ вучуд надошта бошад. Ба навзод додани нӯшиданӣ дар шакли маҳлули глюкоза, оби ҷӯшонидашуда 1 омехтаи ширӣ, қобилияти сина макидани кӯдакро суст мекунад. Хеле муҳим аст, агар ҳангоми суст шудани лактатсия ба кӯдак ғизои сунъӣ ё миқдори зиёди моеъ додан нагиранд, ин қобилияти сина макидани кӯдакро суст мекунад ва бештар аз ин ширҳосилкуниро паст мекунад. Зуд-зуд макидани сина стимули асосии ҳосилшавии шир мебошад (8,12,13,14).

Дар ҳамаи ҳолатҳо пас аз руҳсат шудан аз таваллудхона кӯдакро бо усули синамакони озод, 10-12 маротиба дар як шабонарӯз (мувофиқи талаботаш) бе танаффуси шабона маконидан лозим аст. дар баробари ин, кӯдакони зиёд (агар шири модар кофӣ бошад) режими синамакии худро, синамакони камтарро -аз 6 то 8 маротиба дар як шабонарӯз ва маъмулан бе танаффуси шабона муқаррора мекунанд. 3-4 моҳи авали ҳаёти кӯдак бояд давраи сирф шири модар бошад. Дар тамоми давраи навзодӣ ва дар давоми 2-3 моҳи авали ҳаёти кӯдак, шири модарро истеъмол мекунад, ба ягон ғизо ё моеи иловагӣ зарурат пайдо намеку-

над. Ҳангоми кофӣ будани шири модар тамоми талаботи навзод ба моддаҳои ғизоӣ ва об қонеъ мегарад, махсусан, агар хӯрониши вай мувофиқи талаботи навзод бошад (8,14).

Барои ғизои ратсионалии кӯдакони соли аввали ҳаёт ба шири модар ҳамроҳ кардани (ё, ҳангоми набудани он -ивазкунандаи шири модар) хӯрониши иловагӣ ба миён меояд, ки вайро аз 6-моҳагӣ бо мақсади кӯдакро бо миқдори кофии энергия, сафеда, як қатор витаминҳо ва намакҳои маъданӣ таъмин намудан зарур аст (10,11,14).

Дар солҳои охир масъалаи ворид намудани иловҳои гуногуни ислоҳкунандаи шарбат, хӯрониш абъекти муҳофиза қарор гирифтааст. Ҳангоми муътадил будани лактатсия, ғизои хуб додани модарон таркиби шири онҳо ба талаботи кӯдак пара ҷавобгӯ аст. Дар ҷунин ҳолатҳо иловаи ғизоиро дар шакли шарбати мева ба кӯдак дар 6-моҳагӣ додан лозим аст. ғизоҳои гуногуни хӯрониш низ дар ин маврид дар 6 ё 7 моҳагӣ ворид карда мешаванд. Бо тартиб ворид намудани ғизоҳои иловагӣ ё хӯронишҳо мисли қабл боқӣ мемонад. Аммо бо мақсади роҳ надодан ба зуд нест шудани лактатсия ба модар тавсия дода мешавад, ки пас аз анҷоми ҳар як синамаконӣ кӯдакро болои сина гузорад. Дар ҷунин ҳолат лактатсия то яксолагӣ ва бештар аз он боқӣ мемонад, ки ин бартари калон аст, махсусан амин нигоҳ доштани кӯдак аз бемориҳои гуногун.

Истисно кардани хӯрониш то синни 6-моҳагӣ ҳангоми ғизодиҳии табиӣ хатари пайдо шудани бемориҳои аллергиро кам мекунад. Имрӯзҳо ҷунин схемаи хӯрониши кӯдакони соли авали ҳаёт қабул шудааст (8,14).

Шарбати мева (себ) аз моҳи 6-уми ҳаёт сар мекунанд. Ворид кардани шарбатҳо бояд бо тадриҷан ва тартиб, як намуди мева сар карда, танҳо баъди ба он одат кардан, дар синни 7-8-моҳагӣ шарбати аз меваҳои гуногун тайёркардашударо ба ратсион ворид намудан мумкин аст. то яксолагӣ ҳаҷми шарбат то 60-80 мл мерасад.

Дар синни 6,5 - моҳагӣ ба ратсионии ғизо ворид кардани пюреи махсуси гомогенизатсионӣ аз себ, зардолу, банан ва дигар меваҳо



ворид кардан мумкин аст, аз 2-5 - солагӣ сар карда, онро то 100 г дар як сол мерасонанд. Дар ин синну сол ворид кардани себи тарошидашударо ба сифати сарчашмаи витамин тавсия мекунанд.

Дар синни то 6-моҳагӣ кӯдак аз ҷиҳати физиологӣ барои қабул кардани ғизои саҳт тайёр нест ва ворид кардани он метавонад, ки аксуламалҳои алергӣ ва ё зуҳуроти диспептикиро ба вуҷуд оварад.

Аз 6,5-7-моҳагӣ творог ҳамчун сарчашмаи сафедаи мукамал, аминокислотаҳои ивазнашаванда, калсий ва фосфор, ҳамчунин $\frac{1}{4}$ ҳисса зарда тавсия карда мешавад.

Ғизои саҳт бояд, ки тадричан ва кам-кам ворид гардад. Миқдори хӯрониш бояд, ки мувофиқи талаботи афзоянда ба ғизо зиёд карда шавад. Тадричан в азина ба зина ворид кардани хӯрониш мувофиқи мақсад аст, аз ғизои бисёркомпонента сар мекунанд, ин монсаи ташаккулёбии таҳаммулнапазирии ғизо мегардад. Маҳз барои ҳамин ду хӯронишро ҳамзамон ворид месозанд. Дар байни воридсозии ғизои нав бояд якчанд рӯз фосила бошад. Ҳангоми гумонбар шудан аз пайдошавии алергияи ғизоӣ дар ҷавоби воридсозии ягон маҳсулот, онро аз ғизои кӯдак гирифтани зарур аст.

Аз 6-моҳагӣ сар карда, ба ғизои шири модар хӯрониши иловагиро ҳамроҳ кардан зарур аст. Аз ҷиҳати консистенсияи худ ғизои иловагӣ гузариш аз ғизои моеъ ба ғизои нисбатан саҳт аст. ғизои иловагӣ бояд функцияи дурусти дастгоҳи хойиши кӯдакро таъмин намояд, барои ҳамин ҳам онро бо қошукча додан лозим аст. ғизои иловагии аввалинро аз 6-моҳагӣ, аз пюреи сабзавотӣ сар мекунанд, вайро аз 2-3 намуд сабзавот омода месозанд, картошка набояд, ки $>1/2$ ҳаҷми умумии ғизоро ташкил диҳад, зеро вай крахмали зиёд дораду калсии кам. Барои кӯдак таррак (як навъ каду), сабзӣ, карам, каду, лаблабу хеле фоидадоранд.

Дар ин маврид қоидаҳои дар боло зикршударо риоя кардан зарур аст- ворид сохтани пюреи сабзавотиро аз як намуди сабзавот шуруъ бояд намуд, оҳиста-оҳиста ба ду намуд гузаштан ва баъдан ба омехтаи онҳо гузаштан мумкин аст. Бар иловаи маҷмӯи сабзавоте, ки ба пюре дохил мешаванд, ба

дараҷаи майдашавии онҳо (аз майдашавии максималӣ то сабзавоти то порчаҳои хурд майдакардашуда) диққат додан лозим аст.

Хӯрониши дуҷум (дар 7-моҳагӣ) шавла аз ярма ё орди ярма аст. дар ҳолатҳои, ки кӯдак бо мшқилӣ вазн ё масса мегирад, мавҷуд будани қазои ҳоҷати ноустувор ҷой дорад, ворид сохтани ғизои иловагиро аз шавлаи ширӣ сар кардан мувофиқи мақсад аст. Таъкид бояд кард, ки ба сифати ғизои иловагии ғалладонагӣ аз ғалладонагӣҳои беглютенӣ- биринҷ, инчунин аз орди марҷумак (гречка) ва ҷуворимақка истифода менамоянд, зеро дар айни замон исбот карда шудааст, ки ғалладонагӣҳои глютендор метавонанд, ки дар кӯдакони моҳи аввали ҳаёт пайдошавии глютеноевентеропатияро қувват диҳанд. Барои тайёр кардани ғизо истифода кардани омехтаҳои гуногуни ярма мувофиқи мақсад мебошад, ин арзиши ғизоии хӯрокро баланд мебардорад. Ба ғизои кӯдакони иштиҳояшон бад, ба душворӣ массаи бадан гирифтани ба як ҳиссаи шавла 2-3 гр равшани маска илова кардан ва зиёд намудани арзиши энергетикӣ маҳсулот муҳим аст.

Бо мақсади баланд кардани фаъолнокии секретории ғадудҳои ҳозима аз 7-моҳагӣ таъйин кардани 20-30 г булони гӯшти бо нонхушки нони гандум тавсия карда мешавад. Аммо мо чунин ҳисоб мекунем, ки бар ивази булон, ки ба ғайр аз моддаҳои экстрактивӣ чизи дигар надоранд, ба кӯдак супи сабзавотии дар он тайёркардашударо додан беҳтар аст. дар охири соли якум ба кӯдак 50 мл суп медиҳанд.

Аз 7-моҳагӣ сар карда, ворид кардани пюреи гӯшти (ҳафтае як маротиба) лозим аст, аз 5 г сар карда, оҳиста-оҳиста то 30г ва дар 12 -моҳагӣ то 50 г расонидан мумкин аст. дар 10-моҳагӣ пюреи гӯштиро ба фрикаделка иваз мекунанд, баъдан котлетҳои бӯғӣ (аз гӯшти гов, гӯсола ва мурғ) медиҳанд. Гӯшт ва маҳсулоти гӯшти илова бар шири модар (ё ивазкунандаҳои он) ва дигар намудҳои хӯрониш манбаи сафеда, ҷарб, витаминҳо мебошад ва маҳсусан муҳим он аст, ки ба осонӣ ҳазм мешавад.

Доруворӣ ва иловаҳои бозазра дар ғизои кӯдакони мувофиқи мақсад нест. Кӯдакони аз маззай аслии ғизо лаззат мебаранд, ки ба



калонсолон вай бенамак ё бемазза менамо-яд. Барои ҳамин ҳам, барои ба ҳар як кӯдак имконият додан, ки аз мазаи ғизо лаззат барад, дар вай рафтори дурусту солими ғизофаҳмӣ ташаккул ёбад, ҳамчунин барои кам кардани хатари пайдошавии бемориҳои роҳи ҳозима, ғизо, ки ба кӯдакони синни барвақт пешниҳод карда мешавад, на бояд, ки ба таври сунъӣ хушбӯӣ кунонида бошад.

Ба сифати ғизои иловагии сеюм дар синни 8- моҳагӣ маҳсулоти дӯғиро истифода мекунамд (кефир ва чурғот), зеро онҳо ба микрофлораи рӯдаҳо таъсири мусбат дорад. Шири говро ба ғизои кӯдакони то 12- моҳа ворид кардан мумкин нест.

Ратсионӣ кӯдакони яксола бояд дар худ ҳамарӯза хӯрок ва маҳсулоти 5 гурӯҳи асосиро дошта бошанд: 1) шир ва маҳсулоти ширӣ; 2) ғалладонагӣҳо ва маҳсулоти ғалладонагӣ; 3) гӯшт, моҳӣ, парранда ва тухм; 4) сабзавот; 5) мевачот. Ин воридшавии мутаносиби нутриентҳои ҳаётан муҳим ва кам шудани хатари пайдошавии ҳолатҳои дефитситиро таъмин мекунад.

Хулоса, бо ёрии ғизои растионалӣ дар айни замон нигоҳ доштани солимии кӯдак ва кам кардани хатари амалишавии омилҳои нохуб, ки боиси пайдошавии патологияҳои гногун дар кӯдакони сини барвақт мешаванд, имконпазир аст.

АДАБИЁТ

1. World Health Organization / The WHO's infants feeding recommendations. WHO WklyEpidemiol. Rec. 1995. V. 17. P. 117-220.
2. Kim Fleischer Michaelsen, Lawrence Weaver, Francesco Branca, Aileen Robertson. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 87; 2003 г.
3. Киселева, Е. С. Грудное молоко и его компоненты: влияние на иммунитет ребенка / Е. С. Киселева, Ю. А. Мохова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2010. - № 6. - С. 62-70.
4. Абольян, Л. В. Современные аспекты грудного вскармливания / Л. В. Абольян, С. В. Новикова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2011. - № 1. - С. 80-83.
5. Влияние пролонгированной лактации на защитные факторы грудного молока и состояние здоровья детей / Е. И. Кондратьева [и др.] // Вопросы детской диетологии. - 2011. - № 1. - С. 27-31.
6. Давыдова, А. Н. Рациональное вскармливание детей первого года жизни как основа развития здорового ребенка / А. Н. Давыдова // Вопросы детской диетологии. - 2011. - № 2. - С. 25-30.
7. Игнатъева С. В. Грудное вскармливание как фактор снижения заболеваемости детей первого года жизни и младенческой смертности / С. В. Игнатъева // Медсестра. - 2011. - № 1. - С. 40-48.
8. Закон о защите грудного вскармливания (2006). Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон "Дар бораи химояи ғизодиҳии табиӣ кӯдакон" (с.2006, 2012);
9. Конь, И.Я. Педиатрическая диетология: основные направления и достижения / И.Я. Конь // РМЖ. Педиатрия, 2013, № 25, С.1209-1216.
10. Файзуллина Р.А. Современные вопросы введения прикорма / Р.А. Файзуллина // Лечение и профилактика. - 2013. - № 1(5). - С. 52 - 59.
11. Дастури методӣ барои кормандони тиб оиди "Ғизои иловагии кӯдакон". - Фармоиши Вазорати тандурустии ҶТ №163 аз 2.04.2013.
12. "Стратегия оид ба ғизо ва фаъолияти ҷисмонӣ дар ҶТ барои с.2014-2024", фармоиши Вазорати тандурустии ҶТ. - Душанбе.- 2014.
13. Руководство "Рохнамои солимии модару кудак". - Душанбе. - 2016 г.
14. Кормление детей грудного и раннего возраста (КДГРВ) - (руководство для тренеров). - Бишкек 2016 г.



ЧОРАБИНИҲОИ МУОЛИЦАВӢ, ПЕШГИРИКУНАНДАИ БЕМОРИҲО ВА СОЛИМГАРДОНИИ КӢДАКОНИ ЗУД-ЗУД БЕМОРШАВАНДА

Н.Ш. Самиева, Г.С. Мамадҷонова, Ф.С. Бақоев

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 (мудири кафедра н.и.т., дотсент Г.С. Мамадҷанова)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Самиева Нигина Шарифовна, муаллимаи калони кафедраи бемориҳои кӯдакони №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail: niginasamieva11@gmail.com, тел.: 985-40-11-66.

Мамадҷонова Гулнора Сидиқҷонова, н.и.т. дотсент, мудири кафедраи бемориҳои кӯдакони №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail: gulnora.tamadjanova@gmail.com, тел.: 915-99-09-03.

Бақоев Фаррух Саидҷонович, ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail: xardas965@gmail.com, тел.: 935-06-80-55.

Кӯдакони зуд-зуд беморшаванда кӯдакони неро мешуморанд, ки дар давоми як сол зиёда аз чор беморию аз сар гузаронидаанд. Дар байни ин кӯдакон бештар бемориҳои музмини узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ (ЛОР) ва системаи бронху шушҳо, махсусан астмаи бронхиялӣ зиёд воমেҳӯрад ва вазнинтар мегузарад.

Зери мушоҳидаҳои мо 216 кӯдаки аз 6-моҳа то 7-солаи зуд-зуд беморшаванда (дар як сол 4 ва зиёда аз ин) - гурӯҳи асосӣ ва 120 кӯдаки солим - гурӯҳи санҷишӣ (назоратӣ) қарор доштанд.

Мо омилҳои асосии хавфи беморшавии зиёдвоҳӯрандаи такрориро ошкор кардем. Дар натиҷаи муолиҷа, чорабиниҳои профилактикӣ ва солимгардони КЗБ, фосилаи байни беморшавиҳои онҳо зиёдтар шуда, нишондиҳандаҳои ҳолати саломатии кӯдакон: инкишофи ҷисмонӣ ва асбу равонӣ, ҳолати масунӣ ду маротиба беҳтар шуд.

Қалимаҳои калидӣ: кӯдакони зуд-зуд беморшаванда, пешгирӣ, табобат.

ЛЕЧЕБНЫЕ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Н.Ш. Самиева, Г.С. Мамадҷанова, Ф.С. Бақоев

Кафедраи касалтиҳои кӯдаконӣ №1 (зав. кафедра, к.м.н., доцент Г.С. Мамадҷанова) ТГМУ имени Абӯали ибни Сино

Самиева Нигина Шарифовна, старший преподаватель кафедры детских болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: niginasamieva11@gmail.com, тел.: 985-40-11-66.

Мамадҷанова Гулнора Сидиқҷановна, к.м.н., доцент, зав. кафедрой детских болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: gulnora.tamadjanova@gmail.com, тел.: 915-99-09-03.

Бақоев Фаррух Саидҷонович, ассистент кафедры детских болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: xardas965@gmail.com, тел.: 935-06-80-55.

Часто болеющими принято считать детей, которые в течение года перенесли 4 и

более заболеваний. Среди этих детей значительно чаще выявляются хронические забо-



левания ЛОР-органов и бронхолегочной системы, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, выше частота других заболеваний.

Под нашим наблюдением находилось 216 детей в возрасте от 6 месяцев до 7 лет ЧБД (основная группа) и 120 здоровых детей (контрольная группа). Нами выявлены ведущие факторы риска частой повторной заболеваемости.

В результате лечения, профилактических и оздоровительных мероприятий снизилась кратность заболевания у ЧБД, в два раза и более улучшились показатели состояния здоровья детей: физическое и нервно-психическое развитие, нормализовался иммунный статус.

Ключевые слова: часто болеющих дети, лечение, профилактика

MEDICAL, PREVENTIVE AND RECREATIONAL ACTIONS OF COMMONLY SICK CHILDREN

N.Sh. Samieva, G.S. Mamadjanova, F.S. Bakoev

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

Samieva Nigina Sharifovna, senior teacher of children's diseases department № 1 of Avicenna TSMU, E.mail: niginasamieva11@gmail.com, ph.: 985-40-11-66.

Mamadjanova Gulnora Sidikjanovna, c.m.s., associate professor of children's diseases department №1 of Avicenna TSMU, E.mail: gulnora.mamadjanova@gmail.com, ph.: 915-99-09-03.

Bakoev Farrukh Saidjonovich, assistant of children's diseases department № 1 of Avicenna TSMU, E.mail: xardas965@gmail.com, ph.: 935-06-80-55.

Commonly sick should be considered those children who underwent 4 and more diseases within a year. Among these children, chronic diseases of ENT organs and bronchopulmonary system are much more often revealed, bronchial asthma meets more often and takes severe course, the frequency of other diseases is higher.

There were 216 children aged from 6 months till 7 years of CSC (the main group) and 120 healthy children (control group) under our

observation. We revealed major risk factors of frequent recurrence.

As a result of treatment, preventive and recreational actions the frequency rate of a disease at CSC decreased, twice and more indicators of the state of health of children were improved: physical and psychological development, the immune status was normalized.

Keywords: commonly sick children, treatment, prevention

Мухимият. Яке аз намояндагони гурӯҳҳои аҳолии кӯдаконе, ки тавачҷӯҳи чиддии табиб-педиатрро талаб мекунанд, кӯдаконеанд, ки зуд-зуд гирифтори бемориҳо мешаванд. Ҳар як кӯдаки 4-6-ум ҳамчун зуд-зуд беморшаванда муайян карда мешавад. Инмушкилот дар шароити муосир яке аз мушкилоти муҳимтарин мебошад. Ба ҳиссаи онҳо 50-60%-и тамоми бемориҳои бақайдгирифташуда рост меояд, ки дар ин ҳол зарурияти ворид кардани шаклҳои самаранокӣ ташкили усулҳои муолиҷавӣ-профи-

лактикии солимгардони ин гурӯҳи кӯдакон ба миён меояд. Кӯдакони зуд-зуд беморшаванда кӯдаконе мешуморанд, ки дар давоми як сол зиёда аз чор беморию аз саргузаронидаанд. Дар байни ин кӯдакон бештар бемориҳои музмини узвҳои ЛОР ва системаи бронху шушҳо, махсусан астмаи бронхиалӣ зиёд вомерӯрад ва вазнинтар мегузаранд(5). Ин кӯдакон аксар вақт ба дистонияҳои рағӣ ва бемориҳои узвҳои роҳи ҳозима гирифтӣ мешаванд (1,2). Ба ҳамаи кӯдакони зуд-зуд беморшавандаи аз 4 то 15-



сола, вобаста ба ҳолати масунитабобати масунтағйирдиханда тағйин карда шуд. Ба сифати маводи ба ҳуҷайраҳои фаготситар-йтағсири фаёл расонанда ва стимулятсиякунанда - маводихоси сиклоферон истифода карда шуд (3,4).

Таҷрибаҳо нишон доданд, ки КЗБ аз ҳолати беморӣ намебароянд ва маҳз ҳамин гурӯҳвазъияти бади эпидемиологиколлективро нигоҳ медоранд. Барои солимгардонии ин гурӯҳи кӯдакон, ки зимнан ҳоло пурра омӯхта нашудаанд, истифодаи тарзҳои нави муолиҷа лозиманд (6).

Мақсади таҳқиқот- омӯзиши ҳолати саломати кӯдакони зуд-зуд беморшаванда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зери мушоҳидаҳои мо 216 кӯдаки аз 6-моҳа то 7-солаи зуд-зуд гирифтори сирояти шади ди респиратории вирусӣшаванда (СШРВ)- (дар як сол 4 ва зиёда аз ин)- гурӯҳи асосӣ ва 120 кӯдаки солим - гурӯҳи санҷишӣ (назоратӣ) қарор доштанд. Тамоми кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар қайди диспансерӣ буданд. Ба онҳо ҷамъовари анамнез, ҳуҷҷатгузори аввалия тиббӣ, таҳқиқоти клиникӣ-озмоишгоҳӣ, иммунологӣ (Т, В лимфотситҳо, ананези IgA, IgM, IgJ, IgE), асбобӣ (ЭКГ, ТУС-ии гурӯҳаҳо, роҳҳои ҳозима, рентгенография қафаси сина), тестҳои алергологӣ муайян карда мешуданд, дар дармонгоҳ ба муоинаи мутахассисон (алерголог, кардиоревматолог, нефролог, иммунолог, отоларинголог, гастроэнтеролог, гематолог) фаро гирифта шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳангоми омӯзиши анамнез қайд карда шуд, ки дараҳои антенаталӣ, интранаталӣ ва барвақти постнаталӣ дар 155 кӯдак номатлуб буданд, ки ин бешубҳа ба тағйирёбиҳои ташаккули статуси масунӣ дар синни барвақт мусоидат мекард. Ананези барвақти 51 кӯдакро муайян кардан муяссар нагардид.

Мо омилҳои асосии хавфи беморшавии зиёदвоҳӯрандаи такрориро ошкор кардем. Инҳо ананези вазнини акушерӣ дар модар -97 (45%), ҷараёни оризаноки ҳомилагии асли ва валодатҳо - 112 (52%), 4 ва зиёда аз ин валодат - 112 (52%), фосилаи кӯтоҳи байни валодатҳо - 41 (19%), бемориҳои экстраге-

ниталӣ ва гениталии модар -146 (68%), сироятҳои аз сар гузарондаи вирусӣ ва бактериялӣ ҳангоми ҳомилагии - 101 (47%), баҳодиҳии тибқи ҷадвали Апгар камтар аз 8 балл -91 (42%), вазни кӯдак ҳангоми таваллуд камтар аз 2,5 кг ва зиёда аз 4 кг-56(25,93%), синамакони ва ё хӯрондани сунъӣ - 116(54%), мувоқиқати бади кӯдак - 84(39%), шароити бади моддӣ-маишӣ-133(62%) вамавҷудияти диатезҳо даркӯдак - 162(75%) мебошанд. Дар 135 (62,7%) кӯдак бемориҳои заминавӣ (аслӣ) (гипотрофия, рахит, анемия) қайд шуд. Ананези оилавии алергологии 147 (70,5%) кӯдак вазнин буда, 114 (53,2%) кӯдак 2 ва зиёда аз 2 ҳешованди гирифтори бемориҳои аллергологӣ доштанд. Тариқи мусоҳиба бо беморон муайн карда шуд, ки 154 (72,2%) модар ҳангоми ҳомилагии маҳсулоти зиёди алергенӣ истеъмол кардаанд. Дар 145 (69%) кӯдак реактивияти ба таври алергӣ тағйирёфтаи организм ошкор шуд. Зухуроти клиникӣ алергияҳо -шаклҳои гуногуни алергодерматозҳо-89 (48%), алергенҳои респираторӣ- 93 (34%) ва алергозҳои дермато-респираторӣ -15 (12%) буданд. Зухуроти алергияҳои пӯст дар 160 (74,4%) кӯдаки синни барвақт қайд шуд. Бештар алергияи ғизоӣ-192 (89%) ё якҷояшавии он бо алергияи доруй-49 (23%) ва бактериялӣ (144 (67%)-и шакли сенсбилизатсия вомахӯрданд, ки бо озмоишҳои пӯсту алергологӣ ва озмоишҳои Шеле тасдиқ мешуданд.

Ҳангоми омӯзиши анамнез ва муоинаҳо маълум шуд, ки тақрибан тамоми кӯдакони ва ҳешовандони наздики кӯдакони манбаъҳои музмини сироятдоранд. Масалан, дар 134 (63,3%) -тонзиллити музмин, дар 43 (20%) - отити музмин, дар 63 (32%) -фарингити музмин қайд шуд. Қайд кардан зарур аст, ки дар 147 (68%) кӯдак калоншавии гиреҳҳои лимфавӣ мушоҳида шуд. Набудани онҳо дар 69 (32%) кӯдак дар ҷавоб ба раванди илтиҳобӣҳангоми мавҷудияти аломатҳои захролудшавиро мо ҳамчун нишондихандаи бавоситаи норасоии системаи масунӣ шарҳ (арзёбӣ) намудем.

Дар сохтори беморшавӣ дар КЗБ бемориҳои узвҳои нафас - 192 (80-85%): сироя-



тҳои шади ди респиратории вирусӣ, бронхитҳо ва пневмонияҳо дар ҷойи аввал мебошанд. Патологияи омехтаи узвҳои ЛОР ва узвҳои нафас дар КЗБ-ро мо ҳамчун синдроми умумимаълуми аденосинобронхопулмоналӣ шарҳ додем. Заҳронокшавии давомноки музмини организм ба инкишофи ҳолатҳои астено-невротӣ-120 (56%), полигиповитаминоз (дар 131 (61,2%) кӯдак), ки одатан, боиси камиштиҳои мешаванд, мусоидат мекунад. Дар ин кӯдакон бештар камбуди вазни бадан ошкор мешуд, ки ба сустшавии қувваҳои муҳофизавии организм ва зуд-зуд беморшавӣ боис мешуд. Сатҳи инкишофи чисмони 66 (30,6%) кӯдак аз сатҳи миёна пасттар, дар 6 (2,7%) кӯдак аз сатҳи миёна баландтар вадар 144 (67%) кӯдак дар сатҳи миёна буд. Дар КЗБ хеле зиёд беморҳои системаи устухону мушакҳо дар намуди ҳамворшавии кафи пойҳо ва вайроншавии комат мушоҳида мешуд.

Дар 192 (89%) кӯдак тамоюлҳои функционалии системаҳои дилу рағҳо муайян карда шуд, ки ба таври клиникӣ дар намуди дардҳо дар дил, нафастангӣ ҳангоми фаъолнокии чисмонӣ, зуд мондашавӣ, камқувватӣ, дардҳо дар пойҳо зухур меёфтанд. Дар ЭКГ тағйирёбиҳои дистрофикии дараҷаҳои гуногуни зухурот дар миокард ошкор шуданд. Дар 29,3% ҳолат кардиомиопатияи тонзиллогенӣ ташхис гузошта шуд.

Робитаи зичи бозсозии масунии кӯдакони гирифтори дисбиозии рӯда ва патологияи респираторӣ муқаррар карда шуд. Вобаста ба ин ки дар анамнези 144 (67%) КЗБ шикоятҳои камиштиҳои, дардҳои даврии шикам, қайкунӣ қайд шуда буд, ташхиси гастрит, колит гузошта шуд. Ба 75(35%) бемор таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои ҳозима гузаронда шуд. Ин имкон дод, ки дар 45 (60,3%) бемор зухуроти дискенизияи роҳҳои талхарон муайян карда шавад. Аломатҳои илтиҳоби девораҳои талха дар 15 (17%) кӯдак ва дар 15 (17%) кӯдакпанкреатити реактивӣ мушоҳида шуд. Дар 35 (52,2%) бемор тавассути гастроскопия, аз ҷумла дар 1/3 муоинашаванда дар давраи хурӯҷ, гастродуоденит гузошта шуд. Дар аксарият КЗБ тағйирёбиҳои патологӣ дар микрофлораи рӯда (протей,

ҷўбҷваи рӯда, клебсиелла, стафилококк) қайд шуд. Истифодаи якҷандкарата ва давомноки маводи доруй, махсусан антибиотикҳои саҳтгаъсир, ба инкишофи дисбактериоз боис шуд. Вайроншавии биотсенози рӯда хатман ба вайроншавии такрорӣи чаббиши сафеда ва талафи зиёди он ба воситаи рӯда мусоидат кард. Имконпазирии инкишофи норасоии масунии такрорӣ, "даври нодуруст"-и маҳкамкунандаи зуд-зуд беморшавӣ пайдо мешуд.

Ҳангоми таҳқиқи системаи таносули дар 11 (22%) кӯдак муайян кардани пиелонефрити музмин муяссар гардид, ки чараёни такроршаванда дошт, дар 54 (25%) кӯдак сирояти роҳҳои пешоброн, дар 35 (16%) бемор вулвовагинит қайд шуд.

Дар 140 (65%) КЗБ-е, ки аз машварати невропатолог гузаштанд ва усулҳои иловагии таҳқиқот (ЭЭГ, реэнсефалография) иҷро карда шуд, вайроншавии функционалии системаи асаб қайд шуд. Дар ин ҳол, дар нисфи онҳо аввалин маротиба реаксияҳои равонӣ ва неврозмонанд ошкор шуд.

Дар аксарият -165 (76,4%) бемор яке аз ҳолатҳои бади преморбитӣ реактивияти алергии тағйирёфтаи организм ба шумор мерафт, ки дар пастшавии муқовиматнокии организми кӯдакони ва дар инкишоф ё дучанд шудани зуд-зуд беморшавӣ нақши калон мебозид.

Мутобиқи таҳлилҳои хун дар 102 (47,2%) кӯдак камшавии эритроцитҳо то 3×10^{12} , Hg-90-102 г/л, СП-0,83 қайд шуд. Сатҳи миёнаи оҳани зардоби хун 7,1-8,4 ммол/л-ро ташкил кард. Шумораи умумии лейкоцитҳо дар гурӯҳи КЗБ дар муқоиса бо гурӯҳи санҷишӣ камтар буд. Камшавии назарраси шумораи лейкоцитҳо дар кӯдакони модарҳояшон манбаъҳои музмини сироятдошта ва дар кӯдакони реактивияти ба таври алергӣ тағйирёфта қайд шуд.

Ҳолати масунии 85(39,4%)КЗБбо пастшавии нишондиҳандаҳои IgG ва А ҳамроҳикунанда буд, дар ин ҳол сатҳи IgM хеле баланд буд, ки эҳтимол аз мавҷудияти манбаъҳои музмини сироят дар ҳалқу бинии аксарияти кӯдакони ин гурӯҳ вобаста буд.

Дар 72(33,3%) кӯдаки мубталои дисбак-



териози рӯда камшавии IgM қайд шуд, сатхи IgG амалан тағйир наёфта буд, IgA тамоюл ба пастшавӣ дошт. Чунин хусусити дисиммуноглобулинемия ба стимулятсияи нокифояи зиддимасунии системаи масуният дар гурӯҳи мазкури кӯдакони якчанд маротиба бо антибиотикҳо муоличашуда марбут буд, ки ба инкишофи микрофлораи шартан патогенӣ мусоидат мекард.

Натиҷаҳои мушоҳидаҳои доиркардаи мо аз зарурияти коркарди меъёрҳои тарзи дурусти муолиҷа, усулҳои назорати диспансерӣ ва тавонбахшии гурӯҳи КЗБ бо назардошти майли преморбидӣ шаҳодат медиҳанд.

Маҷмӯи тавонбахшии КЗБ дар ҳама марҳилаҳои муолиҷаи он (дармонгоҳ, коллективи ташкилшуда, оила, осоишгоҳҳо) чорабиниҳои муолиҷавӣ ва профилактиеро дар бар мегирад, ки ба бартараф (ислоҳ) кардани тамоюлҳои ошкоршудаи патологияи система ва узвҳои асосӣ, пешгирии бемориҳо ва мустақкамгардонии салрматии кӯдакон равона карда шудаанд. Шарти ҳатмии тавонбахшии самараноки КЗБ солимгардонии ба мақсад мувофиқ ва давоми сол давомкунандаи онҳо мебошад.

Ҳангоми зуд-зуд ба бемориҳои шадид гирифтӣ шудан, дар кӯдакон тағйирёбиҳои функционалии системаи марказӣ ва вегетативии асаб мушоҳида мешавад. Ба ин кӯдакон давомнокии хоб ба 1 - 1,5 соат зиёд карда мешавад. Хоби рӯзона, муддати кофӣ зери ҳавои тоза будани кӯдакон ҳатмист. Ҳангоми мавҷудияти аломатҳои вайроншавиҳои астено-вегетативӣ, муддати аз 14 то як моҳ маводи седативӣ таъйин карда мешуд.

Ба КЗБ ғизои гуногуни серкалорияе, ки миқдори бештарини сафеда, рағанҳо, карбогидратҳо, намакҳои минералӣ ва витаминҳо доранд ва истеъмоли мунтазами мewaю сабзавоти тару тоза тавсия карда мешуд. Ба кӯдакони гирифтӣ аллергияи ғизоӣ аз вояи ғизо алергенҳои иҷборӣ истисно карда шуда, парҳези гипоаллергенӣ таъйин карда мешуд. Барои муайян кардани алерген ва дарҳол истисно кардани он аз вояи ғизои кӯдак - пур кардани рӯзнома

тавсия мешуд. Ҳамзамон 2-3 даври 7-рӯзии поливитаминҳо таъйин карда мешуд. Ба сифати гипосенсибилизатсияи ғайрихос маводи калсий, кислотаи аскорбин, дар баъзе ҳолатҳо даври муолиҷа бо маводи интал ва гистоглобулин (аз рӯи нақшаи умумӣ) истифода шуд.

Вазифаи аввалиндараҷа аз рафъи манбаъҳои сирояти музмин (дандонҳои кариозӣ, муолиҷаи гельминтҳо ҳангоми ошкоршавии онҳо) иборат буд.

Ҳангоми инкишофи дисбактериози рӯда ба вояи ғизо омехтаҳои туршу ширӣ, эубиотикҳо ва пробиотикҳо илова кардем.

Бо мақсади муътадил кардани иштиҳо ва зиёд кардани вазни бадан аз рӯи нишондодҳо муддати як сол биопрепаратҳо ва маводи анаболӣ: апилак, оратати калий, перитол, ЛИВ 52 бо даврҳои 2-3 ҳафтагӣ на камтар аз 2-3 маротиба истифода мешуд. Баъзан ин доруҳо бобиостимуляторҳо: алое, фибс, чавҳари элеутерококк, шираи решаи одамгӣёҳ (даврҳои муолиҷа 3-4 ҳафта) иваз карда мешуданд.

Ҳангоми мавҷудияти анемия кӯдаконро гематолог муоина мекард; ферротерапия гузаронда мешуд. Ҳангоми тағйирёбиҳои функционалии системаи дилу рағҳо ба муолиҷа маводи рибоксин, панангин ва милдронат дохил карда мешуд. Зимни дискенизияҳои роҳҳои ҳозима ва талхарон но-шпа, папаверин, маводи ферментӣ, алмагел, панкреатин, фестал, мезим форте таъйин карда мешуд.

Ҳангоми мавҷудияти лейкопения маводи стимулятсиякунандаи лейкопоэз (пентоксил, натрийи нукленовотурш, мутилурацил) истифода кардем. Аксарият КЗБ вобаста ба нишондиҳандаҳои ҳолати масунӣ ба таври тафриқавӣ гемограммаҳои биостимуляторҳо ва иммуномодуляторҳо (иммуноглобулини муътадили инсонӣ, иммунал, виферон) низ қабул мекарданд. Ба КЗБ инчунин сӯзандармонӣ, масҳи қафаси сина ва машқҳои гимнастикаи нафаскашӣ иҷро карда мешуд, ки ба ҳолати бронхҳо, шушҳо ва дил таъсирҳои хуб мерасонданд. Давомнокии муолиҷаҳо 1-1,5-2 моҳро ташкил кард.

Шарти ҳатмии тавонбахшии самарано-



ки КЗБ солимгардони ба мақсад мувофиқи давоми сол амалишавандаи онҳо буд. Ба маҷмӯи солимгардони КЗБ дар як сол ду маротиба (бахор ва тирамоҳ) даврҳои 2-3-хафтаинаи профилактикаи беморҳои узвҳои ЛОР ва роҳи респираторӣ: УФО, УВЧ -8-10 сеанс дар як давр фитотерапия дохил карда шуд.

Яке аз воситаҳои асосии баланд бардоштани ҳифзи ғайрихоси КЗБ обутобдихӣ (ҳавоӣ, офтобӣ), протсекураҳои махсуси обӣ ва ғ. буданд.

Ҳангоми муолиҷаи зуком барои профилактикаи фаврӣ ба таври интроназали ин-

терферони лейкоцитарӣ, сиклоферонро истифода кардем.

Дар байни волидайнӣ кӯдакони бемор мунтазам корҳои санитарӣ-равшаннамоӣ гузаронда мешуд.

Хулосаҳо. Дар натиҷаи муолиҷа, чорабинҳои профилактикӣ ва солимгардони КЗБ, фосилаи байни беморшавиҳои онҳо зиёдтар шуда, нишондиҳандаҳои ҳолати саломати кӯдакон- инкишофи ҷисмонӣ ва асбу равонӣ, ҳолати масунӣ ду маротиба беҳтар шуд. Дар натиҷаи таҳқиқоти доир-карда, дар дармонгоҳҳо усулҳои мушоҳидаи диспансерии КЗБ-ро қорӣ намудем.

АДАБИЁТ

1. Ботвиньева В. В. Частая повторная респираторная заболеваемость у детей// Ботвиньева В. В.// М., 2010.с.276
2. Зрячкин Н. И., Поляков К. А. Часто болеющие дети (причины частой заболеваемости и оздоровление).// Зрячкин Н. И., Поляков К. А.// Саратов, 2005.с.360
3. Иванова В. В. Состояние иммунитета и резистентности детей, больных ОРВИ, и методы корригирующей терапии:// Иванова В. В. // автореф. дисс.д.м.н. М., 2016.с.270
4. Иванова В. В. Острые респираторно-вирусные заболевания:// Иванова В. В // Руководство по инфекционным болезням у детей. М., 2012.с.320
5. Макарова З. С., Голубева Л. С. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей.// Макарова З. С., Голубева Л. С // М., 2014.с.216
6. Намазова Л. С, Торшхоева Р. М. Часто болеющие дети:// Намазова Л. С, Торшхоева Р. М // Материалы для интерактивного семинара. М., 2005. С.410

ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАИ ДАМОБАИ ЧОЙКАҲАКИ БАҶГСҮРОХ (*Hypericum perforatum L.*) ДАР ТАБОБАТИ БАЪДИҶАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ КОВОКИИ БИНИ

М.Д. Шоев¹, М.И. Маҳмудназаров¹, С.М. Мусозода², С.Ҷ. Юсуфӣ¹, Ш.Д. Муродов¹
Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент М.И. Маҳмудназаров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон¹ Кафедраи технология ва биотехнологияи фарматсевтии ДМТ, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон²

Шоев Манучеҳр Давроншоевич - докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович - н.и.т., дотсент, муд. кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.

Мусозода Сафол Мираҳмад - д.и.ф., профессори кафедраи технология ва биотехнологияи фарматсевтии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. e-mail: musoev_safol@mail.ru Тел.: (+992) 90-107-99-90,



Юсуфӣ Саломуддин Чаббор - д.и.ф., профессор, академики АИТ ВТ ва ҲИА ҚТ. Муовини ректор оид ба илм ва наирияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. e-mail: salomudin@mail.ru Тел.: (+992) 90-100-20-59,

Муродов Шамсиддин Донабоевич, докторанти PhD-и кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, e-mail: murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-11-85-05.

Дар мақола маълумотҳо оид ба истифодаи дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ (*Hypericum perforatum L.*) барои муолиҷаи баъдичарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ оварда шудааст. Натиҷаи таъобати 63 бемори аз 16 то 57 сола бо таъхиси қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ таҳлил мешавад. Таъсири дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ ба ҳолати функционалии ковокии бинӣ дар давраи баъди чарроҳӣ бо роҳи

шустани ковокии бинӣ дар муддати 10 рӯзи баъди гирифтани фатилаҳо аз бинӣ омӯхта шудааст. Дар натиҷаи тадқиқот маълум гашт, ки дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ варамиҳои реактивиро дар бинӣ кам карда, барои барқароршавии зудтари луобпардаи ковокии бинӣ ва фаъолнокии эпителияи миҷгонақдор мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: қачшавии миёндевори бинӣ, ринити музмини гипертрофикӣ, чойкаҳаки баргсуроҳ.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАСТОЯ ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО (*Hypericum perforatum L.*) В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА

Шоев Манучеҳр Давроншоевич - докторант PhD кафедраи оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

Махмудназаров Махмадамин Имомович - к.м.н., доцент, зав. кафедрой оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, e-mail: mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.

Мусозода Сафол Мирахмад - д.ф.н., проф. кафедраи фармацевтической технологии и биотехнологии ГНУ, e-mail: musoev_safol@mail.ru тел.: (+992) 90-107-99-90,

Юсуфӣ Саломуддин Джаббор - д.ф.н., профессор, академик АМН МЗ И СЗН РТ. Проректор по науке и издательской работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино. e-mail: salomudin@mail.ru тел.: (+992) 90-100-20-59,

Муродов Шамсиддин Донабоевич, докторант PhD кафедраи оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, e-mail: murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-11-85-05.

В статье представлены данные послеоперационной терапии больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин с использованием настоя зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum L.*). Проанализированы результаты лечения 63 больных в возрасте от 16 до 57 лет с искривлением носовой перегородки, сочетанным с гипертрофией носо-

вых раковин. Изучено влияние настоя зверобоя продырявленного на функциональное состояние полости носа в послеоперационном периоде путём промывания полости носа в течение 10 дней после снятия носовых тампонов. В результате исследований выявлено, что настоем зверобоя продырявленного уменьшает выраженность реактивных явлений в полости носа и способствует



более быстрому восстановлению целостности слизистой оболочки и цилиарной активности мерцательного эпителия.

Ключевые слова. Искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, зверобой продырявленный.

APPLYING EXPERIENCE OF HYPERICUM PERFORATUM L. IN POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH NASAL CAVITY PATHOLOGY

Shoev Manuchehr Davronshoevich - PhD student of Otorhinology department of Avicenna Tajik State Medical University, e-mail: shoevmd@mail.ru, ph.: 93-400-47-57;

Mahmudnazarov Mahmamin Imomovich - c.m.s., associate professor, head of Otorhinology department of Avicenna Tajik State Medical University, e-mail: mahmadamin@inbox.ru, ph.: 93-506-75-43;

Musozoda Safol Mirahmad - d.ph.s., Professor, Pharmaceutical Technology and Biotechnology Department of TNU, e-mail: musoev_safol@mail.ru: +992) 90-107-99-90,

Yusufi Salomuddin Jabbor - d.ph.s., Professor, Academician of AMS of MH SPP RT. Vice Rector for Science and Publishing of Avicenna Tajik State Medical University. e-mail salomudin@mail.ru ph.: (+992) 90-100-20-59,

Murodov Shamsiddin Donaboevich - PhD student of Otorhinology department of Avicenna Tajik State Medical University, e-mail: murodovsh@inbox.ru, ph.: 900-11-85-05;

Data of postoperative therapy of patients with a curvature of a nasal septum and hypertrophy of nasal turbinates with the use of Hypericum perforatum L. are provided in the article. Results of treatment of 63 patients aged from 16 up to 57 years with the curvature of a nasal septum combined with a hypertrophy of nasal turbinates were analysed. Influence of Hypericum perforatum L. on a functional condition of a nasal cavity in the postoperative period by washing of

a nasal cavity within 10 days after removal of nasal tampons was studied. As a result of researches it was revealed that Hypericum perforatum L. reduces intensity of the reactive phenomena in the nasal cavity and promotes faster restoration of integrity of a mucous membrane and ciliary activity of a ciliated epithelium.

Keywords. curvature of a nasal septum, hypertrophy of nasal turbinates, Hypericum perforatum L.

Муҳиммият. Амали чарроҳии беморони гирифтори этилолиятҳои ковокии бинӣ яке аз чарроҳҳои паҳншуда дар амалияи оториноларингологӣ ба шумор меравад. Дар Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон (МД ММТ ҶТ) "Шифобахш" 45-50% чарроҳҳои узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ба риночарроҳӣ (чарроҳҳои бинӣ) рост меояд. Натиҷаи амали чарроҳӣ аз усул ва ҳаҷми чарроҳӣ, малакаи чарроҳ ва тарзи нигоҳубини бемор дар давраи баъди чарроҳӣ вобастагӣ дорад [1;2;4].

Ҳангоми гузаронидани амали чарроҳии эндоназали бутунияти пардаи луобии ково-

кии бинӣ ҳалалдор мешавад. Бинобар ин, дар давраи баъди чарроҳӣ тоза кардани ковокии бинӣ бо истифодаи маводҳои доруворие, ки ба фаъолияти эпителияи мерцатель халал намерасонанд, муҳим мебошад. Вобаста ба ин, мақсади асосӣ ҳангоми муолиҷаи баъди чарроҳӣ дар ковокии бинӣ-эпителизатсияи босуръат, пайдо нашудани оризаҳо ва барқароркунии саривақтии функцияҳои физиологии бинӣ ба шумор меравад [1;2].

Мусаллам аст, ки маводи доруворие алаш растанигӣ, назар ба маводи доруворие синтетикӣ бартарҳои зиёд дорад, зеро

онҳо бинобар табиӣ будани пайдоишашон барои организми одам бегона нестанд, таъсири номатлуби онҳо минималӣ буда, реаксияҳои алергӣ намеангезанд. Айни замон, дар амалияи оториноларингология низ маводҳои растанигӣ ба таври васеъ истифода бурда мешаванд. Дар таҷрибаҳои клиникӣ собит шудааст, ки микрофлораи организми инсон ба таъсири маводи дорувории растанигӣ бештар ҳассосанд, ки бартари дигари ин гуруҳи дорухоро нисбат ба дорухои синтетикӣ нишон медиҳад [2;3;5].

Яке аз растаниҳои шифойӣ, ки дар амалияи тибби аксари давлатҳои дунё ба таври васеъ истифода бурда мешавад, чойкаҳаки баргсурах (*Nyctaginia perfoliata* L.) мебошад. Шаклҳои мухталифи дору, ки аз *Nyctaginia perfoliata* L. тайёр мешаванд, ҳамчун воситаҳои спазмолитикӣ, безараркунанда ва зиддиалтиҳобӣ мавриди истифода қарор доранд. Дамобай чойкаҳаки баргсурах дар якҷоягӣ бо дигар растаниҳои доруворӣ дар чараёни шифоёбӣ истифода мешавад [2;3;5].

Моддаҳои фаъоли биологии таркиби чойкаҳаки баргсурах таъсири зиддиалтиҳобӣ ва антисептикӣ дошта, чараёни таҷдиди бофтаҳоро метезонад ва мавҷудияти витаминҳо бошад самаранокии муолиҷавии онро зиёд мекунад [1;3;5;6].

Дар ринологияи муосир оиди усулҳои таъбиати баъдичарроҳии беморони гирифтори эпитолияҳои ковокии бинӣ ақидаи ягона вучуд надорад. Нақшаи ягонаи муолиҷаи баъдичарроҳӣ, усулҳои таъбиати саҳҳи захм ва истифодаи маводҳои доруворӣ мушаххас нест. Бинобар ин, ҷустуҷӯи усули ратсионалии муолиҷаи баъдичарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ масъалаи муҳими ринология боқӣ мемонад.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши муқоисавии самаранокии таъбиати баъдичарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ бо истифодаи дамобай чойкаҳаки баргсурах ва бо усулҳои анъанавии таъбиат.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯбаҳои беморҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ "Шифобахш" аз соли 2016 то 2018 зери назорати мо 63 бемор бо тахҳиси қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ қарор доштанд. Синни беморон аз 16 то 57 солро ташкил медед, ки аз онҳо 38 нафар мардон ва 25 нафарашон занон буданд. Ташҳиси клиникӣ дар асоси маълумоти риноскопияи пеш ва қафо, фиброриноскопия, рентгенография ва томографияи компютери чавфҳои наздибинигӣ гузошта шуд.

Намунаи акси миёндевори бинӣ ҳангоми риноскопияи пеш ва акси томографияи компютери бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ дар расми 1 оварда шудааст.



а



б

Расми 1. Миёндевори бинӣ ҳангоми риноскопияи пеш (а) ва дар акси томографияи компютерӣ (б).

Ҷуноне ки дар расми 1 дида мешавад ҳангоми риноскопияи пеш ва дар акси томографияи компютери бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ қачшавии миёндевори бинӣ ба та-



рафи рост ва гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ аз чап ҷой дорад, ки барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ нишондоди асосӣ мебошад.

Беморон ба ду гуруҳ - асосӣ, иборат аз 31 нафар ва назоратӣ, иборат аз 32 нафар тақсим карда шуданд. Ҳамаи беморон дар баробари тадқиқотҳои клиникӣ лабораторӣ тадқиқи функционалии бинӣ (суръати клиренси мукосилиарӣ, ринопневмометрия, олфактометрия ва тадқиқи РН -и луоби бинӣ) низ гузаштанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.

Тамоми беморон аз душвории нафаскашӣ бо бинӣ шикоят мекарданд. Ҳангоми тадқиқи ҳолати функционалӣ тағйироти назарраси вазифаҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шомма мушоҳида гардид. Аз ҷумла, пастшавии вазифаи транспортӣ пардаи луоби бинӣ дар ҳамаи беморон ҷой дошт. Клиренси мукосилиарии 28 бемор (44,5%) 1с.10 дақиқа, 19 бемор (30,2%) - 56 дақиқа ва 16 бемор (25, 3%) 35-43 дақиқаро ташкил дод. Ин нишондиханда барои шахси солим 15-25 дақиқа мебошад. Ҳангоми олфактометрия вайроншавии шоммаи 38 бемор (41, 2%) ба намуди гипосмия мушоҳида гардид.

Дар ҳамаи беморон амали ҷарроҳии септопластика ва дезинтегратсияи ултрасадои (УЗД)-и садафаҳои поёнии бинӣ гузаронида шуд. Дар гуруҳи назоратӣ муолиҷаи баъдичарроҳӣ бо усули анъанавӣ (тоза кардани бинӣ, шустани бинӣ бо маҳлули физиологӣ ва чаконидани маводҳои рагтангкунанда) сурат гирифт. Дар гуруҳи асосӣ бошад, аз рӯзи аз ковокии бинӣ гирифтани фатилаҳо сар карда, дар муддати 10 рӯз ковокии бинӣ ҳамарӯза се маротиба бо дамбаи ҷойқаҳаки баргсурух ба воситаи сӯзани аз ҷониби мо мукамалкардашуда (пеш. ратс. №3384/R599) шуста шуд. Дамбаи ҷойқаҳаки баргсурухро тибқи талаботи Фармакопедии давлатии Федератсияи Россия тайёр намудем [5].

Натиҷаи амали ҷарроҳӣ аз рӯи ҳиссиёти субъективии бемор, тасвири эндоскопии ковокии бинӣ ва тадқиқи ҳолати функционалии бинӣ дар давраи баъдичарроҳӣ баҳо дода шуд. Ҳангоми баҳодихии субъективии

аломатҳои асосии клиникӣ дар се шабонарӯзи аввали баъдичарроҳӣ байни беморони харду гуруҳ тафовути назаррас мушоҳида карда нашуд. Дар шабонарӯзи 7-уми баъдичарроҳӣ аломатҳои илтиҳобии ковокии бинӣ дар гуруҳи асосӣ нисбат ба гуруҳи назоратӣ камтар гардид. Тафовути назарраси объективӣ ва субъективӣ дар шабонарӯзи 10-12-ум мушоҳида шуд. Дар беморони гуруҳи асосӣ ҷараёни илтиҳобӣ кам шуда, барқароршавӣ нисбат ба гуруҳи муқоисавӣ дар муҳлати камтар амалӣ шуд.

Тадқиқоти такрорӣ ҳолати функционалии бинӣ пас аз ду ҳафтаи баъди ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Дар ин маврид, дар 49 (77,7%) бемори ҷарроҳишуда натиҷаи хуб ва дар 14 бемор (22,3%) натиҷаи қаноатбахш мушоҳида гардид. Дар робита бо нишондодҳои функционалии бинӣ дар ин давра миёни гуруҳҳои беморон як чанд фарқият ба миён омад. Масалан, нафаскашӣ бо бинӣ дар беморони гуруҳи асосӣ 90,5% ва дар гуруҳи беморони назоратӣ 81,2% барқарор гардид. Дар 23 бемори гуруҳи асосӣ (74,4%) вазифаи транспортӣ эпителияи мертсателӣ ба 22- 28 дақиқа баробар шуд, ки тақрибан ба меъёр мувофиқат мекунад, вале нишондоди клиренси мукосилиарӣ дар гуруҳи назоратии беморон танҳо дар 18 (56,2%) бемор мушоҳида шуд. Пастшавии ҳиссиёти шомма танҳо дар як бемори гуруҳи асосӣ боқӣ монда, дар гуруҳи назоратӣ бошад дар 3 бемор гипосмия ҷой дошт.

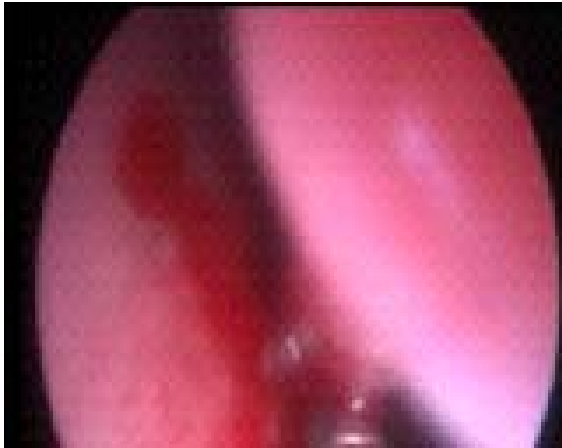
Пас аз як моҳи баъди ҷарроҳӣ тадқиқоти ҳолати функционалии бинӣ гузаронида шуд. Дар натиҷа маълум гашт, ки дар 85,7% бемори ҷарроҳишуда натиҷаи хуб ва дар 14,3% натиҷаи қаноатбахш мушоҳида гардид. Аз ҳисоби нишондодҳои функционалии бинӣ низ дар ин муддат миёни гуруҳҳои беморон тафовути назаррас мушоҳида гардид. Аз ҷумла, нафаскашӣ бо бинӣ дар беморони гуруҳи асосӣ 96,7% ва дар гуруҳи беморони назоратӣ 84,3% барқарор гардид. Дар 26 бемори гуруҳи асосӣ вазифаи транспортӣ эпителияи мертсателӣ ба 21- 25 дақиқа баробар шуд, аммо нишондоди клиренси мукосилиарӣ дар гуруҳи назоратии беморон



танҳо дар 19 бемор мушоҳида шуд. Пастшавии ҳиссиёти шомма дар беморони гуруҳи асосӣ боқӣ намонда, дар гуруҳи назоратӣ дар 2 бемор гипосмия ҷой дошт.

Намунаи акси эндоскопии ҳолати пардаи луобии ковокии бинӣ дар ҳар ду гуруҳи беморон баъди муолиҷа дар расми 2 нишон дода шудааст.

Гуруҳи назоратӣ (а)



Гуруҳи асосӣ (б)



Расми 2. Эндоскопияи ковокии бинӣ дар гуруҳи назоратӣ (а) ва дар гуруҳи асосӣ (б)-и беморон.

Чӣ тавре ки дар расми 2 дида мешавад, сурхӣ ва варами пардаи луобии ковокии бинӣ дар гуруҳи назоратӣ (а) нисбат ба гуруҳи асосӣ (б) зиёдтар мебошад.

Натиҷаҳои тадқиқоти объективӣ шаҳодат медиҳанд, ки истифодаи дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ (*Hypericum perforatum L.*) дар давраи баъди ҷарроҳӣ ба тозакунии механикии луоб ва калахшӯ бо хатари хунравӣ ва камшавии ихроҷот аз бинӣ мусоидат карда, ҷараёни эпителизатсия ва барқароршавии вазифаи муҳофизатии луобпардаи ковокии биниро метезонад. Истифодаи дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ ба барқарор-

шавии зудтари нафаскашӣ тавассути бинӣ ва барқароршавии шомма, инчунин пастшавии ҳисси норухатӣ мусоидат мекунад.

Хулоса. Истифодаи баъдичарроҳии дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳ барои шустани ковокии бинии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ зухуроти варами ковокии биниро кам карда, ба барқароршавии зудтари фаъолияти эпителияи мертсателии пардаи луобии ковокии бинӣ мусоидат менамояд. Бинобар ин таъиноти дамбаи чойкаҳаки баргсуроҳро дар беморон баъди риноҷарроҳиҳо мақсаднок ва зарурӣ шуморидан мумкин аст.



АДАБИЁТ

1. Лавренова Г.В., Баранская С.В. Опыт применения фитотерапии у больных с затянувшимся течением острого синусита и обострением хронического синусита // РМЖ. 2014. №18.С. 1330-1334.
2. Махмудназаров М.И., Алиев А.А., Мехмондустов С.Г. Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа. Междунар.журнал. Проблемы биологии и медицины, № 4 (80). 2014.- С. 149-150.
3. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Научная монография. Душанбе-2016. 115 стр.
4. Мусоев С.М., Саидов Н.Д., Краснюк И.И., Саидов Н.Б. Технологии фармасевти. Душанбе-2017. 712 сах.
5. Магомедов М.М., Ахмедов Ф.Т. Повышение эффективности ведения больных в раннем послеоперационном периоде при эндоназальных операциях // Вестн. оториноларингологии. Прил. - 2008. - №5. - С. 182-183.
6. Пискунова Г.З., Пискунова С.З. Руководство по ринологии. Под ред.. - М.: "Литтерра", 2011. - 959 с.
7. Рязанцев С.В. Сокращение сроков реабилитационного периода при операциях на ЛОР-органах с помощью местной противовоспалительной и антибактериальной терапии // Вестник оториноларингологии. - 2003. - №4. - С.51-53.
8. Bremke [et al.] Digital volume tomography in the diagnosis of nasal bone fractures / M. // Rhinology. - 2009. -Vol. 47. - P. 126-131.
9. Isac C. [et al.] Sever saddle nose deformity reconstructed with rib cartilage / // Chirurgia, 2012, Vol. 107 (6), pp. 809-815.
10. Kimbell J.S., Segal R.A., Asgharian B. et al Characterization of deposition from nasal spray devices using a computational fluid dynamics model of the human nasal passages. J Aerosol Med 2007; 20: 59-74.

АҲАМИЯТИ ТИББИЮ СУДИИ АЛОМАТҲОИ МОРФОЛОГИИ ЗАХМҲОИ КУФТАШУДАИ БУРИДАШУДА ҲАНГОМИ ТАЪСИРОТИ ВЕРТИКАЛИИ ОБЪЕКТИ ХАЛАНДАЮ БУРАНДАИ ИЗҲОСИЛКУНАНДА БО ФИШОРОВАРИИ ИЛОВАҒӢ БА МӢХРАИ ТЕҒ ВОБАСТА АЗ КУНДИИ ҚИРРАИ МӢХРАИ ТЕҒ

З.К. Хушқадамов, Х.М. Мирзоев, Б.Д. Имомов, Д.С. Исроилов

Кафедраи тиббӣ судии (мудири кафедра д.и.т., проф. З.К.Хушқадамов)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

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

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

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

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

Дар мақола натиҷаи тадқиқот аз хусуси фологияи захмҳои куфтаю буридашуда во-
аҳамияти тиббию судии тағйиротҳои мор- баста ба дараҷаи шадидии объекти халан-



даю бурандаи изхосилкунанда оварда шу-
даанд. Ин маълумотҳо барои балан бардош-
тани сифати ташхисҳои тиббию судӣ ва
тиббӣ-криминалӣ мусоидат намуда, далел-

нок ва иттилотӣ ба ҳисоб мераванд.

Калимаҳои калидӣ: захмҳои куфташудаи
буридашуда, фишороварӣ ба қисми мухраи
теғ, кундии қирраи мухраи теғ.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАН ПРИ ВЕРТИКАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ КОЛЮЩЕ- РЕЖУЩЕГО СЛЕДОБРАЗУЮЩЕГО ОБЪЕКТА С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ НАЖИМОМ НА ОБУХ КЛИНКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАТУПЛЕННОСТИ РЕБЕР ОБУХА КЛИНКА

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

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

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

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

В статье приведены результаты исследо-
вания судебно-медицинское значение мор-
фологических признаков колото-резанных
ран в зависимости от степени остроты ре-
бер колюще-режущего следаобразующего
объекта. Эти данные являются доказатель-

ными и информативными для повышения
качества проводимых судебно-медицинских
и медико-криминалистических экспертиз.

Ключевые слова: колото-резаные раны,
нажим на обушковую часть клинка, затуп-
ленность ребер обуха клинка.

FORENSIC SIGNIFICANCE OF MORPHOLOGICAL SIGNS OF STAB WOUNDS WITH VERTICAL EFFECTS OF PIERCING-CUTTING MARK FORMING OBJECT WITH ADDITIONAL PRESSURE ON THE BUTT OF THE BLADE DEPENDING ON THE BLUNTNESS OF THE EDGES OF THE BLADE BUTT

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

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

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

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

The research results of forensic significance
of morphological signs of stab wounds
depending on degree of edge sharpness of the
piercing-cutting trail (mark) forming object are
given in the article. These data are evidence and

informative to improve the quality of forensic
medical and criminalistics examinations.

Keywords: stab wounds, pressing on the edge
of the blade, bluntness of the edges of the blade
butt

Муҳиммият. Таҳлили адабиётҳои илми
муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ дар бораи

омӯзиши ҳаматарафаи масоили осебҳои
куфташудаю буридашуда шаҳодат меди-



ҳанд (Абрамов С.С., 1989, 2000, Гедигушев И.А., 2000). Ташаққули захмҳои куфташудаю буридашуда аз иртиботи қисми охири теғ ва ҳосил шудани изи халондан оғоз меёбад, ки намудҳои онро дар шакли ба таври макроскопӣ зоҳиршавандаи кафидагиҳои хурд ва буришҳои хурд дар 70%-и осебҳои куфташудаю буридашуда мушоҳида кардан мумкин аст. Дар ашёҳои як тарафашон тезкардашуда дар ташаққули захм хусусияти канори кунд - қирра нақши махсусро соҳиб мегардад. Ҳамзамон, холо баҳои аҳамияти тиббию судии тағйиротҳои морфологии захмҳои куфташудаю буридашуда вобаста аз дараҷаи тезии қирраҳои объекти халандаю бурандаи изҳосилкунанда дода шудааст, ки муҳимияти назарӣ ва амалии гузаронидани тадқиқоти таҷрибавии масъалаи мазкурро муайян менамояд.

Мақсади таҳқиқот, омӯхтани аҳамияти тиббию судии тағйиротҳои морфологии захмҳои куфташудаю буридашуда ҳангоми таъсири вертикалии объекти халандаю бурандаи изҳосилкунанда бо фишороварии иловагӣ ба мӯҳраи теғ вобаста аз кундии қирраи мӯҳраи теғ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи тадқиқ омӯхтани аҳамияти тиббию судии тағйиротҳои морфологии 100 осебҳои таҷрибавии куфташудаю буридашуда мебошад, ки дар натиҷаи зарба задан ба қисмати сина ва шиками биоманекенҳо дар шабонарӯзи аввали баъди фарорасии марг ва омӯзиши минбаъдаи хусусиятҳои морфологии онҳо пайдо шудаанд. Амсиласозии захмҳои куфташудаю буридашуда дар якҷанд марҳила гузаронида шуд. Шарти таъсири кордҳои таҷрибавӣ халидани вертикалӣ нисбати маллофаи пӯст бо фишороварии иловагӣ ба мӯҳраи теғ ба шумор мерафт. Препарати холиси пӯсти осебдор баъди таҷрибаи гузаронидашуда гирифта шуд ва дар лавҳачаи махсус маҳкам карда шуд (бо ёрии ресмони капронӣ канорҳои препарат то андозаи асл (аз рӯи шаблон) кашида шуданд) ва дар маҳлули Ратневский № 1 гузошта шуд. Дар маҳлул препарати таҷрибавии пӯстро дар давоми 3-4 ҳафта нигоҳ доштанд, сипас онро гирифта, издиёди маҳлулро

партофтанд ва дар ҳарорати ҳонагии 20-22° С дар давоми 2 - 3 соат хушк карданд. Осебҳои пӯстро бо маҳлули спиртии сабзи бриллиантӣ бо мақсади контрастикунонӣ коркард намуданд. Минбаъд усулҳои макроскопӣ ва стереомикроскопии тадқиқи препаратҳои асили таҷрибавӣ истифода бурда шуданд (бо ёрии стереомикроскопи МБС-10).

Дар таҷрибаи мо 4 корди истехсоли завд, дарозии умумиашон 20,0 см истифода бурда шуданд. Теғҳои истифодашудаи кордҳо аз металли сафед тайёр карда шуда, тезкунии яктараф, дарозии 11,0 см, васеъгӣ дар сатҳи ғуттондан 1,70 см доштанд. Ба сифати усулҳои тадқиқот мо истифода бурдем: таҳлили макроскопӣ, стереомикроскопӣ ва математикию омории маълумотҳои ҳосилшуда.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар силсилаи таҷрибаҳо осебҳо бо корди № 1 расонида шуда, қирраи мӯҳраи он кунд буданд, манзараи макроскопӣ ошкор намудани аломатҳои захмҳои куфташудаю буридашударо нишон медиҳад, ки бо роҳи таҷрибавӣ ҳосил шуда, ба аксарияти осебҳои куфташудаю буридашуда хосанд. Шакли ҳамаи захмҳо ҳангоми боз шудани он ҳамчун фонашакл қайд шуда, ҳангоми муқоисаи канорҳо бошад - самтӣ, бо канорҳои ҳамвор (вер. 1,0), бо дарозии миёнаи захм $15,9 \pm 0,2$ мм, васеъгии нӯги кунд; дар ҷойи таҳнишинӣ - $1,26 \pm 0,03$ мм; дар қирраҳо - $0,89 \pm 0,02$ мм. Нӯги қиррагии захм, ки ҳангоми осебрасонӣ ҳосил шудааст, ҳангоми фишороварӣ ба мӯҳра ба таври макроскопӣ ҳамчун П-шакл ба қайд гирифта шуд (вер. 1,0). Ҳангоми расонидани осебҳои таҷрибавӣ бо фишороварӣ ба қирраи теғи корд даридагиҳои иловагии пӯст дар нӯгҳо ҳосил шуданд.

Дар нуқтаи халондан ҳангоми тадқиқоти макроскопӣ аз хусусиятҳои морфологӣ фурунишинӣ (эҳт. 0,4), ноҳамвории девора аз тарафи рост ё чап (ба эҳт. 0,2 баробар), нуқсонҳои сатҳии эпителия (эҳт. 0,2 ҳам аз рост, ҳам аз чап) ошкор карда шуд. Дар қисмати байни кунҷҳои нӯги П-шакл фурунишинӣ ошкор карда нашуд.



Тадқиқи стереомикроскопӣ ҳангоми калонкунии 10Ч?20Ч гузаронида шуд. Қирраҳои канорҳои осеб ҳамчун равшан зоҳиршавандаи баробар (эҳт. 1,0) ба қайд гирифта шуданд. Кунҷҳои нӯги кунди захм дар ин силсилаи мушоҳидаҳо морфологияи гуногун доштанд. Кунҷи рост ҳамчун (эҳт.0,2), ҳамчун мудаввар ? 0,8 ба қайд гирифта шуд. Даридагиҳои кунҷи рости нӯги кунд бо ҳиссаи эҳтимолии 0,2 мушоҳида карда шуданд. Кунҷи чапи нӯги кунди захм бошад дар ҳамаи ҳолатҳо тез буд (эҳт. 1,0), ва даридагиҳои зиёд дошт, ки эҳтимолияти пайдоиши онҳо ҳамчун 0,6 муайян карда шуд.

Дар як аз панҷ мушоҳидаҳои ин силсилаи таҷрибаҳо (эҳт. 0,2) фурӯнишинии баробари нӯги кунд мушоҳида карда шуд, ҳамзамон дар ҳар яке аз ин ҳолатҳо фурӯнишинӣ марзҳои дақиқ дошт. Дар қисмати буриши қиррагӣ ноҳамвориҳои девора аз тарафи рост ва чап ба қайд гирифта шуданд (бо эҳтимолияти баробари 0,2). Байни кунҷҳои нӯги кунд дар қисме аз мушоҳидаҳо (эҳт. 0,4) мо нуқсони сатҳии пӯсти шаклаш секунҷаро ошкор намудем.

Тадқиқоти макроскопии морфологияи захмҳои куфташудаи буридашуда, ки ҳангоми амсиласозии таҷрибавии осебҳои бо халондани вертикалӣ ҳосилшуда бо фишорварӣ ба қисмати қиррагии теғ ва истифодаи корди дорой қирраҳои кунди мӯҳра ҳосил шудаанд (теғи № 2) дар бораи ҳосилшавии захмҳои куфташудаю буридашуда бо аломатҳои умумӣ ва гурӯҳӣ шаҳодат доданд, ки барои намуди мазкури осеб ҳосанд. Дарози миёнаи захми пӯст $15,8 \pm 0,45$ мм буд, васеъгии нӯги кунди осеб: дар қуллаҳо - $1,30 \pm 0,02$ мм; дар фурӯнишинӣ - $1,42 \pm 0,03$ мм; дар қирраҳо - $0,77 \pm 0,03$ мм. Нӯги кунди захм ба таъсири мӯҳраи корд мувофиқ буд ба таври назарӣ ҳамчун байзашакл муайян карда шуд (эҳт. 1,0). Канорҳои осеб ба таври макроскопӣ ҳамчун ҳамвор ба қайд гирифта шуданд (эҳт. 1,0). Девораи канали захм дар ғафсии пӯст ҳамвор ва овезон буданд (эҳт. 1,0). Нуқтаи халондан ба таври макроскопӣ нуқсони сатҳии эпителия (эҳт. аз рост- 0,2, аз чап - 0,2) ва ноҳамвориҳои де-

вора, бо эҳтимолият аз тарафи чап - 0,2, аз тарафи рост - 0,6 дошт.

Ҳангоми тадқиқоти стереомикроскопӣ ҳангоми калонкунии 10-20^Ч мо муқаррар намудем, ки канорҳои захмҳои кфташудаю буридашуда дар ин гурӯҳ ҳамвор буданд (вер. 1,0). Нӯги қиррагӣ доимо шакли байзавӣ дошт (эҳт. 1,0). Ҳарду кунҷи нӯги кунд мудаввар буданд (эҳт. 1,0). Дар қисмати нӯги қиррагӣ бо эҳт. 0,6 ба таври баробар фурӯнишинии зоҳиршаванда, бо марзҳои норавшан (эҳт. 0,6) мушоҳида карда шуд. Зоҳиршавандагии номутаносиби кунҷҳои нӯги кунҷ бо тағйироти начандон калони ҳамворӣ ҳангоми воридкунии теғ ҳангоми халондан шарҳ дода мешавад (тамоюлҳои начандон калон нисбати пӯст дар лаҳзаи халондан) ки ҳангоми чуқурии калони пӯст дар лаҳзаи гуттондани ашёи изҳосилкунанда ташаккул меёбад.

Дар нуқтаи халондан мо ноҳамвориҳои девораи рост ва чап (эҳт. 0,6 ва 0,2 мувофиқан), инчунин нуқсони сатҳии эпителияро бо эҳтимолияти баробари 0,2 аз рост ва чап мушоҳида намудем. Фурӯнишинӣ дар нуқтаи халондан вучуд надошт (эҳт. 1,0). Дар нуқтаи халондан девораи захмҳои куфташудаю буридашуда самти вертикалӣ доштанд. Пайдо шудани маҷмӯи аломатҳои мазкур, маҳз нова дар қисми болоӣ ё миёнаи пӯст ва нимруҳи вертикалии девраҳо дар нуқтаи халондан бо шаклдигаркунии нисбатан зоҳиршавандаи пӯст дар лаҳзаи расонидани осеб шарҳ дода мешавад. Ба ҳамин тариқ, дар нуқтаи халондан минтақаи фишорварӣ, дар дуртар бошад - минтақаи шаклдигаркунии пластикӣ ҳисл мешавад ва вайроншавӣ дар ин ҳолат аз рӯи навъи квази-пластикӣ сураг мегирад. Тадқиқи нимруҳи девраҳои захмҳои куфташудаю буридашуда нишон дод, ки девраҳои ҳамвор бо эҳтимолияти тарафи рост - 0,4 ва чап - 0,8 ошкор карда мешавад. Дар ҳолатҳои дигари мушоҳидаҳо бошад нимруҳи девраҳо аз ҳисоби ҳосилшавии нова дар пӯст ноҳамвор буд (эҳт. мувофиқан аз рост - 0,6 ва аз чап - 0,2).

Дар қисмати нӯгҳои қиррагии осебҳо кафидагиҳои эпителияи дарозиашон гуногун



(аз 0,2 то 0,5 мм) бо эҳтимоляти 0,4 аз рост ва 0,2 аз чап ҷой дошт. Мавҷуд будани нуқсонҳои сатҳии минтақаи таъсири қирраи шакли росткунча (эҳт. 0,6) ва секунча (эҳт. 0,4) ба қайд гирифта шуданд. Ҳангоми халондан бо теги дорои қирраҳои кунди мӯҳра минтақаи иртиботи аввалияи тег бо пӯст зиёд мешавад, чуқурии нисбатан амиқтари қифшакл ташаккул меёбад, ки бо кашишхӯрӣ дар ҳамаи қабатҳои пӯст ҳамроҳӣ менамояд.

Хулоса. Силсилаи таҷрибаҳои гузаронидашуда дар бораи он шаҳодат медиҳанд, ки дараҷаи тезии қирраҳои мӯҳраи объекти халандаю бурандаи изҳосилкунанда алома-

тҳои қатъиян фардӣ доранд, ки дар морфологияи захмҳои куфташудаи буридашуда хангоми халондани бо фишороварӣ ба қирраи теги корд расондашуда зоҳир мегардад, ки хусусияти морфологии захмҳои кфташудаю буридашудаи ин силсилаи амсиласозии таҷрибавиро иникос менамояд. Маълумотҳои ҳосилшуда барои баланд бардоштани сифати экспертизаҳои судию тиббӣ ва тиббию ҷиноятӣ ба мақсади ҳал намудани масъалаҳои яроқи истифодашуда ва тартиб додани хулосаи илман асосноки эксперти дар бораи захмҳои куфташудаю буридашуда аз рӯи маълумотҳои морфологӣ собиткунанда ва иттилоотӣ ба шумор мераванд.

АДАБИЁТ

1. Абрамов С.С. Письмо "Об идентификационных исследованиях колото-резаных повреждений одежды и ран кожи". М: 1989. - 36 с.
2. Абрамов С.С. Медико-криминалистическая идентификация. М: Инфа-М 2000. - 472 с.
3. Гедыгушев И.А. Судебно-медицинская экспертиза при реконструкции обстоятельств и условий причинения повреждений (методология и практика): Дис. ... доктора мед. наук. г.Воронеж 2000. -216 с.



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

ОМУӢЗИШИ БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ РЕАКСИЯИ МУТОБИҚШАВИИ ОРГАНИЗМИ ДОНИШЧӢӢН - ВАРЗИШГАР

Х.А. Зафаров, М.Б. Устоев, М.Ӣ. Холбегов

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

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

Холбегов Мирзоҳамдам Ӣрбегович мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино - (тел.: (+992) 934-26-81-10).

Проблемаи ҳифзи сиҳати насли оянда, хусусан ҷавонон дар марҳалаҳои гуногуни инкишофи ҷомеа яке аз вазифаи асосӣ ва душвор ба ҳисоб меравад.

Барои таъмин намудани шароитҳои мувофиқ ҷораҳои хеле мушаххасро дидан зарур меояд. Бинобар ин аз тарафи олимони варзидаи соҳа ин масъала тарзу усулҳои нав ба навро талаб мекунад [9, 10.]. Новобаста ба ин таи солҳои зиёд теъдоди бемориҳои системаи дилу рағҳо, ҳозима, нафаскашӣ, тақаву ҳаракат дар байни донишчӯён зиёд шуда истодааст. [6,7,14,15,16].

Донишчӯён дар раванди фаъолияти таълимӣ бо сарбории зиёди ахбороти илмӣ ва шиддатнокии эҳсосӣ таъсири камҳаракат, тағйирёбии речаи истеъмоли гизо ва дар муҳити аз ҷиҳати экологӣ номусоиди зист дучор мешаванд.

Ин омилҳо ба инкишофи стресс каммутобикшавӣ, шиддат ёфтани равандҳои бемориҳои пинҳонӣ мусоидат менамояд, ки ин ба суст шудани қобилияти қорӣ ва фаъолияти донишчӯён меорад.

Калимаҳои калидӣ: Насл, инкишоф, мутобикшавӣ, сарборӣ, эҳсос, экологӣ, омилҳо, бемориҳо, раванд, тадқиқот.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕАКЦИИ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ - СПОРТСМЕНОВ

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

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

Холбегов Мирзоҳамдам Ӣрбегович - зав. кафедрой медицинской биологии с основами генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел.: (+992) 934-26-81-10).

Проблема охраны здоровья будущих поколений, особенно молодежи, в разные периоды развития общества одна из основных и трудных задач. Для обеспечения нормального условия требует много внимания.

Поэтому, согласно высказываниям многих ученых, это проблема требует новых средств оздоровительного воздействия и введение новых методов и условий оздоровления [9, 10.].

В последние годы продолжается рост заболеваний дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, опорно-двигательный аппарат у студентов разных курсов и специальностей [6,7,14,15,16].

Студенты испытывают высокие информационные нагрузки и эмоциональное напряжение в процессе учебной деятельности, нарушение режима питания, экологически неблагоприятной среды обитания.



Эти факторы способствуют развитию стресса, дизадаптации, обострению скрытых патологических процессов, негативно отражающихся на работоспособность и успеваемость студентов.

Ключевые слова: поколение, развитие, адаптация, нагрузка, эмоция, экология, факторы, болезнь, процесс, исследование.

STUDYING OF SOME FEATURES OF REACTION OF ADAPTATION OF THE ORGANISM OF STUDENTS - ATHLETES

H.A. Zafarov, M.B. Ustoev, M.Yo.Kholbegov

Zafarov Khol Avzalovich - head of anatomy and physiology department, Tajik institute of physical education named after S. Rahimov, ph.: (992) 937-77-10-15).

Ustoev Mirzo Bobojonovich - head of human physiology and animals department of Tajik national university, ph.: (992) 935-17-22-32).

Kholbegov Mirzohamdor Yorbegovich - head of the department of medical biology with the basis of genetics of Avicenna TSMU, ph.: (992) 934-26-81-10).

Problem of health protection of future generations, especially youth, during the different periods of development of society is one of the main and difficult objectives. For providing a normal condition demands many attention.

Therefore, according to the statements of many scientists, the problem demands new means of recreational influence and introduction of new methods and conditions of improvement [9, 10].

In recent years growth of respiratory, cardiovascular, digestive, musculoskeletal

systems diseases at students of different courses and specialties are continued [6,7,14,15,16].

Students experience high informational loads and emotional stress in the course of educational activity, disturbance of diet, ecologically unfavourable habitat.

These factors contribute to the development of stress, disadaptation, aggravation of the hidden pathological processes which are negatively reflected on working capacity and students progress.

Keywords: generation, development, adaptation, loading, emotion, ecology, factors, disease, process, research.

Муҳиммият. Омӯзиши ҳолати функционалии системаҳои асосии организм - дилурағҳо, системаи маркази асаб, ҳолати равоӣ ба муайян намудани хусусиятҳои мутобиқшавӣ ба сарбории таълимии донишҷӯёни мунтазам ба варзиш машғулбуда нисбат ба донишҷӯёне, ки ба варзиш кам машғуланд ё умуман иштирок наметаванд дар онҳо хеле хуб ва муътадил мегузаранд ва ин равандро системаҳои муташакил ва байни ҳам алоқамандбуда ба таври муайян таъмин мекунанд [1,23, 5, 12, 17] ва ҳамзамон онҳо ба яқдигар ёрии дучониба мерасонанд, ки натиҷаи ба ҳам ғайриҷаҳид ҳосил мешавад.

Мақсади таҳқиқот. Барои муайян намудани тарзи мутобиқшавии фардӣ дар дони-

шҷӯёни варзишгар дар раванди варзишӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҷрибаҳо дар донишҷӯ - варзишгарони бахшҳои гуногуни Донишқадаи тарбияи ҷисмонии Тоҷикистон ба номи С. Раҳимов дар 36 донишҷӯ ихтиёран дар синни 18-22 гузаронида шуд.

Иштирокчиёни таҷриба ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд, ки доимо ба танзими руҳии ҷисмонӣ машғуланд. Инчунин дар онҳо нишондиҳандаҳои антропометри низ карда шуд. Барои баҳодиҳӣ инчунин суръати ҳаракати аъзои ҳис низ истифода карда шудааст.

Дар таҷриба аз тестҳои олимон [8, 10] бо коркарди иловагии ҳудумон дар давраи



ташхис дигар усулҳо низ истифода шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Таҳқиқотҳо оиди тағйирёбии ҳолати функсионалии системаи гардиши хун дар давраҳои гуногуни чараёни таълим муайян карда шудаанд. Маълум карда шудааст, ки дар давраи байни сессия нишондиҳандаи тобоварии статикӣ дастҳо дар чавонон ва духтароне, ки ба варзиш машғуланд, нисбат ба донишчӯёне, ки ба варзиш машғул нестанд, муайян карда шуд. Таҷрибаҳо нишон доданд, ки нишондиҳандаҳои пасттаринро дар духтарони ба варзиш машғулнабуда баръакс аз ҳама баландашро дар чавонони ба варзиш машғул буда мушоҳида мешавад (ҷадвали 1)

Давраи сессия дар духтарону чавонон эҳтимолияти камшавии нишондиҳандаҳо мушоҳида кардан мумкин аст, ки ин нишондиҳандаҳои пасттарин дар чавонону духтарони ба варзиш машғул набуда ва баландтарин бошад, ба духтарони ба варзиш машғулбуда мушоҳида гардиданд.

Ҳангоми тадқиқотҳои лонгитудиналӣ (инфироӣ), ки дар давраи байни сессияҳо гузаронида шуданд, ба таври эҳтимолияти поён рафтани нишондиҳандаҳои тобоварии статикӣ дастони донишчӯёни курси дуюмро дидан мумкин аст. Ин гурӯҳе, ки ба варзиш машғул набуданд, нишондиҳандаҳои пасттарин мушоҳида карда шуд.

Дар давраи сессия дар ҳама донишчӯёни тадқиқотшуда пастшавии нишондиҳандаи ТСП хусусан дар ташхисшавандагоне, ки ба варзиш машғуланд қайд кардан мумкин аст. Аммо дар бузургии мутлақ нишондиҳандаҳо дар варзишгарон назар ба машқнаварзидаҳо нисбатан баланд буданд.

Аҳамияти максималии тобоварии статикӣ дар тадқиқшавандагоне ба назар мерасад, ки ба варзиш машғуланд. Ҳангоми муоинаи арзӣ аҳамияти баланди нишондиҳандаи тобоварии статикӣ дар донишчӯ-варзишгарони курси якро нисбат ба курсҳои дуюм мушоҳида кардан мумкин аст.

Ҷадвали 1.

Тобоварии статикӣ дастҳо (с) дар марҳилаҳои гуногуни раванди таълими донишчӯён (M±m)

Гурӯҳҳо	Курси I		Курси II	
	Давраи байни сессия	Давраи сессия	Давраи байни сессия	Давраи сессия
Чавонони варзишгар n=30	84,50±8,31	32,35±2,40*	50,54±5,01	21,40±2,09*
Чавондухтарони варзишгар n=25	78,20±18,0	38,30±0,50	46,42±3,05	21,35±2,03
Чавонони машқнаварзида n=35	61,10±0,32**	28,45±1,71*	44,25±2,03	20,15±2,12
Чавондухтарони машқнаварзида n=35	45,35±6,30**	31,30±0,50*	41,50±3,04	20,54±2,09
Гурӯҳҳо	Курси III		Курси V	
	Давраи байни сессия		Охири сол	
Чавонони варзишгар n=25	55,50±3,07		33,41±0,32*	
Чавондухтарони варзишгар n=20	50,40±0,72		31,35±0,31*	
Чавонони машқнаварзида n=35	48,50±3,41**		24,25±0,31*	
Чавондухтарони машқнаварзида n=35	44,20±2,12**		21,50±0,33*	

Эзоҳ: * - эҳтимолияти фарқият бо натиҷаҳои байни сессияҳо;

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



Маълумотҳои оварда шудаанд, далели онанд, ки мондашави дар давраи сессия ва дар охири курси панҷум, пеш аз супорида-ни имтиҳонҳои давлатӣ мушоҳида мешавад. Қайд кардан мумкин аст, ки варзишгарони нишондиҳандаҳои ибтидоии тобоварӣ дас-тонашон баланд буда, дорои захираҳои зиёди қобилияти қорӣ ва устуворият ба инкишофи хасташавӣ мебошанд.

Натиҷаи ченкунии тобоварии статикӣ дастҳо дар охири ҳар як соли таҳсил, ки бо сессия, хусусан дар курси панҷум ва пеш аз имтиҳонҳои давлатӣ мувофиқ меояд, дале-

ли дар донишҷӯён инкишоф ёфтани мондашавӣ мебошад. Аксуламали мутобиқшавии дил ва тавсифи он ба шиддатнокии нуқтави низ дар таҳқиқшавандаҳо фарқ мекард.

Дар давраи байнисессия дар ҷавонон ва духтарони курси якум, ки ба варзиш машғул нестанд, нишондиҳандаҳои ЗҚД ва ФШ дар ҳолати оромӣ қарор доштан аз вазишгар фарқ надоштанд (ҷадв.2) фақат дар духтарони машқнаварзида нишондиҳандаҳо фишори диастолии ФД дар ҳолати оромӣ эҳтимолият нисбат ба тамрин надидаҳо ба-лан мебошад.

Ҷадвали 2

Нишондиҳандаҳои ЗҚД ва ФШ ҳангоми қори нуқтавии мушакҳо дар донишҷӯёни курси якум дар давраи байнисессия ($M \pm m$)

Гурӯҳҳо	Нишондиҳандаҳо								
	ЗҚД зарба/дақиқа то	ЗҚД зарба/дақиқа то ҳангоми	ЗҚД зарба/дақиқа пас аз	ФШ аз мм.сут. сим то	ФШ аз мм.сут. сим ҳангоми	ФШ аз мм.сут. сим пас аз	ФШ аз мм.сут. сим. то	ФШ аз мм.сут. сим. ҳангоми	ФШ аз мм.сут. сим. пас аз
Ҷавонони варзишгар n=30	68,06± 1,22	75,15± 1,90	69,10± 1,33	113,30± 3,31	124,20± 3,80*	1114,24± 3,07	63,55± 1,05	74,50± 3,02	69,42± 1,08
Ҷавондухтарони варзишгар n=25	66,05± 2,40	74,20± 1,74*	66,05± 1,92	97,44± 1,07	111,30± 4,11*	1114,24± 3,07	63,55± 1,05	74,50± 3,02	69,42± 1,08
Ҷавонони машқнаварзида n=35	70,10± 2,40	81,30± 2,23*	72,20± 1,94	110,34± 4,00	125,42± 5,42*	112,32± 4,04	64,21± 2,06	77,14± 4,08*	66,50 ± 2,07
Ҷавондухтарони машқнаварзида n=35	72,15± 2,60	79,40± 2,81*	75,33± 2,10	103,10± 2,7	115,30± 4,13*	105,29± 3,07	73,34± 3,02**	86,40± 4,04*	76,31± 2,41

Эзоҳ: * - эҳтимолияти саҳеҳ бо нишондиҳандаҳои оварда нишон дода шудааст;

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

Ҳангоми фаъолияти мавзёӣ, дар ҳамаи тадқиқшавандагон, эҳтимолияти саҳеҳ болоравии нишондиҳандаҳои ЗҚД ва ФШ мушоҳида карда шуд. Дараҷаи зиёдшавии нишондиҳандаҳои мазкур, дар мавриди тадқиқшавандаҳои тамриннадида, қиёсан ба варзишгарон бештар аст.

Дар давраи сессия, дар ҳамаи таҳқиқшавандагони қиёсан ба давраи байнисессияҳо, зимни курси якум дараҷаи зиёдшавии ин ё он афзуншавии нишондиҳандаҳои ЗҚД ва ФШ-и систолӣ ба муқоиса ба давраи байнисессия муайян карда шуд. Ба таври саҳеҳ тағйир ёфтани ЗҚД дар духтарони тамриннадида ва ФШ-и систолӣ бошад, дар тамоми ҷавонон ба дидан мумкин аст. Нишондиҳандаҳои ФШ-и диастолии тамоми тадқиқшавандагон каме баландтар аз он ҷумла (эҳтимолияти ҷавонони варзишгар) дар дух-

тарони тамриннадида бошад, ин нишондиҳанда нисбатан ба давраи байнисессия пас-ттар аст.

Хулоса. Реаксия ба сарбории мавзёӣ болоравии нишондиҳандаҳои ЗҚД ва ФШ-и тамоми тадқиқшавандагонро ҳам дар давраи байнисессия қайд кардан мумкин аст. Ба таври аниқ тағйир ёфтани нишондиҳандаҳои ЗҚД дар мавриди духтарони тамриннадида ва ФШ-и систолӣ бошад, дар гурӯҳи варзишгарон мушоҳида карда шуд. Тадқиқоти гуногун, ки баъд аз як соли таълимӣ дар давраи байнисессияҳо гузаронида шуд. Аз он шаҳодат медиҳад, ки дар охири курси дуюм дар духтарони тамриннадида нисбат зиёд шуданд. ЗҚД, бомуқоиса ба курси якум ва дар донишҷӯёни боқимонда бошад, вай бетағйир мемонад (расми 3, 4). Инчунин баландшавии нишондиҳандаҳои ФШ-и си-



столӣ дар тамоми тадқиқшавандагон хусусан (дар духтарони тамриннадида) мушоҳида карда мешавад. Нишондиҳандаҳои ФШ-и диастолӣ бошад нисбатан ба андоза кам тағйир ёфтанд, ба ғайра аз духтарони тамриннадида, ки дар онҳо нишондиҳандаи мазкур дар ҳақиқат коҳиш ёфта буд.

Дар реаксияи сарбории мавзееи донишчӯёни курси ду болоравии нишондиҳандаҳои ЗҚД нисбатан саҳеҳ дар духтарон ва ҷавонони тамриннадида во меҳурад. Дар тамоми тадқиқшавандагон ҳангоми кор,

хусусан, дар тамриннадидагон, баланд шудани ФШ-и систолӣ мушоҳида мешавад; дар тамоми санҷидашавандагон фишори диастолӣ зиёд мешавад.

Ҳангоми муоинаи такрорӣ, дар давраи сессия, дар тамоми санҷидашавандагон - ҷавонони ба варзиш машғулбуда, монанди курси яқум, нисбатан кам зиёд шудани ЗҚД мушоҳида мегардад. Нишондиҳандаи ФШ-и систолӣ ва дистолӣ дар давраи сессия, хусусан дар донишчӯёни тамриннадида, баланд аст.

АБАДИЁТ

1. Алиева М.Т. Омӯзиши муқоисавии таъсири шакли кредитии таҳсилот ба фаъолияти системаи асаби донишчӯён / М.Т. Алиева, М.Б. Устоев // Ниғадхори тандурустии Тоҷикистон ISSN 0514-2415 №3, Душанбе 2018, С. 9-14
2. Алиева М.Т. Влияние экзаменационного стресса на здоровье студентов / М.Т. Алиева, М.Б. Устоев // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Агаджановские чтения Москва 2018
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. / П.К. Анохин // - М.; Медицина, 1975. - 448с.
4. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский // - М.; 1979. - 295с.
5. Батоцырева Т.Е. Количественная оценка уровня стресса по показателям вариабельности сердечного ритма у студентов в условиях экзаменационной сессии и спортивных соревнований / Батоцыренова Т.Е., Сушкова П.Т., Иванов С.В. // Функциональное состояние и здоровье человека. Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. 25-29 сентября, 2006. - Ростов-на/Д.. Изд-во "ЦВВР". - С.75-77.
6. Гладуш А.Д. Здоровье студентов / А.Д. Гладуш, Д.И. Кича, О.А. Гринина // Международной научно-практической конференции: сб. тез. - М., 1999. - С.24- 25.
7. Гора Е.П. Состояние здоровья студентов Дальнего Востока / Е.П. Гора, И.А. Попова // Альманах. Новые исследования. - 2004. - №1-2. - С.128-129.
8. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология / Е.П. Ильин // - СПб.: Питер, 2001. - 464с.
9. Козловский В.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и физическая работоспособность студентов университета / В.А. Козловский, О.Л. Упоров, О.В. Андреева // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. - 2004. - Т.90. - №8. - С.318.
10. Корденко А.Н. Изучение состояния здоровья учащейся молодежи / А.Н. Корденко, С.И. Картышева, Н.М. Преснякова, В.И. Ковылова, С.М. Колесниченко, Л.В. Пахунова, Н.В. Соколова, И.А. Кармаева // Альманах. Новые исследования. - 2004. - №1-2. - С.215.
11. Коновалов В.И. Изучение адаптационных реакций организма спортсменов, специализирующихся в легкоатлетических видах на выносливость. Человек в мире спорта: новые идеи, технологии, перспективы. / И. Коновалов // Тезисы докладов Международного конгресса. - 1998. - Москва, 24-28 мая. - Т.1. - С.84-85.
12. Кузьмина, А.И. Компьютерная реализация методики Теппинг-тест / К.И. Кузьмина, Т.Н. Семик, Е.М. Кочетенко // УС и М. - 2002. - №5. - С.63-68.



13. Савина Л.Н. Системный подход к гигиеническому образованию студентов педагогических вузов / Л.Н. Савина, Н.Г. Монахова // Альманах. Новые исследования. - 2004. - №1-2. - С.336-337.
14. Устоев Б.Р. Изменение частоты сердечно-сосудистой у студентов в процессе обучение в вузе / Б.Р. Устоев, М.Б. Устоев, М.Т. Алиева // Вестник нац. университета, естественные науки. Душанбе 2016, №1/2 (196). С. 273-278. ISSN 2413-452X.
15. Хадарцев А.А. Здоровье студентов / А.А. Хадарцев, В.Э. Фризен, В.А. Жеребцова, Е.Е. Сапогова // сб. тез. Международной научно-практической конференции. - М., 1999. - С.24-25.
16. Щербатых Ю.В. Использование методов саморегуляции и нейролингвистического программирования для снижения уровня стресса у студентов /Ю.В. Щербатых // Профилактика правонарушений в студенческой среде. - Воронеж: Изд-во ВГПУ, 2003. - С. 105-107.
17. Юматов Е.А. Экзаменационный стресс у студентов / Е.А. Юматов, В.А. Кузьменко, В.И. Бадиков // Физиология человека. - 2001. - Т.27. - №2. - С. 104 -111.

ТАШАККУЛИ МАЛАКАҲОИ КОМАНДИРӢ-МЕТОДИИ ДОНИШҚУӢН ДАР ҚАРАӢНИ ОМУӢЗИШИ ФАНИИ ТАШКИЛ ВА ТАКТИКАИ ХАДАМОТИ ТИБ

Б. Махмуд

Кафедраи тибби ҳарбии(сардори кафедра полковники хизмати тиб Б.Махмуд)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Баҳром Махмуд, полковники хизмати тиб, срдори кафедраи тибби ҳарбии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тел.: 938809770.

Барои ба даст овардани натиҷаи хуби таъминоти тиббӣ дар кӯшунҳо ин дуруст ва дақиқ ба роҳ мондани фаъолияти қисмҳо ва муассисаҳои хадамоти тиббӣ - ҳарбӣ мебошад. Асоси чорабиниҳои муолиҷавию таҳливири фанни "Ташкил ва тактикаи хадамоти тибб"-ӣ меомӯзонад. Ташкил ва тактикаи хадамоти тиббӣ - ин илм дар бораи ташкили таъминоти тиббии кӯшунҳо дар замони ҷанг мебошад.

Ташкил ва тактикаи хадамоти тиббӣ, ҳамчун соҳаи тиббӣ - ҳарбӣ қонуниятҳои воқеии ташкили таъминоти тиббии кӯшунҳо бо роҳи ҳаматарафа тадқиқ намуда,

шароитҳои фаъолияти хадамоти тиббӣ дар замони ҷанг, усулҳои истифода бурдани қувва ва воситаҳои хадамоти тиббиро меомӯзонад.

Дар асоси ин Ташкил ва тактикаи хадамоти тиббӣ шаклу усулҳои беҳтарини ташкил намудани таъминоти тиббии кӯшунҳо дар шароитҳои гуногуни вазъияти ҷангӣ баррасӣ намуда, кор карда мебарояд.

Калимаҳои калидӣ. Ташкил ва тактикаи хадамоти тиббӣ, амалияҳои командирӣ-методӣ, кафедраи ҳарбӣ, ҷузъу томҳои хадамоти тиббӣ, таҳлия.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМАНДИРСКО-МЕТОДИЧЕСКИХ УМЕНИЙ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТУ ОРГАНИЗАЦИИ И ТАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Баҳром Махмуд, полковник медицинской службы, начальник кафедры военной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.: 938809770.

Для получения хорошего результата в медицинском обеспечении вооруженных сил

необходимо правильно и точно организовать деятельность военно-медицинских ча-



стей и учреждений. Основу лечебно-профилактических мероприятий изучает дисциплина "Организация и тактика медицинской службы".

Организация и тактика медицинской службы - это наука об организации медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время.

Организация и тактика медицинской службы как составная часть военной медицины всесторонне рассматривает реальные закономерности организации медицинского обеспечения вооруженных сил, обучает

способам (методам) использования средств и сил медицинской службы.

На основе этого, при организации и тактике медицинской службы рассматривают и разрабатывают лучшие формы и методы организации медицинского обеспечения войск в различных условиях военной ситуации.

Ключевые слова: Организация и тактика медицинской службы, командирско-методические умения, военная кафедра, части и подразделения медицинской службы, эвакуация.

FORMATION OF COMMANDER AND METHODOLOGICAL ABILITIES AT STUDENTS IN THE COURSE OF TRAINING OF ORGANIZATION AND TACTICS OF MEDICAL SERVICES

Bahrom Mahmud, Colonel of medical service, head of military department of Avicenna TSMU. Tel.: 938809770.

For obtaining a good result in medical support of armed forces it is necessary to organize correctly and precisely activity of military-medical parts and institutions. The basis of medical-preventive actions is studied by discipline "The organization and tactics of medical service".

The organization and tactics of medical service is a science about organization of medical support of armed forces in wartime.

The organization and tactics of medical service as a component of military medicine comprehensively considers real regularities of

the organization of medical support of armed forces, trains in ways (methods) of use of means and forces of medical service.

On the basis of it at the organization and tactics of medical service are considered and are developed the best forms and methods of the organization of medical support of troops in various conditions of a military situation.

Keywords: Organization and tactics of medical service, commander and methodical abilities, military department, parts and divisions of medical service, evacuation.

Муҳиммият. Асосгузори чарроҳии муосири ҳарбӣ - сахрой Н.И.Пирогов чунин навишта буд: Таъминоти тиббии кӯшунҳо дар шароитҳои гуногуни вазъияти ҷанг боиси пайдо шудани соҳаи махсуси донишҳои тибби ҳарбӣ - ташкил ва тактикаи хадамоти тибгардид. Ташкил ва тактикаи хадамоти тибшаклҳои нави мувофиқ ва мақсадноки таъминоти тиббиро коркард намуд. Дар пайдоиш ва ҷорӣ намудани системаи ташкил ва тактикаи хизмати тиб олими забардасти рус Н.И.Пирогов сахми бузург бозидааст. Ёроҳамчун асосгузори системаи ташкил ва тактикаи хизмати тиб номидан ҳам комилан

дуруст аст. Ё дар ҳақиқат исбот намуд, ки дар майдони ҷанг муваффақиятҳои кормандони тиб дар қобилияти ташкилотчигии ҳар як табиб вобастагии калон дорад. Ё мафҳуми ин системаро баръало возеҳ намуда ба кормандони тиб маслиҳатҳои беҳтарини илмиро додаст, оид ба сари вақт кофтуқоб намудани захмдорон дар майдони ҷанг, ба онҳо расонидани ёрии авалини тиббӣ, кашонидани онҳо аз минтақаҳо, лонаҳои захмдорон дар майдони ҷанг, дар масофаҳои муайян аз ҷабҳа дуртар густариш додани нуқтаҳои хизмати тиббӣ, госпиталҳо ва дигар муассисаҳои табобатии ҷузъу томҳои



хадамоти тиббӣ, нуктаҳои таҳлия намудани захмдорону беморон, ба навъҳо чудо намудани захмдорону беморон, идора намудани хадамоти тиббӣ дар майдони ҷанг ва таъминоти тиббии ҷангро бо маводҳои тиббӣ, ки то ба ҳол ба кор меравад. Баъди ба пуррагӣ такмил додани ин система муайян шуд, ки ташкил ва тактикаи хадамоти тиббӣ бояд инҳоро омӯзонад:

Шарту шароит ва фаъолияти хадамоти тиббии қўшунҳо дар замони ҷанг:

Аз рӯи санадҳои меъёриву ҳуқуқӣ муайян кардани сохтори хадамоти тиббии қўшунҳо.

Коркард ва мувофиқат намудани усулҳои беҳтари муосири таъминоти тиббии қўшунҳо, бо дараҷаи тараққиёти иқтисодиёт ва шароитҳои аниқ амалиётҳои ҷангӣ.

Тағйир ёфтани тавсифи ҷангҳо, мафҳуми нав ва усулҳои нави омӯзиши талаб менамояд, ё ин ки омӯзиш ба амалиёт ҳақиқат дошта бошад.

Мақсади таҳқиқот: Тарбияи ҷаҳонбинӣ ва ташаккули сифати олий дар мутахассисони ояндаи соҳаи тибби ҳарбӣ, барпо намудани донишҳои фундаменталӣ, аз худ намудани системаи муосири ташкил ва тактикаи хизматрасонӣ дар ҷузъу томҳои тибби ҳарбӣ. Дар сатҳи зарурӣ омода намудани афсарони эҳтиёти хизмати тиб, барои Қувваҳои мусаллаҳ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: барномаҳои таълимӣ, мавзӯҳои дарсӣ, ҷараёни ҷамъномаи таълимии саҳроӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Донишҷӯён дар равиши омӯзиши фанни мазкур инҳоро бояд донанд:

Тарз ва усулҳои гузаронидани ҷорабиниҳои муолиҷавию таҳлиявӣ дар қисмҳои ҳарбӣ. Гузаронидани ҷорабиниҳои номбаршуда бо донишҷӯён танҳо дар вақти гузаштани ҷамъномаи таълимии саҳроӣ дар қисмҳои низомӣ ба роҳ монда шуданаш мумкин аст, агар донишҷӯён ба муддати 30 шабонарӯз ба ҷамъномаи саҳроӣ сафарбар шаванд (бо пӯшидани сару либоси низомӣ, дар қисми низомӣ ҷойгир шудан, хӯрок хӯрдан, ба наряди шабонарӯзӣ сафарбар шудан) имконият медиҳад, ки ба пуррагӣ

марҳилаҳои ҷорабиниҳои муолиҷавиро ба таври амалӣ иҷро намоянд. Дар навбати худ ин аз нақлиёт, сӯзишворӣ ва таҷҳизоту лавозимоти тиббӣ, ки барои гузаронидани ин ҷорабинӣ лозим ҳастанд, вобастагии калон дорад.

Донишҷӯён намуд ва ҳаҷми ёри тиббӣ, тавониш ва расонидани ёри аввалини тиббӣ, ёри пеш аз табиб (фелдшерӣ), ёри аввали табибӣ, ёри табиби ихтисоснок ва ёри тиббии махсус. Барои расонидани ёри тиббӣ ва дигар намудҳои он донишҷӯёнро водор месозад, ки онҳо тамоми малақаҳои амалиро аз худ карда бошанд. Усулҳои гузоштани бандинагузорӣ ба узвҳои бадан, беҳаракатсозӣ ҳангоми шикастани устухонҳо ва дар дигар ҳолатҳои иллатгирӣ кӯмаки худро дар майдони ҷанг расонида тавонанд. Ин малақаҳоро донишҷӯён баъди гузаштани машғулиятҳо дар кафедраҳои ҳамхудуд гирифта метавонанд. Барои бо сифат аз худ намудани малақаҳои амалӣ лозим бармеояд, ки барномаҳои таълимии кафедраҳои ҳамхудуро низ таҷдиди назар намуда лозим аст.

Аз худ намудани тавсифи воситаҳои санитарӣ нақлиётӣ, ки барои эвакуатсияи захмдорон ва беморон истифода мешаванд (автомобилӣ, ҳавоӣ, обӣ, роҳи оҳан) ва ба таври дуруст истифода намудани онҳо дар шароити ҷанг. Барои омӯзиши тавсифи нақлиётҳои санитарӣ донишҷӯён бояд дар асл бо ин нақлиётҳо сару кор дошта бошанд, дар амал ба ҳар як намуди нақлиётҳои номбаршуда захмдорон ва беморонро савор ва фароварда бошанд, инчунин меъёрҳои стандартиро иҷро карда тавонанд. Ин боиси ба пуррагӣ гирифтани малақаҳои амалӣ нисбат ба ҷорабиниҳои эвакуатсионӣ мебошад. Имрӯз ин шароитҳо ба таври бояду шояд ба роҳ монда нашудааст. Дар синфхонаҳо ташкил намудани амсилаҳои нақлиёти ҷангӣ ва омӯхтани усулҳои баровардани захмдорон (механик ронанда, наворгир ва ғ.) аз дохили нақлиёти ҷангии азкор монда роли муҳимро мебозад. Бояд қайд намуд, ки истифода намудани воситаҳои нақлиёти санитарӣ дар шароити кӯҳсор вобаста ба фасли сол низ мавқеъ ва хусусияти худро дорад.



Хусусиятҳои ташкил ва гузарондани чорабиниҳои муолиҷавию таҳлилавӣ ҳангоми рафъи оқибатҳои истифодаи силоҳи қатли оммавӣ ба кор бурдани душман, хусусиятҳои худро дорост. Ҳарчанд истифодаи силоҳи қатли оммавиरो манъ карда бошанд, ҳам чангҳои имрӯзаи ҷаҳон нишон медиҳад, ки ба таври диверсионӣ ва дигар роҳҳо истифодаи моддаҳои химиевӣ ва радиоактивӣ ба назар мерасад. Ҳар як корманди тиббро зарур аст, ки баъд аз истифода шудани моддаҳои химиевӣ ба зарардидагон кӯмаки худро расонида тавонад. Ин амалия дар натиҷаи истифодаи моддаҳои химиевӣ дар озмоишгоҳҳо (иммитатсия) бо роҳи таҷрибаҳо тамринҳои ҳақиқӣ ба даст оварда мешавад.

Аҳамият ва мавқеи чорабиниҳои санитарӣ беҳдоштӣ ва зиддиэпидемиявӣ дар кӯшунҳо дар байни ҳайати шахсӣ низ таъсири худро доранд. Ба таври дуруст ташкил намудани таҳқиқ ва карантин дар қисми ҳарбӣ аз фаъолияти ташкилотчигӣ доштани сардорони ҳадамоти тиббӣ вобатагӣ дорад. Донишҷӯи ин чорабиниҳо дар натиҷаи омӯзиши амиқи фанни беҳдошти ҳарбӣ ба роҳ монда мешаванд аз ин лиҳоз барномаи фанни беҳдошти ҳарбиро як бори дигар таҳлил намуда барои омӯзиш дар барномаҳо таъғиротҳоро ҷорӣ намудан зарур аст.

Вазифа ва сохтори ташкилию штатии хизмати тиббии полки мототирандоз (танкӣ) дар фаъолияти полк дар замони чанг роли асосиро мебозад. Дар натиҷаи омӯзиши сохтори штатии нуқтаи тиббии полк ва дигар ҷузъу томҳо ба даст оварда мешавад, ки ин дар фанни ташкил ва тактикаи хизмати тиб ба роҳ монда шудааст. Вобаста ба шароит, иқлим, мавзёи ҷуғрофӣ коркарди воҳидҳои кории нуқтаи тиббии полки мототирандозро ба кор мебаранд.

Барои ба ҳисобгирии захмдорон ва беморон лозим аст, ки донишҷӯи ин пур намудани ҳуҷҷатҳои ба ҳисобгирии нуқтаи тиббии полк ва тартиби пур кардани онҳоро ба таври дуруст ба роҳ монда тавонанд. Донишҷӯи ин малакаҳоро дар ҷамъомади таълимӣ саҳроӣ ва тамринҳо аз худ менамоянд, афсарон тамоми ҳуҷҷатгузорию нуқтаи тиббии полкро ба донишҷӯи меомӯзонанд.

Вазифа, сохтор, ҷузъҳои амалкунанда, нақшаи ҷойгиршавӣ ва густариши нуқтаи тиббии полк. Дар натиҷаи чандин маротиба гузаронидани тамринҳо малакаи густариши нуқтаи тиббии полк дар шароити зимистон ва тобистон ба даст оварда мешавад. Имрӯз ин имкониятҳо хело каманд. Вобаста ба фарсуда будани ла возимотҳои тиббӣ, набудани бештари лавозимот, нақлиёти санитарӣ имконият намендиҳад, ки донишҷӯи дар машғулиятҳои саҳроӣ ба пуррагӣ нуқтаи тиббии полкро густариш диҳанд ва малакаҳои густариш додани нуқтаи тиббии полк (баталони алоҳидаи тиббӣ, дастаҳои алоҳидаи тиббӣ, госпиталҳо ва ғ) аз худ намоянд.

Шарту шароити фаъолияти ҳадамоти тиббӣ ҳангоми мудофия, ҳуҷум, ҳаракат ва шароитҳои гуногун. Дар натиҷаи ба роҳ мондани кор бо харитаҳои электронӣ (харитаи командир) ба ҳадаф расидан мумкин аст. Харитаҳои электрониро бо ташкил намудани синфхонаҳои электронӣ ва ҷорӣ намудани барномаҳои коркард бо харитаҳои электронӣ ба роҳ монда мешавад.

Хулоса: Дар натиҷаи донишҷӯи дар равиши омӯзиши фанни мазкур бояд инҳоро аз худ намоянд:

-шарту шароити фаъолияти ҳадамоти тиббии кӯшунҳо дар замони осоишта ва чанг;

-таъмин намудани омодабошии баланди ҳарбии қувва ва воситаҳои ҳадамоти тиббӣ дар замони осоишта ва чанг;

-роҳҳои пуррагардонии қувваҳои мусаллаҳ бо хизматчиёни солими ҳарбӣ, ҳангоми сафарбарӣ;

-ташкил ва гузарондани чорабиниҳои муолиҷавию таҳлилавӣ дар қисмҳои низомӣ, дар амалиётҳои чангӣ;

-назорати санитарӣ ва гузарондани чорабиниҳои санитарӣ беҳдоштӣ ва зиддиэпидемиявӣ дар маҳали ҷойгиршуда ва амалиётҳои қисми низомӣ;

-гузарондани чорабиниҳои ҳадамоти тиббӣ оид ба муҳофизати ҳайати шахсии кӯшунҳо, қисму муассисаҳои ҳадамоти тиббӣ аз силоҳи муосири қатли оммавӣ ва ба он баробаршаванда;



-гузарондани иктишофи тиббӣ дар қўшунҳо ва мавқеъи ишғол намудаи онҳо;

-таъмин намудани қўшунҳо бо таҷҳизоти муосири тиббӣ баҳри расонидани ёрии тиббӣ;

-тайёр намудани кадрҳои тиббӣ барои қувваҳои мусаллаҳ ва такмили ихтисоси ҳайати шахсии ҳадамоти тиб вобаста ба шароит;

-коркарди илмии масоили таъминоти тиббии қувваҳои мусаллаҳ дар замони ҷанг ва ҷорӣ намудани таҷрибаҳои ҷангии дигар артишҳо.

-ба ҳаҷми пурра дониш, маҳорат ва маљаҳои амалии духтури нуқтаи тиббии полкро аз худ намоянд;

-заҳмдорон ва беморонро ба навъҳо ҷудо карда тавонанд;

-ба заҳмдорон ва беморон ёрии аввали тиббӣ, тотабиборо расонида тавонанд;

-хуччатҳои корғузори нуқтаи тиббии полкро донанд;

-заҳмдорону беморонро тахлия карда тавонанд;

-воситаҳои ҳифзи инфиродиро дуруст истифода бурда тавонанд.

Донишҷӯён дар равиши омӯзиши фанни мазкур омилҳои зеринро бояд иҷро карда тавонанд:

-ташқил, идора, таъминоти тиббии полки мототирандоз дар шароити муҳорибаи ҳозираи умумикӯшунӣ;

-густариш ва ташқил намудани кори нуқтаи тиббии полк, барои қабули беморон ва заҳмдорон ва расонидани ёрии тиббӣ ба онҳо.

Баъди ба пуррагӣ омӯхтани фанни мазкур донишҷӯён метавонанд ҳамчун духтури ҳарбӣ дар вазифаҳои духтури қисми низомӣ кор ва фаъолият намоянд.

Адабиёт.

1. Военно-медицинская подготовка, под ред. Ф. И. Комарова, М., 1984;
2. Организация и тактика медицинской службы, под ред. Н. Г. Иванова и О. С. Лобачева, Л., 1984.
3. Тактико-специальная подготовка офицеров, штабов, соединений и частей химических войск. Учебник. - М.: Воениздат, 1990. - 210 с.
4. Ибрагимов, А.А. Сборник учебных программ военно-профессиональных учебных дисциплин факультета военного обучения при Казанском государственном технологическом университете/ А.А.Ибрагимов. - Казань: изд-во КГТУ, 2008. - 93 с.
5. Иванов, В.Г. Компетентностная модель формирования готовности будущих специалистов к инновационной профессиональной деятельности в системе "вуз-войска" /В.Г. Иванов, Р.А. Ахметгареев// Вестник Казан. технол. ун-та. - 2011. - Т.14, №4. - С. 242-245.

ВАЙРОНШАВИИ ИҚЛИМ ВА БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҶО

Ҷиммат Муҳаммад Ёсин, Г.Б. Ҳочиева, К.З. Уроқов

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 (мудири кафедра д.и.т., Н.И.Мустафокулова)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Ҷиммат Муҳаммад Ёсин - докторанти PhD кафедраи бемориҳои дарунии №3, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, + 93 79 921 16 16

Ҳочиева Гулнора Бобоевна - дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т. - 918 62 69 41

Уроқов Комрон Зокирович - ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №3, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т. - 918 99 46 66



Ташхиси аспектҳои иқлимӣ дар бемориҳои дилу рағӣ, махсусан диққатҷалбкунанда аст. Гармшавии глобалии иқлими Замин на фақат масъалаи имрӯза, балки масъалаи оянда низ мебошад. Аз рӯи нишондодҳои ТУТ дигаргуниҳои метеорологӣ омилҳои хатарноки беруна буда ба тамоми системаҳои организми одам, аз он ҷумла ба равиши як қатор бемориҳо махсусан ба бемориҳои системаи дилу рағӣ таъсири манфии худро мерасонад.

Фишорбаландии шараёнӣ ва бемориҳои ишемиявии дил сабабҳои яқумдараҷаи мурриш ва пайдоиши маъҷубии барвақтина дар як қатор мамлакатҳои ҷаҳон мебошанд. Дида баромадани аспектҳои иқлими бемориҳои дилу рағӣ бо дигаргуншавии иқлим дар тамоми қурраи замин масъалаи хеле муҳим аст. Вобастагии бемориҳои дилу рағӣ бо омилҳои обуҳавоӣ муҳимияти мавзӯ дар нақшаи гузаронидани корҳои илмӣ ва пешгирии оризаҳои дилу рағӣ аст.

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Химмат Мухаммад Ёсин, Г.Б. Ходжиева, К.З. Ураков

Кафедра внутренних болезней №3, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Химмат Мухаммад Ёсин - докторант PhD кафедры внутренних болезней №3, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, + 93 79 921 16 16

Ходжиева Гулнора Бобоевна - доцент кафедры внутренних болезней №3, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., 918 62 69 41

Ураков Комрон Зокирович - ассистент кафедры внутренних болезней №3, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., 918 99 46 66

Исследование климатических аспектов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы имеет большое практическое значение. Идет глобальное потепление Земли, что является проблемой не только сегодняшнего но и проблемой завтрашнего дня. По данным ВОЗ метеорологические изменения являются опасными внешними факторами, которые отрицательно воздействуют на все системы организма человека, в том числе на течение различных заболеваний, особенно на заболевания сердечно-сосудистой системы.

Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца являются первичными причинами смертности и ранней инвалидности во многих странах мира. Рассмотрение климатических аспектов с изменением климата на всей земле является актуальной задачей в плане проведения научных работ и проведения профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: изменение климата, сердечно-сосудистая система, профилактика, осложнения.

CLIMATE CHANGE AND DISEASES OF CARDIO-VASCULAR SYSTEM

Himmat Muhammad Yosin, G.B. Hojjeva, K.Z. Urokov

Department of internal diseases №3 of Avicenna TSMU

Himmat Muhammad Yosin - PhD student of internal diseases №3 of Avicenna TSMU, +93 79 921 16 16

Hojjeva Gulnora Boboevna - c.m.s., associate professor of internal diseases department №3 of Avicenna TSMU, 918 62 69 41

Urokov Komron Zokirovich - c.m.s., assistant of internal diseases department №3 of Avicenna TSMU, 918 99 46 66



Study of climatic aspects on diseases of cardio-vascular system has great practical importance. There is a global warming of the Earth that is a problem not only today's but also problem of the future. According to WHO data meteorological changes are dangerous external factors, which negatively influence all systems of the human body, including the course of various diseases, especially diseases of the cardiovascular.

Мухимият. Бемориҳои дилу рағҳо яке аз масъалаҳои муҳими тиб ва соҳаи иҷтимоии кардиолгияи муосир мебошад. Фавтияти зиёд, ҷавон гаштани беморӣ, зиёд паҳншудани бемориҳои ишемиявии дил маҷбур месозанд, ки ба омӯзиши ин самт таваҷҷӯҳи бештар дода шавад [4].

Дар адабиётимӣ иаъсири омилҳои ҳаво - иқлим ба саломатии инсон қайд шуааст. Дар як қатор ташхисҳои байналмилалӣ синкли мавсимии пайдоиш ва фавтият аз бемориҳои дилу рағҳо (БДР) зиёдтар дар мавсими хунуки сол пайдо шуда ва камтар дар мавсими гарми сол дида мешавад. Дарачанокии ҳаво ва дигаргуншавии он барои системаи дилу рағҳо яке аз омилҳои асосии ҳавоӣ ба ҳисоб меравад. Тасвири графикаи алоқаи муриши бемории дилу рағҳо ва дарачанокии ҳаво, қачиҳои дарачанокӣ номида мешавад [3;11;13].

Дар бисёр ташхисҳои қачиҳои дарачанокии муриш намуди V ё U-ро доранд, яъне ин диапозони оптималии дарачанокиест, ки ба муриши минималӣ аз бемориҳои дилу рағҳо дар минтақаи додасуда мувофиқ аст. Барои Москва ин диапозон 18-20°C аст. Баландшавӣ ва пастшавии дарачанокии ҳаво нисбат ба ин нишондод ба зиёдшавии муриш аз БДР дар ҳамон рӯз ё ин ки якчанд рӯз пас аз он, лаг номида мешавад. Ҳолатҳое, ки дарачанокии ҳаво дар муддати якчанд рӯз дар ҳолати баланд ё паст барои ҳамин минтақа дар вақти додасуда меистад, мавҷҳои гармӣ ва хунукӣ ном дорад. Таъсири кӯтоҳмуддати дарачанокиҳои баланд ва паст дар муддати як шабонаруз назар ба таъсири мавҷҳои гармӣ ва хунукии дарозмуддат ба пайдоиш ва равиши оризаҳои

The hypertension and coronary heart disease are primary causes of mortality and early disability in many countries of the world. Consideration of climatic aspects with climate change on all earth is a relevant task in respect of carrying out scientific works and performing prevention of cardiovascular complications.

Keywords: climate change, cardiovascular system, prevention, complication.

лу рағҳо зиёдтар оварда мерасонанд. Баъд аз марҳилаи зиёдшавии шумораи оризаҳои дилу рағҳо дар натиҷаи мавҷи хунукӣ ва гармӣ марҳилаи пастшавии шумораи пайдоиши оризаҳои дилу- рағӣ ба нишон расиданаш мумкин аст: мавҷ метавонад ба муриш ё пайдоиши сактаи дил оварда расонад, ки он мумкин аст хеле дертар пайдо шуданаш мумкин буд. Ин ҳолат дар адабиёт "самари зиндагӣ" ё "ҷойивазкунии муриш" номида мешавад [3;5;6;8].

Вақтҳои охир мавҷҳои гармӣ ва инчунин зиёдшавии дарачанокии миёна ба қайд мерасад. Дар шароити дигаргуншавии иқлим ташкили гузаронидани ташхиси таъсири гармӣ ва усулҳои пешгирии таъсири манфии он ба беморӣ ва муриши аҳоли яке аз масъалаҳои асосии тандурустии муосир аст, ки дар чорҷӯбаи лоиҳаҳои миллӣ ва байналмилалӣ аз он ҷумла ТУТ (ВОЗ) гузаронида мешавад [3;8;18].

Дар ташхисҳои калони гузаронидашудаи эпидемиологӣ зиёдшавии муриши умумӣ, аз он ҷумла бемориҳои дилу рағҳо дар вақти гармӣ нишон дода шудааст. Ҳамин тариқ, мавҷи гармии моҳи июли соли 1995 дар Чикаго, ки давомнокиаш як ҳафта буд, ба зиёдшавии шумораи муриши воқеиятҳои сабабҳои гуногун то 241 нафар дар як шабонарӯз оварда расонид. Аз ин миқдор 93,7%-ро бемориҳои дилу рағҳо ташкил додааст. Мавҷи гармии дуру дароз дар Аврупо, ки моҳи августи соли 2003 ба вуқӯъ омада буд (муддати 20 рӯз), аз рӯи нишондодҳои A.Folliet ва ҳаммуаллифон, ҳаёти 70 ҳазор одамро бурдааст; дар Фаронса зиёдшавии миқдори воқеаҳои муриш дар гармӣ 15 ҳазорро, ташкил дод, ки аз он 3306 нафараш-



ро бемориҳои дилу рағҳо ташкил додааст. Дар вақти гармиҳои моҳҳои июл-август соли 2010, шумораи воқеаҳои муҳим дар Москва ба 11 ҳазор расид, ки аз ҷумла бемориҳои дилу рағҳо аст. Дар ташхиси гузаронидашудаи шаҳрҳои Аврупо бо иқлими гуногун бо дохилшавии гурӯҳҳои ҳаргунаи аҳоли аз руи ҷинс, синну сол, бемориҳои ҳамрав, дар чорҷӯбаи лоиҳаҳои РНЕВЕ (2008с, 15 шаҳр) ва Euro Heat (2010с, 3 шаҳр), ки марҳилаҳои солҳои 1990 то 2004-ро дар бар мегирад гузаронида шудааст, муҳимияти даргоҳии максималии дараҷанокӣ ҳаво (баъди баландшавӣ муриши зиёд аз БДР, дар минтақаҳои иқлими гарм: 29,4°C дар шаҳрҳои баҳри Миёназамин ва 23,3°C дар шимоли Аврупо), хеле зиёд буд [1;12;16;17].

Нишондодҳои мутобиқшавии аҳоли ба гармӣ ҳаргунаанд. Дар ҳама минтақаҳои ташхиси гузаронидашуда, ба ғайр аз соли 2013, баландшавии дараҷаи ҳаво ба 1°C бо баландшавии муриш ба 3,12% дар минтақаи чануб ва ба 1,84% дар минтақаи шимол, оварда расонидааст. Тобистони соли 2013 таъсири зиёди мавҷҳои гармӣ, ба популярсияҳое, ки гармӣ на он қадар таъсир мекард, зиёни худро расонид. Ҳамин гуна натиҷа дар ташхиси америкоӣҳо, ки дар 50 шаҳрҳои ИМА солҳои 1989 то 2000 гузаронида шудааст, ба даст омадааст. Дар қорҳои W. Keatinge бо ҳаммуаллифонаш гурӯҳи синну соли 65-74 дар 6 мамлакатҳои Аврупо ғирифта шуда, таъсири гуногуни иқлим дида баромада шудааст. Дар диапазони дараҷаи миёна, шабонарузӣ 13,5-24,1°C таъсири мавҷҳои гарм ба организм бе дигаргуниҳои зиёд, нишон дода шудааст [3;5;14].

Умуман, аз рӯи натиҷаҳои ташхиси зиёди гузаронидашуда, дар гурӯҳҳои бо омилҳои зиёди муриш, одамони кӯҳансол (аз рӯи нишондодҳои муаллифони гуногун, аз 65, 75, 80 сола боло), кӯдакони хурдсол (аз 1 сола хурд ва то 5 сола) инчунин одамони сатҳи зиндагӣшон паст, ғирифтори бемориҳои рӯҳӣ, қорҳои қисмонӣ, одамони дар маркази шаҳр ва дар ошӯнаҳои боло зиндагонӣ дошта, қайд шудааст, мерасад. Нисбати ҷинс ва наҷод фикри аниқ нест. Инчунин қайд намудан лозим аст, ки дар

гармӣ, агар беморон БДР дошта бошанд ва маводҳои пешобронро истифода баранд, омилҳои муриш зиёдтар мушоҳида мешавад [10;15].

Таъсири манфии зиёди мавҷҳои гармӣ ба муддатнокӣ ва шиддати он мутаносиб аст, хусусан муддатнокии он омилҳои махсус аст: муддатнокии зиёди он ба зиёдшавии муриши воқеияти шабонарузӣ аз БДР ба 1,5-3 маротиба оварда мерасонад. Аз рӯи нишондодҳои натиҷаҳои ба даст овардаи як қатор муаллифони Аврупо ва ИМА, таъсири манфии мавҷи аввал дар мавсими аз натиҷаи бадастомадаи маводҳо, ташхиси баҳодихии муриш аз сабабҳои гуногун дар солҳои 1990-2002, таъсири муддатнокии речай экстремалии дараҷанокӣ дар охири тобистон ҳам, кам намешавад [3;6].

Дар давлатҳои тараққикарда ҳолатҳои марғи ногаҳонӣ зиёд шуда истодааст. Ба ҳисоби миёна як нишондод ба 1000 нафар аҳоли рост омадааст. Аз руи натиҷаҳои аутопсия дар 85,0% беморони марғи ногаҳонӣ БИД ҷой дошт, 10,0%-ро дигар намуди бемориҳои дил, дар 5,0%-и ин беморон ягон дигаргунӣ дар дил мушоҳида карда нашуд [7].

Баландшавии ҳарорати ҳаво ба якҷанд дараҷа аз меъёр зиёд, пеш аз ҳама ба беморони системаи дилу-рағҳо таъсири худро мерасонад. Аз рӯи нишондодҳои адабиёт, ҳангоми баландшавии ҳарорати ҳаво аз 33°C зиёд тахминан аз соати 1200 то 1700 қобилияти қорҳои организм паст шуда, организм худро аз сарбориҳо муҳофизат менамояд [9].

Ин ҳулоса аз рӯи исботи олимони австралӣ (с.1996-2004), ки дар натиҷаи руҳ додани фалокат аз ҳисоби гармии зиёд ва таъсири он ба синну сол баҳо дода шуда буд, (фарқи байни дарозумрии миёна ба синну соли вақти ғавт) ба даст омада буд [6;8].

Дар як қатор тадқиқотҳо таъсири лапиши гармӣ нисбат ба лапиши хунукӣ, ки зиёдтар ба дарозумрии ҷавонон таъсири манфӣ мерасонад, исбот шудааст. Лапиши хунукӣ бошад зиёдтар ба қалонсолон таъсири манфии худро мерасонад [13].



Гармшавии иқлим ба беморони гирифтори бемории дилу рағҳо таъсири манфии худро расонида, ба зиёдшавии оризаҳо оварда, сабаби фавти беморони вазнин мегардад. Аммо на ҳамаи олимони тарафдори ин фикр буда ва ин теория на он қадар исбот шудааст. Мисол: Марҳилаи "интиҳобӣ" ки баъди лапишҳои гармӣ аз моҳи августи соли 2010 то декабри соли 2010, ки дар Москва давом ёфта буд, ба дарозумрии беморони ҳолаташон ниҳоят вазнин таъсири худро расонида, умри онҳоро ба 0,5 сол кӯтоҳ намуд. Лапиши гармии соли 2003 бошад ба кӯтоҳшавии умри беморон ягон таъсири манфӣ нарасонидааст [3;11;18].

Солҳои охир дар баъзе мамлакатҳои Чануб сабаби як қатор бемориҳои нозологӣ ва фавтро ба шароити ҷавобӣ вобаста мекунанд.

Дар замони муосир дар адабиётҳои дастрас ва мақолаҳои интишоршуда алоқамандии сабаби бемориҳо ва фавт бо бемориҳои дилу рағҳо муҳокима гардидааст.

Ин муоинаҳои таъсири гармӣ дар Чехия (с.1994-2009), дар Англия ва Уэлс (с.1993-2006) ва дар Бовария (с.1990-2006) гузаронида шудааст. Фавт аз бемориҳои дилу-рағҳо аз ҳисоби гармӣ 33,9%, бемориҳои роҳҳои нафас 24,7% ва дигар бемориҳо 41,3%-ро ташкил додааст. Дар даҳсолаи охир дар баъзе давлатҳо ба мисоли Фаронса, Италия, Олмон, ИМА, Канада нақшаи миллӣ барои ҳифзи саломатии аҳоли аз лапиши гармӣ коргузорӣ карда шуд [1;2;3;8;17;18].

Ин барнома нисбати лапиши гармӣ якчанд паҳлӯҳоро дар бар мегирад, аз он ҷумла аҳоли ҷӣ тавр бояд дар вақти гармӣ рафтор намояд то, ки оризаҳои бемориҳо камтар шаванд. Тобистони соли 2014 ду лапиши гармӣ мушоҳида шуда буд ки аз 4 то 10 рӯз давом ёфта, баландии ҳарорат 32,7°C-ро ташкил дод. Дар зери "лапиши гармӣ" 3 рӯз ва зиёда аз он баландшавии ҳарорати ҳаво барои маҳалли алоҳида дар назар дошта мешавад [3].

Барои Москва ва вилояти Москва ин ҳадди гармӣ то 22,7°C ташкил медиҳад ва аз ин зиёд баландшавии ҳарорат ба зиёд

шудани фавт ва дар ҳолати ниҳоят вазнин бистарӣ шудани беморон оварда мерасонад [5].

Дар вақти гармӣ речаи обнӯши ҷихатҳои хоси худро дорад. Терморегулятсияи фаъоли ҷубронӣ дар бисёр мавридҳо аз моеъҳое, ки бо араққунӣ ба ҳавои нафаскашӣ хориҷ мешаванд, вобастагӣ доранд. Дар баъзе адабиётҳо баҳодиҳии нӯшидани ҳаҷми об, миқдори минералҳо, карбогидратҳо дар нӯшокҳо, барои одамони хатари тарси гармӣ дошта, гузаронида мешавад [6;8].

Истифодаи об дар вақти гармӣ барои ҳар як организм индивидуалӣ мебошад, ва ин аз ҷанд омил вобастагӣ дорад: дараҷаи гуногуни гармшавии организм ҳангоми кори ҷисмонӣ, камшавии оби бадан, вобастагӣ ба синну сол буда вазн, тамоқукашӣ ва ҳолати саломатӣ ба назар гирифта мешавад [12].

Маслиҳати вобаста аз ташнагӣ дар вақти гармӣ нӯшидани об дар протоколи дарси ҳарбӣ ва варзишӣ дарҷ шудаанд, ки ин маслиҳат на барои ҳама муфид аст. Ба шахсоне, ки худро дар гармӣ ўҳда карда наметавонанд, (шахсони бемор, кӯдакон) диққати махсус додан лозим аст. Ҳангоми гармӣ шахсони гурӯҳҳои хатар мебојад вазни худро ҳамавақт бар кашанд [8;17].

Ба шахсони гирифтори бемориҳои фишорбаландӣ, норасоии дилу гурдаҳо дошта, дар вақти гармӣ истеъмоли об маҳдуд мегардад. Ба ин беморон нишондоди истифодабарии обро аз рӯи вазн ҳисоб мекунанд. Камшавии вазни бадан ба 1 кг камшавии оби баданро нишон медиҳад. Аз рӯи ин нишондод ҳаҷми обнӯширо дар ин гуна беморон метавон зиёд намуд [18].

Шахсоне, ки маводи доругии пешобронро мегиранд, бояд ҳар замон санҷишҳои лабораториро барои баҳо додани ҳолати дегидрататсия, супоранд. Агар аломатҳои камшавии ҳаҷми гардиши хун ва гипоперфузии узвҳои дохила, сарчарҳзанӣ, зиёдшавии мочевина дар хун (зиёда аз 5 ммол/л) пайдо шавад, вояи доругии пешобронӣ кам карда шавад. Дар ин ҳолатҳо бояд шахсони бемор на камтар аз 2 литр обро вобаста аз ташнагӣ нӯшад ва бояд вазни худро санҷида истад [3;8].



Ташхисҳо нишон доданд, ки будани кондитсионер дар хона, хатари фавтро ҳангоми лапиши гармӣ 77,0% - камтар мекунад. Ҳатто дар муддати якчанд соат дар ҷои кондитсионер дошта истодан хатари фавтро ҳангоми гармӣ 55,0% камтар мекунад. Хунуқшавии ҳарорати хонаро ба воситаи кондитсионерҳо то 25,50С департаменти тандурустии Нью-Йорк маслиҳат медиҳад ва ё ин ки ҳарорати хона ба 5°C камтар аз ҳарорати ҳаворо дастгоҳи асосии тандурустии Фаронса тавсия медиҳад, ва инчунин фикри окилонаи истифодабарии ками ресурсҳои энергетикӣ бо камшавии хатар, маслиҳат дода мешавад [8;11;13].

Яке аз сабабҳои каме баланд шудани фишор ё ин ки баракс пайдоиши пастшавии фишори хун, ки ягон нишонаҳои клиникалии гипоперфузияро надорад, ин ҷавоби физиологии организм ба зиёдшавии гармии ҳаво мебошад ва ин ягон корексия (барқарорсозӣ)-ро талаб намекунад. Аксенти асосиро дар ин ҳолат ба маҳдуд намудани худмуолиҷа, яъне рӯ гардонидан аз доруҳои фишорпасткунанда, зиёд намудани доруҳои диуретикӣ ва кислотаи асетат бе тавсияи духтури муолиҷавӣ номумкин буда ва албатта қоидаҳои дурусти истифодаи доруҳо дар ҳарорати на зиёда аз 25°C риоя бояд намуд [8;12;17].

Дар вақти гармӣ дар беморони дилу-рағҳо дошта истифодабарии доруҳое, ки ҳислати адаптогенӣ доранд, ҳамчун нуқтаи асосӣ метавон дуруст ҳисобид. Маводҳои доругӣ ба мисоли милдронат, кудесан, панангинро ба ин гуна беморон тавсия кардан лозим аст. Истифодабарии милдронат адаптасияи организмро ба гармӣ зиёдтар менамояд. Бемороне, ки ин маводи доругиро дар ҳолати гармӣ истифода мебаранд ва зерин назорат ҳастанд, дар онҳо тарси оксидантӣ дида намешавад. Баръакс дар ин беморон хуб шудани ҳолати зиндагонӣ, пастшавии фишори хун ва камшавии шумораи дилзани ба назар мерасад. Истифодабарии маводҳои доруворихи адаптогенӣ метавонад тоқатфарсии беморонро ба гармӣ зиёд ва оризаҳои бемории дилу-рағҳоро камтар намояд [8;13].

Ҳамин тариқ доруҳои адаптогениро бояд сари вақт барои беморҳои дилу-рағҳо истифода бурд. Вақтҳои охир завқи илмӣ барои омӯхтани механизмҳои таъсири гармии зиёд дар организм пайдо мешаванд, бараъло намён аст.

Дар шароити байналмилалӣ гармшавии иқлим дар охири асри XXI ба зиёдшавии ҳарорати солони то 1,4-5,8°C ба назар мерасад. Ивазшавии иқлим ва зиёдшавии лапишҳои гармӣ ба дарозшавии онҳо вобастагӣ дорад. Дар ҳолати гармии зиёд фавти шахсони калонсол бисёр мешавад. Мисол, ҳангоми гармии тобистони соли 2003-юм дар Аврупо фавт дар Италия ба 15,0%, дар Португалия ба 40,0% ва дар Фаронса ба 60,0% расид [1;14;16].

Дар натиҷаҳои гузаронидани санҷиши ҳавои Москва аз ҳама дарозтарин лапиши гармӣ, тобистони соли 2010 ба қайд гирифта шудааст. Дар он вақт зиёдшавии CO₂ дар ҳаво 2,2 маротиба зиёд гардид. Дар тобистони соли 2010-ум дар Москва фавт ба 11-ҳазор нафар расидааст, ки ин нисбат ба июлавгусти соли 2009 зиёд қайд шудааст [3;13].

Дар маҷмӯъ ҳолатҳои фавт пас аз таъсири зиёди гармӣ дар мамлақати Русия дар соли 2010-ум нисбати соли 2007-ум ва соли 2011 зиёдтар шудааст.

Ҳамин тариқ, дигаргуншавии омилҳои экологӣ ва аз ҳад гарм шудани ҳаво метавонад ба пиршавии организм оварда расонад.

Таъсири мавҷҳои гармо ва сармои дарозмуддат нисбати таъсири ҳарорати баланд ё пасти кӯтоҳмуддат дар давоми як шабонарӯз ба инкишофи зуди аворизҳои дилу рағҳо оварда мерасонад. Давраи баландшавии шумораи аворизҳои дилу рағҳо ҳангоми таъсири мавҷҳои гарм ва сард метавонад авҷ ёбад, мавҷ метавонад фавт ё инкишофи сактаи дилро ба амал орад. Натиҷаи мазкур дар адабиёт бо номи "натиҷаи ҳаёт" ё "фавти омехтаро" гирифтааст. Вақтҳои охир тамоюли гармшавии иқлими замин, зиёдшавӣ ва давомнокии маҷҳои гармӣ ба баландшавии ҳарорати миёна оварда расонидааст. Дар шароити тағйирёбии иқлим омӯхтани таъсири гармо ва коркарди андо-



за барои пешгирии таъсироти манфӣ ба бемориҳо ва фавти аҳоли яке аз масъалаҳои муҳими тандурустии муосир буда, дар ҷаҳонҷубаи лоиҳаҳои миллӣ ва байналмилалӣ аз ҷумла Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ гузаронида мешавад [3;13].

Дар таҳқиқоти калони эпидемиологӣ баландшавии фавти умумӣ ва фавти беморони дилу рағҳо дар вақти гармо нишон дода шудааст. Ҳамин тавр, мавҷҳои гармои июли соли 1995 дар Чикаго, давом ёфтани он дар ҷараёни як ҳафта ва зиёдшавии шумораи бемориҳои дилу-рағиро то 93,7%-ро ташкил намудааст. Таъсири дурударози мавҷҳои гармо дар Аврупо моҳи августи соли 2003 (то 20 рӯз) аз рӯи нишондодҳои A.Folliet ва ҳаммуаллифон (15), ҳаёти 70 ҳазор нафарро рабуд; дар Фаронса зиёдшавии миқдори ҳолатҳои фавт дар гармо 15 ҳазорро ташкил дод, ки маҳз ин шумора 3306 нафарашон бемориҳои дилу рағӣ доштанд.

Липопротеидҳои зичиашон баланд фаъолияти зидди атерогенӣ дошта инчунин хусусияти зидди оксидантӣ, зидди илтиҳобӣ, ситопротекторӣ, рағвасеъкунандагӣ, зиддитромботикӣ ва фаъолияти зидди сироятӣ доранд.

Барвақт пайдо шудани (дар синни < 55 солагӣ ошкоршуда барои мардон ва < 65 сол аст барои занон) бемории ишемияи дил дар ҳешони дараҷаи якум ҳамчун яке аз омилҳои хатари асосӣ барои ишемияи атеросклерозӣ (коронарӣ) эътироф мешавад. Дар фарзандони шахсони бо бемории коронарии барвақта (ишемияи) дил пайдо шуда, талошҳо бояд дар муайян намудан ва дигаргун намудани омилҳои хатари ташаккули атеросклероз бояд равона карда шавад. Шикоятҳои пайдоиши дард дар беморони сактаи дил хеле муҳим мебошад, ки ин ишора ба фаъол шудани системаи асаби вегетативӣ

аст. Дар давоми пайдо шудани дард фаъолияти системаи аденилсиклаза оғоз мешавад ва ташаккули вазъи тромботикӣ дар беморон зиёд мешавад. Ба бемороне, ки сатҳи баланди норадреналинро дар хун ҳам дар вақти дард ва ҳам дар ҳолати оромӣ доранд, диққати махсус бояд дод. Ин нишонаҳои пайдо шудани норасоии музмини лахташавии дарунирағӣ мебошад [1;2].

Бармаҳал фарсуда шудани рағҳо махсусан аз синну соли бемор, таърихи беморӣ, гипертрофияи девораи рағҳо ва вайроншавии вазифаи эндотелий вобастагӣ дорад. Инчунин фарбеҳшавии вистсералӣ яке аз омилҳои ҷараёндори фибрози девораи рағҳо буда, девораи шараёнӣ саҳт мешавад ва адипокинҳои дисфунксалии бофтаи чарбуи вистсералӣ дида мешавад, ки ин яке аз омилҳои асосии патогенетикӣ аз навтарҳозии системаи дилу рағҳост [7].

Организми зинда ҳамчун системаи динамикӣ буда, доимо ба намудҳои гуногуни сарборӣ ба монанди сарбориҳои физикӣ, эҳсосотӣ, хурокворӣ аксуламалдиҳанда аст. Охири намуди сарборӣ, таҷрибаи мунтазам дар давоми ҳаёт ва тағйирёбии шароити мавҷудот ба он меорад, ки бори алиментарӣ тадриҷан ба сарбории алиментарӣ табдил меёбад. Сатҳи тарси оксидантӣ аз сершавии ғизо бо карбогидратҳо ва ҷамъшавии глюкоза ва инсулин вобаста аст. Гипергликемияи шадид тавассути стресси оксидантӣ миқдори ситокинҳои пеш аз илтиҳобиро метавонад зиёд кунад. Баланд шудани фишори шараёнӣ воқуниши илтиҳобиро бо ҷамъкунии Т-ҳуҷайраҳои фаъолшуда дар бофтаи чарбии назди рағӣ ва гурдаҳо ва ситокинҳоро ҳосил мекунад, ки ба рағҳо ва найчаҳои гурда таъсир расонда, оқибат ба ҷараёни гирифтورشавии фишорбаландии шараёнӣ мусоидат мекунад [2;7].

АДАБИЁТ

1. Агеев Ф.Т. Влияние волны холода на течение заболевания, гемодинамику, углеводный обмен и реологические свойства крови у кардиологических больных / Ф.Т. Агеев, М.Д. Смирнова, О.Н. Свирида, Т.В. Фофанова и др. // Терапевтический архив. - 2015. - №9. - 11-16
2. Зволинская Е.Ю. Эпидемиологическая ситуация по основным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации среди лиц молодого воз-



- раста / Е.Ю. Зволинская, А.А. Александров, А.Д. Деев, Ю.А. Баланова и др. // Кардиология. - 2015. - №12. - стр. 63-69
3. Козловская И.Л. Жара и сердечно-сосудистые заболевания (обзор эпидемиологических исследований) / И.Л. Козловская, О.С. Булкина, В.В. Лопухова, Н.А. Чернова и др. // Терапевтический архив. - 2015. - №9. - стр. 84-90
4. Невзорова В.А. Содержание половых гормонов в сыворотке крови у здоровых с факторами риска развития ишемической болезни сердца и больных ишемической болезнью сердца молодого и среднего возраста / В.А. Невзорова, О.В. Настрадаин, Л.В. Родионова // Терапевтический архив - М. : - 2005. - №9. - с. 28-31.
5. Природные пожары и аномальная жара в Российской Федерации. Медико-санитарные рекомендации, август 2010; 19с.
6. Ревич Б.А. Изменения климата и здоровье населения России: анализ ситуации и прогнозные оценки / Б.А. Ревич, В.В. Малеев // М.: Ленанл - 2011. - 208с.
7. Резван В.В. Клинико-электрокардиографические синдромы ассоциированные с риском внезапной смерти / В.В. Резван, О.В. Яков, Ю.С. Катаева//Клиническая медицина. - М., 2008. - №5. -С.55-61.
8. Смирнова М.Д. Эффективность российских медико-санитарных рекомендаций по сапогенному поведению в условиях аномальной жары / М.Д. Смирнова, О.Н. Свирида, М.В. Вишня, Г.В. Михайлов и др. // Кардиология. - 2015. - №5. - стр. 66-71
9. Турсунов Х.Х. Особенности течения ИБС в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины Узбекистана / Х.Х. Турсунов, С.М. Бабич // Кардиология - М., 2011. - №1. - С.31-34.
10. Berry J.D., Lloyd-Jones D.M., Garside D.B., Greenland P. Framingham risk score and prediction of coronary heart disease death in young men. *Am Heart J* 2007; 154(1): 80-86
11. Bhaskaran K, Armstrong B, Hajat S, Haines A, Wilkinson P, Smeeth L. Heat and risk of myocardial infarction: hourly level case-crossover analysis of MINAP database. *BMJ*. 2012;345:e8050.
12. Davidkova H, Plavcova E, Kynel J, Kysely J. Impacts of hot and cold spells differ for acute and chronic ischaemic heart diseases. *BMC Public Health*. 2014;14:480
13. Fares A. Winter Cardiovascular Diseases Phenomenon. *N Am J Med Sci*. 2013; 5(4): 266-279
14. Huang C, Barnett AG, Wang X, Tong S. Effects of extreme temperatures on years of life lost for cardiovascular deaths: a time series study in brisbane, Australia. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;1(5): 609-614
15. Lindman A.S., Selmer R., Tverdal A., Pedersen J.I. et al. The SCORE risk model applied to recent population surveys in Norway compared to observed mortality in the general population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(5):731-737
16. Liu L, Breitner S, Pan X, Franck U, Leitte AM, Wiedensohler A. Associations between air temperature and cardio-respiratory mortality in the urban area of Beijing. China a time-series analysis. *Environ Health*. 2011;10:51
17. Loughnan M, Tapper N, Loughnan T. The Impact of "Unseasonably" Warm Spring Temperatures on Acute Myocardial Infarction Hospital Admissions in Melbourne, Australia: A City with a Temperate Climate. *J Environmental Public Health*. 2014(2014); ID483785
18. Rocklov J, Ebi K, Forsberg B. Mortality Related to Temperature and Persistent Extreme Temperatures. A Study of Cause-specific and Age-stratified Mortality. *Occup Environ Med*. 2011;68 (7):531-536.



ДАРАЧАИ ИЗТИРОБ ДАР ДОНИШЧҶҶЁН БО НАМУД ВА ДАРАЧАҶҶОИ ГУНОГУНИ АГРЕССИЯ

С.Н. Арабзода, Ф.А. Шукуров, А.А. Нурматов

Кафедраи физиологияи нормалии (мудири кафедра д.и.т., Ҷалимова Ф.Т.)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Арабзода Сарвиноз Нозировна - муаллими калони кафедраи физиологияи нормалии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail:sarabzoda@mail.ru, тел.:93-801-33-66

Шукуров Фуруз Абдуфаттоевич - профессори кафедраи физиологияи нормалии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail:fshukurov@yandex.ru, тел.: 907-90-38-83

Нурматов Акбар Абдусатторович - сардори шӯъбаи таълими донишқадаи баъди дипломи маорифи Хуҷанд дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, профессор,

E.mail:fshukurov@yandex.ru, тел.:918-69-36-26

Масъалаҳои пайдоиши агрессия айни замон кушода мемонад ва аз ҳар ҷиҳат нисбатан амиқ омӯхтани онро талаб мекунад. Дар айни замон масъалаҳои ҳалталаб оиди омӯзиши рафторҳои ҳуҷумоваранда равона карда мешавад. Дар пешгирии низоъ нақши калонро дараҷаҳои агрессия мебозад. Ҷаҳиши яқбораи ҷиноят, низоъҳои мусаллаҳи байни миллатҳо дар даҳсолаи охир барои омӯхтани табиати агрессия дар инсон сабабгор мешавад. Мо тахмин мекунем, ки ошкор шудани рафтори бадқасдонаи инсон на танҳо аз намуд ва дараҷаи он, балки аз дараҷаҳои мувофиқи изтиробии он низ вобастагӣ дорад.

200 донишҷӯ дар синну соли аз 18 то 23 сола тадқиқ карда шуд. Дараҷаҳои умумии изтироб, намуд ва дараҷаҳои агрессия муайян карда шуд.

Муқаррар карда шуд, ки миқдори зиёди тадқиқшавандагон худаг्रेसия (38%), баъдан агрессияи лафзӣ (28,5%) ва ҳар як панҷум до-

нишҷӯ (20%) агрессияи ҷисмонӣ доранд. Хусусияти паҳншавии намудҳои агрессия байни ҷавонписарон ва духтарон қайд карда шудааст. Баҳоидиҳии изтироб нишон дод, ки изтиробии муқаррарӣ танҳо дар 3,5%-и донишҷӯ мавҷуд аст. Муайян карда шуд, ки 68% донишҷӯи курси ду асосан баҳаёти мактаби олии мутобиқ нашудаанд ва бо онҳо ҷорабиниҳои профилактикӣ гузаронидан лозим аст.

Таҳлили муқоисавии намудҳои агрессия бо изтироб дар ҳамаи намудҳои агрессия бештар 50% бо изтиробии баланд ва аз ҳад баланд шаҳодат медиҳад. Дараҷаи пасти агрессия танҳо дар 12% дараҷаи миёнаи агрессия - дар 20%; дараҷаи баланди агрессия - дар 46%; дараҷаи хеле баланд - дар 16% ва дараҷаи аз ҳад баланди агрессия - дар 6%-и донишҷӯёни тадқиқшаванда муайян карда шуд.

Калимаҳои калидӣ: агрессияи ҷисмонӣ, худагресия, агрессияи лафзӣ, агрессияи эҳсосотӣ, изтироб, дараҷаҳои агрессии

СТЕПЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ И УРОВНЕМ АГРЕССИИ

С.Н. Арабзода, Ф.А. Шукуров, А.А. Нурматов

Кафедра нормальной физиологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Арабзода Сарвиноз Нозировна - старший преподаватель кафедры нормальной физиологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail:sarabzoda@mail.ru, тел.:93-801-33-66



Шукуров Фируз Абдуфаттоевич - профессор кафедры нормальной физиологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: fshukurov@yandex.ru, тел.: 907-90-38-83

Нурматов Акпар Абдусатторович - начальник учебной части Худжандского филиала Государственного образовательного учреждения института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, профессор,

E.mail: fshukurov@yandex.ru, тел.: 918-69-36-26

Проблема возникновения агрессии до настоящего времени остается открытой и многие ее стороны требуют более глубокого изучения. В настоящее время особое место отводится проблеме изучения агрессивного поведения. В профилактике конфликтов большую роль играет уровень агрессивности. Резкий всплеск преступности, терроризма, межэтнических вооруженных конфликтов в последние десятилетие, дали новый толчок к изучению природы агрессивности у человека. Мы полагаем, что проявление агрессивного поведения человека зависит не только от его формы и уровня, но и от соответствующей им степени тревожности.

Обследовано 200 студентов в возрасте от 18 до 23 лет. Определяли степень общей тревожности, формы и уровни агрессии.

Установлено, что наибольшее количество обследованных с самоагрессией (38%), затем с вербальной (28,5%) и каждый пятый студент (20%) оказался с физической. Отме-

чена особенность распространенности форм агрессии среди юношей и девушек. Оценка тревожности показала, что нормальная тревожность присутствует лишь у 3,5% студентов. Установлено, что 68% студентов второго курса еще не адаптированы к вузовской жизни и с ними необходимо проводить профилактические мероприятия.

Сравнительный анализ форм агрессии с тревожностью показывает, что при всех формах агрессии более 50% с повышенной и высокой тревожностью. Установлено, что низкий уровень агрессии отмечается лишь у 12% обследованных студентов; умеренный уровень агрессии - у 20%; повышенный уровень агрессии - у 46%; высокий уровень агрессии - у 16% и очень высокий уровень агрессии - у 6%.

Ключевые слова: физическая агрессия, самоагрессия, вербальная агрессия, эмоциональная агрессия, тревожность, уровни агрессии

THE DEGREE OF ANXIETY IN STUDENTS WITH DIFFERENT FORMS AND LEVEL OF AGGRESSION

S.N. Arabzoda, F.A. Shukurov, A.A. Nurmatov

Department of normal physiology of Avicenna TSMU, Tajikistan

Arabzoda Sarvinoz Nozirovna - senior teacher of normally physiology department, of Avicenna TSMU, E.mail: sarabzoda@mail.ru, tel.: 93-801-33-66

Shukurov Firuz Abdulfattoevich - Professor of normal physiology department of Avicenna TSMU, E.mail: fshukurov@yandex.ru, tel.: 907-90-38-83

Nurmatov Akpar Abdusattorovich - Professor, Head of the educational department of Khujand branch of State Educational Institution of the Institute of Postgraduate Education in the Republic of Tajikistan, E.mail: fshukurov@yandex.ru, tel.: 918-69-36-26

The problem of the emergence of aggression to this day remains open and many of its sides require an in-depth study. Currently, a special place is given to the problem of studying

aggressive behavior. The level of aggressiveness plays an important role in conflict prevention. The sharp surge in crime, terrorism, ethnic armed conflicts in the last decade, gave a new



impetus to the study of the nature of aggressiveness in human. We believe that the manifestation of a person's aggressive behavior depends not only on his form and level, but also on the corresponding degree of anxiety.

200 students aged from 18 till 23 flyings are examined. Determined the degree of general anxiety, forms and levels of aggression.

It was established that the largest number of surveyed with self-aggression (38%), then with verbal (28.5%) and every fifth student (20%) was found with physical.

The feature of the prevalence of forms of aggression was noted among boys and girls. Anxiety assessment showed that only 3.5% of students had normal anxiety. It has been

Муҳиммият. Масъалаҳои пайдоиши агрессия, ки айни замон кушода мемонад, ба омӯзишу пажӯҳиши амиқу васеъ ниёз дорад. Дар айни замон масъалаҳои ҳалталаб омӯзиши рафторҳои ҳучумоваранда ба ҳисоб мераванд. Дар пешгирии низоъ нақши калонро дараҷаҳои агрессия мебозанд [7]. Чӣ хеле ки маълум аст, ҳангоми дараҷаҳои баланди агрессия инсон ба объектҳои ихотакунанда зарар мерасонад. Шахсоне, ки рафтори бадқасддона доранд, шиддатнокии зӯровариро эҷод мекунанд, ки чун қоида ба як ё дигар сабабҳои раванӣ мувофиқат намекунанд. Дараҷаи баланди агрессия метавонад сабабҳои гуногуни намудҳои зурӣ бошад, ки басомади он дар ҳаёти муосир кам намешавад. [1]. Ҷаҳиши якбораи ҷиноят, низоъҳои мусаллаҳи байни миллатҳо дар даҳсолаи охир барои омӯхтани табиати агрессия дар инсон сабабгор мешавад. Аз тарафи дигар рафтори, ки ҳангоми агрессия қайд карда мешавад, танҳо воситае барои ба даст овардани кадом мақсад равона карда шудааст, яъне ба даст овардани натиҷа, на он ки зарар расонидан [5]. Фурманов И.А. агрессияи деструктиви ва конструктивиро ҷудо намуд, намуди якуми агрессия ҳамчун вайронкунанда, нобудкунанда, зӯроварӣ, бадҳоӣ тавсиф намуда, намуди дуюмро ҳамчун фаъолнокӣ, кӯшиши комъёб шудан, муҳофизат намудани худ аз дигарон, муҳофизати эътибори шахсӣ [6]. Мо тахмин ме-

established that 68% of second-year students are not yet adapted to university life, and it is necessary to carry out preventive measures with them.

A comparative analysis of the forms of aggression with anxiety shows that, in all forms of aggression more than 50% with increased and high anxiety.

It has been established that a low level of aggression is observed only in 12% of the surveyed students; moderate level of aggression - in 20%; an increased level of aggression - in 46%; a high level of aggression - in 16% and a very high level of aggression - in 6%.

Keywords: physical aggression, self-aggression, verbal aggression, emotional aggression, anxiety, levels of aggression.

кунем, ки ошкор шудани рафтори бадқасддонаи инсон на танҳо аз намуд ва дараҷаи он, балки аз дараҷаҳои мувофиқи изтиробии он низ вобастагӣ дорад.

Яке аз нишондиҳандаҳо, ки инсонро тавсиф мекунанд ин изтироб мебошад. Изтироб дар ҳолатҳои, ки бо фаъолияти арзёбӣ алоқаманд аст, инчунин дар шароитҳои субъективӣ ва иҷтимоии муфид ба амал меояд. [8]. Дараҷаҳои муқаррарии (оптималӣ) изтироб вучуд дорад, ки ба боиси ноил гаштани комъёбӣ дар фаъолият мебошад. [3]. Изтироб на танҳо бо дараҷаҳои шиддатнокии сабабият, балки бо норасоии хабар тавсиф меёбад. Фарқияти андозаи хабари воқеӣ ва пешгӯишуда дараҷаи изтиробро муайян мекунанд [1,4].

Мақсади таҳқиқот омӯхтани тавсифи муқоисавии намудҳои гуногун ва дараҷаҳои агрессия ва изтироб.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мо 200 донишҷӯдар синну соли 18 то 23 сола таҳқиқ карда шуд. Аз рӯи натиҷаҳои тести Тейлор моба изтиробии умумӣ, ки аз се компонент: асабӣ, иҷтимоӣ ва соматикӣ иборат аст баҳо додем. Бо ҷамъи изтироб мо 4 гурӯҳ ҷудо кардем: гурӯҳи I бо изтиробии муқаррарӣ (оптималӣ) (то 13 ҳол); гурӯҳи II - бо изтиробии миёна (14-20 ҳол); гурӯҳи III - бо изтиробии баланд (21-29 ҳол) ва гурӯҳи V - бо изтиробии хеле баланд (30 вазиёда ҳол). Барои муайянкунии намуд ва дараҷаҳои аг-



рессия тести Л.Г. Почебут-ро истифода бурдем. Мо чунин намудҳои агрессияро чудо намудем: лафзӣ (АЛ), ҷисмонӣ (АҚ), ашъӣ (АА), эҳсосотӣ (АЭ) ва худагрезия (ХА). Бо ҷамъи ҳолҳои ҳамаи агрессия мо панҷдараҷа чудо намудем: паст (I), миёна (II), зиёд

(III), баланд (IV) ва аз ҳад баланд (V). Баъдан мо тавсифи қиёсии намуд ва дараҷаҳои агрессия бо зуҳуроти изтироб гузаронидем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои паҳншавии намудҳои агрессия дар ҷадвали 1 инъикос ёфтааст.

Ҷадвали 1

Паҳншавии намудҳои агрессия

Намуди агрессия	Миқдори умумӣ	%	П	%	Д	%
АЛ	57	28,5%	34	29%	23	27%
АҚ	40	20,1%	33	28%	7	9%
АА	19	9,4%	10	8%	9	11%
АЭ	8	4%	5	4%	3	4%
ХА	76	38%	36	31%	40	48%
Ҷамағӣ	200	100%	118	100%	82	100%

Тавре аз ҷадвал бармеояд, миқдори зиёди таҳқиқшавандаҳо бо ХА (38%), баъдан АЛ (28,5%) ва ҳар як панҷум донишҷӯ (20%) бо АҚ мебошад. Таҳлили муқоисавии намудҳои агрессия дар ҷавонписарон ва духтарҳо нишон медиҳад, ки дар байни ҷавонписарон нисбатан ХА (31%) зоҳир мешавад, дар ҷои дуввум АЛ ва АҚ (мувофиқан 29% ва 28%). Дар байни духтарҳо дар ҷои аввал ХА (48%) ва дар ҷои дуюм АҚ (27%) қайд карда мешавад. Бояд қайд кард, дар байни духтарҳо се маротиба АҚ кам аст (байни писарҳо 28%, дар байни духтарҳо - 9%). Аз рӯи АА ва АЭ фарқиати хурд байни писароҳ ва духтарҳо мебошанд.

Ҳамин тавр, писарҳо агрессияи худро нисбати инсонии дигар бо истифодаи қувваи ҷисмонӣ (28%), таҳдид, лаънат ва дашном (29%), ифода менамоянд, ё ин ки дар онҳо механизмҳои муҳофизати психологӣ заиф шудаанд ва дар муҳити хашмгинӣ

онҳо бепаноҳ мемонанд (31%). Қайд кардан лозим аст, ки ҳар як нафари сеюм (27%) аз духтарони таҳқиқшаванда инчунин агрессияи худро ба воситаи таҳдид, лаънат ва дашном ифода менамоянд. Лекин, барои духтарҳо нисбатан ХА (48%), таалуқ дорад, яъне ҳар як духтари таҳқиқшаванда дар муҳити ҳучумкунанда худро бепаноҳ мешуморанд, дар онҳо механизмҳои муҳофизати психологӣ мавҷуд нест ё заиф аст.

Натиҷаҳои баҳодихии изтироб нишон медиҳад, ки изтиробии муқаррарӣ танҳо дар 3,5%; изтиробии миёна-дар 28,5%; зиёд - дар 58,5% ва баланд - дар 9,5% донишҷӯ мавҷуд аст. Таваҷҷӯҳ зоҳир мекунад, ки 68% донишҷӯи курси ду то ҳол баҳаёти донишгоҳи мутобиқ нашудаанд ва бо онҳо корҳои профилактики гузаронидан лозим аст. Натиҷаҳои таҳлили муқоисавии намуди бартаридоштаи намуди агрессия ва дараҷаҳои изтироб дар ҷадвали 2 инъикос ёфтааст.

Ҷадвали 2

Тавсифи муқоисавии намуди бартаридоштаи агрессия ва дараҷаҳои изтироб

Агрессияи бартаридошта	Дараҷаи изтироб			
	то 13 ҳол.	14-20 ҳол.	21-29 ҳол.	30 ва зиёда
АЛ	-	33%	50%	17%
АҚ	5%	37,5%	57,5%	-
АА	-	25%	70%	5%
АЭ	-	-	100%	-
ХА	5,3%	24,6%	61,4%	8,7%



Аз чадвал бармеояд, ки амалан дар хамаи намудҳои агрессия шахсони бо изтироб муқаррарӣ мавҷуд нест. Он факт хавотир аст, ки дар хамаи намудҳои агрессия зиёда 50% бо изтироб баланд ва аз ҳад баланд аст. Натиҷаҳои дараҷаи агрессия, бо тавсифи муқоисавии изтироб дар чадвали 3 инъикос ёфтааст.

Аз чадвал бармеояд, ки ба қадри имкон баландшавии дараҷаи агрессия миқдори таҳқиқшавандагон бо дараҷаи сеюм ва чорум зиёд мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки дар бай-

ни таҳқиқшавандагон бо дараҷаҳои якум ва дуум дараҷаи чоруми изтироб мавҷуд нест, дар байни шахсони бо дараҷаи III-V агрессия дар ҳар даҳум (дараҷаи сеюми агрессия) ва дар ҳар шашум (дараҷаи панҷуми агрессия) дараҷаи баланди изтироб дида мешавад. Дараҷаи пасти агрессия танҳо дар 12% донишҷӯёни таҳқиқшаванда; дараҷаи миёнаи агрессия - дар 20%; дараҷаи зиёди агрессия - дар 46%; дараҷаи баланди агрессия - дар 16% ва аз ҳад баланди дараҷаи агрессия - дар 6% донишҷӯ қайд карда мешавад.

Чадвали 3

Тавсифи муқоисавии дараҷаҳои агрессия бо изтироб

Дараҷаи агрессия	%	Дараҷаи изтироб			
		I	II	III	IV
I	12	4,3	50	55,5	0
II	20	5	50	45	0
III	46	1,2	29,3	58,6	10,9
IV	16	0	6,2	87,5	6,3
V	6	8,3	8,3	66,7	16,7

Далелҳо исбот мекунад, ки дар ҳар панҷум донишҷӯ дараҷаи баланд ва аз ҳад баланди агрессия қайд карда мешавад. Дар ҳар яки дууми донишҷӯи таҳқиқшаванда дараҷаи баланди агрессия (46%) ва дараҷаи баланди изтироб (58,5%) қайд карда мешавад. Мо фикр мекунем, ки диққати махсус ба он донишҷӯён додан лозим аст, ки дараҷаи баланд ва аз ҳад баланд бо изтироб баланд ҳамроҳи карда мешавад.

Нигоҳдории дурударози дараҷаи баланди ҳудагрессия бо дараҷаҳои баланд ва аз ҳад баланди изтироб метавонад ба депрессия оварда расонад, дараҷаи баланди агрессияи ҷисмонӣ бо изтироб баланд бошад ба рафтори ҳучумоваранда бо яқбора пайдошавии зӯроварии пурқувват, ки сабаби намудҳои гуногуни зӯроварӣ мебошад.

Ин натиҷаҳо зарурати гузаронидани корҳои профилактики бо донишҷӯён, ки дар онҳо агрессия бо дараҷаи баланди изтироб муттаҳид мешавад нишон медиҳад. Диққати махсусро донишҷӯёне, ки дар онҳо дараҷаи баланд ва аз ҳад баланди агрессия бо дараҷаи баланди изтироб (30 ҳол ва зиёда) ҳамроҳи мешавад лоиқи тавачҷӯх аст.

Хулосаҳо:

1. Тавсифи муқоисавии намудҳои агрессия дар ҷавонписарон ва духтарон нишон медиҳад, ки писарҳо рафтори хашминонаи худро нисбати дигар инсон бо истифодаи қувваи ҷисмонӣ, таҳдид, лаънат ва дашном ё дар онҳо механизмҳои муҳофизати психологӣ заиф гардидаанд ва дар муҳити ҳучумоваранда онҳо бепаноҳ мемонанд. Ҳар як дуум духтарҳои таҳқиқшаванда дар муҳити ҳучумоваранда бепаноҳ мемонанд, дар онҳо механизмҳои муҳофизати психологӣ нест ё заиф шудаанд.

2. Натиҷаҳои баҳодиҳии изтироб нишон медиҳад, ки 68% донишҷӯи курси дуввум то ҳол ба ҳаёти мактабҳои олии мутобиқ нашудаанд, чунки дар онҳо дараҷаҳои баланд ва аз ҳад баланди изтироб қайд карда мешавад. Бо онҳо корҳои профилактики гузаронидан лозим аст.

3. Муқаррар карда шудааст, ҳангоми тавсифи муқоисавии дараҷаҳои агрессия бо изтироб дар байни таҳқиқшавандагон дараҷаҳои якум ва дууми агрессия дараҷаи чоруми изтироб нест, дар байни шахсони бо дараҷаи III-V агрессия дар ҳар даҳум (да-



рачаи сеюми агрессия) ва дар ҳар шашум (дараҷаи панҷуми агрессия) дараҷаи баланди изтироб қайд карда мешавад. Мушоҳида карда шудааст, ки дараҷаи пасти агрес-

сия танҳо дар 12% донишҷӯи таҳқиқшаванда ва дар ҳар панҷум (22%) дараҷаи баланд ва аз ҳад баланди агрессия қайд карда мешавад.

АДАБИЁТ

1. Агрессия / перевод с немецкого Г.Ф. Шверника. - Москва - Прогресс, 1966. - 137с.
2. Кудрин Р.А. Особенности методологического подхода изучения психофизиологической адаптации студентов к обучению в вузе / Р.А.Кудрин, Е.В.Лифанова // Материалы XI Международного симпозиума "Эколого-физиологические проблемы адаптации". 27-28 января 2003 года. - М.: Изд-во РУДН, 2003. - С.295-296.
3. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. - Л.: Медицина, 1984. - 214с.
4. Сорокина Н.Д., Хачатурьянц М.Л. Методические подходы к исследованию тревоги / Методики диагностики психических состояний и анализ деятельности человека. - М., 1994. - С171-180.
5. Реан А.А. Психология изучения личности. Социализация, поведение, общение. - СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. - 407 с
6. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. - Минск: Ильин В.П., 1996. - 192 с
7. Ярмоленко Г.П. Проявление агрессивности и враждебности в межличностном взаимодействии (на примере студенческой молодежи): дисс... канд.психол.наук / Г.П. Ярмоленко. - СПб, 2004. - 161с.
8. Spielberger Ch.D. Theory and research of anxiety.//. Anxiety and Behavior. Spielberger. Ed.Ch.D. - N.Y., Academic Press, 1966. Pp. 3-20.

ИЗТИРОБИ РЕАКТИВӢ, ШАХСИЯТӢ ВА СИСТЕМАИ АВТОНОМИИ АСАБ ДАР ТАШХИСИ ҲОЛАТҲОИ САРҲАДӢ

Н.Х. Меликова, С.Н. Арабзода

Кафедраҳои физиологияи патологӣ (мудири кафедра д.и.т., Табаров М.С.) ва физиологияи нормалии (муд. каф. д.и.т., Ҳалимова Ф.Т.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Меликова Насиба Хурсандовна, дотсенти кафедраи физиологияи патологӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail: nasibatmelikova@mail.ru, тел.: 919039179.

Арабзода Сарвиноз Нозировна, муаллими калони кафедраи физиологияи нормалӣ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

E.mail: sarabzoda@mail.ru, тел.: 938013366.

Меҳнати фикрӣ бо шиддатнокии эҳсосотӣ алоқаманд буда, ғаълоқнокии системаи симпато-адреналиро, ки бо қисматҳои вегетативии эҳсосот сафарбар карда мешавад зиёд мекунад. Комебӣ дар омӯзиш бо сабаби он, ки баъд аз хатми таҳсил ба шароитҳои иҷтимоии нав ва ғаълоқият мегузаранд донишҷӯёни курсҳои аввал ба ҳолатҳои нисбатан душвор дучор мешаванд. Нисбатан

аҳамиятнок ва усулҳои омӯзиши баҳодихии дараҷаҳои шиддатнокӣ ва имконияти гузариш ба вайроншавии ҳолатҳои психосоматикӣ омӯзиши таҳлили математики назми дил мебошад. Дар айни замон омӯзиши алоқамандии нишондиҳандаҳои таҳлили математики назми дил, ки ҳолатҳои САА бо қобилияти интеллектуалии донишҷӯён дараҷаҳои изтироб ва типҳои муносибатҳои



байнишахсиятиро тавсиф мекунад корҳо мавҷуд нест.

Вожаҳои калидӣ: Изтироби шахси-

ятӣ, изтироби реактивӣ, ритмограммаи коррелясионӣ, тамоюли миёна квадратӣ.

РЕАКТИВНАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Н.Х. Меликова, С.Н. Арабзода

Кафедры патологической физиологии и нормальной физиологии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Меликова Насиба Хурсандовна, доцент кафедры патофизиологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: nasibamelikova@mail.ru, тел.: 919039179.

Арабзода Сарвиноз Нозировна, старший преподаватель кафедры нормальной физиологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино,

E.mail: sarabzoda@mail.ru, тел.: 938013366.

Умственный труд, связанный с эмоциональным напряжением, увеличивает активность симпатико-адреналовой системы, обеспечивающий мобилизацию вегетативных компонентов эмоций. В успешности обучения, в наиболее сложной ситуации оказываются студенты начальных курсов, попадающие после школьной скамьи в новые социальные отношения и условия деятельности. Наиболее значимым и чувствительным методом оценки степени эмоционального напряжения и возможности его перехода к психосоматическим расстройствам

является изучение показателей математического анализа сердечного ритма. В настоящее время отсутствуют работы по изучению взаимосвязи показателей математического анализа сердечного ритма, характеризующие состояние АНС с интеллектуальной способностью студентов, степенью их тревожности и типов межличностных отношений.

Ключевые слова: реактивная тревожность, личностная тревожность, корреляционная ритмограмма, среднеквадратичное отклонение.

REACTIVE AND PERSONAL ANXIETY AND AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM (ANS) IN THE DIAGNOSIS OF BORDER CONDITIONS

N.Kh.Melikova, S.N. Arabzoda

Physiopathology and normal physiology department of Avicenna TSMU

Melikova Nasiba Khursandovna, associate professor of physiopathology department of Avicenna TSMU, E.mail nasibamelikova@mail.ru, tel.: 919039179.

Arabzoda Sarvinoz Nozirovna, senior teacher of normal physiology department of Avicenna TSMU, E.mail: sarabzoda@mail.ru, tel.: 938013366.

Brain work connected with emotional stress increases the activity of the sympathetic-adrenal system providing mobilization of the vegetative components of emotions. In success of training, in the most difficult situation there are junior

students getting after a school to the new social relations and conditions of activity. The most significant and sensitive method of assessment of degree of emotional pressure and a possibilities of its transition to psychosomatic



disorders is studying of indicators of the mathematical analysis of heart rhythm. Now there are no works on studying of interrelation of indicators of the mathematical analysis of heart rhythm characterizing a condition of

Муҳимият. Коркарди критерияҳои ба мавқеъ муайянкардани вайроншавии гормоналӣ бо минбаъд ислоҳкардани он барои ташхиси минбаъдаи ҳолатҳои донозолагӣ.

Дар комёбии омӯзиши донишҷӯён нақши асосиро тавсифи шахсиятӣ ва баҳодихии критерияҳои азхудкунӣ мебозад. Яке аз чунин тавсифот дараҷаҳои изтироб мебошад. Изтироб дар ҳолатҳои, ки бо фаъолияти баҳогузори алоқаманд аст ба амал меояд, масалан ҳангоми мтиҳон. Дараҷаи муътадили изтироб мавҷудаст, ки дар натиҷаи он комёбии назаррас дар фаъолият дида мешавад. Изтироб на танҳо бо дараҷаҳои шиддатнокии сабабият, вале бо норасоии ҳабар тавсиф карда мешавад.

Изтироб яке аз сифатҳои шахсиятии инсон буда хеле устувор мебошад. Дар айни замон 2 намуди изтиробро фарқ мекунад: шахсиятӣ ва вазъиятӣ. Дар изтироби шахсиятӣ (ИШ) ҳислатҳои фардии инсон дарк карда мешавад, ки моил ба аксуламали манфии эҳсосотӣ дар шароитҳои гуногуни ҳаёт, ки ба худ хавф меорад (худбаҳодихӣ, дараҷаи талабот, муносибат бо худ ва ғ.) инъикос меёбад. ИШ ин майли устувории инсон фосилавӣ эътино кардан, намудҳои ба ҳамтаъсиркунии шӯъбаҳои САА ва дараҷаҳои шиддатнокии механизмҳои танзимкунанда инъикос мекунад.

Барои шахсони бо намуди якуми РК ҳолатҳои организм бо захираҳои баланди функционалӣ, ки лапишҳои психофизиологӣ, биохимиявӣ, генетикӣ ва дигар параметрҳои организм, ки қобилияти нигоҳдории системаи зинда дар ҳудуди оптимум морфофункционалӣ бо набудан ё минималӣ инъикосшудаи шиддати механизмҳои танзимкунанда хос аст. Барои шахсони бо намуди дуум ва сеюми РК ҳолатҳои нигоҳдории гомеостаз аз ҳисоби дараҷаҳои шиддати механизмҳои танзимкунанда бо баландшавии фаъолияти системаи симпато-адреналӣ ва дигар систе-

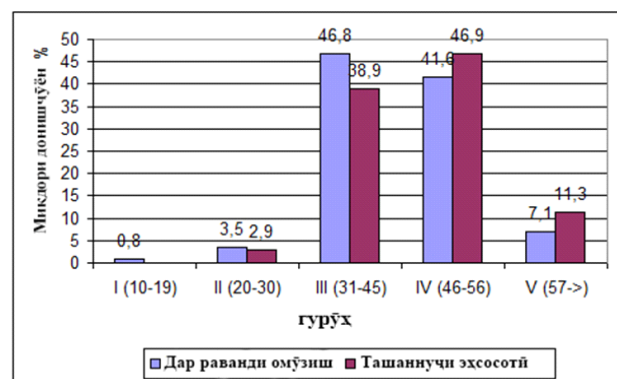
ANS with intellectual ability of students, degree of their anxiety and types of the interpersonal relations.

Keywords: reactive anxiety, personal anxiety, correlation rhythmogram, standard deviation

маи организм хос аст. Барои шахсони бо намуди чоруми РК пастшавии имкониятҳои функционалии организм бо зохиршавии камтари механизмҳои муҳофизатӣ-мувофиқ ва номувофиқи организм таъмин намудани шароитҳои тағйир ёфтаи оптималии адекватии танзими системаи функционалӣ тааллуқдор аст. Қайд кардан лозим аст, ки дуршавӣ аз намуди 1 РК дараҷаи шиддатнокии механизмҳои танзимкунандаи организм зиёд мешавад ва таъсири шӯъбаи симпатикӣ системаи асаби автономӣ баланд мешавад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз тарафи мо 480 донишҷӯ муоина карда шуд. Аз рӯи изтироби шахсиятӣ ҳислатҳои фардии инсон дарк карда мешавад, ки моил ба аксуламали манфии эҳсосотӣ дар шароитҳои гуногуни ҳаёт ба худ хавфдоранд (худбаҳодихӣ, дараҷаи талабот, муносибат бо худ ва ғ.) инъикос мекунад. Изтироби шахсиятӣ ин майли устувории инсон эътино кардан ба ҳолатҳои иҷтимоии баландшавии ҳаяҷон ва ташвиш мебошад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти изтироби шахсиятӣ (ИШ) дар расми 1 инъикос ёфтааст.



Расми 1. Изтироби шахсиятии донишҷӯён дар раванди омӯзиш ва эҳсосот

Аз расм маълум аст, ки миқдори зиёди таҳқиқшаванда (46,8%) бо сатҳи миёнаи изтироб-ин шахсони мутобиқ ба худ ва устувор дар комёб шудани мақсадҳои худ. Да-



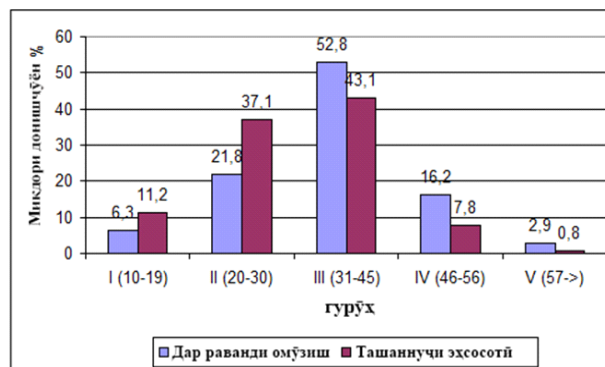
рачаи баланди ИШ дар 41,6% таҳқиқшаванда қайд карда мешавад, ки моил аз харобшавии асаб шаҳодат медиҳад. Дараҷаи пастии ИШ дар 3,5% донишҷӯёни таҳқиқшаванда қайд карда мешавад. Миқдори ками донишҷӯёни таҳқиқшавандаро шахсони бо изтиробии аз ҳад паст ва изтиробии аз ҳад баланд ташкил мекунад- мувофиқан 0,85 ва 7,1% ($p < 0,05$).

Ҳангоми ташаннӯчи эҳсосотӣ миқдори зиёди донишҷӯёни таҳқиқшавандаро дараҷаи баланди (46,9%) изтироб ташкил мекунад. Қайд кардан лозим аст, ки дар ҳар як даҳуми таҳқиқшаванда дараҷаи аз ҳад зиёди изтироб дида мешавад. Ҳамин тариқ, 58,2% таҳқиқшаванда аз рӯи нишондиҳандаҳои ИШ ҳангоми ташаннӯчи эҳсосотӣ майл аз харобшавии асабӣ зоҳир менамоянд. Дар 38,9% таҳқиқшаванда дараҷаи миёнаи ИШ қайд карда мешавад, ки оиди ус-

Аз расм дида мешавад, ки дар миқдори зиёди таҳқиқшавандагон (52,8%) дараҷаи миёнаи ИР қайд карда мешавад, ин оиди устуворӣ ва боварӣ дар комёб шудани фаъолияти мақсадноки худ шаҳодат медиҳад. Ин донишҷӯён ақсуламали адекватӣ ба ташаннӯчи эҳсосотӣ доранд. Қисми ками донишҷӯёни таҳқиқшаванда (6,3%), ки дараҷаи аз ҳад пастии ИР доранд, оиди набудани ақсуламал ба ташаннӯч шаҳодат медиҳад. Барои ин донишҷӯён сабабияти паст барои ноил шудан ба мақсадҳои худ хос аст ($p < 0,05$).

тувории адекватӣ ва эътимод ба амали худ шаҳодат медиҳад. Дар қисми ками таҳқиқшаванда (2,9%) дараҷаи пастии ИШ қайд карда мешавад, ки оиди сабабияти пастии донишҷӯёни мазкур шаҳодат медиҳад ($p < 0,05$).

Натиҷаҳои таҳқиқоти ИШ ҳангоми раванди омӯзиш дар расми 2 инъикос ёфтааст.



Расм 2. Изтиробии реактивии донишҷӯён дар раванди омӯзиш ва ташаннӯч

Дар қисми зиёди таҳқиқшаванда дар қисми ташаннӯчи эҳсосотӣ (43,1%) дараҷаи миёнаи ИР қайд карда мешавад, ки оиди устувории донишҷӯён, ақсуламали адекватӣ ба ташаннӯч ва мустаҳкамии чараёнҳои физиологӣ шаҳодат медиҳад.

Натиҷаҳои дараҷаҳои изтиробии шахсиятӣ (ИШ) реактивӣ (ИР) ва намудҳои баҳамтаъсирунии ИШ ва ИР бо намудҳои ритмограммаи коррелятсионӣ дар ҷадвали 3 инъикос ёфтааст.

Ҷадвали 3

Таъсири ритмограммаи коррелятсионӣ бо дараҷаҳои ИШ ва ИР

ФОН \ МАСР	РК			
	I	II	III	IV
ИШ I	12.5	12.5	37.5	37.5
ИШ II	2.4	21.4	28.6	47.6
ИШ III	2	7.8	49	41
ИШ I	7.1	14.2	32.1	46.4
ИР II	1.9	14.8	40.7	42.6
ИР III	-	10	47.4	42
ИШ ↑ ИР ↓	3.7	9.3	44.4	42.6
кам. ИШ ва ИР	-	27.3	31.8	40.9
↑ИШ ва ИР	-	6.3	37.5	56.3

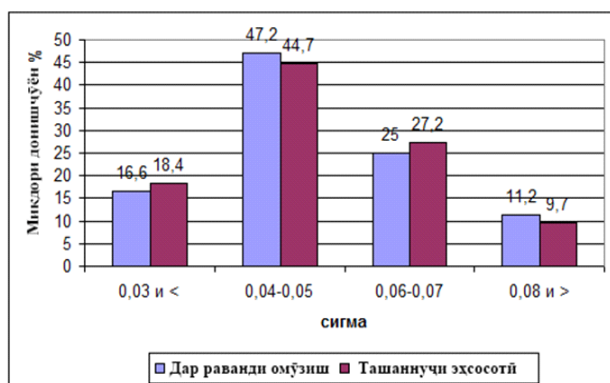
Аз ҷадвал дида мешавад, ки шахсони бо дараҷаи пастии ИШ ҳамагӣ 25% таҳқиқша-

вандагон бо намуди I ва II-юми РК, боқимонда бо намудҳои III ва IV ташкил меди-

ҳад. Тақрибан чунин тақсимот дар шахсонӣ бо дараҷаи миёнаи ИШ мебошад. Ҳар як даҳум аз тадқиқшавандагон бо дараҷаи баланди ИШ намуди I ва II-юми РК, боқимонда (90%) - бо намуди III ва IV доранд. Таҳлили қиёсии намудҳои таъсири ИШ ва ИР бо намудҳои РК нишон медиҳад, ки дар 72,7% тадқиқшавандаҳо бо дараҷаи миёнаи ИШ ва ИР ва дар 93,8% бо дараҷаи баланди ИШ ва ИР намудҳои III ва IV РК қайд карда мешавад.

Натиҷаҳои дараҷаи изтиробӣ шахсиятӣ (ИШ) изтиробӣ реактивӣ (ИР) ва намудҳои таъсири ИШ ва ИР бо нишондиҳандаҳои тамоюли миёнакватратӣ дар ҷадвали 4 инъикос ёфтааст.

Аз рӯи маълумоти тамоюли миёнакватратӣ мо 4 гурӯҳ ҷудо намудем: 1гурӯҳ- 0,03 ва камтар; 2гурӯҳ-аз 0,04 то 0,05; 3гурӯҳ- аз 0,06 то 0,08 ва зиёда. Натиҷаҳо дар расм 4 инъикос ёфтааст.



Расми 3. Тамоюли миёнакватратӣ дар раванди омӯзиш ва ташаннуч.

Аз расм дида мешавад, ки миқдори зиёди донишҷӯ бо аҳамияти тамоюли миёнакватратӣ дар ҳудудҳои 0,04-0,05 (47,2%) дар раванди омӯзиш ва ҳангоми ташаннуч (44,2%) мебошанд. Дар ҳар шашум донишҷӯ (16,6%) дар раванди омӯзиш ва дар ҳар панҷум донишҷӯ дар вазъияти ташаннуч дараҷаи баланди шиддатнокии механизмҳои танзимкунанда дида мешавад, ки оиди σ -0,03 ва камтар шаҳодат медиҳад. Дар минтақаҳои нисбатан номусоид аз рӯи дараҷаи шиддатнокии эҳсосотӣ дар раванди омӯзиш 36,1% тадқиқшаванда қарор доранд, ҳангоми ташаннуч-27,4% бо нишондоди σ -0,06 то 0,07

Натиҷаҳо ва баррасии он. Натиҷаҳои таҳлили мо нишон медиҳад, ки дар курси дуҷум дар миқдори зиёди донишҷӯён (84,1%) дараҷаи баланди кофӣ сатҳи изтироб (28,3% баланд ва 55,8% аз ҳад баланд) қайд карда мешавад. Таҳлили таркибии изтиробӣ баланд ва аз ҳад баланд нишон медиҳад, ки қисмати асосӣ изтиробӣ асабӣ мебошад, ки мувофиқан дар ҳар як сеюм (35,9%) ва дар ҳар як дуввум донишҷӯ (63,9%) зоҳир мешавад.

Хулоса, аз ҳисоби дар боло баёншуда омӯхтани изтиробӣ шахсиятӣ ва реактивӣ имконияти беҳтар пур кардани гурӯҳҳои академӣ бо мақсади муътадилгардонии фаъолияти онро медиҳад. Аз тарафи дигар ба донишҷӯён имконият медиҳад, ки ба шароитҳои мактаби олии қомилан мутобиқ шуда бо нигоҳдории қоршоҷамии оптималӣ, чунин ҳислатҳоро инкишоф диҳанд; ҷасурӣ, устуворӣ, яқлуктӣ, мутаносибӣ.

АДАБИЁТ

1. Филимонов В.И. Основы психофизиологии.// Изд-во Мед пресс-информ. Петербург, 2006. С. 320.
2. Шукуров Ф.А. Оценка и прогнозирование уровней здоровья и функциональных резервов организма.//Научные труды 1 съезда физиологов СНГ Сочи, Дагомыс 2005г т. 1 стр.4
3. Хомская Е.Д. Нейропсихология. Питер,2005. С. 145, 467
4. Сорокина Н.Д., Хачатурьянц М.Л.. Методические подходы к исследованию тревоги/ Методики диагностики психических состояний и анализа деятельности человека.- М.,2000.- С. 171-180.
5. Горянин В.А. Психология общения./ В.А. Горянин//., АСАДЕМА. 2002,с.63-65
6. Spielberger Ch.D/ Theory and research of anxiety.//. Anxiety and Behavior/ Spielberger Ed. C.D/ -N. Y.,Academic Press,1966.Рр,3-20



РЕАКТИВИЯТИ ОРТОСТАТИКЌИ ВА КЛИНОСТАТИКЌИИ ДИЛ ВА РЌДАҲО ДАР ДИНАМИКАИ СИКЛИ ШАБОНАРЌЗИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БАВОСИР

Н.А. Нуриллоева, З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров, А.А.Нурматов¹

Кафедраи физиологияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Тоштемирова З.М.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Нуриллоева Ниссо Айнулобековна - муаллими калони кафедраи физиологияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Тоштемирова Зулфия Мухаммаджоновна - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи физиологияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Табаров Мухиддин Сафарович - д.и.т., профессори кафедраи физиологияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Нурматов Акпар Абдусатторович¹ - д.и.т., профессор, Институти баъдидипломии тайёр кардани кадрҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Хучанд.

Дар мақола натиҷаи таҳқиқоти 155 бемори гирифтори бавосир (геморрой) оварда шудааст. Таҳқиқоти аксуламали ритми дил дар беморони гирифтори бавосир дар ортостаз ва клиностаз бо дар назардошти ритми сиркадиании функсияи эвакуатории (тахлияи) рӯдаҳо аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар беморони гирифтори бавосир бо рит-

ми сиркадиании мунтазами рӯдаҳо аксуламалҳои брадикардӣ (ваготропӣ), дар ритми номунтазами рӯдаҳо бошад, аксуламалҳои тахикардӣ (симпатотропӣ) бартарӣ доранд.

Калимаҳои калидӣ: бавосир (геморрой), функсияи тахлиявии рӯдаҳо, дил, сикли шабонарӯзӣ.

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ И КЛИНОСТАТИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ СЕРДЦА И КИШЕЧНИКА В ДИНАМИКЕ СУТОЧНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ

Н.А. Нуриллоева, З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров, А.А. Нурматов¹

Кафедра патологической физиологии (зав.кафедрой к.м.н., доцент Тоштемирова З.М.) ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нуриллоева Ниссо Айнулобековна - старший преподаватель кафедры патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Тоштемирова Зулфия Мухаммаджоновна - к.м.н., доцент, зав. кафедрой патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Табаров Мухиддин Сафарович - д.м.н., профессор кафедры патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нурматов Акпар Абдусатторович¹ - д.м.н., профессор, институт последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан, город Худжанд.

В работе приведены результаты исследования 155 больных с геморроем. Исследования реакций ритма сердца у больных геморроем на ортостаз и клиностаз с учетом циркадианного ритма эвакуаторной функ-

ции кишечника свидетельствует о том, что у больных геморроем с регулярным циркадианым ритмом кишечника преобладают брадикардические (ваготропные) реакции, а у субъектов с нерегулярным ритмом кишеч-



ника преобладают тахикардические (симпатотропные) реакции.

Ключевые слова: геморрой, эвакуаторная функция кишечника, сердце, суточный цикл.

ORTHOSTATIC AND CLINOSTATIC REACTIVITY OF HEART AND INTENSTINE IN DIURNAL CYCLY DYNAMIC AT PATIENTS WITH HEMORRHOIDS

N. A. Nurulloeva, Z. M. Toshtemirova, M. S. Tabarov, A.A. Nurmatov

Physiopathology department (head of the department, c.m.s, associate professor Toshtemirova Z. M.) of Avicenna TSMU

Nurulloeva Niso Aynulobekovna - senior teacher of Physiopathology department of Avicenna TSMU.

Toshtemirova Zulfiya Muhammadjonovna - c.m.s, associate professor, head of Physiopathology department of Avicenna TSMU.

Tabarov Muhiddin Safarovich - MD, Professor of Physiopathology department of Avicenna TSMU.

Nurmatov Akpar Abdusattorovich - MD, Professor, Institute of postdegree preparation of medical personnel of the Republic of Tajikistan, Khujand.

There are result of work of 155 patients with hemorrhoids. Investigation of cardiac rhythm in patients to ortostatic and clinostatic with considering circadian rhythm of intestine evacuatory junction testifies that in patients with regular circadian rhythm of intestine

predominate bradycardial (vagotropic) reactions, but in subjects with irregular intestine rhythm predominate tachycardial (sympathotropic) reactions.

Key words: hemorrhoids, intestine evacuatory function, heart, daily cycle.

Муҳиммият. Аксуламали системаи дилу рағҳо, ки дар асари тағйиротҳои сарбориҳои гравитатсионӣ ба амал меоянд, чӯзӣ таркибии танзими гемодинамикаи системавии одамон ба ҳисоб меравад. Дар асоси хусусиятҳои системаи такаву ҳаракат аксуламалҳои ортостатикӣ (ҳангоми аз ҳолати горизонталии бадан ба ҳолати вертикалӣ гузаштан) ва аксуламалҳои клиностатикӣ (ҳангоми аз ҳолати вертикали бадан ба ҳолати горизонталӣ гузаштан) аҳаамияти бештар доранд [1].

Дар ҳолати горизонталии бадан дар одамон 50%-и ҳаҷми хуни гардишкунанда дар варидҳои гардиши калони хун, тақрибан 30% дар узвҳои ковокии сина, 15% дар системаи шарёнҳо меистанд. Ҳангоми ба ҳолати вертикалӣ гузаштани одам, бинобар эластикӣ ва кашишхӯрандагии рағҳо ҷойивазкунии барзиёди массаи хун дар андохҳои поёни ва кам шудани ҳаҷми умумии хуни гардишкунанда ба назар мерасад.

Дар шароити ортостаз тағйироти фазагии сикли дил дида мешавад: фазаи кашишхӯрии сикли дил (изоволемикӣ) дароз мешавад, қӯтоҳ шудани систолаи механикӣ ва умумӣ, ҳамчунин партоби дил аз меъдачаи чап ба амал меояд [2].

Миқдори хуни ҷамъшуда дар андохҳои поёни ҳангоми ортостаз аз қори мускулатураи скелет вобаста аст, ки ба таври иловагӣ аз маҷрои варидӣ ба самти дил интиқол додани хунро таъмин мекунад. Зиёд шудани баргашти варидӣ бо механизми танзими гетерометрӣ ба афзудани қувваи кашишхӯрии дил, ва партоби дил оварда мерасонад, ки барои компенсатсияи гипотонияи ортостатикӣ мусоидат мекунад.

Дар айни замон масъалаи робитаи байни фаълнокии ортостатикӣ ва клиностатикӣ дил ва рӯдаҳо дар динамикаи сикли шабонарӯзии беморони дорои бавосир кам омӯхта шудааст.



Беморони гирифтори бавосир ва функцияи мунтазам ва номунтазами эвакуатории рӯдаҳо ческой

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани аксуламали ритми дил бар муқобили намунаи ортостатикӣ ва клиностатикӣ дар беморони дорои бавосир бо функцияи мунтазам ва номунтазами эвакуатории рӯдаҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот.

Таҳқиқот бо ҳамзамон истифода кардани усулҳои ауторитмометрӣ ва хроноэнтерографӣ дар 155 бемори дорои бавосир, синну соли 20-80-сола анҷом дода шуд.

Меъёри дохил кардани беморон ба таҳқиқот беморони дорои бавосир бе бемориҳои ҳамроҳшуда буд.

Аксуламали ритми дил бар намунаи ортостатикӣ (рефлекси ортостатикӣ Превел) -ро дар давраи бедоршавии субҳона таҳқиқ кардем. Басомади заминавии таппиши дил дар ҳолати горизонталӣ то бархестан, аксуламал бар таъсири ортостатикӣ бошад, дар дақиқаи якуми баъди ба ҳолати вертикалӣ баргаштани қисми шахси таҳқишаванда ба қайд гирифта шуд.

Аксуламали ритми дил бар намунаи клиностатикӣ (рефлекси клиностатикӣ Даниелопол) дар давраи хоб кардан омӯхта шуд. Басомади заминавии таппиши дил дар ҳолати вертикалӣ ба қайд гирифта шуд ва аксуламал бар клиностаз дар дақиқаи авали баъд аз гузаштан ба ҳолати горизонталӣ гузаштани қисми шахси таҳқишаванда баҳогузори карда шуд.

Дар ҳар як шахси таҳқиқшаванда дар давоми 7 рӯз 14 аксуламали пай дар пайро баҳогузори кардем (7 аксуламал бар муқобили ортостази ва 7 аксуламал бар муқобили клиностази). Ҳамзамон бо омӯхтани аксуламалҳои дил бар тағйирёбии ҳолати бадан бо усули хроноэнтерография басомад ва акрофазаи ритми сиркадиани функцияи эвакуатории рӯдаҳо бо роҳи пур кардани ҷадвалҳои махсус сохташуда барои мониторинги функцияҳои таҳқиқшаванда дар давоми як ҳафтаи муоина баҳогузори карда шуд [3,4].

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки мунтазамии ритми сиркадиани функцияи эвакуатории рӯдаҳо дар ҳолати меъёрӣ дар ортостази $8,7 \pm 0,7$ ва дар клиностази $10,7 \pm 0,8$ буд.

Брадиэнтерияи дараҷаи I дар беморони гирифтори бавосир дар шароити ортостази $9,8 \pm 0,7$, ҳангоми клиностази $8,0 \pm 0,6$ зарбюа дар як дақиқаро ташкил дод. Дар дараҷаи II брадиэнтерия бузургии нишондодҳои таҳқиқшаванда мутаносибан $9,7 \pm 0,8$ ва $8,5 \pm 0,7$ буд. Возеҳии брадиэнтерияи рӯдаҳо дар шахсони дорои реактивияти баланд ва пастии системаи дилу рағҳо ба ортостази ва клиностази дар беморони гирифтори бавосир ҳангоми дараҷаи III мушоҳида шуд, ки дар ин маврид ин нишондодҳо ҳангоми аз ҳолати горизонталӣ ба вертикалӣ гузаштан - $11,9 \pm 1,4$, ва ҳангоми аз ҳолати вертикалӣ ба горизонталӣ гузаштан $-9,9 \pm 1,6$ буд (ҷадвали 1)

Ҷадвали 1

Аксуламал бар ортостази ва клиностази дар шахсони дорои ритми мунтазам ва номунтазами рӯдаҳо

M±m	Меъёр n=51	Дараҷаи I n=50	Дараҷаи II n=39	Дараҷаи III n=15	p
Аксуламал ба О	$8,7 \pm 0,7$	$9,8 \pm 0,7$	$9,7 \pm 0,8$	$11,9 \pm 1,4$	>0,05
Аксуламал ба К	$10,7 \pm 0,8$	$8,0 \pm 0,6$	$8,5 \pm 0,7$	$9,9 \pm 1,6$	>0,05

Эзоҳ: p - ифодаи статистики фарқияти нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи меъёри - Н-и Крускал-Уоллис).

Тавре ки аз ҷадвал дида мешавад, барои шахсони дорои ритми мунтазам рӯдаҳо аксуламалҳои брадикардии клиностатикӣ ва барои шахсони дорои аксуламалҳои бради-

энтерияи ортостатикбошад, тахикардияи ритми дил хос буд.

Ба ҳисоб гирифтани он, ки вариабелнокии ритми дил дар гурӯҳҳои гуногуни син-



нусолӣ мумкин аст, ки фарқ кунад, мо 50 беморро таҳқиқ кардем, ки аз онҳо 12 зан

ва 38 марди синну соли аз 30 то 45-сола буданд.

Чадвали 2

Аксуламали ритми дил дар мардҳо ва занҳои дорои ритми мунтазам ва номунтазами рӯдаҳо

M±m	Меъёр n=16	Дараҷаи I-III n=34	p
Аксуламал ба О	9,3±1,6	9,7±1,0	>0,05
Аксуламал ба К	12,9±1,8	8,5±0,9	<0,05

Эзоҳ: p - ифодаи статистики фарқияти нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи меъёри U-Манн-Уитни).

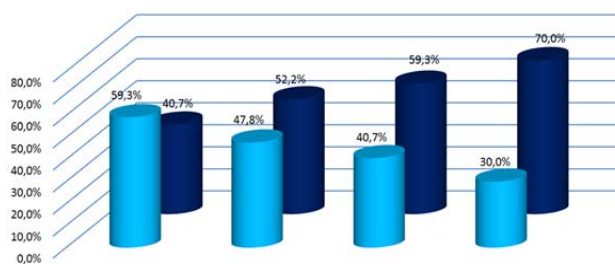
Тавре ки таҳқиқотт нишон дод, дар ин синну соли гурӯҳ 16 бемори гирифтори бавосир (I гурӯҳ), дорои ритми мунтазами (ҳаррӯза) функсияи эвакуатории рӯдаҳо буданд, дар ин маврид тахикардияи ортостатикӣ ба ҳисоби миёна 9,3 1,6 зарба дар як дақиқа, аксуламали клиностатикии брадикардӣ ба ҳисоби миёна 12,9 1,8 зарба дар як дақиқа буд. Боқимонда 34 бемор (гурӯҳи II) ба субъектҳои брадиэнтерияи рӯдаҳо ҳангоми басомади наҷосат 1-6 маротиба дар як ҳафта дохил карда шуданд, дар ин маврид тахикардияи ортостатикӣ ба ҳисоби миёна 9,7 1,0 зарба дар як дақиқа, брадикардияи клиностатикӣ ба ҳисоби миёна 8,5 0,9 зарба дар як дақиқа буд, аз онҳо: дар 16 нафар (47,1%) бо марҳалаи якуми брадиэнтерия (II а гр.) тахикардияи ортостатикӣ ба ҳисоби миёна 8,6±1,0 зарба дар як дақиқа, брадикардияи клиностатикӣ ба ҳисоби миёна 7,5±0,8 зарба дар як дақиқа; дар 10 (29,4%) бемор (II б гр.) бо марҳалаи дуҷуми брадиэнтерия - тахикардияи ортостатикӣ ба ҳисоби миёна 10,3±1,9 зарба дар як дақиқа, дар аксуламали клиностатикии брадикардӣ ба ҳисоби миёна 8,5±2,0 зарба дар як дақиқа; дар 8 (23,5%) беморон (II в гр.), тахикардияи ортостатикӣ ба ҳисоби миёна 11,0±2,7 зарба дар як дақиқа, дар аксуламали клиностатикии брадикардӣ ба ҳисоби миёна 10,5±2,4 зарба дар як дақиқа буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар беморони гирифтори бавосир, ки дорои ритми мунтазами (ҳаррӯза) функсияи эвакуатории рӯдаҳо буданд, брадикардияи клиностатикӣ бар тахикардияи ортостатикӣ бартарӣ дошт, дар ин маврид дучоршавии

аксуламали брадикардӣ (59,3%) бардучоршавии тахикардӣ (40,7%) бартарӣ дошт (рас.1).

Расми 1.

Дучоршавии тахикардияи ортостатикӣ ва брадикардияи клиностатикӣ дар беморони гирифтори бавосир.



Бо ритми мунтазам гурӯҳи Iа гурӯҳи IIб гурӯҳи IIв
 ■ Аксуламали брадикардӣ
 ■ Аксуламали тахикардӣ

Дар беморони гирифтори бавосир дар гурӯҳи IIа тахикардияи ортостатикӣ каме аз брадикардияи клиностатикӣ бартарӣ дошт. Дар ин маврид дучоршавии аксуламали тахикардӣ (52,2%) бар дучоршавии брадикардӣ (47,8%) бартарӣ дошт. Дар гурӯҳи IIб тахикардияи ортостатикӣ аз ҷиҳати бузургӣ аз брадикардияи клиностатикӣ зиёд буд. Дар ин маврид дучоршавии аксуламали тахикардӣ (59,3%) бар дучоршавии брадикардӣ (40,7%) бартарӣ дошт. Дар ин маврид дучоршавии аксуламали тахикардӣ 2-3 маротиба (70%) бар дучоршавии брадикардӣ (30%) бартарӣ дошт. Бо дар назардошти ин таъкид кардан ба маврид аст, ки дар беморони гирифтори бавосир, ки ритми рӯдаҳо яшон номунтазам аст, махсусан ҳангоми брадиэнтерияи дараҷаи дуҷуммайл доштан



ба тахикардия ҳам аз чиҳати бузургӣ ва ҳам аз чиҳати дучоршавӣ бартарӣ дошт.

Хулоса, Таҳқиқоти ритми дили беморони гирифтори бемории бавосир дар хусуси ортостаз (ҳолати вертикали бадан) ва клиностаз бо дар назардошти ритми эвакуатории рӯдаҳо аз он гувоҳӣ медиҳад, дар бемо-

рони гирифтори бемории бавосир, ки ритми сиркадиани рӯдаҳошон мунтазам аст, аксуламалҳои брадикардӣ (ваготропӣ) бартарӣ доранд, аммо дар субъектҳое, ки ритми рӯдаҳошон мунтазам нест, аксуламалҳои тахикардӣ (симпатотропӣ) бартарӣ доранд.

АДАБИЁТ

1. Заславская Р.М. Хронодиагностика и хронотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы // Медицина. 2011. 320 с.
2. Соколович А.Г. Сосудистая хирургия и ангиология. Ростов на Дону, - 2009, - С.112-141.
3. Shemerovsky K.A. Chronobiologic principle of premature ageing prevention. //Advances in Gerontology. -2011. Vol. 5, № 226. P.79
4. Shemerovsky K.A. Enteral Arrhythmia Images //Falk Symposium124, Progress in Gastroenterology and hepatology. Sep.28-29. 2012. P. 67

НИШОНДИҲАНДАҲОИ САТҲИ СОЛИМӢ ҲАНГОМИ РИТМИ МУНАЗЗАМ ВА НОМУНАЗАМИ ФАЪОЛИЯТИ ТАҲЛИЯВИИ РӮДАҲО ДАР ДОНИШЧӮӢН

З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров

Кафедраи физиологияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Тоштемирова З.М.)-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Тоштемирова Зулфия Муҳаммадҷоновна - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи физиологияи патологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Табаров Мухиддин Сафарович - д.и.т. профессори кафедраи физиологияи патологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Бо усули хроноэнтерография ва бо ёрии тести "Адаптатсияи асабӣ-психикӣ", ки 26 параметри солимии психологиро нишон медиҳад, дар шахсоне, ки ҳамарӯза қазои ҳоҷат мекарданд ва ҳамарӯза қазои ҳоҷат намекарданд. Сатҳи баланди солимӣ дар шахсони дорои ритми муътадили сиркадиании функцияи эвакуаторӣ (тах-

лиявӣ) (эуэнтерия) назар ба брадиэнтерия бештар муайян карда шуд. Сатҳи пасти сифати ҳаёт ҳангоми брадиэнтерия назар ба ҳангоми эуэнтери бештар ба назар расид.

Калимаҳои калидӣ: функцияи эвакуатории (тахлиявии) рӯдаҳо, ритми сиркадианӣ, солимии психикӣ.

НИШОНДИҲАНДАҲОИ САТҲИ СОЛИМӢ ҲАНГОМИ РИТМИ МУНАЗЗАМ ВА НОМУНАЗАМИ ФАЪОЛИЯТИ ТАҲЛИЯВИИ РӮДАҲО ДАР ДОНИШЧӮӢН

З.М. Тоштемирова, М.С. Табаров

Тоштемирова Зулфия Муҳаммадҷоновна - к.м.н., доцент, зав. кафедрой патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Табаров Мухиддин Сафарович - д.м.н., профессор кафедры патологической физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино



Методом хроноэнтерографии и с помощью теста "Нервно-психическая адаптация", оценивающего 26 параметров психологического здоровья, были проведены исследования у лиц с ежедневным или не ежедневным стулом. Высокий уровень здоровья у лиц с нормальным цир-

кадианным ритмом эвакуаторной функции (эуэнтерия) установлен чаще, чем при брадиэнтерии. Низкий уровень качества здоровья при брадиэнтерии встречался чаще, чем при эуэнтерии.

Ключевые слова: эвакуаторная функция кишечника, циркадианный ритм, психическое здоровье

INDICATORS OF THE HEALTH LEVEL DURING REGULAR AND IRREGULAR RHYTHM OF EVACUATION BOWEL FUNCTION IN STUDENTS

Z.M. Toshtemirova, M.S. Tabarov

Pathological physiology department (head of the department, c.m.s, associate professor Toshtemirova Z.M.) of Avicenna TSMU

Toshtemirova Zulfiya Muhammadjonovna - c.m.s, associate professor, head of the pathological physiology department of Avicenna TSMU.

Tabarov Muhiddin Safarovich - d.m.s, Professor of the pathological physiology department of Avicenna TSMU.

The method chronoenterography and the "Neuropsychic Adaptation" test which assesses 26 parameters of psychological health have been studied in people with normal or abnormal stools.

A high level of health in people with a normal circadian rhythm of evacuation

function is established more often than in bradyenteria. The low quality of health at bradyenteria met more frequently than in euenteria.

Key words: evacuation function of the bowel, circadian rhythm, mental health.

Муҳиммият. Муносибати хронобиологӣ нисбат ба проблемаҳои тиб дар солҳои охир диққати муҳаққиқонро бештар ҷалб мекунад, зеро биоритмҳои асоси хусусиятҳои каллавишхӯрандаи тағйироти вақтро тақрибан дар ҳама функсияҳои организм ташкил медиҳанд (Комаров Ф.И., 1989, Заславская Р.М., 1991, Halberg F, Watanabe H, 1992, Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., 2000).

Рушди хронобиология ва хронотиб [Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., 2000, Halberg Franz, Watanabe Haruo, 1992] нишон дод, ки роҳи ҳозима монанди майнаи сари одамон дар ҳолати меъерӣ аз тарафи ритмҳои сиркадианӣ танзим мешаванд. Фаъолияти физиогирӣ, ҳазм ва таҳлия (эвакуаторӣ) -и рӯдаҳо дар давраи 24 4 соат фаъолият мекунад.

Тибқи Таснифоти байналмилалӣ бемориҳо (ТББ) номунтазам будани функсияи эвакуаторӣ на фақат симптоми бемориҳои гшуногун аст, балки вай ҳамчун бемории му-

стақил, таҳти рақои идентификатсионӣ (К 59.0) дар таснифи бемориҳои роҳи ҳозима ба қайд гирифта шудааст. Вайрон шудани функсияи эвакуатории рӯдаҳо метавонад, ки на танҳо ба гипертензияи варидӣ ва перитонит оварда расонад, балки асоси чунин протсессҳои патологиро, ки барои пайдо шудани бемориҳои саратонии рӯдаи ғафс мусоидат мекунад, ташкил медиҳад.

Дар баробари ин, тақрибан дар ҳусуи вобастагии сифати ҳаёт аз муназзामी ритми мунтазами сиркадианӣ функсияи эвакуатории рӯдаҳо маълумот мавҷуд нест.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши муқоисавии унсурҳои алоҳидаи сифати ҳаёт ҳангоми ритми мунтазам ва номунтазами функсияи эвакуатории рӯдаҳо дар донишҷӯён.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти азқур дар кафедраи физиологияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар соли 2106 гузаронида шудааст. Таҳти таҳқиқ 72 донишҷӯ-



ӯйи курси 3-и факултети тиббӣ қарор дошт, ки аз онҳо 40 нафар зан ва 32 нафар мард буданд, синну сол аз 20 то 23 солро ташкил кард.

Ҳар як нафари таҳқиқшуда ҳангоми таҳқиқот худро солим меҳисобид.

Дар саволномаҳои махсус барои ауторитометрияи таҳқиқшавандаҳо сохташуда вақти (субҳ -аз с.06:00 то с.12:00, рӯзона - аз с. 12:00 то с.18:00 ё бегоҳӣ - аз с. 18:00 то с. 24:00) иҷрошавии функцияи эвакуатории рӯдаҳо қайд карда шудааст. Ба таври хроноэнтерографӣ миқдори рӯзҳои ҳафтара, ки дар онҳо қазои ҳочат карда шудааст ва рӯзҳои, ки қазои ҳочат карда нашудааст, қайд карда мешаванд. Дар хроноэнтерограммаҳо бо амали яккаратаи дефекация як дандона мувофиқат мекунад, ба набудани қазои ҳочат дар давоми шабонарӯз изолинияи рост меояд. Мунтазамии функцияи эвакуатории рӯдаҳо ҳангоми ҳамарӯза иҷро шуданаш (вақте ки дар 7 рӯзи ҳафта қазои ҳочат карда шудааст) аз ҷиҳати физиологӣ оптимӣ ҳисобида мешавад. Агар дар як ҳафта қазои ҳочат аз 7 маротиба камтар бошад, брадиэнтерияи функцияи эвакуатории рӯдаҳо номунтазам ҳисобида мешавад. брадиэнтерияи дараҷаи 1 ба 5-6 маротиба дар як ҳафта, брадиэнтерияи дараҷаи 2 ба 3-4 маротиба дар як ҳафта, брадиэнтерияи дараҷаи 3 ба 1-2 маротиба дар як ҳафта баробар аст.

Унсурҳои алоҳидаи сифати ҳаёт бо ёрии тести "Адаптатсияи асабӣ-психикӣ", ки аз тарафи Институти психоневрологии ба номи Бехтерев таҳия шудааст, муайян карда шуданд. дар донишҷӯён 26 зухуроти асосӣ таҳлил карда шуд, ки возеҳии шиддати асабӣ-психикиро ифода мекарданд. Барои ҳар як зухурот аз рӯйи панҷ эҳтимолияти муваққатӣ балл дода шуд: 0 - нест ва набуд; 1 - қаблан буд, ҳозир нест; 2 - вақтҳои охир пайдо шуд; 3 - хеле вақт

шуд, ки ҳаст; 4 - ҳаст ва ҳамеша буд. Тест имконият дод, ки шахсони таҳқиқшударо ба 4 (I-тақрибан солдӣ, II- ҳолати тонозологӣ, III- пешбеморӣ, IV - патология) гурӯҳи ҷудо намоём. Ифодаи омории фарқияти нишондиҳандаҳо бо t-критерияи Студент ҳангоми 95% будани эътимодноқӣ баҳогузорӣ карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки аз 72 нафари таҳқиқшуда дар 48 донишҷӯ брадиэнтерияи дида шуд, ки 66% -ро ташкил дод, ритми эвакуатории мунтазам (эуэнтерия) дар 24 донишҷӯ (33,4%) ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, дар донишҷӯёне, ки худро солим меҳисобиданд, брадиэнтерия назар ба эуэнтерия (ҳолати аз ҷиҳати физиологӣ муътадил) 1,9 маротиба бештар буд.

Дар донишҷӯёне, ки дорои 2,5 маротиба зухуроте монанди зуд шудани таппиши дил, таҳриқпазирии барзиёд, душвор шудани муошират бо одамон, бетараф будан нисбат ба муҳити атроф функцияи номунтазам эвакуатории рӯдаҳо брадиэнтерияи ба назар расид. Зухуроте, монанди араққунӣ, ларзидани дастҳо, ваҳму таҳлукаи беасос, дар шахсони дорои брадиэнтерия назар ба ритми мунтазми рӯдаҳо 4 маротиба бештар буд.

Дар 26 зухуроти психофизиологӣ танҳо 6 ҳолат дар 45%-и донишҷӯёни дорои эуэнтерия ба мушоҳида расид, аммо аз 26 ҳолат дар 14 ҳолат дар зиёда аз 50%-и донишҷӯёни дорои брадиэнтерия дида шуд, яъне хатари ритми номунтазми функцияи эвакуатории рӯдаҳо аз хатари тағйироти психикӣ 2 маротиба бештар буд.

Дар байни шахсони дорои брадиэнтерия тақрибан солим 22,7%, ҳолати тонозологӣ-22,7%, дар ҳолати пеш аз беморӣ (сатҳи адаптатсия то 40 балл) 28,8 % буд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.

Вобастагии сатҳи солимии психикӣ аз мунтазамии ритми рӯдаҳо.

Гурӯҳи аз ҷиҳати психикӣ солим	Миқдори баллҳо аз рӯйи тести (Адаптатсияи асабӣ-психикӣ)	Миқдори (%) шахсони дорои ритми мунтазми функцияи эвакуатории рӯдаҳо	Миқдори (%) шахсони дорои ритми номунтазми функцияи эвакуатории рӯдаҳо
I-Тақрибан солим	То 20 балл	10 (42%)	15 (22,7%)
II-Ҳолати тонозологӣ	21-30 балл	14 (58%)	15 (22,7%)
III-Ҳолати пешбеморӣ	31-40 балл	0	17 (25,8%)
IV-Ҳолати патология	Зиёда аз 40 балл	0	19 (28,8%)



Дар байни донишҷӯёни дорои ритми мунтазами рӯдаҳо аз рӯйи нишондодҳои солими 42%-и таҳқиқшудагон тақрибан солим (бо сатҳи солимии 20 балл) буданд, дар 58% бошад, ҳолати тонозологӣ (то 30 балл) ба назар расид.

Ҳамин тавр, дар шахсони дорои эуэнтерия 2 ҳолати асосӣ дида мешавад: I-тақрибан солим ва II-то нозологӣ, дар шахсони дорои ритми номунтазами рӯдаҳо ғайр аз ин ду ҳолат мавҷуд будани пешбеморӣ ё беморӣ хос аст, вбаства аз ин метавон гуфт, ки

брадиэнтерия омили муҳимми басозандаи саломатӣ мебошад.

Хулоса. Ҳамин тавр, ҳам сатҳи саломатӣ умуман ва аз ҷумла сатҳи саломатии психикӣ дар донишҷӯён аз ритми номунтазами сиркадиани рӯдаҳо вобаста аст. Чӣ қадаре ки фаъолияти рӯдаҳо мунтазам бошад, сатҳи солимии психикӣ ҳамон қадар беҳтар аст ва баръакс, номунтазам будани фаъолияти рӯдаҳо оммили муҳимми хатарӣ пайдошавии пешбеморӣ ва беморӣ маҳсуб мешавад.

АДАБИЁТ

1. Шемеровский К.А. Хроноэнтерография - мониторинг околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника /К.А.Шемеровский// Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2002. - Т.133. - №5. - С.582-584
2. Овсянников Б.В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики / Б.В. Овсянников, И.Ф.Дьяконов, А.И. Колчев//ЭЛБИ-С-Пб, -2005, -320с.
3. Ткаченко Е.И. Питание, микробиоциноз и интеллект человека/ Е.И.Ткаченко, Ю.П.-Успенский// С-Пб, 2013- 480с.
4. Shemerovsky K.A. Chronoenterography - New Diagnostic Procedure / K.A. Shemerovsky// Non Neoplastic Diseases of the Anorectum, Freiburg, Germany. Oct.1-2, - 2000. - P.7
5. Shemerovsky K.A. Enteral Arrhythmia Images //Falk Symposium124, Progress in Gastroenterology and hepatology. Sep.28-29. 2012. P. 67

СИСТЕМАИ АНТИОКСИДАНТӢ ВА МУҲИМИЯТИ ОКСИДШАВИИ ПЕРОКСИДИИ ЛИПИДҲО ДАР КӢДАКОНИ БО НОСУРИ БЕРУНАИ РӢДА

А.М. Сабурова, Ш.Р. Султонов, Х.Р. Пулатов, М.С. Махсудова, И.К. Атоев, Ш.Ҷ. Раҳмонов, Х.Ҷ. Ғуриев

Кафедраи биохимия (мудири кафедра н.и.х., дотсент М.С. Махсудова) ва кафедраи ҷарроҳии кӯдакона (мудири кафедра д.и.т. Султонов Ш.Р.)- и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Сабурова Анна Муҳаммадиевна д.и.б., профессори кафедраи биохимияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 917-24-11-75

Султонов Шералӣ Раҳмонович, д.и.т. профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 918-62-98-17.

Пулатов Холбозор, унвонҷӯи кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Махсудова Мусалам Солеҳовна, н.т.х., дотсент мудири кафедраи биохимияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино E-mail: musalamat_1966@mail.ru тел: 93-488-48-75

Атоев Илҳом Исломович, н.и.т., ассистенти кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 93-83-31-73

Раҳмонов Шохинҷон Чалолович н.и.т., ассистенти кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино тел: 918-83-31-73

Ғуриев Холид Ҷомаҳмадович, лаборанти калони кафедраи ҷарроҳии кӯдакона Тел: 985-61-61-88



Бо ду гурӯҳи кӯдакони дорои носурҳои рӯда (носурҳое, ки дар қисмати болоӣ ва поёнии рӯда) доранд, тадқиқот гузаронида шуд. Дар асоси таҳлилҳои биохимиявии зардоби хуни кӯдакони ба ин беморӣ дучоргашта муайян карда шуд, ки баланд шудани миқдори диалдегиди малонат, паст гардидани фаъолияти супероксиддисмутазаҳо ва миқдори кислотаи аскорбинат, шиддатнокӣ оксидшавии радикали озоди липидҳо ва харобшавии маҷмӯи зиддиоксидантӣ ба зарарёбии мембранаҳои ҳуҷайра оварда ва аз баланд гардидани миқдори компонентҳои

кислотаи сиал дар таркиби зардоби хун буда шаҳодат медиҳад.

Нишондиҳандаҳои биохимиявӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки истифодаи реамбирин барои гузаронидани муолиҷаи касалиҳои дарунӣ маводи асосии доруворӣ мебошад. Дар натиҷаи муолиҷаи беморон муайян гардид, ки чараенҳои ОПЛ паст шуда ва муътадилшавии системаи зиддиоксидантӣ мушоҳида гардид.

Калимаҳои калидӣ: носури берунаи рӯда, оксидшавии пероксидии липидҳо, системаи зиддиоксидантӣ, реамбирин.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА И ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С НАРУЖЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

А.М. Сабурова, Ш.Р. Султонов, Х.К. Пулатов, М.С. Махсудова, И.К. Атоев, Ш.К. Рахмонов, Х.Дж. Гуриев

Кафедра биохимии (зав. кафедрой к.х.н., доцент М.С. Махсудова) и кафедра детской хирургии (зав. кафедрой Султонов Ш.Р.) ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Сабурова Анна Мухаммадиевна д.б.н., профессор кафедры биохимии ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел: 917-24-11-75

Султонов Шерали Рахмонович, д.м.н. профессор, зав. кафедрой детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел: 918-62-98-17.

Пулатов Холбозор, соискатель кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Махсудова Мусалам Солеховна, к.х.н., доцент зав. кафедрой биохимии ТГМУ им. Абуали ибни Сино E-mail: musalam_1966@mail.ru тел: 93-488-48-75

Атоев Илҳом Исломович, к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел: 93-83-31-73

Рахмонов Шохинҷон Чалолович к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино тел: 918-83-31-73

Гуриев Холид Ҷомаҳмадович, старший лаборант кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Тел: 985-61-61-88

Исследовано две группы детей с наружными (высокими и низкими) кишечными свищами. На основании биохимических анализов сыворотки крови детей с наружными кишечными свищами установлена интенсификация свободно-радикального окисления липидов (повышение содержания малонового диальдегида, снижение активности супероксиддисмутазы и содержания аскорбиновой кислоты и истощение антиоксидантной системы снижает СОД), которые приводят к повреждению клеточных мембран, о чем

свидетельствует увеличение в сыворотке крови его компонента - сиаловой кислоты.

Биохимические изменения явились основанием для проведения комплексной патогенетически обоснованной медикаментозной терапии с использованием антиоксиданта реамбирина. В результате обоснованного комплексного лечения у больных отмечено снижение процессов ПОЛ и нормализация антиоксидантной системы защиты.

Ключевые слова: наружные кишечные свищи, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система, реамбирин.



ANTIOXYDANT PROTECTION AND SPECIFICITY OF LIPID PEROXODATION IN CHILDREN WITH INTESTINAL FISTULA DISORDERS

A.M. Saburova, Sh.R. Sulstonov, Kh.R. Pulatov, M.S. Makhsudova

Saburova Anna Mukhamadievna, doctor of biological sciences, professor of the department of biochemistry of Avicenna Tajik State Medical University. Tel: 917-24-11-75.

Sulstonov Sherali Rakhmonovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of children's surgery of Avicenna Tajik State Medical University. Tel: 918-62-98-17

Pulatov Kholbozor, applicant of the department of children's surgery of Avicenna Tajik State Medical University.

Makhsudova Musallam Solehovna, candidat of chemical sciences, associate professor, head of the department of biochemistry of Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: musalam_1966@mail.ru. Tel: 93-488-48-75

Atoev Ilhom Islomovich, c.m.s., assistant of the department of Pediatric surgery of Avicenna Tajik State Medical University, tel: 93-83-31-73

Rahmonov Shohinjon Jalolovich, c.m.s., assistant of the department of Pediatric surgery of Avicenna Tajik State Medical University, tel: 918-83-31-73

Ghuriev Holid Jomamadovich, Senior laboratory assistant of the department of Pediatric surgery of Avicenna Tajik State Medical University, tel: 985-61-61-88.

Two groups of children with intestinal fistula was studied. It was shown that increasing of malonyldialdehyde (MDA) decreasing of superoxide dismutase activity and ascorbic acid level lead cell disorder that was found by increasing of sialic acid.

Муҳиммият. Носурҳои рӯда асосан баъди ҷарроҳии такрорӣ, таъҷили, ки рӯда дар ҳолати норасоии вазнин қарор дошта, нишонаҳои фалаҷи ҷузъии рӯда ва ҷараёнҳои фасодию некротикии узвҳои ковокии шикам дида мешаванд, ташаккул меёбанд. Дар ҷарроҳии нақшавӣ бошад, ҳангоми нуқсонҳои гуногуни инкишофи системаи меъдаю рӯда ҳамчун яке аз зинаҳои ислоҳоти нуқсон пайдо мешавад.

Муолиҷа ва эҳёи кӯдакон бо носури сунъии берунаи рӯда яке аз масъалаҳои мушкили ҷарроҳии абдоминалӣ ба ҳисоб меравад, махсусан агар носур дар қисмати болоии рӯдаи борик ҷойгир бошад. [1,2,3]

Аз лаҳзаи гузоштани найчаҳои муолиҷавӣ масъалаи пешгирии оризаҳо, пуррагардонии физодихии энтералӣ дар кӯдакони носури рӯда дошта ва омода кардани беморон барои аз байн бурдани носур ба миён меояд.

This biochemical changes complex pathogenic cure with antioxydative component - reamberin. As a result of treatment was observed decreases of lipid peroxidation.

Key words: external intestinal fistula, lipid peroxidation, antioxidant system, reamberin.

Оризаҳои бештари носури рӯдаҳо, камшавии оби бадан ва вайроншавии мувозирати электролитҳо, тағйирёбии дараҷаҳои гуногуни ғизо ва сепсис, хусусан ҳангоми носурҳои болоӣ, ки марговариашон ба 51-62% мересад, мебошанд. [2,3,7,8].

Баъди ташаккулёбии носурҳои болоии рӯдаи борик бо сабаби доимӣ хориҷ шудани маҳсулоти дохили ҳақаи оваранда илтиҳоби пӯст пайдо шуда, баъдан дар гирди найча варам ҳосил мешавад. Ба ғайр аз ин бо сабаби талаф ёфтани электролитҳо дар кӯдакон токсико- ва нейродистрофия, дар калосолон бошад, кахексия инкишоф меёбад.

Аз ин лиҳоз дар ин гурӯҳи беморон дар инкишофи оризаҳо ҷои асосиро оксидшавии пероксидии липидҳо, ки маҳсулоти онҳо мембранаи ҳуҷайраро вайрон мекунад, ишғол мекунад [4].

ОПЛ ҷараёни мӯътадили метаболитӣ ҳисоб меёбад, вале фаъолнокии барзиёди он



ба синдроми пероксидшавии липидӣ, осеби липидҳои мембранавӣ, сафедаҳо, липопротеидҳо, вайроншавии митохондрия, лизосомаҳо, вайроншавии масъуният, фагоситоз, ба ташаккули чараёнҳои илтиҳобӣ, вайроншавии сохти бофтаҳо ва вазифаи узвҳо оварда мерасонад. [5,6]

Гарчанде, ки ОПЛ дар дигар бемориҳои чарроҳӣ фаъолона омӯхта шуда истода бошад ҳам, лекин корҳо бахшида ба омӯзиши ОПЛ дар беморони носури рӯда дошта ва оқибатҳои он камшуморанд.

Тарзи илмӣ рафтор ба гузариши давраи эҳвӣ баъди чарроҳии реконструктивӣ - барқароркунӣ аз ҷиҳати ба ҳолати ОПЛ ва таъсири дорувориҳо ба ин чараён вучуд надорад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши самаранокии муолиҷаи антиоксидантӣ дар ҳолати оксидшавии пероксидии липидҳо дар кӯдакони носури рӯда дошта.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот:

Бо 40 нафар кӯдакони синнашон аз 1 моҳа то 14 сола, ки носури берунаи рӯда доштанд, дар клиникаи чарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ки дар Маркази миллии тиббии ҚТ ҷойгир шудааст, дар давоми солҳои 2012-2014 таҳқиқот гузаронида шуд. Писарон 26 нафар (65%) духтарон 14 нафар (35,0%).

Ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ чудо карда шуданд: гурӯҳи асосиро 20 нафар (50%)-ро бемороне ташкил медоданд, ки аз рӯи нишондодҳои маҷбури носури сунъии рӯдаи борик дар қисмати болоӣ ба амал омадааст. Ба гурӯҳи таҳқиқотӣ 20 нафар (50%) бемороне дохил карда шудаанд, ки носури сунъӣ дар қисми терминалӣ ё поёнии рӯдаи борик ё ин ки қисмҳои гуногуни рӯдаи ғавс ба амал омадааст.

Дар зардоби хун мавҷудияти маҳсули охирини ОПЛ диалдегиди малонӣ (ДАМ) фаъолияти зиддиоксидантӣ - супероксидисмутазаҳо (СОД), мавҷудияти кислотаи аскорбинат -антиоксиданти ғайриферментӣ ва миқдори кислотаи сиал баъд аз 5-7 чарроҳие, ки носури сунъӣ ҳосил шудааст, муайян карда шудааст.

Натиҷава таҳлил: Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки МДА дар зардоби хуни кӯдакони носури рӯда дошта, то 119,0% ($2,1 \pm 0,05$; $4,6 \pm 0,07$ мкмол/л) баланд гашта, фаъолияти СОД ва миқдори кислотаи аскорбинат ба 51,8% ($17,6 \pm 0,13$ воҳ.; $8,5 \pm 0,28$ воҳ.), ($79,4 \pm 0,5$; $38,2 \pm 0,8$ ммол/л) паст мешавад. Миқдори кислотаи сиал бошад (КС) дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои меъёрӣ се маротиба зиёд мешавад ($1,8 \pm 0,03$; $5,4 \pm 0,03$ ммол/л).

Ҷадвал

Нишондиҳандаҳои ОПЛ ва САО дар зардоби хуни беморони носури берунаи рӯда пеш ва баъди чарроҳӣ

Нишондиҳандаҳо	Меъёр	Носури паст n=20 гурӯҳи санҷишӣ	Баланд n=20 (гурӯҳи асосӣ)	Баъди табобат
ДАМ(мкмол/л)	$2,01 \pm 0,05$	$3,2 \pm 0,02^*$	$4,6 \pm 0,07^{**}$	$2,6 \pm 0,02^{**}$
СОД(воҳ.)	$17,6 \pm 0,13$	$11,7 \pm 0,21^*$	$8,5 \pm 0,28^{**}$	$14,0 \pm 0,1^{**}$
КА(ммол/л)	$79,4 \pm 0,5$	$79,4 \pm 0,5^*$	$52,8 \pm 0,4^{**}$	$68,6 \pm 0,2^{**}$
КСммол/л	$1,8 \pm 0,03$	$3,6 \pm 0,02^{**}$	$5,4 \pm 0,03^{**}$	$2,0 \pm 0,03^{**}$

Эзоҳ: $p^{**} < 0,01$; $p^* < 0,05$ нишондиҳандаҳои оморӣ дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои меъёрӣ (аз рӯи критерияи V -Манн-Уитни)

Дар кӯдакони дорои носури поёнӣ миқдори МДА дар зардоби хун то 52,3% ($2,1 \pm 0,05$; $3,2 \pm 0,02$ мкмол/л) баланд шуда, фаъолияти СОД ба 33,5% ($17,6 \pm 0,13$; $11,7 \pm 0,21$ воҳ.) кам шуд. Миқдори кислотаи аскорбинат бошад ба 33,7% ($17,6 \pm 0,13$;

$52,8 \pm 0,4$ ммол/л) паст шуда, миқдори кислотаи сиал дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои меъёрӣ ду маротиба ($1,8 \pm 0,03$; $3,6 \pm 0,02$ ммол/л) зиёд шуд.

Ҷамъшавии маҳсули охирини ОПЛ (диалдегиди малон) дар зардоби хуни беморо-



ни носури болой ва поёнии рӯда дошта нишон медиҳад, ки чараёни ҳосилшавии радикали озод бо шиддат мебошад.

Харобшавии системаи антиоксидантӣ ба зиёдшавии миқдори идоранашавандаи ОПЛ, чамъшавии маҳсулоти оксидшуда, вайроншавии мембранаҳои биологӣ оварда мерасонад ва дар натиҷа яке аз гликопротеидҳои мембранаи ҳучайра-кислотаи сиал озод шуда ба хун шуста мешавад.

Нишондодҳои дар ҷадвал овардашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки фаъолнокии СОД ва миқдори кислотаи аскорбинат дар зардоби хуни кӯдакони носури қисми болой ва поёнии рӯда дошта кам шудааст, ки аз харобшавии системаи антиоксидантӣ шаҳодат медиҳад.

Барои муайян намудани вайроншавии мувозинати ОПЛ-САО дар беморони носури рӯда алоқамандии коррелятивӣ байни фаъолнокии СОД ва кислотаи аскорбинат дарёфт гардидааст. Байни АДМ, фаъолнокии СОД ва миқдори кислотаи аскорбинат алоқамандии хаттии баръакс мавҷуд аст, ки он имкон медиҳад вобастагии афзудани АДМ ва пастшавии антиоксидантҳоро аз ҳамон як омил пешгӯӣ кард.

Нишондодҳои ба даст овардашуда барои гузаронидани табобати комплексӣ бо истифодаи дорувориҳо, ки дорои фаъолияти антиоксидантӣ мебошанд, асос шуда метавонанд ва онҳоро дар давраҳои пеш ва баъд аз ҷарроҳӣ истифода бурдан мумкин аст. Бо ин мақсад дар 20 нафар беморони носури қисми болоии рӯда дошта ба гайр аз муолиҷаи комплекси анъанавӣ ба муолиҷаи комплекси усули кӯҳна инфузияи реамберин 1% ба миқдори 400 мл, витаминҳои С, Е, А дар давоми 10 рӯз иловагӣ истифода бурда шуд. Гурӯҳи санчишӣ бошад, табобати комплекси анъанавиро гирифт.

Натиҷаи таҳқиқотҳо нишон дод, ки гузаронидани табобати комплексӣ бо истифодаи танзимкунандаи метаболитикии реамберин шиддатнокии ОПЛ-ро (ДАМ бо $4,6 \pm 0,07$ то $2,61 \pm 0,02$ мкмол/л) паст менамояд, фаъолнокии СОД аз $8,5 \pm 0,28$ то

$14,0 \pm 0,1$ воҳ., миқдори кислотаи аскорбин аз $38,2 \pm 0,8$ то $68,6 \pm 0,2$ ммол/л баланд мекунад ва баъди тайёрии пеш аз ҷарроҳии патогенетикӣ асоснок кардашуда дар кӯдакон ҷарроҳӣ гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи санчишӣ ин тағирёбӣ камтар зоҳир мегардад. Ҳамин тарик, миқдори ДАМ аз $4,6 \pm 0,7$ то $3,2 \pm 0,04$ мкмол/л кам гардида, фаъолнокии СОД аз $8,5 \pm 0,28$ то $11,7 \pm 0,2$ воҳ., миқдори кислотаи аскарбин аз $38,2 \pm 0,8$ то $53,0 \pm 0,3$ ммол/л баланд гардидаанд.

Бояд қайд намуд, ки чараёни илтиҳоб дар беморони гурӯҳи асосӣ паст мегардад, ки кам шудани миқдори кислотаи сиал дар хун (дар гурӯҳи санчишӣ $3,6 \pm 0,02$, асосӣ $2,0 \pm 0,03$ ммол/л) аз ин шаҳодат медиҳад.

Ин нишондодҳо дар беморони гурӯҳи санчишӣ нисбатан бад буданд.

Оризаҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва баъди ҷарроҳӣ дар носурҳои рӯда ба зиёд гаштани ОПЛ, ки ба гипоксияи бофтавӣ, фаъолшавии гликолизи анаэробӣ, ки маҳсули онро пируват ва лактат ташкил медиҳад, оварда мерасонад. Чамъшавии ин маҳсулотҳо иқтидори ҳалқаи кислотаҳои секарбонаро суст мегардонад. Ҳангоми мутобиқшавии бофтаҳо ба гипоксия реаксияҳои оксидшавӣ, ки энергияро таъмин мекунанд, ба роҳи оксидшавии суксинат мегузарад.

Самараи мусбии реамберинро ба он шарҳ додан мумкин аст, ки дар таркиби он қисми фаъол суксинат мавҷуд аст, ки кори ҲКС метезонад, чараёни энергияҳосилкунӣ ва мубодилаи энергияро дар ҳучайра бехтар намуда, вазифаи антиоксидантиро иҷро мекунад.

Хулоса

1. Бо мақсади гузаронидани табобати асосноки патогенетикӣ дар кӯдакони носури рӯда дошта пеш аз ҷарроҳӣ муайян кардани ҳолати маҳсулоти ОПЛ ва САО зарур аст.

2. Маълумотҳои ба даст овардашуда истифодаи реамберинро чун танзимкунандаи метаболитӣ, ки имконияти антиоксидантии организмро зиёд мекунад, мувофиқи мақсад меҳисобад.



АДАБИЁТ

1. Машков А.Е., К вопросу об эффективности применения превентивных кишечных стом сформированных после реакции кишки в условиях перитонита у детей. / А.Е. Машков, Д.А. Пытхеев, В.И. Щербина // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан, Симпозиум детских хирургов "Лечение кишечных свищей у детей"-Душанбе, 2014.-с. 221-224.
2. Петлах В.И., Кишечные стомы с магнитным анастомозом в неотложной хирургии у детей. // В.И. Петлах, А.К. Коновалев, А.В. Сергеев // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан, Симпозиум детских хирургов "Лечение кишечных свищей у детей"-Душанбе, 2014.- с. 229-230.
3. Смирнов А.Н., Наружные кишечные свищи (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, современные тенденции в предоперационный введение пациентов). // А.Н. Смирнов, Е.И. Пригаро, Т.А. Гасан Детская хирургия, №4, 2002.-с. 36-40.
4. Цветков И.В. Нейраминаовая кислота и ее значение в организме. / И.В. Цветкова/ Вопросы медицинской химии. -1991, том 7 - выпуск 7. - с. 43-57.
5. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы и антиоксиданты / Ю.А. Владимиров / Вестник Российской академии медицинских наук, 1998, - №7. - с.
6. Казимирко В.К. Свободно-радикальное окисление и антиоксидантная терапия / В.К. Казимирко- /М., 2004. с. 160.
7. Dudrisk S.J., Maharaj A.R., McKelvey A.A. // Wld J. Surg.-1999 - Vol. 23, #6 - p. 570-576.
8. Foster C.E. III, Lefor A.T. // Surg. Clin. N.Am. - 1996 - Vol. 76, # 5. - p. 67-70
9. Султонов Ш.Р. Перекисное окисление липидов и состояние антиоксидантной системы у детей с наружными кишечными свищами / Ш.Р. Султонов., А.М. Сабурова, Х.К. Пулатов, //Детская хирургия. -2002.-№4. С.19-22.

МИҚДОРИ НИСБИИ ОБ (МНО) ВА НОРАСОИИ ОБ (НО) ДАР БАРГҲОИ НАВЪҲОИ КАРТОШКА (*SOLANUM TUBEROZUM L.*) ДАР ТОҶИКИСТОНИ ЧАНУБӢ

М.К. Гулов¹, К. Партоев²

Кафедраи биохимия (мудирӣ кафедра дотсент, н.и.х. М.С. Махсудова)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АИ Чумхурии Тоҷикистон

Гулов Маҳмалӣ Кодирович- н.и.б., дотсенти кафедраи биохимия Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 135. Тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru

Партоев Курбоналӣ- д.и.кишоварз, мудирӣ Озмоишгоҳи генетика ва селекцияи растаниҳои Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АИ ҚТ. 734017, ш. Душанбе, к. Карамов, 27. Тел.: (992) 918-64-95-05; E-mail: pcurbonali@mail.ru

Дар мақола натиҷаҳои тадқиқотҳои илмӣ омӯзиши мубодилаи об дар барги навъҳои картошка дар шароити ноҳияи Хуросони Тоҷикистон баррасӣ шудааст. Нишон дода шудааст, ки миқдори нисбии

об (МНО) ва норасоии об (НО) дар барги навъҳои картошка бо ҳамдигар алоқаманд мебошанд. Чӣ қадаре ки норасоии об дар барги картошка зиёд бошад, ҳамон қадар миқдори нисбии об кам гаш-



та, боиси баланд гаштани устувори
навъҳои картошка ба ҳарорати баланди
ҳаво мегардад. Ин нишондод аз устуво-
рии худидоракунии мубодилаи оби
ҳуҷайра ва моддаҳои органикии растанӣ

дар зери ҳарорати баланди ҳаво гувоҳӣ
медихад.

Калимаҳои калидӣ: картошка, навъҳо,
микдори нисбии об, норасогии об, муғча-
бандӣ, гулкунӣ, лӯндаҳосилшавӣ.

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ВОДЫ (ОСВ) И ВОДНЫЙ ДЕФИЦИТ (ВД) В ЛИСТЯХ СОРТООБРАЗЦОВ КАРТОФЕЛЯ (SOLANUM TUBEROZUM L.) В ЮЖНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ

*Гулов Махмали Кодирович - к.б.н., доцент кафедры биохимии ТГМУ имени Абуали ибни
Сино. г. Душанбе, проспект Рудаки, 135. Тел.: (992) 919-63-22-85; E-mail: Gulov60@inbox.ru*

*Партоев Курбонали - д.с.-х.н., заведующий лабораторией генетики и селекции растений
Института ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ. 734017, г. Душанбе, ул. Ка-
рамова, 27. Тел.: (992) 918-64-95-05; E-mail: pkurbonali@mail.ru*

В статье приводятся результаты исследо-
вания по изучению относительного содер-
жания воды (ОСВ) и водного дефицита (ВД)
в листьях сортов картофеля в условиях Ху-
росонского района Таджикистана. Показа-
но, что ОСВ и ВД в листьях сортов карто-
феля тесно взаимосвязаны. При высокой
температуре по мере увеличения ВД в лис-

тях сортов картофеля наблюдается сниже-
ние ОСВ и наоборот. Данный показатель
свидетельствует об устойчивой саморегуля-
ции обмена воды и органических веществ в
клетках листьев сортов картофеля.

Ключевые слова: картофель, сорта, отно-
сительное содержание воды, водный дефицит,
бутонизация, цветение, клубнеобразования.

RELATIVE WATER CONTENT (RWC) AND WATER DEFICIT (WD) IN THE LEAVES OF POTATO VARIETIES (SOLANUM TUBEROSUM L.) IN SOUTH TAJIKISTAN

M.K. Gulov, K. Partoev

Department of Biochemistry (Head of the department associate professor M.S. Makhsudova)
of Avicenna TSMU

Institute of Botany Plants, Physiology and Genetics of the Academy of Sciences of the
Republic of Tajikistan

*Gulov Makhmali Kodirovich, c.b.s., associate professor of the department of biochemistry of
Avicenna TSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 135. Tel.: (992) 919-63-22-85; E-mail:
Gulov60@inbox.ru*

*Partoev Kurbonali, d.a.s., head of the Laboratory of Plant Genetics and Plant breeding of the
Institute of Botany, Physiology and Genetics of Plant of the Academy of Sciences of the Republic of
Tajikistan. 734017, Dushanbe, 27 str. Karamova, Tel. : (992) 918-64-95-05; E-mail:
pkurbonali@mail.ru*

The article presents the results of a study on
the relative water content (RWC) and water
deficit (WD) in the leaves of potato varieties
under the conditions of the Khuroson district

of Tajikistan. It is shown that RWC and WD
in the leaves of potato varieties are closely
interrelated. At high temperatures with the
increase in WD in the leaves of potato varieties,



a decrease in RWC is observed and vice versa. This indicator indicates a steady self-regulation of the exchange of water and organic matter in the leaf cells of potato varieties.

Муҳиммият. Дар шароити Тоҷикистонни Ҷанубӣ чунин омилҳои номусоид барои нашъу намои картошка, аз қабилҳои норасоии намии хок, ҳарорати пасту баланди ҳаво, аз меъёр зиёд будани шӯрии хок ва ғайраҳо ба назар мерасанд. Омӯзиши таъсири ин омилҳо дар шароити тағйирёбии глобалии иқлим аҳамияти хоса доранд [1, 2,4]. Таъсири номусоиди хушкии хок, ки аз баланд будани ҳарорати ҳаво вобаста аст, дар растаниҳо боиси норасоии об дар вақти нашъу намои онҳо мегардад [3]. Ба мубодилаи об дар растаниҳо асосан ҳарорати баланд таъсири манфӣ мерасонад. Аз ҳисоби вусъат ёфтани қараёни транспиратсия нестшавии миқдори зиёди об мушоҳида мегардад, ки воридшавии об ба воситаи системаи реша пурзур гардида, имконияти норасоии обро дар растанӣ ба миён меорад [3, 5]. Олимон муқаррар кардаанд, ки дар зеритаъсири норасоии об фаъолиятнокии ферментҳои глутатионредуктаза (ГР) ва аскорбатпероксидаза (АскП) дар генотипҳои омӯхташуда фаъолиятнокиҳои гуногун доранд [4].

Мақсади таҳқиқот омӯзиши норасоии об (НО) ва миқдори нисбии об (МНО) дар баргҳои навҳои картошка дар давраҳои гуногуни таракқиёти растаниҳо, дар зеритаъсири омилҳои баланди стрессӣ, аз қабилҳои ҳарорати баланди ҳаво дар шароити иқлими гарми минтақаи ҷануби Тоҷикистон (дар баландии 550 метр аз сатҳи баҳр) ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқотҳо натиҷаи истифодабарии лӯндаҳои 18 навҳои картошка (*Solanum tuberosum* L.) аз коллексияи Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифташуда мебошанд. Лӯндаҳои тухмии навҳои Тоҷикистон, ки дар ноҳияҳои Лахш парвариш ёфта буданд, бо ифодаи Тоҷи-

Key words: potatoes, varieties, relative water content, water deficiency, budding, flowering, tuberization.

кистон (Л), дар мавзеи Канаск, бо ифодаи Тоҷикистон (К), ноҳияи Ҳисор, бо ифодаи Тоҷикистон (Х) ишора шудаанд. Нишондодҳои МНО ва НО дар барги картошка аз рӯи усули Л.Г Емельнов ва С.А Анкуд [6] муайян карда шудааст. Коркарди омории маълумотҳо оиди нишонаҳои гуногуни навҳои картошка аз рӯи нишондоди Б.А. Доспехов [7] бо истифодаи барномаи компютери Microsoft Excel 2007 гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо

Ҷӣ тавре ки аз ҷадвали 1 дида мешавад, дар давраи муғҷабандии ниҳолҳо миқдори зиёди МНО дар баргҳои навҳои картошкаи Тоҷикистон (К), Аладин (Мастчох), Бунафша, Нилуфар, Рашт, Клон 13тj, Тоҷикистон (Х), Клон 2тj, Клон-15тj, Клон №73, F1(Пикассо x Файзобод) мушоҳида карда мешавад, ки он аз 0,81 то 1,15%-ро ташкил медиҳад. Миқдори камтарини ин нишондод дар навҳои картошкаи Файзобод - 0,53% мушоҳида карда шуд. Дар давраи гулкунӣ бошад миқдори зиёди МНО дар барги навҳои картошкаи Аладин (Мастчох), Бунафша, Зарина, Файзобод, Тоҷикистон (Л), Клон 13тj, F1(Пикассо x Файзобод), F1(Нилуфар x Клон-2) Мухаббат ва Тоҷикистон мушоҳида карда шуд, ки он ба миқдори аз 0,81 то 0,86%-ро ташкил намуд. Аммо, миқдори камтарини (минимали)- и ин нишондод дар навҳои картошкаи Клон 2тj ва АИ-1 мушоҳида карда шуд, ки аз 0,60 то 0,72%-ро ташкил дод.

Дар давраи лундаҳосилшавӣ бошад миқдори ниҳии МНО дар барги навҳои картошкаи АИ-1, Тоҷикистон (Л), Клон 13тj, F1(Пикассо x Файзобод), Клон 2тj, Тоҷикистон (К) ва Аладин (Мастчох) мушоҳида карда шуд, ки он аз 0,75 то 0,85%-ро ташкил дод. Вале миқдори минималии ин нишондод дар баргҳои навҳои картошкаи Нилуфар ва Клон №73 аз 0,57 то 0,68%-ро ташкил дод. Ба ҳисоби миёна



МНО дар баргҳои навъи картошка дар давраҳои мугҷабандӣ ва гулкунӣ - 0,79% ва дар давраи лӯндаҳосилшавӣ - 0,74%-ро ташкил медиҳад. Миқдори зиёди МНО дар баргҳои навъи картошкаи Тоҷикистон (К) (0,91%) ва миқдори минималии ин нишондод дар баргҳои навъи картошкаи Файзобод (0,56%) мушоҳида карда мешавад. Аз ҷадвали 1 инчунин дида мешавад, ки миқдори НО дар давраи мугҷабандӣ бештар дар баргҳои навъҳои картошкаи АИ-1, Зарина, Клон-15тj мушоҳида мешавад, ки ин нишондод аз 20,9 то 37,03%-ро ташкил медиҳад. Миқдори НО дар навъҳои картошкаи Аладин- (Мастҷох), Рашт, Клон 13тj, F1(Пикассо х Файзобод) ниҳоят кам мушоҳида карда шуд, ки он ҳамагӣ 7,07 - 12,5%-ро ташкил дод. Дар давраи гулкунӣ навъҳои картошка бошад, миқдори зиёди НО (20- 54,84%) дар навъҳои картошкаи АИ-1, Кардинал

(Ст.), Нилуфар, Тоҷикистон (К), Тоҷикистон (Л), Клон 2тj мушоҳида карда шуд, вале миқдори минималии НО (11,67-15,79%) дар намунаҳои картошкаи F1(Пикассо х Файзобод), Клон 13тj, Аладин- (Мастҷох), Зарина, Клон Файзобод, F1(Нилуфар х Клон 2) мушоҳида гардид. Дар давраи лӯндаҳосилшавӣ миқдори зиёди НО (31,37-53,85%) дар навъҳои картошкаи Зарина, Бунафша, Тоҷикистон (К), Аладин (Мастҷох), Тоҷикистон (Л), Клон Файзобод, Клон 2тj, Файзобод мушоҳида карда шудааст, лекин миқдори минималии НО (3,33-12,82%) дар навъҳои картошкаи АИ-1, Тоҷикистон (Х), Клон 13тj, F1(Нилуфар х Клон2) мушоҳида шуд. Ҳамин тавр, ба ҳисоби миёна миқдори НО дар давраи мугҷабандӣ -16,17 %, дар давраи гулкунӣ - 20,31% ва дар давраи лӯндаҳосилшавӣ бошад - 29,80%-ро ташкил медиҳад.

Ҷадвали 1-Миқдори нисбии об (МНО) ва норасоии об (НО) дар баргҳои навъҳои картошка дар давраҳои гуногуни инкишофи растанӣ, %

№	Навъҳо ва клонҳо	Мугҷабандӣ		Гулкунӣ		Лӯндаҳосилшавӣ		Миёна	
		НО	МНО	НО	МНО	НО	МНО	НО	МНО
1	Кардинал (ст.)	17,5	0,8	20,0	0,7	23,2	0,7	20,3	0,8
2	Аладин (Мастҷох)	7,1	0,9	15,7	0,8	41,1	0,8	21,3	0,8
3	АИ-1	20,9	0,8	34,7	0,6	3,3	0,8	30,5	0,7
4	Бунафша	10,4	0,9	19,1	0,8	38,4	0,7	22,6	0,8
5	Зарина	36,0	0,6	15,3	0,8	37,9	0,7	29,7	0,7
6	Нилуфар	13,6	0,9	22,8	0,7	25,8	0,6	20,7	72,0
7	Файзобод	11,2	0,1	16,2	0,8	53,9	0,7	27,1	0,6
8	Рашт	8,3	0,9	19,6	0,8	28,6	0,7	18,8	0,8
9	Тоҷикистон (К)	11,5	1,2	20,7	0,8	31,4	0,8	21,2	0,9
10	Тоҷикистон (Л)	18,2	0,8	54,8	0,9	53,1	0,8	42,1	0,8
11	Тоҷикистон (Х)	14,7	0,8	14,3	0,8	7,4	0,7	12,1	0,8
12	Клон Файзобод	15,3	0,8	15,8	0,8	40,6	0,7	23,9	0,8
13	Клон-2тj	16,8	0,8	23,8	0,7	41,1	0,9	27,2	0,8
14	Клон - 13 тj	10,6	0,9	11,7	0,9	12,8	0,8	11,7	0,8
15	Клон -№ 73	15,2	0,8	19,0	0,8	19,7	0,7	18,0	0,8
16	Клон -15тj	37,0	0,8	16,1	0,8	41,3	0,7	31,4	0,8
17	F ₁ (Пикассо х Файзобод)	12,5	0,8	11,3	0,9	24,1	0,8	15,9	0,8
18	F ₁ (Нилуфар х Клон-2)	14,3	0,7	15,0	0,8	12,9	0,7	14,1	0,8
	Миёна	16,2	0,8	20,3	0,8	29,8	0,7	22,1	0,8
	ФНМ ₀₅	1,66	0,06	2,42	0,06	2,58	0,06	1,69	0,06

Хулоса. Мувофиқи маълумотҳои дар натиҷаи таҳқиқот маълум гашта миқдори нисбии об (МНО) ва норасоии об (НО) дар барги навъҳои картошка бо ҳамдигар алоқаманд мебошанд. Чӣ қадаре, ки норасоии

об дар барги картошка зиёд бошад, ҳамон қадар миқдори нисбии об кам мегардад ва бараъкс, ки боиси баланд гаштани устувории навъҳои картошка ба харорати баланди ҳаво мегардад.



Адабиёт

1. Абдуллаев, А. Физиология хлопчатника в условиях стресса: монография / А. Абдуллаев, А. Эргашев, Б.Б. Джумаев, Х.А. Абдуллаев И.А. Каримова - Душанбе: Дониш. - 2013. 153 с.
2. Эргашев, А. Адаптационная изменчивость физиолого-биохимических процессов у хлопчатника при температурном и водном стрессе / А. Эргашев, И. Каримова, А. Абдуллаев / / Материалы научной конференции, посвященной 40-летию Института физиологии растений и генетики АН РТ и 80-летию города. - Душанбе: Дониш, - 2004. - С. 136-139.
3. Каримова И.С. Влияние продолжительной почвенной засухи на физиологические процессы у различных сортов и линия хлопчатника. Диссертация к.б.н. 03.00.12. / Каримова И.С. // Душанбе. - 2009. 129с.
4. Алиев К., Мирзорохимов А.К., Бобохонов Р.С., Ашуров С.Х., Сабуров Б.М. Ферменты антиоксидантной системы клетки в условиях засухи Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2016. Т. 59. № 7-8. С. 350-355.
5. Атоев М.Х. Влияние засоления и почвенной засухи на содержание фотосинтетических пигментов в листьях различных видов и сортов пшеницы /М.Х. Атоев, А.Э. Эргашев, А.А. Абдуллаев, Б.Б. Джумаев//Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отд. биол. и мед.наук. - Душанбе, 2011. - № 3 (176). - С. 13-20.
6. Емельянов Л.Г. в Анкуд С.А. Водобмен и стрессоустойчивость растений - Минск: Наука и техника, 1992, 142с.
7. Доспехов Б. А. Методика полевого опыта/ Б. А.Доспехов// - М.: Колос.- 1985. - 368с.

ОМУҶИШИ ЧАМЪИ ЗИДДИДИАБЕТИИ "ЧОРБАРГ" ҲАНГОМИ ВАЙРОНШАВИИ МУБОДИЛАИ ЧАРБ ВА КАРБОГИДРАТҲО ДАР ТАҶРИБА

Б.А. Ишанқулова, М.В. Урунова, М.Х. Музафарова,

Кафедраи фармакология (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Урунова М.В.)-и
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Ишанқулова Бустон Астановна, д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: Ishankulova@mail.ru, тел.: 918460129

Урунова Муҳаббат Ваҳобовна, н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: muhabat65@mail.ru, тел.: 918941671.

Музафарова Матлуба Ҳакимовна, н.и.т., муаллими калони кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: @mail.ru, тел.: 918673403

Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти омӯзиши чамъи зиддидиабетии "Чорбарг", ки аз растаниҳои шифобахши Тоҷикистон иборат аст, дар калламушони сафед оварда шудааст. Нишон дода шудааст, ки таъсири гипогликемии ин чамъ дар модели фарбеҳӣ дар калламушони сафед гузаронида шудааст. Чамъи мазкур ба ғайр аз ҳосияти гипогликемӣ инчунин ҳосияти гипо-

липидемӣ ҳам дорад. Аз ин сабаб чамъи "Чордору"-ро метавонем барои муолиҷаи комплексӣ дар беморони диабетӣ қанди навъи 2-юм ва беморони гирифтори вайроншавии мубодилаи чарбҳо тавсия намоем.

Калимаҳои калидӣ: диабетӣ қанд, гиперлипидемия, қиёми чамъи "Чорбарг", липопро테인ҳо, гиполипидемия, гипогликемия.



ИЗУЧЕНИЕ АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО СБОРА "ЧОРБАРГ" ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Б.А. Ишанкулова, М.В. Урунова, М.Х. Музафарова
Кафедра фармакологии и ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ишанкулова Бустон Астновна, д.м.н., профессор кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино,

E/mail: Ishankulova@mail.ru, тел.: 918460129.

Урунова Мухаббат Вахобовна, к.м.н., доцент кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: muhabat65@mail.ru, тел.: 918941671.

Музафарова Матлуба Хакимовна, к.м.н., старший преподаватель кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино,

E/mail: @mail.ru, тел.: 918673403

В статье авторы указывают на эпидемиологию распространенности сахарного диабета в мировом масштабе и в Таджикистане в частности. Представлены результаты лечения в эксперименте сбором "Чорбарг", составленного из лекарственных растений. Гипогликемический эффект был изучен по модели ожирения у белых крыс. Сбор оказывает, наряду с гипогли-

кемическим, гипополипидемическое действие. Вследствие чего сбор "Чорбарг" можно применять в комплексном лечении больных сахарным диабетом 2 типа, а также больным с нарушением липидного обмена.

Ключевые слова: сахарный диабет, гиперлипидемия, настой, сбор "Чорбарг", липопроотеины, гипополипидемия, гипогликемия.

STUDYING OF ANTIDIABETIC COLLECTION OF "CHORBARG" ON DISTURBANCE of CARBON AND LIPID EXCHANGE DURING EXPERIMENT

B.A. Ishankulova, M.V. Urunova, M.H. Muzafarova
Pharmacology department and Central Research Laboratory of Avicenna TSMU

Ishankulova Buston Astanovna - Professor of Pharmacology department of Avicenna Tajik State Medical University, E/mail: Ishankulova@mail.ru, tel.: 918460129.

Urunova Muhabbat Vahobovna - c.m.s., associate professor of Pharmacology department of Avicenna Tajik State Medical University, E/mail: muhabat65@mail.ru, tel.: 918941671.

Muzafarova Matluba Hakimovna, c.m.s., senior teacher of Pharmacology department of Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 918673403.

The authors indicate the epidemiology of diabetes mellitus on a global scale and in Tajikistan in particular. The results of treatment in the experiment by the collection "Chorbarg", made up of medicinal plants are presented. The hypoglycemic effect was investigated by the obesity model in white rats. Collection has, along with hypoglycemic,

hypolipidemic action. As a result, "Chorbarg" collection can be used in complex treatment in patients with the type 2 diabetes mellitus, as well as patients with lipid metabolism disorders.

Key words: diabetes mellitus, hyperlipidemia, infusion, collection "Chorbarg", lipoproteins, hypolipidemia, hypoglycaemia.



Муҳиммият. Диабети қанд - дар натиҷаи вайрон шудани мубодила ба амал омада, бо аломати гипергликемияи музмин чараён мегирад. Беморӣ дар натиҷаи вайрон шудани ҳамтаъсирии инсулин бо ҳуҷайраҳои бофтаҳо (ТУТ, 2009 с) ба амал меояд. Диабети навъи 2 аз байни ҳамаи намуди диабет 85-90 %-ро ташкил карда, бештар дар шахсон аз чилсола боло ба амал меояд, ки сабаби асосиаш фарбеҳӣ мебошад (7,8,9). Дар ин навъи диабет боиси кам шудани ҳассосияти бофтаҳо ба таъсири инсулин мегардад, ки дар марҳалаҳои авали беморӣ он мӯътадил ё бо миқдори зиёд хорич мешавад.

Тӯли 2 соли охир миқдори беморони гирифтори диабет дар Тоҷикистон қариб то 2 ҳазор нафар зиёд шуда, зиёда аз 29 ҳазорро ташкил мекунад. Аз байни беморони гирифтори диабет 600 нафарашро кӯдакон ва наврасон ташкил мекунанд. Сабабҳои асосии беморӣ - фарбеҳӣ, аз ҳад зиёд хӯрок хӯрдан ва камҳаракатӣ мебошанд. Ба ғайр аз ин, бештар дар шахсон гирифтори бемории фишорбаландӣ, ишемияи дил, фарбеҳӣ хавфи ба амал омадани бемории диабет дида мешавад. Аз рӯи маълумоти Федератсияи байналмиллалии диабет (IDF) миқдори шахсон гирифтори бемории диабет дар тамоми дунё ба 382 миллион нафар расидааст, то соли 2035 аз рӯи пешгӯиҳои IDF ин миқдор то 592 миллион нафар мерасад. Парҳез ва кам шудани вазни бемор баъзан ба мӯътадилшавии мубодилаи карбогидратҳо ёри расонида, синтези глюкоза дар чигар аз ашёи ғайрикарбогидратӣ кам мешавад [6,8,10].

Ҳангоми диабет қанд дар баробари вайроншавии вазнини мубодилаи карбогидратҳо тағйиротҳои назарраси мубодилаи чарбҳо дида мешавад. Аз ин сабаб, омӯхтани хосияти таъсири қандпасткунандаи растаниҳои шифобахш ба мубодилаи чарбҳо ҳангоми бемории диабет қанд мақсаднок ва ҳатмӣ аст [3].

Сатҳи баланди инсулинрезистентноки ба гипертриглицеридемия мусоидат менамояд, инчунин сатҳи липопротеидҳои зичиашон кам ва хеле кам зиёд ва липопротеидҳои зичиашон зиёд кам мешаванд. Дислипидемия

яке аз аломатҳои синдроми метаболӣ ва омили хавфи атеросклерози барвақтӣ мебошад [4].

Омили асосӣ дар муолиҷаи синдроми аломати метаболӣ дигаргун намудани тарзи ҳаёт, яъне дигаргун намудани реча ва ратсионии хӯрокхӯрӣ, даст кашидан аз сигоркашӣ, парҳези кам истифода намудани намаки ошӣ аст. Ҷустуҷӯи маводҳо барои муолиҷаи диабет қанд яке аз вазифаҳои муҳим ба ҳисоб меравад. Бештари муҳаққиқон доруҳои навро пайдо карда, ба вучуд доштани як қатор чамъҳои растанигии антидиабетӣ дар тибби халқӣ диққати ҷиддӣ доданд [5]. Чамъҳо аз як қатор растаниҳо тайёр мешаванд, ки ба оилаи гуногуни растаниҳо дохиланд. Шаклҳои чамъҳои антидиабетӣ гуногунанд - қиёмҳо, шарбатҳо, чӯшобаҳо, ки ба шакли дигар доруҳо барои муолиҷаи дигар бемориҳо монанданд. [6].

Омӯзиши моддаҳои растанигӣ, ки хосияти антидиабетӣ ва гипогликемӣ доранд, нав оғоз ёфта истодааст. Маводҳои тибби халқӣ ва маълумотҳои ба дастомада аз он роҳи дурусти ҷустуҷӯи далолат медиҳанд. Дар Тоҷикистон растаниҳои равшанҳои эфирдошта ва флавоноиддошта, ки хосияти қандпасткунандагӣ доранд, хеле зиёданд. [2,6].

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши таъсири гипогликемӣ ва гиполипидемӣ доштани қиёми чамъи "Чорбарг" дар асоси растаниҳои шифобахши Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Чамъи "Чорбарг" дар шакли қиём дар таносуби 1:10 вообаста аз талаботи Фармакопеяи давлатии СССР тайёр карда шуд [1]. Барои муқоисаи натиҷаи растаниҳои дар боло зикршуда дар гуруҳи назоратӣ қиёмро аз чамъи зиддидиабетии "Арфазетин" истифода намудем.

Дар таҷрибаҳои мо таъсири чамъи "Чорбарг" ба мубодилаи чарбҳо ва карбогидратҳо дар модели - усули диетиаи холестеринӣ дар 38 калламуши сафеди бо вазни миёна 320-380 гр. омӯхта шудааст. Ба ҳайвонҳои таҷрибашаванда дар давоми 30 шабонарӯз хӯроқи равшандор ворид намудем, ки таркибаш аз 2,5% холестерин, 0,12% метилурачил, равшани растани дар ҳарорати баланд гарм карда шуда, пас аз он хунук карда шу-



дааст, инчунин рағгани ҳайвонот аз ҳисоби 1:4 иборат буд. Ба калламушҳои таҷрибашаванда қиёми чамъи "Чорбарг"-ро, ба гурӯҳи калламушони назоратӣ оби дистиллятсионӣ ва гурӯҳи муқоисавӣ қиёми чамъи "Арфазетин"-ро дохили меъда аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид намудем. Пас аз 30 шабонарӯзи муолиҷа баъди 14 соати гуруснагӣ барои муоина аз ҳайвонҳо хун гирифтем.

Барои баҳодихии ҳолати мубодилаи чарбҳо ҳангоми парҳези гиперхолестеринемӣ дар калламушон чунин нишондиҳандаҳо ба назар гирифта шуданд: сатҳи липопротеидҳои зичиашон кам (ЛПЗК), липопротеидҳои зичиашон хеле паст (ЛПЗХП), липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ), триглицеридҳо (ТГ) ва холестерини умумӣ. Дар баробари ин дар хуни калламушон сатҳи қанд ҳангоми ин парҳез муайян карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар калламушони гурӯҳи назоратӣ (муолиҷа нашуда) дар хун миқдори холестерини умумӣ то $5,1 \pm 0,3$ ммол/л (209%), триглицеридҳо - то $1,33 \pm 0,1$ ммол/л (211%), липопротеидҳои зичиашон кам (ЛПЗК) то $14,7 \pm 1,0$ ммол/л (165%), ва липопротеидҳои зичиашон хеле кам (ЛПЗХК) то $12,6 \pm 0,02$ ммол/л (190%) назар

ба гурӯҳи солим зиёд шуданд. Сатҳи липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ) каме паст шуда, миқдори миёнаи он ба $20,8 \pm 0,07$ ммол/л баробар шуд, ки 140,9%-ро ташкил намуд.

Дар калламушоне, ки қиёми чамъи "Чорбарг"-ро ба дохили меъда ворид намуда будем, миқдори холестерин 164% ($3,3 \pm 0,2$ ммол/л) ва триглицеридҳо 126% ($0,98 \pm 0,07$ ммол/л) назар ба гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан кам шуд. Дар баробари ин миқдори ЛПЗК то 168% ($10,1 \pm 1,2$ ммол/л) ва ЛПЗХК то 170% ($8,9 \pm 0,8$ ммол/л) кам шуда, миқдори ЛПЗБ то 223% афзудааст. Дар калламушони бо қиёми чамъи "Чорбарг" муолиҷа намуда, консентратсияи қанд дар хун ба $6,9 \pm 0,01$ ммол/л расид, хол он ки дар гурӯҳи назоратии калламушон (муолиҷа наёфта) ин нишондиҳанда $12,5 \pm 0,02$ ммол/л шуд ($P < 0,001$) (ҷадв. 1).

Дар гурӯҳи калламушоне, ки дохили меъда қиёми зиддидиабетии "Арфазетин" ба миқдори 5 мл/кг массаи вазн ворид намудем, чунин нишондодҳоро ба даст овардем: миқдори холестерин 174%, триглицеридҳо 117%/ ЛПЗК ва ЛПЗХК 183%-189% кам ва миқдори ЛПЗБ бошад 189% зиёд шуд.

Ҷадвали 1.

Таъсири чамъи "Чорбарг" ба мубодилаи чарбҳо ва сатҳи қанд дар хунобаи калламушони сафед ҳангоми таҷрибаи парҳези гиперлипидемӣ дар давоми 30 шабонарӯз

Нишондиҳандаҳо	Силсилаи таҷрибаҳо ва доза бо мл/кг масса				P
	Гуруҳи солим - оби дистил. 5 мл/кг n=9	Назоратӣ –муолиҷанашуда + оби дистил. 5мл/кг n=10	Қиёми чамъи «Чорбарг» 5мл/кг n=10	Қиёми чамъи «Арфазетин» 5мл/кг n=9	
Холестерини умумӣ, ммол/л	$2,50 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,3209\%$	$3,3 \pm 0,2164\%$	$3,8 \pm 0,1174\%$	<0,001
Триглицеридҳо, ммол/л	$0,63 \pm 0,04$	$1,33 \pm 0,1211\%$	$0,98 \pm 0,07126\%$	$1,1 \pm 0,1117\%$	<0,01
ЛПЗК-β-липопротеидҳо мг%	$8,9 \pm 0,8$	$14,7 \pm 1,0165\%$	$10,1 \pm 1,2168\%$	$12,3 \pm 1,2183\%$	<0,001
ЛПЗХК (пре. β) ммол/л	$6,6 \pm 0,8$	$12,6 \pm 1,2190\%$	$8,9 \pm 0,7223\%$	$9,2 \pm 0,9189\%$	<0,001
ЛПЗБ-λ липопротеидҳо ммол/л	$50,8 \pm 4,9$	$20,8 \pm 2,0140,9\%$	$46,5 \pm 4,5155\%$	$39,4 \pm 4,0157\%$	<0,001
Миқдори қанд дар хун, ммол/л	$4,5 \pm 0,5$	$12,5 \pm 1,02277\%$	$6,9 \pm 0,8155\%$	$7,2 \pm 0,9157\%$	<0,001

Эзоҳ: P - саҳеҳхият фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

Аз ҷадвал бармеояд, ки чамъи "Арфазетин" таъсири хуби гиполлипидемӣ ва ги-

погликемӣ дорад, аммо натиҷаҳои он аз чамъи "Чорбарг" каме ақиб мемонад. Чи



тавре ки дар боло қайд шуд, ҳангоми диабетӣ қанд мубодилаи чарбҳо ҳам зарар меёбанд. Аз ин сабаб чамъи "Чордору"-ро ҳамчун маводи зиддидиабетӣ ҳисобидан мумкин аст

Хулоса. Аз натиҷаҳои таҳқиқот бармеояд, ки чамъи "Чорбарг" ҳосияти назарраси зиддидиабетӣ дошта онро дар беморони диабетӣ қанди навъи 2-юм дар муолиҷаи комплексӣ тавсия намудан мумкин аст.

АДАБИЁТ

1. Балаболкин М. И. Сахарный диабет М.: Медицина, 1994
2. Бокарев И.Н. Сахарный диабет: Руководство для врачей /И.Н. Бокарев, В.К.Великов, О.И. Шубина //М.:ООО "Медицинское информационное агенство", 2006. - С. 100-102, 319-323.
4. Дедов И.И. Сахарный диабет и артериальная гипертензия /И.И.Дедов, М.В. Шестакова.-М.:Медицина, 2006. - 446 сах.
5. Носов А.М. Лекарственные растения /А.М.Носов.-М.:Медицина.-2005.-С.68.
6. Ишанкулова Б.А. Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана, Б.А. Ишанкулова Душанбе, 2015 типография ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. - С. 193
7. Иванов Д.Д. Анемия при сахарном диабете: современная тактика/Д. Д. Иванов //Здоровье Украины.- 2007.-№ 22/1.- С. 15.
8. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Аринина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа //М.: ООО "Медицинское информационное агентство", с 2011. - 352 Сах.
9. Diabetes Blue Circle Symbol (англ.). International Diabetes Federation (17 March 2006).
10. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva: World Health Organization. 2006.

ОМУЗИШИ ТАЪСИРИ ГИПОГЛИКЕМИЯИ ЭКСТРАКТИ ХУШКИ БЕХМЕВАИ ТОПИНАМБУР ҲАНГОМИ САРБОРИИ ГЛЮКОЗА

Ш.С. Рамазони

Кафедраи технологияи фармасевти (мудири кафедра н.и.ф., Сафарзода Р.. Ш.) - и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Сафарзода Рамазон Шарофиддин -н.и.ф., мудири кафедраи технологияи фармасевтии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино +992 902 44 47 11; E-mail:safarzoda90@yandex.ru

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳосиятҳои қандпастунии экстракти хушк, ки мо аз беҳмеваи топинамбур ҳосил кардем, ҳангоми тестҳои оралӣ ва дохилибатнии таҳаммулпазирӣ бар глюкоза.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Экстракти хушкӣ беҳмеваи топинамбур дар шакли маҳлули 1% -и маҳлули тозатайёр;

-ҳабби глибенкламид 5мг серияи 48008, муҳлати истеъмол 03.2017 истеҳсоли БЕРЛИН-ХЕМИ АГ (Меннарини Групп) - Олмон;

- 48 калламуши сафеди интактии хардучинс массашон 200-250г;

Усулҳои таҳқиқот. Ҳайвонот ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (24-адад барои тести оралӣ ва 24 адад барои тести таҳаммулпазирӣ), 3 силсилаи (8 калламуши назоратӣ (8 барои маҳлули глибенкламида ва 8 барои маҳлули ЭХБТ).

Натиҷаҳо ва барраии онҳо. Омӯзиши таҳаммулпазирии дохилимеъдагӣ ни сбат ба глюкоза. Пас аз 30 дақиқаи сарбории дохилимеъдагии глюкоза сатҳи гликемия дар кал-



ламушҳои назоратӣ то 82-91% баланд шуд, баъди 60 дақиқа қуллай максималии гипергликемия 141-147% нисбат ба маълумотҳои ибтидоӣ ба назар расид.

Воридсозии пешакии дохилимеъдагии экстракти хушки бехмеваи топинамбур бо дозай 50мг/кг дар дақиқай 30-юми таҷриба нишон дод, ки мухтавои хун дар глюкозай хун то 63-73% паст шудааст, дар дақиқай 60-уми таҷриба қуллай максималии гипергликемия то 102-113% баландтар азбузургии ибтидоӣ ва то 39,13% камтар аз нишондоди калламушҳои таҷрибавӣ. Аз ҷиҳати таъсири қандпасткунандаи худ

экстракти хушки бехмеваи топинамбур (ЭХБТ) дар дозай 50мг/кг ҳамагӣ то 9,87% аз глибенкламид дар дозай 5мг/кг камтар аст.

Хулоса. Муқаррар карда шуд, ки маҳлули тозатайёри экстракти хушки бехмеваи топинамбур дар дозай 50мг/кг ҳангоми тести оралӣ дар сурати таҳаммулпазирии глюкоза то 9,87%, ҳангоми тести дохилибатнӣ то 27,77% дар дозахой омӯхташаванда аз глибенкламид камтар аст.

Калимаҳои калидӣ: экстракти хушки бехмеваи топинамбур, глибенкламид, калламуш, диабети қанд.

ИЗУЧЕНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА КЛУБНЕЙ ТОПИНАМБУРА ПРИ ГЛЮКОЗНОЙ НАГРУЗКЕ

Ш.С. Рамазони

Кафедра фармацевтической технологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Сафарзода Рамазон Шарофиддин - к.фарм.н., заведующий кафедрой фармацевтической технологии ТГМУ им. ибни Сино. +992 902 44 47 11; E-mail:safarzoda90@yandex.ru

Цель исследования. Изучение сахароснижающего свойства сухого экстракта, выделенного нами из клубней топинамбура при оральном и внутрибрюшинном тестах толерантности к глюкозе.

Материалы и методы. Материалы: - сухой экстракт клубней топинамбура (СЭКТ) в виде 1% свежеприготовленного раствора; - таблетки глибенкламида 5мг серия 48008, срок годности 03.2017 производства БЕРЛИН-ХЕМИ АГ (Меннарини Групп) - Германия; - 48 интактных белых крыс обеих полов массой 200-250г;

Методы исследования. Животные были распределены на 2 группы (24 для проведения орального и 24 для внутрибрюшинного теста толерантности), по 3 серии (8 контрольных крыс, 8 для раствора глибенкламида и 8 для раствора СЭКТ).

Результаты и их обсуждение. Внутрижелудочное изучение толерантности к глюкозе. Через 30 мин после внутрижелудочной нагрузки глюкозы уровень гликемии у контрольных крыс повышался на 82-91%, а че-

рез 60 мин был отмечен максимальный пик гипергликемии 141-147% по сравнению с исходными данными.

Предварительное внутрижелудочное введение сухого экстракта клубней топинамбура (СЭКТ) в дозе 50мг/кг на 30-ой минуте опыта показало, что содержание глюкозы в крови снизилось на 63-73%, на 60-ой минуте опыта максимальный пик гипергликемии на 102-113% выше исходной величины и на 39,13% меньше показателей контрольных крыс. По своему сахароснижающему действию СЭКТ в дозе 50мг/кг всего на 9,87% уступает глибенкламид в дозе 5мг/кг

Заключение. Было установлено, что свежеприготовленный раствор сухого экстракта топинамбура в дозе 50мг/кг при оральном тесте на толерантность к глюкозе на 9,87%, а при внутрибрюшинном тесте на 27,77% уступает глибенкламиду, в изучаемых дозах.

Ключевые слова: сухой экстракт клубней топинамбура, глибенкламид, крысы, сахарный диабет.



STUDY OF THE HYPOGLYCEMIC ACTION OF DRY EXTRACT OF TOPINAMBUR TUBERS ON GLUCOSE CHALLENGE

Sh. S. Ramazoni

Department of Pharmaceutical Technology of Avicenna TSMU

Safarzoda Ramazon Sharofiddin - candidate of pharmaceutical sciences, Head of the department of Pharmaceutical Technology of Avicenna Tajik State Medical University. Ph.: +992 902 44 47 11; E-mail: safarzoda90@yandex.ru

The purpose of the research. Study of hypoglycemic features of dry extract that extracted by us from topinambur tubers on oral and intraperitoneal glucose tolerance tests.

Materials and methods. - Dry extract of topinambur tubers (DETT) in the form of a 1% freshly prepared solution;- tablets of glibenclamide 5 mg series 48008, shelf life 03.2017 production of BERLIN-CHEMIE AG (Mennarini Group) - Germany;

- 48 intact white rats of both sexes weighing 200-250g;

Research methods. Animals were divided into 2 groups (24 for oral and 24 for intraperitoneal tolerance test), 3 series (8 control rats, 8 for glibenclamide solution and 8 for DETT solution).

Results and discussion. Intragastric study of glucose tolerance. Thirty minutes after the intragastric glucose loading, the glycemia level of the control rats increased by 82-91%, and

after 60 minutes the maximum peak of hyperglycemia was noted at 141-147% compared with the initial data.

Pre-intragastric administration of dry extract of topinambur's tubers (DETT) at a dose of 50 mg / kg on the 30th minute of the experiment showed that blood glucose decreased to 63-73%, in the 60th minute of the experiment the maximum peak of hyperglycemia was 102-113% higher than the original value and 39,13% less than the control rats. According to its hypoglycemic effect the DETT at a dose of 50 mg / kg is only on 9.87% to fall short of glibenclamide at a dose of 5 mg / kg.

Conclusion. It was found that a freshly prepared solution of dry extract of topinambur tubes at a dose of 50 mg / kg with the oral glucose tolerance test in 9.87%, and with the intraperitoneal test 27.77% fall short of glibenclamide in the studied doses.

Key words: dry extract of topinambur tubers, glibenclamide, rats, diabetes mellitus.

Мухимият. Дар байни бемориҳои эндокринӣ бемории диабети қанд дар дунё, махсусан дар кишварҳои мутараққӣ паҳншудатарин беморӣ ба ҳисоб меравад. Ба он нигоҳ накарда, ки дар бисёр кишварҳои дунё барномаҳои миллӣ ҷиҳати мубориза бар зидди диабети қанд қабул карда шудааст, паҳншавӣ ва гирифтورشавӣ ба ин беморӣ рӯ ба афзоиш дорад ва на танҳо дар ашхоси синну солашон аз 40-сола боло, балки дар ҷавонон ва наврасону кӯдакон низ афзоиш меёбад, паҳншавии ин беморӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар байни аҳолии калонсол 0,1-0,69% -ро ташкил медиҳад, вайроншавии таҳаммулпазирии глюкоза- 0,23-2,35% аст [1, 2].

Муолиҷаи бемории диабети қанд масъалаи ниҳоят актуалӣ ба шумор меравад,

зеро муқаррар карда шудааст, ки гипергликемия лаҳзаии асосии механизмҳои патогенитикии зиёд буда, барои пайдо шудани оризаҳои рағҳо мусоидат мекунад.

Дар муолиҷаи бемории диабети қанд, бариловаии доруҳои гормоналӣ ва синтетикӣ, ҷойи муҳимро доруҳои рустанигӣ низ ишғол мекунад, ки ба таври эмпирӣ аз қадим истифода мешаванд. Ба қатори рустаниҳои қандпаस्तкунанда қоснӣ, топинамбур (ноки заминӣ), мушхор, қоқу ва ғайра дохил мешаванд. Аз онҳо топинамбур (ноки заминӣ) дорои таркиби химиявӣ нодир ва инулин асту дар тиб бештар ба қор бурда мешавад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳосиятҳои қандпаस्तкунандагии экстракти хушки беҳмеваи топинамбур, ки мо аз беҳмеваи топинамбур ҳангоми тестҳои оралӣ ва дохи-



либатнии таҳаммулпазирии глюкоза ҳосил кардаем.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Экстракти хушки бехмеваи топинамбур дар шакли маҳлули 1% -и маҳлули тозатайёр;

-ҳабби глибенкламид 5мг серияи 48008, муҳлати истеъмол 03.2017 истеҳсоли БЕРЛИН-ХЕМИ АГ (Меннарини Групп) - Олмон;
- 48 калламуши сафеди интактии ҳарду чинс массашон 200-250г;

Усулҳои таҳқиқот. Ҳайвонот ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (24-адад барои тести оралӣ ва 24 адад барои тести таҳаммулпазирӣ), 3 силсилаӣ (8 калламуши назоратӣ (8 барои маҳлули глибенкламида ва 8 барои маҳлули экстракти хушки бехмеваи топинамбур).

Ҳангоми гузаронидани тести оралӣ таҳаммулпазирӣ ба глюкоза дар 24 калламуш, дар 8 калламуш бо дозаяи 50мг/кг ба таври дохилибатнӣ маҳлули экстракти хушки бехмеваи топинамбур (ЭХБТ) ва ба 8 калламуш бо дозаяи 5 мг/кг масса маҳлули глибенкламид ворид карданд. Баъд аз 45 дақиқа, дар ҳамаи 24 калламуш ба таври дохилибатнӣ маҳлули 40%-и глюкоза бо дозаяи 4г/кг дохил карда шуд. Ғализати глюкозаяи хунро дар 24 калламуш то ва баъди 30, 60 ва 90 дақиқаяи

ба организми ҳайвонот ворид сохтани он муайян карданд.

Ҳангоми гузаронидани тести дохилибатнӣ таҳаммулпазирӣ ба глюкоза дар 24 калламуш, дар 8 калламуш бо дозаяи 50мг/кг ба таври дохилибатнӣ маҳлули экстракти хушки бехмеваи топинамбур (ЭХБТ) ва ба 8 калламуш бо дозаяи 5 мг/кг масса маҳлули глибенкламид ворид карданд. Баъд аз 45 дақиқа, дар ҳамаи 24 калламуш ба таври дохилибатнӣ маҳлули 40%-и глюкоза бо дозаяи 4г/кг дохил карда шуд. Ғализати глюкозаяи хунро дар 24 калламуш то ва баъди 15 ва 45 дақиқаяи ба организми ҳайвонот ворид сохтани он муайян карданд. Муҳтавои глюкоза дар хуни калламушҳои сафед дар ҳамаи ҳолатҳо бо ёрии усули ферментативӣ муайян карда шуд (3).

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Омӯзиши таҳаммулпазирии дохилибатнӣ бар глюкоза. Баъди 30 дақиқаяи сарбории дохилибатнӣ глюкоза сатҳи гликемия дар калламушҳои назоратӣ то 82-91% баланд шуд, баъди 60 мин дақиқа бошад, қуллайи максималии гипергликемия 141-147% пдар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ ба мушоҳида расид. Дар дақиқаяи 90-ум ҳамагӣ то 24-28% аз ғализати ибтидоӣ баланд буд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

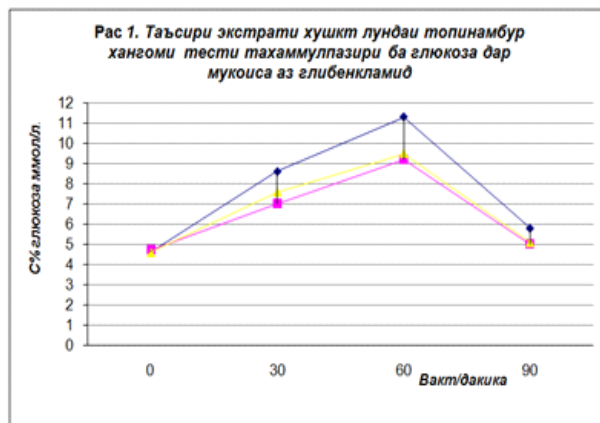
Таъсири экстракти хушки бехмеваи топинамбур ба тести оралӣ таҳаммулпазирии глюкоза, дар муқоиса аз глибенкламид

	Ибтидоӣ	Баъди 30 дақиқа	Баъди 60 дақиқа	Баъди 90 дақиқа
Назоратӣ	4,8	8,6	11,4	6,0
	4,6	8,4	11,3	5,9
	4,5	8,7	11,4	5,8
	4,4	8,5	11,1	5,7
	4,6	8,6	11,2	5,8
	4,8	8,7	11,3	5,8
	4,5	8,5	11,3	5,6
	4,6	8,8	11,4	5,7
Глибен-кламид	4,7	7,1	9,0	5,1
	5,0	7,0	9,2	5,0
	4,8	6,9	9,1	5,1
	4,5	7,0	9,3	4,9
	4,6	6,8	9,1	5,0
	4,5	7,1	9,4	4,8
	4,9	7,0	9,2	5,0
4,6	7,1	9,3	5,1	
ЭХБТ	4,5	7,5	9,6	5,1
	4,5	7,6	9,5	5,2
	4,6	7,5	9,3	5,1
	4,7	7,7	9,5	5,0
	4,5	7,5	9,6	5,2
	4,7	7,6	9,4	5,1
	4,5	7,8	9,5	5,1
	4,8	7,6	9,6	5,0



Таъсири возеҳтарини гипогликемииро доруи глибенкламид дар дозай 5мг/кг дида мешавад, дар ин маврид дар дақикаи 60-уми таҷриба афзоиши гликемия то 50% назар ба объектҳои назоратӣ пасттар буд. Воридсозии пешакии экстракти хушки беҳмеваи топинамбур дар дозай 50мг/кг дар дақикаи 30-юми таҷриба нишон дод, ки муҳтавои глюкоза дар хун то 63-73% паст шуд, дар дақикаи 60-уми таҷриба қуллай максималии гипергликемия то 102-113% аз бузургии ибтидоӣ баланд ва то 39,13% камтар аз нишондиҳандаи калламушҳои назоратӣ буд. Экстрактҳои хушки беҳмеваи топинамбур аз ҷиҳати таъсири қандпасткуниаш дар дозай

50мг/кг ҳамагӣ то 9,87% аз глибенкламид дар дозай 5мг/кг камтар аст (рас.1).



■ назоратӣ; ■ глибенкламид; ■ СЭКТ

Омӯзиши дохилибатнии таҳаммулпазирӣ нисбат ба глюкоза.

Таҷрибаи дар 24 калламуши сафеди ҳарду чинси массашон то 200-250г гузаронида шуда, ҳайвонот ба 3 силсила, дар ҳар як силсила 8 калламуш, тақсим карда шуданд.

Афзоиши баландтарини гликемия дар калламушҳои сафед дар дақикаи 15-уми таҷ-

риба дида шуд, гликемия то 102-118%, ва баъди 45 дақиқа то 70-95% аз ғализати ибтидоӣ баландтар буд. Глибенкламид бо дозай 5мг/кг дар дақикаи 15-уми таҷриба то 41-71% дида шуд, дар дақикаи 45-ум то 11-20% дар муқоиса аз нишондодҳои ибтидоӣ буд, афзоиши гликемия назар ба гурӯҳи назоратӣ то 64,73% паст буд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2

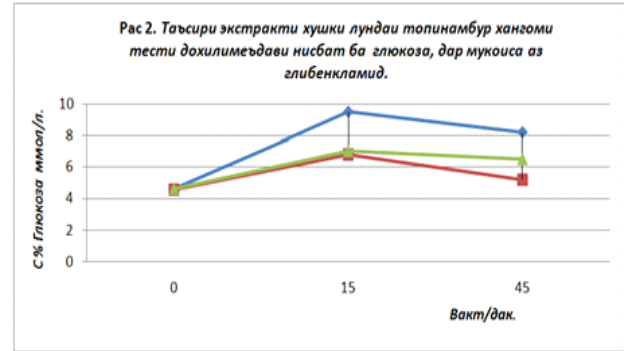
Таъсири экстракти хушки беҳмеваи топинамбур ба тести дохилибатнии таҳаммулпазирии глюкоза, дар муқоиса аз глибенкламид

	Ибтидоӣ	Баъди 15 дақиқа	Баъди 15 дақиқа
Назоратӣ	4,5	9,6	8,8
	4,6	9,3	8,6
	4,5	9,5	8,7
	4,7	9,6	7,8
	4,6	9,5	7,6
	4,8	9,4	7,9
	4,4	9,6	7,5
	4,7	9,5	8,7
Глибенкламид	4,7	6,6	5,3
	4,6	6,7	5,4
	4,4	6,6	5,2
	4,5	7,0	5,4
	4,7	7,1	5,1
	4,5	7,7	5,0
	4,6	6,5	5,1
	4,7	7,1	5,1
ЭХБТ	4,5	7,0	6,5
	4,6	7,1	6,6
	4,4	6,9	6,7
	4,7	7,0	6,5
	4,8	6,8	6,4
	4,6	7,1	6,5
	4,7	7,0	6,3
	4,5	7,1	6,4



Тахти таъсири маҳлули ЭХБТ ҳангоми 50мг/кг дар дақиқаи 15 -уми таҷриба сатҳи глюкоза то 41-57% баланд шуда, пас аз 45 дақиқа то 34-52% дар муқоиса аз нишондодди ибтидоӣ ба назар расид, афзоиши гликемия то 36,96% аз объектҳои назоратӣ паст буд. Аз рӯи хояияти қандпастандагиаш ЭХБТ дар дозаи 50мг/кг ҳамагӣ то 27,77% аз глибенкламид дар дозаи 5мг/кг кам буд (рас.1).

Хулоса. Муқаррар карда шуд, ки маҳлули тозатайёри экстракти хушки беҳмеваи топинамбур дар дозаи 50мг/кг ҳангоми тести оралӣ дар сурати таҳаммулпазирии глюкоза то 9,87%, ҳангоми тести дохилибатнӣ то 27,77% дар дозаҳои омӯхташаванда аз глибенкламид камтар аст. Ғайр аз ин мо муайян кардем, ки дорӯи та-



■ назоратӣ: ■ глибенкламид: ■ СЭКТ

ҳқиқшавандаи ЭХБТ бо препарати муқоисаи гармонизирӯет глибенкламид ҳамохангӣ дорад. Бо ин мақсад маълумотҳои ба дастовардаи ҷадвалҳои 1 ва 2-ро истифода карда, коэффитсиент коррелятсияи г-ро муайян кардем, ки 0,9-ро ташкил дод ва ин барои гузаронидани таҳқиқот қобили қабул аст.

АДАБИЁТ

1. Самылина И.А., Блинова О.А., Кумышева Л.А. Перспективы создания сухих экстрактов. / И.А. Самылина, О.А. Блинова, Л.А. Кумышева. //Фармация. 2006. -№2. - С.43-46.
2. Музафарова М.Х. Фармакология антидиабетического сбора "Чорбарг": автореф. Дис. ... канд. мед. Наук. - Душанбе. 2012. 24 с.
3. Камышникова В.С. Методы клинических лабораторных исследований. Москва, 2013. 732 с.



ҒАЙРИТИББӢ

НАҚШИ КАЛИДИИ ҲАРОРАТИ ОБ ВА ОКСИГЕН ДАР ПАРВАРИШИ ГУЛМОҲИИ СИСТЕМАИ БАССЕЙНӢ

Ф.Т. Шамсов¹, Ф.С. Комилов², Д.С. Шарапов³

Кафедраи системаҳои иттилоотӣ дар иқтисодиёт (мудири кафедра н.и.п., дотсент Ш.С. Юнусов)-и Донишгоҳи давлатии тиҷорати Тоҷикистон, кафедраи информатика (мудири кафедра н.и.т. И.М. Саидов)-и Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, кафедраи низоми иттилоотӣ дар иқтисодиёт (мудири кафедра н.и.ф.-м., дотсент Д.С. Шарапов)-и Донишкадаи соҳибкорӣ ва хизмат

Шамсов Фатҳиддин Тоирович - саромӯзгори кафедраи системаҳои иттилоотӣ дар иқтисодиёти Донишгоҳи давлатии тиҷорати Тоҷикистон, Сурога: Тоҷикистон, 734055, ш. Душанбе, кӯч. Деҳотӣ, 1/2. Тел. (+992) 909882669, E-mail: shamsov_f85@inbox.ru

Комилов Файзалӣ Саъдуллоевич - д.и.ф.-м., профессори кафедраи информатикаи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. Сурога: Тоҷикистон, 734025, ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ, 17. Тел. (+992) 988685014, E-mail: komfaiz@mail.ru,

Шарапов Дилшод Саъдуллоевич - н.и.ф.-м., мудири кафедраи низоми иттилоотӣ дар иқтисодиёти Донишкадаи соҳибкорӣ ва хизмат, Сурога: Тоҷикистон, 734055, ш. Душанбе, х. Борбад, 48/5. Тел. (+992) 985190970, E-mail: dilsharaf@mail.ru.

Дар мақола зикр гардидааст, ки афзоиш ва рушду намои гулмоҳӣ ба ҳарорати оптималии он (160С-180С) алоқаманд буда, маҳз дар ҳамин гуна ҳарорати об он ба истеъмоли максималии физои худ мепардозад. Пас, хоҷагии моҳипарварӣ бояд ин омилро ба ҳисоб гирифта, мутаносибан, дар доираи меъёрҳои муайяншуда, ҳамон қадар вояи физодихии моҳиҳои бассейнҳои худро зиёдтар намояд. Натиҷаи ниҳии амали мазкур - зиёд гаштани массаи биологии моҳиҳои бассейн мебошад.

Ҳамчунин дар мақола қайд гардидааст, ки азбаски гулмоҳӣ - моҳии оксифилӣ аст, бинобар он, барои дуруст рушд ва фаъолият намудани он муҳити обие зарур аст, ки он аз гази оксигени дар об ҳалшуда сер буда, обаш софу мусаффо бошад. Ҳангоми консентратсияи оксиген ба 7-8 мг/л баробар

будан, ки ин миқдор 90-100% серии обро бо ин газ ифода менамояд, ҳаёту фаъолияти гулмоҳӣ ба таври мӯътадил чараён мегирад. Консентратсияи 3,5-6,0 мг/л оксиген ҳолати гулмоҳиро бад намуда, ҳангоми консентратсияи гази мазкур ба 1,2-1,5 мг/л баробар будан, гулмоҳӣ ба ҳалокат мерасад.

Аз ин рӯ, хоҷагии моҳипарварӣ бояд ин нуктаи муҳимро ба ҳисоб гирад, ки миқдори максималии оксигени оби бассейн низ аз ҳарорати оби он вобастагӣ дорад. Дар ҳароратҳои баланди об миқдори консентратсияи оксигени дар об ҳалшуда кам гардида, баръакс, дар ҳароратҳои паст - миқдори он зиёд мегардад.

Калимаҳои калидӣ: гулмоҳӣ, об, бассейни моҳипарварӣ, ҳарорати об, ҳарорати оптималӣ, оксигени дар об ҳалшуда, ратсион, парвариш, раванд, натиҷа.



КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ И КИСЛОРОДА В ВЫРАЩИВАНИИ ФОРЕЛИ В БАСЕЙНОВОЙ СИСТЕМЕ

Ф.Т. Шамсов¹, Ф.С. Комилов², Д.С. Шарапов³

Кафедра информационных систем в экономике (заведующий кафедрой к.п.н., доцент Юнусов Ш.И.) Таджикский государственный университет коммерции, кафедра информатики (заведующий кафедрой к.т.н., Саидов М.И.) Таджикский национальный университет, кафедра информационных систем в экономике (заведующий кафедрой к.ф.-м.н. Шарапов Д.С.) Института предпринимательства и сервиса.

Шамсов Фатхиддин Тоирович - старший преподаватель кафедры ИСЭ Таджикского государственного университета коммерции. Адрес: Таджикистан, 734055, г. Душанбе, ул. Дехоти, 1/2. Тел. (+992) 909882669, E-mail: shamsov_f85@inbox.ru,

Комилов Файзали Саъдуллоевич - д.ф.-м.н., профессор кафедры информатики Таджикского национального университета. Адрес: Таджикистан, 734025, г. Душанбе, пр. Рудаки, 17. Тел. (+992) 988685014, E-mail: komfaiz@mail.ru,

Шарапов Дилишод Саъдуллоевич - к.ф.-м.н., зав. кафедрой информационных систем в экономике Института предпринимательства и сервиса. Адрес: Таджикистан, 734055, г. Душанбе, пр. Борбада, 48/5. Тел. (+992) 985190970, E-mail: dilsharaf@mail.ru.

В статье отмечается, что рост и развитие форели тесно связаны с оптимальной температурой воды (160С-180С) и именно при такой температуре форель приступает к максимальному употреблению своей пищи. Рыбному хозяйству следует учесть этот фактор и соответственно в рамках определённых норм увеличить порцию вскармливания рыб в своих бассейнах. Конечным результатом данного действия - будет увеличение биологической массы рыб в бассейнах.

В статье также отмечается, что поскольку форель является оксифальной рыбой, то для нормального её деятельности и развития требуется пространство, богатое растворённым кислородом и чистой, прозрачной водой. Когда концентрация кислорода равна 7-8 мг/л, т.е. насыщение воды этим

газом равно на 90-100%, жизнедеятельность форели будет протекать равномерно. Концентрация кислорода равная 3,5-6,0 мг/л ухудшает состояние рыбы, а когда его концентрация приравнивается 1,2-1,5 мг/л форель погибает.

Рыбному хозяйству необходимо учесть ещё один важный фактор: максимальное количество кислорода в бассейне зависит от температуры воды в нём. При высокой температуре воды концентрация растворённого кислорода уменьшается, и наоборот, при низкой температуре - его количество увеличивается.

Ключевые слова: форель, вода, рыбный бассейн, температура воды, оптимальная температура, растворённый в воде кислород, рацион, выращивание, процесс, результат.

KEY ROLE OF WATER TEMPERATURE AND OXYGEN IN TROUT CULTIVATION IN THE POOL SYSTEM

F.T. Shamsov, F.S. Komilov, D.S. Sharapov

Department of Information Systems in Economics (Head of the Department, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor Yunusov Sh.I.) Tajik State University of Commerce, Department of Information Technology (Head of the Department, Candidate of Technical Sciences, Saidov M.I.) Tajik National University, Department of information systems in economics (Head of the department c.ph.m.s Sharapov D.S.) Institute of Business and Service.



Shamsov Fathiddin Toirovich - Senior teacher of the ISE Department of Tajik State University of Commerce. Address: 1/2, Dehoti st., Dushanbe, 734055, Tajikistan. Tel. (+992) 909882669, E-mail: shamsov_f85@inbox.ru,

Komilov Fayzali Sadulloevich - Doctor of Physics and Mathematics Sciences, Professor of the Informatic Department of Tajik National University. Address: 17, Rudaki av., Dushanbe, 734025, Tajikistan. Tel. (+992) 988685014, E-mail: komfaiz@mail.ru,

Sharapov Dilshod Sadulloevich - Candidate of Physics and Mathematics Sciences, Head of the Department of Information Systems in Economics of Business and Service Institute. Address: 48/5, Borbad av., Dushanbe, 734055, Tajikistan. Tel. (+992) 985190970, E-mail: dilsharaf@mail.ru.

In article it is noted that growth and development of a trout are closely connected with optimum water temperature (160°C-180°C) and at such temperature the trout starts the maximum consumption of the food. Fishery should take into consideration this factor and respectively within certain norms to increase a portion of feeding of fish in their pools. Increase in biological mass of fishes in pools will be a net result of this action.

In the article it is also noted that as the trout is oxyphilous fish, for its normal activity and development the space rich with dissolved oxygen and clean, clear water is required. When oxygen concentration is equal to 7-8 mg/l, i.e.

water saturation by this gas equally for 90-100%, activity of trout will evenly pass. Oxygen concentration equal to 3.5-6.0 mg/l worsens fish condition and when its concentration is equated by 1.2-1.5 mg/l trout perishes.

Fishery needs to consider one more important factor: the maximum quantity of oxygen in the pool depends on water temperature in it. At high temperature of water concentration of dissolved oxygen decreases and vice versa, at a low temperature - its quantity increases.

Keywords: trout, water, fish-breeding pool, water temperature, optimum temperature, dissolved in water oxygen, diet, cultivation, process, result.

Муҳиммият. Ҳадафи дар шароити сунъӣ парвариш намудани ҳар гуна намуди моҳӣ, аз ҷумла гулмоҳӣ - пеш аз ҳама ба даст овардани фоида ва бо ғизои муфид таъмин намудани аҳоли ба ҳисоб меравад. Таҷрибаи чандинсолаи фаъолияти хоҷагиҳои моҳипарварии кишвар собит менамояд, ки дар муайян намудани арзиши аслии моҳӣ харочоти хоҷагӣ дар дастрас намудани озукаи моҳӣ нақши асосӣ ва ҳалқунандаро мебозад. Вобаста ба намуди моҳии парваришбанда ҳиссаи ин гуна харочот метавонад то ба 50-80% арзиши аслии моҳӣ баробар бошад. Ҳиссаи харочот барои харидорӣ ё тайёр намудани ғизои омехтаи сунъӣ дар шакли моҳипарварии интенсивӣ бошад, то 70-80% арзиши умумии гулмоҳиро ташкил менамояд [1-5; 8-11].

Аз ин рӯ, масъалаи ташкили оқилонаи раванди моҳифизодиҳӣ дар хоҷагӣ бевосита бо масъалаҳои хоҳишдиҳии арзиши аслии моҳӣ ва фоидабадастории алоқаманд мебошад. Яъне, хоҷагӣ ҳар қадар истифода

даи оқилонатари ғизои моҳиро таъмин карда тавонад, парвариши моҳӣ барои он ҳамон қадар фоидаи зиёдтарро фароҳам меорад. Аммо, ташкили раванди ғизодиҳии моҳиро вақте комилан дуруст ба роҳ мондан мумкин аст, ки агар он бар пояи илмӣ устувор гардонида шуда, ҳар як амали он илман асоснок шуда бошад. Имрӯз чунин воситаи тавоноии ташкили илмии раванди моҳифизодиҳиро мутахассисони сатҳи ҷаҳонии соҳа дар татбиқи методҳои амсиласозии математикӣ ва компютерӣ дарёфтаанд, ки ин воқеият барои кишвари мо - Тоҷикистони серобу офтобрӯя низ бояд ҳеҷ гоҳ истисно набошад.

Мақсади таҳқиқот. Мояи марказии моҳифизодиҳии оқилона аз муайян намудани ратсионии оптималии (миқдори аз рӯи меъёр муайяншудаи ғизо дар як шабонарӯз) моҳӣ иборат мебошад, ки ба ин масъала хоҷагидорони ҷумҳурии мо ба таври бояду шояд муносибат карда, ратсионии моҳиро бо тарзи тақрибӣ, асосан ба воситаи чашмони



худ, муайян мекунад. Дар натиҷа, бо сабаби надониستاني потенциали маҳсулдихии объектҳои моҳипарварию худ, онҳо ҳамеша бо ҳосили пасти моҳӣ рӯ ба рӯ мегарданд. Ин сабабҳои субъективӣ боиси гарон гаштани нархи моҳӣ дар бозори истеъмолии кишвар ва аз ғизои серсафеда маҳрум мондани қисми камдаромад ва камбизоати аҳолии ҷумҳурӣ гаштааст.

Барои муайян намудани ратсиони оптималии моҳӣ омилҳои ҳам беруна ва ҳам дохилии зиёдеро, ки ба ҳолати физиологии моҳӣ таъсир расонида метавонанд, ба ҳисоб гирифтани лозим аст. Дар байни ҳамаи омилҳои таъсиррасон "ҳарорати об" ва "гази оксигени дар об ҳалшуда" омилҳои асоситарин ба ҳисоб мераванд.

Баъзе паҳлӯҳои ин ва дигар масъалаҳо ро дар таҳқиқҳои қаблии хеш - "Бунёди илми соҳаи моҳипарварӣ - таъмини амнияти озуқаворӣ, тандурустии аҳоли ва беҳдошти вазъи иқтисодии Тоҷикистон" [6] ва "Хусусиятҳои фарқкунандаи хоҷагиҳои гулмоҳипарварӣ аз хоҷагиҳои зағорамоҳипарварӣ" [7] баён карда будем.

Дар таҳқиқоти мазкур мо тасмим гирифтаем, ки андешаҳои худро танҳо дар хусуси нақши калидӣ доштани ду омилҳои таъсиррасони табиӣ - ҳарорати об ва гази оксиген - дар раванди парвариши популятсияи гулмоҳӣ дар системаи бассейниҳои моҳипарварӣ ба таври возеҳ ва пурра иброз дошта бошем ва онҳоро минбаъд дар амсиласозии математикии гулмоҳипарварӣ истифода барем. Сабаби асосии рӯ овардан ба системаи бассейниҳои гулмоҳипарварӣ дар он аст, ки дар Тоҷикистон гулмоҳиро маҳз дар ҳамин гуна системаҳои обӣ парвариш менамоянд.

Нақши ҳарорати об. Табиат барои афзоиш ва рушду намои ҳар як намуди моҳӣ ҳарорати оптималии муайян намудааст, ки маҳз дар гирду атрофи ҳамон ҳарорати об моҳӣ ба истеъмоли максималии ғизои худ мепардозад. Пас, аз ин нукта бармеояд, ки ҳар қадар ҳарорати об (дар рӯзи дилҳоҳ) ба ҳарорати оптималии рушди моҳӣ наздиктар гардад, хоҷагии моҳипарварӣ бояд (он рӯз) мутаносибан, дар доираи меъёрҳои муайяншуда, ҳамон қадар воя (шиддат, миқдор)-и ғизодихии моҳӣҳои бассей-

ниҳои худро зиёдтар намояд. Натиҷаи ниҳии амали мазкур - ҳатман зиёд гаштани массаи биологии моҳӣҳои бассейни мебошад.

Масалан, тибқи таҷрибаи моҳипарварӣ дар экосистемаи ҳавзҳо ба зағорамоҳӣҳои вазнашон 200-граммӣ дар ҳарорати оби 150С аз рӯйи ҳисоби 1% аз массаи миёнаи биологии онҳо, вале дар 240С бошад, аз рӯйи ҳисоби 3% аз массаи миёнаи биологии онҳо ғизои аз нуқтаи назари таркиб тавозуннок илова карда мешавад. Тавре дида мешавад, дар ҳароратҳои 150С ва 240С ҳиссаҳои ғизои ба ҳавзи зағорамоҳипарварӣ иловашаванда аз ҳамдигар 3 маротиба фарқ мекунад. Пас, маълум мегардад, ки рушду афзоиши зағорамоҳӣ низ дар ин ҳароратҳои об бояд аз ҳамдигар 3 маротиба фарқ дошта бошанд. Ин тамоюл танҳо ҳоси чинси худро зағорамоҳӣ (карп, сазан) набуда, балки ба тамоми оилаи зағорамоҳӣҳо - пешониғафси намудҳои сафеду рангоранг, амури сафед ва дигар намудҳои зағорамоҳӣ низ хос мебошад [4].

Агар мисоли овардашударо аз нуқтаи назари мавқеи географии Тоҷикистон ва шароити иқлимиву табиӣ он комилан дурӯст таҳлил намоем, он гоҳ ба баъзе натиҷаҳои ноил мегардем, ки ҳеҷ интизоришон набудем:

- оилаи зағорамоҳӣҳо дар маҳзанҳои оби нисбатан оромро кушода (наҳрҳо, ҳавзу бассейниҳо ва сатҳи болоии обанборҳо)-и дар минтақаҳои ҳамвори кишвар ҷойгирифта метавонанд дар давоми сол ҳамагӣ 3 моҳ (июн, июл, август), вақте ки ҳарорати оби онҳо аз 220С болотар гарм мешавад, рушди устувор дошта бошад;

- дар 2 моҳи дигари сол (май, сентябр) низ, ки ҳарорати оби ин маҳзанҳо тақрибан ба 180С-220С баробар аст, рушди ин чинси моҳӣҳо қобили қабул ҳисобидан мумкин аст;

- дар 2 моҳи дигари сол (апрел, октябр) бошад, яъне вақте ки ҳарорати оби маҳзанҳои мазкур тақрибан 140С-180С-ро ташкил медиҳад, чинси зағорамоҳӣҳо хеле суст афзоиш меёбад;

- дар 5 моҳи боқимондаи сол (ноябр, декабр, январ, феврал, март), ҳангоми ҳарорати оби маҳзанҳои зикршуда аз 140С поёнтар фаромадан, чинси зағорамоҳӣҳо та-



моман рушд накарда, дар ҳолати қариб бе-фаъолиятӣ (карахтӣ, зимистонгузаронӣ) қарор мегирад.

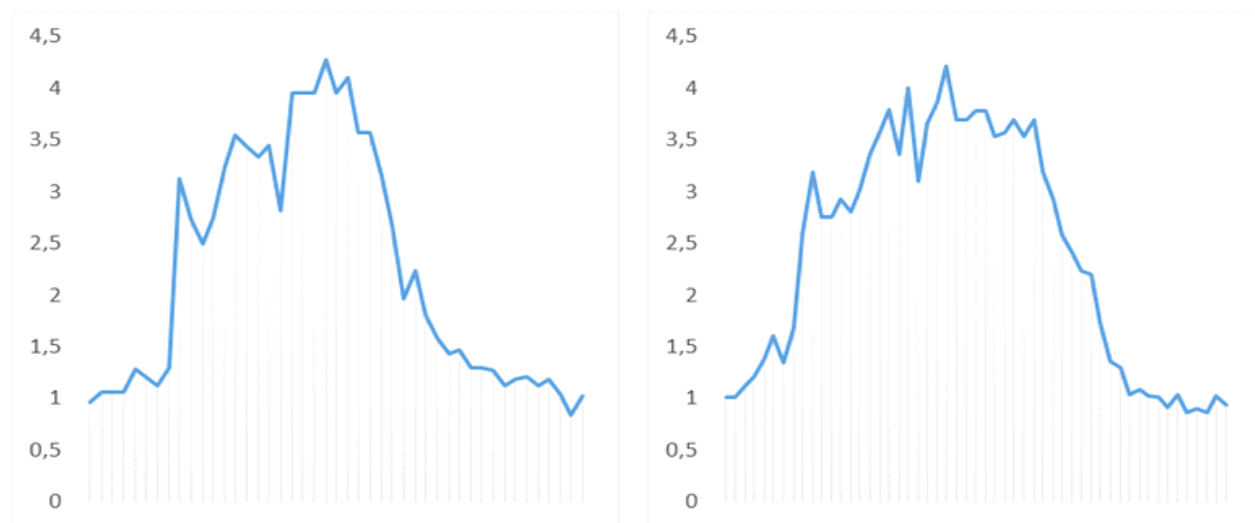
Ҳамин тариқ, далелҳо мӯътамадона гувоҳӣ медиҳанд, маҳзанҳои оби кушодаи чумхурӣ барои парвариши оилаи зағорамоҳиҳо дар давоми сол ҳамагӣ 3 моҳ устуворона мувофиқ буда, тақрибан ним сол (5-6 моҳ) барои ин шакли фаъолият чандон мувофиқ нестанд. Ҳолати мазкур - воқеияти объективист, ки онро тағйир додан имконнопазир буда, нодида гирифтани он тамоман ба нафъи қор нест. Зиёда аз ин, ҳулосаи мазкур натавонанд хоси маҳзанҳои оби кушодаи Тоҷикистон, балки фарогири ҳамин гуна маҳзанҳои оби тамоми ҳамсоякишварҳо, масалан чумхуриҳои Қирғизистон ва Ўзбекистон низ мебошад.

Парадокс дар он аст, ки новобаста ба содагии ҳалли масъала ва маълум будани далелҳои қатъӣ доир ба вобастагии рушди соҳаи моҳипарварӣ аз ҳарорати об, қариб дар тамоми чумхуриҳои осеимӣнагии пасошӯравӣ диққати асосӣ ба парвариши моҳӣ дар объектҳои гармоб (чинси зағорамоҳиҳо) равона гардида, ба масъалаи парвариши моҳӣ дар объектҳои сардоб (чинси гулмоҳиҳо) қариб аҳамият дода нашудааст. Ин ҳолат боиси он гардидааст, ки дар ин кишварҳо асосан мутахассисони баландхисоси соҳаи зағорамоҳипарварӣ тарбия ёфта, ягон муассисаи таълимии таҳсилоти

олиё миёнаи касбӣ ба тайёр намудани мутахассисони баландхисос ё миёнахисоси соҳаи гулмоҳипарварӣ машғул нашудааст. Ҳол он ки, масалан, 93% территорияи Тоҷикистонро кӯҳҳо ташкил дода, қариб аксари маҳзанҳои оби он (дарёҳои азиму дарёчаҳо, наҳру чӯйборҳо, кӯлу обанборҳо, ҳавзу бассейнҳо) дар ноҳияҳои кӯҳӣ ё наздикӯҳӣ ҷойгир шудаанд ва тибқи маълумоти бисёрсолаи Агентии обу ҳавосанҷии Тоҷикистон ҳарорати миёнаи оби онҳо дар тамоми давоми сол аз 18°C ҳеҷ гоҳ боло намебарояд [6-7]. Ин нишондиҳанда (18°C - ҳарорати миёнаи об) бошад, ҳарорати оптималии рушду афзоиши гулмоҳӣ мебошад.

Азбаски қариб ҳамаи дарёҳои ҳавзаи баҳри Арал ибтидои худро аз кӯҳҳои сарбафалаки Бадахшон, Зарафшон, Ҳисор ва ғайра оғоз намуда, сарчашмаи оби онҳоро асосан пиряхову барфҳои кӯҳӣ ташкил медиҳанд, бинобар он, тамоми андешаҳои зикршударо ба шароити табииву иқлимии чумхуриҳои Қирғизистону Ўзбекистон низ татбиқ намудан мумкин аст.

Суръати ҷараёни оби дарёҳои кӯҳӣ маълуман хеле баланд (тақрибан 2-5 м/с) аст. Масалан, дар расми 1 динамикаи соли 1985-уми суръати оби дарёи Кофарниҳон (м/с) дар қишлоқҳои Сорбо (аз чап) ва Чинори (аз рост) минтақаи Ромити ш. Ваҳдат тасвир ёфтааст. Тавре аз расм дида мешавад, суръати оби ин дарё дар давоми сол дар ҳудудҳои 1,0-4,5 м/с тағйир меёфтааст.

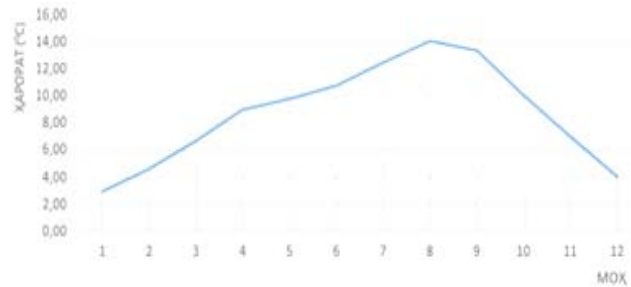


Расми 1. Динимикаи суръати оби дарёи Кофарниҳон (м/с) дар қишлоқҳои Сорбо (аз чап) ва Чинори (аз рост) минтақаи Ромити ш. Ваҳдат дар соли 1985



Омили мазкур (суръати об) боиси он мегардад, ки ҳатто дар мавсими гармтарини сол (фасли тобистон) низ, ки ҳарорати ҳаво дар водиҳо ба 40-420C расида, баъзан аз он ҳам зиёдтар мегардад, ҳарорати оби дарёву нахрҳои кӯҳӣ фурсати гармшавӣ наёфта, дар нишондихандаҳои 120C-200C боқӣ мемонанд.

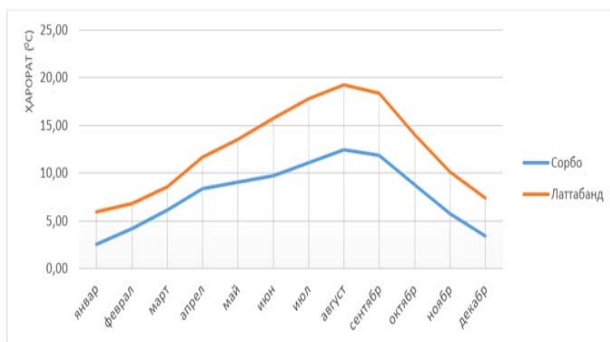
Ба сифати мисол кифоя аст, ки динамикаи солна ва бисёрсолаи ҳарорати миёнаи (30C-140C) оби дарёи Кофарниҳонро дар ҳудуди минтақаи туристии Ромит (нуқтаи ҳароратсанчи қишлоқи Чинор) муоина намоем (расми 2).



Расми 2. Динамикаи ҳарорати миёнаи солна (барои солҳои 1985-1990, аз чап) ва бисёрсолаи оби дарёи Кофарниҳон (аз рост) дар нуқтаи ҳароратсанчи қишлоқи Чинор (ҳудуди макони чойгиршавии хоҷагии гулмоҳипарварии "Ромит")

Азбаски нуқтаи ҳароратсанчи қишлоқи Чинори дарёи Кофарниҳон дар ҳудудҳои хоҷагии гулмоҳипарварии "Ромит" чойгир шудааст, мувофиқан пайдост, ки дар қисмати болоии он, масалан нуқтаи ҳароратсанчи "Сорбо", ҳарорати об боз ҳам сардтар (1,50C-12,60C) ва баръакс, дар қисмати поёнии он, масалан нуқтаи ҳароратсанчи қишлоқи Латтабанд, ҳарорати об каме гармтар (4,70C-19,20C) мебошад.

Дар расми 3 динамикаи ҳарорати миёнаи бисёрсолаи оби дарёи Кофарниҳон тибқи маълумоти нуқтаҳои ҳароратсанчи "Сорбо" ва "Латтабанд"-и дарёи мазкур инъикос гардидааст.



Расми 3. Динамикаи ҳарорати миёнаи бисёрсолаи оби дарёи Кофарниҳон дар нуқтаҳои ҳароратсанчи "Сорбо" (аз поён) ва "Латтабанд" (аз боло)

Маълумоти дархостии мазкур аз Агентии обу ҳавосанчии Тоҷикистон моҳи декабри соли 2018 дастрас карда шудааст. Кӯшишҳои мо дар бобати дарёфти ҳарорати оби дарёҳои кӯҳӣ ва шиддати радиатсияи офтоб барои солҳои охир, хосса барои минтақаи истироҳатии Ромит ва дарёи Кофарниҳон, бенатича анҷом ёфтанд. Маълум гардид, ки бо ҳамин қадар сатҳи пешравии илму техника ва ихтирои технологияҳои навини ҷенкуниву коркарди иттилоот дар замони муосир, пас аз пошхӯрии Иттиҳоди шӯравии абарқудрат (солҳои 90-уми асри XX) дар маҳзанҳои оби ҷумҳурӣ ҳеҷ гуна корҳои ҷенкунӣ ё таҳқиқотӣ гузаронида нашудааст ва ин раванд то имрӯз низ идома дорад.

Вале, бояд тазаққур дод, ки хушбахтона ҳарорати кунунии оби дарёи Кофарниҳон дар мавсимҳои гуногуни сол аз ҳарорати солҳои қаблаиаш хеле кам фарқ мекунад. Агар ҳарорати миёнаи солнаи ин дарёро ба назар гирем, он гоҳ гуфтан мумкин аст, ки ҳарорати оби он тақрибан як хел боқӣ мондааст. Ин далелро сокинони маҳаллии минтақаи Ромит низ, ки бо чанде аз онҳо ҳамсуҳбат гаштем, тасдиқ намуданд.

Мушоҳидаҳои бисёрсолаи ҳаводорони моҳидорӣ ҳам гувоҳӣ медиҳанд, ки тамоюли мазкур танҳо хоси дарёи Кофарниҳон



(шаҳри Ваҳдат, Тоҷикистон) набуда, балки ба тамоми дарёҳои кӯҳии Тоҷикистон ва кулли минтақаи Осиёи Марказӣ, ки дар оби онҳо гулмоҳии амударёӣ (*Salmo trutta oxianus Kessler*) зиндагӣ ва фаъолият карда метавонад, масалан дигар шохобҳои болоии Амударё - ба мисли Ваҳшу Қизилсӯ (Тоҷикистон), Сурхондарё (Ўзбекистон), ҳавзаҳои дарёҳои дарраҳои Қаратоғ (шаҳри Турсунзода ва ноҳияи Шаҳринав), Хонақоҳ (ноҳияи Ҳисор), Варзоб (ноҳияи Варзоб), Сорбо ва Ёси дарраи Ромит (шаҳри Ваҳдат), дарраҳои Ҳакимӣ (ноҳияи Сарбанд), Камароб (ноҳияи Рашт), болооби Сирдарё (Қирғизистон) ва дарёчаҳои зиёди болооби ҳавзаҳои дарёи Панҷ дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон, тааллуқ дорад.

Тамоми далелҳои ҳароратии маҳзанҳои сардоби кишвар ба он ишора мекунанд, ки гулмоҳипарварӣ бояд дар Тоҷикистон соҳаи аз ҳама афзалиятнок ва паҳнғаштатарини моҳипарварӣ бошад. Дар сурати аз ҳисоби маводҳои дохилии кишвар ташкил намудани сеҳҳои хӯрокаи гулмоҳӣ ва ба роҳ мондани коркарди ғӯшти он, соҳаи мазкурро ба соҳаи сердаромадтарин табдил додан имконпазир мебошад. Дар ин маврид Тоҷикистон натавонад аҳолии кишварро бо ғизои серсафедаи арзон таъмин, балки маҳсулоти аз гулмоҳӣ омодагаштаро ба хориҷи кишвар низ содир карда метавонад.

Дар радиҳои ҳалли масъалаи гулмоҳипарварӣ чандин масъалаҳои иҷтимоиву иқтисодӣ, масалан, масъалаи ташкили ҷойҳои нави корӣ ва бо кор таъмин намудани қисми зиёди аҳолии деҳот низ метавонанд ҳалли худро ба осонӣ пайдо кунанд. Масалан, тавре дар боло қайд кардем, ҳамагӣ 7% территорияи Тоҷикистонро ҳамворӣ ташкил медиҳаду халос. Аз ин рӯ, гуфтан мумкин аст, ки қариб тамоми аҳолии ҷумҳурӣ ё дар минтақаҳои назди кӯҳӣ ва ё дар ноҳияҳои кӯҳӣ зиндагӣ ва қору фаъолият мекунанд. Дар мавриди рушд кардани соҳаи гулмоҳипарварӣ як қисми онҳо метавонанд ҳамин фаъолиятро ба худ касб намоянд ва сатҳи зиндагии худро боло баранд.

Илова ба андешаҳои зикршуда боз як нуктаи бисёр муҳимро дар хусуси маҳзанҳои

обии нисбатан оромоби дар ҳамвориҳо ҷойгирифта ва дар фасли тобистон ҳарорати обашон беҳтар гармшаванда қайд карданӣ ҳастем. Ба ин категорияи объектҳои обӣ, масалан, баъзе ҳавзаҳои моҳипарварӣ ва обанборҳоро дохил кардан мумкин аст, ки онҳоро маҳзанҳои обии сунъӣ низ ном мекунанд. Гарчанде ҳарорати оби ин категорияи объектҳои обӣ дар фасли тобистон (июн, июл, август) то 270С-290С боло равад ҳам, вале аллақай аз моҳи октябр сар карда, ҳарорати онҳо майли аз 180С поён рафтаву ихтиёр менамояд. Ин раванд, маъмулан, то моҳи май идома ёфта, танҳо дар нимаҳои ин моҳ ҳарорати онҳо аз нав майли аз 180С боло рафтаву менамояд. Пас, аз диди назариявӣ хулоса баровардан мумкин аст, ки ин маҳзанҳои обиро бо мақсади гулмоҳипарварӣ дар муддати 6-7 моҳи сол (октябр-апрел) истифода бурдан имконпазир мебошад. Дар муддати 3 моҳи сол (декабр-феврал) бошад, гулмоҳӣ ҳатто метавонад дар ин объектҳои обӣ бошиддат афзоиш ёбад.

Нуктаи мазкур бори дигар собит месозад, ки шароити табиӣю иқлимӣю ҷумҳурии мо барои гулмоҳипарварӣ нисбат ба зағорамоҳипарварӣ беҳтар мувофиқтар аст. Аммо, ин ҳеч гоҳ маънои онро надорад, ки мо бояд аз баҳри зағорамоҳипарварӣ бароем, баръакс, дар баробари пешбурди ин соҳаи бисёр ҳам муфид моро мебошад аз имкониятҳои худододи табиати нотақрори худ беҳтар истифода бурданро ёд гирем.

Барои илман дуруст ба роҳ мондани кулли андешаҳои зикршуда, бешубҳа, омода намудани мутахассисони баландихтисоси соҳаи моҳипарварӣ, ки онҳо аз технологияҳои муосири иттилоотӣ, идоракунии ва амасиласозии математикиву компютерӣ бархӯрдор бошанд, ҳамеша бояд дар мадди аввал истад. Танҳо бо истифода аз методҳои амсиласозии компютерӣ раванди ғизодихии моҳиро ба таври худкор ва самаранок идора кардан, вобастагии ратсионӣю оптималии онро аз омилҳои табиӣю таъсиррасон муайян сохтан ва ҳосилнокии баланди моҳиро дар ҳар як воҳиди ҳаҷми объекти обӣ таъмин намудан имконпазир мегардад.



Нақши гази оксигени дар об ҳалшуда. Гулмоҳӣ - моҳии оксифилӣ мебошад, яъне барои рушд ва фаъолият намудани он муҳити обие зарур аст, ки он аз гази оксигени дар об ҳалшуда сер буда, обаш софу мусаффо бошад. Ҳангоми концентратсияи оксиген ба 7-8 мг/л баробар будан, ки ин миқдор 90-100% серии обро бо ин газ ифода менамояд, ҳаёту фаъолияти гулмоҳӣ ба таври мӯътадил ҷараён мегирад. Концентратсияи 3,5-6,0 мг/л оксиген ҳолати гулмоҳиро бад намуда, ҳангоми концентратсияи гази мазкур ба 1,2-1,5 мг/л баробар будан, гулмоҳӣ ба ҳалокат мерасад [2; 4-5; 9-10].

Гулмоҳӣ доимо кӯшиш менамояд, ки худро ба сатҳи объекти обӣ наздик нигоҳ дошта, пуфакчаи шиновариҳои худро аз ҳисоби оксигени атмосфера бо ҳаво пур кунад. Аз ин рӯ, нигоҳ доштани он дар қафасҳои сарбастаи комилан зероббуда ва маҳзанҳои обии сатҳашон дар зимистон саросар яхкунанда марговар мебошад.

Воқеан, гази оксиген (O_2) - яке аз унсурҳои муҳимтарини экосистемаи объектҳои моҳипарварӣ ба ҳисоб меравад. Концентратсияи оксигени оби объектҳои моҳипарварӣ, ба истиснои системаи бассейнҳо, метавонад дар ҳар фасли сол ва вақтҳои гуногуни шабонарӯз тағйир ёбад.

Миқдори оксигени об аз тавозуни биологӣ байни равандҳои нафаскашии гидробионтҳо, оксидшавӣ, деструксионӣ ва инчунин барқароршавии он аз ҳисоби равандҳои фотосинтези обсабзҳову реаэратсия (диффузияи сатҳӣ) вобастагӣ дорад.

Ба организми моҳӣ O_2 ба воситаи хуни он таҳвил ёфта, бо ҳамин тарз табодули моддаҳои дохили ҷисм ва дар умум ҳаёти он таъмин карда мешавад. Ҳатто норасоии лаҳзавии оксиген ба хуни моҳӣ, боиси марги он мегардад. Коҳишҳои концентратсияи дар об ҳалшудаи оксиген ба суръати ҳазми гизои истеъмолкардаи моҳӣ таъсири манфӣ расонида, дар натиҷа рушди онро суст мегардонад.

Шароити паст ва норасоии оксиген таъсири худро ба рушду инкишофи мӯътадили гулмоҳӣ баръало маълум намуда, мавҷудияти худро дар шаклҳои дермонии аломатҳои

пухтарасии чинсӣ, инкишофи оҳистаи тухми моҳӣ, пайдоиши нишонаҳои аз меъёр дур дар инкишофи ҷанин ва маҳви баланди моҳичаҳо инъикос менамояд [4; 9].

Миқдор ва динамикаи оксигени системаи бассейнҳо бошад, ба ғайр аз омилҳои иқлимӣ ва шароити химиявии муҳити обӣ, инчунин, пеш аз ҳама, ба ҳарорати оби бассейн, суръат ва мубодилаи оби он ва миқдору зичии моҳҳои дар он парваришёбанда алоқаманд мебошад.

Миқдори максималии оксигени оби бассейн аз ҳарорати оби он вобастагии ногузастани дорад. Яъне, об метавонад танҳо миқдори муайяни оксигенро ҳал намояд, ки қимати бузургии он бо фишори оксигени атмосфера алоқаманд аст.

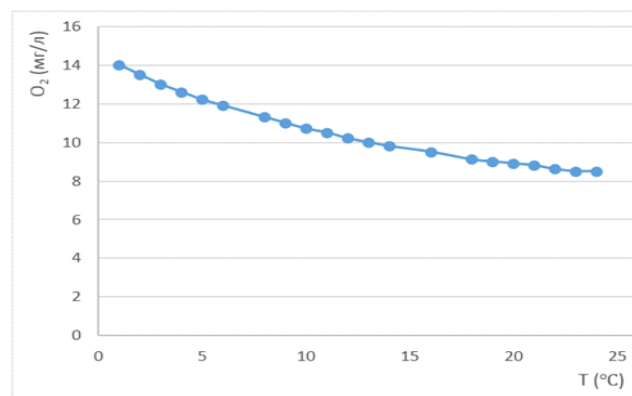
Вобастагии раванди бо гази оксиген сершудани оби бассейнро аз ҳисоби реаэратсияи O_2 бо ёрии формулаи

$$O_{T_{gear}} = k_{T_{gear}} \cdot (O_T - O_2)$$

таъсир кардан мумкин аст, ки дар ин ҷо $k_{T_{gear}}$ - коэффитсиенти реаэратсионӣ ном дошта, дар ҳолати умумӣ аз қувваи шамол вобастагӣ дорад ва O_T бошад, функцияест, ки вобастагии миқдори максималии оксигени оби бассейнро аз ҳарорати оби он (T) ифода менамояд [12]:

$$O_T = O_T(T) = 14,61996 - 0,40420 \cdot T + 0,00842 \cdot T^2 - 0,00009 \cdot T^3.$$

Дар расми 4 таносуби баръакси байни ҳарорати об ва миқдори оксигени дар об ҳалшуда нишон дода шудааст.



Расми 4. Вобастагии ҳалшавандагии максималии имконпазири оксиген аз ҳарорати об



Тавре аз расми 4 дида мешавад, дар ҳароратҳои баланди об миқдори концентратсияи оксигени дар об халшуда кам буда, баръакс, дар ҳароратҳои паст - миқдори он зиёд аст. Ҳангоми ба нуқтаи максималӣ расидани кимати концентратсияи оксиген (мг/л), об 100% аз он сер шуда, оксигени барзиёди ба атмосфера тахвил (реаэратсия) дода мешавад.

Хулоса. Арзиши аслии гулмоҳӣ ба ҳиссаи хароҷоти молиявии хоҷагии моҳипарварӣ

дар дастрас намудани ғизои омехтаи сунъӣ ва ташкили оқилонаи раванди моҳигизодихӣ вобаста мебошад. Хоҷагӣ ҳар қадар истифодаи оқилонатари ғизои моҳиро таъмин карда тавонад, парвариши гулмоҳӣ ба рои он ҳамон қадар фоидаи зиёдтар меорад. Ташкили раванди ғизодихии моҳиро вақте қомилан дуруст ба роҳ мондан мумкин аст, ки агар он бар пояи илмӣ устувор гардонада шуда, ҳар як амали он илман асоснок шуда бошад.

АДАБИЁТ

1. Александров, С. Н. Садковое рыбоводство / С.Н. Александров. - М.: АСТ, 2005. - 270 с.
2. Войнарович, А. Мелкомасштабное разведение радужной форели: технический документ ФАО по рыболовству и аквакультуре. №561 / А. Войнарович, Д. Хойчи, Т. Мот-Поульсен. - Рим: ФАО, 2014. - 99 с.
3. Гамыгин, Е. А. Корма и кормление рыб: обзорная информация. Вып. 1 / Е.А. Гамыгин. - М.: ЦНИИ Информации и технико-экономических исследований рыбного хозяйства, 2015. - 82 с.
4. Камилов, Б. Г. Разведение форели в условиях Узбекистана: практические рекомендации для фермеров / Б.Г. Камилов, И.И. Халилов. - Ташкент: Vaktria press, 2014. - 96 с.
5. Канидъев, А. Н. Биологические основы искусственного разведения лососевых рыб / А.Н. Канидъев. - М.: Легкая и пищевая промышленность, 1984. - 214 с.
6. Комилов, Ф. С. Бунёди илмии соҳаи моҳипарварӣ - таъмини амнияти озуқаворӣ, тандурустии аҳоли ва беҳдошти вазъи иқтисодии Тоҷикистон / Ф.С. Комилов, Ф.Т. Шамсов, М.Р. Ёров // Пайёми Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. Бахши илмҳои табиӣ. - 2018. - №2. - С. 72-82.
7. Комилов, Ф. С. Хусусиятҳои фарқкунандаи хоҷагиҳои гулмоҳипарварӣ аз хоҷагиҳои зағорамоҳипарварӣ / Ф.С. Комилов, Шамсов Ф.Т // Пайёми Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. Бахши илмҳои табиӣ. - 2018. - №2. - С. 279-286.
8. Крюков, В. И. Рыбоводство. Садковое выращивание форели в Центральной России. Учебное пособие для сельскохозяйственных вузов. Издание 2-е. / В.И. Крюков, А.В. Зарубин. - Орёл: Автограф, 2011. - 32 с.
9. Привезенцев, Ю. А. Интенсивное прудовое рыбоводство. Учебник для вузов / Ю.А. Привезенцев. - М.: Агропромиздат, 1991. - 368 с.
10. Привезенцев, Ю. А. Рыбоводство. Учебник для вузов / Ю.А. Привезенцев, В.А. Власов. - М.: Мир, 2004. - 456 с.
11. Сборник нормативно-технологической документации по товарному рыбоводству. Том 2. - М: Агропромиздат, 1986. - 317 с.
12. Wang, L. K. Mathematical models of dissolved oxygen concentration in fresh water / L.K. Wang, D. Vielking, M.N. Wang // Ecological Modelling. - 1978. -# 5. - Pp. 115-123.



ТАШАККУЛИ АХЛОҚИЮ МАЪНАВИИ ДОНИШЧҶҶЁН ДАР ҲАМБАСТАГӢ БО ФАЪОЛИЯТИ АДАБИИ САДРИДДИН АЙНӢ

У.Р. Юлдошев, А.И. Юсупов, М.К. Шодиматова, Х.И. Хайрова

Кафедраи забони русӣ (мудири кафедра д.и.п., профессор У.Р.Юлдошев) ва кафедраи забони тоҷикӣ (мудири кафедра доктори илмҳои филологӣ О.Ҳ. Қосимов)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Юлдошев Умарҷон Раҳимҷоновиҷ, доктори илмҳои педагогӣ, профессор, мудири кафедраи забони русӣ, 25 @ tajmedun. tj, тел. 985- 29- 64- 78.

Юсупов Абдулло Исмоилович, номзади илмҳои филологӣ, дотсенти кафедраи забони тоҷикӣ, 600-36-17, tais@ tajmedun. tj

Шодиматова Малика Каримбердиевна, муаллимаи калони кафедраи забони тоҷикӣ, тел.: 985- 67-54-84

Хайрова Хабиба Исқандаровна, муаллимаи калони кафедраи забони русӣ, тел.: 900-00-65-90

Дар мақола масъалаҳои асосии тарбияи ахлоқию маънавии донишҷӯён дар мисоли ҳаёт ва фаъолияти асосгузори адабиёти муосири тоҷик устод С. Айнӣ мавриди таҳлил қарор дода шудаанд. Қобили зикр аст, ки мероси адабию педагогии нависандаи бузург, олим, педагог, устод С. Айнӣ дар таҷрибаи корҳои таълимӣ тарбиявӣ дар мактабҳои олии нақши муҳим дорад. Омӯзиши осори мутафаккирони тоҷик аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар давоми фаъолияти худ онҳо бо мақсади ташаккули сифатҳои ахлоқии ҷавонон ва тарбияи инсонӣ комил ба масъалаҳои ташаккули ҳисси ватанпа-

растӣ, тарбияи ҷисмонӣ ва хонаводагӣ, тарбияи мақсадноки касбӣ, инсондӯстӣ рӯ овардаанд. Дар охир зикр мегардад, ки мероси адабии асосгузори адабиёти муосири тоҷик устод С. Айнӣ барои дар рӯҳи ҳисси ватандӯстӣ, ҳештаншиносӣ тарбия намудани ҷавонон мусоидат намуда, ҳуди ҳаёт ва фаъолияти ин фарзанди фарзонаи миллат барои ҷавонони имрӯзаи мо намунаи ибрат мебошад.

Калимаҳои калидӣ: тарбия, ахлоқ, фидокорӣ, маҳорат, олим, маъруф, илм, ақидаҳои педагогӣ, маорифпарвар, мутафаккирон, таълим, ватанпарастӣ, инсондӯстӣ.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САДРИДДИНА АЙНИ

У.Р. Юлдошев, А.И. Юсупов, М.К. Шодиматова, Х.И. Хайрова

Кафедра русского языка (заведующий кафедрой, д.и.п., профессор У.Р.Юлдошев) и кафедра таджикского языка (заведующий кафедрой, доктор филологических наук О.Ҳ. Қосимов) ТГМУ им Абӯали ибни Сино.

Юлдошев Умарҷон Раҳимҷоновиҷ, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой русского языка, 25 @ tajmedun. Tj, тел. 985- 29- 64- 78.

Юсупов Абдулло Исмоилович, кандидат филологических наук, доцент кафедры таджикского языка, тел.: 600-36-17, tais@ tajmedun. tj

Шодиматова Малика Каримбердиевна, старший преподаватель кафедры таджикского языка, тел.: 985- 67-54-84

Хайрова Хабиба Исқандаровна, старший преподаватель кафедры русского языка, тел.: 900-00-65-90



В статье рассматриваются основные проблемы духовно-нравственного воспитания студентов на примере жизни и деятельности основоположника таджикской современной литературы С. Айна. Следует подчеркнуть, что писательское и педагогическое наследие великого писателя, педагога, учёного, устода С. Айна имеет неопределимую роль в практике учебно-воспитательной работы в высших и средних учебных заведениях. Изучение творчества таджикских мыслителей свидетельствует о том, что в своей деятельности они затрагивали различные проблемы нравственности, воспитания патриотических чувств, физическое и семейное формирование, правовое воспитание,

профессионально-ориентированное, нацеленное на всестороннее развитие молодого поколения. В заключении подчеркивается, что творческое наследие основоположника таджикской современной литературы С. Айна способствует воспитанию подрастающего поколения в духе благородства, человечности, гуманности и любви к Родине, его жизнь и творчество являются ярким примером для нашей молодёжи в формировании нравственной личности.

Ключевые слова: воспитание, поведение, самоотверженность, мастерство, учёный, известный, знание, педагогические взгляды, просветитель, мыслители, обучение, патриотизм, человеколюбие.

SPIRITUAL AND MORAL EDUCATION OF STUDENT'S YOUTH ON THE EXAMPLE OF SADRIDDIN AYNI'S ACTIVITY

U.R. Yuldoshev, A.I. Yusupov M.K. Shodimatova, H.I. Khayrova

Department of Russian language of Avicenna TSMU (head of the department d.p.s., professor U.R. Yuldoshev) and Department of Tajik language of Avicenna TSMU (d.ph.s, professor O. H. Kosimov)

Yuldoshev Umarjon Rahimjonovich, d.p.s., professor head of Russian language department, 25 @ tajmedun. tj, ph. 985 - 29 - 64 - 78.

Yusupov Abdullo Ismoilovich, c.ph.s., associate professor of Tajik language department, ph.: 600-36-17, tais@ tajmedun.tj

Shodimatova Malika Karimberdiyevna, senior teacher of Tajik language department, ph.: 985 - 67-54-84

Khayrova Habiba Iskandarovna, senior teacher of Russian language department, ph.: 900-00-65-90

The main problems of spiritual and moral education of students on the life and activity example of the founder of Tajik modern literature S. Ayni are considered in the article. It is necessary to emphasize that the literary and pedagogical heritage of the great writer, the teacher, the scientist, the master S. Ayni has an invaluable role in a practice of teaching and educational work in the highest and secondary educational institutions. The studying the works of Tajik thinkers demonstrates that they touched on various issues of morality, education of patriotic sentiments, the physical and family

formation, legal education professional oriented, aimed at all-round development of the young generation in its activity. In conclusion it is emphasized that creative heritage of the founder of Tajik modern literature S. Ayni promotes the education of rising generation in the spirit of nobility, humanity and love for the country, his life and creativity is a striking example for our youth in formation of moral personality.

Keywords: education, behavior, selflessness, skill, scientific, known, knowledge, pedagogical views, educator, thinkers, training, patriotism, philanthropy



Муҳиммият. Имрӯзҳо ташаккулёбии сифатҳои ахлоқию маънавии шахсияти ҷавонони донишҷӯ яке аз муҳимтарин вазифаи соҳаи маориф ба ҳисоб меравад, ки дар ин раванд нақши омӯзгор хеле муҳим аст.

Мақсади тадқиқот. Тарбияи ахлоқию маънавии ҷавонон, баҳусус донишҷӯён дар тамоми ҳаёти инсоният мақсади аввалиндарача ба ҳисоб меравад, зеро асоси ҷомеаро одоб ва маънавият ташкил медиҳад. Омӯзиши эҷодиёти мутафаккирони тоҷику форс аз он гувоҳӣ медиҳад, ки онҳо бо мақсади тарбияи ҳаматарафаи насли наврас ба тарғиби масъалаҳои ахлоқӣ, ватандӯстӣ, тарбияи ҷисмонӣ ва одоби хонаводагӣ, тарбияи ҳуқуқӣ, инсондӯстӣ ва ҷанбаҳои дигари маънавияти ҷавонон рӯ овардаанд.

Мавод ва усули тадқиқот. Яке аз чунин шахсиятҳои бузурге, ки осори ӯ саршор аз масъалаҳои ахлоқи баланди инсонӣ, ватанпарастӣ, ҳештаншиносӣ, инсондӯстӣ ва меҳнатдӯстӣ буда, маҳз ба тарбияи инсонии комил бахшида шудааст, нависандаи машҳур, асосгузори адабиёти муосири тоҷик Садриддин Айнӣ ба ҳисоб меравад. Устод Айнӣ - олими намоён, аввалин Президенти Академияи илмҳои РСС Тоҷикистон мебошад. Бо қарори Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон 8-сентябри соли 1997 Садриддин Айнӣ бо унвони баланд - "Қаҳрамони Тоҷикистон" қадрдонӣ карда шудааст.

Қобили зикр аст, ки ба ҳаёту фаъолияти адабӣ, педагогӣ ва осори гаронбаҳои устод Садриддин Айнӣ тадқиқотҳои як қатор олимон, аз ҷумла, И.С.Брагинский, Б. Ғафуров, К. Айнӣ, Х.Айнӣ, А.Сайфуллоев, М. Шакурӣ, Ю.И. Бобоев, М.Лутфуллоев ва дигарон бахшида шудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Доир ба ҳаёт ва фаъолияти Садриддин Айнӣ (1878 - 1954) мақолаҳои тадқиқотҳои бешумор таълиф шудаанд. Номи ин шахси бузург ба хонандаи тоҷик ва ҳам берун аз он шинос аст. Асарҳои ӯ ба ҷаҳон забони халқҳои ҷаҳон тарҷума шуда, ҳаёти пешазинқилобии халқи тоҷикро инъикос менамояд. Тамоми ҳаёти С. Айнӣ бо халқи тоҷик, бо ҳодисаҳои воқеаҳои таърихии кишвар

пайванди ноғусастанӣ дорад. Асарҳои беэволи устод Айнӣ на танҳо мактаби зиндагӣ, балки инъикосгари таърихи мардуми тоҷик дар асрҳои XIX- XX низ мебошад.

Давраи ҷавонии С. Айнӣ ба ҳодисаҳои ҳаракати маорифпарварӣ дар Осӣи Миёна рост омад, ки бо номи нависанда, олим ва мутафаккири бузург Аҳмади Дониш вообаста аст. Ӯ дар он солҳо бо нахустин рӯзномаю маҷаллаҳои тоҷик ҳамкорӣ дошт, дар ташкили мактабҳои советӣ ва таҳияи китобҳо фаъолона саҳм мегузошт. Садриддин Айнӣ аввалин муаллими мактабҳои тоҷикӣ буд. Устод Айнӣ чун олим-адабиётшинос низ маъруф аст ва дар ташаккули забони адабии тоҷик саҳми беандоза дорад.

Бино ба ақидаи олимони "... Ҳанӯз аз аввали асри XX С. Айнӣ андешаҳои пешқадами худро доир ба таълиму тарбияи бачагон баён намудааст.

Ӯ аввалин шуда дар асарҳои худ проблемаҳои тарбияи насли наврасро ба миён гузоштааст.

Баробари муаллим будан С. Айнӣ инчунин бо таҳияи китобҳои мактабӣ машғул мешуд. Дар асарҳои "Таҳзиб -ус-сибён" (Тарбияи кӯдакон) ва "Духтарча ё Холида" ақидаҳои шахсии маорифпарварии ӯ доир ба тарбия, таълим ва мактаб баён шудаанд... С.Айнӣ ба адабиёти бачагона ҳамчун педагог ворид гардид ва фаъолияти ӯ дар ин ҷода бо таҳияи китобҳои дарсӣ барои мактабҳои усули нав сурат гирифт ва минбаъд образҳои офаридаи қаҳрамони халқӣ дар асарҳои ӯ андешаҳои маорифпарварии педагогии нависандаро ифода намуда, ба ташаккули симои ахлоқии насли ҷавон таъсири зиёд расонид" [4,с.52-53].

Олими намоён И. С. Брагинский, ки доир ба ҳаёт ва фаъолияти С. Айнӣ тадқиқотҳои зиёде анҷом додааст, чунин менависад: "Фаъолияти педагогии С. Айнӣ хеле муҳим ва аҳамиятнок буд ва дар натиҷа кӯшишҳои ӯ дар роҳи маорифпарварӣ ба кулӣ мухтавои нав пайдо намуданд. Ӯ барои тарбияи меҳнатқашон, махсусан ҷавонон баромад мекард. С.Айнӣ дар мактаби нав аввалин муаллим ба ҳисоб мерафт. Ин ҷиҳати эҷодиёти ӯ ба тамоми сабки усули фаъолияти ада-



бии ў таъсир кард, ба асарҳояш содагии баён ва оммафаҳмӣ овард, чиҳати тарбиявии онҳоро дучанд гардонид".[3, 120-168].

Фаъолияти нависандагии Садриддин Айни дар солҳои 90-уми асри XIX оғоз ёфт. Ў фаъолияти адабии худро бо эҷоди шеър оғоз намуд ва ба назми муосири тоҷик асос гузошт. Шеъри "Марши озодӣ" дар пайравии "Марселйеза" навишта шудааст. Нахустин маҷмӯаи шеърҳои устод Айни шеърҳои ватандӯстонаи давраи Ҷанги Бузурги Ватанӣ ("Марши хуррият", "Қаҳрамони Ленинград", "Суруди ғалаба" ва ғ.) мақоми шоистае доранд. Вале устод Айни дар ҷодаи наср нақши муҳим дорад ва асарҳои барҷастаю таъсиргузори худро маҳз бо наср эҷод кардааст.

С. Айни моҳи феврале соли 1922 бо номи "Духтарча ва ё Холида" китоби дарсие навишт, ки он соли 1924 нашр гардид. Дар ин китоб доир ба донишомӯзӣ, таълиму тарбияи бачагон дар мактаб ва оила ҳикоятҳои алоҳидаи дидактикию ахлоқӣ гирд оварда шудаанд. Китоби мазкур аз он чиҳат муҳим аст, ки дар он муаллиф дар адабиёти бачагона яке аз аввалинҳо шуда, ба масъалаи занон рӯ овардааст. Ў масъалаи таълими духтарони тоҷик ва узбекро ба миён гузошт. Қариб ҳамаи ҳикоятҳо ба ташаккули образи асосии асар бахшида шудаанд. Нависанда дар мисоли Холида аз шахси худпараст ба шахси меҳрубон, меҳнатдӯст табдил ёфтгони қаҳрамони асосии асар ва ба ғами атрофиён бетараф набудани ўро тасвир намуда, бо ҳамин роҳ таъсири мусбати мактабу муаллимро дар ташаккули шахсияти насли ҷавон нишон додааст".[4, 58].

С. Айни аввалин асари барҷастаи худ - повести "Ҷаллодони Бухоро"-ро соли 1920 таълиф намудааст, ки симои ваҳшиёнаи амир, бераҳмӣ ва фиребу найрангҳои мансабдоронро фош карда, ҳаёти Бухорои амириро ҳақиқатнигорона ва хеле табиӣ тасвир менамояд. Дар эҷодиёти нависанда романи уломон" (1934-1935) мавқеи хоса дорад. Дар он ҳаёти халқи тоҷик дар давоми зиёда аз 100 сол - аз оғози асри XIX то ғалабаи соҳти нав дар Тоҷикистон бо образҳои ҷолиб ва ҳодисаҳои рангин тасвир ёфтааст. Рома-

ни "Дохунда" (1930) низ дар осори С.Айни ҷойгоҳи махсусе дорад. Роман аз ҳодисаҳои даҳсолаи аввали асри XX оғоз ёфта, бо ҳодисаҳои соли 1929-соли ғалабаи соҳти колхозӣ ба анҷом мерасад. Он манзараҳои ғалабаи ҳаёти навро дар ҷумҳурии навтаъсиси Тоҷикистон тасвир менамояд. Асари мазкур чун аввалин романи тоҷик аҳамияти бузурги таърихӣ сиёсӣ дорад.

Асари дигаре, ки арзиши зиёде таърихӣ маънавӣ дорад, "Ёддоштҳо" мебошад ("Бухоро", 1949-1954). Дар асари "Ёддоштҳо" ҳаёти халқи тоҷик дар асрҳои 19 ва 20 тасвир ёфтааст. Муаллиф дар асар тарзи зиндагии мардум, таҳсил дар мадрасаҳои Бухоро, меҳнати пуразияти деҳқони камбағал ва паҳлуҳои дигари Бухорои амириро ба таври таъсирбахш ва реалистона инъикос менамояд. Ҳодисаҳои асар бо завқи баланди бадеӣ, бо шоҳидии худи нависанда тасвир ёфта, инъикосгари ҳаёти феодалии Бухорои амири мебошад. Нависанда бо як маҳорати баланд ҷаҳони кӯхнаи зулму фиреб, ҳаёти тоқатфарсои мардуми камбағал, афзоиши зохирпарастии феодалиро нишон медиҳад. Дар баробари тасвири ҳодисаҳои манфии ҳаёти солҳои 90-ум қувваи маънавии халқ, намоёндогони пешқадами илму адабиёт, сифатҳои меҳнатдӯстӣ ва озодихоии образҳои гуногун тасвир ёфтаанд.

Соли 1924 дар рӯзномаи "Овози тоҷик" повести "Одина" ба нашр расид ва соли 1927 бошад, он дар шакли асари ҷудогона аз ҷоп баромад. Ин асар ҳаёти тоҷикони кӯхистонро дар замони тираи феодали, зулму ситамии бою заминдоронро нишон медиҳад. "Одина" аввалин асари реалистии тоҷик буда, дар он образи коргари тоҷик ва ҷандин нафар ҷавонони озодихоҳ тасвир ёфтааст.

Пажӯҳишгарони осори Садриддин Айни қайд менамоянд, ки устод Айни ба эҷодиёти нависандаи намоёни рус Максим Горкий баҳои баланд дода, чунин навиштааст: "Баъди ташкили Нашриёти давлатии Тоҷикистон ман имкон пайдо намудам, ки асарҳои "Бачагӣ", "Дар байни одамон" ва баъзе мақолаҳои М. Горкийро бо забони тоҷикӣ мутолиа намоям. Ман ҳаминро мехоҳам



қайд намоям, ки таҷрибаи бойи эҷодии ман аз омӯзиши асарҳои М. Горкий хеле вобаста аст. Ман аз ин нависандаи бузург бисёр чизхоро, аз ҷумла, офариниши образҳо, тарзи муқоиса ва метафора, тарзи баёни характери қаҳрамонҳо, услуби содаи ифодаи бадеиятро омӯхтам...".[6, 53].

Чӣ хеле муҳаққиқи эҷодиёти устод С.Айнӣ духтари ӯ Холида Айнӣ қайд мекунад, "2- март соли 1925 дар рӯзномаи "Овози тоҷик" хабари С. Айнӣ чоп мешавад, ки ӯ ният дорад ки бо супориши Ҷумҳурии навтаъсиси Тоҷикистон "Намунаи адабиёти тоҷик", китоби бисёрасрии адабиёти тоҷик Осӣи Миёна дар асрҳои IX- X -ро нависад ва ба чоп тайёр кунад. Ҳамин тавр, бо заҳматҳои бисёр тулони душвори устод соли 1926 "Намунаи адабиёти тоҷик" бо пешгӯфтори шоири бузург инқилобӣ Абулқосим Лоҳутӣ дар Маскав ба нашр расид....".[10, 68].

Нисбати ин китоб устод А.Лоҳути қайд мекунад. "Моҳи августи соли 1925 дар шаҳри Самарқанд ба зиёрати фозили муҳтарам ноил шудам... Устод дар утоқи худ даруни садҳо китоб ғарқ буд ва нусхае дар даст дошт, ки менавишт. Он ҳамин "Намунаи адабиёти тоҷик" буд... Ба фикри ман "Намунаи адабиёти тоҷик" беҳтарин намунаи адабии тоҷикон аст. Устод Айнӣ барои ёфтани баъзе аз нусхаҳои хаттии шоирони тоҷик басо рӯзҳо, ки дар ба дару кӯча ба кӯча рафта аст, то онро ёфтаву ба даст оварда ва дар натиҷа заминаи ҳозире барои танқиду таҳлили адабии тоҷикон омода намудааст. Асосан Осӣи Миёна ҳамеша яке аз маркаҳои муҳими адабиёти форсӣ буд. Балки пас аз нобуд шудани адабиёти ин замон ба воситаи ҳуҷуми араб ва сӯзондани осору китобҳои форсӣ, Осӣи Миёна қадимтарин манбаъ ва сарчашмаи адабиётифорсӣ аст. Он рӯз дар зери зулму фишори араб рӯдакиҳо дар Осӣи Миёна паҳлавонӣ кардаву адабиёти мурдари зинда намуданд....".[5, 19].

Қайд кардан бомаврид аст, ки "Намунаи адабиёти тоҷик" аз тарафи олимони ва хонандагон баҳои хеле баланд гирифта буд. Аз ҷумла, олими намоёни эронӣ, профессор Саид Нафисӣ дар тақризи худ чунин навис-

тааст "Аз ҳама баҳои бисёр баланди китоби номбаршуда аз он иборат аст, ки ин китобро, хонандагонро бо эҷодиёти бисёр шоирону туркистони ҳозира шинос намуд. Ҳар нафар, ки ба адабиёти форс машғул аст, хатман бояд ин китобро дошта бошад".[10, 70].

Бояд қайд кард, ки таҳия ва наشري "Намунаи адабиёти тоҷик" (1940) дар ҳаёти адабӣ ва фарҳангии халқи тоҷик ҳодисаи хотирмон буд. Садриддин Айнӣ бо таълифи ин асар на фақат мавҷудияти миллати тоҷикро исбот намуд, балки нишон дод, ки халқи тоҷик ва адабиёти он аз замонҳои қадим ибтидо гирифта, то замони мо омада расидааст. Ин асар бо муаррифи ва намунаҳои осори Рӯдакӣ оғоз ёфта, бо эҷодиёти шоирони замони ҳудӣ Айнӣ ба охир мерасад. Нашри китоби "Намунаи адабиёти тоҷик" ҷавоби сазоворе буд ба душманону бадхоҳони миллат, ки мавҷудияти халқи тоҷикро инкор мекарданд. Дар ин ҳусус забоншиносии маъруф М. Шукуров чунин навиштааст: "Алҳақ, Садриддин Айнӣ яке аз бузургтарин фарзандони миллат аст, ки дар як давраи бӯҳрони сарнавиштеӯз фидокорона талош карда, барои таъмини баҳои умри миллат қаҳрамонӣ нишон дода ва барои ин ки халқ аз зери харобазори таърих дубора сар бардорад ва қомат рост кунад, падарвор ғамхорӣ ва сарпарастӣ намудааст".[12,10].

Ҳамин чиз ҷолиби диққат аст, ки дар ин давра оид ба масъалаҳои демократикунони забони тоҷикӣ ва алфавити нав мувоҳидаҳои халқӣ сурат мегирифтанд. С. Айнӣ доир ба масъалаҳои мушкилоти забонӣ ва таҳияи китобҳои нави дарсӣ як силсила мақолаҳо таълиф менамояд. Андешаи асосии устод Айнӣ аз ҳамин иборат буд, ки нисбат ба забони тоҷикӣ муносибат эҳтиёткорона зоҳир намуда, асолати он нигоҳ дошта шавад ва аз забони зиндаи халқ калимаю ибораҳои мувофиқ интихоб гардида, бо ҳамин роҳ забони адабӣ ғани гардонида шавад.

Холида Айнӣ ёдовар мешавад, ки соли 1938 дар ш. Душанбе доир ба масъалаҳои "сохтор"-и забони тоҷикӣ машваратҳо доир мегардиданд ва дар яке аз чунин ҷамъома-



дхо оид ба истифодаи пасоянди "ро" дар забони тоҷикӣ мувоҳисаи тезутунде ба амал омад. С.Айнӣ қатъиян бар зидди калимаҳои дағал ва ғӯшхароши забони адабии тоҷик баромад намуда, бар зидди ихтисор намудани пасоянди "ро" аз забони тоҷикӣ эътироз баён намуд. Лоихаи фармон аз хусуси забони адабии тоҷик аллақай омода гардида буд. С.Айнӣ доир ба ҳамон банди лоиха, ки дар он аз хусуси ихтисор кардани пасоянди "ро" аз забони тоҷикӣ сухан мерафт, норозигӣ изҳор намуда, инкор намудани онро талаб намуд. [10. 79-80].

И. С. Брагинский-яке аз иштирокчиёни фаъоли ин гуна машваратҳо чунин навиштааст: "С. Айнӣ аз хусуси он ки пас аз чанде лоихаи фармон ба фармон табдил меёбад, оғаҳӣ ёфта, махсус аз Самарқанд ба Сталинобод омад, то ки тозагии забон халалдор нагардад ва "олудагии забон" пешгирӣ карда шавад... Пас аз ду-се соати ташриф овардани ӯ ба воситаи рафиқон маро фавран ба меҳмонхона ба наздаш даъват намуд. Баробари ба наздаш ҳозир шуданам ба ман нигоҳи норозиенае намуда, ба сухан оғоз намуд: - Оё шумо медонед, ки пасоянди "ро" дар забон ғӯё назарногир буда, ҳамагӣ аз ду ҳарф иборат аст, вале ин ҷо аз хусуси ифоданокӣ ва вазифаи забони адабӣ сухан меравад. Шумо бо ҳамин роҳ калимаю ибораҳои кӯчагиро ба забон ворид мекунад. Забони адабӣ ва забони зиндаи халқро бо ин роҳ инкишоф додан мумкин нест. Ман ва ҳаммаслакони дигари ман то ҷӣ андоза муҳим будани эродҳои устод Айниро зуд сарфаҳм нарафтем. Ӯ нисбат ба забон ғамхорӣ беандоза дошт ва барои нигоҳ доштани асолати забони модарӣ муборизаҳо мебуд". [11.299-300].

Ҷанӯз дар замони зиндагиаш ба эҷодиёти Садриддин Айнӣ шахсиятҳои барҷаста - Л.Леонов, Ю.Фучик, Ч. Айтматов, К. Федин ва чандин шоирону нависандагони адабиёти ҷаҳонӣ баҳои баланд додаанд.

Саҳми Садриддин Айнӣ дар ҷодаи адабиёт ва фарҳанги ҷаҳонӣ дар форуми умумичаҳонии нависандагони Осиё ва Африқо, ки соли 1962 дар Коҳира (Каир) баргузор гардид, махсусан зикр гардида, дар қатори

ҷор нафар нависандагону мутафаккирони Шарқ, ки классикони адабиёти муосир шинохта шудаанд, номи Садриддин Айнӣ низ сабт гардид. Мувофиқи декларатсияи ин конференсия номи устод Айнӣ бо адибони забардасти машриқзамин Робиндранат Такур, Лу Син ва Таҳо Хусейн дар як радифгузошта шуд.

Шоири халқии Тоҷикистон Мирзо Турсунзода дар мақолаи худ "Айнии мо" чунин менависад: "На ҳама вақт чунин муяссар мегардад, ки зиндагии як инсон бо ҳаёти халқ тавҷам бошад. Ҳаёти Садриддин Айнӣ маҳз чунин сурат гирифт. Тамоми зиндагии ӯ бо ҳаёти халқ алоқаманд буд, аз рӯзҳои пуразияти гузашта то лаҳзаҳои фараҳбахши имрӯза" [9, 33-34]

Қобили зикр аст, ки Садриддин Айнӣ барои хизматҳои шоёнаш бо унвони Корманди шоистаи илми РСС Тоҷикистон (1940) кадр карда шудааст, соли 1948 ӯ ба унвони илмии доктори илмҳои филологӣ сарфароз гардид. С.Айнӣ аввалин президенти Академияи илмҳои РСС Тоҷикистон (1951) интихоб шудааст.

Ин фарзанди фарзонаи миллат барои хизматҳои шоёнаш бо пешниҳоди Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ - Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон бо унвони "Кахрамони Тоҷикистон" кадрдонӣ карда шуд.

Хулоса. Ақидаҳои педагогӣ ба ташаққули ҷаҳонбинии инсон таъсири зиёд мерасонад. Таҳлили мухтасари асарҳои устод Айниро ба анҷом расонида, ба хулосае омадан мумкин аст, ки тарғиби чунин хислатҳои олиии инсонӣ ба монанди фидокорӣ, ватандӯстӣ, донишомӯзӣ, мардонагӣ дар тарбияи насли ҷавон нақши муҳим дорад. Барои насли имрӯза осори мутафаккирони мо, ки ба ҳазинаи адабиёти ҷаҳонӣ дохил шудаанд, сазовори омӯзиш ва мояи ифтихор аст. Асарҳои бешумори устод Айнӣ, ки ба тарбияи насли ҷавон равона гардида, саршор аз муҳаббат ба ватан, ахлоқи олиии инсонӣ мебошанд, барои тарбияи наслҳои имрӯзу фардо ва маънавиёти баланди онҳо мусоидат менамоянд.



АДАБИЁТ

1. Айни Садриддин. Повести. Публицистика, - М., Советский писатель, 1978.
2. Брагинский И. Жизнь и творчество Садриддина Айни.- М. Гослитиздат. 1959.-189 с.
3. Брагинский И.С. Реализми Садриддин Айни /Реализм Садриддина Айни/ В кн.: Адабиёти советии тоҷик (Советская таджикская литература)-Сталинабад. Нашр. Давл. Тоҷ., 1950 с.120-168).
4. Джонон Бобокалонова/Таджикская детская литература, -Душанбе, Изд.-во "Маориф", 1982.
5. Книга жизни Садриддина Айни. Изд.-во "Ирфон", 1978./ стр. 26.
6. Михайловская Н.Г. Путь к русскому слову. - М.: "Наука". 1986 (Серия "Литературоведение и языкознание")
7. Ниёзов А.Н. Педагогическое наследие Садриддина Айни о воспитании подрастающего поколения. Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. пед. наук Курган-Тюбе - 2012.
8. Пономарёва З.В., Черных З.А. Таджикская литература - М.1961, С.76-80.
9. Турсунзаде М. Наш Айни. Мирзо Турсунзаде "Наш Айни", Таджикская советская литература (Сборник статей), Таджикгосиздат. 1954, стр.33-52.
10. Холида Айни. Жизнь Садриддина Айни (краткий хронологический очерк). - Душанбе: "Дониш", 1982.- 120 с.
11. Чашномаи Айни. чузъи 1У, Душанбе.- 1971. - С.299-300.
12. Шукуров М. Равшангари бузург. - Душанбе: "Адиб", 2006, 340 сах.



ҶАШНВОРА



Анна Муҳаммадиевна мухтаром,

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино чашни фархунда ва табарруки 80-солагиатонро ба Шумо самимона муборакбод мегӯянд.

Шумо баъди хатми Донишкадаи тиббӣ (1962) ҳаёти худро ба яке аз соҳаҳои муҳими илми тиб -биохимия бахшида, тӯли фаъолияти беш аз панҷоҳсола дар ин самт ба дастовардҳои намоёни илмӣ муваффақ гаштед. Соли 1964 ба шӯбаи аспирантураи назди донишкада дохил шуда онро бомуваффақият хатм намудед ва аз соли 1967 ҳамчун ассистенти кафедра, аз соли 1979 дотсент, аз соли 2000-ум ҳамчун профессор ва солҳои 1987-2015 ба ҳайси мудири кафедраи биохимия бомуваффақият фаъолият кардаед. Шумо ҳамчун яке аз мутахассисони шинохтаи соҳаи биохимияи тиббӣ солҳои тӯлонӣ дар Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳури Тоҷикистон ба сифати сармутахассис-биохимик фаъолият намудаед.

Айни замон дар вазифаҳои раиси комиссияи методӣ оиди ҷанҳои тиббии назариявӣ, узви комиссияи эксперти-проблемавӣ, узви шӯрои занони донишгоҳ, узви Ассотсиатсияи "Олимаҳои Тоҷикистон" дар самти илмҳои гуманитарӣ ва табиатшиносӣ фаъолияти ҷамъиятиатон хеле пурсамар ба назар мерасад.

Тавассути талошу кӯшишҳои пайгиронатон тавонистед, ки корҳои таълимиро бо корҳои илмӣ-тадқиқотӣ пайваста, соли 1969 дар мавзӯи "Механизми муҳофизатии витамини Е ҳангоми осебёбӣ аз таъсири пайвастагии чорхлордоштаи карбон" рисолаи номзадӣ ва соли 1999 дар мавзӯи "Механизми биохимиявии самаранокӣ ?-токоферол ҳамчун маводи муқобили стрессӣ" рисолаи доктории худро дифоъ намоед.

Ҳамчун олими сермаҳсул А.М. Сабурова -Шумо муаллифи китоби дарсии "Биохимия" буда, бештар аз 300 таълифоти илмӣ, 52 дастури таълимию методӣ ба ҷоп расонда, ҳамзамон муаллифи якчанд ихтирооту пешниҳоди навоварона мебошед. Тахти роҳбарии Шумо чор нафар рисолаи номзадиро Ҷумҳурият намудааст.

Хизматҳои шоёни Шумо устоди азиз бо мукофотҳои давлатии "Аълочии вазорати тандурустӣ СССР", медали "Барои крёмбихо", медали "Хизмати шоиста" ва чандин ифтихорномаву сипосномаҳо қадр карда шудааст.

Анна Муҳаммадиевна гиromӣ,

Дар ин рӯзи фархунда, Шуморо бо чашни саид самимона муборакбод намуда, бароятон осмони беғубор, тандурустиву хушбахтиро орзу дорем.

Раёсат, Кумитаи иттифоқи касабаи кормандон, ҳаёти таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зуҳал"



ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
фиристодани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 12 Times New Roman Tj бо фосилаи 1,5 хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудоғонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 5-8 саҳифа зиёд набоянд, мавҷуд будани тақриз ҳатмист.
3. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ оварда мешаванд.
4. Дар аввали мақола унвони он, ному насаби муаллиф, номи ҳуқуқии муассиса оварда шавад. Агар шумораи муаллифон аз 5 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
5. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳимият (дар ҳаҷми на бештар аз 1саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Реферат (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси реферат калимаҳои калидӣ бояд нишон дода шаванд.
6. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан ва бе ихтисора бошанд.
7. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
8. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузормешавад.
9. Суроғаи мукотибот маълумотҳои зеринро дар бар мегирад: ҷойи қор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ.
10. Мақола бояд аз тарафи роҳбари муассиса ё мудири кафедра тасдиқ карда шуда бошад.
11. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
12. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
13. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақолародорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар матбааи ДДТТ номи Абӯалӣ ибни Сино ба таъб расид.

Суроға: ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ -139

*Ба матбаа 26.04.2019 супорида шуд. Ба чопаш 29.04.2019 имзо шуд.
Чопи офсет. Когази офсет. Андозаи 30x42 1/4. 52 ҷузъи чопӣ
Супориши №105. Адади нашр 100 нусха.*